



Àmbit social i criminològic

CENTRE D'ESTUDIS JURÍDICS
I FORMACIÓ ESPECIALITZADA

Ausiàs March, 40
08010 Barcelona
TEL. 93 207 31 14
FAX: 93 207 67 47

 Generalitat de Catalunya
Departament de Justícia

D O C U M E N T O S D E T R A B A J O

INVESTIGACIÓN
(Producción propia)

Salud mental y ejecución penal

Autores
Manel Capdevila
Marta Ferrer

Any 2007

Salud mental y ejecución penal

Avis legal

Los contenidos de esta investigación están sujetos a una licencia de Reconocimiento no Comercial-SinObraDerivada 2.5 España de Creative Commons, el texto completo del cual se encuentra disponible en <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/legalcode.ca>. Así pues, se permite copia, distribución y comunicación pública siempre que se cite al autor del texto y la fuente (Generalitat de Catalunya. Departament de Justícia. Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada), tal y como consta en la citación recomendada incluida en cada artículo. No se pueden realizar usos comerciales ni obras derivadas.

Resumen en castellano:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/deed.ca>

Investigadores principales

Manel Capdevila i Capdevila

*Responsable de Investigación del Área Social y Criminológica,
Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada*

Marta Ferrer Puig

*Jefa del Área de Investigación y Formación Social y Criminológica,
Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada*

Colaboradores

Rafael Alonso Guerrero Moreno

*(Responsable del Área de Sanidad Penitenciaria,
Dirección General de Recursos y Régimen Penitenciario)*

Griselda Baldrís Catafau

(Coordinadora del equipo de campo, investigación cuantitativa y trabajo de campo)

Laura Gilabert Pinal

(Coordinadora del equipo de campo, investigación cualitativa y trabajo de campo)

Alicia Alcaide Luque *(trabajo de campo)*

Marta Carrasco Moreno *(trabajo de campo)*

Núria Cassá Torrente *(trabajo de campo)*

Meritxell Collado Moliner *(trabajo de campo)*

Cristina Figueras Cuadrillero *(trabajo de campo)*

Magda Gomá Knorn *(trabajo de campo)*

Judith González Núñez *(trabajo de campo)*

Estefania Molina Arasa *(trabajo de campo)*

Silvia Papiol Pérez *(trabajo de campo)*

Juan Antonio López Cañete *(apoyo técnico)*

Nerea Marteache Solans *(apoyo técnico)*

Eugenia Ustrell Mussons *(apoyo técnico)*

Núria Plass Rodellas *(apoyo administrativo)*

Núria Capdevila Seix *(apoyo administrativo)*

Lluís Sáez Giol *(Profesor de Sociología, Universidad Autónoma de Barcelona.
Supervisor de metodología de la investigación, parte cuantitativa)*

Clara Riba Romeva *(Profesora del Departamento de Economía y Empresa,
Universidad Pompeu Fabra. Colaboradora metodológica de la técnica Delphi,
aplicada en la parte cualitativa de la investigación)*

Grupo de expertos en los centros penitenciarios

Vicenç Alujas *(Coordinador, UHPP CP Brians)*

Mercè Rovira *(Psicóloga, UP Salud Mental CP Quatre Camins)*

Montserrat Escribano *(Enfermera, CP Hombres Barcelona)*

Mercedes Izquierdo *(Coordinadora sanitaria, UHPP CP Brians)*

Eduard Riba (*Trabajador Social, UP Salud Mental CP Quatre Camins*)
David Garcia (*Jurista, CP Brians*)
Valentina Mejías (*Jefa de Enfermería, CP Quatre Camins*)
Pilar Casaus (*Psiquiatra, CP Tarragona*)
Carles Marí (*Coordinador, Centro PINEL*)
Anna Cabanes (*Coordinadora Trabajo Social, CTASP Barcelona*)
Xavier Roca (*Jefe de Sección Tratamiento, Dirección General de Recursos y Régimen Penitenciario*)

Participantes en el Delphi

Véase listado específico en el capítulo 9

Agradecimientos

Agradecemos la colaboración de los señores Carles Soler, César Garcia y Ferran Espanyol por las explicaciones dadas en los momentos iniciales de la investigación respecto a su metodología de trabajo en su centro penitenciario.

También al Dr. Jordi Medallo, del Instituto de Medicina Legal de Catalunya, por su interés en proporcionarnos informantes clave para la investigación.

A la profesora Clara Riba, de la Universidad Pompeu Fabra, por su tutorización efectiva y desinteresada del método Delphi que hemos seguido en una parte de la investigación.

A la señora Corine Buers, por sus aportaciones y comprobaciones estadísticas, y especialmente a su tutor y nuestro compañero, el señor Ed Hilterman, que nos ha orientado y animado en determinados procedimientos de análisis estadístico y en momentos de toma de decisiones en el progreso del estudio.

Al señor Marc Ceron, de la Secretaría de Servicios Penitenciarios, Rehabilitación y Justicia Juvenil, por su perseverancia en la claridad del encargo, y a los señores Pius Fransoy, Toni Jiménez y sus respectivos equipos, por facilitarnos el acceso a los expedientes y a la información necesaria para complementar el trabajo de campo. Sin su paciencia y colaboración inestimable, la faena de nuestras trabajadoras de campo no hubiera resultado tan eficaz. Pese a la invasión de espacios y de ordenadores que hemos protagonizado, y la considerable movilización de expedientes y documentación que ha generado la dinámica del trabajo, lo cierto es que nuestras colaboradoras se han sentido en todo momento acogidas y acompañadas durante los meses que ha durado esta parte de la investigación. A todos ellos, pues, muchas gracias.

Y, especialmente, queremos mencionar la labor realizada por nuestras becarias Griselda Baldrís y Laura Gilabert, que han sido unas colaboradoras inestimables en muchos momentos del largo proceso que ha supuesto el desarrollo de la investigación. Su entusiasmo y su rigor en el trabajo diario nos han acompañado durante los casi dos años que han estado con nosotros.

Esta ha sido una investigación en que la participación de los profesionales y de los expertos en la temática que nos ocupa se ha convertido en un elemento clave para darle el valor añadido que tienen la exposición de contenidos, resultados, conclusiones y propuestas que presentamos a continuación.

Queremos agradecer la colaboración desinteresada de todas estas personas que han participado en la investigación y sin las cuales no hubiera sido posible alcanzar el grado de especificidad y concreción que finalmente se ha podido obtener.

ÍNDICE

Introducción.....	10
1. El marco teórico.....	17
1.1. El concepto de trastorno mental.....	18
1.1.1. Definición de trastorno mental.....	18
1.1.2. Agrupaciones de trastornos mentales.....	19
1.1.3. Datos sobre trastornos mentales en la población general.....	24
1.2. Los trastornos mentales en el medio penitenciario.....	30
1.2.1. Las recomendaciones para la identificación y el tratamiento.....	30
1.2.2. Los datos de trastornos mentales en la población penitenciaria..	33
1.2.3. El impacto de la prisión y el riesgo de suicidio.....	36
1.3. Los estudios sobre salud mental y ejecución penal.....	41
2. La investigación.....	45
2.1. Finalidad.....	45
2.1.1. Objetivos.....	45
2.1.2. Hipótesis.....	47
2.2. Metodología.....	51
2.2.1. Estudio cuantitativo.....	51
2.2.2. Estudio cualitativo.....	52
2.2.3. Ficha técnica.....	52
2.2.4. Calendario de la investigación.....	53
2.2.5. Fuente de los datos.....	54
2.2.6. Las variables.....	55
2.2.7. El trabajo de campo.....	60
2.2.8. Análisis de los datos.....	61

RESULTADOS: PARTE CUANTITATIVA

3. Las problemáticas de salud mental en las prisiones.....	63
3.1. Número de personas con trastornos mentales.....	63
3.2. Número de diagnósticos e ingresos en unidades de psiquiatría.....	65
3.3. Las prevalencias según las patologías mentales.....	66
3.4. El conocimiento de la enfermedad mental: antes, en el momento o después del ingreso penitenciario.....	70
3.4.1. El tiempo que se tarda en saber un diagnóstico de trastorno mental en los internos en prisión.....	70

3.4.2. ¿Se ha tenido en cuenta el trastorno mental en la sentencia judicial?.....	72
3.5. El perfil de los internos con trastornos mentales.....	73
3.5.1. El perfil personal y sociodemográfico.....	73
3.5.2. El perfil penal.....	77
3.5.3. El perfil penitenciario.....	79
3.6. Los incidentes de los enfermos mentales dentro de la prisión.....	90
3.6.1. Suicidios y tentativas de suicidio.....	92
3.6.2. Agresiones.....	94
3.7. Comparación entre el perfil de la población penitenciaria ordinaria y el del enfermo mental penitenciario.....	96
4. Las diferencias entre categorías de trastornos mentales en prisión.	99
4.1. Los internos diagnosticados: variables que los diferencian.....	100
4.1.1. Comparación de los internos.....	100
4.1.2. Medicación y tipo de diagnóstico.....	105
4.2. Los no diagnosticados: variables que los diferencian.....	106
4.3. La relación entre diagnóstico, consumo de drogas y delito.....	110
4.3.1. Consumo de drogas y diagnóstico.....	110
4.3.2. Los trastornos mentales debidos a sustancias.....	113
4.3.3. Droga y delito.....	115
4.4. Resumen de las características de los diversos tipos de trastorno...	117
4.4.1. Los trastornos mentales severos.....	117
4.4.2. Los trastornos de personalidad.....	118
4.4.3. Los otros trastornos.....	119
5. Las medidas de seguridad en Catalunya.....	121
5.1. El perfil de las personas con medidas de seguridad en Catalunya...	125
5.1.1. El perfil personal y sociodemográfico.....	125
5.1.2. El perfil penal.....	131
5.1.3. Comparación entre la muestra de medidas de seguridad y la de psiquiatría de prisiones.....	132
5.1.4. Medidas de seguridad, consumo de drogas y delito.....	134
5.2. El perfil de los que cumplen simultáneamente medidas de seguridad y medidas de prisión.....	136
6. Perspectiva de género: mujer, salud mental y ejecución penal.....	138
6.1. Las diferencias entre hombres y mujeres.....	138
6.2. Los diagnósticos de enfermedad mental en las mujeres.....	139

6.3. Medicación y género.....	141
6.4. Hábitos tóxicos y género.....	143
6.5. Enfermedad, tipo de delito y género.....	145
6.6. Las diferencias entre las mujeres según el lugar de cumplimiento de la pena (prisión o medidas de seguridad).....	146
7. Extranjeros, salud mental y ejecución penal.....	147
7.1. Las diferencias con los autóctonos.....	148
7.2. Los diagnósticos de enfermedad mental.....	151
7.3. La medicación.....	152
7.4. Hábitos tóxicos.....	154
7.5. Enfermedad y tipo de delito.....	156
7.6. Las diferencias según la estancia en la prisión o en medidas de seguridad.....	156
8. Conclusiones.....	158
8.1. Resumen: síntesis de resultados.....	158
8.1.1. Características de los enfermos mentales internos en prisión.....	158
8.1.2. Respecto a las medidas de seguridad.....	166
8.1.3. Características específicas de las mujeres estudiadas.....	168
8.1.4. Características específicas de los extranjeros (diferentes a las de los españoles).....	171
8.2. Comprobación de las hipótesis iniciales.....	173

RESULTADOS: PARTE CUALITATIVA

9. El método Delphi en la investigación de salud mental.....	182
9.1. Objetivos del Delphi.....	182
9.2. Metodología	183
9.3. Los participantes.....	186
9.3.1. La tasa de respuestas.....	186
9.3.2. El perfil de los participantes.....	190
9.3.3. La lista de participantes.....	193

9.4. El grupo de expertos.....	196
9.5. Cronograma.....	198
10. Resultados: las respuestas de los profesionales.....	200
10.1. Idoneidad de las prisiones para el tratamiento de los problemas de salud mental.....	200
10.2. El diagnóstico de los trastornos mentales en las prisiones.....	206
10.3. El tratamiento de los trastornos mentales en las prisiones.....	210
10.4. La salida y derivación de los pacientes de las prisiones.....	219
10.5. Sobre el personal: perfil y formación.....	226
10.6. Estimaciones de presente y previsiones de futuro.....	237
10.7. Las conclusiones y las propuestas de mejora.....	245
11. Referencias bibliográficas.....	253

ANEXOS

Anexo 1. Tablas complementarias	260
Anexo 2. Plantilla de recogida de datos.....	301
Anexo 3. Primer cuestionario técnica Delphi.	306
Anexo 4. Segundo cuestionario técnica Delphi.....	319

Introducción

El Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada (CEJFE), dependiente del Departamento de Justicia de la Generalitat de Catalunya, entre otras funciones fundamentales, lleva a cabo y promueve estudios e investigaciones dirigidos a la mejora de los diferentes servicios que el citado Departamento presta a la ciudadanía. Una de las principales competencias del Departamento de Justicia catalán es la planificación, organización y gestión de los centros penitenciarios ubicados en Catalunya y la ejecución de las medidas alternativas al encarcelamiento que dicten los jueces. En consecuencia, el CEJFE tiene una importante línea de investigación en estos ámbitos.

En 2006, la Secretaría de Servicios Penitenciarios, Rehabilitación y Justicia Juvenil (SSPRJJ), organismo específico del Departamento de Justicia que se encarga de los servicios penitenciarios y de las medidas alternativas, manifestó al CEJFE su preocupación por delimitar y conocer más a fondo una problemática que se advertía creciente en los últimos años: la de las personas sometidas a sanciones penales que sufren algún tipo de trastorno mental. El interés de la Secretaría era delimitar el alcance del fenómeno de la salud mental en la ejecución penal a nivel cuantitativo y conocer mejor las características y particularidades del colectivo afectado, para poder mejorar su atención desde los servicios de ejecución penal y su derivación una vez finalizado el cumplimiento de la pena o medida.

La complejidad del tema al que se aproxima esta investigación es evidente: trastorno mental y peligrosidad social es algo que el prejuicio colectivo relaciona muy a menudo; y, a veces, de forma más o menos directa, se halla también relacionado en el enfoque de determinadas noticias por parte de los medios de comunicación. Por otro lado, gran parte de la literatura científica recomienda mantener fuera del sistema penal a las personas con trastornos mentales que cometen delitos (y centrar la atención en su trastorno por encima de la respuesta punitiva). Sin embargo, nos hallamos con que la realidad que se impone es que las personas con trastornos mentales que cometen delitos acaban siendo mayoritariamente tratadas desde el sistema

penal y, muy a menudo, en centros penitenciarios, y que un día acaban el cumplimiento de la pena y vuelven a ser ciudadanos libres. Esto genera algunas preguntas:

- ¿Realmente las personas con trastornos mentales presentan un nivel de riesgo más elevado que otras personas con problemas con la justicia?
- ¿La prisión es un lugar adecuado para tratarlos? ¿Es siempre apropiado que el juez imponga una medida de seguridad¹ como alternativa a la prisión?
- Si están en prisión, ¿han de recibir un trato diferenciado? ¿En qué ha de ser diferente? ¿Han de poder acceder a permisos, al tercer grado o a la libertad condicional como cualquier otro interno?
- ¿Cómo están gestionando actualmente esta situación el sistema judicial y el sistema penal? ¿Hacia dónde habría que encaminarse en un futuro inmediato y a medio y largo plazo para tratar adecuadamente el tema?

La investigación que bajo el título *Salud mental y ejecución penal* les presentamos en este informe consta de dos partes bien diferenciadas.

La primera parte es un estudio cuantitativo que se aproxima al colectivo de personas afectadas por trastornos mentales que cumplen una pena de prisión o una medida de seguridad en Catalunya durante un determinado período. Se analizan numerosas variables que definen a este colectivo y su manera de adaptarse al cumplimiento de la pena. También se compara este grupo de personas con otros colectivos de penados sin problemas mentales declarados.

La segunda parte de este informe recoge una investigación de tipo cualitativo, centrada en la técnica Delphi y que se ha desarrollado paralelamente a la parte cuantitativa. En esta parte, se ha dado voz a profesionales y expertos vinculados al tema de salud mental y ejecución de penas, y se les ha pedido su opinión sobre varias cuestiones clave. En concreto, se les ha preguntado por el

¹ Las medidas de seguridad son las respuestas que el sistema penal da a las personas que han cometido un delito del que no pueden ser imputadas penalmente debido a su enfermedad o

diagnóstico de las personas penadas con trastornos mentales, su tratamiento, las propuestas de derivación y las perspectivas de futuro. Se ha puesto un especial énfasis en las previsiones y estimaciones de los expertos sobre las posibilidades futuras de la sanidad penitenciaria y las propuestas de solución y mejora de los principales problemas detectados por ellos mismos.

El informe de la investigación se estructura en diez capítulos, tres de ellos dedicados a contextualizar la investigación y a explicar su contenido, y siete dedicados a explicar los resultados. Entre éstos, el capítulo 8 reúne resumidamente las conclusiones de la primera parte o parte cuantitativa de la investigación, mientras que el último apartado del capítulo 10 hace lo propio con las conclusiones de la segunda parte o parte cualitativa.

El capítulo 1 se dedica por completo a situar el marco teórico y contextualizar el tema: se explica el concepto de trastorno mental que hemos utilizado y las recomendaciones de los expertos para la identificación y el tratamiento de estos trastornos. A continuación, se explican las dificultades y el impacto que crea la prisión en una persona con una enfermedad mental, con el riesgo de suicidio como el indicador más visual del sufrimiento que le comporta. Para acabar, se presentan datos sobre los estudios consultados y datos estadísticos de España y de Catalunya que ayudan a situar el alcance del fenómeno.

En el capítulo 2 explicamos en detalle la investigación, con sus dos partes muy bien diferenciadas: la parte cuantitativa y la parte cualitativa. El lector hallará una explicación metodológica exhaustiva sobre el desarrollo de cada una.

La población del estudio cuantitativo la componen los internos penitenciarios de las cárceles ubicadas en las comarcas de Barcelona que durante el año 2005 pasaron por lo menos un día en una unidad de psiquiatría de los centros penitenciarios incluidos en el estudio: CP Hombres Barcelona, CP Quatre Camins, CP Brians² y UHPP (Unidad Hospitalaria Penal Penitenciaria). Las cárceles pequeñas, como CP Figueres, CP Tarragona, CP Girona, CP Mujeres

trastorno, que, si el juez considera probado, le exime total o parcialmente de su responsabilidad en los hechos, dado que no sabía lo que hacía.

² En el momento de iniciar el estudio sólo existía el centro que ahora se conoce como Brians1 con el nombre de CP Brians. De manera que siempre nos referiremos a esta prisión. Dentro de ella, se ubica la UHPP, con vida absolutamente independiente.

BCN, no disponen de unidades de psiquiatría diferenciadas. Por otro lado, la población estudiada en la parte cuantitativa son las personas sometidas a medidas de seguridad durante 2005 en las comarcas de Barcelona.

Los capítulos 3 a 8 reúnen los resultados de la parte cuantitativa del estudio.

El capítulo 3 describe las problemáticas de salud mental en las prisiones catalanas. Se dan prevalencias y perfiles de los internos con trastornos mentales y se comparan con los de la población penitenciaria ordinaria.

El capítulo 4 se dedica íntegramente a explicar los diferentes tipos de enfermedad mental que se dan en el medio penitenciario y a analizar las asociaciones halladas entre delito, consumo de drogas y tipo de trastorno.

El capítulo 5 se dedica íntegramente a las medidas de seguridad.

En el capítulo 6 el lector hallará un análisis específico del grupo de mujeres que forma parte de la población estudiada. De esta manera se quiere aportar una visión específica del tema objeto de estudio desde la perspectiva de género. Se hallan resultados interesantes que no se dan en el colectivo de los hombres.

Por otra parte, en el capítulo 7 se aborda el colectivo de población extranjera con problemática mental. La población extranjera ha llegado a ser ya el 40% de la población interna de las prisiones catalanas y suele presentar, respecto a diferentes variables, un comportamiento específico.

Finalmente, el capítulo 8 reúne la síntesis de los diferentes resultados de la parte cuantitativa, dispersos en varios capítulos, para facilitar al lector una visión integrada. También se hace un resumen de los resultados obtenidos respecto a los planteamientos iniciales de las hipótesis de la investigación.

La parte cualitativa se explica en los capítulos 9 y 10. Dada la complejidad del trabajo desarrollado con los expertos y profesionales consultados en esta parte, un capítulo entero (el 9) detalla los diferentes cuestionarios y rondas de opinión que se han ido realizando.

En este capítulo, también se incluye el nombre, cargo y lugar de trabajo de todos los participantes para que el lector tenga constancia de la alta cualificación de los consultados y de su realidad interdisciplinaria, interdepartamental y multiterritorial.

Los resultados de esta parte cualitativa se agrupan en el capítulo 10, tratados de manera diferenciada en 7 subapartados: el primero presenta los resultados sobre la idoneidad de las prisiones para el tratamiento de los problemas de salud mental, según los expertos en el tema; el segundo recoge las propuestas sobre el diagnóstico de enfermedad; el tercero, explica las propuestas sobre el tratamiento de los trastornos mentales en el medio penitenciario; el cuarto se refiere a la salida y derivación de las personas una vez han cumplido la pena; el quinto, recoge las propuestas de perfil que deberían cumplir los funcionarios penitenciarios que trabajen con esta población, y la formación inicial y permanente que deberían tener estos profesionales; en el sexto subapartado se ha pedido a los expertos estimaciones de presente y previsiones de futuro sobre hacia dónde irá el trabajo de la salud mental penitenciaria; en el séptimo apartado encontramos las conclusiones y las propuestas de mejora.

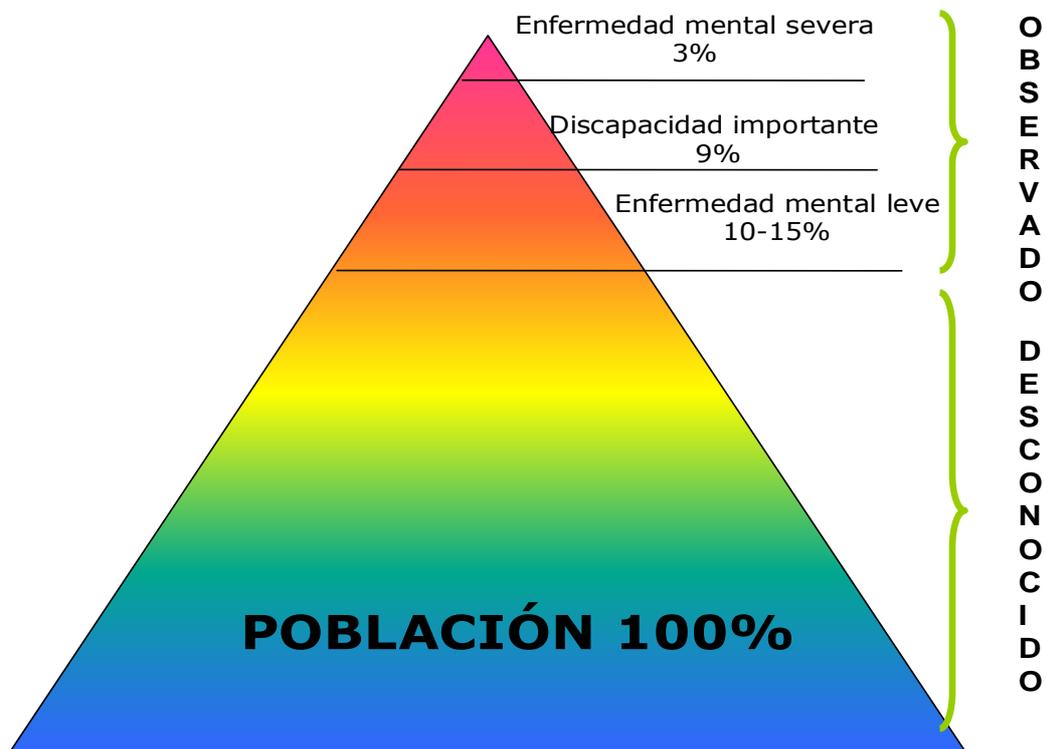
Finalmente, se incluyen una serie de anexos con las tablas complementarias de datos que pueden ser de utilidad para el lector que desee profundizar en la explotación de datos o replicar alguna parte del estudio. También se recogen en esta parte los cuestionarios Delphi empleados en la investigación cualitativa.

A pesar de este gran despliegue de datos y de resultados que el lector hallará en los próximos capítulos, como decía el profesor Arboleda-Flórez (2007), la parte de datos que presentamos es la parte observable de una realidad que es aún muy desconocida. Dice el profesor que estudiar los trastornos mentales de cualquier sociedad es como ver la cima de una montaña que sobresale de la neblina espesa que rodea el resto de la montaña y que, por lo tanto, no sabemos qué perfil tiene. Los trastornos mentales más severos son los que podemos observar, algunas discapacidades y poca cosa más, quedando el resto de población ordinaria escondida a nuestra cuantificación y observación. Durante la vida de cualquier persona se producen impactos de mayor o menor trascendencia en su salud mental, sin que la cantidad y la calidad de ellos esté

suficientemente determinada en el conjunto de toda la sociedad. Algunos de los estudios que hallará el lector referenciados en el capítulo 1 hablan de una prevalencia para cualquier trastorno y cualquier edad a lo largo de la vida de los europeos del 21,61% en los hombres y del 28,25% en las mujeres.

Arboleda-Flórez lo explica con un gráfico similar al que reproducimos a continuación, en el cual numera el conocimiento que tiene la ciencia de la problemática de salud mental en la población general.

Gráfico 1. Conocimiento científico respecto a la enfermedad mental de la población en general



Adaptación propia del gráfico reproducido por Arboleda-Flórez (2007), extraído de National Advisory Mental Health Council (1993). "Health Care Reform for Americans With Severe Mental Illnesses: Report of the National Advisory Mental Health Council". *American Journal of Psychiatry*, 150:10, págs. 1.447-1.465.

Esta explicación que acabamos de hacer puede evidenciar las limitaciones de generalización que implican los estudios sobre estas cuestiones. En nuestro trabajo, no hemos querido limitarnos a los casos conocidos y ya diagnosticados al ingresar en prisión y hemos considerado cualquier caso que hubiera tenido una atención psiquiátrica en prisión que pudiera significar una manifestación externa de su malestar/enfermedad. Pese a ello, somos plenamente conscientes, como explica el profesor Arboleda-Flórez, de que sólo hemos mostrado aquella parte de la realidad que se ha querido evidenciar, y así queremos advertírselo a nuestro lector.

1. El marco teórico

La salud mental es esencial para desarrollar una vida activa, mantener relaciones sociales, tener la capacidad de adaptarse a los cambios y hacer frente a la adversidad. Desde la infancia y la adolescencia hasta el final de la vida, la salud mental es un elemento imprescindible para desarrollar el pensamiento, las habilidades de comunicación, el aprendizaje, el crecimiento emocional, la capacidad de respuesta y la autoestima.³

Las rápidas transformaciones sociales que se están produciendo, inciden en una mayor prevalencia de los trastornos de la salud mental. Podríamos hablar de infinidad de circunstancias a nivel macrosocial que contribuyen a aumentar estas prevalencias: las tensiones económicas, las tensiones políticas, las tensiones étnicas, las tensiones ambientales, las migraciones que todo ello provoca, la pobreza, el paro, la falta de apoyo familiar, la falta de apoyo social, la soledad, la ruptura de las redes sociales, etc. Todos estos factores inciden de manera más incisiva en determinados colectivos y explican, en parte, los comportamientos disruptivos que se pueden desarrollar como respuesta: aumento de las conductas antisociales, de la violencia, de la depresión, del deseo de suicidio, de las autolesiones o de las adicciones a drogas, así como la aparición y la evolución de otras problemáticas de salud mental.

En las cárceles, las tensiones o elementos estresantes están aún más presentes. Precisamente, esta concentración de problemática de todo tipo, y muy más agudizada del que sería normal encontrar en el entorno social de referencia de los internos, es una característica que define mucho claramente la problemática de trabajo en los centros penitenciarios.

En este contexto, uno de los dilemas que aparece reiteradamente en la revisión bibliográfica hace referencia a qué ámbito de la red de servicios públicos debe ser responsable de la atención, tratamiento y gestión de las personas que han cometido infracciones penales y a la vez presentan sintomatología de enfermedad mental: el ámbito penal o el ámbito sanitario.

³ *Pla de Salut de Catalunya. Problemes de salut mental.* Generalitat de Catalunya, pág. 260.

Hoy por hoy, en nuestro país, haya el discurso ideológico que haya detrás, la realidad nos dice que es al ámbito penal donde van a parar. Desde el marco del derecho penal se establece el grado de responsabilidad que tienen los procesados que han cometido delitos y además tienen una enfermedad mental o están bajo los efectos de un consumo abusivo de tóxicos y/o de una adicción, y si estos factores han actuado como eximentes completas o incompletas o como atenuantes de su responsabilidad. A la vez, también se establece quién debe ser el responsable de la atención, el tratamiento y la gestión de todo lo que afecta a aquella persona y la temporalidad con que se debe intervenir.

El estudio que el lector tiene entre las manos pretende partir de esta realidad y describir cuál es la situación actual de las personas con problemática mental en las prisiones catalanas y también la de todas aquellas a quienes se hayan aplicado medidas de seguridad en Catalunya.

Para hacerlo, hemos tomado como referencia el año 2005. Por una parte, hemos analizado todas las personas que tenían dado de alta un programa de medidas de seguridad aquel año; por otro lado, hemos analizado una muestra de la población encarcelada, del mismo año, que cumplía el requisito de haber pasado como mínimo un día en alguna de las unidades de psiquiatría de tres prisiones catalanas: CP Hombres, CP Quatre Camins, CP Brians y la Unidad Hospitalaria Penal Penitenciaria (UHPP). Con este procedimiento queríamos garantizar la posibilidad de “captar” en la investigación personas encarceladas que no tuviesen oficialmente diagnóstico de enfermedad mental o que no estuviese recogido en sentencia, ya fuera porque se había manifestado con posterioridad a su ingreso en prisión o bien porque no había sido detectada en el momento de imponerse la condena.

1. El concepto de trastorno mental

1.1.1. Definición de trastorno mental

El Plan de Salud de Catalunya define los trastornos mentales como *alteraciones del pensamiento, del estado de ánimo o del comportamiento (o*

una combinación de estos) que tienen un importante impacto en la vida familiar, laboral y social. Son causa de sufrimiento e incapacidad en la población al mismo tiempo que representan una importante carga social y económica para las personas que los sufren, sus familias y la sociedad. La OMS resalta la importancia de la prevalencia de los TM en la población y prevé que uno de cada cuatro habitantes del planeta sufrirá alguna forma de trastorno mental o neurológico a lo largo de su vida. También señala que dos terceras partes de los afectados por un TM no llegan a pedir ayuda a un profesional sanitario.

El Consejo de Europa (2004)⁴ define el tratamiento como *una intervención (física o psicológica) sobre una persona con un trastorno mental que, considerando la dimensión social de la persona, tiene un propósito terapéutico con relación a este trastorno. El tratamiento puede incluir medidas para mejorar la dimensión social de la vida de la persona.*

1.1.2. Agrupaciones de trastornos mentales

No pretendemos hacer una descripción exhaustiva ni detallada de los tipos de trastornos mentales y sus posibles agrupaciones, dado que no es el objetivo de la investigación, pero sí que hemos considerado oportuno incluir una breve descripción de los grupos de enfermedades con los que hemos trabajado para situar mínimamente al lector en lo que hallará después explicado. Algunas definiciones de las agrupaciones de trastornos mentales, que utilizaremos más adelante para explicar los resultados, las hemos extraído del DSM-IV.⁵

El primer grupo de enfermedades mentales con el que hemos trabajado, según las agrupa el DSM-IV, incluye el delirium, la demencia, los trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos. La alteración predominante en todos ellos es un déficit clínicamente significativo de las funciones cognitivas o de la memoria, que representa un cambio del nivel previo de actividad.

El *delirium* presenta como *característica principal una alteración de la conciencia que se acompaña de un cambio de las funciones cognoscitivas que*

⁴ Consejo de Europa. Recomendaciones Rec(2004)10 sobre la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas con problemas de salud mental.

⁵ DSM-IV, 1995. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Las definiciones extraídas del manual las hemos marcado en cursiva en el texto.

no puede ser explicado por la preexistencia o desarrollo de una demencia. La alteración se desarrolla a lo largo de un breve período de tiempo y tiende a fluctuar a lo largo del día. La alteración de la conciencia se manifiesta por una disminución de la capacidad de atención al entorno. Los cambios de las funciones cognoscitivas se manifiestan en el deterioro de la memoria, desorientación o alteraciones del lenguaje y/o alteraciones de la percepción.

En cuanto a la demencia, la característica esencial es el desarrollo de múltiples déficits cognoscitivos que incluyen un deterioro de la memoria y por lo menos una de las siguientes alteraciones cognoscitivas: afasia, apraxia, agnosia o una alteración de la ejecución. La alteración es lo bastante grave como para interferir de forma significativa en las actividades laborales y sociales y puede representar un déficit con respecto al mayor nivel previo de actividad del sujeto.

Los trastornos amnésicos suponen un deterioro de la capacidad para aprender nueva información y no son capaces de recordar acontecimientos pasados o información aprendida previamente.

El segundo grupo con el que hemos trabajado es el de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

La esquizofrenia se definiría como una alteración persistente por lo menos 6 meses e incluye como mínimo 1 mes de síntomas de la fase activa. Estos síntomas comportan un abanico de disfunciones cognoscitivas y emocionales que implican a la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje y la comunicación, la organización comportamental, la afectividad, la fluidez y productividad del pensamiento y el habla, la capacidad hedónica, la voluntad y la motivación, y la atención. El diagnóstico implica el reconocimiento de una constelación de signos y síntomas asociados a un deterioro de la actividad laboral o social. Se pueden encontrar síntomas positivos o negativos: los síntomas positivos parecen reflejar un exceso o distorsión de las funciones normales (ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento desorganizado o catatónico), mientras que los síntomas negativos parecen reflejar una disminución o pérdida de las funciones normales (allanamiento afectivo, alogia, abulia).

El tercer grupo de enfermedades con el que hemos trabajado es el de los trastornos del estado de ánimo, tal como vienen agrupados en el DSM-IV.

La característica principal de estos trastornos es una alteración del humor. Los criterios de la mayoría de los trastornos del estado de ánimo exigen la presencia o ausencia de los episodios afectivos (episodio depresivo mayor, episodio maníaco, episodio mixto, episodio hipomaníaco). Los trastornos del estado de ánimo están divididos en trastornos depresivos (depresión unipolar), trastornos bipolares y trastornos basados en la etiología.

El cuarto grupo con el que hemos trabajado es el de los trastornos relacionados con sustancias. El interés de trabajar este grupo por separado consiste en saber sus prevalencias y lo importante que es su problemática en un entorno al que se le presupone que es factible que tenga muchos afectados.

El quinto grupo es el de los trastornos de personalidad.

Un trastorno de personalidad es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto y que se manifiesta en por lo menos 2 de las siguientes áreas: cognoscitiva, afectiva, de la actividad interpersonal o del control de los impulsos. Se inicia en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable en el tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto.

Si el trastorno de personalidad es paranoide, el patrón es de desconfianza y suspicacia que hace que se interpreten con malicia las intenciones de los otros.

Si el trastorno de personalidad es esquizoide, el patrón es de desconexión de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional.

Si el trastorno de personalidad es esquizotípico, hablaríamos de un patrón de malestar intenso en las relaciones personales, distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento.

Si el trastorno de personalidad es límite, hablaríamos de un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, y de una notable impulsividad.

Si el trastorno de personalidad es histriónico, hablaríamos de un patrón de emotividad excesiva y demanda de atención.

Si el trastorno de personalidad es narcisista, hablaríamos de un patrón de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía.

Si el trastorno de personalidad es por evitación, hablaríamos de un patrón de inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa.

Si el trastorno de personalidad es por dependencia, el patrón es de un comportamiento sumiso y pegajoso, con una excesiva necesidad de cuidados.

Si el trastorno de personalidad es obsesivo-compulsivo, hablaríamos de un patrón de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control.

Si se trata del trastorno antisocial de personalidad, el patrón es de desprecio y violación de los derechos ajenos. Los estudios de prevalencias encuentran este trastorno en poblaciones clínicas en porcentajes amplios que van del 3% al 30%, pero que en lugares donde se hace tratamiento por abuso de sustancias, en prisión o en el marco forense, estas cifras pueden ser aún más elevadas.

Finalmente, el sexto grupo con el que hemos trabajado engloba el resto de trastornos que son: trastornos de ansiedad; trastornos somatomorfos; trastornos ficticios; trastornos disociativos; trastornos sexuales y de la identidad sexual; los trastornos de la conducta alimentaria; trastornos del sueño; trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados.

En los trastornos de ansiedad pueden aparecer crisis de angustia y agorafobia. La crisis de angustia se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente. Durante estas crisis también aparecen síntomas como falta de respiración, palpitaciones, opresión o malestar torácico, asfixia y miedo a “volverse loco” o perder el control. La agorafobia se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil, o bien donde sea imposible encontrar ayuda en caso de que aparezca una crisis de angustia.

La característica común de los trastornos somatomorfos es la presencia de síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica y que no pueden explicarse completamente por la presencia de una enfermedad, por los efectos directos de una sustancia o por otro trastorno mental. Los síntomas físicos no son intencionados. Estos trastornos se observan con gran frecuencia en los centros hospitalarios.

Los trastornos ficticios se caracterizan por síntomas físicos o psicológicos fingidos o producidos intencionadamente con la finalidad de asumir el rol de enfermo. Los trastornos ficticios se deben distinguir de los actos de simulación, en los que el paciente también produce los síntomas de forma intencionada, pero su objetivo es fácilmente reconocible si se conocen sus circunstancias.

Los trastornos disociativos tienen como principal característica una alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno. Esta alteración puede ser súbita o gradual, transitoria o crónica.

Los trastornos sexuales y de la identidad sexual se caracterizan por una alteración del deseo sexual, por cambios psicofisiológicos en el ciclo de la respuesta sexual y por la provocación de malestar y problemas interpersonales.

Entre los trastornos de la conducta alimentaria encontramos la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa.

Los trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados se caracterizan por la dificultad de resistir un impulso, una motivación o una tentación de hacer un acto perjudicial para la persona o para los otros. En la mayoría de los trastornos de esta sección, el individuo percibe una situación de tensión o activación interior antes de cometer el acto, y después experimenta placer, gratificación o liberación en el momento de hacerlo. La cleptomanía, la piromanía o el juego patológico serían algunos de los trastornos de este grupo.

En la investigación también se han hecho análisis más simples, agrupando aún más las enfermedades mentales en clasificaciones más genéricas. Así, muchas de las comparaciones que se exponen utilizan tres grupos.

El primer grupo recoge los *trastornos mentales severos (TMS)*, que según la clasificación del CIE-10 incluye: la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos; el trastorno delirante; el trastorno psicótico compartido; el trastorno esquizoafectivo; el trastorno psicótico no especificado; los trastornos bipolares; los trastornos depresivos mayores, episodio único grave con síntomas psicóticos, y los trastornos depresivos mayores, episodio recidivante grave con síntomas psicóticos.⁶

Hemos mantenido los *trastornos de personalidad* como segundo grupo, dado que los mismos expertos (Gisbert, 2002) confirman el debate que hay entorno a si considerarlos o no como TMS. Nuestra elección no está basada en criterios médicos, sino propios de la investigación. Dada la prevalencia que se presupone que tiene este grupo dentro de las prisiones, nos interesaba poder estudiarlo específicamente.

Finalmente, el tercer grupo incluiría los *otros trastornos*, no incluidos en el grupo de TMS o de trastornos de personalidad, que agrupa en nuestro caso: los trastornos mentales debidos a enfermedad médica; los trastornos relacionados con sustancias; el resto de trastornos depresivos; otros trastornos del estado de ánimo; los trastornos de ansiedad; los trastornos somatomorfos; los trastornos ficticios; los trastornos disociativos; los trastornos de la conducta alimentaria; los trastornos sexuales; las parafilias; los trastornos de la identidad sexual; los trastornos adaptativos; los trastornos del sueño, y los trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados y otros.

1.1.3. Datos sobre trastornos mentales en la población general

1.1.3.1. Datos de España

El Ministerio de Sanidad y Consumo ha publicado los datos⁷ del ESEMED (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders) con las tasas de prevalencia para España de los trastornos mentales comunes. Los presentamos en las siguientes tablas.

⁶ C. Gisbert *et al.* (2002). *Trastorno mental severo. Definición y consideraciones*. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid, pág. 6.

⁷ Ministerio de Sanidad y Consumo (2006). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*, págs. 42-45.

Tabla 1. Tasa de prevalencia de cualquier trastorno mental en España. Año 2000

	Hombres	Mujeres	Total
Prevalencia para toda la vida	15,67%	22,93%	19,46%
Prevalencia a 1 año	5,25%	11,44%	8,48%

Tabla 2. Tasa de prevalencia a un año de cualquier trastorno mental en función de características sociodemográficas. España. Año 2000

	Característica sociodemográfica	Tasa de prevalencia a 1 año
Sexo	Hombres	5,2%
	Mujeres	11,4%*
Edad	18-24 años	10,1%
	25-34 años	8,5%*
	35-49 años	8,4%*
	50-64 años	9,1%*
	> 65 años	6,6%*
Estado civil	Casado o vive en pareja	7,7%
	Previamente casado	12,9%*
	Nunca casado	8,8%
Nivel de estudios	0-4 años de estudios	9,1%
	5-8 años de estudios	8,5%
	9-12 años de estudios	8,5%
	> 13 años de estudios	8,2%
Tamaño del municipio de residencia	< 10.000 habitantes	7,9%
	10.000 – 15.000 habitantes	8,4%
	50.000 – 500.000 habitantes	8,0%
	> 500.000 habitantes	10,1%
Situación laboral	Trabajo remunerado	7,4%
	Trabajador en paro	14,7%*
	Jubilado	6,2%*
	Ama de casa	9,7%
	Estudiante	7,3%
	Baja maternal	7,3%
	Baja por enfermedad	15,4%*
	Discapacidad	19,4%*
	Otras	12,9%
	Ns/nc	2,8%

* Diferencias significativas al 0,05.

En España, los trastornos mentales graves afectan a un 2,5-3% de la población adulta. La tasa para el trastorno esquizofrénico se sitúa en España entre 16 y 42 por cada 100.000 habitantes.⁸

En España, los trastornos del estado de ánimo se asocian con el género. Las mujeres tienen 2,8 veces más probabilidades de sufrirlos que los hombres.⁹

También pasa lo mismo con los trastornos de ansiedad, donde las mujeres doblan prácticamente a los hombres.

1.1.3.2. Datos de Catalunya

En cuanto a la prevalencia de problemas de salud mental en la población general, en Catalunya se dispone de información poblacional procedente de dos estudios: la encuesta de salud de Catalunya¹⁰ (ESCA, 1994 y 2002) y el estudio MEDEA/SAMCAT.¹¹

La prevalencia para cualquier trastorno y cualquier edad, a lo largo de la vida es de 20,34% para los hombres y de 26,92% para las mujeres en Catalunya. Si miramos la prevalencia a un año, para los hombres es del 7,42% y para las mujeres del 14,17%.

En el siguiente gráfico reproducimos esta prevalencia recogida en el Plan Director de Salud Mental y Adicciones,¹² en el cual se compara Europa, España y Catalunya, por sexos. El Plan Director también recoge diferentes tablas de tasas de prevalencia de los trastornos mentales en diferentes estudios europeos.¹³

⁸ Ministerio de Sanidad y Consumo (2006). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*, pág. 52.

⁹ Ministerio de Sanidad y Consumo (2006). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*, pág. 48.

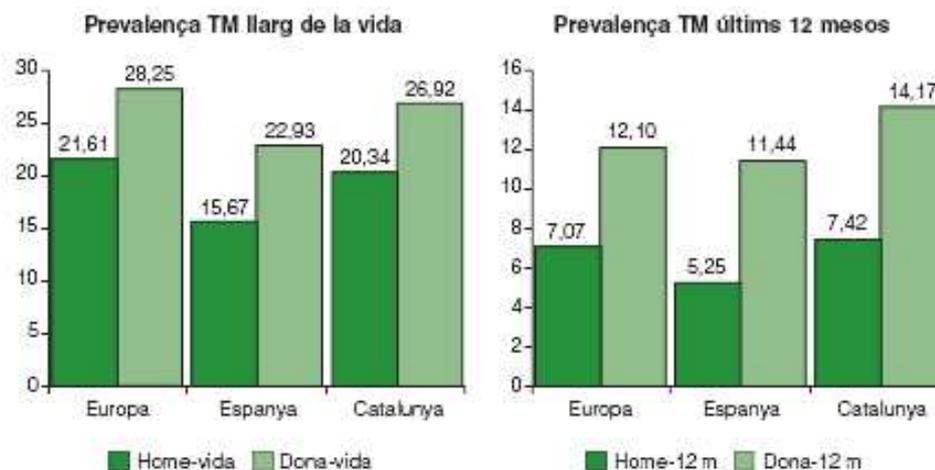
¹⁰ Generalitat de Catalunya. Departamento de Sanidad y Seguridad Social (2003). *La salut i els serveis sanitaris a Catalunya: la visió dels ciutadans l'any 2002*. Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Barcelona.

¹¹ Haro *et al.* "La epidemiología de los trastornos mentales en España: métodos y participación en el proyecto ESEME-España". *Actas Españolas de Psiquiatría*.

¹² Generalitat de Catalunya. Departamento de Salud. *Pla Director de Salut Mental i Addiccions de Catalunya*. www.gencat.cat/salut, pág. 41.

¹³ Generalitat de Catalunya. Departamento de Salud. *Pla Director de Salut Mental i Addiccions de Catalunya*. www.gencat.cat/salut, págs. 36 y 160 y ss.

Gráfico 2. Prevalencia de trastorno mental en la población general



Gràfic d'elaboració pròpia. Font: ESEMeD, 2002.

Como podemos ver, en todos los casos la prevalencia de las mujeres es superior a la de los hombres.

Catalunya está por encima de España en todas las comparativas y está más próxima a la media europea. La media europea es superior a la catalana en todos los casos, excepto en la prevalencia de los trastornos mentales en los últimos 12 meses en el caso de las mujeres, en el que Catalunya supera en 2 puntos la media europea.

Veamos un poco más en detalle, ahora por trastornos y por sexos, cómo se distribuyen las enfermedades mentales a lo largo de la vida y en la prevalencia a los 12 meses, los datos para Catalunya se exponen en la tabla 3.¹⁴

Los trastornos de ánimo y la depresión mayor son los dos tipos de trastornos con más prevalencia en los hombres, tanto durante la vida como en los últimos 12 meses.

En las mujeres, esta importancia se mantiene en la prevalencia a lo largo de la vida, si bien en los últimos 12 meses, los trastornos de ansiedad ocupan el segundo lugar en importancia de prevalencia.

¹⁴ Generalitat de Catalunya. Departamento de Salud. *Pla Director de Salut Mental i Addiccions de Catalunya*. www.gencat.cat/salut, pág. 42.

En las mujeres, los trastornos de ánimo doblan en prevalencia a los hombres, tanto a lo largo de la vida como en los últimos 12 meses. Y pasa exactamente lo mismo con los trastornos de ansiedad. Se mantiene la misma tendencia que en España.

Tabla 3. Prevalencia de trastornos mentales a lo largo de la vida y a los 12 meses. Catalunya 2002

	A lo largo de la vida			A los doce meses		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Cualquier trastorno mental	20,34 (16,87-23,81)	26,92 (23,62-30,21)	23,73 1,27-26,19	7,42 5,18-9,66	14,17 11,42-16,92	10,9 9,1-12,69
Cualquier trastorno de ánimo	11,31 (8,8-13,83)	20,39 17,48-23,3	15,99 14,05-17,93	4,14 2,53-5,74	9,23 7-11,46	6,76 5,37-8,15
Cualquier trastorno de ansiedad	7,6 5,11-10,09	14,85 12,18-17,52	11,34 9,45-13,22	3,41 1,79-5,03	9,22 7,04-11,4	6,41 5,02-7,79
Depresión mayor	10,83 8,33-13,33	19,24 16,46-22,03	15,17 13,29-17,05	3,94 2,35-5,53	8,92 6,71-11,12	6,51 5,14-7,87
Trastorno distímico	3,07 1,72-4,41	7,08 5,29-8,86	5,13 4-6,27	0,91 0,18-1,63	3,15 1,78-4,51	2,06 1,25-2,87
Trastorno de ansiedad generalizada	1,96 0,79-3,13	5,36 3,81-6,91	3,71 2,75-4,67	0,33 0-0,73	3,15 1,92-4,38	1,78 1,13-2,43
Fobia social	1,28 0,12-2,44	2,05 0,89-3,22	1,68 0,81-2,55	0,79 0-1,84	1,33 0,38-2,27	1,07 0,29-1,84
Fobia específica	2,4 1,08-3,71	4,51 3,08-5,95	3,49 2,48-4,49	0,82 0,07-1,57	2,83 1,64-4,02	1,86 1,15-2,57
Trastorno por estrés postraumático	1,12 0,19-2,04	2,2 0,98-3,43	1,68 0,92-2,44	0,65 0-1,35	0,9 0,08-1,72	0,78 0,25-1,32
Agorafobia	0,55 0-1,14	1,41 0,49-2,32	0,99 0,45-1,54	0,55 0-1,14	1,32 0,42-2,22	0,95 0,41-1,49
Trastorno de ansiedad	1,46 0,61-2,3	4,98 3,39-6,57	3,27 2,36-4,18	0,46 0,04-0,89	2,94 1,71-4,18	1,74 1,07-2,41
Abuso de alcohol	6,8 4,56-9,04	1,52 0,59-2,46	4,08 2,82-5,34	1,33 0,34-2,32	0,19 0-0,56	0,74 0,23-1,26
Dependencia de alcohol	2,05 0,74-3,36	0,42 0-0,95	1,21 0,51-1,9	0,32 0-0,71		0,16 0-0,35

* Proporciones ajustadas e intervalos de confianza.

Fuente: "Epidemiología de los trastornos mentales en España: métodos y participación en el proyecto ESEME-España". *Actas Españolas de Psiquiatría* (en prensa).

En la tabla 4 nos fijaremos en la distribución de los pacientes atendidos en los centros de salud mental ambulatorios de adultos de Catalunya. Los números absolutos de 2004 y 2005 nos permiten comprobar el aumento de demandas y visitas que se ha producido en un año, recogido en la columna de incremento.

Además, del año 2005, que hemos tomado como referente para nuestro estudio en las prisiones, se da la tasa por cada 100.000 habitantes, para poder

compararla posteriormente con la que obtengamos en las prisiones catalanas.¹⁵ Finalmente, la última columna nos aporta el dato de género con respecto al trastorno principal diagnosticado.

Tabla 4. Distribución de los pacientes atendidos en los centros de salud mental ambulatorios de adultos por diagnóstico principal seleccionado según CIM 9 MC. Años 2004 y 2005

Diagnóstico principal	Año 2004	Incremento 2004 2005	Año 2005		
	N		N	Tasa por cada 100.000 habitantes	% mujeres
Trastornos neuróticos	36.700	8,5%	39.812	569,1	71,4%
Depresión neurótica	15.343	6,4%	16.321	233,3	81,9%
Estados de ansiedad	13.955	4,0%	14.514	207,5	62,6%
Reacción de adaptación	25.852	11,8%	28.912	413,3	67,6%
Reacción de adaptación con características emocionales mixtas	15.573	-12,8%	13.584	413,3	70,2%
Reacción depresiva breve	4.145	9,3%	4.530	194,2	68,2%
Psicosis afectivas	18.379	17,4%	21.573	308,4	64,7%
Trastorno depresivo mayor, episodio único, leve, moderado o inespecificado	7.192	4,7%	7.532	107,7	64,8%
Trastorno depresivo mayor, episodio recurrente, leve, moderado o inespecificado	6.519	14,6%	7.468	106,8	67,8%
Trastornos esquizofrénicos	11.667	13,1%	13.199	188,7	37,5%
Tipo paranoide	5.786	13,8%	6.586	94,2	32,8%
Tipo esquizoafectivo	1.669	17,1%	1.954	27,9	53,2%
Trastornos de personalidad	6.764	12,0%	7.577	108,3	56,2%
Trastornos de personalidad inespecificado	1.795	17,3%	2.106	30,1	48,8%
Otros trastornos de personalidad	1.645	11,7%	1.838	26,3	61,4%
Trastorno depresivo no clasificado en ningún otro lugar	2.732	25,7%	3.433	49,1	67,8%
Otras psicosis no orgánicas	2.713	19,2%	3.234	46,2	47,5%
Psicosis inespecificada	1.964	19,9%	2.355	33,7	44,9%
Estados paranoides	2.068	13,1%	2.338	33,4	57,7%
Paranoia	1.504	13,3%	1.704	24,4	59,5%
Estado paranoide simple	320	-8,4%	293	4,2	55,6%
Síntomas y síndromes especiales, no clasificados en ningún otro lugar	2.126	6,3%	2.261	32,3	79,8%
Otros trastornos de la alimentación, y trastornos inespecificados de la alimentación	606	13,2%	686	9,8	90,6%
Bulimia	521	-2,3%	509	7,3	93,7%
Anorexia nerviosa	303	3,0%	312	4,5	93,9%
Trastorno de conducta no clasificado en ningún otro sitio	1.181	3,1%	1.218	17,4	25,9%
Juego patológico	379	-5,8%	357	5,1	13,2%

¹⁵ Generalitat de Catalunya. Departamento de Salud. *Activitat assistencial de la xarxa sanitària de Catalunya. Any 2005*, pág. 61. Los datos de población se han extraído de IDESCAT, <http://www.idescat.net/territ/>, consultado el 05/03/2007.

Trastornos de control del impulso, no clasificados en ningún otro sitio	546	12,3%	613	8,8	38,6%
Otros diagnósticos	10.914	13,4%	12.374	176,9	50%
Diagnóstico desconocido o erróneo	17.490	-15,2%	14.830	212,0	58,4%
Total	138.586	8,8%	150.761	2.155,2	62%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Departamento de Salud.

De estos datos se pueden extraer algunas conclusiones que nos deben servir para posteriores análisis:

- El número de pacientes atendidos en los centros ambulatorios de adultos en Catalunya se ha incrementado un 8,8% de media de un año a otro.
- El mayor incremento entre un año y el otro en cuanto a diagnóstico principal lo ha experimentado el *trastorno depresivo no clasificado en ningún otro lugar*, que ha aumentado un 25,7% de 2004 a 2005.
- El decremento más significativo entre un año y el otro por lo que respecta a diagnóstico principal se ha dado en el *diagnóstico desconocido o erróneo*, que ha bajado un 15,2% de 2004 a 2005.
- La tasa de enfermedad mental por cada 100.000 habitantes para cualquier tipo de diagnóstico se sitúa en el 2.155,2.
- Por género, las mujeres suponen el 62% de media de los que tienen algún tipo de trastorno. Destacan los *trastornos alimentarios*, que superan el 90%, y las *depresiones neuróticas*, que superan el 80%. En el otro extremo, los *trastornos por juego patológico* no llegan al 15% del total y los *trastornos de conducta no clasificados en ningún otro lugar* no llegan al 26%.

1.2. Los trastornos mentales en el medio penitenciario

1.2.1. Las recomendaciones para la identificación y el tratamiento

A pesar de las dificultades para diagnosticar diferencialmente la enfermedad mental que pueda sufrir una persona, muchos de los estudios consultados recomiendan como importante una detección precoz en prisión (Comité de

Ministros Consejo de Europa, 2006; Vicens, 2006; Hernández, 2006; Lavoie, 2005; Mouquet, 2005; Arroyo, 2005; VVAA, 2005; Síndic, 2005; Hills, 2004; Massaro, 2004; Consejo de Europa, 2004; Ministère de la Santé, 2003; Council of State Governm., 2003; Generalitat de Catalunya, UHPP 2003; Consensus Project, 2002; Bobes, 2001; Sánchez Bursón, 2001; Defensor del Pueblo Andaluz, 2000; Hernández, 1999).

Los motivos de esta recomendación son diversos. En primer lugar, motivos humanitarios: para evitar el sufrimiento de los enfermos provocado, por ejemplo, por las descompensaciones; o para ayudarlos a adaptarse a la institución o a evitar que se conviertan en víctimas dentro de la prisión debido a que su enfermedad los hace más vulnerables.

En segundo lugar, porque el diagnóstico debe ayudar a la institución a determinar el tipo de recurso especializado que se necesita para atender a los internos con trastornos mentales.

En tercer lugar, para prevenir los conflictos y reducir el número, tanto los que se puedan dar entre los internos como con el personal que se ocupa de ellos. Eso contribuye explícitamente a la seguridad de los centros penitenciarios.

Y, en cuarto lugar, el diagnóstico precoz debe ayudar a la prevención del riesgo de reincidencia en el delito, una vez el sujeto tenga opción de salidas de la prisión, ya que puede activar los mecanismos que deben tender a minimizar los riesgos.

En cambio, no identificar y no tratar de manera eficaz a estas personas supone la probabilidad de causarles daños irreparables, a menudo vinculados al estrés del encarcelamiento.

Para las familias puede implicar mucho sufrimiento pensar en el miembro que no es tratado convenientemente y en las consecuencias que eso tendrá al acabar la pena.

Para los funcionarios del centro penitenciario implica graves dificultades de tratamiento y de control de estas personas.

Para la comunidad implica asumir un elevado riesgo de reincidencia de estas personas.

El Consejo de Europa, a través de su Comité de Ministros, redactó la *Recomendación Rec(2006)2 sobre las Reglas Penitenciarias Europeas* que deben regular los principios rectores de trabajo en los centros penitenciarios. Recogemos aquí aquellas reglas que afectan específicamente a la atención de los enfermos mentales en los centros penitenciarios.

Recomendación 12.1. *“Las personas que sufran enfermedades mentales cuyo estado de salud mental sea incompatible con la detención en prisión deberán estar detenidas dentro de un establecimiento concebido a este efecto.”*

Recomendación 12.2. *“Sin embargo, si excepcionalmente estas personas están detenidas en una prisión, su situación y sus necesidades se deben regir por normas especiales.”*

Recomendación 40.4. *“Los servicios médicos de la prisión deben esforzarse en seguir y en tratar las enfermedades psíquicas o mentales, así como las deficiencias que eventualmente sufran los enfermos.”*

Recomendación 42.3.e. *“Cuando examine un preso, el médico, o un/a enfermero/a cualificado/a dependiente de este médico, debe poner una atención especial: (...) en la identificación de toda presión psicológica (...) en una alta tensión emocional debido a la privación de libertad.”*

Recomendación 42.3.h. *“(...) en la identificación de problemas de salud física o mental que puedan obstaculizar la reinserción del interesado después de su liberación.”*

Recomendación 42.3.j. *“(...) en la conclusión de acuerdos con los servicios de la colectividad para que todo tratamiento psiquiátrico o médico indispensable para el interesado se pueda seguir después de su liberación, si el preso da su consentimiento a este acuerdo.”*

Recomendación 47.1 *“Las instituciones o secciones especializadas situadas bajo control médico deben estar organizadas para la observación y el*

tratamiento de presos que sufran afecciones o trastornos mentales que no estén previstos necesariamente en las disposiciones de la Norma 12.”

Recomendación 47.2. *“El servicio médico en el medio penitenciario debe asegurar el tratamiento psiquiátrico de todos los presos que requieran esta terapia y debe poner una atención especial en la prevención del suicidio.”*

1.2.2. Los datos de trastornos mentales en la población penitenciaria

La literatura científica suele estar bastante de acuerdo en afirmar que los síntomas de enfermedad mental aumentan cuando una persona está encarcelada (Lavoie, 2005; Corrections Nzealand, 1999).

La prevalencia de trastornos severos¹⁶ observados en prisión es mayor que en la población general. Los internos están más expuestos a sufrir una enfermedad psicótica y una depresión mayor, y casi 10 veces más a tener un trastorno de personalidad antisocial que la población general (Lavoie, 2005).

Consensus Project (2002) concreta que en EEUU existe una sobrerrepresentación de enfermedades mentales en las prisiones. Mientras que en la población general es del 5%, en las prisiones es del 16%. Holly Hills (2004) recoge los mismos datos y concreta que de éstos el 59% cometió el delito habiendo abusado de alcohol o drogas y el 34% tiene una historia de dependencia del alcohol.

Según VVAA (2005), en EEUU uno de cada cuatro o cinco internos necesitaría servicios de salud mental y/o de un lugar especializado donde ser tratado. Si se suman a estos internos los de abuso de sustancias, se trataría de entre un 50% y un 75% de la población reclusa (Council of State Govrn., 2003).

Massaro (2004) da las cifras de presos de EEUU con trastornos mentales severos (TMS) de 6,4% de hombres y 12,2% mujeres.

¹⁶ Para definir los trastornos mentales severos hemos seguido los criterios de definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992), recogidos por C. Gibert *et al.* Según la clasificación CIE-10 se consideran trastornos mentales severos (TMS): la esquizofrenia y otros t. psicóticos; el t. delirante; el t. psicótico compartido; el t. esquizoafectivo; el t. psicótico no especificado; los t. bipolares; el t. depresivo mayor, episodio único grave con síntomas psicóticos, y el t. depresivo mayor, episodio recidivante grave con síntomas psicóticos.

Holly Hills (2004) estimaba que el 19% de mujeres preventivas está diagnosticada de trastornos mentales severos. Esta cifra baja al 9% de hombres preventivos.

Los trastornos de personalidad en los estudios de EEUU y Canadá sitúan la prevalencia alrededor del 50-75% (Vicens, 2006).

Fazel y Danesh (2002), que recogen estudios más globales de 12 países de occidente en un metaanálisis que estudiaba 62 trabajos sobre población penitenciaria, concretan que un 3,7% sufre un cuadro psicótico, un 10% una depresión mayor y el 42% un trastorno de la personalidad. Entre los presos hay una probabilidad de 2 a 4 veces más elevada de sufrir un cuadro psicótico y una depresión mayor que en la población general, y 10 veces más de sufrir un trastorno de personalidad antisocial.

Estos autores han detectado que hay una variabilidad del 2% al 5% en los estudios sobre trastornos psicóticos, debido a los diferentes sistemas diagnósticos que se utilizan, y que esta variabilidad en la prevalencia es aún mayor cuando se habla del trastorno antisocial de la personalidad.

Bugha (2005) da las cifras de la población ordinaria inglesa con trastornos psicóticos, que se sitúa en un 4,5% frente al 52% de las prisiones inglesas.

Singleton, citado por Vicens (2006), dice que 9 de cada 10 presos en Inglaterra y País de Gales presentaban algún tipo de alteración en su estado mental. Casi el 25% de presos preventivos presentaba 4 o 5 trastornos comórbidos.

Kjelsberg, citado por Arroyo (2006), encontró un 35% de los internos con algún tipo de trastorno mental en las prisiones noruegas, en una muestra de 2.617 internos.

Fotiadou, citado por el mismo autor (Arroyo, 2006), encontraba un 78% de patología mental en una muestra aleatoria de 80 internos de una prisión griega.

Francia estima el año 1997 que entre un 14% y un 25% de las nuevas entradas de hombres a prisión presenta un trastorno psiquiátrico patente; en mujeres llega a un 30% (Ministère de la Santé, 2003).

Mouquet (2005) recoge que un 10% de los internos ingresados en Francia en 2003 al entrar en prisión recibía prescripción para ir al especialista en psiquiatría. Uno de cada diez ingresados declaraba haber visitado regularmente un psiquiatra o un psicólogo antes del ingreso. La misma proporción, una persona de cada diez entradas en prisión, refería como mínimo un intento de suicidio el año anterior al encarcelamiento.

En nuestro país los datos son pocos claros. Como ejemplo, se pueden tomar los trastornos de la personalidad, donde la horquilla de los estudios habla de porcentajes de entre el 30% y el 65% de los internos (Arroyo, 2004). Esta falta de datos crea confusión entre los profesionales y la opinión pública, y a la vez impide una planificación de los recursos asistenciales.

En otro estudio, Arroyo (2006) recoge datos de los pacientes ingresados en el módulo de enfermería del centro penitenciario de Zuera (Zaragoza), y las prevalencias que obtuvo en siete meses de registro fueron que el 7% de la población penitenciaria de la prisión pasaba por la enfermería (114 internos). De éstos, el 50% tuvo una causa psiquiátrica. Distribuidos por grupos, el 30% eran cuadros psicóticos de diferente naturaleza; el 43%, debidos a trastornos gravemente adaptativos; el 8% eran trastornos psiquiátricos de tipo orgánico, y el 19% debidos a trastornos graves afectivos depresivos.

El mismo Arroyo (2002) ha encontrado en la prisión de Zuera (Zaragoza) un 31% de trastornos de personalidad sobre una muestra de 60 individuos. Un 2% presentaba trastorno depresivo y un 27% problemas de toxicomanía.

Rodríguez-Arrebola (2005) obtiene en su estudio que, en 1992, un 28% de la población reclusa de las prisiones de Zaragoza y Daroca presentaba uno o varios diagnósticos de trastorno de personalidad (TP).

Marset (2004) dice en su estudio que el 50% de los enfermos con trastorno por uso de sustancias tiene al menos un diagnóstico de trastorno de personalidad, oscilando entre el 46%, en el caso de los alcohólicos, y el 65-68%, en el caso de los dependientes de opiáceos.

Bugha (2005) cifra en casi un 5% la población penitenciaria española que sufre trastornos mentales psicóticos.

Vicens (2006) obtiene que, en el conjunto de los trastornos mentales, el 40% de las mujeres y el 20% de los hombres presentan algún antecedente psiquiátrico; el 22% ha estado ingresado en centros psiquiátricos antes de la entrada en prisión, y el 6% de los ingresos se ha prolongado más de 6 meses.

El mismo autor dice que un 27% de las mujeres ha realizado una tentativa de suicidio durante el año previo al ingreso en prisión. Una vez ingresados en los CP, los episodios de autolesiones eran superiores en las mujeres (15%) que en los hombres (5%).

En Catalunya, el 3% de los reclusos presenta trastornos mentales graves y el 30% de los internos sigue algún tipo de tratamiento psicofarmacológico (Toxicomanies Brians, 2006). El mismo estudio recoge que la población interna penitenciaria con problemas de toxicomanía se sitúa entre el 50 y el 70%.

Todos estos datos servirán de marco inicial de trabajo para contrastar en el presente estudio, pese a que, como se puede ver, la disparidad es muy alta.

1.2.3. El impacto de la prisión y el riesgo de suicidio

Massaro (2004) explica el estrés que la entrada en prisión implica para cualquier persona, ya que ha de desarrollar un proceso de aprendizaje de nuevas reglas de conducta. Este estrés se multiplica en personas con dificultades de comprensión, imitación, adaptación y/o aprendizaje, producto de su enfermedad mental.

Los enfermos mentales que pasan largas y/o frecuentes temporadas en la cárcel aprenden una serie de comportamientos necesarios para preservarse en este medio. Incluso, cuando posteriormente se incorporan a programas en la comunidad, estos comportamientos se pueden interpretar como falsos síntomas de peligrosidad: no confiar en los otros, parecer siempre fuerte, exigir respeto, mantener en secreto información personal, etc., son aprendizajes adquiridos en prisión que tendrán que desaprender porque los servicios de salud mental les piden todo lo contrario.

Al volver a la comunidad después de una estancia relativamente larga, los enfermos experimentan un dramático choque cultural y un intenso estrés de readaptación sin el orden, las reglas y las rutinas de la prisión.

Lavoie (2005) indica que los factores estresantes dentro de la prisión que hacen aumentar la probabilidad de que un interno que tenga propensión a acabar sufriendo enfermedades mentales son: la separación de la familia, la falta de privacidad, la pérdida de autonomía, la masificación, el miedo de ser asaltado y el aburrimiento.

Uno de los indicadores más aceptados por la literatura científica para detectar el grado de este estrés y de esta situación de fragilidad mental dentro de las cárceles son los suicidios o intentos de suicidio. Massaro (2004) recoge una amplia lista de estudios recientes que demuestran que los problemas de salud mental correlacionan significativamente con los suicidios e intentos de suicidio.

A la hora de dar cifras, también es frecuente hallar referencias en la literatura científica internacional sobre la desproporción entre los porcentajes de suicidio entre la población general y la población penitenciaria. Consensus Project (2002) sitúa la tasa de suicidios en prisión en EEUU en 52 por cada 100.000 habitantes, mientras que en la población general esta cifra es de 11 suicidios por cada 100.000 habitantes. Hills (2004) amplía esta información de EEUU diciendo que aumenta hasta 107 suicidios cada 100.000 habitantes en el caso de los centros de preventivos, y concreta que el 95% de ellos son hombres.

Massaro (2004) también incide en este aspecto y expone que los preventivos doblan las tasas de suicidio de los condenados, y especifica que las mujeres encarceladas en Canadá presentan un riesgo significativamente superior al de los hombres de intentar un suicidio, mientras que los hombres presentan mayor riesgo que las mujeres de completar un suicidio.

Mouquet (2005) explica en su estudio que en Francia uno de cada diez encarcelados declara haber hecho una tentativa de suicidio el año anterior al encarcelamiento y que tres de cada diez de los encarcelados con problemática psicológica ya detectada lo han intentado durante el último año en la prisión.

Singleton (1998)¹⁷ cifraba en un 27% el porcentaje de mujeres de las prisiones inglesas que había realizado una tentativa de suicidio el año previo al ingreso en prisión, mientras que, una vez ingresados en las cárceles, los episodios autolesivos alcanzaban el 15% entre las mujeres y el 5% entre los hombres.

En las dos tablas siguientes presentamos una comparativa europea de los datos de suicidios en la población general y también en las prisiones, para que el lector tenga una referencia clara de esta comparación por países.

Tabla 5. Tasa de suicidios en las prisiones europeas y comparativa con la población general. Año 2004

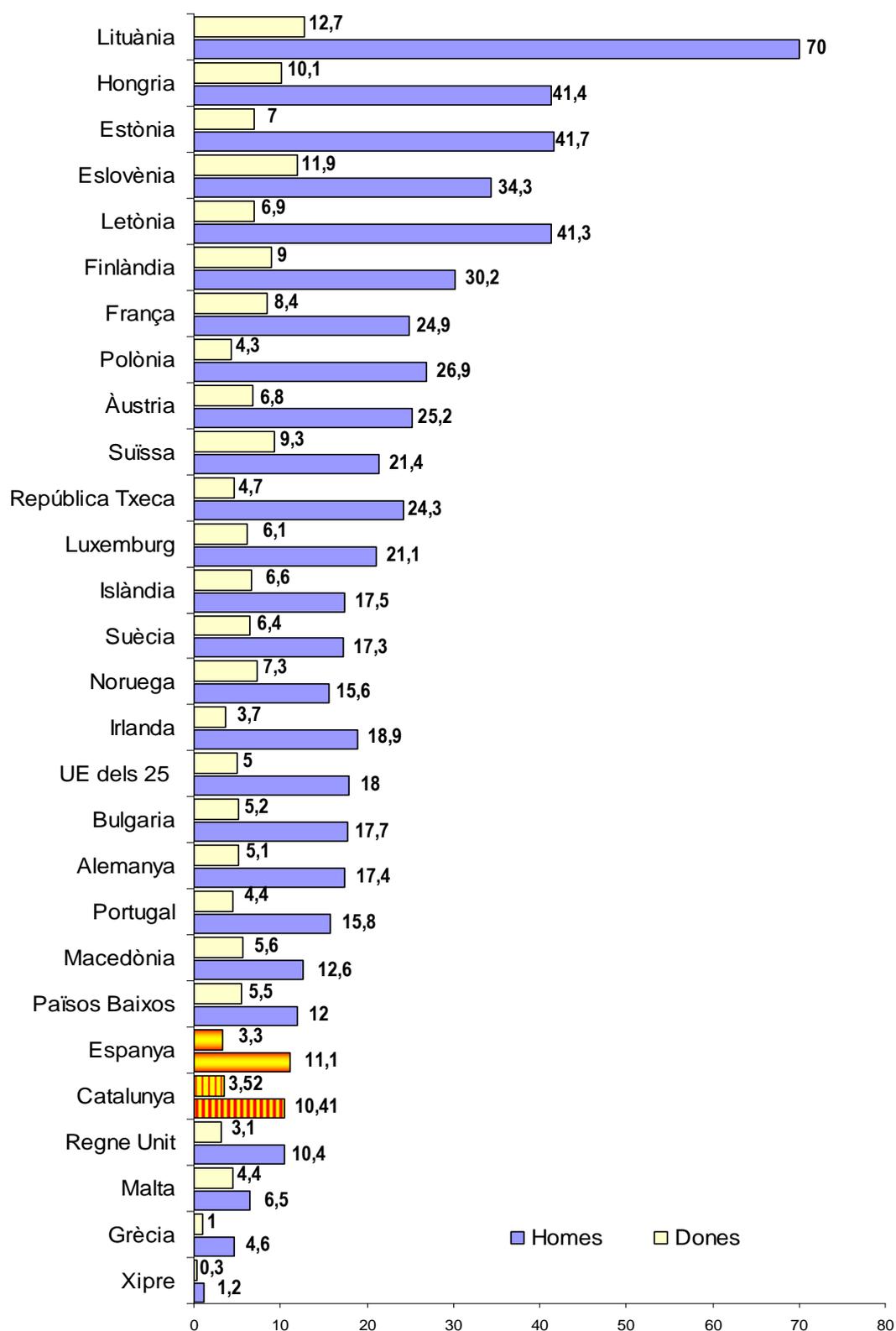
	Suicidios en prisión		Suicidios población general
	N	Tasa 100.000 internos	Tasa 100.000 habitantes
Suiza	13	216	15,0
Francia	115	204	16,2
Dinamarca	7	186	-
Luxemburgo	1	182	13,2
Noruega	5	168	11,4
Portugal	22	162	9,6
Finlandia	5	145	-
Inglaterra y País de Gales	95	128	-
Escocia	8	116	-
Países Bajos	21	105	8,7
Letonia	8	103	22,3
Alemania	81	102	11,0
República Checa	16	93	14,0
Italia	52	93	-
Bélgica	8	87	-
Suecia	6	82	11,8
España	48	81	8,1
Irlanda del Norte	1	77	-
Estonia	3	66	22,7
Eslovaquia	6	63	-
Catalunya	8	59	7,0
Lituania	4	51	38,9
Polonia	32	40	15,1
Hungría	6	37	24,3
Grecia	2	23	2,8
Bulgaria	2	18	11,0
Rumanía	7	17	-
Chipre	0	0	0,7
Malta	0	0	5,4
Eslovenia	0	0	22,7

¹⁷ Citado por Vicens y Tort (2005). "El cumplimiento de la medicación y las implicaciones clínicas a largo plazo en la esquizofrenia en el ámbito penitenciario". *Revista Española Sanidad Penitenciaria*, vol. 7, pág. 69.

Austria	-	-	8,7
Irlanda	-	-	11,3
Reino Unido	-	-	6,7
Europa de los 25 países	-	-	11,2

Fuente: SPACE I para los datos penitenciarios. http://www.coe.int/t/f/affaires_juridiques/
EUROSTAT para los datos de suicidio de la población general. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/>

Gráfico 3. Tasa de suicidios en Europa por cada 100.000 habitantes. Año 2004



Los datos son de 2004, ya que son los últimos proporcionados por el Consejo de Europa en estadística penal anual SPACE 1¹⁸ en el caso de los servicios penitenciarios.

Como podemos ver en las tasas europeas, la tasa de los suicidios es sensiblemente más elevada en las prisiones que en la población ordinaria en prácticamente todos los países de la Unión Europea.

Más cerca, en nuestra tierra, la tasa de suicidios y autolesiones que da el Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya¹⁹ para el año 2003 es de 6,95 por cada 100.000 habitantes en la población catalana (tasa casi tres veces superior en los hombres que en las mujeres: 10,45 frente a 3,56).

Si trasladamos estas cifras a las prisiones, vemos que en el mismo año 2003 en las prisiones catalanas se produjeron 8 suicidios,²⁰ lo que traducido a tasa implica el 63,04 por cada 100.000 habitantes (9 veces superior a la de la población general catalana). En el año que hemos tomado como referencia para el estudio, el 2005, la tasa de suicidios en las prisiones catalanas baja un poco, situándose en 58,10 por cada 100.000 habitantes.

En cuanto al resto del Estado español, la tasa de suicidios en el año 2003 para la población general era de 8,10 por cada 100.000 habitantes,²¹ y para las prisiones la tasa era de 60,9 por cada 100.000 habitantes.²² En 2005 la tasa de suicidios en el resto de prisiones del Estado se mantenía en 63,84 por cada 100.000 internos.²³

¹⁸ Conseil d'Europe. SPACE 1 (Statistique Pénal annuelle du Conseil de l'Europe). Consulta en web. http://www.coe.int/t/f/affaires_juridiques/ Reference: SPACE 2005.15.

¹⁹ Departamento de Salud. *Pla Director de Salut Mental i Addiccions*, pág. 54.

²⁰ Departamento de Justicia (2007). *Butlletí Semestral d'Informació Estadística Bàsica*, núm. 5 (enero), pág. 22.

²¹ Instituto Nacional de Estadística. <http://www.ine.es/inebase/cgi/axi> (consultada el 15-03-07).

²² Ministerio del Interior. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. *Informe General 2004*, pág. 216.

Justidata 44. *Evolució de la població penitenciària a Catalunya i al conjunt de l'Estat espanyol 1999-200*, pág. 2.

²³ Datos de suicidios 2005 en los centros penitenciarios del resto del Estado español facilitados al CEJFE mediante oficio de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias en fecha 22 de diciembre de 2006.

Tabla 6. Comparativa de tasas de suicidio por cada 100.000 habitantes en la población general y en la población encarcelada catalana y española

	2003	2004	2005	2003	2004	2005
	Población general			Prisiones		
Cataluña	6,95	7,0		63,04	59,0	58,10
España	8,10	8,1		60,91	81,0	63,84

Los estudios consultados señalan como factores de alerta más comunes para la prevención de suicidios en los centros penitenciarios los siguientes:

- Presencia de un trastorno mental.
- Historia previa de intentos de suicidio.
- Tener una condena larga (de más de 20 años).
- Tener entre 31 y 40 años (franja de edad en la que se dan más suicidios).
- Problemas institucionales.
- Internamiento en solitario.
- Ser hombre.

En general, las primeras horas de detención se consideran las de mayor riesgo.

1.3. Los estudios sobre salud mental y ejecución penal

Arroyo (2005) recogía en un estudio interno hecho por una comisión de expertos en salud mental en las prisiones, publicado por la *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, la preocupación de sus lectores por la falta de datos epidemiológicos sobre patología mental en las prisiones españolas.²⁴ El segundo tema de interés eran los problemas por el tratamiento de salud mental en los centros penitenciarios. El motivo del interés de los suscriptores de la revista por estos temas se fundamentaba en la percepción de la gravedad y la frecuencia con que se daban estos problemas entre los reclusos de nuestro

país. Este mismo autor recogía la estimación de la OMS respecto a que en las sociedades occidentales la incidencia de alteraciones psiquiátricas es 7 veces superior en la población penitenciaria que en la general. La conclusión a la que llega es que el ingreso en prisión favorece la morbilidad en salud mental.

En general, hemos hallado en los estudios consultados dos grandes líneas de trabajo como soporte de la investigación sobre salud mental y ejecución penal.

Por un lado, están los estudios de prevalencia, que sitúan en cada comunidad las tasas de morbilidad de cada una de las enfermedades, si bien también es común reconocer las dificultades de diagnosticar diferencialmente, más aún cuando se mezcla con el consumo de drogas. El consumo de sustancias hace que la sintomatología se diversifique y se dispare la aparición de sintomatología secundaria.

Por otro lado, la segunda gran línea de trabajo se refiere al tratamiento de las personas que han sido condenadas o por lo menos han pasado por un procedimiento judicial penal. Desde este planteamiento, encontramos estudios que cuestionan ya de entrada si la prisión es el mejor lugar donde atender a estas personas,²⁵ hasta otros planteamientos más claramente alineados a favor de que la prisión sea responsable de la atención, tratamiento y gestión de delincuentes con enfermedades mentales, pero que lo haga en condiciones.²⁶

Los estudios sobre salud mental en el medio penitenciario hacen mucho énfasis en las grandes deficiencias de conocimiento que hay con respecto a cómo abordar todas las etapas de estancia de los enfermos mentales en estas instituciones. Ya hemos citado que la falta y variabilidad de diagnósticos es uno de los temas que más preocupan, pero también cómo tratar a estas personas.

Otro tema que se suele abordar es si se puede hablar de un comportamiento más violento en los internos con problemas de salud mental y si esta violencia aumenta si, además, hay consumo de tóxicos. La mayoría de los autores consultados coinciden en afirmar que el riesgo de violencia no es permanente,

²⁴ Arroyo (2005). "El grupo de trabajo sobre salud mental en prisiones. Actividades y funcionamiento". *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, vol. 7, pág. 88.

²⁵ Defensor del Pueblo Andaluz, 2000; Síndic de Greuges, 2005; Heglin, 2006.

²⁶ VVAA, 2005; Artículos Diversos, 2002; Consensus Project, 2002; Hills, 2004.

sino que varía según los rasgos individuales y las circunstancias de la persona, de manera que el nivel de riesgo depende de varios factores no exclusivos de la enfermedad mental. De hecho, hemos visto que varios de estos estudios llegan a conclusiones semejantes respecto a la similitud de peligrosidad entre las personas afectadas por enfermedades mentales y otros grupos sociales; en cambio, sí que son aquellos más a menudo víctimas que actores de violencia.

Como causas que provocan este tipo de creencias, algunos autores ven en los medios de comunicación la manera más rápida de amplificar y promover la creación de estereotipos y de vincular la enfermedad mental con la violencia. Teplin (1984), mencionado por Massaro (2004), hacía referencia a la mayor probabilidad de ser arrestados que tenían los sospechosos de cometer un delito si mostraban síntomas de enfermedad mental.

Otro punto que aparece de manera recurrente en los estudios consultados como una preocupación a resolver son las dificultades de derivación y de encontrar recursos asistenciales convenientes en la red sanitaria para continuar tratando a estas personas después de cumplir la pena. En este punto, los planteamientos son muy críticos con respecto a la gestión y reparto de recursos que hacen los gestores públicos.

En las tablas 7 y 8, se recoge el vaciado bibliográfico que se ha hecho para la investigación, identificando los objetivos mayoritarios de los estudios, la metodología que utilizan y las variables que controlan. También la población con la que trabajan y el concepto de trastorno mental que suelen utilizar.

Tabla 7. Estudios sobre salud mental y medio penitenciario

Objetivos de los estudios	Metodología utilizada
<ul style="list-style-type: none"> ■ Conocer la prevalencia de personas con trastorno mental y el perfil que presentan (1)(4)(10)(22)(24) ■ Tratamiento en las prisiones (3)(19)(21)(22)(29)(33)(34)(49)(50)(52)(53) ■ Respecto a los profesionales (23)(43)(46) ■ Factores de riesgo (39)(40)(24) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cuestionarios escritos dirigidos a profesionales (1)(23)(32) ■ Escalas y tests dirigidos a profesionales sobre actitudes, condiciones de trabajo (46) ■ Entrevistas y consultas en profundidad a expertos (4) ■ Encuestas poblacionales (7) ■ Recogida de datos secundarios (10)(19)(33)(34) ■ Estudios bibliográficos (13) ■ Estudio de campo a usuarios (25)(39)(40)(45)

Variables estudiadas	Población / muestra
<ul style="list-style-type: none"> ■ Sociodemográficas (1)(3)(4)(10)(13)(24)(25)(32)(39)(40)(45)(50)(51)(52) ■ Historia clínica (1)(4)(10)(13)(24)(25)(32)(39)(40)(45) ■ Drogas (1)(4)(39)(40) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 82 internos de Andalucía (1) ■ Metaanálisis (3)(13) ■ 35 funcionarios de prisiones (23) ■ 327 reclusos que han pasado por unidades psiquiátricas penitenciarias el año 2003 (10) ■ 83 profesionales de diferentes prisiones (46) ■ 135 internos atendidos por asistencia psiquiátrica (21) ■ 799 presos de 20 prisiones francesas (45)

Tabla 8. Relación de estudios consultados

Arroyo 2004 (23)	Fazel, Danesh 2002 (13)	Massaro 2004 (52)
Arroyo 2005 (32)	Fiscalía 5/1999 2006 (11)	Memoria Dept. Just. '01. 2003 (14)
Artículos diversos 2002 (35)	Fort et al. 2005 (44)	Memoria Dept. Just. '02. 2003 (15)
Artículos diversos 2002 (41)	García Brea 2006 (20)	Memoria Dept. Just. '03. 2004 (16)
Bobes, Martínez 2001 (6)	Guerrero 2004 (10)	Memoria Dept. Just. '04. 2005 (17)
Bugha 2005 (24)	Guerrero, Cardona 2006 (37)	Ministère de la Santé 2003 (18)
Carles Soler, C. Mari 2006 (36)	Heglin 2006 (54)	Mouquet 2005 (7)
CGPJ-CEJFE 2000 (30)	Henderson 1998 (25)	Prison Mental Health 2002 (19)
Comité Ministros 2006 (5)	Hernández 2006 (3)	Rodríguez-Arrebola 2005 (33)
Consejo de Europa 2004 (53)	Hernández, Espinosa 1999 (34)	Sáiz 2004 (40)
Consensus project 2002 (49)	Hills 2004 (27)	Sánchez Bursón 2001 (4)
Corrections NZealand 1999 (21)	Informe Institu. Penitenc. 2004 (9)	Sindic de Greuges 2005 (2)
Council of State Govrnm. 2003 (28)	James et al. 2006 (47)	Toxicomanies Brians 2006 (8)
Defensor Andaluz 2000 (1)	Laishes 2002 (48)	UHPP Generalitat Cat. 2003 (43)
Dept. Justicia Circular 3/04 (26)	Lavoie et al. 2005 (46)	Vicens, Tort 2006 (12)
DSM-IV 1995 (31)	Leguay 2006 (51)	VVAA 2005 (50)
Elbogen 2000 (29)	Markovitz 2006 (42)	Young et al. 2006 (39)
Falissard 2006 (45)	Marset 2004 (22)	Zein 2006 (38)

2. La investigación

2.1. Finalidad

Esta investigación responde a una demanda de la Secretaría de Servicios Penitenciarios, Rehabilitación y Justicia Juvenil (SSPRJJ) del Departamento de Justicia al Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada (CEJFE). El interés de la Secretaría se centraba en tener una primera aproximación descriptiva de las características de las personas ingresadas en los centros penitenciarios que sufriesen algún tipo de alteración psíquica que los hiciese estar de manera provisional o permanente en las unidades de enfermería de estos centros o en las unidades de internamiento psiquiátrico específicas.

La finalidad de la investigación es la de servir para mejorar la atención a la problemática de salud mental de estas personas durante todo el cumplimiento de la pena de prisión. Esta finalidad implica un diagnóstico de la situación actual centrado en tres aspectos básicos:

1. Conocer más a fondo y cuantificar las problemáticas de salud mental que se dan en el ámbito penitenciario y el perfil de las personas que las sufren.
2. Detectar aspectos que hay que mejorar en la atención que reciben los internos con respecto a tres cuestiones principales: diagnóstico, tratamiento y derivación (dentro del mismo sistema o en el exterior).
3. Comparar esta situación con la de las personas sometidas a medidas de seguridad.

2.1.1. Objetivos

Los objetivos que definen estas finalidades se han concretado en:

1. Cuantificar las problemáticas de salud mental que se encuentran en el ámbito penitenciario y el perfil de las personas que las sufren.

- 1.1. Saber el número de personas con problemas de salud mental en las prisiones catalanas.
 - 1.2. Saber las prevalencias según las patologías mentales detectadas.
 - 1.3. Saber en qué momento del paso por la prisión se ha conocido o se ha manifestado la problemática mental: antes del ingreso, en el momento del ingreso o con posterioridad al ingreso.
 - 1.4. Conocer el perfil personal, sociofamiliar, penal y penitenciario de las personas con problemas de salud mental, haciendo especial mención en el análisis por grupos de diagnóstico.
 - 1.5. Comparar el perfil de la persona con problemas de salud mental con el perfil general de la población penitenciaria.
2. Saber las particularidades de la estancia en prisión de los internos con problemática de salud mental.
- 2.1. Conocer las diferencias entre las diversas problemáticas de salud mental detectadas, con respecto a las variables recogidas en la estancia en prisión: clasificaciones regimentales, ubicaciones penitenciarias, actividades, salidas y permisos, incidentes, sanciones, faltas, regresiones de grado, clasificación en tercer grado, etc.
 - 2.2. Conocer las diferencias entre las personas que han pasado por psiquiatría según tengan diagnóstico o no lo tengan (estabilidad de grupo de convivencia, medicación, toxicomanía, salidas, media de incidentes, tipo de sanciones, etc.).
 - 2.3. Conocer el número de suicidios e intentos de suicidio de las personas con problemática mental. Saber las características específicas por lo que respecta al perfil personal, penal y penitenciario.
 - 2.4. Saber el perfil de las personas con problemática mental detectada que tienen incidentes violentos dentro de la prisión (agresiones a funcionarios y/o a internos) y compararlo con los que no provocan.
3. Saber el número de medidas de seguridad decretadas en Catalunya. Conocer el perfil personal, penal y penitenciario de las personas sometidas a medidas de seguridad. Compararlo con los perfiles de la población penitenciaria (internos en general e internos con trastornos mentales).

4. Conocer el perfil personal, penal y penitenciario de colectivos específicos con problemas de salud mental.

4.1. Mujeres.

4.2. Extranjeros.

5. Identificar las propuestas más válidas de los expertos y profesionales de la salud mental en el medio penitenciario para abordar los trastornos mentales en las prisiones, y las de derivación más consensuadas.

5.1. Establecer predicciones con respecto a incrementos o decrementos en tasas, problemáticas, necesidades futuras, etc.

5.2. Identificar dificultades diagnósticas más comunes. Propuestas de mejora.

5.3. Analizar el tratamiento de la salud mental en un contexto de privación de libertad: integración o separación con respecto a otros internos, actividades, régimen disciplinario, etc. Propuestas de mejora.

5.4. Examinar las posibles derivaciones a recursos externos: limitaciones y posibilidades.

5.5. Conocer las necesidades de formación de los profesionales para la intervención más adecuada en esta población.

2.1.2. Hipótesis

Hipótesis vinculadas al objetivo 1

- 1) El porcentaje de personas con trastornos mentales entre la población penitenciaria catalana es superior al de la población catalana en general.
- 2) Las personas afectadas por un trastorno de personalidad presentarán un perfil caracterizado por los siguientes rasgos:
 - Habrá un porcentaje superior de consumidores de drogas que en el resto de grupos de patologías. Esta diferencia se hará especialmente evidente en el consumo por vía parenteral (sólo los que presentan trastornos por consumo de sustancias presentarán un porcentaje equiparable de consumo por esta vía).

- Acumularán más causas, anteriores y posteriores a la pena base.
 - Acumularán más tiempo de estancia en prisión anterior a la pena base.
 - Serán el grupo en que menos eximentes haya tenido en cuenta el juez en la aplicación de la sentencia.
 - Serán los que acumulen mayor proporción de delitos violentos.
- 3) Las personas afectadas por un TMS presentarán un perfil caracterizado por los siguientes rasgos:
- Habrá un porcentaje más alto de personas con retraso mental, disminución psíquica e incapacitación legal que en los otros colectivos.
 - Se tratará del grupo más frecuentemente diagnosticado con anterioridad a la entrada en prisión por la pena base.
 - Protagonizarán un bajo porcentaje de delitos violentos con relación a otros colectivos.
 - Serán los que tendrán más sentencias con eximentes completas.
- 4) Las personas afectadas por “otros trastornos” presentarán un perfil diferente según las patologías.
- En el caso de las personas que sufran un trastorno del estado de ánimo, serán mayoritariamente mujeres y el tipo de delito será contra la propiedad y contra la salud pública.
 - En cuanto a las personas afectadas por “trastornos por sustancias”, habrá una proporción superior de consumidores de tóxicos vía parenteral que en los otros grupos (excepto TP), los delitos más frecuentes serán contra la propiedad y contra la salud pública, y formarán parte del grupo de patologías que cometen mayor número de delitos violentos.

- 5) Las personas con trastornos mentales cometerán un porcentaje superior de delitos contra las personas y contra la libertad sexual que la población general encarcelada y un porcentaje inferior de delitos de la categoría “otros” (económicos, etc.).

Hipótesis vinculadas al objetivo 2

- 6) Los internos con trastornos mentales protagonizarán más incidentes que la población general encarcelada.
- 7) Las personas afectadas por un TP presentarán un comportamiento más inadaptado al medio penitenciario y significativamente diferente al de los internos con el resto de trastornos: más incidentes, faltas y sanciones; más regresiones de grado y clasificaciones en primer grado; más cambios de ubicación en una misma prisión o cambios de prisión; etc.
- 8) Los internos que han llegado a cualquier unidad de psiquiatría sin diagnóstico presentarán un perfil más conflictivo en el entorno penitenciario que los que estén diagnosticados: mayor problemática de consumo de drogas; más incidentes, faltas y sanciones; más cambios de ubicación y de régimen penitenciario; etc.
- 9) Los hombres encarcelados presentarán una tasa más alta de suicidios, y las mujeres una tasa más alta de intentos de suicidio y autolesiones.

Hipótesis vinculadas al objetivo 3

- 10) A las personas con un TMS juzgadas por una causa penal se les aplicará con mayor proporción una medida de seguridad que la pena de prisión. En cambio, a las que sufran un TP se les impondrá más frecuentemente la pena de prisión.
- 11) Las personas con trastornos mentales que cumplan medidas de seguridad habrán protagonizado menos delitos violentos que las que se encuentren en prisión.

12) Conocer la enfermedad mental en el momento de la sentencia hace que se tenga en cuenta para atenuar la pena o eximir al procesado. Se encontrarán más casos de reducción de condena entre las medidas de seguridad que entre las de prisión.

Hipótesis vinculadas al objetivo 4

13) El porcentaje de extranjeros diagnosticados con trastornos mentales dentro de prisión será proporcionalmente inferior al porcentaje general de extranjeros encarcelados.

14) La problemática de salud mental en los extranjeros se concentrará fundamentalmente en la categoría “otros trastornos”, y en concreto en trastornos por consumo de sustancias y en trastornos del estado de ánimo.

2.2. Metodología

La investigación consta de dos procedimientos de trabajo bien diferenciados, en función de los objetivos perseguidos. Hay una primera parte centrada en los 4 primeros objetivos, formada por una investigación retrospectiva y de carácter cuantitativo, en la que se han recogido datos de los expedientes de los internos ingresados en los centros penitenciarios y también de los que cumplen medidas de seguridad. Y hay una segunda parte centrada en el último objetivo, que se basa en una investigación prospectiva que ha utilizado la técnica Delphi como método de estudio y que ha ido dirigida a los profesionales que trabajan o tienen contacto con el tema de salud mental en el medio penitenciario.

2.2.1. Estudio cuantitativo

La población objeto de estudio está compuesta por todas aquellas personas que durante el año 2005 o bien tenían como mínimo un diagnóstico relacionado con problemática mental o bien, en su defecto, su ubicación durante algún momento del año fue, como mínimo por un día, en unidades de psiquiatría o unidades hospitalarias de los centros penitenciarios de la provincia de Barcelona, por problemática relacionada con la salud mental. Los centros de donde hemos extraído la población para hacer el estudio han sido aquellos que tienen unidades especializadas para el tratamiento de estas problemáticas: psiquiatría del CP Brians; UHPP (Unidad Hospitalaria Penal Penitenciaria) también ubicada en el CP Brians; psiquiatría del CP Quatre Camins; y psiquiatría del CP de Hombres de Barcelona.²⁷ En total, la población penitenciaria incluida en este grupo ha sido de 342 personas.

En el caso de las medidas de seguridad, se han incluido en el estudio todos los expedientes de la provincia de Barcelona que durante 2005 fueron dados de alta administrativa, tanto los que se iniciaron, como los que estaban en curso o finalizaron durante algún momento de aquel año. En total, la población de medidas de seguridad incluida en este grupo ha sido de 308 personas.

²⁷ El CP de Jóvenes de BCN no dispone de unidad de psiquiatría específica y, por tanto, no había manera de saber si existía algún caso. Por lo que respecta al CP de Mujeres de BCN, las internas que tienen problemática de salud mental las encontraremos derivadas al CP Brians.

Un total de 63 personas han compartido ambas posibilidades; es decir, estuvieron ingresadas en algún centro penitenciario y en alguno de sus servicios de psiquiatría durante 2005 y, por otro lado, también cumplieron alguna medida de seguridad, fuera o dentro de un centro penitenciario. En el estudio, estos casos se han incluido en el grupo de medidas de seguridad.

Los diferentes análisis descriptivos y explicativos recogidos a partir del capítulo siguiente han sido realizados para dar respuesta a los objetivos planteados en la investigación y para contrastar las hipótesis de trabajo.

2.2.2. Estudio cualitativo

Para llevar a cabo el estudio cualitativo, que se explica extensamente en la segunda parte de este informe de investigación, se consultó, a través de la técnica Delphi, a diferentes expertos y profesionales del campo de la salud mental en el medio penitenciario. A estos expertos les solicitamos su opinión sobre la situación de la atención a las problemáticas mentales en este medio: los puntos más destacados, los más conflictivos y las propuestas de mejora que podían hacerse desde el punto de vista sanitario, de tratamiento de conducta y también con relación a algunos aspectos de seguridad.

Finalmente, en el cuestionario Delphi participaron 119 personas de diferentes categorías profesionales. Como ya hemos dicho, en la segunda parte del estudio se explica con más detalle quiénes son y cómo fueron seleccionados.

2.2.3 Ficha técnica

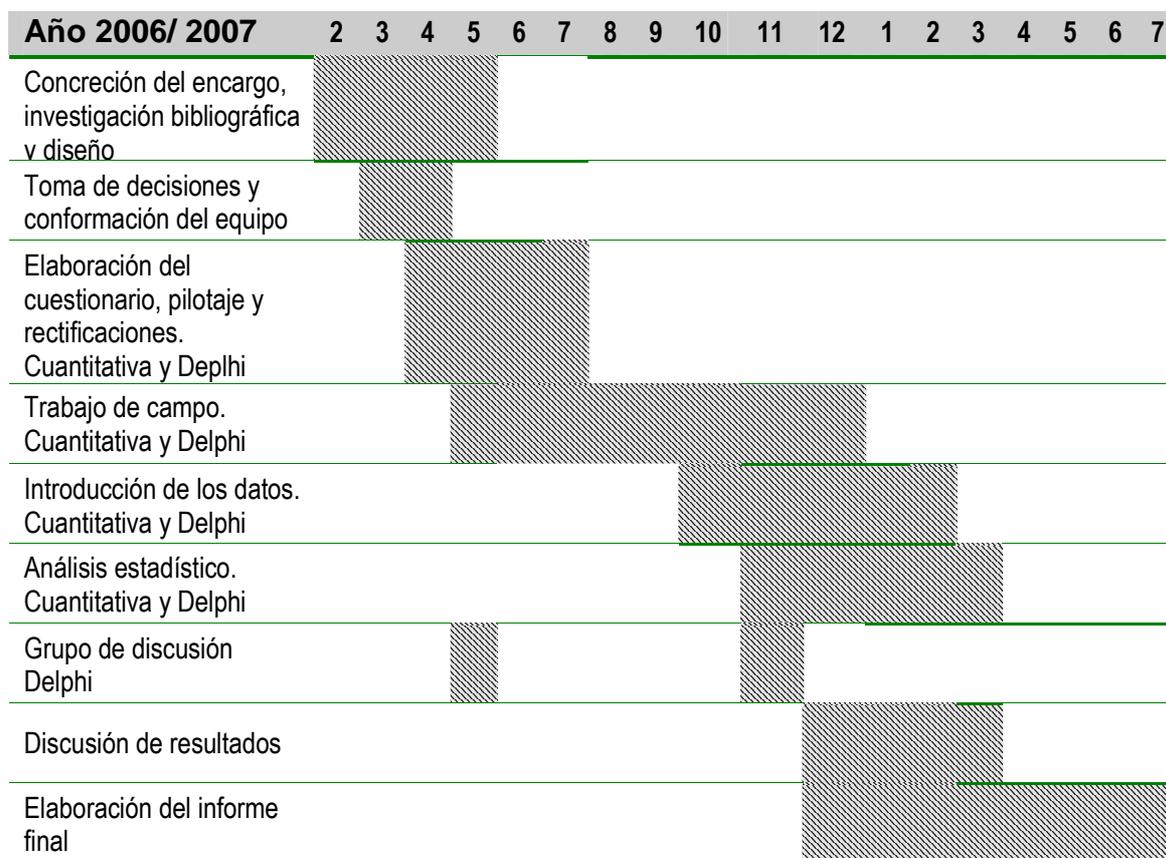
El resumen de las características técnicas de la investigación queda recogido en la tabla siguiente.

Tabla 9. Ficha técnica

Ámbito territorial	Barcelona (estudio cuantitativo) Catalunya y resto de España (estudio Delphi)
Universo	<u>Estudio cuantitativo</u> <i>Medidas privativas de libertad:</i> todas las personas que durante el año 2005 tuvieron un diagnóstico o pasaron por una unidad de psiquiatría de los centros

	<p>penitenciarios de Barcelona, excepto CP Jóvenes y CP Mujeres. En total son 342 personas.</p> <p><i>Medidas de seguridad:</i> todas las personas que durante el año 2005 tuvieron expediente abierto por el cumplimiento de alguna medida de seguridad en la provincia de Barcelona. En total son 308 personas.</p> <p><u>Estudio Delphi</u> Profesionales de todos los ámbitos relacionados con el mundo de la salud mental en el medio penitenciario de toda España, aunque la mayoría de encuestados son catalanes. En total son 119 expertos.</p>
Temporalidad	<p><u>Estudio cuantitativo</u> Año 2005.</p> <p><u>Estudio Delphi</u> Estimación de la situación actual (2006) y previsiones para los próximos 10 años.</p>

2.2.4. Calendario de la investigación



2.2.5. Fuente de los datos

Los datos utilizados en la investigación cuantitativa son secundarios, obtenidos de tres bases de datos:

En primer lugar, del SIPC (Sistema Informático Penitenciario Catalán), para los datos recogidos en los expedientes informáticos de los internos penitenciarios. Específicamente, se ha consultado también la base de datos sanitarios, para la detección de ingresos psiquiátricos, enfermedades, diagnósticos psiquiátricos y medicación prescrita.

En segundo lugar, para completar la información del estudio se han revisado todos los expedientes físicos de los internos penitenciarios para recoger el testigo de sentencia de la *pena base*,²⁸ y toda información complementaria de tipo social, personal o sanitaria que no queda recogida en la base informática.

En tercer lugar, se han revisado todos los expedientes de medidas de seguridad dados de alta el año 2005 y, en caso de que tuviesen antecedentes penitenciarios, la información contenida en el SIPC.

Los datos se recogían en una plantilla específicamente diseñada a tal efecto y que se adjunta en el anexo 2.

El contenido de esta plantilla se traspasó posteriormente a una base de datos Acces específicamente creada para esta investigación donde se incluyeron los 650 expedientes resultantes de esta parte del estudio.

Los datos de Acces fueron importados al SPSS 15.0 para su tratamiento estadístico, a partir del cual se han hecho todos los análisis.

En el tratamiento de los datos se han tenido en cuenta todas las indicaciones recogidas en las leyes de protección de datos. En la explotación se ha suprimido cualquier referencia que pudiese identificar individualmente a los sujetos, y los resultados se han presentado de manera agregada.

²⁸ Se entiende por *pena base* la pena principal con más tiempo de condena por la cual está cumpliendo durante el año 2005, sea como condenado o en cualquier otra circunstancia.

2.2.6. Las variables

Las variables del estudio corresponden a la descripción y codificación que se recoge en la tabla siguiente.

Tabla 10. Variables recogidas para el estudio

Datos personales y sociodemográficos

Variable	Descripción	Codificación de la variable
Grupo de estudio		1 Medidas privativas de libertad 2 Medidas de seguridad
Lugar del grupo	Lugar donde ha desarrollado más tiempo la medida impuesta	1 CP Hombres BCN 2 CP Brians 3 UHPP ²⁹ 4 CP Quatre Camins 5 Internamiento en centro psiquiátrico 6 TTA ³⁰
Identificación	Número de identificación expediente del SIPC o del JOVO (medidas seguridad)	
Fecha nacimiento		ddmmaaaa
Nacionalidad	País del que tiene la nacionalidad	Según la relación de países
Extranjería	Construida a partir de nacionalidad	0 Español 1 Extranjero
Área geográfica de procedencia	Construida a partir de nacionalidad	1 España 2 UE 3 Resto de Europa 4 Magreb 5 Resto de África 6 América Central y del Sur 7 Asia 8 Resto del mundo 9 Ns/nc
Sexo		(1) Hombre (2) Mujer
Residencia	Comarca catalana donde declara vivir según la página inicial del SIPC	Según la relación de comarcas
Idioma castellano	Conocimiento del castellano, según SIPC	0 No lo entiende 1 Lo entiende 2 Lo habla 3 Lo escribe 9 Ns/nc
Idioma catalán	Conocimiento del catalán, según SIPC	0 No lo entiende 1 Lo entiende 2 Lo habla 3 Lo escribe 9 Ns/nc
Profesión	Declarada en el momento de rellenar la ficha del SIPC	1 Trabajos en casa 2 Faenas hogar / de limpieza 3 Ventas / venta ambulante

²⁹ UHPP: Unidad Hospitalaria Penal Penitenciaria. Está ubicada en el CP Brians.

³⁰ TTA: Tratamiento terapéutico ambulatorio. Medida de seguridad en que el enfermo reside en su casa y cumple en un centro u hospital de día, ambulatorio, etc., el tratamiento ordenado por el juez.

		4 Minería/electricidad 5 Textil/calzado 6 Construcción/oficios 7 Hostelería/comercio 8 Transportes/chófer/comunic. 10 Servicios en general 11 Agricultura/ganadería 12 Sanidad/enseñanza 13 Fuerzas de seguridad 14 Automoción/mecánico 15 Administrativo/secretariado 16 Funcionarios 17 Otras profesiones 18 Sin oficio 19 Pensionista 9 Nc
Número de hijos	Número declarado en la pág. inicial SIPC	
Estudios	Nivel que figura en la página inicial SIPC	1 Analfabeto 2 1 ^{er} nivel etapa instrumental 3 2 ^o nivel etapa instrumental 4 3 ^{er} nivel etapa instrumental 5 ESO/equivalente 6 Bachillerato/equivalente 7 Universidad/equivalente 8 Formación no reglada /otros 9 Ns/nc

Datos sobre la salud del individuo

Variable	Descripción	Codificación de la variable
Diagnóstico 1 enfermedad mental	Patología diagnosticada por escrito por profesionales	Según la relación de patologías de salud mental DSM-IV
Diagnósticos 2 a 7 enfermedad mental	Patología diagnosticada por escrito por profesionales. Se repite tantas veces como nuevos diagnósticos tenga	Según la relación de patologías de salud mental DSM-IV
Fecha primer diagnóstico	Fecha del diagnóstico más antiguo conocido	ddmmaaaa
Retraso mental	Consta en el expediente retraso mental como problema añadido	0 No 1 Sí
Disminución psíquica	Consta informe de valoración del EVO con un porcentaje de disminución reconocida	0 No 1 Sí
Incapacitación legal	Consta sentencia judicial de incapacitación legal por razones mentales	0 No 1 Sí
Relación enfermedad mental / delito	Queda recogida en el testimonio de sentencia la relación entre la enfermedad mental y la comisión del delito	0 No 1 Sí 9 Ns/nc
Consecuencia enfermedad en la sentencia	Se recoge en los argumentos del testimonio de sentencia la problemática psiquiátrica y se tiene en cuenta	0 No 1 Sí, como atenuante 2 Sí, como eximente incompl. 3 Sí, como eximente completa 4 Sí, como otros
Medicación	Medicación prescrita y controlada que toma, según consta en el historial médico	0 No

	o en los informes del psiquiatra	1 Antidepresivos 2 Antipsicóticos 3 Ansiolíticos 4 Enfermedad orgánica 5 Eutimizantes 6 Metadona 7 Otras adicciones 8 Antirretrovirales 9 Otros
Hábitos tóxicos	Consta consumo de drogas diferentes al tabaco en su biografía	0 No 1 Alcohol 2 Cannabis 3 Cocaína 4 Heroína 5 Drogas de diseño 6 Fármacos 7 Inhalantes 8 Otros 9 Nc
Drogas vía parenteral	Consta consumo de drogas por vía endovenosa en algún momento de su biografía	0 No 1 Sí
Año inicio consumo	Año en que consta el primer inicio del consumo de drogas	aaaa
Consumo actual	Consta en el expediente dependencia de toxicomanías	0 No 1 Sí

Datos penales y criminológicos

Variable	Descripción	Codificación de la variable
Ingresos anteriores	Constan ingresos en prisión por otros delitos anteriores	0 No 1 Sí, un 2 Sí, dos 3 Sí, tres o más
Tiempo de cumplimiento anterior	Sumatorio de los años pasados en prisión por causas anteriores a la pena base ³¹	0 Ninguno 1 Menos de 2 años 2 Entre 2 y 5 años 3 Más de 5 años
Fecha primer ingreso en prisión		ddmmaaaa
Delito pena base	Delito principal con mayor condena en la pena base o, si es preventivo, el más grave con criterios de violencia	Según listado de delitos
Delito pena base agrupado	Agrupado para facilitar el estudio	1 Contra las personas 2 Contra la libertad sexual 3 Contra la propiedad 4 Contra salud pública (drogas) 5 Otros
Fecha delito pena base	Fecha en que consta que cometió el delito principal de la pena base	ddmmaaaa

³¹ Se entiende por *pena base* la pena principal con más tiempo de condena por la cual está cumpliendo durante el año 2005, sea como condenado o en cualquier otra circunstancia.

Tiempo de condena	Tiempo acumulado de todas las condenas que cumple en la pena base	Numérica (en días)
Otros CP por donde ha pasado para cumplimiento	Prisiones por donde ha pasado para el cumplimiento de la pena base, incluyendo el tiempo de preventivo, si se da el caso	0 No 1 Sí, un 2 Sí, dos 3 Sí, tres o más
Fecha de ingreso pena base	Fecha del primer ingreso en prisión para cumplir la pena base, aunque sea como preventivo	ddmmaaaa
Número de clasificaciones penitenciarias	Número de cambios de régimen penitenciario que ha vivido a lo largo del cumplimiento de la pena base	Numérica
Número de ubicaciones diferentes	Número total de cambios de ubicación vividos por el interno que han implicado variaciones en el régimen de vida	Numérica
Ubicaciones diferentes	Lugares en que ha estado, definido por la peculiaridad de la galería/módulo y número de veces	1 Módulos/galerías presos comunes 2 Módulos/galerías presos peligrosos 3 Módulos/ galerías especial protección 4 Módulos/galerías tipo DERT 5 Módulos/galerías psiquiatría 6 Módulos/galerías tipo DAE 7 Módulos/galerías abierto 3º grado 8 Hospitalización externa 10 Enfermería
Número de regresiones	Número de regresiones de grado vividas a lo largo de la pena base	Numérica
Clasificaciones en 1º grado	Número de veces que ha sido sancionado y clasificado en este régimen de vida	Numérica
Número de actividades	Número total de actividades que ha hecho durante la pena base	Numérica
Tipo de actividad que hace	Tipo de actividades desarrolladas durante la pena base y número de cada una de ellas	0 No hace 1 Animación sociocultural 2 Operario y aux. oficina 3 Educación reglada 4 Programa especif. de tratamiento 5 Educación física y deportes 6 Formación ocupacional 7 Otras 9 Nc
Permisos	Ha disfrutado de permisos durante el cumplimiento de la pena base	0 No 1 Sí, ordinarios 2 Sí, extraordinarios 3 Sí, ordinarios y extraord.
Incidentes durante los permisos	Constan incidencias durante el disfrute de permisos de la pena base	0 No 1 Sí, no regreso 2 Sí, nuevo delito 3 Sí, retraso en la reincorporación 4 Sí, consumo drogas
Salidas programadas	Ha hecho salidas en actividades programadas con educador durante el último año 2005	0 No 1 Sí, entre 1 y 3 a lo largo del último año 2 Sí, más de tres en el último año
Número total de incidentes	Total de incidentes que ha protagonizado durante la pena base	Numérica

Número total de faltas	Total de faltas que ha protagonizado durante la pena base	Numérica
Número total de sanciones	Total de sanciones que ha recibido durante la pena base	Numérica
Incidentes 1 a 7	Descripción de los incidentes	Según lista de incidentes
Faltas 1 a 7	Descripción de las faltas	Según lista de faltas
Sanciones 1 a 7	Descripción de las sanciones	Según lista de sanciones
3 ^r grado	Ha accedido en algún momento de la pena base al régimen abierto	1 No tiene derecho 2 Tiene dcho. pero no ha accedido 3 Sí, art. 82 4 Sí, art. 83 5 Sí, art. 104.4 6 Sí, art. 182 7 Sí, art. 86.4 9 Sí, no consta
Libertad condicional	Ha accedido a la libertad condicional durante el cumplimiento de la pena base	1 No tiene derecho por tiempo de condena 2 No tiene derecho por no estar en 3 ^r grado 3 Cumple condiciones pero no ha accedido 4 LC 2/3 5 LC 3/4
Acumulación de causas	Acumula otras causas en la pena base	0 No 1 Sí, una 2 Sí, dos 3 Sí, tres o más
Delitos 2 a 6 acumulados en la pena base	Descripción de los delitos 2 al 6 agrupados en categorías que acumula en la pena base (de menos entidad que el delito principal)	1 Contra las personas 2 Contra la libertad sexual 3 Contra la propiedad 4 Contra la salud pública (drogas) 5 Otros
Cumplimiento de la medida de seguridad	Consta que cumple definitivamente la medida de seguridad impuesta	1 Cumple prisión porque no hay recurso sociosanitario 2 No cumple y en prisión 3 No cumple y no en prisión 4 Cumple 5 Pdte. de iniciar/finalizar
Lugar de residencia en el cumplimiento de la medida de seguridad	Dónde va una vez finaliza la medida	1 Domicilio familiar 2 Centro crónicos 3 Tutelado por Fundación 4 Huida 5 Calle 9 Se desconoce dónde va

Se ha descartado una serie de variables que ya no hemos incluido en la tabla por estar insuficientemente informadas o por estar mal recogidas en la fuente original.

En el primer apartado, hemos descartado el *número de ingresos en unidades de psiquiatría* que han tenido los usuarios. También el *número de días que han estado ingresados*. A pesar de que ambas variables nos parecían bastante relevantes para configurar la biografía clínica, en la práctica hemos observado que los datos estaban irregularmente recogidos en la base original, lo cual no permitía extraer conclusiones.

En el segundo apartado, hemos descartado la variable sobre la *relación entre la enfermedad mental y el delito*: resultaba muy poco informada directamente y aunque se podía deducir por parte de los investigadores de campo mediante el contenido del testigo de sentencia, hemos detectado criterios diferentes según cada investigador de campo. Por este motivo lo hemos descartado del estudio.

Las variables: *causa-efecto droga / salud mental y relación drogas con el delito actual* las hemos descartado porque la recogida ha continuado siendo excesivamente interpretativa, a pesar de que el criterio entre los investigadores ha sido muy más homogéneo.

Por otro lado, en este punto hay que hacer un comentario relativo a las dificultades metodológicas que implica trabajar con datos secundarios extraídos de bases de datos pensadas para la gestión administrativa, y no para la investigación: muchos de los datos que podrían resultar significativos para el conocimiento de una temática como la que nos ocupa no están recogidos o lo están de manera inconsistente o con criterios diferentes según la fuente que genera los datos. Este punto es una constatación que sólo pretende fundamentar las limitaciones de este tipo de estudios retrospectivos que deben informar a partir de aquello que ya se tiene, y no a partir de los datos que convendría tener desde el punto de vista del investigador.

2.2.7. El trabajo de campo

El trabajo de campo correspondiente al estudio cuantitativo se llevó a cabo entre los meses de julio y de diciembre de 2006. El estudio Delphi se inició un par de meses antes, en mayo de 2006, y concluyó en las mismas fechas.

La selección del equipo de investigadores de campo para el estudio cuantitativo se realizó entre licenciados y estudiantes de último año de las carreras de psicología, educación social y criminología. En total, participaron 11 investigadores específicamente contratados para el desarrollo de la investigación, aparte del equipo estable de investigación del CEJFE.

En primer lugar, se procedió a preparar a los investigadores: se hizo una instrucción individualizada sobre el procedimiento a seguir y de familiarización con las bases de datos de donde se extraería la información. También se hizo una formación específica básica sobre la temática de la investigación y la nomenclatura concreta. Un procedimiento similar se siguió para trabajar el protocolo de localización de expedientes físicos de los individuos en el centro directivo, ubicado en la calle Aragón de Barcelona, y para la lectura ordenada de la documentación que contenían estos expedientes, compleja según los casos. Diariamente durante los primeros dos meses y semanalmente el resto del tiempo, se dedicaba un tiempo de la sesión a repasar dudas y situaciones más complejas. Para asegurar la fiabilidad interna de la recogida de datos, se comprobaron 30 expedientes que fueron vaciados de manera paralela por un investigador de campo y por el responsable de la investigación; aproximadamente un 5% del total de individuos incluidos en el estudio.

2.2.8. Análisis de los datos

Para el análisis de datos se ha mantenido la diferenciación entre el grupo de internos en prisión y el grupo de medidas de seguridad.

Dada la multiplicidad de diagnósticos que hemos detectado en cada uno de los sujetos incluidos en el estudio, agrupamos los diagnósticos en dos tipos de clasificaciones diferentes, de manera que facilitasen algunos de los resultados que se querían contrastar.

La primera agrupación redujo la multiplicidad de diagnósticos a 6 categorías o grupos:

Grupo 1: trastornos por *delírium*, *demencia*, *trastornos amnésicos* y otros *trastornos cognoscitivos*.

Grupo 2: *esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.*

Grupo 3: *otros trastornos* que no pertenecieran a ninguno de los grupos.

Grupo 4: *trastornos por sustancias.*

Grupo 5: *trastornos del estado de ánimo.*

Grupo 6: *trastornos de personalidad.*

La segunda agrupación intentó reducir aún más los grupos e hizo el análisis agrupando los diagnósticos en 3 categorías:

Grupo 1: *trastornos mentales severos (TMS)*, según la descripción hecha por la OMS.³²

Grupo 2: *trastornos de personalidad (TP).*

Grupo 3: *resto de trastornos.*

También se ha dado un trato diferencial al grupo de mujeres y al colectivo de extranjeros. Como siempre pasa al hacer estos grupos, el bajo número de sujetos incluidos, aunque se trabaje con población y no con muestra, mediatiza los tipos de análisis. Aún así, consideramos muy valiosos los tratamientos diferenciales con perspectiva de género y de lugar de procedencia para acercarnos a la especificidad de estos colectivos. Esta metodología de trabajo la venimos manteniendo de manera sistemática en todos los estudios generalistas del CEJFE desde hace unos años.

Junto al análisis de frecuencias, se han llevado a cabo análisis de contingencia en función de las variables estudiadas, el T-test de comparación de medias para grupos independientes, el ANOVA (análisis de varianza) y análisis de respuesta múltiple, así como otros análisis puntuales, aunque sin incidencia en el informe (análisis discriminante, análisis de regresión logística).

El paquete estadístico empleado para la explotación y análisis de datos ha sido el SPSS 15.0.

³² En el capítulo 1 ya lo hemos definido, pero lo reproducimos aquí para comodidad del lector: se consideran trastornos mentales severos (TMS): la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos; el trastorno delirante; el trastorno psicótico compartido; el trastorno esquizoafectivo; el trastorno psicótico no especificado; los trastornos bipolares; el trastorno depresivo mayor, episodio único grave con síntomas psicóticos, y el trastorno depresivo mayor, episodio recidivante grave con síntomas psicóticos.

3. Las problemáticas de salud mental en las prisiones

3.1. Número de personas con trastornos mentales

Como ya hemos comentado en la introducción, los datos que presentamos son la parte observable de una realidad que es aún muy desconocida. Por la misma construcción del objeto de estudio, una investigación retrospectiva (que estudia aquello que se ha recogido) aportará datos sistematizados, globales o relacionados de aquellos fenómenos que la investigación permita descubrir. Pero la limitación más grande de la investigación viene dada por el registro que se haya podido hacer de los datos. Es una condición previa: aquello que no se ha registrado con previsión y de manera sistemática, después no puede pasar a ser objeto de estudio. De otra manera, sólo una búsqueda prospectiva (que empieza a recoger datos de ese momento en adelante) puede permitir recoger de manera sistemática los datos que se quieren averiguar y que hasta aquel momento no existían. La gran dificultad de estos tipos de investigaciones es que son muy caras económicamente y muy largas de duración en el tiempo.

No es nuestro caso, y como ya hemos comentado en el capítulo 2, la investigación incluye como población objeto de estudio todas aquellas personas que en el año 2005 habían pasado como mínimo un día en las unidades psiquiátricas de los centros penitenciarios de la provincia de Barcelona: CP Hombres BCN, CP Quatre Camins, CP Brians y la UHPP (Unidad Hospitalaria Penal Penitenciaria, ubicada dentro del CP Brians).³³

Con esta manera de seleccionar la población, garantizábamos incluir en el estudio a las personas diagnosticadas de algún tipo de trastorno mental, pero también aquellas que por un motivo u otro ingresaban en estas unidades psiquiátricas, tuviesen o no diagnóstico.

Sin embargo, quedaron fuera del estudio las personas que pudiesen sufrir alguna enfermedad mental que no hubiese sido diagnosticada y que no

hubiesen tenido una manifestación de la enfermedad lo bastante evidente como para haber requerido la intervención de psiquiatría y, por lo tanto, haber quedado registrado su ingreso en la lista de altas del año 2005.

Aunque no se analizarán todas las prisiones de Catalunya, interpretamos que estos resultados son ampliables al conjunto de la población penitenciaria catalana con problemática de salud mental, dado que incluyen los principales equipamientos psiquiátricos penitenciarios actualmente en funcionamiento.

El número de internos que pasaron el año 2005 por las unidades de psiquiatría de los centros penitenciarios estudiados fue de 342 personas diferentes. En porcentaje, eso supone el 6,74% del total de la población penitenciaria de estos centros. Si nos fijamos exclusivamente en el grupo de mujeres con trastornos, el porcentaje es un poco más alto, 7,88%, y por lo que respecta a los hombres se sitúa en el 6,68%.

En la tabla siguiente, podemos comparar los porcentajes de personas con trastornos mentales entre la población general catalana con los porcentajes obtenidos con respecto a la población de los centros penitenciarios. El porcentaje de la población general se obtiene contabilizando las personas atendidas en centros de salud mental ambulatorios. La tabla refleja los porcentajes y también la tasa estandarizada por cada 100.000 habitantes.

Tabla 11. Comparación de enfermedad mental entre la población de prisiones y población general catalana

	Población penitenciaria que ha pasado por las unidades de psiquiatría de 3 centros penitenciarios (con diagnóstico y sin diagnóstico)			Población general catalana atendidos en centros de salud mental ambulatorios		
	N	%	Tasa po cada 100.000 hab.	N	%	Tasa por cada 100.000 hab.
Número de pacientes	342	6,74%	6.742,9	150.761	2,59%	2.593,8
Mujeres	19	7,88%	7.883,8	93.472	3,16%	3.164,9
Hombres	323	6,68%	6.686,0	57.289	2,00%	2.003,8

Fuente: Para la población general catalana: Departamento de Salud. *Activitat assistencial de la xarxa sanitària de Catalunya*. Año 2005, pág. 56. E IDESCAT. Padrón municipal de habitantes por sexo. Cifras oficiales.

Para la población penitenciaria: Dirección General de Recursos y Régimen Penitenciario. Año 2005. Y datos propios de la investigación.

³³ El porcentaje de encarcelados en estas prisiones sobre el total de la población penitenciaria de Catalunya en el año 2005 era del 61,70%.

Como podemos ver, si el porcentaje de personas con trastornos mentales en la población general catalana en el año 2005 era del 2,59%, en el caso de la prisión subía hasta el 6,74%, si consideramos todos los internos penitenciarios que pasaron por las unidades de psiquiatría. Este porcentaje disminuye hasta el 4,16% en caso de que sólo se tengan en cuenta aquellos internos que estaban diagnosticados.

Sin embargo, una constante que se mantiene en todos los casos es el mayor porcentaje de mujeres que de hombres con trastornos mentales.

El porcentaje de internos con trastorno mental es muy inferior al de otros estudios que hemos visto en datos en el capítulo 1.2.2. Creemos que este hecho está muy relacionado con las explicaciones del principio del capítulo.

3.2. Número de diagnósticos e ingresos en unidades de psiquiatría

Como ya hemos mencionado, la fuente para seleccionar la población objeto de estudio fueron las unidades de psiquiatría de los centros penitenciarios. Todos los internos que habían pasado durante 2005, entraban a formar parte de la investigación. Algunos de ellos tenían uno o más diagnósticos por escrito; otros, no. En seguida, presentamos algunos datos significativos con respecto a los ingresos en unidades psiquiátricas de las personas del estudio y con respecto a la cuestión de los diagnósticos.

Por lo que respecta a disponer o no de diagnóstico, de los 342 encarcelados que pasaron por las unidades de psiquiatría el año 2005, el 63,2% tenía como mínimo un diagnóstico de trastorno mental, mientras que el 36,8% no tenía ninguno. La tabla 12 recoge esta distribución.

Tabla 12. Distribución de encarcelados que han pasado por las unidades de psiquiatría en función del número de diagnósticos de enfermedad mental que han recibido. Año 2005

Total diagnósticos de enfermedad mental	Encarcelados que han pasado por las unidades de psiquiatría	
	N	%
Ningún diagnóstico	126	36,8
Un diagnóstico	61	17,8

Dos diagnósticos	42	12,3
Tres diagnósticos	36	10,5
Cuatro diagnósticos	30	8,8
Cinco diagnósticos	16	4,7
Seis diagnósticos	14	4,1
De 7 a 9 diagnósticos	14	4,2
De 10 a 12 diagnósticos	3	0,9
Total	342	100

La media de diagnósticos diferentes por persona es de 3,20, con una desviación típica de $\pm 2,19$. Cuando hablamos de diagnósticos diferentes, quiere decir que hemos encontrado descritas por escrito patologías diferentes a las de cualquier otro diagnóstico emitido con relación a aquella persona.

El número de ingresos en unidades de psiquiatría de este colectivo va de un mínimo de 1 ingreso hasta un máximo de 20. La media de ingresos en psiquiatría es de 2,80, con una desviación típica de $\pm 2,87$.

La media de días que el colectivo de la muestra estuvo ingresado en psiquiatría es de 236 días, aunque con una gran dispersión, ya que hay personas que sólo pasaron un día y otros que han estado prácticamente toda su condena. La desviación típica es de $\pm 500,17$ días.

3.3. Las prevalencias según las patologías mentales

En el capítulo 1 ya hemos dado las definiciones de trastorno mental y las agrupaciones que hemos hecho servir para presentar los resultados de la investigación. Recordemos que hemos optado por dos posibilidades: 6 o 3 grupos de clasificación.

Cuando hablamos de 6 grupos, las patologías mentales las hemos agrupado en:

2. Delirium, demencias, otros trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos.
3. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

4. Trastornos por sustancias.
5. Trastornos del estado de ánimo.
6. Trastornos de personalidad.
7. Otros trastornos.

Las prevalencias en 6 grupos son las que recoge la tabla 13.

Tabla 13. Diagnósticos (clasificados en 6 categorías) recibidos por los pacientes en la prisión. Año 2005

Tipo de diagnóstico agrupado en 6 categorías	N	% válido
Sólo delirium	1	0,5
Sólo esquizofrenia	52	24,1
Sólo trastornos por sustancias	6	2,8
Sólo trastornos del estado de ánimo	3	1,4
Sólo trastornos de personalidad	24	11,1
Sólo otros trastornos	5	2,3
Delirium + esquizofrenia	2	0,9
Delirium + otros	1	0,5
Esquizofrenia + otros	5	2,3
Esquizofrenia + sustancias	10	4,6
Esquizofrenia + ánimo	3	1,4
Esquizofrenia + personalidad	25	11,6
Otros + sustancias	5	2,3
Otros + ánimo	3	1,4
Otros + personalidad	5	2,3
Sustancias + ánimo	2	0,9
Sustancias + personalidad	8	3,7
Ánimo + personalidad	4	1,9
Delirium + esquizofrenia + personalidad	1	0,5
Delirium + otros + personalidad	2	0,9
Delirium + ánimo + personalidad	1	0,5
Esquizofrenia + otros + sustancias	1	0,5
Esquizofrenia + otros + ánimo	1	0,5
Esquizofrenia + otros + personalidad	2	0,9
Esquizofrenia + sustancias + ánimo	1	0,5
Esquizofrenia + sustancias + personalidad	17	7,9
Esquizofrenia + ánimo + personalidad	2	0,9
Otros + sustancias + ánimo	1	0,5
Otros + sustancias + personalidad	4	1,9
Otros + ánimo + personalidad	2	0,9
Sustancias + ánimo + personalidad	3	1,4
Delirium + otros + sustancias + personalidad	1	0,5
Esquizofrenia + otros + sustancias + personalidad	5	2,3
Esquizofrenia + otros + ánimo + personalidad	4	1,9
Esquizofrenia + sustancias + ánimo + personalidad	2	0,9

Otros + sustancias + ánimo + personalidad	2	0,9
Total	216	100
Sin diagnóstico	126	

De la lectura de esta tabla, destacamos los siguientes datos:

Las esquizofrenias y los trastornos psicóticos están presentes en el 61,7% de las personas que han recibido como mínimo un diagnóstico y han pasado por unidades de psiquiatría de las prisiones.

Los trastornos por sustancias están presentes en el 31,6% de los sujetos que han recibido como mínimo un diagnóstico y han pasado por unidades de psiquiatría de las prisiones.

Los trastornos de ánimo están presentes en el 15,4% de los sujetos que han recibido como mínimo un diagnóstico y han pasado por unidades de psiquiatría de las prisiones.

Cuando hablamos de 3 grupos de enfermedades mentales, las patologías las hemos agrupado en:

1. Trastornos mentales severos.³⁴
2. Trastornos de personalidad.
3. Otros trastornos.

Las prevalencias en 3 grupos son las que recoge la tabla 14.

³⁴ Recordamos que los TMS incluyen: esquizofrenia; trastorno delirante; trastorno esquizoafectivo; trastorno psicótico compartido; trastorno psicótico no especificado; trastornos bipolares; trastornos depresivos mayores.

Tabla 14. Diagnósticos (clasificados en 3 categorías) recibidos por los pacientes en la prisión. Año 2005

Tipo de diagnóstico agrupado en 3 categorías	N	% válido
Sólo trastornos mentales severos (TMS)	46	21,3
Sólo trastornos de personalidad (TP)	24	11,1
Sólo otros trastornos	31	14,4
TMS + TP	23	10,6
TMS + otros	25	11,6
TP + otros	29	13,4
TMS + TP + otros	38	17,6
Sin diagnóstico	126	-
Total	342	100

De la lectura de esta tabla, destacamos los siguientes datos:

132 personas, el 61,1% de los diagnosticados, han recibido como mínimo un diagnóstico de trastorno mental severo. Este porcentaje supone el 2,60% respecto del total de personas encarceladas ingresadas en las prisiones incluidas en el estudio durante el año 2005 (media = 5.072 personas). Este último porcentaje (que correspondería a la tasa de TMS en la población penitenciaria) resulta muy similar a la tasa de este tipo de trastorno en la población general española que, como hemos dicho anteriormente, se sitúa entre el 2,5 y el 3%. Los datos coinciden con el porcentaje de TMS dado en el estudio de Brians, 2006, que se situaba en el 3%.

114 personas han recibido, como mínimo, un diagnóstico de trastorno de personalidad, lo cual corresponde al 52,8% de los diagnosticados. Estos datos coinciden con los estudios americanos y canadienses citados por Vicens (2006), que situaban este porcentaje entre el 50 y el 75% de los internos que recibían un diagnóstico, y con el metaanálisis de Fazel y Danesh (2002), que estudiaba 62 trabajos y daba un porcentaje de internos con trastornos de personalidad del 42%.

Finalmente, 123 personas, el 56,9% de los diagnosticados, han recibido, como mínimo, un diagnóstico de *otros trastornos mentales*.

3.4. El conocimiento de la enfermedad mental: antes, en el momento o después del ingreso penitenciario

3.4.1. El tiempo que se tarda en saber un diagnóstico de trastorno mental en los internos en prisión

Uno de los objetivos de la investigación es saber en qué porcentaje de los internos en prisión afectados por un trastorno mental se conoce el diagnóstico ya desde antes del ingreso; en cuál se detecta el problema en el momento del ingreso; y en qué proporción de internos el sistema tarda en descubrir la patología, bien porque la sintomatología es confusa, bien porque el trastorno se desencadena durante el ingreso en prisión o bien por otras causas.

En nuestro estudio, se puede observar que en el 80% de los casos de internos de los que se ha conocido un diagnóstico, éste ya se sabía en el momento del inicio de la pena base.³⁵

No obstante, recordamos que un 36,8% de los internos que han pasado por las unidades de psiquiatría de las prisiones estudiadas nunca, que se sepa, han recibido diagnóstico de enfermedad mental. A este porcentaje, hay que añadirle un 3,6% de encarcelados de quienes no consta la fecha del primer diagnóstico. Estos dos porcentajes suman el 40,4% de los *no consta* de la tabla 15.

De las 41 personas que entraron en prisión antes de ser diagnosticadas, el 50% ingresó el año anterior al del diagnóstico; dato ya apuntado en el marco teórico, en que se recogía que muchas de las personas que después se encuentran con problemas psiquiátricos en prisión, los han sufrido ya en el año inmediatamente anterior al ingreso.

³⁵ Se entiende por *pena base* la condena o condenas que está cumpliendo de manera ininterrumpida en prisión en el período que abarca este estudio: el año 2005.

Tabla 15. Tiempo que se ha tardado entre el primer diagnóstico de trastorno mental y la fecha de ingreso por la pena base

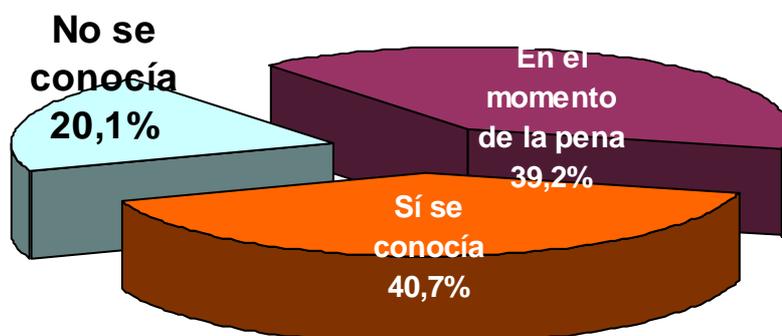
Tiempo entre diagnóstico e inicio del ingreso por la pena base		N	%	% válido
Ingreso en prisión previo al diagnóstico	De 19 a 10 años	1	0,3	0,5
	De 9 a 5 años	4	1,2	2,0
	De 4 a 0 años	36	10,5	17,6
	Total parcial	41	12,0	20,1
Diagnóstico en el momento del ingreso en prisión Total parcial		80	23,4	39,2
Diagnósticos previos al ingreso en prisión	De 1 a 5 años	40	11,7	19,6
	De 6 a 10 años	23	6,7	11,3
	De 11 a 15 años	11	3,2	5,4
	De 16 a 20 años	7	2,0	3,4
	De 21 a 25 años	2	0,6	1,0
	Más de 25 años	-	-	-
	Total parcial	83	24,2	40,7
No consta	138	40,4	-	
Total	342	100	100	

El 20% de población con diagnóstico conocido ha ingresado en prisión por la pena actual antes de ser diagnosticados por primera vez.

El 39,2% fueron diagnosticados en el momento del ingreso en prisión por la pena actual.

El 40,7% ya tenían un diagnóstico de enfermedad mental en el momento de entrar a cumplir pena de prisión por la pena actual.

Gráfico 4. Conocimiento de la enfermedad mental en el momento de ingresar en prisión



3.4.2. ¿Se ha tenido en cuenta el trastorno mental en la sentencia judicial?

Hemos querido saber en qué proporción de los casos de la población objeto de estudio se tuvo en cuenta algún tipo de circunstancia modificativa de la responsabilidad del penado en la sentencia judicial por el hecho de la enfermedad mental. En los casos que acumulan más de una condena por más de una causa, hemos tomado como referencia para este análisis la causa con más condena o tiempo de pena.

Tabla 16. ¿Se ha tenido en cuenta la enfermedad mental en la sentencia judicial?

Tipo de circunstancia tenida en cuenta en la sentencia judicial	N	%	% válido
Ninguna	92	26,9	55,4
Sí, como atenuante	23	6,7	13,9
Sí, como eximente incompleta	38	11,1	22,9
Sí, como eximente completa	10	2,9	6,0
Sí, como otras	3	0,9	1,8
No consta	176	51,5	-
Total	342	100	100

De la tabla 16 se extrae que en el 55,4% de los casos no se ha tenido en cuenta ninguna atenuante o eximente en la sentencia judicial, y en un 44,6% sí.

Si cruzamos esta tabla con la de los casos en que se conocía o no se conocía la existencia de enfermedad mental, los resultados son los siguientes:

Tabla 17. Consecuencia de la enfermedad mental en la sentencia y conocimiento de la enfermedad

Tipo de circunstancia tenida en cuenta en la sentencia judicial	Conocimiento de la enfermedad mental					
	No se conoce en el momento del ingreso(*)		Se conoce en el momento del ingreso(*)		Se conocía antes del ingreso(*)	
	N	%	N	%	N	%
Ninguna	17	65,4	30	56,6	22	43,1
Sí, como atenuante	2	7,7	7	13,2	8	15,7
Sí, como eximente incompleta	6	23,1	11	20,8	15	29,4
Sí, como eximente completa	0	0,0	5	9,4	5	9,8
Sí, como otras	1	3,8	0	0,0	1	2,0
Total	26	100,0	53	100,0	51	100,0

* Se considera el primer ingreso en prisión para cumplir la pena base, ya sea como preventivo, como penado o como internado judicial.

Las diferencias no son significativas.

De los datos de esta tabla, podemos deducir que, en general, la decisión judicial de considerar atenuantes o eximentes debido a enfermedad mental es independiente del hecho de que exista diagnóstico previo o no.

A pesar de ello, en la tabla siguiente podemos ver que determinados trastornos mentales diagnosticados previamente al juicio se tienen más en cuenta en sentencia que otros.

Tabla 18. Tipo de trastorno mental diagnosticado y consideración en sentencia (dicotómica)

Tipo de enfermedad mental diagnosticada (clasificado en 3 categorías)	¿Se ha tenido en cuenta en la sentencia judicial?			
	No		Sí	
	N	%	N	%
Sólo TMS (trast. mentales severos)	16	22,2	11	16,9
Sólo TP (trastornos de personalidad)	5	6,9	4	6,2
Sólo otros	14	19,4	5	7,7
TMS + TP	6	8,3	13	20,0
TMS + otros	9	12,5	11	16,9
TP + otros	10	13,9	8	12,3
TMS + TP + otros	12	16,7	13	20,0
Total	72	100,0	65	100,0

Las diferencias no son estadísticamente significativas en el conjunto. Con todo, los que tienen un diagnóstico sólo *de otros trastornos*, tienen más posibilidades de que no se tenga en cuenta en la sentencia judicial. En cambio, los que presentan la combinación de TMS + TP, tienen más posibilidades de que sí que se tenga en cuenta.

3.5. El perfil de los internos con trastornos mentales

3.5.1. El perfil personal y sociodemográfico

Se recoge a continuación la descripción de las variables personales y sociales de los internos en prisión de nuestro estudio. Hay que tener en cuenta que con respecto a algunos aspectos se tienen los datos que ha declarado el propio

interno; concretamente: lugar de residencia, profesión, conocimiento del idioma, estudios y consumo de tóxicos. El resto de datos tienen como fuente a los profesionales del centro penitenciario.

Tabla 19. Género, lugar de procedencia, lugar de residencia y edad

Sexo	N	% válido
Hombre	323	94,4
Mujer	19	5,6
Nacionalidad	N	% válido
Español	267	78,3
Extranjero	74	21,7
Área geográfica de procedencia	N	% válido
España	267	78,1
Unión Europea	13	3,8
Resto de Europa	2	0,6
Magreb	31	9,1
Resto de África	14	4,1
Centro y Sur de América	9	2,6
Asia	5	1,5
Resto del mundo	0	0

Lugar de residencia declarado	Total por provincia		Comarca	
	N	%	N	% válido
Barcelona	252	73,7	Alt Penedès	0,9
			Anoia	1,2
			Bages	1,5
			Baix Llobregat	12,6
			Baix Penedès	0,9
			Barcelonès	34,8
			Berguedà	0,6
			Garraf	0,6
			Maresme	6,1
			Osona	2,0
			Vallès Occidental	8,5
			Vallès Oriental	4,1
			Girona	23
Baix Empordà	2,0			
Cerdanya	0,3			
Gironès	1,8			
Pla de l'Estany	0,6			
Selva	0,6			
Lleida	4	1,2	Pallars Jussà	0,3
			Segrià	0,9
			Urgell	-
Tarragona	19	5,6	Baix Camp	1,5
			Baix Ebre	0,3
			Montsià	0,6
			Tarragonès	3,2
Otros	44	12,8	Fuera de Cataluña	2,9
			Fuera de España	0,9
			Sin residencia	8,2
			No consta	0,9

Edad	N	media	Desvia. típica	Mínimo	Máximo
En el primer consumo de tóxicos	198	14,5	6,0	10	39
En el primer ingreso en prisión	188	24,1	7,5	16	61
En el primer diagnóstico	204	29,3	10,7	5	66
En el delito que provoca la pena base	242	31,8	9,8	17	66
En el inicio de cumplimiento de la pena base	339	33,3	10,0	16	84
En el primer ingreso en psiquiatría prisión	335	34,9	10,0	17	84
En el inicio del estudio (julio 2006)	339	36,8	10,0	20	85

Tabla 20. Estudios, conocimiento de los idiomas oficiales y profesión declarada

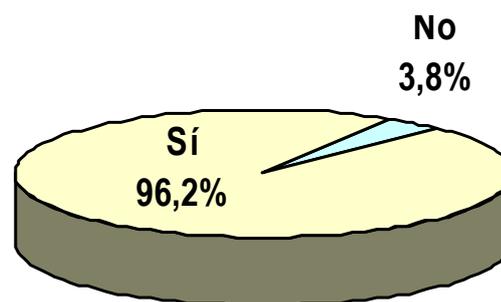
Estudios	N	% válido
Sin estudios	7	2,1
Sólo primarios	144	43,5
Secundarios	109	32,9
Universitarios	12	3,6
Otros estudios	20	6,0

Conocimiento del idioma		N	% válido
Catalán	No lo entiende	55	19,9
	Sólo lo entiende	53	19,2
	Lo entiende y lo habla	29	10,5
	También lo escribe	33	12,0
	No se sabe	106	28,4
Castellano	No lo entiende	8	2,8
	Sólo lo entiende	21	7,3
	Lo entiende y lo habla	33	11,5
	También lo escribe	134	46,9
	No se sabe	90	31,5

Profesión declarada (por sectores)	Total		Profesión declarada	N	% válido
	N	%válido			
Sector primario	7	2,3	Agricultura	7	2,3
Sector secundario	14	4,6	Metalurgia/minería/electricidad	10	3,3
			Textil/calzado	4	1,3
Sector terciario	186	60,5	Administrativos	2	0,7
			Automoción/ Mecánico	10	3,3
			Construcción/madera/oficios	97	31,6
			Empleada de limpieza	4	1,3
			Faenas del hogar	2	0,7
			Fuerzas de seguridad	5	1,6
			Hostelería/comercio	33	10,7
			Sanidad/enseñanza	2	0,7
			Servicios en general	14	4,6
			Transportes	7	2,3
			Ventas/venta ambulante	10	3,3
			Otros	100	32,6
Sin oficio	44	14,3			
Pensionista	27	8,8			

Tabla 21. Salud: toxicomanías, problemática psíquica y medicación

¿Tiene hábitos tóxicos conocidos?



Hábitos tóxicos conocidos	N	%*
Alcohol	189	55,3
Cocaína	186	54,4
Cannabis	170	49,7
Heroína	140	40,9
Abuso de fármacos	97	28,4
Drogas de diseño	86	25,1
Inhalantes	13	3,8
Otros	62	18,1
No se sabe	90	26,3

* Sobre el total de la muestra de internos; N = 342.

¿Drogas vía parenteral?		
	N	% válido
Sí	90	33,7
No	177	66,3
No consta	75	-
Total	342	100

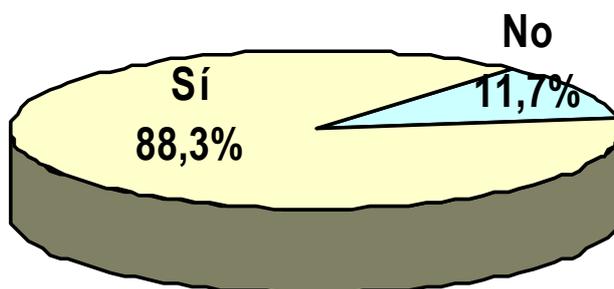
¿Toxicología en activo?		
	N	% válido
Sí	78	57,8
No	57	42,2
No consta	207	-
Total	342	100,0

¿Retraso mental?		
	N	% válido
Sí	38	19,8
No	154	80,2
No consta	150	-
Total	342	100

¿Disminución psíquica diagnosticada?		
	N	% válido
Sí	27	14,9
No	154	85,1
No consta	161	-
Total	342	100

¿Incapacitación legal?		
	N	% válido
Sí	7	4,0
No	169	96,0
No consta	166	-
Total	342	100

¿Recibe medicación?



Medicación administrada	N	%*
Otras	104	30,4
Metadona	98	28,7
Antipsicóticos	96	28,1
Ansiolíticos	90	26,3
Medicación enfermedad orgánica	69	20,2
Antidepresivos	47	13,7
Eutimizantes	21	6,1
Medicación por otras adicciones	2	0,6
Antirretrovirales	1	0,3

* Sobre el total de internos; N = 342

3.5.2. El perfil penal

Gráfico 5 y tabla 22. Antecedentes penitenciarios

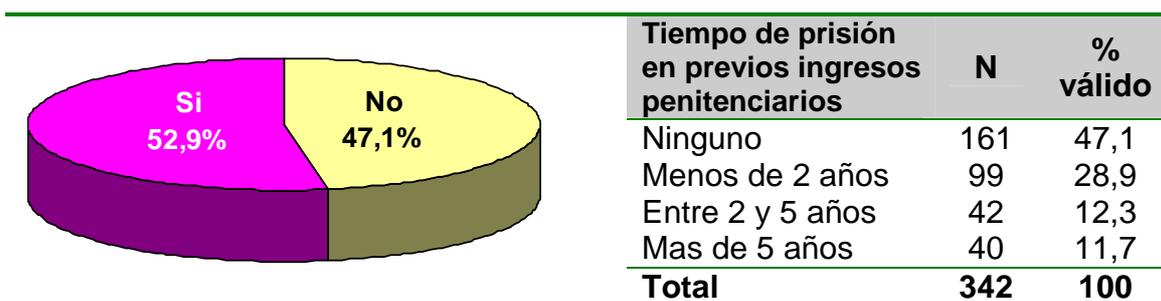


Tabla 23. Delito principal de la pena base

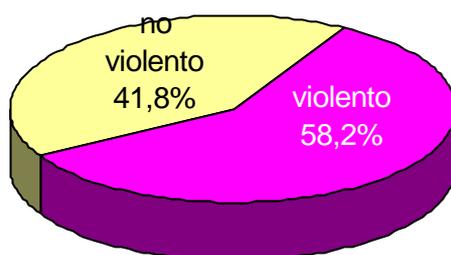
Tipo de delito principal* pena base	N	%	% válido
Contra las personas	130	38,0	38,1
Contra la libertad sexual	27	7,9	7,9
Contra la propiedad	135	39,5	39,6
Contra la salud pública (drogas)	17	5,0	5,0
Otros delitos	32	9,4	9,4
No consta	1	0,3	-
Total	342	100	100

* Con mayor condena por el que está cumpliendo medida de prisión en el año 2005.

Tabla 24. Otros delitos acumulados en la pena base

Otros delitos acumulados	Delito 2		Delito 3		Delito 4		Delito 5		Delito 6		Total delitos	
	N	% válido	N	% válido								
Contra las personas	70	35,0	45	31,5	34	30,6	26	28,0	15	21,1	190	30,7
C. libertad sexual	4	2,0	3	2,1	3	2,7	2	2,2	2	2,8	14	2,3
Contra la propiedad	84	42,0	63	44,1	54	48,6	41	44,1	37	52,1	279	45,2
Contra la salud pública	2	1,0	4	2,8	1	0,9	-	-	-	-	7	1,1
Otros delitos	40	20,0	28	19,6	19	17,1	24	25,8	17	23,9	128	20,7
No consta	142	-	199	-	231	-	249	-	271	-	-	-
Total	342	100	618	100								

Gráfico 6. Porcentaje de delitos violentos



Nota: los delitos violentos agrupan los delitos *contra las personas*, *contra la libertad sexual* y el *robo con violencia y/o intimidación*. En este cómputo, se han tenido en cuenta todos los delitos acumulados en la pena base de cada interno.

3.5.3. El perfil penitenciario

Tabla 25. Número de ubicaciones diferentes durante la pena base. Ubicación por módulos

Número de ubicaciones diferentes	N	% válido	Ubicaciones diferentes por módulos	N	% válido
Entre 1 y 5	143	42,2	Internos comunes	265	78,2
Entre 6 y 10	64	18,9	Internos peligrosos	81	23,9
Entre 11 y 20	57	16,8	Especial protección	28	8,3
Entre 21 y 30	32	9,4	DERT	72	21,2
Entre 31 y 40	18	5,3	Psiquiatría	329	97,1
Más de 40	25	7,4	DAE	23	6,8
No consta	3	-	3r grado	39	11,5
Total	342	100	Hospitalización externa	44	13,0
			Enfermería	32	9,4

Nota: se ha contado como *ubicación diferente* cada cambio de módulo residencial del interno. Los cambios de celda dentro del mismo módulo o de uno similar no se han contabilizado.

De la lectura de la tabla se extraen algunos datos muy interesantes referentes a los internos de la muestra:

Su movilidad dentro de la prisión es muy alta.³⁶ La movilidad puede ser un indicador de la estabilidad del interno en el centro penitenciario. Muchos cambios pueden hacer intuir una falta de adaptación a su entorno: 4 de cada 10 de estos internos superan la decena de cambios de ubicación durante su internamiento penitenciario. La media de ubicaciones diferentes es de 14,3, pero con una desviación típica de $\pm 18,0$, lo cual explica una gran variabilidad.

Los internos de la muestra han pasado mayoritariamente por psiquiatría (el 97,1%) y por galerías con internos comunes (el 78,2%). Además, 1 de cada 4 ha estado en galerías de internos peligrosos y 1 de cada 5 en departamentos especiales para el tratamiento de los más refractarios a la convivencia.

Sólo 1 de cada 10 ha llegado a pasar por galerías de 3^r grado, dato que destaca por su poca relevancia, y sólo el 6,8% ha ingresado en departamentos

³⁶ Hemos recogido las *ubicaciones* diferentes registradas, lo que comporta cambio de galería y de condiciones de vida del interno. No hemos registrado los cambios de celda o de galería cuando éstos no implicaban un cambio de condiciones de vida del interno (por ejemplo: cambiar de una galería a otra en un mismo módulo de internos comunes).

específicos para tratar su toxicomanía, lo cual sorprende vistos los porcentajes de consumo que hemos dado anteriormente.

Si nos fijamos ahora en el tipo de enfermedad diagnosticada para ver si se encuentran diferencias en función de la enfermedad conocida y del número de ubicaciones diferentes, los resultados se pueden leer en la tabla siguiente.

Tabla 26. Ubicaciones diferentes según los diagnósticos (agrupados en 3 categorías)

Ubicaciones diferentes por diagnósticos	N	Media	Desviac. típica	Mínimo	Máximo
TMSeveros	45	10,4	12,1	1	59
TPersonalidad	24	12,8	18,6	1	86
Otros	31	19,8	21,8	3	95
TMSeveros+TPersonalidad	23	17,9	21,7	1	87
TMSeveros+Otros	24	16,5	16,9	2	65
TPersonalidad + Otros	29	15,4	19,0	2	77
TMSeveros+TPersonalidad+ Otros	38	24,6	25,9	1	120
Sin diagnóstico	125	10,1	13,1	1	73

Las personas de la muestra sin ningún diagnóstico de trastorno mental son quienes menos cambios de ubicación viven dentro de prisión, y también a quienes se ha diagnosticado un trastorno mental severo como único trastorno.

Y al contrario, las personas que han recibido más diagnósticos diferentes, las que acumulan diagnósticos de todo tipo, son quienes más movilidad presentan.

En todos los casos, no obstante, la variabilidad entre personas es muy elevada: se puede constatar por la desviación típica, siempre más alta que la media, y por el mínimo y el máximo de ubicaciones, que abarca un intervalo muy amplio.

Veamos ahora, en la tabla siguiente, cómo se relacionan las ubicaciones de los internos con el tipo de delito que cometieron en la pena principal, diferenciando si este delito era violento³⁷ o no.

³⁷ Delitos violentos: delitos contra las personas, contra la libertad sexual y robos con intimidación y/o violencia; delito no violento: el resto.

Tabla 27. Ubicaciones diferentes por módulos y relación con el delito principal cometido

Relación ubicaciones y delito violento	Delito violento		Delito no violento		Total	
	N	%	N	%	N	%
Galerías internos comunes	149	56,2	116	43,8	265	78,2
Galerías internos peligrosos	51	63,0	30	37,0	81	23,9
Galerías internos especial protección	14	50,0	14	50,0	28	8,3
DERT ³⁸	40	55,6	32	44,4	72	21,2
Unidades de psiquiatría	191	58,1	138	41,9	329	97,1
DAE ³⁹	11	47,8	12	52,2	23	6,8
Galerías 3r grado	22	56,4	17	43,6	39	11,5
Hospitalización externa	26	59,1	18	40,9	44	13,0
Enfermería	17	53,1	15	46,9	32	9,4

Destacamos, por su significación, que las personas que han cometido delitos violentos están más representadas en las galerías de internos peligrosos y en las galerías de psiquiatría. En el resto, las diferencias no son significativas.

Tabla 28. Número de actividades realizadas en el centro penitenciario

Número de actividades	N	%válido	Tipo de actividades	N	%(*)
Ninguna	40	11,9	Animación sociocultural	181	52,9
Entre 1 y 3 actividades	92	27,3	Operario/ aux.oficina	131	38,3
Entre 4 y 10 actividades	62	18,6	Educación reglada	170	49,7
Entre 11 y 20 actividades	63	18,9	Progr.específicos tratamiento	250	73,1
Entre 21 y 49 actividades	47	14,1	Educación física y deportes	166	48,5
De 50 hasta 184 actividades	33	9,2	Formación ocupacional	127	37,1
No consta	5	-	Otros	84	24,6
Total	342	100	(*) Respecto al total de internos= 342		

En cuanto al conjunto de actividades realizadas, destacamos que 3 de cada 4 internos han hecho alguna actividad relacionada con la problemática que los afecta (programas específicos de tratamiento),⁴⁰ aunque son las actividades de animación sociocultural, de educación reglada y de educación física y deportes

³⁸ Departament Especial de Règim Tancat

³⁹ Departament d'Atenció Especialitzada (per l'atenció específica de toxicomanies)

⁴⁰ Algunos de los que se trabajan, sin ánimo de ser exhaustivos: programas individualizados de tratamiento (PIT); programas de conductas adictivas; programas de intervención en conductas de agresión sexual (SAC); programas de intervención en delitos de violencia (DEVI); programas de intervención en violencia doméstica (VIDO).

las que por peso porcentual tienen más importancia absoluta en el conjunto de actividades que han realizado los internos de la muestra.

Número total de actividades realizadas	N	Porcentaje sobre el total de actividades
Animación sociocultural	1.383	23,4
Operario / auxiliar de oficina	720	12,2
Educación reglada	1.078	18,3
Programas específicos de tratamiento	1.198	20,3
Educación física y deportes	883	14,9
Formación ocupacional	436	7,4
Otros	204	3,5
Total	5.902	100

Tabla 29. Actividades realizadas según los diagnósticos (agrupados en 3 categorías)

Actividades realizadas según los diagnósticos	N	Media	Desviac. típica	Mínimo	Máximo
TMSeveros	38	16,1	22,4	1	121
TPersonalidad	20	13,7	19,9	1	77
Otros	31	21,0	22,0	1	93
TMSeveros+TPersonalidad	22	26,1	31,7	1	124
TMSeveros+ Otros	22	14,4	17,4	1	67
TPersonalidad+ Otros	28	22,3	37,5	1	184
TMSeveros+TPersonalidad+Otros	36	40,6	41,6	1	163
Sin diagnóstico	100	13,2	19,3	1	94

Si nos fijamos en los tipos de diagnósticos, son precisamente las personas que no tienen las que menos actividades hacen de media (13,2).

Por el contrario, las que tienen más tipos de diagnósticos diferentes son las que más actividades realizan de media (40,6).

Tabla 30. Salidas programadas. Permisos disfrutados durante la pena base

¿Salidas programadas?	N	% válido	¿Permisos disfrutados?	N	% válido
No	265	78,9	No	224	66,5
Sí, entre 1 y 3 el último año	42	12,5	Sí, ordinarios	64	19,0
Sí, más de 3 el último año	29	8,6	Sí, extraordinarios	27	8,0
No consta / no procede	6	-	Sí, ambos tipos	22	6,5
Total	342	100	No consta	5	-
			Total	342	100

Destaca el poco contacto con el exterior de los internos de la muestra. Un 78,9% no ha salido de la prisión acompañado por profesionales ni una sola vez en el último año.

Un 66,5% no ha gozado de ningún tipo de permiso de salida durante todo el período de cumplimiento de la pena base.

Si nos preguntamos si hay diferencias en cuanto a las salidas programadas y los permisos en función del tipo de diagnóstico del interno, la respuesta es afirmativa: los que no tienen diagnóstico salen menos, tanto en salidas programadas como con permisos. Los que tienen diagnósticos de trastornos en la categoría *otros* salen más, tanto en salidas programadas como con permisos. Los que tienen diagnósticos de los tres tipos de trastornos hacen más salidas programadas. En los otros grupos no hay diferencias significativas.

Tabla 31. Salidas programadas en función del tipo de diagnóstico

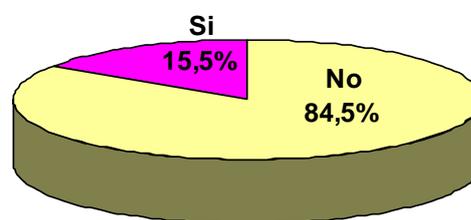
Salidas realizadas según los diagnósticos	No		Sí		Total	
	N	%	N	%	N	%
Severos	34	12,8	12	16,9	46	13,7
Personalidad	20	7,5	4	5,6	24	7,1
Otros	19	7,2	12	16,9	31	9,2
Severos+Personalidad	15	5,7	8	11,3	23	6,8
Severos+ Otros	17	6,4	7	9,9	24	7,1
Personalidad+ Otros	24	9,1	4	5,6	28	8,3
Severos+Personalidad+ Otros	24	9,1	14	19,7	38	11,3
Sin diagnóstico	112	42,3	10	14,1	122	36,3

Tabla 32. Permisos de salida en función del tipo de diagnóstico

Permisos de salida según los diagnósticos	No		Sí		Total	
	N	%	N	%	N	%
Severos	35	15,6	10	8,8	45	13,4
Personalidad	17	7,6	6	5,3	23	6,8
Otros	12	5,4	19	16,8	31	9,2
Severos + Personalidad	14	6,3	8	7,1	22	6,5
Severos +Otros	13	5,8	11	9,7	24	7,1
Personalidad +Otros	17	7,6	12	10,6	29	8,6
Severos + Personalidad +otros	21	9,4	17	15,0	38	11,3
Sin diagnóstico	95	42,4	30	26,5	125	37,1

Tabla 33. ¿Ha accedido al régimen abierto?

¿Acceso al régimen abierto?	N	% válido
No cumple requisitos ⁴¹	178	55,3
Cumple, pero no ha accedido ⁴²	94	29,2
Sí, art. 82 RP ⁴³	10	3,1
Sí, art. 83 RP ⁴⁴	24	7,5
Sí, art. 104.4 RP ⁴⁵	4	1,2
Sí, art. 182 RP ⁴⁶	8	2,5
Sí, art. 86.4 RP ⁴⁷	1	0,3
Sí, no consta	3	0,9
No consta	20	-
Total	342	100



Las personas que presentan *otros trastornos* son quienes mayoritariamente acceden al régimen abierto, en las modalidades del artículo 82 del Reglamento Penitenciario (abierto restringido, salir sólo para hacer unas determinadas actividades), y también en el artículo 83 del RP (abierto común, salir sólo durante el día y volver a dormir). El resto de internos diagnosticados con otras categorías de trastornos son muy pocos, por lo que es difícil que aparezcan diferencias significativas con respecto a su progresión hacia el tercer grado.

Lo mismo sucede con la libertad condicional. Sólo 11 personas han accedido, y 4 de ellas son del grupo que no tienen ningún diagnóstico, como grupo más representado, sin llegar a ninguna significación estadística.

⁴¹ No cumple los requisitos objetivos, como haber cumplido la parte de pena mínima que se requiere para acceder a este beneficio penitenciario o no tener pendiente el cumplimiento de ninguna sanción disciplinaria.

⁴² Su comportamiento no es el conveniente para acceder al tercer grado o no cumple otros requisitos, como tener fuera de la prisión algún tipo de vínculo o arraigo que garantice que no reincidirá si tiene permiso, etc.

⁴³ Abierto restringido: puede salir puntualmente durante el día a hacer alguna actividad fuera de la prisión. El resto de actividades las hace dentro del CP.

⁴⁴ Abierto común: sale durante el día y sólo debe ir a dormir por la noche al CP.

⁴⁵ Por enfermedad grave: el interno sufre una enfermedad grave y por motivos humanitarios y de salud se clasifica en este grado para que pueda salir ambulatoriamente a hacer, por ejemplo, el tratamiento sanitario o la terapia.

⁴⁶ Centro de deshabitación: el interno continúa el tratamiento de desintoxicación de la toxicomanía de la que es dependiente en un centro especializado en este tema, a pesar de tener las salidas restringidas según las actividades terapéuticas que marque el propio centro de deshabitación con conocimiento y autorización del CP y del juez de vigilancia penitenciaria.

⁴⁷ Control telemático: es el mismo régimen que el abierto común, con la diferencia que el sujeto duerme en su casa bajo control telemático aceptado voluntariamente, durante esas horas que alternativamente debería estar pernoctando en el centro penitenciario.

Tabla 34. ¿Ha accedido a la libertad condicional?

¿Libertad condicional?	N	% válido
No cumple condiciones objetivas para la concesión	272	88,9
Cumple condiciones, pero no ha accedido	23	7,5
LC 2/3 partes condena	5	1,6
LC 3/4 partes condena	6	2,0
No consta	36	-
Total	342	100

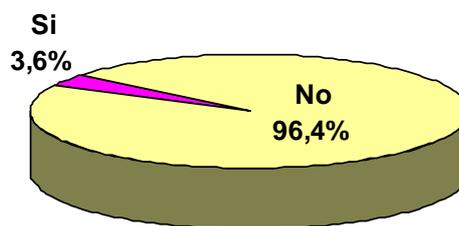


Tabla 35. ¿Ha protagonizado incidentes durante el cumplimiento de la pena base?

¿Incidentes?	N	% válido
Ningún incidente	144	43,8
1 incidente	49	14,9
2 incidentes	41	12,5
Entre 3 y 4 inciden.	32	9,7
5 o más incidentes	63	19,1
No consta	13	-
Total	342	100

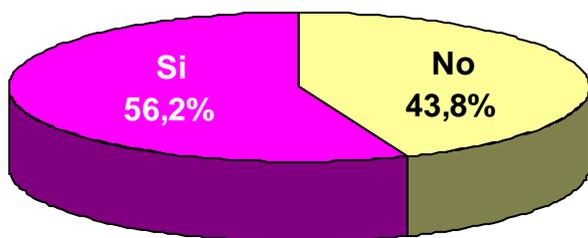


Tabla 36. Relación entre incidentes y diagnósticos (3 categorías)

Diagnósticos	N	Media incidentes	Desviación Típica	Mínimo	Máximo
Severos	44	2,9	10,7	0	70
Personalidad	22	3,6	5,5	0	23
Otros	29	3,7	5,8	0	27
Severos + Personalidad	23	5,7	12,0	0	54
Severos + Otros	24	2,2	3,6	0	10
Personalidad + Otros	29	5,3	8,1	0	27
Severos+Personalidad+ Otros	37	7,8	10,4	0	36
Sin diagnóstico	121	2,4	7,8	0	68

Las personas con los tres tipos de diagnósticos son las que protagonizan más incidentes (media 7,8; desviación típica $\pm 10,4$). A continuación, se encuentran los *trastornos de personalidad* cuando se combinan con *trastornos severos* (media 5,7; desviación típica $\pm 12,0$) o cuando se combinan con *otros trastornos* (media 5,3; desviación típica $\pm 8,1$). Los que protagonizan menos incidentes de

media son los *severos*, *severos + otros* y, curiosamente, los que no tienen diagnóstico. Estas diferencias entre grupos son estadísticamente significativas.

Si nos fijamos en la descripción de los incidentes, podemos observar que las agresiones en su conjunto son los más remarcables en términos de porcentaje (38,0%, sumando las cuatro posibilidades), seguidos de la intervención de sustancias tóxicas prohibidas (17,3%) y las autolesiones (17,1%, contando también en este grupo las tentativas de suicidio).

En este punto, destacamos que ninguna de las 8 personas que murieron por suicidio el año de la investigación pasó por las unidades de psiquiatría estudiadas. Más adelante volveremos sobre el tema, pero de la lectura directa de las cifras parece desprenderse el hecho de que la detección y derivación a psiquiatría deviene un factor preventivo para evitar la consumación del suicidio.

Tabla 37. Descripción de incidencias durante la pena base

Descripción de incidencias	N	%
Alteración leve del orden	4	0,8
Tentativa de evasión	4	0,6
Agresión grave a funcionario	1	0,2
Agresión leve a funcionario	21	3,2
Agresión grave entre internos	42	6,5
Agresión leve entre internos	182	28,1
Autolesión grave	5	0,8
Autolesión leve	91	14,1
Muerte por causas naturales	1	0,2
Muerte por otras causas	1	0,2
Muerte por suicidio	0	0,0
Tentativa de suicidio	14	2,2
Huelga	92	14,2
Intervención de sustancias tóxicas	112	17,3
Interv. de objetos peligrosos/prohibidos	59	9,1
Incendio	14	2,2
Otros	3	0,5
Total	647	100

Tabla 38. Faltas cometidas durante el cumplimiento de la pena base

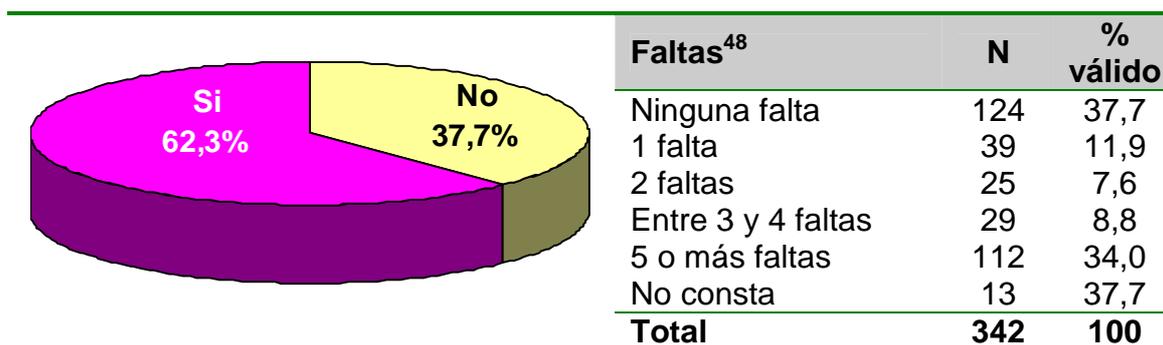


Tabla 39. Relación entre faltas y diagnósticos (3 categorías)

Diagnósticos	N	Media faltas	Desviación Típica	Mínimo	Máximo
Severos	44	2,4	4,0	0	15
Personalidad	23	7,9	18,4	0	87
Otros	30	10,7	20,6	0	108
Severos + Personalidad	21	8,2	12,6	0	42
Severos + Otros	24	4,5	6,1	0	21
Personalidad + Otros	29	11,8	23,6	0	100
Severos+Personalidad+Otros	37	12,5	16,8	0	76
Sin diagnóstico	121	5,7	12,5	0	80

Nuevamente, las personas con triple diagnóstico (de tres patologías) aparecen como el grupo más conflictivo a la hora de cometer faltas disciplinarias, con una media de 12,5 faltas y una desviación típica de $\pm 16,8$. Las personas con la combinación de *otros trastornos* con *trastornos de la personalidad* y las que presentan sólo *otros trastornos* forman los grupos que siguen al anterior en cantidad de faltas cometidas: 11,8 faltas y 10,7 faltas de media, respectivamente. Eso sí, con una altísima dispersión y variabilidad (observe el lector que hay un individuo que acumula 100 faltas y otro 108). Los internos con *trastornos severos* son los que menos faltas cometen o menos se registran como tales. Tal como pasa con los incidentes, estas diferencias entre los grupos son significativas estadísticamente.

⁴⁸ Tanto los incidentes como las faltas son las recogidas y registradas en el expediente individual del sujeto en el SIPC (Sistema Informático Penitenciario Catalán).

Tabla 40. Descripción de las faltas cometidas durante la pena base

Descripción faltas	N	%
Participar o instigar motines, insubordinaciones o desórdenes colectivos	4	0,4
Agredir, amenazar o coaccionar personas, funcionarios o autoridades	162	18,0
Agredir o coaccionar gravemente a otros internos	174	19,3
Resistencia activa y grave a las órdenes legítimas	153	17,0
Intentar, facilitar o consumir la evasión	10	1,1
Inutilizar efectos o pertenencias con daños elevados	9	1,0
Sustracción de efectos o pertenencias	11	1,2
Atentar contra la decencia pública con escándalo grave	3	0,3
Faltar levemente al respeto a personas, funcionarios o autoridades	1	0,1
Faltar gravemente al respeto a personas, funcionarios o autoridades	66	7,3
Desobedecer órdenes legítimas o resistirse pasivamente	159	18,0
Instigar, sin conseguir, motines, insubordinaciones o desórdenes colectivos	5	0,6
Insultar a otros internos o maltratarlos de obra	15	1,7
Inutilizar efectos personales o pertenencias con daños leves o negligencia	27	3,0
Introducir, sacar o poseer objetos prohibidos	98	10,9
Cualquier incumplimiento no incluido en los anteriores	2	0,2
Total	902	100

Las faltas más cometidas por los internos de la muestra están directamente relacionadas con los incidentes más frecuentes que han protagonizado estos mismos internos. Si los incidentes más habituales eran los diversos tipos de agresiones, el porcentaje más alto de faltas registradas son también las de este grupo, con un 37,3%. A continuación, están las desobediencias pasivas a las órdenes de los funcionarios (18,0%) y las resistencias activas (17,0%).

Tabla 41. ¿Han recibido sanciones durante el cumplimiento de la pena base?

Sanciones	N	% válido
Ninguna sanción	139	45,9
1 sanción	32	10,6
2 sanciones	20	6,6
Entre 3 y 4 sanciones	30	9,9
5 o más sanciones	82	27,0
No consta	39	-
Total	342	100

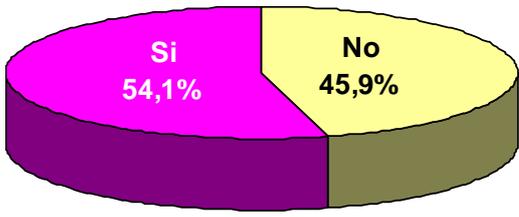


Tabla 42. Relación entre sanciones y diagnósticos (3 categorías)

Diagnósticos	N	Media sanciones	Desviación Típica	Mínimo	Máximo
Severos	39	1,4	3,1	0	15
Personalidad	21	6,4	16,4	0	74
Otros	27	10,0	17,3	0	84
Severos + Personalidad	21	6,1	9,6	0	30
Severos + Otros	24	4,1	5,7	0	20
Personalidad + Otros	28	9,0	18,6	0	69
Severos+Personalidad+Otros	28	9,3	12,3	0	49
Sin diagnóstico	115	4,9	11,2	0	73

Los internos con un trastorno mental severo son los que menos sanciones reciben (1,4 de media, con una dispersión baja, $\pm 3,1$). Este tipo de patología mental suele ser la más diagnosticada y, en consecuencia, la más tratada en unidades específicas de la prisión. Probablemente por eso estos internos reciban menos sanciones, ya que las autoridades penitenciarias aplican lo que dispone el Reglamento Penitenciario (art. 188.4) y no sancionan las conductas disruptivas de los internos que se encuentran ingresados en establecimientos o unidades psiquiátricas penitenciarias. En el otro extremo, encontramos los internos con *otros trastornos*, con una media de 10,0 sanciones impuestas, y, nuevamente, la combinación *trastornos severos + trastornos de personalidad + otro trastornos*, con 9,3 sanciones de media (con una dispersión muy alta). Por lo que respecta a la combinación *trastornos de personalidad + otro trastornos*, presenta una media de 9,0 sanciones (también con una dispersión alta). Las diferencias entre estos grupos vuelven a ser significativas estadísticamente.

Tabla 43. Descripción de las sanciones impuestas durante la pena base

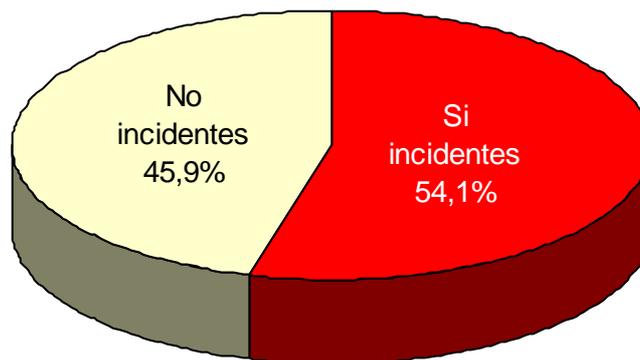
Descripción de sanciones	N	%
Amonestación	18	2,1
Aislamiento de fin de semana	70	8,4
Aislamiento de días en celda	505	60,5
Limitación del tiempo de comunicaciones orales	1	0,1
Privación de permisos de salida	3	0,4
Privación de paseo y actos recreativos	238	28,5
Total	835	100

3.6. Los incidentes de los enfermos mentales dentro de la prisión

Hay una diferencia de incidentes ostensible entre la población penal ordinaria (0,47 incidentes de media) y la población que ha pasado por psiquiatría de prisiones (3,74 incidentes de media).

De los 342 sujetos de la muestra del estudio, 185 tienen en su expediente penitenciario una o más de una incidencia producida en el período de internamiento de la condena base. Eso supone el 54,1% de la muestra.

Gráfico 7. Porcentaje de incidentes de los sujetos de la muestra



En la tabla que viene a continuación, se recoge la distribución de los incidentes, teniendo en cuenta que un mismo individuo puede estar representado varias veces en el mismo o en diferentes tipos de incidente.

Mientras que el porcentaje parcial da información sobre el porcentaje de género del incidente recogido, el porcentaje total da información sobre el porcentaje de casos.

Tabla 44. Incidentes en la prisión y distribución por género

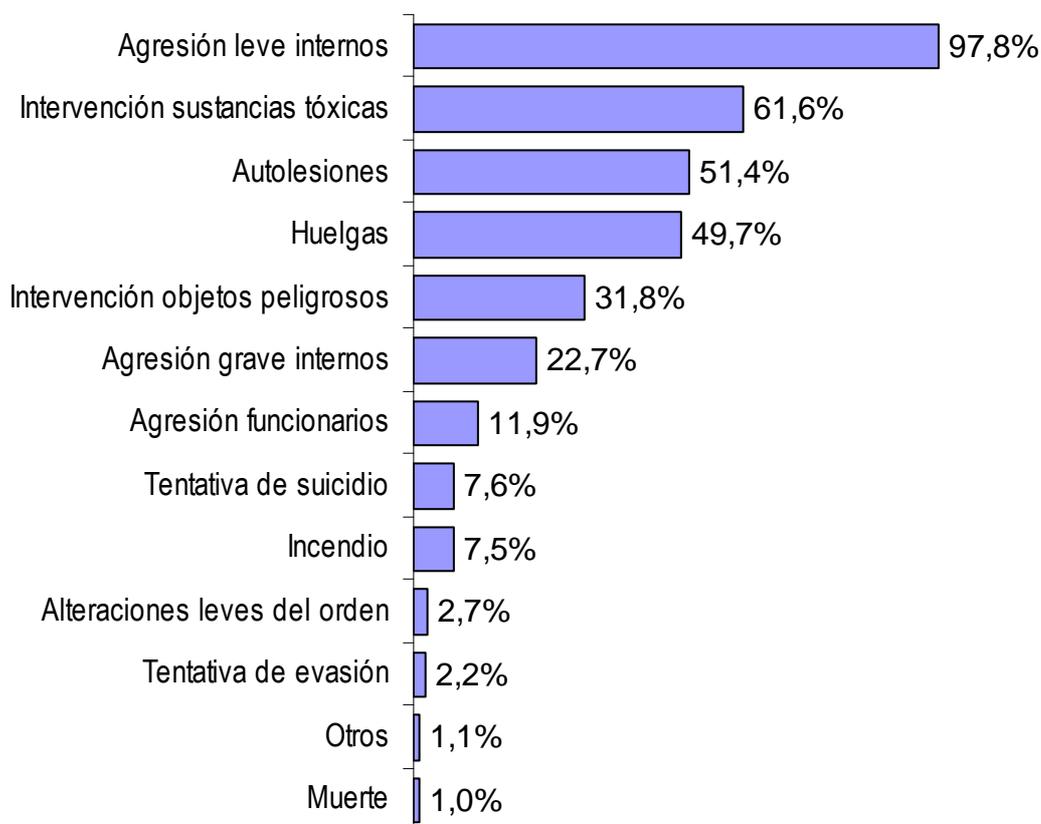
Incidentes	Hombre		Mujer		Total		
	N	% género	N	% género	N	% casos	
Alteraciones del orden (leves)	5	100	0	0	5	2,7	
Tentativa de evasión	4	100	0	0	4	2,2	
Agresión funcionarios	Grave	1	100	0	0	1	11,9
	Leve	18	85,7	3	14,3	21	
Agresión entre internos	Grave	38	90,5	4	9,5	42	22,7
	Leve	175	96,7	6	3,3	181	97,8
Autolesiones	Grave	4	100	0	0	4	51,4
	Leve	90	98,9	1	1,1	91	
Muerte	Causa natural	1	100	0	0	1	1,0
	Agresión	0	0	0	0	0	
	Suicidio	0	0	0	0	0	
	Otras causas	1	100	0	0	1	
Tentativa de suicidio	10	71,4	4	28,6	14	7,6	
Huelgas	91	98,9	1	1,1	92	49,7	
Intervención sustancias tóxicas	105	92,0	9	8,0	114	61,6	
Intervención objetos peligrosos /prohibidos	56	94,7	3	5,3	59	31,8	
Incendio	13	92,3	1	7,7	14	7,5	
Otros	2	100	0	0	2	1,1	

De esta tabla y del gráfico siguiente, destacamos que el incidente más frecuente es la agresión leve entre los internos (un 97,8% de los casos que protagonizan algún incidente han tenido, como mínimo, este tipo de incidente).

El otro dato que queremos significar es que aproximadamente a la mitad de los internos que han tenido incidentes se les han intervenido sustancias tóxicas, se han autolesionado o han participado en huelgas.

Una baja proporción de mujeres participa en incidentes, y la causa en que más se encuentran implicadas es en las tentativas de suicidio (un 28,6% de las mujeres de la muestra), seguido de la agresión leve a funcionarios (un 14,3% de las mujeres de la muestra).

Gráfico 8. Incidentes dentro de la prisión. Porcentaje de casos asociados a cada tipo



3.6.1. Suicidios y tentativas de suicidio

Hemos querido dedicar un apartado específico al estudio de este tipo de incidente, dado que es un indicador de salud mental frecuentemente utilizado por los estadísticos que quieren conocer la situación de presión ambiental sobre el individuo en toda clase de entornos.

El primer dato que querríamos destacar sobre los suicidios es que el año 2005, en el conjunto de las prisiones catalanas, se produjeron 8 defunciones por esta causa.⁴⁹ Ninguna de estas muertes consumadas se dio en usuarios de las unidades de psiquiatría de las prisiones estudiadas. La literatura científica alerta de que la presencia de un trastorno mental es un factor de riesgo de

⁴⁹ *Informació d'Estadística Bàsica*, núm. 5, pág. 22. http://www.gencat.net/justicia/doc/doc_51427564_1.pdf

suicidio en prisión. En cambio, en nuestro estudio, únicamente 14 casos de la población estudiada (un 7,6%) hicieron, tan sólo, tentativas de suicidio.

Hemos querido saber un poco más en profundidad qué características presenta este colectivo de 14 personas. Hemos añadido a esta pequeña muestra los 4 casos que protagonizaron autolesiones graves (2,2%).

Tabla 45. Características de las personas que han protagonizado intentos de suicidio

Variable		N*	%*	Observaciones
Género	Hombre	14	77,8	La proporción de mujeres es muy superior al porcentaje de mujeres con problemática mental de la muestra, que es del 5,6%
	Mujer	4	22,2	
Nacionalidad	Español	18	100,0	Los intentos sólo los protagonizan españoles
	Extranjero	0	0,0	
¿Consumo actual tóxicos?	No	4	36,4	La proporción de intentos entre los consumidores de drogas en activo es mayor
	Sí	7	63,6	
¿Drogas vía parenteral?	No	7	41,2	La proporción de intentos entre los que se pinchan para consumir la droga es mayor
	Sí	10	58,8	
¿Antecedentes penitenciarios?	No	2	11,1	La proporción de intentos entre los que tienen antecedentes penitenciarios es mayor
	Sí	16	88,9	
Delito principal pena base	C. personas	7	38,9	La proporción de intentos entre los que han cometido delitos contra la propiedad (50,0%) es más alta de lo que correspondería (39,6%)
	C. l. sexual	2	11,1	
	C. propiedad	9	50,0	
	Drogas	0	0,0	
	Otros	0	0,0	
¿Delito violento?	No	4	22,2	La proporción de intentos entre los que han cometido delitos violentos es mayor
	Sí	14	77,8	
¿Acumula más causas delictivas?	No	2	11,1	La proporción de intentos entre los que tienen acumuladas más causas delictivas en el cumplimiento de pena es mayor
	Sí	16	88,9	
¿Diagnóstico salud mental?	No tiene	3	16,7	Protagonizan más intentos los que tienen diagnóstico de enfermedad mental
	Sí tiene	15	83,3	
Tipo de trastorno	Sin diagnóstico	3	16,7	Los que tienen más de un diagnóstico presentan más intentos de suicidio. Los trastornos de personalidad, solos o combinados con otros diagnósticos, suponen el 66,8% de los intentos de suicidio. Igual porcentaje que <i>otros trastornos</i>
	Severos (TMS)	0	0,0	
	Personalidad (TP)	3	16,7	
	Otros	0	0,0	
	TMS + TP	0	0,0	
	TMS + otros	3	16,7	
	TP + otros	3	16,7	
	TMS + TP + otros	6	33,3	
¿Se conoce la enfermedad en el momento del ingreso en prisión?	No se conoce	5	33,3	Protagonizan más intentos de suicidio las personas de las que ya se tiene conocimiento de enfermedad mental
	Se conoce en el momento del ingreso	5	33,3	
	Ya se conoce	5	33,3	

¿Se ha tenido en cuenta la enfermedad en la sentencia?	No	6	75,0	Hay más intentos entre los que no se ha tenido en cuenta su enfermedad en la sentencia judicial
	Sí	2	25,0	
¿Ha disfrutado de permisos?	No	9	50,0	Hay igual porcentaje de intentos de suicidio entre los que han tenido permisos y los que no
	Sí	9	50,0	
¿Ha protagonizado incidentes durante los permisos?	No	7	77,8	Hay más intentos entre los que no han protagonizado incidentes durante la salida
	Sí	2	22,2	
¿Ha hecho salidas programadas?	No	16	88,9	Hay más intentos entre los que no han hecho ninguna salida programada con educador
	Sí	2	11,1	
¿Ha accedido al 3º grado?	No	15	83,3	Hay más intentos entre los que no han accedido al 3º grado
	Sí	3	16,7	
¿Ha accedido a la libertad condicional?	No	18	100,0	Ninguna persona con intento de suicidio ha accedido a la libertad condicional, si bien del total del colectivo sólo ha accedido el 3,6%
	Sí	0	0,0	

* Los totales (N) y los porcentajes se basan en el número de respuestas.

3.6.2. Agresiones

El segundo grupo que hemos querido estudiar específicamente es el de los internos de la muestra que han protagonizado agresiones, tanto contra otros internos como contra trabajadores del centro penitenciario. Hemos agrupado las agresiones sin distinción entre leves y graves, y hemos estudiado las características del grupo según diversas variables, como en el caso anterior.

El total de personas de la muestra que han cometido algún tipo de agresión es de 245 personas, lo que supone el 71,6% del total.

Los resultados se muestran en la tabla siguiente.

Tabla 46. Características de las personas que han protagonizado agresiones

Variable		N*	%*	Observaciones
Género	Hombre	232	94,7	Se mantiene la misma proporción que resulta de la muestra estudiada
	Mujer	13	5,3	
Nacionalidad	Español	198	80,8	Se mantiene la misma proporción que resulta de la muestra estudiada, si bien los extranjeros han protagonizado las agresiones contra otros internos y no hay ninguna agresión a funcionarios
	Extranjero	47	19,2	
¿Consumo	No	55	41,9	Los que consumen drogas actualmente han

actual tóxicos?	Sí	76	58,1	agredido en un porcentaje mayor que los que no consumen
¿Drogas vía parenteral?	No	135	61,7	Un porcentaje superior de los que no toman drogas por vía parenteral han agredido a alguien
	Sí	84	38,3	
¿Antecedentes penitenciarios?	No	82	34,1	Los que tienen antecedentes penitenciarios agreden en mayor proporción que los que no tienen
	Sí	158	65,9	
Delito principal pena base	C. personas	73	29,7	Los que han cometido delitos contra la libertad sexual y contra la propiedad cometen agresiones en un porcentaje superior al que correspondería
	C. l. sexual	38	15,5	
	C. propiedad	117	47,7	
	Drogas	10	4,0	
	Otros	7	2,8	
¿Delito violento?	No violento	81	37,6	Los que han cometido un delito violento también son los que agreden a más personas en la prisión
	Sí violento	134	62,4	
¿Acumula más causas delictivas?	No	55	22,4	Proporcionalmente, los que acumulan más causas son más agresores dentro de la prisión que los que no tienen otras
	Sí	190	87,6	
¿Diagnóstico salud mental?	No en té	56	17,8	Los que tienen un diagnóstico de enfermedad mental agreden a más personas en la prisión que los que no tienen diagnóstico
	Sí en té	257	82,2	
¿Se conoce la enfermedad en el momento del ingreso en prisión?	No se conoce	41	22,2	Las personas de la muestra de quienes se conocía la existencia de una enfermedad mental agreden más a otras personas en la prisión que aquellos de quienes no se conocía
	Se conoce en el momento del ingreso	60	32,6	
	Ya se conoce	83	45,2	
Tipo de diagnóstico	Severos (TMS)	25	13,6	Las personas que tienen los tres tipos de diagnósticos agreden a más personas dentro de la prisión que los demás
	Personalidad (TP)	17	9,2	
	Otros	22	12,0	
	TMS + TP	19	10,3	
	TMS + otros	14	7,6	
	TP+ otros	28	15,2	
¿Se ha tenido en cuenta la enfermedad en la sentencia?	No	79	56,8	Las personas cuya enfermedad no se ha tenido en cuenta en la sentencia agreden a más personas dentro de la prisión que aquellos a los que sí que se les ha tenido en cuenta
	Sí	60	43,2	
¿Ha disfrutado de permisos?	No	150	66,1	Las personas que no han disfrutado de permisos agreden más a otras personas dentro de la prisión
	Sí	77	33,9	
¿Ha tenido incidentes durante los permisos?	No	83	85,6	
	Sí	14	14,4	
¿Ha realizado salidas programadas?	No	175	71,4	Las personas que no han realizado salidas programadas agreden a más personas en la prisión
	Sí	70	28,6	
¿Ha accedido al 3º grado?	No	214	88,4	Hay menos personas que acceden al 3º grado si han cometido agresiones en la prisión
	Sí	28	11,6	
¿Ha accedido a la libertad condicional?	No	237	100,0	Ninguna persona ha accedido a la libertad condicional entre los que han agredido a personas dentro de la prisión
	Sí	0	0,0	

* Los totales (N) y los porcentajes se basan en el número de respuestas.

3.7. Comparación entre el perfil de la población penitenciaria ordinaria y el del enfermo mental penitenciario

El último estudio hecho sobre la reincidencia penitenciaria en Catalunya⁵⁰ recogía el perfil de la población penitenciaria catalana en algunas de sus características personales, penales y penitenciarias, que ahora nos pueden servir para compararlas con las que presenta la muestra de población con problemática mental.

Tabla 47. Comparación del estudio de población penitenciaria ordinaria con el estudio de la muestra de enfermos mentales de prisiones

Sexo	% población penitenciaria	% población con trast. mentales en las prisiones
Hombre	91,6	94,4
Mujer	8,4	5,6
Nacionalidad⁵¹		
Español	65,8	78,3
Extranjero	34,2	21,7
Área geográfica de procedencia		
España	65,8	78,3
Unión Europea	4,9	3,8
Resto de Europa	0,1	0,6
Magreb	8,4	9,1
Resto de África	2,2	4,1
América Central y del Sur	2,0	2,6
Asia	0,7	1,5
Resto del mundo	0	0
Edad media en el primer ingreso en prisión		
	27,8	24,1
Edad en el primer ingreso en prisión (por intervalos)		
Entre 16 y 18 años	15,0	23,9
Entre 19 y 21 años	16,9	20,5
Entre 22 y 25 años	21,2	21,1
Entre 26 y 30 años	18,2	17,8
Entre 31 y 40 años	18,9	12,4
41 o más años	9,7	4,3
Ingresos penitenciarios previos		

⁵⁰ Luque, Ferrer y Capdevila (2005). *La reincidència penitenciària a Catalunya*. CEJFE. Barcelona. Colección Justicia i Societat, núm. 25.

⁵¹ Actualización de los datos a 31-12-2005. Fuente: Secretaría de Servicios Penitenciarios, Rehabilitación y Justicia Juvenil. Departamento de Justicia. Generalitat de Catalunya (2007). *Butlletí Semestral d'Informació Estadística Bàsica*, núm. 5 (enero).

Ninguno	18,5	47,1
1 o más ingresos penitenciarios previos	81,5	52,9
Delito principal de la pena base		
Contra las personas	7,1	38,1
Contra la libertad sexual	2,8	7,9
Contra la propiedad	53,7	39,6
Contra la salud pública (drogas)	22,6	5,0
Otros delitos	13,8	9,4
Tiempo de condena (media en días)		
	1.537,8	1.959,9
Media de incidencias y faltas		
Incidencias	0,47	3,74
Faltas	0,22	7,25

En resumen, de esta comparación podemos destacar los puntos siguientes sobre la población con problemática mental que se encuentra en prisión:

- Han ingresado en prisión por primera vez más jóvenes que la población penitenciaria ordinaria, casi 4 años de media (24,1 años frente a 27,8 años).
- En cambio, tienen menos antecedentes de ingresos penitenciarios; es decir, son menos reincidentes⁵² (el 47,1% de los internos con trastorno mental no tiene ningún ingreso anterior en prisión, frente al 18,5% de la población ordinaria penitenciaria). Sin embargo, este aspecto puede tener una parte de la explicación en las condenas más largas que se imponen a las personas con problemática mental (1.959,9 días de media frente a los 1.537,8 días de media de la población ordinaria penitenciaria).
- Estas condenas largas, por otro lado, tienen que ver con el tipo de delitos que cometen las personas con problemática mental, cuyo porcentaje es mucho más elevado en lo que respecta a delitos contra las personas (38,1% frente al 7,1%) y contra la libertad sexual (7,9% frente al 2,8%).
- Finalmente, hay que añadir que su adaptación al medio penitenciario es mucho más deficiente y problemática, protagonizando una media de

⁵² Tomamos como referencia el concepto de *reincidencia penitenciaria*, es decir, reingreso en prisión por una nueva causa una vez ya se ha cumplido una sentencia anterior o un período en prisión provisional.

incidentes mucho más alta que la población penitenciaria ordinaria (3,74 frente a 0,47) y también más faltas (media de 7,25 frente a 0,22).

Gráfico 9. Comparación del delito principal de la pena base entre la población con trastornos mentales y la población penitenciaria ordinaria

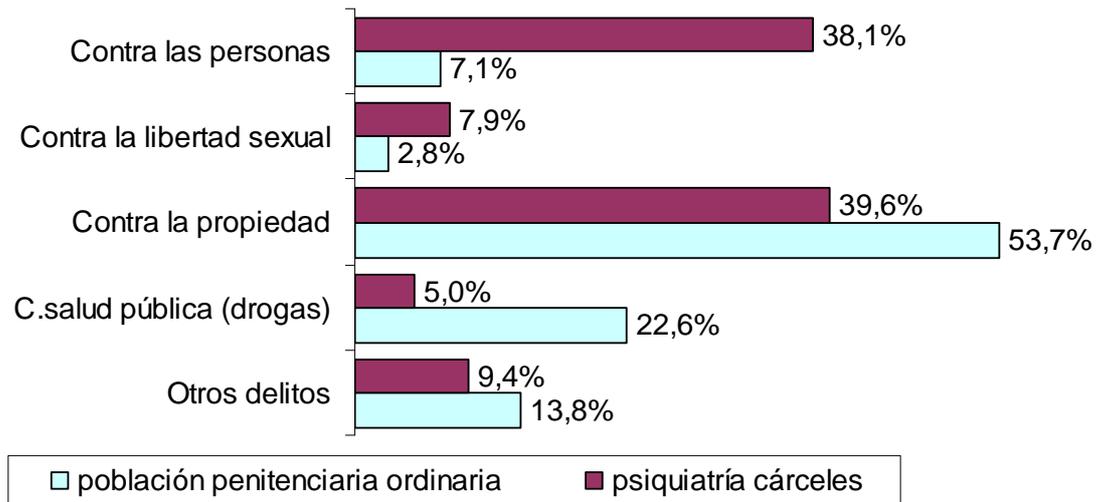
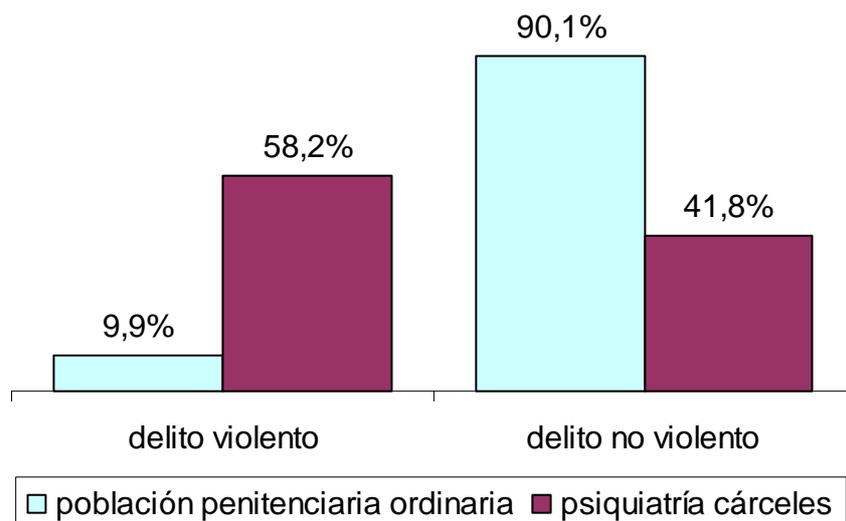


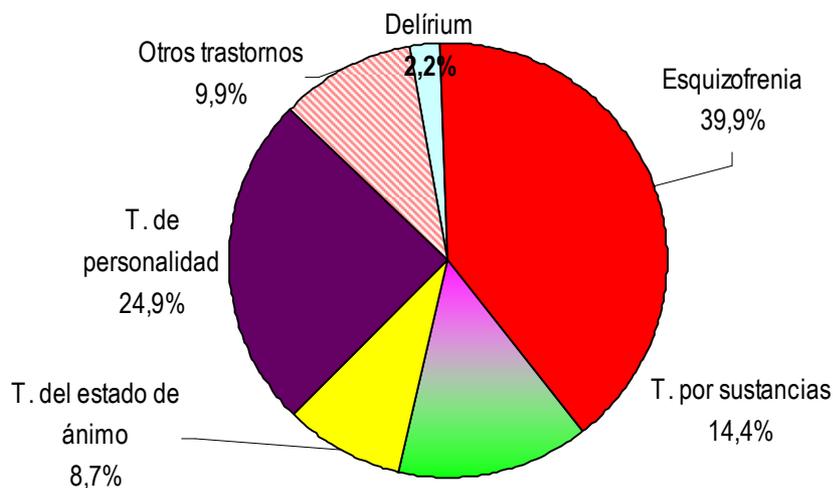
Gráfico 10. Comparación de los delitos violentos entre la población con trastornos mentales y la población penitenciaria ordinaria



4. Las diferencias entre categorías de trastornos mentales en prisión

En el capítulo anterior, ya hemos dado las prevalencias en las prisiones de los trastornos mentales agrupados en 6 categorías⁵³ y también en 3 categorías.⁵⁴ En los gráficos siguientes 11 y 12 se describen los porcentajes de cada categoría respecto al total de diagnósticos realizados para el conjunto de los 342 individuos de la muestra.

Gráfico 11. Porcentajes de los trastornos agrupados en 6 categorías sobre el total de diagnósticos



⁵³ Recordamos los criterios de agrupación para 6 categorías, según el DSM-IV y el CIE-10:

Delirium: delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos.

Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos: esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno esquizoafectivo, trastorno delirante, trastorno psicótico breve, trastorno psicótico compartido, trastorno psicótico debido a enfermedad médica, trastorno psicótico no especificado.

Trastornos por sustancias: trastornos relacionados con sustancias.

Trastornos del estado de ánimo: trastornos depresivos, trastornos bipolares y otros trastornos del estado de ánimo.

Trastornos de personalidad: trastorno paranoide, t. esquizoide, t. esquizotípico, t. antisocial, t. límite, t. histriónico, t. narcisista, t. obsesivo-compulsivo, t. por evitación, t. por dependencia y t. no especificado de la personalidad.

Otros: trastorno mental debido a enfermedad médica, t. de ansiedad, t. somatomorfos, t. facticios, t. disociativos, t. de la conducta alimentaria, t. sexuales, parafilias, t. adaptativo, t. del sueño, t. del control de los impulsos, y otros.

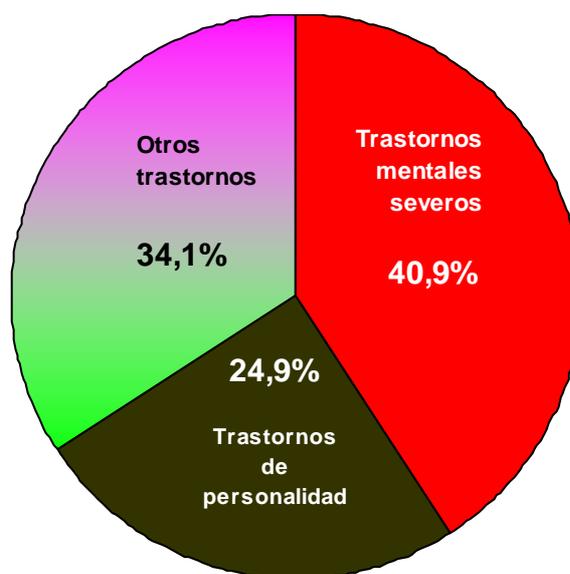
⁵⁴ Recordamos los criterios de agrupación para 3 categorías, según el DSM-IV y el CIE-10:

Trastornos mentales severos (TMS): esquizofrenia, trastorno delirante, t. esquizoafectivo, t. psicótico compartido, t. psicótico no especificado, t. bipolares, t. depresivos mayores.

Trastornos de personalidad (TP): trastorno paranoide, t. esquizoide, t. esquizotípico, t. antisocial, t. límite, t. histriónico, t. narcisista, t. obsesivo-compulsivo, t. por evitación, t. por dependencia y t. no especificado de la personalidad.

Otros: delirium, demencia, t. amnésicos, t. esquizofreniforme, t. psicótico breve, t. psicótico debido a enfermedad médica, t. relac. con sustancias, t. depresivos, otros t. estado de ánimo, t. mental debido a enfermedad médica, t. de ansiedad, t. somatomorfos, t. facticios, t. disociativos, t. conducta alimentaria, t. sexuales, parafilias, t. identidad sexual, t. adaptativos, t. del sueño, t. control de los impulsos y otros.

Gráfico 12. Porcentajes de los trastornos agrupados en 3 categorías sobre el total de diagnósticos



4.1. Los internos diagnosticados: variables que los diferencian

4.1.1. Comparación de los internos

Tabla 48. Variables cualitativas significativas que explican diferencias entre los grupos de trastornos

Variables	TMS	TP	Otros	TMS + TP	TMS + Otros	TP + Otros	TMS + TP + Otros	Significación
Género	Hombre							0,006
	Mujer		*					
Nacionalidad	Español							0,008
	Estranjero	*						
Retraso mental	Sí		*				*	0,007
	No			*				
Consumo actual de tóxicos	Sí						*	0,020
	No	*						
2º delito acumulado	C. personas				*			0,040
	C.I. sexual							
	C. propiedad						*	
	Drogas							
	Otros		*					
Permisos	Sí		*					0,024
	No	*						
Acceso al 3r grado	Sí		*					0,008
	No	*						

* Valores con diferencias significativas; $p \leq 0,05$.
 Para más detalle, véase el anexo 1 “Tablas complementarias”.

Con la lectura de esta tabla, vemos que:

- El porcentaje más importante de extranjeros se agrupa en los TMS. Las personas que sufren TMS consumen actualmente tóxicos en menor proporción. Por otro lado, son los que disfrutan de menos permisos y que menos acceden al régimen abierto.
- El porcentaje más importante de mujeres se agrupa en los TP, aunque hay que matizar que el número de mujeres de la muestra (11) es bajo como para extraer conclusiones determinantes.
- Los que sufren *otros trastornos* son los que gozarán de más permisos durante la pena base y en mayor número accederán al régimen abierto.

Tabla 49. Variables cuantitativas significativas que explican diferencias entre los diferentes grupos de trastornos

Variables	Trastorno	N	Media	Diferencia significativa de medias						Signific ación	
				TMS	TP	Otros	TMS + TP	TMS + Otros	TP + Otros		TMS + TP + Otros
Total diagnósticos de enfermedad mental	TMS	46	1,74				*	*	*	*	0,000
	TP	24	1,33				*	*	*	*	
	Otros	31	1,77				*	*	*	*	
	TMS + TP	23	3,57						*	*	
	TMS + Otros	25	3,44						*	*	
	TP + Otros	29	4,48							*	
	TMS+TP+ Otros	38	5,53								
Tiempo de condena	TMS		1.677,3 días				*	*		*	0,000
	TP		1.526,8 días				*	*		*	
	Otros		2.850,0 días								
	TMS + TP		3.020,5 días								
	TMS + Otros		1.818,6 días							*	
	TP + Otros		2.335,0 días								
	TMS+TP+ Otros		3.293,7 días								
Número de clasificaciones diferentes	TMS	45	1,87				*		*	*	0,000
	TP	23	2,35				*			*	
	Otros	31	3,68								
	TMS + TP	23	2,78								
	TMS + Otros	24	2,75								

TP + Otros	28	3,14							
TMS+TP+ Otros	38	3,87							

Variables	Trastorno	N	Media	Diferencia significativa de medias							Significación	
				TMS	TP	Otros	TMS + TP	TMS + Otros	TP + Otros	TMS + TP + Otros		
Total de ubicaciones diferentes	TMS	45	10,44			*						0,000
	TP	24	12,75								*	
	Otros	31	19,84									
	TMS + TP	23	17,87									
	TMS + Otros	24	16,54									
	TP + Otros	29	15,38								*	
	TMS+TP+ Otros	38	24,61									
Número de regresiones	TMS	46	0,07			*				*	*	0,000
	TP	24	0,42			*						
	Otros	31	0,90				*	*				
	TMS + TP	23	0,26									
	TMS + Otros	25	0,44									
	TP + Otros	29	0,55									
	TMS+TP+ Otros	38	0,68									
Número total de actividades realizadas	TMS	38	16,11								*	0,000
	TP	20	13,65								*	
	Otros	31	21,00								*	
	TMS + TP	22	26,14								*	
	TMS + Otros	22	14,41								*	
	TP + Otros	28	22,29								*	
	TMS+TP+ Otros	36	40,64									
Número total de incidentes	TMS	44	2,91								*	0,042
	TP	22	3,55									
	Otros	29	3,66									
	TMS + TP	23	5,70									
	TMS + Otros	24	2,17								*	
	TP + Otros	29	5,31									
	TMS+TP+ Otros	37	7,78									
Número total de faltas	TMS	44	2,39			*				*	*	0,025
	TP	23	7,91									
	Otros	30	10,67									
	TMS + TP	21	8,24									
	TMS + Otros	24	4,50								*	
	TP + Otros	29	11,76									
	TMS+TP+ Otros	37	12,49									
Total delitos cumplimiento <i>pena base</i>	TMS	45	3,04			*					*	0,001
	TP	23	4,35									
	Otros	31	6,00					*				
	TMS + TP	23	4,26									
	TMS + Otros	25	2,92								*	
	TP + Otros	29	3,79								*	
	TMS+TP+ Otros	38	6,39									

* Valores con diferencias significativas; $p \leq 0,05$.

De esta tabla, se pueden extraer las siguientes conclusiones:

1. La media de **diagnósticos** es de 3,18 para los enfermos mentales diagnosticados. Cuando comparamos cada grupo de diagnóstico con otro grupo, nos encontramos casi siempre diferencias en lo que atañe al número de diagnósticos. La conclusión que se puede extraer de este resultado apunta diversas hipótesis. La primera es que cuesta precisar la patología concreta del enfermo, ya que no se hace un estudio profundo del caso. La segunda es que la multiplicidad de patologías que sufre el interno penitenciario es tan diversa y compleja que la sintomatología puede dar sentido a diferentes explicaciones diagnósticas. Finalmente, la tercera podría concluir que los internos con trastornos mentales sufren realmente la diversidad de enfermedades que se les han diagnosticado.
2. La media de **tiempo de condena impuesta** a las personas de la muestra es de 2.360,9 días. Los que tienen TMS (1.677 días) y los que tienen TP (1.527 días) son los que menos condena han recibido. En cambio, los que sufren *otros trastornos* (2.850 días), los que presentan las combinaciones de TMS + TP (3.021 días) o las tres categorías, TMS + TP + otros (3.294 días), son los que han recibido mayor condena.
3. Dentro de la prisión, los internos objeto de estudio han recibido una media de 2,91 **clasificaciones** diferentes, lo cual significa cambio de régimen de vida en prisión. Los que tienen *otros trastornos* (3,68) o tienen las tres categorías, TMS + TP + otros (3,87), son los que más cambios de clasificación reciben a lo largo de la condena. En cambio, los TMS (1,87) y los TP (2,35) son los que reciben menos.
4. La media de **ubicaciones** diferentes dentro de la prisión es de 16,62. Muchos cambios de ubicación denotan una falta de adaptación importante al medio penitenciario por parte del interno y cierta desorientación en la forma de intervenir por parte de la institución. Como en el caso anterior, los que tienen *otros trastornos* (19,84) o tienen las tres categorías, TMS + TP + otros (24,61), son los que más cambios de ubicación viven a lo largo de la condena. Por contra, los TMS (10,44) y los TP (12,75) son los que sufren menos cambios.

5. La media de **regresiones de grado** es de 0,46. Se reproduce el mismo patrón que en las dos variables anteriores.
6. La media de las **actividades** hechas en prisión es de 22,94. Las personas que tienen los tres diagnósticos, TMS + TP + otros (40,64), realizan muchas más actividades que el resto, casi el doble de media.
7. La media de **incidentes** protagonizados por las personas diagnosticadas es de 4,54. Los que tienen los tres diagnósticos, TMS + TP + otros, son los que protagonizan más (7,78). En el otro extremo, los TMS (2,91) y los TMS + otros (2,17), los que menos.
8. La media de **faltas disciplinarias** es de 8,04. En esta ocasión, los TMS + TP + otros (12,49), los TP + otros (11,76) y los *otros trastornos* (10,67) son los que cometen más faltas, significativamente diferentes de los TMS (2,39), que son los que menos cometen o que no son registradas como faltas en determinadas unidades.
9. La media de **delitos** por los que están cumpliendo condena en la pena base es de 4,48. Aquí vuelve a darse el hecho de que los TMS (3,04) son los que acumulan menos delitos. En cambio, los *otros trastornos* (6,0) y los TMS + TP + otros (6,39) son los que acumulan más.

Tabla 50. Variables del estudio que no explican diferencias entre el tipo de diagnóstico

Variables	
Disminución psíquica	Delito violento ⁵⁵
Incapacitación legal	Paso por otros centros penitenciarios
Drogas por vía parenteral	Clasificación inicial
Ingresos penitenciarios anteriores	Clasificaciones en primer grado
Delito principal de la pena base	¿Incidentes en las salidas?
3 ^r delito acumulado de la pena base	¿Ha realizado salidas programadas?
4 ^o delito acumulado de la pena base	¿Ha accedido a la libertad condicional?
5 ^o delito acumulado de la pena base	¿Acumula más causas delictivas?
6 ^o delito acumulado de la pena base	Número total de sanciones

⁵⁵ Recordamos que los delitos violentos incluyen los delitos *contra las personas, contra la libertad sexual y el robo con intimidación y/o violencia*.

De esta otra tabla, las conclusiones más significativas que podemos extraer son:

- No hay relación entre el tipo de enfermedad y tomar drogas por vía parenteral.
- En un análisis bivariado, tener o no antecedentes penitenciarios no resulta estadísticamente significativo respecto al tipo de trastorno que se sufre. Pero, si el único diagnóstico es un trastorno mental severo, se observan menos antecedentes que en el resto de combinaciones de trastornos.
- No hay relación entre el tipo de delito cometido y el tipo de diagnóstico mental. Tampoco son más o menos violentos estos delitos si se tiene un diagnóstico u otro.
- El tipo de diagnóstico mental no discrimina el tipo de clasificación inicial que se hace de los internos.

4.1.2. Medicación y tipo de diagnóstico

En este apartado, hemos querido reflejar cuál es la relación entre el tipo de medicación que toman los internos que han pasado por psiquiatría y el tipo de diagnóstico que han recibido. El cruce de estas dos variables queda recogido en la tabla siguiente.

Tabla 51. Tipo de medicación en función del tipo de diagnóstico

Tipo de medicación	Trastornos mentales severos		Trastornos de personalidad		Otros trastornos		Total N
	N	% (*)	N	% (*)	N	% (*)	
Antidepresivos	29	22,8	45	35,4	53	41,8	127
Antipsicóticos	131	44,0	84	28,2	83	27,8	298
Ansiolíticos	73	31,5	71	30,6	88	37,9	232
Para enfermedad orgánica	58	38,2	49	32,2	45	29,6	152
otras medicaciones	81	35,5	68	29,8	79	34,6	228
Eutimizantes	14	25,0	24	42,9	18	32,1	56
Metadona	58	29,7	64	32,8	73	37,4	195
Para otras adicciones	3	30,0	4	40,0	3	30,0	10
Antirretrovirales	3	50,0	2	33,3	1	16,7	6

* Distribución porcentual de las prescripciones de medicación según el tipo de diagnóstico. En la tabla, N = número de prescripciones de un determinado medicamento.

Como se puede ver en los resultados de la tabla, las prescripciones médicas de un determinado medicamento se distribuyen de manera desigual según los trastornos. Los datos más significativos son los siguientes:

- Las prescripciones de medicamentos antidepresivos en proporción están más presentes en el grupo de *otros trastornos*.
- Las de antipsicóticos, entre los TMS.
- Las de ansiolíticos, entre los *otros trastornos*.
- La medicación para enfermedad orgánica está más presente entre los TMS.
- La receta de eutimizantes se da más entre los casos de TP.
- La de metadona está más presente entre los *otros trastornos*.
- En el resto de prescripciones o no hay diferencias o las cifras son demasiado bajas para extraer conclusiones.

4.2. Los no diagnosticados: variables que los diferencian

Como ya hemos dicho, una parte de la muestra de la investigación está formada por internos que han sido atendidos en algún momento por los servicios de psiquiatría de los centros penitenciarios incluidos en el estudio, pero en cuyo expediente médico no consta diagnóstico de trastorno mental.

En este apartado, analizamos si estas personas no diagnosticadas presentan características diferentes, respecto a las variables estudiadas, que las del grupo de internos de los cuales sí que constaba algún diagnóstico y de los cuales hemos estado hablando en el punto 4.1.

Los resultados quedan reflejados en la tabla siguiente, donde se marcan las diferencias que son estadísticamente significativas.

Tabla 52. Relación y significación entre variables estudiadas y tener o no diagnóstico

Variables	Sin diagnóstico	Con diagnóstico	Significación
Género	Hombre		0,625
	Mujer		
Nacionalidad	Español	*	* 0,037
	Extranjero	*	
Retraso mental	Sí		0,090
	No		
Disminución psíquica diagnosticada	Sí	*	* 0,045
	No	*	
¿Incapacitación legal?	Sí		0,212
	No		
¿Consumo actual tóxicos?	Sí		0,485
	No		
¿Toma drogas por vía parenteral?	Sí		0,514
	No		
¿Ingresos penitenciarios anteriores?	Sí	*	* 0,048
	No	*	
Delito principal pena base	Contra las personas		* 0,038
	Contra la libertad sexual		
	Contra la propiedad		
	Drogas		
	Otros	*	
Delito violento	Delito no violento	*	* 0,034
	Delito violento		
Clasificaciones en 1º grado	Sí		0,136
	No		
¿Salidas programadas con educadores?	Sí	*	* 0,000
	No	*	
¿Permisos de salida?	Sí	*	* 0,004
	No	*	
¿Incidentes durante las salidas?	No		0,190
	Sí, no regreso		
	Sí, nuevo delito		
	Sí, retraso en incorporación		
¿Ha accedido al 3º grado?	Sí		0,430
	No		
¿Ha accedido a la libertad condicional?	Sí		0,681
	No		
¿Acumula más causas delictivas?	Sí	*	* 0,000
	No	*	

VARIABLES		Sin diagnóstico	Con diagnóstico	Significación
Número de ingresos en psiquiatría de prisión	Media	* 2,07	* 3,22	* 0,000
	Desviación típica	2,02	3,19	
Total de días ingresado en psiquiatría de prisión	Media	* 85,77 días	* 324,55 días	* 0,000
	Desviación típica	141,9 días	605,05 días	
Tiempo de condena	Media	*1.272,36 días	*2.360,93 días	* 0,000
	Desviación típica	1.942,08 días	2.422,50 días	
Número de clasificaciones diferentes	Media	* 2,12	* 2,91	* 0,003
	Desviación típica	2,11	2,41	
Número de ubicaciones diferentes	Media	* 10,13	* 16,73	* 0,001
	Desviación típica	13,06	20,03	
Número de regresiones	Media	* 0,25	* 0,46	* 0,032
	Desviación típica	0,70	0,95	
Número total de actividades realizadas	Media	* 13,15	* 22,92	* 0,004
	Desviación típica	19,26	30,59	
Número total de incidentes	Media	* 2,44	* 4,50	* 0,035
	Desviación típica	7,84	8,91	
Número total de faltas	Media	5,73	8,13	0,158
	Desviación típica	12,50	16,03	
Número total de sanciones	Media	4,92	6,37	0,322
	Desviación típica	11,22	12,94	
Total delitos cumplimiento de condena	Media	* 3,06	* 4,43	* 0,009
	Desviación típica	4,44	4,81	

* Valores con diferencias significativas; $p \leq 0,05$.

Para más detalle, véase el anexo 1 "Tablas complementarias".

De la lectura de resultados de la tabla, se puede concluir:

- Hay más extranjeros entre los que no tienen diagnóstico, lo cual resulta lógico por la falta de información sobre la situación real del extranjero con respecto al contexto sociofamiliar, su historia personal y las dificultades con los idiomas.
- Los no diagnosticados también son los que presentan menos antecedentes penitenciarios y menos causas acumuladas en la pena base. Tienen la mitad de condena que los diagnosticados. Cometen menos delitos violentos y están más representados en los *otros delitos*. Todas estas variables nos dibujan un perfil menos conflictivo de delincuente en el caso del grupo de no diagnosticados.
- Dentro de la prisión, el colectivo de los no diagnosticados también mantiene este perfil menos conflictivo: ha recibido menos clasificaciones y ubicaciones

diferentes (síntoma de estabilidad); ha tenido menos regresiones de grado y ha protagonizado menos incidentes que los diagnosticados.

- A pesar de este perfil mejor, el colectivo de los no diagnosticados ha realizado menos salidas programadas con educadores durante la condena y ha tenido menos permisos de salida, y no hay diferencias en cuanto al acceso al tercer grado o a la libertad condicional.

Por lo que se refiere al consumo de tóxicos (tabla 53), se observa que, respecto a casi todos los tipos de drogas, los que tienen un diagnóstico presentan más consumo y dependencia que los que no lo tienen.

Sobre la medicación que se les prescribe, los que tienen diagnóstico reciben más antidepresivos, antipsicóticos y ansiolíticos, mientras que los que no tienen diagnóstico, reciben en mayor proporción otras medicaciones y metadona.

Tabla 53. Relación entre el consumo de drogas y tener o no diagnóstico

Variables		Sin diagnóstico	Con diagnóstico	Significación
Alcohol	Sí		*	* 0,000
	No	*		
Cannabis	Sí		*	* 0,000
	No	*		
Cocaína	Sí		*	* 0,000
	No	*		
Heroína	Sí		*	* 0,004
	No	*		
Drogas de diseño	Sí		*	* 0,006
	No	*		
Fármacos	Sí		*	* 0,000
	No	*		
Inhalantes	Sí			0,294
	No			
Otros tóxicos	Sí		*	* 0,002
	No	*		
¿Drogas vía parenteral?	Sí			0,051
	No			
¿Consumo actual tóxicos?	Sí			0,485
	No			

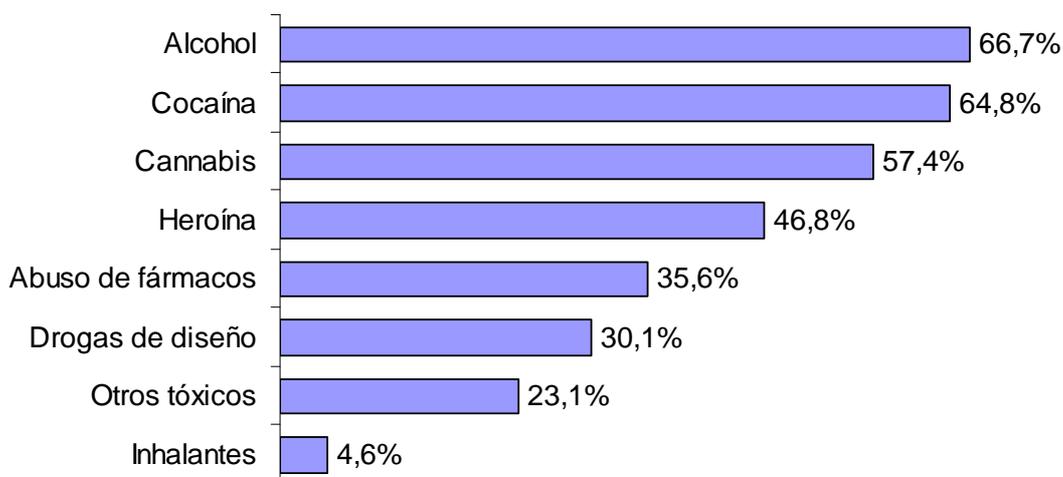
Tabla 54. Relación entre prescripción de medicación y tener o no diagnóstico

VARIABLES	Sin diagnóstico	Con diagnóstico
Recibe antidepresivos	17,5%	21,6%
Recibe antipsicóticos	15,9%	51,5%
Recibe ansiolíticos	33,3%	41,3%
Recibe medicación por enfermedad orgánica	28,6%	30,5%
Recibe otras medicaciones	52,4%	42,5%
Recibe eutimizantes	7,9%	9,6%
Recibe metadona	57,1%	37,1%
Recibe medicación por otras adicciones	0,0%	1,2%
Recibe antirretrovirales	0,0%	0,6%

4.3. La relación entre diagnóstico, consumo de drogas y delito

4.3.1. Consumo de drogas y diagnóstico

Gráfico 13. Los consumos de drogas en las personas con problemática mental



Como se puede ver en los resultados de la tabla 55 y del gráfico 13:

- El 66,7% de los sujetos de la muestra ha tenido problemas con el alcohol en alguna ocasión. Por tipo de diagnóstico, los que menos problemas tienen con el alcohol son los TMS.
- El 64,8% de los sujetos de la muestra ha consumido cocaína. También los TMS son el grupo que menos consume.

- El 57,4% de los sujetos de la muestra han consumido cannabis en alguna ocasión. No hay diferencias en este consumo entre las tipologías de salud mental que hemos agrupado para comparar.
- El 46,8% de los sujetos de la muestra ha consumido en alguna ocasión heroína. Se repite el resultado que sitúa el grupo de TMS como el grupo en que se encuentra el menor porcentaje de personas que consumen.
- El 35,6% de los sujetos de la muestra ha pasado por consumos abusivos de fármacos. Los TMS son también el grupo donde hay el menor porcentaje de personas que consumen.
- El 30,1% de los sujetos de la muestra ha consumido drogas de diseño. No hay diferencias en el consumo de drogas de diseño entre las tipologías de salud mental que hemos agrupado para comparar.
- El 4,6% de los sujetos de la muestra ha consumido inhalantes. Sí que hay más porcentaje de consumidores de esta sustancia en las prevalencias de los TMS y *otros trastornos*, a pesar de que el número de sujetos es bajo como para extraer conclusiones determinantes.

Tabla 55. Relaciones significativas entre consumo de tóxicos y tipo de diagnóstico recibido

Variables	Sin diagnóstico	TMS	TP	Otros	TMS + TP	TMS + Otros	TP + Otros	TMS + TP + Otros	Significación
Alcohol	No	*							* 0,000
	Sí			*			*	*	
Cannabis	No	*							* 0,000
	Sí							*	
Cocaína	No	*							* 0,000
	Sí			*			*	*	
Heroína	No	*	*						* 0,000
	Sí			*				*	
Drogas de diseño	No	*							* 0,000
	Sí				*			*	
Fármacos	No	*	*						* 0,000
	Sí			*				*	
Inhalantes	No								0,519
	Sí								
Otros	No	*							* 0,000
	Sí				*			*	
Drogas vía	No								0,113

parenteral	Sí
------------	----

* Valores con diferencias significativas; $p \leq 0,05$.

Para más detalle, véase el anexo 1 "Tablas complementarias".

De la lectura de la tabla, se pueden extraer las siguientes conclusiones:

- Consumen alcohol de manera abusiva y consumen cocaína de manera más significativa que el resto los que tienen *otros trastornos*, *otros trastornos + TP* y *otros trastornos + TP + TMS*.
- Consumen cannabis de manera más significativa que el resto los que suman las 3 tipologías de diagnóstico.
- Consumen heroína de manera más significativa que el resto los TP y los que suman las 3 tipologías de diagnóstico.
- Consumen drogas de diseño y también otras drogas de manera más significativa que el resto los TMS + TP y los que suman las 3 tipologías de diagnóstico.
- En el grupo de los que no tienen ningún tipo de diagnóstico hay significativamente menos consumidores de cualquier tipo de drogas que en el grupo de los que sí que tienen diagnóstico.
- Los que suman las 3 tipologías de diagnóstico son los que acaparan un porcentaje superior de consumidores. Aparecen como más consumidores en todas las variables de abuso de consumo de los diferentes tipos de drogas.

Estos resultados nos hacen concluir que hay relación entre el tipo de consumo de drogas y el tipo de diagnóstico, en el sentido que acabamos de explicar.

Eso confirma la hipótesis de que hay relación entre consumir o no consumir drogas y el tipo de diagnóstico de enfermedad mental que se tiene.

4.3.2. Los trastornos mentales debidos a sustancias

En este apartado, analizamos si las personas con algún diagnóstico de trastorno mental debido a consumo de sustancias han consumido preferentemente, de forma significativa, algún determinado tipo de droga y también qué tipo de delito han cometido como delito principal de la pena base.

También abordamos el tema de si su trastorno era conocido en el momento de la sentencia y si se ha tenido en cuenta en la pena o medida impuesta.

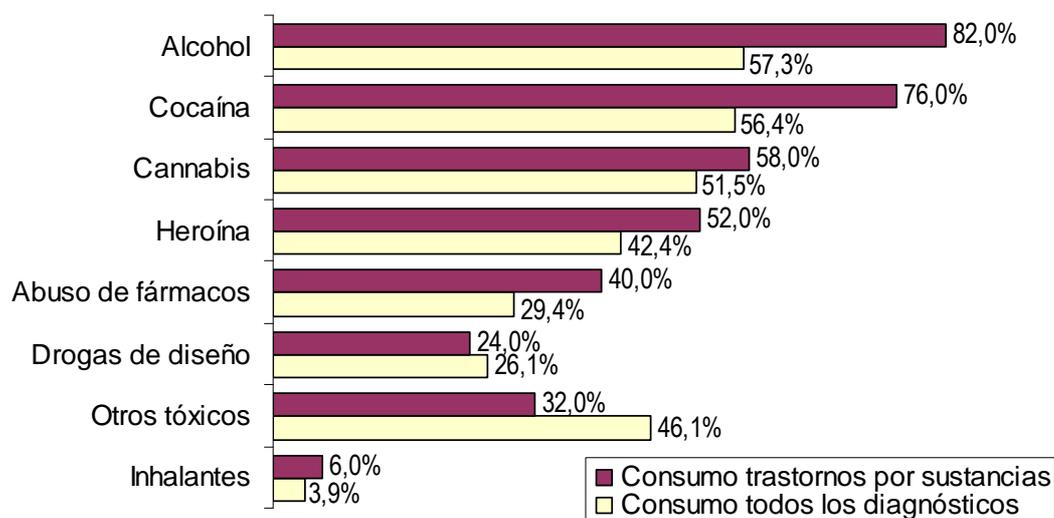
Tabla 56. Consumo de drogas y presencia de trastorno por consumo de sustancias

Presencia de trastorno/ Consumo de drogas	No tiene trastorno por consumo de sustancias		Sí tiene trastorno por consumo de sustancias		Total
	N	%(*)	N	%(**)	
Alcohol	100	65,4	41	82,0	141
Cannabis	91	59,5	29	58,0	120
Cocaína	99	64,7	38	76,0	137
Heroína	74	48,4	26	52,0	100
Drogas de diseño	53	34,6	12	24,0	65
Fármacos	54	35,3	20	40,0	74
Inhalantes	6	3,9	3	6,0	9
Otros	63	41,1	16	32,0	79

* Respecto al total de los que no tienen trastorno por consumo de sustancias.

** Respecto al total de los que tienen trastorno por consumo de sustancias. El % supera el 100 porque una persona puede ser consumidora de diferentes tóxicos.

Gráfico 14. Comparación de porcentajes entre todos los consumidores de tóxicos y los que tienen trastorno por consumo de sustancias



De la lectura de la tabla y el gráfico, se puede extraer que:

- En el grupo de personas con trastornos mentales por consumo de sustancias encontramos un mayor porcentaje de consumidores de casi todas las drogas que en el grupo formado por el resto de trastornos.
- Destacan por su importancia los consumos de alcohol, cocaína, cannabis y heroína.

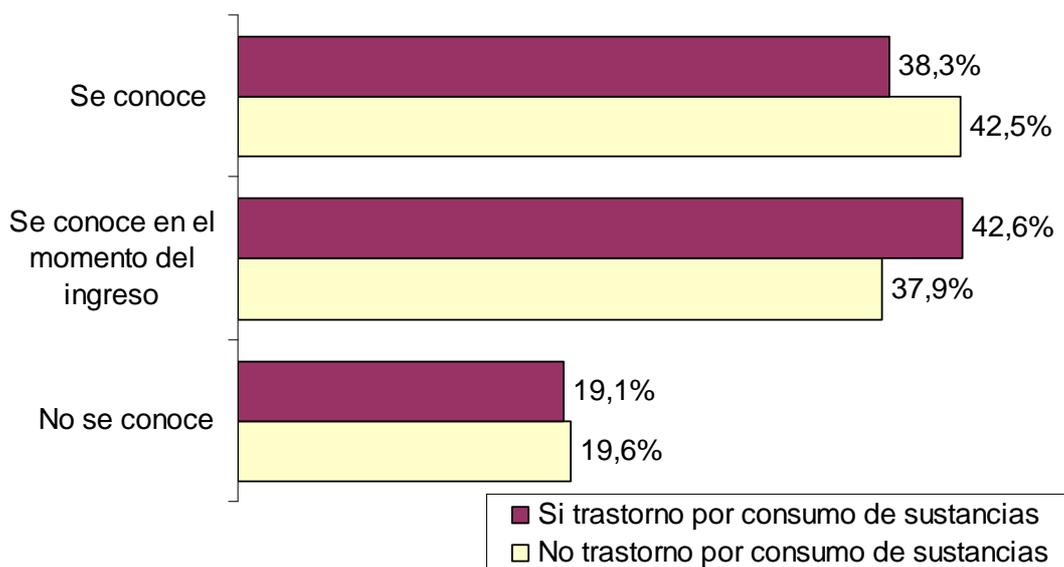
Por lo que respecta a la relación entre el trastorno mental por abuso de sustancias y el tipo de delito cometido, no se ha encontrado ninguna diferencia significativa. Sufrir o no sufrir este tipo de trastorno tampoco se relaciona con cometer más delitos violentos o con cometer más delitos no violentos. De esta manera, no se confirman dos de las hipótesis planteadas en la investigación.

La primera era que se esperaba encontrar entre las personas que sufren trastornos debido al consumo de sustancias mayor número de delitos violentos. Ésta hipótesis no se cumple.

También se esperaba que las personas con trastornos debidos al consumo de sustancias presentasen más delitos *contra la propiedad y contra la salud pública*. Tampoco se cumple. El trastorno no se relaciona con ningún tipo de agrupación de delito, excepto los trastornos por abuso de cocaína, que se encuentran ligeramente más representados en los delitos *contra la propiedad*. En ningún otro caso.

Tampoco se han encontrado diferencias significativas con respecto al momento en que se ha diagnosticado el trastorno mental por abuso de sustancias (antes, durante o después de la sentencia), como se puede ver en la similitud de los porcentajes del gráfico 15.

Gráfico 15. Conocimiento en el momento de la sentencia o del ingreso en prisión de los trastornos mentales por abuso de sustancias



Finalmente, tampoco se ha encontrado ninguna significación entre tener un diagnóstico de trastorno mental por abuso de sustancias y el que este hecho se haya tenido en cuenta en la sentencia. Los jueces no han tenido más en cuenta este tipo de trastorno que otros como eximente ni como atenuante de la pena.

4.3.3. Droga y delito

¿El tipo de delito que ha cometido el interno tiene alguna relación con el tipo de consumo que hace?

En nuestro planteamiento previo, se espera encontrar relación entre el tipo de hábito tóxico que tienen las personas con problemática mental que han pasado por psiquiatría de prisión y el tipo de delito que cometen.

De la lectura de la tabla 57, se extraen las siguientes conclusiones:

- En nuestra muestra de prisión, las personas que tienen un delito *contra la propiedad* como delito principal en la pena base salen significados en casi todos los tipos de consumo, incluido el consumo por vía parenteral.

Tabla 57. Relaciones significativas entre delito principal cometido y consumo de tóxicos

Variables		C.personas	C. libertad sexual	C. propiedad	Drogas	Otros	Significación
Alcohol	No					*	* 0,009
	Sí			*			
Cannabis	No	*				*	* 0,014
	Sí			*			
Cocaína	No	*				*	* 0,000
	Sí			*			
Heroína	No	*				*	* 0,000
	Sí			*			
Drogas de diseño	No						0,125
	Sí						
Fármacos	No	*				*	* 0,001
	Sí			*			
Inhalantes	No						0,074
	Sí						
Otros	No						0,173
	Sí						
Drogas vía parenteral	No	*	*				* 0,000
	Sí			*			

* Valores con diferencias significativas; $p \leq 0,05$.

Para más detalle, véase el anexo 1 "Tablas complementarias".

- En cambio, cuando se trata de delitos *contra las personas* y de *otros delitos*, resulta más significativo que quienes los cometen no tienen problemas de consumo de tóxicos.
- Los delitos *contra la libertad sexual* sólo aparecen representados en la variable del consumo por vía parenteral. Estos sujetos no suelen consumir por esta vía.

Si ahora lo miramos diferenciando si el delito principal cometido en la pena base es violento o no, en ningún caso encontramos significación en la relación de estas dos variables con el tipo de consumo.

Eso significa que el consumo de tóxicos declarado parece no influir en la violencia del delito cometido. Tampoco los que consumen por vía parenteral cometen más delitos violentos que aquellos que no lo hacen.

4.4. Resumen de las características de los diversos tipos de trastorno

A modo de conclusión final, hemos recogido las características diferenciadoras de cada tipo de diagnóstico que hemos ido describiendo a lo largo del capítulo.

4.4.1. Los trastornos mentales severos

Respecto a las variables personales y de salud
<ul style="list-style-type: none">▪ El colectivo de extranjeros con problemática mental se agrupa de manera más significativa alrededor de este tipo de trastornos
<ul style="list-style-type: none">▪ En proporción, tienen menos problemas de toxicomanía activa que el resto
<ul style="list-style-type: none">▪ Es el colectivo de personas que menos problemas ha tenido con el alcohol, la cocaína, la heroína y el abuso de fármacos
<ul style="list-style-type: none">▪ Como medicación, toman en mayor proporción antipsicóticos y también medicación por enfermedad orgánica que el resto de trastornos mentales
Respecto a las variables penales
<ul style="list-style-type: none">▪ Son los que menos causas acumuladas en la pena base tienen y menos delitos acumulan en el cumplimiento de sentencia (3,04 de media)
<ul style="list-style-type: none">▪ Respecto al tiempo de condena, son uno de los colectivos que menos tiempo de pena ha recibido (1.677 días de media)
<ul style="list-style-type: none">▪ Es el colectivo en que más se conocía la enfermedad en el momento de dictar sentencia. Este tipo de trastorno es el que más se ha tenido en cuenta para justificar atenuantes o eximentes en la sentencia
Respecto a las variables penitenciarias
<ul style="list-style-type: none">▪ Es el colectivo de trastornos que más estable permanecerá dentro de la prisión: recibirá menos clasificaciones diferentes (1,87 de media); menos regresiones de grado y menos cambios de ubicación en módulos

penitenciarios diferentes (media de 10,44)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Es el colectivo que menos incidentes protagonizará dentro de la prisión (2,91 de media) y también de faltas (2,39 de media)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Es el colectivo que menos riesgo de intentos de suicidio presenta entre el conjunto de trastornos mentales
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Respecto a los permisos de salida ordinarios y extraordinarios, es el que menos permisos tiene
<ul style="list-style-type: none"> ▪ También es el colectivo de trastornos que menos accede al 3^r grado

4.4.2. Los trastornos de personalidad

Respecto a las variables personales y de salud
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El porcentaje más importante de mujeres se agrupa en los TP, aunque el bajo número de la muestra impide extraer conclusiones determinantes
<ul style="list-style-type: none"> ▪ En este grupo, hay una proporción mayor de personas que han sido diagnosticadas de retraso mental
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Como colectivo, presenta más problemática con el consumo de heroína; y cuando se combina con más diagnósticos (TMS + TP o TMS + TP + otros), con el resto de drogas: alcohol, cocaína, cannabis y drogas de diseño
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Como medicación, toman eutimizantes en mayor proporción
Respecto a las variables penales
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Respecto al tiempo de condena, son el colectivo que menos tiempo de pena ha recibido (1.527 días de media). En cambio, aumenta muy significativamente cuando se combina con TMS (3.021 días de media) o cuando están los 3 tipos de diagnóstico de trastornos (3.294 días de media)
Respecto a las variables penitenciarias

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si sólo está diagnosticado de TP, este colectivo vivirá pocos cambios dentro de la prisión con relación al resto de trastornos: el número de clasificaciones diferentes es el segundo más bajo después de los TMS (2,35 de media); tendrán menos regresiones de grado (media 0,42) y menos cambios de ubicaciones en módulos penitenciarios diferentes (media 12,75).
<ul style="list-style-type: none"> ▪ En cambio, cuando se combina el TP con <i>otros trastornos</i>, se dispara el número de clasificaciones diferentes (3,87) y de ubicaciones (24,61)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los TP, junto con los <i>otros trastornos</i>, son el colectivo que presenta más intentos de suicidio en el conjunto de trastornos estudiados

4.4.3. Los otros trastornos

Respecto a las variables personales y de salud
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abusan más que el resto de consumos de alcohol y de cocaína. Cuando se suman los tres tipos de diagnóstico (TMS + TP + otros), también presentan consumos más significativos en cannabis, heroína y drogas de diseño
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Como medicación, toman antidepresivos, ansiolíticos y metadona en mayor proporción que los demás trastornos
Respecto a las variables penales
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acumulan más causas en la pena base como colectivo y también son los que más delitos acumulan en el cumplimiento de medida (6,00 de media), y un poco más aún cuando presentan los tres diagnósticos (6,39 de media)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Respecto al tiempo de condena son, como colectivo, uno de los que han recibido una pena más alta (2.850 días de media). Cuando se dan los tres tipos de diagnóstico (TMS + TP + otros), la media de días de condena se eleva a 3.294
Respecto a las variables penitenciarias

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Es el colectivo de trastornos que más cambios vivirá en la prisión: recibirá más clasificaciones diferentes (3,68 de media), más regresiones de grado (0,90) y más cambios de ubicación en módulos penitenciarios diferentes (19,84 de media). Como en anteriores variables, si se suman los tres tipos de diagnóstico (TMS + TP + otros), la media de clasificaciones diferentes sube (3,87 de media) y el cambio de ubicaciones también (24,61 de media) |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Junto con los TP, este colectivo de trastornos es el que tiene más posibilidades de protagonizar un intento de suicidio, tanto si es un diagnóstico único como si está combinado con otros tipos de diagnóstico |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Es el colectivo que disfruta de más permisos de salida durante la pena base |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ También es el colectivo de trastornos que más accede al 3^r grado |

En ninguno de los tres tipos de diagnóstico hemos encontrado diferencias que puedan precisar que hay un tipo de delito concreto que cometen según la enfermedad diagnosticada.

Tampoco se encuentran diferencias entre los diferentes trastornos en cuanto a la violencia en el delito.

Ningún tipo de trastorno discrimina un tipo de clasificación inicial diferente de los internos. Mayoritariamente, se clasifican en 2^o grado.

5. Las medidas de seguridad en Catalunya

El artículo 96 del Código Penal vigente (Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal) define las medidas de seguridad que se pueden imponer, y distingue entre privativas de libertad y no privativas de libertad.

Son medidas privativas de libertad:

1ª El internamiento en un centro psiquiátrico.

2ª El internamiento en un centro de deshabitación.

3ª El internamiento en un centro educativo especial.

Son medidas no privativas de libertad:

1ª La prohibición de estancia y residencia en determinados lugares.

2ª La privación del derecho a conducir vehículos de motor y ciclomotores.

3ª La privación de la licencia o del permiso de armas.

4ª La inhabilitación profesional.

5ª La expulsión del territorio nacional de extranjeros no residentes legalmente en España.

6ª El resto de medidas previstas en el artículo 105 de este Código.

Como ya hemos dicho anteriormente, un total de 308 individuos cumplía alguna medida de seguridad el año 2005 y, consecuentemente, entró a formar parte de nuestro estudio. En este apartado del informe de investigación, entraremos a analizar las particularidades de este grupo.

Como hemos hecho en el capítulo anterior, empezamos por dar las prevalencias de patologías mentales agrupadas en 6 categorías⁵⁶ y también agrupadas en 3 categorías.⁵⁷ En los gráficos siguientes 16 y 17, se describen

⁵⁶ Recordamos los criterios de agrupación para 6 categorías, según el DSM-IV y el CIE-10:

Delirium: delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos.

Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos: esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno esquizoafectivo, trastorno delirante, trastorno psicótico breve, trastorno psicótico compartido, trastorno psicótico debido a enfermedad médica, trastorno psicótico no especificado.

Trastornos por sustancias: trastornos relacionados con sustancias.

Trastornos del estado de ánimo: trastornos depresivos, trastornos bipolares y otros trastornos del estado de ánimo.

Trastornos de personalidad: trastorno paranoide, t. esquizoide, t. esquizotípico, t. antisocial, t. límite, t. histriónico, t. narcisista, t. obsesivo-compulsivo, t. por evitación, t. por dependencia y t. no especificado de la personalidad.

Otros: trastorno mental debido a enfermedad médica, t. de ansiedad, t. somatomorfos, t. facticios, t. disociativos, t. de la conducta alimentaria, t. sexuales, parafilias, t. adaptativo, t. del sueño, t. del control de los impulsos, y otros.

⁵⁷ Recordamos los criterios de agrupación para 3 categorías, según el DSM-IV y el CIE-10:

Trastornos mentales severos (TMS): esquizofrenia, trastorno delirante, t. esquizoafectivo, t. psicótico compartido, t. psicótico no especificado, t. bipolares, t. depresivos mayores.

Trastornos de personalidad (TP): trastorno paranoide, t. esquizoide, t. esquizotípico, t. antisocial, t. límite, t. histriónico, t. narcisista, t. obsesivo-compulsivo, t. por evitación, t. por dependencia y t. no especificado de la personalidad.

Otros: delirium, demencia, t. amnésicos, t. esquizofreniforme, t. psicótico breve, t. psicótico debido a enfermedad médica, t. relac. con sustancias, t. depresivos, otros t. estado de ánimo, t. mental debido a

de forma descendente los porcentajes de cada categoría de trastorno sobre el total de diagnósticos hechos para el conjunto de los 308 individuos.

Gráfico 16. Porcentaje de agrupaciones (6 categorías) respecto del total de diagnósticos y comparativa con prisiones

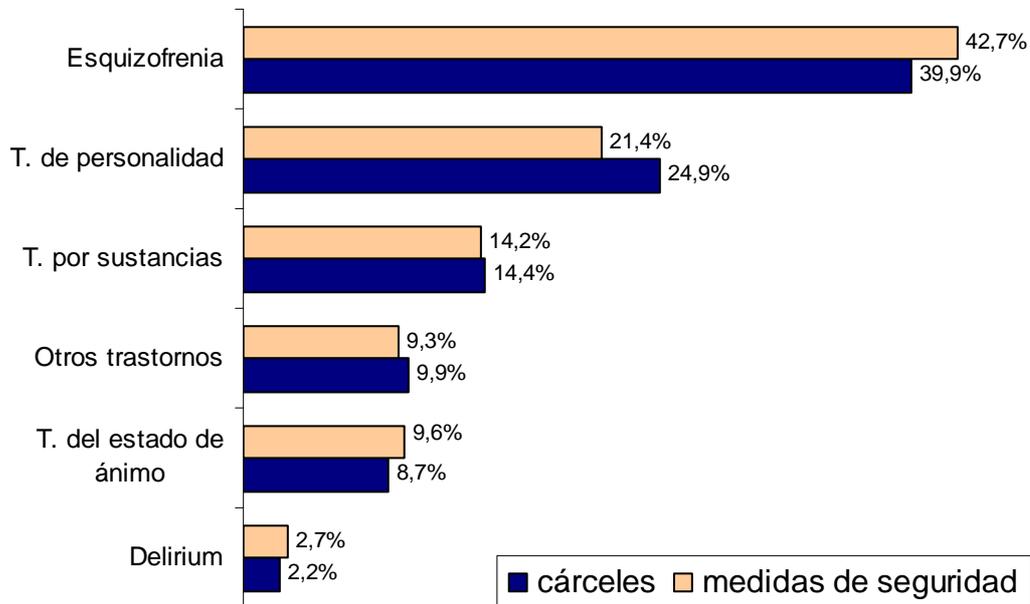
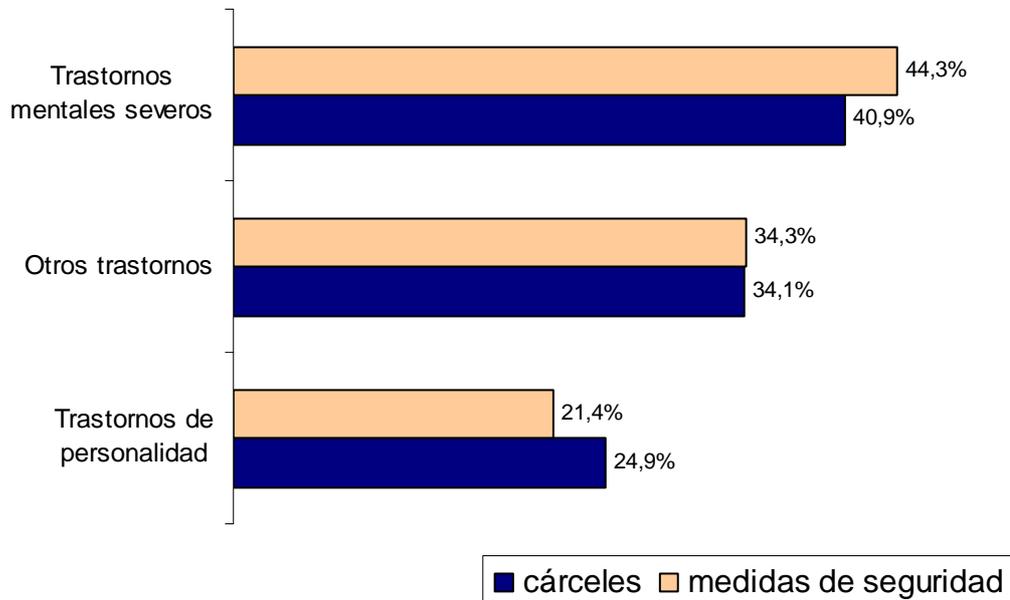


Gráfico 17. Porcentaje de agrupaciones (3 categorías) respecto del total de diagnósticos y comparativa con prisiones



enfermedad médica, t. de ansiedad, t. somatomorfos, t. facticios, t. disociativos, t. conducta alimentaria, t. sexuales, parafilias, t. identidad sexual, t. adaptativos, t. del sueño, t. control de los impulsos y otros.

A la vez, se compara con la muestra de prisión, para poder establecer las diferencias y similitudes entre ambas poblaciones.

Como se puede ver en ambos gráficos, los porcentajes son claramente homogéneos entre ambas poblaciones. Las diferencias son de 4 puntos en los trastornos mentales severos, con una mayor prevalencia de éstos entre las medidas de seguridad, y también de 4 puntos en los trastornos de personalidad, en este caso con una mayor prevalencia en las penas de prisión.

La esquizofrenia y otros trastornos psicóticos son el grueso más importante de enfermedades mentales y suponen alrededor del 40% de todas las enfermedades diagnosticadas.

Los trastornos de personalidad representan uno de cada cuatro enfermos internados en un centro penitenciario y uno de cada cinco enfermos que cumple una medida de seguridad.

Tabla 58. Número de diagnósticos que tienen en sus expedientes las personas que cumplen medidas de seguridad. Año 2005

Diagnósticos enfermedad mental	N	%
Ningún diagnóstico	14	4,5
Un diagnóstico	68	22,1
Dos diagnósticos	67	21,8
Tres diagnósticos	58	18,8
Cuatro diagnósticos	34	11,0
Cinco diagnósticos	26	8,4
Seis diagnósticos	10	3,2
De 7 a 9 diagnósticos	28	9,4
De 10 a 12 diagnósticos	3	0,9
Total	308	100

La media de diagnósticos es de 3,10, con una desviación típica de $\pm 2,25$; resultados similares a los que obtienen las personas ingresadas en prisión.

No obstante esta similitud, las personas con medidas de seguridad tienen como máximo 3 diagnósticos en un 62,7% de los casos, mientras que en la muestra de prisión hasta 3 diagnósticos representan el 40,6%.

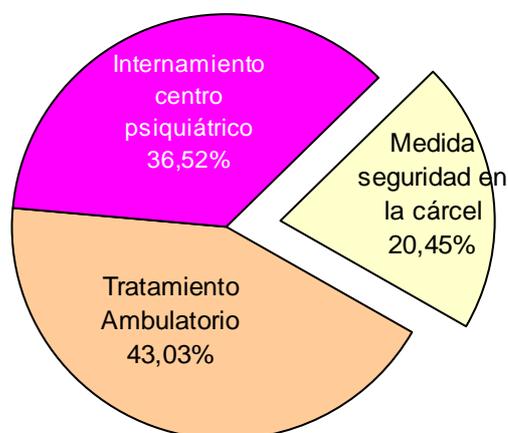
Por otro lado, sólo en un 4,5% de los casos no hemos encontrado ningún diagnóstico entre las medidas de seguridad, frente al 36,8% de la muestra de prisión. Los motivos por los que no figura ningún diagnóstico de trastorno mental en las medidas de seguridad son diversos. En algunos casos, no consta en el expediente físico del Centro Directivo ninguna información al respecto. En otros, se habla de *trastorno mental no especificado*. También, en otros casos, se dice que no hay psicopatología o que la problemática viene derivada de una situación familiar conflictiva en su infancia o, en otro caso, del abuso del consumo de alcohol. Como se puede ver, el abanico de casuísticas es variado, pero todos los casos tienen en común que no hay un diagnóstico de trastorno mental y se impuso en el testigo de sentencia una medida de seguridad.

Estos datos permiten deducir, por una parte, que las personas con medidas de seguridad tienen reconocidos más diagnósticos de trastornos y, por otra, que son diagnósticos más claros y más concretos, sin tantas oscilaciones en cuanto al número y los tipos como los que hemos hallado en la muestra de prisión.

Dentro del colectivo de personas que cumplen medidas de seguridad, hay un grupo que las cumple en prisión, bien por la causa base estudiada o bien porque la medida de seguridad se incorpora como una más a la serie de sentencias condenatorias que acumula por otros delitos. En conjunto, son 63 personas del total de 308 (el 20,5%). En el último apartado de este capítulo, definiremos las principales características que las constituyen como grupo.

Sin contar las medidas de seguridad que se han cumplido en prisión, el resto de medidas de seguridad se distribuyen un 45,9% internados en un centro psiquiátrico y un 54,1% que reciben tratamiento terapéutico de forma ambulatoria (TTA).

Gráfico 18. ¿Dónde se ha cumplido la medida de seguridad?



5.1. El perfil de las personas con medidas de seguridad en Catalunya

Para facilitar la comparación con la población recluida que hemos descrito en el capítulo 3.5, hemos recogido las mismas variables y en el mismo orden.

5.1.1. El perfil personal y sociodemográfico

Tabla 59. Género, lugar de procedencia, lugar de residencia y edad. Comparación con el porcentaje de psiquiatría de prisiones de las principales variables

Sexo	N	% válido	% válido prisión
Hombre	273	88,6	94,4
Mujer	35	11,4	5,6
Nacionalidad	N	% válido	% válido prisión
Español	286	93,8	78,3
Extranjero	19	6,2	21,7
Área geográfica de procedencia	N	% válido	% válido prisión
España	286	93,8	78,1
Unión Europea	5	1,6	3,8
Resto de Europa	2	0,7	0,6
Magreb	5	1,6	9,1
Resto de África	1	0,3	4,1
América Central y del Sur	3	1,0	2,6
Asia	5	1,0	1,5
Resto del mundo	0	0,0	0,0

Lugar de residencia declarado	Total por provincia		Comarca		N	% válido
	N	%				
Barcelona	269	87,4	Alt Penedès		1	0,3
			Anoia		7	2,3
			Bages		8	2,6
			Baix Llobregat		35	11,4
			Baix Penedès		2	0,6
			Barcelonès		140	45,5
			Berguedà		1	0,3
			Garraf		2	0,6
			Maresme		21	6,8
			Osona		9	2,9
			Vallès Occidental		33	10,7
			Vallès Oriental		10	3,2
			Baix Empordà		1	0,3
			Cerdanya		1	0,3
			Gironès		2	0,6
			Pla de l'Estany		-	-
Selva		1	0,3			
Tarragona	3	1,0	Ribera d'Ebre		1	0,3
			Tarragonès		2	0,6
Lleida	3	1,0	Pallars Sobirà		1	0,3
			Segrià		1	0,3
			Urgell		1	0,3
Altres	25	8,1	Fora de Catalunya		3	1,0
			Fora d'Espanya		2	0,6
			Sense residència		7	2,3
			No consta		14	4,5
Edad	N	Media edad	Desvia. típica	Mínimo	Máximo	Media edad prisiones
En el primer diagnóstico	274	32,0	13,8	6	82	29,3
En el primer consumo de tóxicos	78	14,9	5,4	10	46	14,5
En el delito que provoca la medida de seguridad (<i>pena base</i>)	295	35,5	12,2	17	79	31,8
En el inicio de cumplimiento de la medida de seguridad (<i>pena base</i>)	275	37,3	12,2	19	82	33,3
En el primer ingreso en prisión (si hay antecedentes)	77	29,3	9,5	16	67	24,1
En el inicio del estudio (julio 2006)	305	40,7	12,5	21	85	36,8

Destacamos de estos datos que hay más mujeres entre las medidas de seguridad de las que hay con trastornos mentales en las prisiones. En cambio, hay menos extranjeros; en particular, magrebíes y subsaharianos están poco representados en medidas de seguridad dado su peso específico poblacional.

El otro dato significativo es que la población de medidas de seguridad es mucho mayor de media que la población que ha pasado por psiquiatría de prisión. Destaca la elevada edad de algunos de los sujetos en el momento del inicio del cumplimiento de la medida de seguridad o del inicio del trabajo de campo del estudio (julio 2006).

Tabla 60. Estudios, conocimiento de los idiomas oficiales y profesión declarada. Comparación con el porcentaje de psiquiatría de prisiones

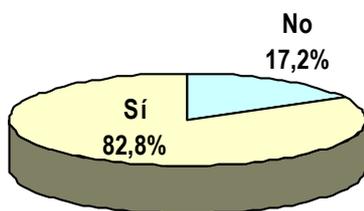
Estudios	N	% válido	% válido prisión				
Sin estudios	90	4,9	2,1				
Sólo primarios	86	42,2	43,5				
Secundarios	74	36,3	32,9				
Universitarios	9	4,4	3,6				
Otros estudios	2	1,0	6,0				
Conocimiento del idioma	N	% válido	% válido prisión				
Catalán	No entiende	6	6,0	19,9			
	Lo entiende	26	26,0	19,2			
	Lo habla	9	9,0	10,5			
	Lo escribe	7	7,0	12,0			
	No se sabe	52	52,0	28,4			
Castellano	No entiende	2	2,1	2,8			
	Lo entiende	2	2,1	7,3			
	Lo habla	6	6,2	11,5			
	Lo escribe	36	37,1	46,9			
	No se sabe	51	52,6	31,5			
Profesión declarada (por sectores)	Total		Profesión declarada				
	N	%válido	N	% válido			
Sector primario	8	4,5	Agricultura	8	4,5		
Sector secundario	7	3,9	Metalurgia/minería/electricidad	7	3,9		
			Administrativos	4	0,7		
			Automoción/mecánico	2	3,3		
			Construcción/madera/oficios	39	31,6		
			Empleada de limpieza	4	1,3		
			Faenas del hogar	3	0,7		
			Sector terciario	89	50,0	Fuerzas de seguridad	5
Funcionarios	2	3,3					
Hostelería/comercio	13	10,7					
Sanidad/enseñanza	2	0,7					
Servicios en general	5	4,6					
Transportes	4	2,3					
Ventas / venta ambulante	6	3,3					
Otros	74	41,6	Otras profesiones			12	6,7
			Sin oficio			32	18,0
			Pensionista			30	16,9

De estos datos destacamos que los porcentajes de estudios son muy semejantes en ambos colectivos en cuanto a los estudios y el conocimiento del castellano. En cambio, las medidas de seguridad están claramente más representadas en las personas que entienden el catalán, lo cual podría interpretarse como asociada a un cierto arraigo a Catalunya.

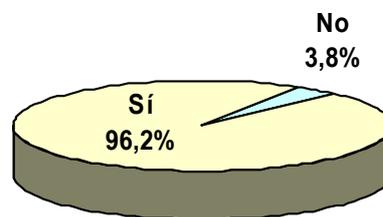
Tabla 61. Salud: toxicomanías. Comparación con psiquiatría de prisiones

¿Tiene hábitos tóxicos conocidos?

Medidas de seguridad



Psiquiatría de prisión



Hábitos tóxicos conocidos	N	%* medidas de seguridad	%** psiquiatría de prisión
Alcohol	124	40,3	55,3
Cannabis	110	35,7	49,7
Cocaína	75	24,4	54,4
Heroína	38	12,3	40,9
Drogas de diseño	38	12,3	25,1
Fármacos	40	13,0	28,4
Inhalantes	3	1,0	3,8
Otros	36	11,7	18,1
No se sabe	54	17,5	26,3

* Sobre el total de la muestra de medidas de seguridad; N = 308.

** Sobre el total de la muestra de psiquiatría de prisión; N = 342.

Tabla 62. Salud: historia toxicológica y mental. Comparación con psiquiatría de prisiones

¿Drogas vía parenteral?	N	% válido	% válido prisión
Sí	23	10,3	33,7
No	200	89,7	66,3
No consta	85	-	
Total	308	100	100

¿Toxicología en activo?	N	% válido	% válido prisión
Sí	50	27,8	42,2
No	130	72,2	57,8
No consta	128	-	-
Total	308	100	100

¿Retraso mental?	N	% válido
Sí	47	20,7
No	180	79,3
No consta	81	-
Total	308	100

¿Disminución psíquica diagnosticada?	N	% válido
Sí	46	22,8
No	156	77,2
No consta	106	-
Total	308	100

¿Incapacitación legal?	N	% válido	% válido prisión
Sí	31	16,4	4,0
No	158	83,6	96,0
No consta	119	-	
Total	308	100	100,0

Hay que subrayar el elevado consumo de tóxicos que presentan ambas poblaciones, a pesar de que la de medidas de seguridad en todos los indicadores da mejores resultados.

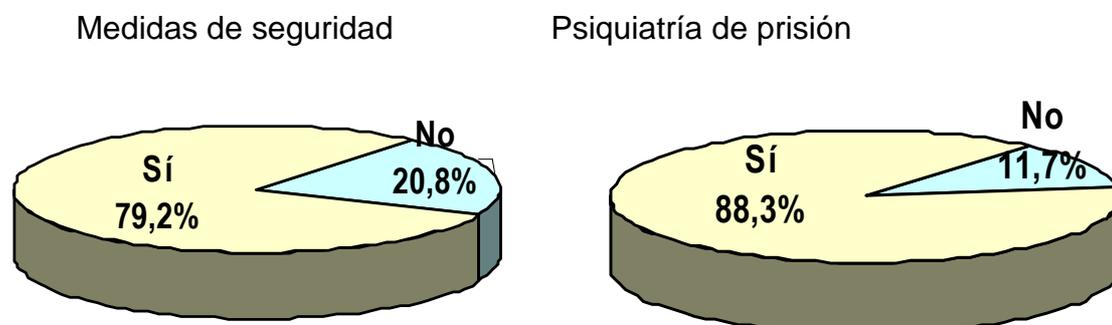
De estos datos destacamos la evidencia de que el consumo de tóxicos es más relevante entre el grupo de trastornos mentales de prisión. Han consumido todo tipo de drogas de forma porcentualmente más elevada los que están en prisión que los que se encuentran bajo medidas de seguridad. También son los de prisión los que utilizan la forma de suministro de la droga más directa y dura en términos de efectos sobre la salud (vía parenteral) y son los que tienen una proporción más grande de drogodependencia en activo.

Con respecto a tener retraso mental asociado a la disminución, los porcentajes son muy similares, al igual que la disminución psíquica diagnosticada.

En cambio, sí que se aprecia diferencia en la incapacitación legal del sujeto, más reconocida entre los que se encuentran bajo medidas de seguridad.

Tabla 63. Salud: medicación. Comparativa entre medidas de seguridad y prisión

¿Recibe medicación?



Medicación administrada	N	%* medidas de seguridad	%** psiquiatría de prisión
Antidepresivos	67	21,8	13,7
Antipsicóticos	206	66,9	28,1
Ansiolíticos	136	44,2	26,3
Metadona	21	6,8	28,7
Antirretrovirales	5	1,6	0,3
Eutimizantes	46	14,9	6,1
Medicación por enfermed. orgánica	38	12,3	20,2
Medicación por otras adicciones	8	2,6	0,6
Otras	44	14,3	30,4

* Sobre el total de la muestra de medidas de seguridad; N = 308.

** Sobre el total de la muestra de psiquiatría de prisión; N = 342.

En estos datos, se observa que se dispensa mayor medicación en psiquiatría de prisiones que en medidas de seguridad, aunque la dispensación es muy alta en ambos colectivos.

En cambio, cuando vemos cómo se distribuye esta medicación, hallamos que la más relacionada con los trastornos mentales es porcentualmente más dispensada a las personas sometidas a medidas de seguridad (antipsicóticos, ansiolíticos, antidepresivos y eutimizantes). Por el contrario, la relacionada con el consumo de tóxicos (metadona) y las otras medicaciones o por enfermedad orgánica se dan más entre los internos en psiquiatría de prisión.

5.1.2. El perfil penal

Gráfico 19 y tabla 64. Antecedentes penitenciarios

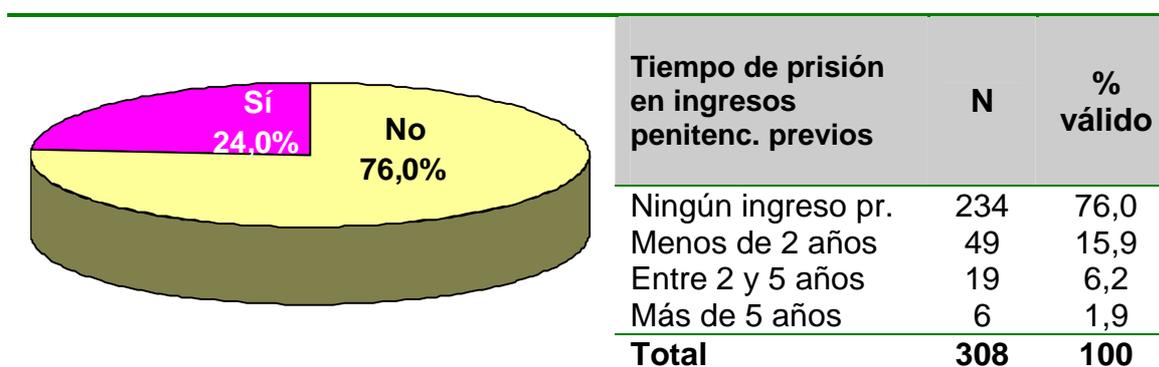


Tabla 65. Delito principal de la pena base (medida de seguridad). Comparación con psiquiatría de prisiones

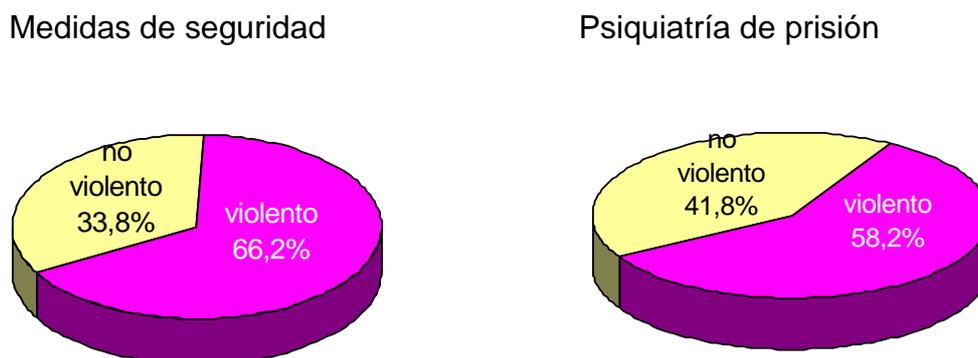
Tipo de delito principal * de la pena base (medida de seguridad)	N	% válido medidas de seguridad	% válido psiquiatría prisión
Contra las personas	168	55,1	38,1
Contra la libertad sexual	19	6,2	7,9
Contra la propiedad	81	26,6	39,6
Contra la salud pública	2	0,7	5,0
Otros delitos	35	11,5	9,4
No consta	3	-	-
Total	308	100	100

* Delito más grave por el cual se le ha impuesto la medida de seguridad que cumple en 2005.

Tabla 66. Otros delitos acumulados en la medida de seguridad de la pena base

Otros delitos acumulados	Delito 2		Delito 3		Delito 4		Delito 5		Delito 6		Total Delitos	
	N	% válido	N	% válido								
Contra las personas	56	50,0	35	53,8	13	35,1	11	45,8	4	26,7	119	47,0
C. libertad sexual	4	2,0	2	3,1	1	2,7	1	4,2	1	6,7	9	3,6
Contra la propiedad	20	42,0	8	12,3	9	24,3	8	33,3	6	40,0	51	20,2
Contra la salud pública	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0
Otros delitos	32	1,0	20	30,8	14	37,8	4	16,7	4	26,7	74	29,2
No consta	196	-	243	-	271	-	284	-	293	-	-	-
Total	308	100	253	100								

Gráfico 20. Porcentaje de delito violento. Comparación con psiquiatría de prisiones



Nota: los delitos violentos agrupan los delitos *contra las personas*, *contra la libertad sexual* y el *robo con violencia y/o intimidación*. En este cómputo, se han tenido en cuenta todos los delitos acumulados en la causa por la que se impone la medida de seguridad de cada penado.

Estos datos nos permiten ver que el perfil penal se encuentra más preservado en las personas con medidas de seguridad, dado que tienen menos antecedentes penitenciarios.

En cambio, vemos que las personas sometidas a medidas de seguridad han cometido más delitos violentos que las personas ingresadas en psiquiatría de prisiones. Este dato está claramente focalizado en los delitos *contra las personas*, el 55% en los sujetos con medidas de seguridad. Mientras que los ingresados en psiquiatría de prisión tienen el 38,1% en esta variable. Recordamos que la proporción de delitos *contra las personas* entre la población penitenciaria ordinaria se encuentra en el 7,1%.

5.1.3. Comparación entre la muestra de medidas de seguridad y la de psiquiatría de prisiones

La tabla que viene a continuación muestra las relaciones bivariadas entre las diferentes variables estudiadas y los dos grupos de estudio, y nos muestra si hay diferencias significativas o no entre los dos grupos de estudio (última columna) y hacia dónde va esta diferencia (tercera y cuarta columnas).

Tabla 67. Comparación y significación de variables entre la muestra de medidas de seguridad y la muestra de prisión

Variab les		Medida de seguridad	Psiquiatría de prisión	Signifi- cación
Género	Hombre		* Hay más hombres	* 0,007
	Mujer	* Hay más mujeres		
Nacionalidad	Español	* Hay más españoles		* 0,000
	Extranjero		* Hay más extranjeros	
¿Retaso mental?	Sí			0,817
	No			
¿Disminución psíquica diagnosticada?	Sí			0,051
	No			
¿Incapacitación legal?	Sí	* Hay más declaradas		* 0,000
	No		* Hay menos declaradas	
¿Se tiene en cuenta en sentencia?	Sí	* Como eximente incompleta y completa	* Como atenuante	* 0,000
	No		* No se tiene en cuenta	
¿Consumo actual de tóxicos?	Sí		*	* 0,000
	No	*		
¿Toma drogas por vía parenteral?	Sí		*	* 0,000
	No	*		
¿Ingresos penitenciarios anteriores?	Sí		*	* 0,001
	No	*		
Delito principal pena base	Contra las personas	*		* 0,000
	Contra la libertad sexual			
	Contra la propiedad		*	
	Drogas		*	
	Otros			
Delito violento	Delito no violento		*	* 0,035
	Delito violento	*		
Total diagnósticos enfermedad mental	Media	3,10	1,97	* 0,000
	Desviación típica	2,25	2,32	
Tiempo de condena	Media	1.600,43 días	1.959,87 días	* 0,027
	Desviación típica	1.743,47 días	2.315,00 días	
Total delitos cumplimiento condena	Media	2,15	3,92	* 0,000
	Desviación típica	2,87	4,72	

* Valores con diferencias significativas; $p \leq 0,05$.

Para más detalle, véase el anexo 1 "Tablas complementarias".

De la lectura de esta tabla, podemos concluir que:

- En las medidas de seguridad están más representadas las mujeres y también los españoles. Tienen más reconocida la incapacitación legal como enfermos mentales.
- A los que consumen drogas y/o las toman por vía parenteral los encontramos con mayor proporción en las prisiones.
- El perfil penal es más marcado entre los que están en prisión que entre los que cumplen medidas de seguridad: tienen más ingresos penitenciarios anteriores, tienen más delitos acumulados en la pena base y deben cumplir más días de condena.
- Las personas con medidas de seguridad han logrado un reconocimiento más explícito de la enfermedad mental en las sentencias, de manera que se benefician en mayor proporción de eximentes incompletas y completas, mientras que a las personas que están en prisión se les han aplicado en mayor proporción las atenuantes o bien no se ha tenido en cuenta ninguna clase de atenuante o eximente.
- Entre las medidas de seguridad, encontramos una proporción mayor de delitos *contra las personas* y de delitos violentos. En prisión, en cambio, encontramos una proporción más elevada de delitos *contra la propiedad* y *contra la salud pública (drogas)* y más delitos no violentos.

5.1.4. Medidas de seguridad, consumo de drogas y delito

Como se ve en la tabla siguiente, y como ya hemos apuntado en las anteriores, las personas que se encuentran en prisión presentan mayor problemática de consumo de tóxicos que las personas que se encuentran bajo medidas de seguridad: presentan mayor problemática de alcohol, cannabis, cocaína, heroína, drogas de diseño, fármacos e inhalantes; son más consumidoras en activo y con más frecuencia la vía de suministro de la droga es la parenteral.

Tabla 68. Relación y significación entre droga y tipo de medida

Variab les		Medida de seguridad	Psiquiatría de prisión	Significación
Alcohol	No	*		* 0,000
	Sí		*	
Cannabis	No	*		* 0,000
	Sí		*	
Cocaína	No	*		* 0,000
	Sí		*	
Heroína	No	*		* 0,000
	Sí		*	
Abuso de fármacos	No	*		* 0,000
	Sí		*	
Inhalantes	No	*		* 0,020
	Sí		*	
Otros tóxicos	No	*		* 0,022
	Sí		*	

* Valores con diferencias significativas; $p \leq 0,05$.

Para más detalle, véase el anexo 1 "Tablas complementarias".

Por otro lado, hemos querido saber si el consumo de tóxicos tenía alguna influencia en el tipo de delito que cometían las personas sometidas a medida de seguridad.

Tabla 69. Medidas de seguridad. Relación y significación entre droga y delito

Variab les		C. Personas	C.libertad sexual	C. Propiedad	Drogas	Otros	Significación
Alcohol	No						0,608
	Sí						
Cannabis	No						0,224
	Sí						
Cocaína	No						* 0,024
	Sí				*		
Heroína	No						0,325
	Sí						
Drogas de diseño	No						0,352
	Sí						
Fármacos	No	*					* 0,010
	Sí			*			
Inhalantes	No						0,339
	Sí						
Otros tóxicos	No						0,400
	Sí						
¿Drogas vía parenteral?	No						0,265
	Sí						
¿Consumo actual de tóxicos?	No						0,469
	Sí						

* Valores con diferencias significativas; $p \leq 0,05$.

Para más detalle, véase el anexo 1 "Tablas complementarias".

Como se ve por los resultados de la tabla, sólo los consumidores de cocaína que tienen medidas de seguridad son más tendentes a cometer delitos contra la salud pública, y los que abusan de los fármacos, delitos contra la propiedad. El resto de consumos no discrimina entre cometer uno u otro tipo de delito.

5.2. El perfil de los que cumplen simultáneamente medidas de seguridad y medidas de prisión

Como hemos explicado anteriormente en este mismo capítulo, a 63 individuos que durante el año 2005 se encontraban cumpliendo medidas de seguridad también era posible encontrarlos en las prisiones catalanas, bien porque cumplían por otras causas o bien porque la medida de seguridad la cumplían en las unidades psiquiátricas de la prisión.

Las diferencias más importantes que hemos podido encontrar entre este colectivo que cumple medidas de seguridad en prisión, simultáneamente o no con penas de prisión, y las personas que cumplen medidas de seguridad fuera de la prisión son que en el grupo de prisión:

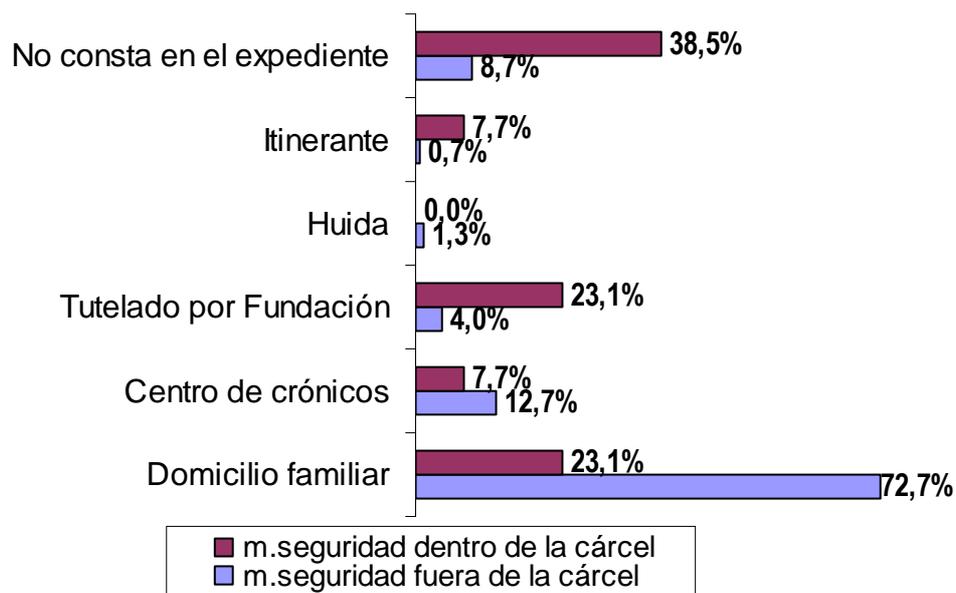
- Hay más hombres.
- Tienen más diagnósticos diferentes de media (4,16 frente a 2,89).
- Tienen mayor problemática de consumo de tóxicos con alcohol, cannabis, heroína e inhalantes. Consumen más a menudo la droga por vía parenteral.
- Son multirreincidentes penitenciarios, ya que tienen 3 o más ingresos previos en prisión.
- Tienen mayor condena de media (más del doble de tiempo: 8,8 años de media frente a los 3,5 de media de los que sólo cumplen medida de seguridad).
- Cumplen por un número más elevado de delitos (3,35 de media frente a los 1,92 de media).

- Son más jóvenes en su primer ingreso en prisión (25,5 años frente a los 30,7 años de los que sólo cumplen medidas de seguridad).
- Cumplen la medida en prisión por falta de recurso conveniente a sus características.
- Al finalizar la medida de seguridad, es más frecuente encontrarlos tutelados por una fundación, viviendo en la calle o que se desconozca dónde van.

El resto de variables estudiadas no presentan diferencias significativas.

Como hemos visto, el recurso de salida es significativamente diferente si la medida de seguridad se debe acabar cumpliendo en prisión o si se cumple fuera, en una institución psiquiátrica o en tratamiento ambulatorio.

Gráfico 21. Recurso de salida de las medidas de seguridad



Como podemos ver en el gráfico, 3 de cada 4 casos de los que cumplen la medida de seguridad fuera de prisión se encuentran en el domicilio familiar al finalizar la medida. Al contrario que los que acaban cumpliendo la medida de seguridad dentro de la prisión: sólo 1 de cada 4 irá al domicilio familiar.

6. Perspectiva de género: mujer, salud mental y ejecución penal

Como ya hemos visto sucesivamente en los diferentes capítulos, las mujeres son un colectivo minoritario en el mundo de la ejecución penal, tanto en las prisiones como en el cumplimiento de medidas de seguridad. Precisamente por este motivo y por la especificidad del colectivo, conviene hacer un estudio de sus características diferenciales. A ello dedicamos este capítulo entero.

En total, 19 mujeres componen la muestra femenina de personas con trastornos mentales en prisión (un 5,6% del total de la muestra penitenciaria) y 35 mujeres la de medidas de seguridad (un 11,4% del total).

En seguida, presentaremos los resultados del análisis de las diferentes variables del estudio respecto al grupo de mujeres y de su comparación con los hombres y con las características generales de la población que hemos venido presentando hasta el momento.

6.1. Las diferencias entre hombres y mujeres

No hemos hallado diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto a la nacionalidad o el área geográfica de procedencia. Tampoco hay diferencias en el lugar de residencia (en el Barcelonès se ubica el 44,2% de la población femenina estudiada), ni en el conocimiento de los idiomas oficiales de Catalunya. Lo dicho para el conjunto sirve también para las mujeres.

Sí que aparecen diferencias por lo que respecta a la profesión declarada: empleos del hogar, empleos de limpieza, sanidad/enseñanza y ramo administrativo se mantienen como profesiones marcadamente feminizadas, también entre las personas con problemática mental.

Con respecto a los estudios, las mujeres de la muestra son preponderantes en los dos extremos: hay proporcionalmente más que hombres con estudios universitarios y bachillerato, pero también hay proporcionalmente más mujeres analfabetas que hombres.

La edad es otra variable que diferencia a la mujer del hombre con problemática mental en el ámbito de la ejecución penal. En todas las variables que incluyen la medida de la edad la mujer es más mayor que el hombre: en el momento en que fue diagnosticada por primera vez (media de 36,3 frente a los 30,4 del hombre); cuando cometió el delito (media de 38,1 frente a los 33,4 del hombre); en el momento de entrada en prisión para cumplir la pena base (media de 38,1 frente a los 34,8 del hombre); o en el momento de hacer el estudio (media de 41,9 frente a los 38,3 del hombre).

También en el número de delitos acumulados en la condena base encontramos diferencias. Las mujeres acumulan menos delitos de media (1,8 frente a los 3,2 de los hombres), con la mitad de desviación típica ($\pm 2,4$ frente a $\pm 4,2$).

En el resto de variables estudiadas no se observan diferencias en función del género. Capítulo aparte son los diagnósticos y la medicación prescrita que hemos querido tratar de manera diferenciada en los dos apartados siguientes.

Dedicamos un apartado en este mismo capítulo a valorar específicamente las diferencias y las similitudes entre los diferentes diagnósticos de trastorno mental, la medicación prescrita, el delito cometido y la toxicomanía de la mujer.

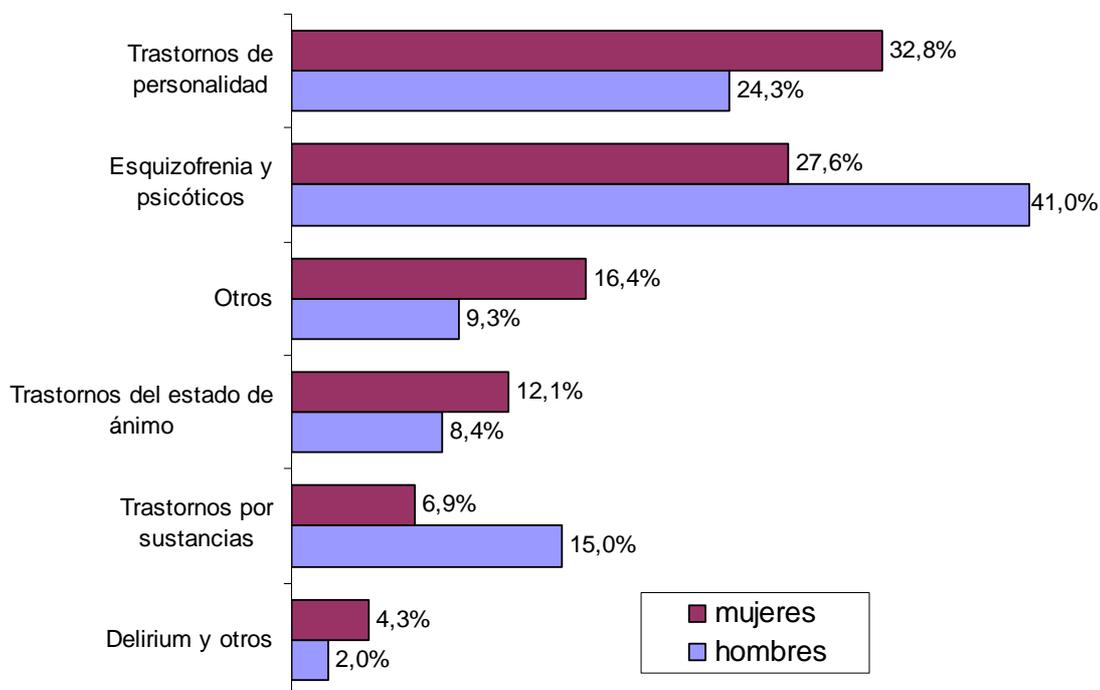
6.2. Los diagnósticos de enfermedad mental en las mujeres

Lo primero que podemos decir sobre este tema es que los trastornos mentales más prevalentes entre las mujeres estudiadas son los trastornos de personalidad, que suponen el 32,8% del total de trastornos diagnosticados, como se puede ver en el gráfico 22. En los hombres, la mayor prevalencia la encontramos en los trastornos por esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

En comparación con los hombres, también encontramos mayor proporción de trastornos del estado de ánimo en las mujeres (12,1% frente al 8,4% de los hombres) y los otros trastornos (16,4% frente al 9,3% de los hombres).

En cambio, con respecto a los trastornos relacionados con el consumo de sustancias, encontramos una mayor proporción de diagnósticos entre los hombres (15,0% frente al 6,9% de las mujeres).

Gráfico 22. Diagnósticos de trastorno mental (agrupados en 6 categorías)

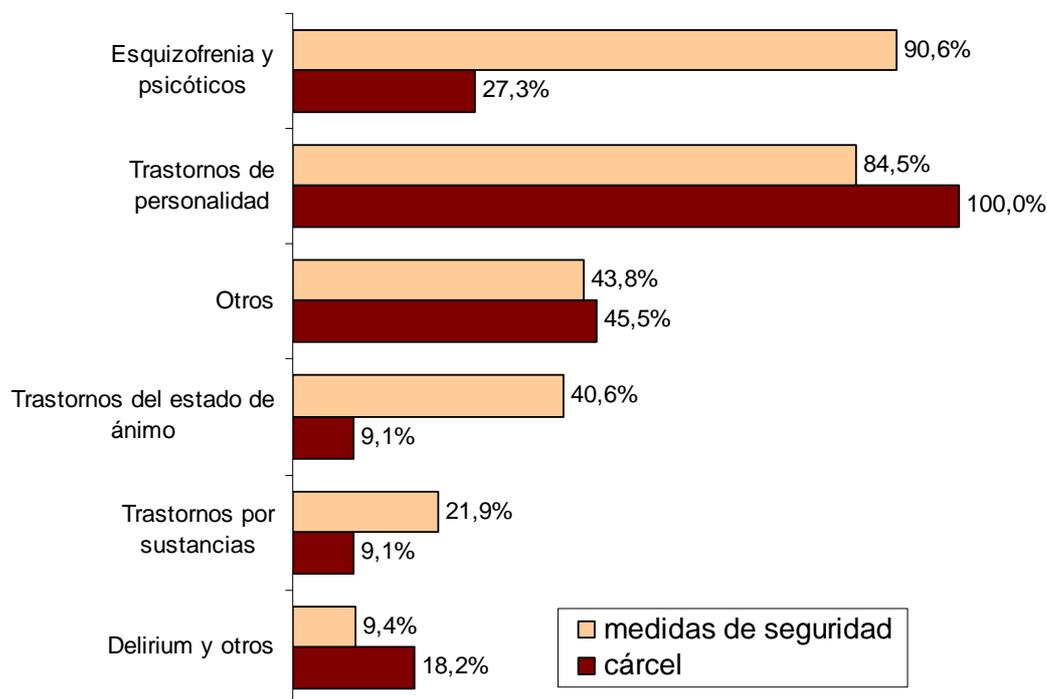


Nota: una persona puede tener más de un diagnóstico.

Si nos fijamos en las diferencias de diagnósticos según sean para las mujeres ingresadas en las unidades de psiquiatría de prisiones o bien para aquellas a las que se han aplicado medidas de seguridad, encontraremos diferencias muy significativas entre los dos grupos, tal como se describe en el gráfico 23:

- En prisión, hallamos mayor proporción de diagnósticos de trastornos de personalidad y deliriums, demencias y otros trastornos cognitivos.
- En medidas de seguridad, hallamos mayor porcentaje de esquizofrenias y otros trastornos psicóticos, trastornos relacionados con sustancias y trastornos del estado de ánimo.

Gráfico 23. Distribución de diagnósticos de trastornos mentales entre las mujeres, por medidas



Nota: una mujer puede tener más de un diagnóstico.

6.3. Medicación y género

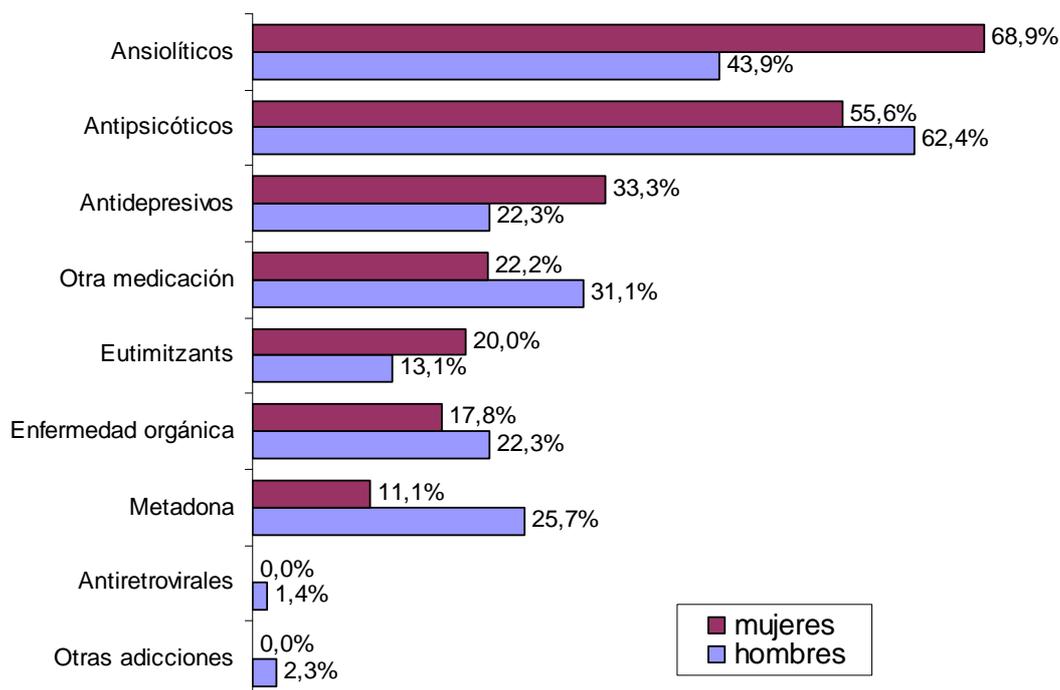
La medicación más recetada a las mujeres son los ansiolíticos (68,9% frente al 43,9% de los hombres).

También son más altas entre las mujeres las proporciones de los antidepresivos (33,3% frente al 22,3% de los hombres) y de los eutimizantes (20,0% frente al 13,1% de los hombres).

En cambio, los antipsicóticos son más recetados entre la población masculina (62,4% de los hombres frente al 55,6% de las mujeres).

Destacamos que son los hombres quienes presentan mayores porcentajes de consumo de medicamentos.

Gráfico 24. Dispensación de medicamentos, por género



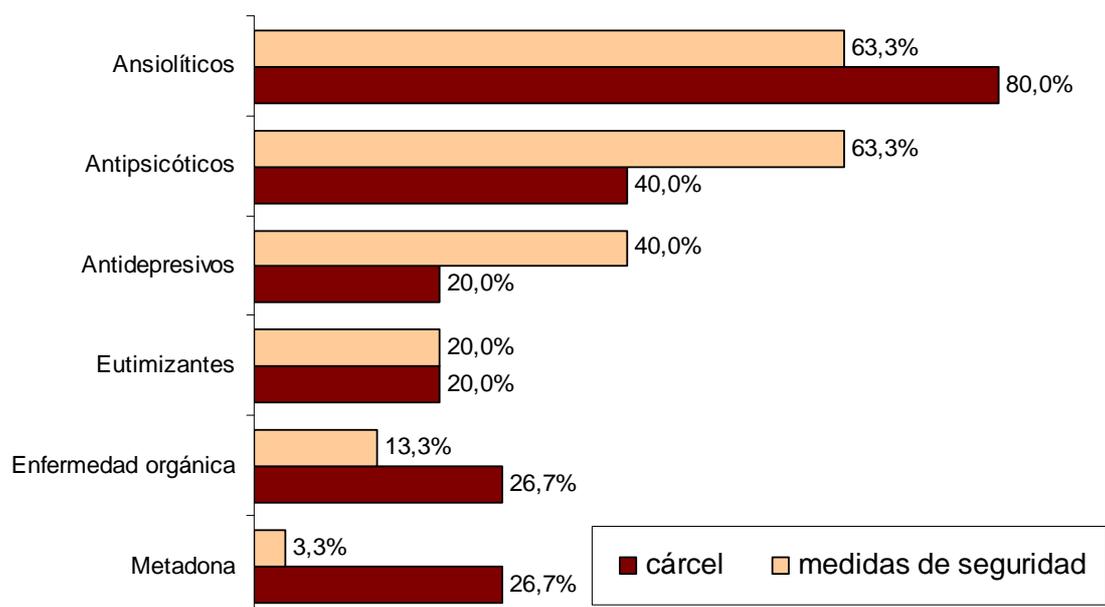
Nota: las personas pueden estar representadas en más de un grupo, ya que pueden tomar medicación correspondiente a diferentes enfermedades. Sólo se contabiliza un medicamento por grupo, de manera que si toma, por ejemplo, dos tipos de ansiolíticos, sólo se contabiliza una vez.

Dado que el tipo de diagnóstico presenta porcentajes muy diferentes si la medida impuesta es una medida de seguridad o implica un ingreso en prisión, en buena lógica el tipo de medicamento que predomina en uno u otro lugar también variará, no en función del tipo de medida, sino del diagnóstico.

Por otro lado, resultaba interesante saber si la pena de prisión podía incentivar el consumo de algún tipo de medicamento relacionado más con el malestar que implica la privación de libertad que con la misma enfermedad.

Como se puede ver en el gráfico 25, los porcentajes de consumo de medicación entre las mujeres dentro de la prisión son más altos que entre las que cumplen medidas de seguridad en el exterior. El mayor consumo es el de ansiolíticos y de medicaciones para enfermedades orgánicas y para el tratamiento de la toxicomanía, mediante la sustitución por metadona.

Gráfico 25. Porcentajes de consumo de medicación entre las mujeres, según la pena aplicada



6.4. Hábitos tóxicos y género

Hay que destacar, en primer lugar, como característica general, que las mujeres que tienen problemática mental presentan un consumo de tóxicos muy inferior en importancia al de los hombres.

También tienen un consumo actual de tóxicos menor en el momento de cumplimiento de la medida (19% frente al 30,8% de los hombres) y la vía de consumo parenteral es menos frecuente (9,5% frente al 27,6%).

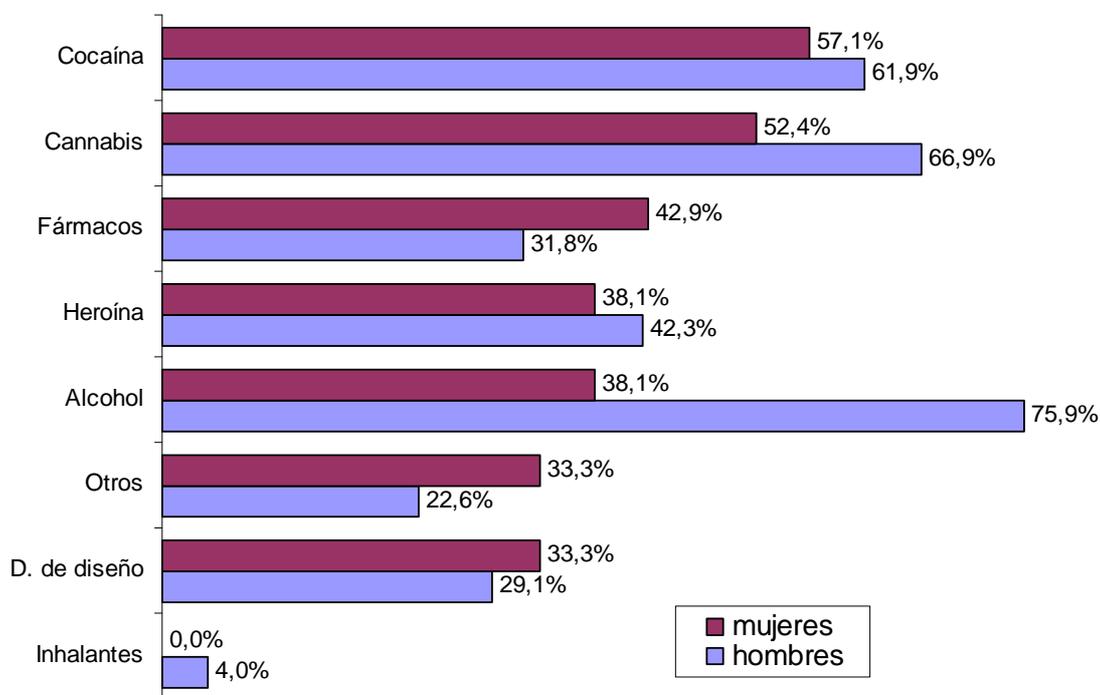
La cocaína es la droga con mayor prevalencia entre las mujeres (57,1%) si bien este consumo aún es inferior al de los hombres (61,9%).

El consumo abusivo de fármacos es el único tipo de adicción que está por encima, en proporción, que el de los hombres (42,9% frente al 31,8%).

Si el alcohol es el principal problema toxicológico entre los hombres, su importancia entre el colectivo de mujeres es muy más baja, con diferencias de casi 40 puntos. En general, podemos decir que las mujeres tienen una menor afectación que los hombres con relación a todos los tipos de trastornos

relacionados con el consumo de sustancias (18,6% frente al 45,2% de los hombres). La problemática toxicológica tiene un marcado acento masculino.

Gráfico 26. Consumo de tóxicos y género

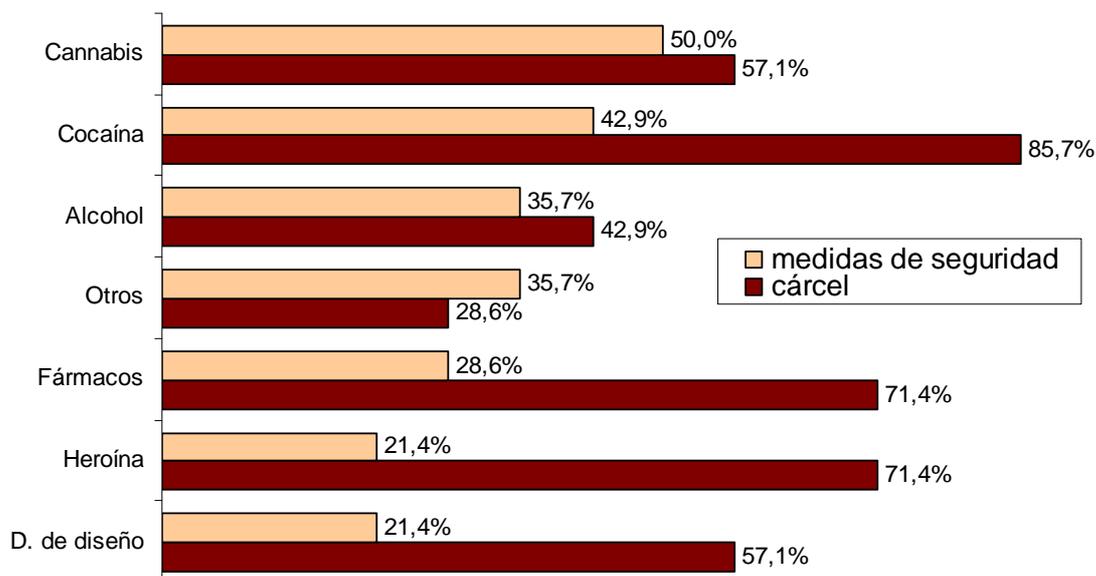


Nota: las personas pueden estar representadas en más de un grupo de consumo, ya que pueden tomar más de un tipo de droga.

Si observamos dónde hay mayor consumo de tóxicos entre las mujeres con problemática mental, las diferencias son claramente significativas: el consumo es mucho más elevado entre las mujeres que se encuentran en prisión, en todos los tipos de drogas, excepto en *otros consumos*. De hecho, la variable toxicomanía unida a la de trastorno mental parece resultar muy explicativa para saber si el tipo de medida aplicada es prisión o medida de seguridad. Más que el tipo de delito cometido; tanto en los hombres como en las mujeres.

Las drogas consideradas en la literatura científica como más *duras* son las que marcan las principales diferencias entre el colectivo que se encuentra en prisión y el que cumple medida de seguridad: cocaína, heroína, drogas de diseño y fármacos son los cuatro tipos que más diferencia de intervalo presentan en las pautas de consumo de ambos colectivos.

Gráfico 27. Porcentajes de consumo de tóxicos entre las mujeres, según la medida aplicada



Nota: las personas pueden estar representadas en más de un grupo de consumo, ya que pueden tomar más de un tipo de droga.

6.5. Enfermedad, tipo de delito y género

Ya hemos visto cómo se distribuían los tipos de delitos en función del género. Los hombres cometen un mayor porcentaje de delitos violentos (63,3% frente al 48,1% de las mujeres), que provienen mayoritariamente de los delitos *contra las personas* (46,8% frente al 38,9% de las mujeres) y contra la libertad sexual (7,8% frente al 0% de las mujeres).

También recordamos que la proporción de estos delitos violentos en la población afectada por trastornos mentales es mucho más elevada que en población penitenciaria catalana publicada en el estudio de Luque, Herrero y Capdevila (2005) (delitos violentos entre la población penitenciaria catalana, 9,9% frente al 46,0% de la población con problemática de trastornos mentales).

Dicho eso, como el capítulo que nos ocupa es el referido a la mujer, queríamos saber si con respecto al colectivo femenino estas afirmaciones se pueden matizar o reforzar en algún aspecto.

No hemos encontrado diferencias significativas entre las mujeres en cuanto a tener o no diagnóstico y haber cometido o no un delito violento. Se dan las mismas proporciones de delito violento entre las diagnosticadas de un trastorno como entre las no diagnosticadas.

Sí que encontramos una pequeña diferencia en los delitos no violentos: las mujeres no diagnosticadas están más representadas en los *otros delitos*, mientras que las diagnosticadas lo están en los delitos *contra la propiedad*. La tabla 70 reúne los datos que sustentan esta conclusión. No obstante, hay que matizar que, dado el bajo número de casos que incluye la muestra de mujeres, distribuimos los datos según el tipo de delito y la presencia o no de diagnóstico.

Tabla 70. Delito y presencia de diagnóstico en el colectivo de las mujeres

	Sin diagnóstico		Con diagnóstico		Total	
	N	%	N	%	N	%
Contra las personas	5	45,5	16	37,2	21	38,9
Contra la propiedad	1	9,1	22	* 51,2	23	* 42,6
Drogas	1	9,1	1	2,3	2	3,7
Otros delitos	4	* 36,4	4	9,3	8	* 14,8

* Valores con diferencias significativas; $p \leq 0,05$.

6.6. Las diferencias entre las mujeres según el lugar de cumplimiento de la pena (prisión o medidas de seguridad)

Hemos hallado muy pocas diferencias en las variables estudiadas entre las mujeres que cumplen en prisión y las que cumplen en medidas de seguridad. Aparte de las ya citadas en los apartados de este mismo capítulo, sólo hemos encontrado un número más elevado de diagnósticos entre las medidas de seguridad (2,7 diagnósticos frente a 1,3 de prisión) y el total de delitos por los que está cumpliendo condena (medidas de seguridad, 1,3; prisión, 2,9).

No hay ninguna diferencia en las edades en ninguna de las franjas estudiadas.

7. Extranjeros, salud mental y ejecución penal

En este capítulo, haremos un análisis específico del colectivo de extranjeros de la población objeto de estudio que presentan problemas de salud mental. De este colectivo, de entrada, pensamos que ha de tener unas características diferentes a las generales por varios motivos: han vivido un proceso migratorio (más o menos reciente) que debe haberles implicado determinada estabilidad mental previa y durante el proceso, pero que también puede haberles supuesto patologías específicas derivadas de la pérdida de referentes, separación de la familia, etc.; otra cuestión son las dificultades de comunicación provenientes del poco dominio del idioma y, en general, la diferencia de referentes culturales, que pueden hacer más difícil el diagnóstico de determinadas patologías.

El número total de extranjeros en la muestra es de 93, un 14,3% del total.

El colectivo de extranjeros, en función de la medida aplicada, se distribuye de la siguiente forma: en 2005 pasaron por las medidas de seguridad 19 personas extranjeras con algún trastorno mental declarado (en porcentaje es el 6,2%); por lo que respecta a los que cumplieron pena de prisión o prisión preventiva fueron 74 (el 21,05%).

Hay una diferencia significada, que ya explicaremos con más detenimiento, entre la población extranjera a la que se aplica una medida u otra.

Por otro lado, el porcentaje se encuentra muy por debajo del porcentaje de población extranjera que había en diciembre de 2005 en el conjunto de prisiones catalanas (34,2%).⁵⁸

Eso suscita dos hipótesis muy distantes. La primera sería considerar que la población extranjera que emigra es, en general, más sana a nivel mental que la española. La literatura científica sobre inmigración extracomunitaria siempre

⁵⁸ Servicios Penitenciarios, Rehabilitación y Justicia Juvenil. Departamento de Justicia. Generalitat de Catalunya. *Butlletí Semestral d'Informació Estadística Bàsica*, núm. 5, pág. 11.

nos explica que las personas que salen de sus países son las más bien preparadas, sanas y con perspectivas de futuro.

La segunda hipótesis para explicar el menor porcentaje de problemática mental detectada entre los extranjeros sometidos a penas es la dificultad de idioma o de hacerse entender, dificultad que hace difícilmente visible el problema que pueda estar sufriendo o, por lo menos, el diagnóstico. Variables culturales, ambientales o de otra índole pueden enmascarar comportamientos o conductas que se interpretarían de otra manera si se diesen en población autóctona.

7.1. Las diferencias con los autóctonos

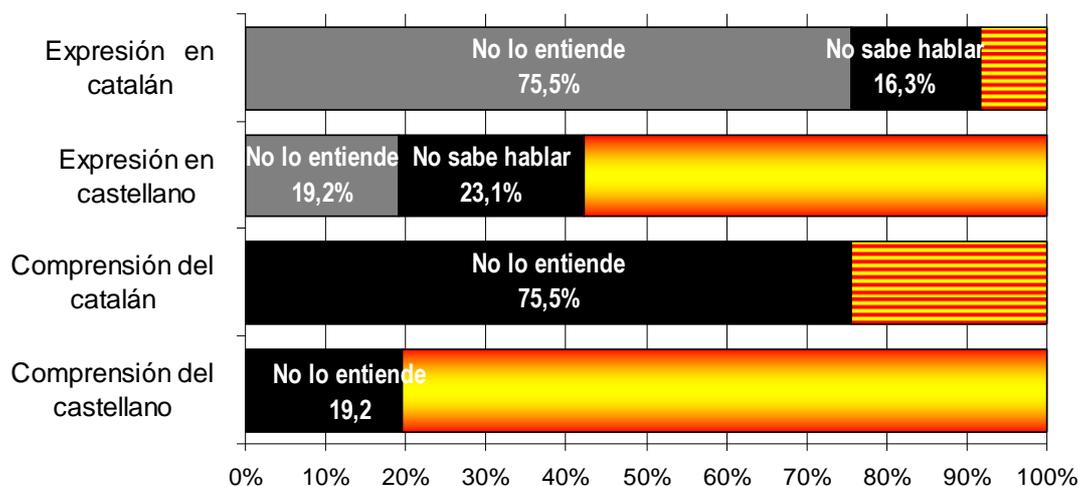
De todos los recursos estudiados, hemos hallado más representada la población extranjera en la UHPP y en el CP de Hombres de Barcelona.

No hemos encontrado diferencias de género y, por lo tanto, no podemos decir que haya porcentualmente más hombres o más mujeres entre los enfermos mentales extranjeros en comparación con la distribución del género en el colectivo general de extranjeros penados.

Sí que hemos encontrado algunas diferencias relacionadas con la edad. En primer lugar, la edad del primer consumo de tóxicos: los nacionales empiezan más jóvenes a consumir (13,5 años frente a los 14,5 de los extranjeros). En segundo lugar, la edad en el momento de inicio de la ejecución penal de la pena base: son mucho más jóvenes los extranjeros (30,3 años de media frente a los 34,6 de los nacionales). Y, finalmente, la edad en el momento de iniciar el estudio (33,1 años de media frente a los 38,3 de los nacionales).

Con respecto al conocimiento de los idiomas oficiales de Catalunya, nos hemos fijado sólo en dos parámetros: los que no le entienden y los que no saben expresarse en el idioma correspondiente.

Gráfico 28. Comprensión y expresión que tienen los enfermos mentales extranjeros de los idiomas oficiales de Catalunya



Como se puede ver en el gráfico 28, casi 1 de cada 5 extranjeros no entiende el castellano. A este porcentaje hay que sumarle un 23% que tiene dificultades para expresarse en castellano, por lo que, a pesar de que puede entender, no sabe explicarse. De esta manera, la suma da un 42,2% de la población extranjera con trastornos mentales que tiene dificultades para comunicarse en castellano, una dificultad importante añadida a toda su problemática.

Pero si nos fijamos ahora en el catalán, los resultados aún son más descorazonadores. El 75,5% de los extranjeros no lo entiende, y sólo un 8,2% sabe expresarse en catalán. La suma de la población extranjera con trastornos mentales que tiene dificultades para comunicarse en catalán es del 91,8%.

Hay que trabajar muchísimo en esta vía del conocimiento del idioma si queremos dotar a los enfermos mentales extranjeros de una herramienta fundamental de inserción como es el lenguaje. Difícilmente podremos obtener mejoras en el colectivo sino garantizamos la posibilidad de que puedan entender y explicar aquello que les pasa y expresar su malestar.

Muy relacionada con esta variable, también hallamos diferencias significativas en el nivel de estudios entre población extranjera y autóctona. Los extranjeros están más representados en la formación neoelectora y la formación no reglada, que, según figura en sus expedientes, tienen cuando se hace la investigación.

Con respecto al conocimiento de que exista un retraso mental, una disminución psíquica diagnosticada y/o se haya reconocido la incapacitación legal de aquella persona, las tres variables salen claramente significativas a favor de los nacionales. El hecho de que se desconozca la realidad del extranjero hace que siempre presente porcentajes desfavorables.

Esta razón podría explicar por qué en la sentencia no se reconocen tanto las atenuantes o las eximentes (si para los nacionales se reconoce en el 83,4% de los casos, para los extranjeros este porcentaje baja hasta el 37,0%).

También hemos encontrado diferencias significativas en el tipo de delito cometido por los extranjeros. Están más representados en los delitos *contra la libertad sexual* (11,8% de los extranjeros frente al 6,4% de los nacionales) y los delitos relacionados con *tráfico de drogas* (11,8% frente al 1,5% de los nacionales). Los nacionales cometen proporcionalmente más delitos *contra las personas* (48,5% frente al 31,2% de los extranjeros).

Globalmente, sin embargo, por lo que respecta a delito violento o no violento, no se encuentran diferencias en cuanto a la nacionalidad.

Tampoco hemos encontrado diferencias entre extranjeros y nacionales en las profesiones declaradas, el tipo de diagnóstico, los antecedentes penitenciarios, el tiempo de condena, el total de delitos por los que está cumpliendo condena, ni tampoco en las edades en el primer diagnóstico, en el primer ingreso en prisión ni en la comisión del delito de la pena base.

Por lo que respecta a los que están en prisión, sí que hemos encontrado diferencias en el número de incidentes: los extranjeros protagonizan menos de media (1,5 frente a los 3,7 de los nacionales), con una dispersión también muy alta ($\pm 2,1$ en el caso de los extranjeros y $\pm 8,7$ en el de los nacionales).

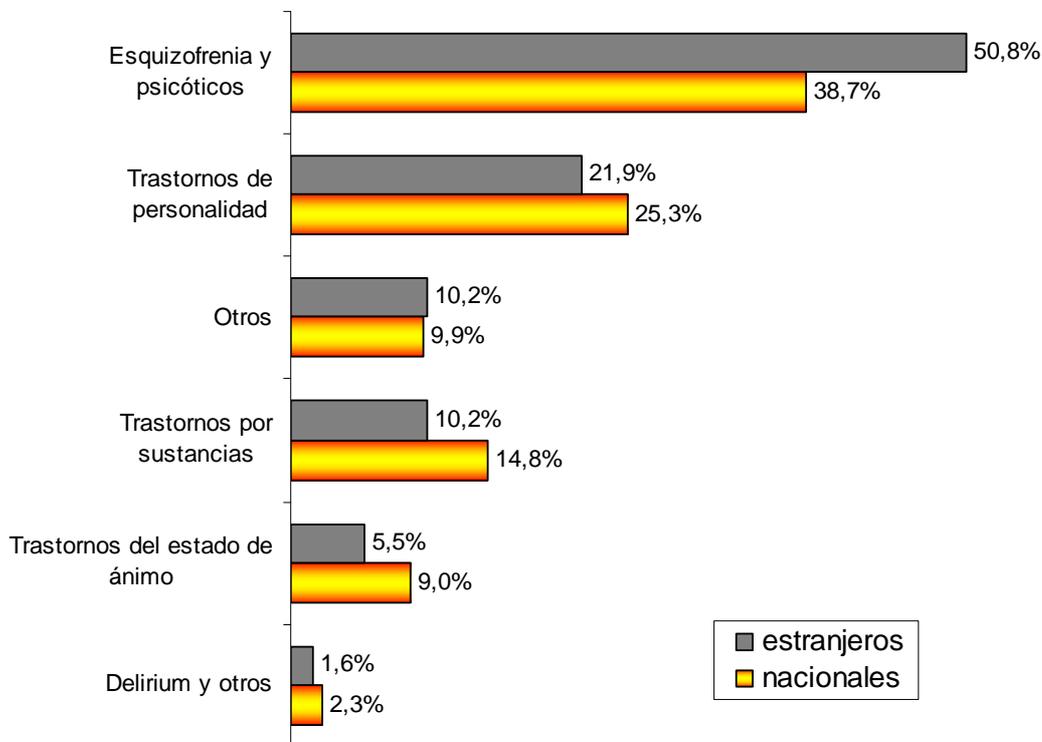
7.2. Los diagnósticos de enfermedad mental

Como ya hemos dicho antes, probablemente el desconocimiento de la realidad del extranjero hace que hallemos muchos más casos sin diagnosticar en este colectivo y que las diferencias sean estadísticamente significativas (39,8% de los extranjeros sin diagnóstico frente al 18,3% de los nacionales).

Si nos fijamos ahora en los diagnosticados y los agrupamos en las 6 categorías propuestas en el estudio, veremos que la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos son los que tienen mayor prevalencia (50,8% en los extranjeros frente al 38,7% de los nacionales), y en segundo lugar los trastornos de personalidad (21,9% de los extranjeros frente al 25,3% de los nacionales).

Como se puede ver en el gráfico, excepto estas dos diferencias, se mantienen muy similares tanto los porcentajes como el orden de prevalencia entre los nacionales y los extranjeros en cuanto a los tipos de diagnóstico.

Gráfico 29. Diagnósticos de trastorno mental (agrupados en 6 categorías)



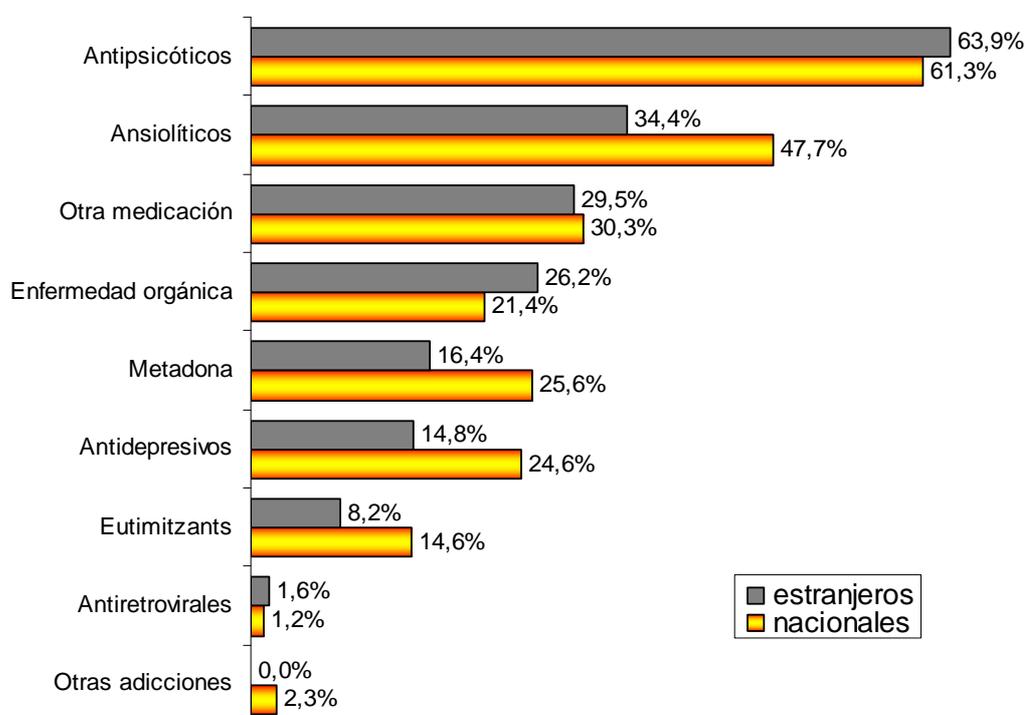
Nota: una persona puede tener más de un diagnóstico.

7.3. La medicación

El tipo de medicación que prevalece entre los extranjeros con problemática mental es sensiblemente diferente del tipo de medicación que reciben los nacionales, como también lo era el de las mujeres.

Si bien la primera prevalencia la tienen los antipsicóticos, con porcentajes muy semejantes entre ambas poblaciones (63,9% de la extranjera frente al 61,3% de la nacional), el resto del conjunto de fármacos que se prescriben presenta una distribución muy diferente, como se ve en el gráfico 30.

Gráfico 30. Dispensación de medicamentos, por nacionalidad



Nota: las personas pueden estar representadas en más de un grupo, ya que pueden tomar medicación correspondiente a diferentes enfermedades. Sólo se contabiliza un medicamento por grupo; de manera que si toma, por ejemplo, dos tipos de ansiolíticos, sólo se contabiliza una vez.

Los extranjeros toman mucho menos a menudo que los nacionales ansiolíticos y antidepresivos. Se podría pensar que las circunstancias personales y de migración con las que llegan a nuestro país fomenta un alto nivel de estrés y procesos de duelo definidos en la literatura científica,⁵⁹ que deberían notarse

⁵⁹ El psiquiatra J. Atxotegui, por ejemplo, ha relatado las diversas etapas de pérdida que vive el emigrante cuando sale de su país y cómo esta pérdida se refleja directamente en el estado de

en el incremento de la demanda y consiguiente receta de medicación relacionada con esta sintomatología. Por lo tanto, era lógico esperar encontrar entre los extranjeros consumos de ansiolíticos y de antidepresivos mucho más elevados que entre los nacionales. Habría que estudiar las causas en el futuro con una profundización más cualitativa de los motivos por los que eso no es así, o qué factores intervienen para que los resultados sean otros.

Se mantienen también por debajo en porcentaje el consumo de eutimizantes y de metadona. Eso puede tener que ver con el consumo muy inferior de heroína y cocaína que tienen los extranjeros, y, por lo tanto, que la necesidad de buscar un sustitutivo al síndrome de abstinencia de drogas no es tan grande para los extranjeros.

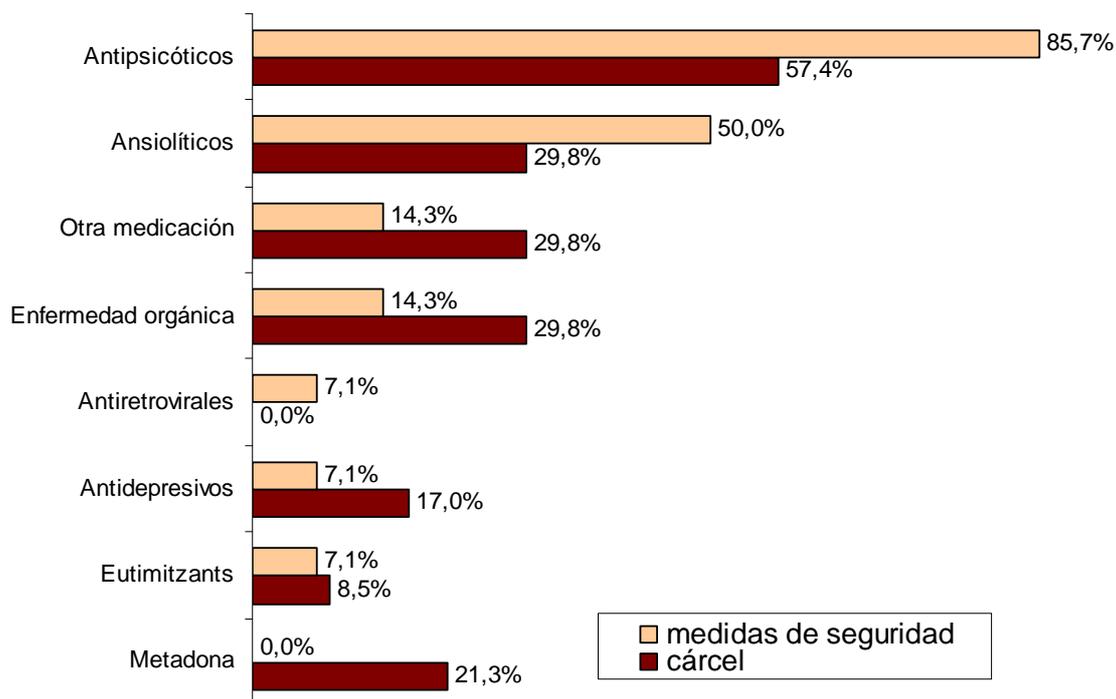
¿Varía mucho la prescripción de medicación en función de si la pena se desarrolla en prisión o como medida de seguridad?

Debemos entender que en proporciones similares a la variabilidad de diagnósticos que hemos visto en los diferentes tipos de medidas. El gráfico que se presenta a continuación muestra estas diferencias, que se deben interpretar también en función del gráfico 29 (apartado 7.2) que recogía la variabilidad de los diagnósticos entre prisión y medidas de seguridad.

Como se puede ver, el consumo de antipsicóticos y ansiolíticos es mucho más elevado en las medidas de seguridad. En cuanto al resto de medicaciones, los porcentajes son superiores en prisión, aunque debemos ser prudentes en las interpretaciones debido al bajo número de casos de cada grupo.

ánimo y la salud mental de estas personas. Véase Atxotegui (1995). "Migrar: duelo y dolor". *El Viejo Topo*, núm. 90. Barcelona, págs. 31-38.

Gráfico 31. Porcentajes de consumo de medicación en los extranjeros, según la medida aplicada



Nota: las personas pueden estar representadas en más de un grupo de medicación.

7.4. Hábitos tóxicos

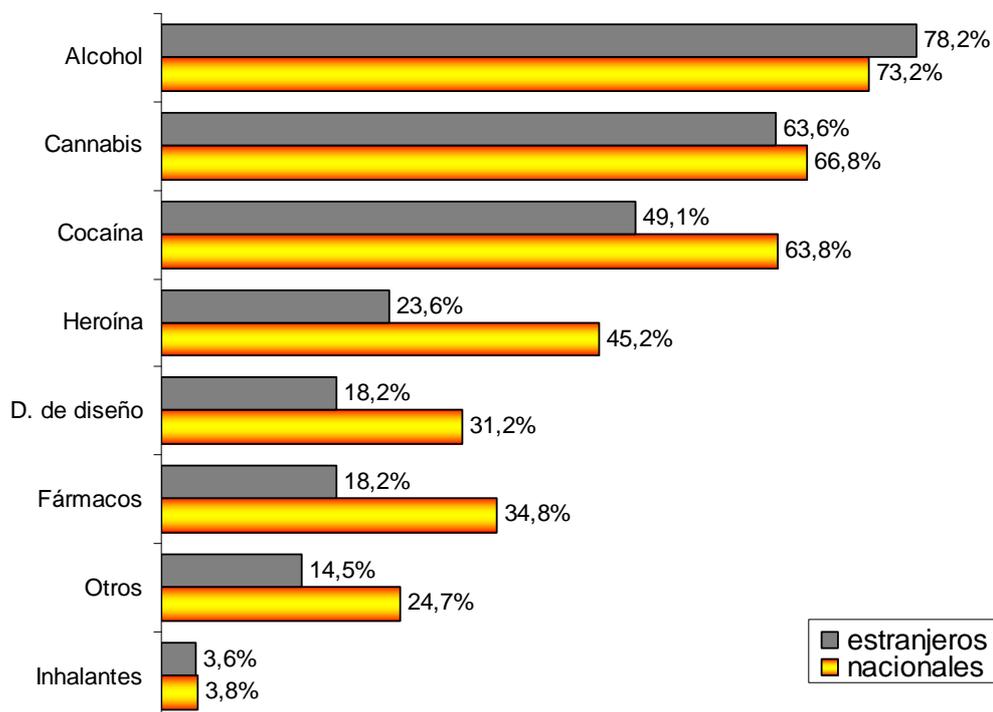
No hay diferencias entre nacionales y extranjeros en cuanto a la toxicología en activo (están enganchados el 32,7% de los extranjeros frente al 30,1% de los nacionales). Sí que hay diferencia en la vía de dosificación de la droga: la vía parenteral es mucho más utilizada por los nacionales (14,5% de los extranjeros frente al 28,8% de los nacionales).

La prevalencia de consumo de drogas es similar entre ambos colectivos en el alcohol (la droga en la que los extranjeros presentan un consumo superior a los nacionales) y en el cannabis.

Cocaína, heroína, drogas de diseño, fármacos y otras drogas son toxicomanías de mayor prevalencia entre los nacionales.

El consumo de inhalantes es bajo y similar en ambos colectivos.

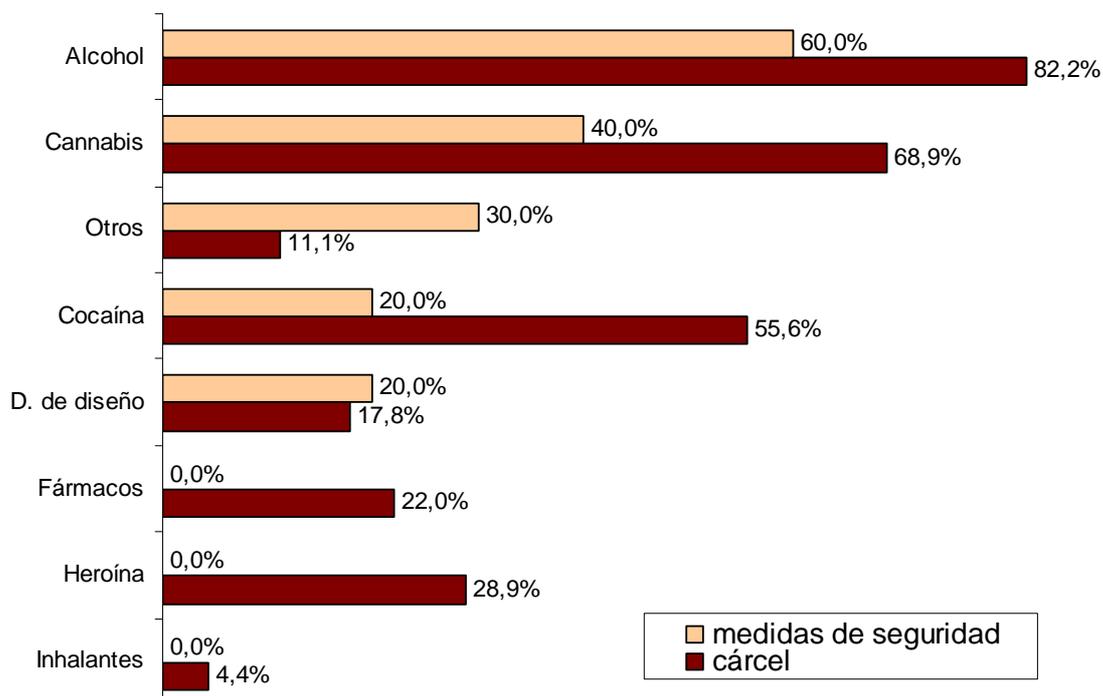
Gráfico 32. Toxicomanías, por nacionalidad



Nota: las personas pueden estar representadas en más de un grupo de consumo, ya que pueden tomar más de un tipo de droga.

Si observamos dónde hay mayor consumo de tóxicos entre los extranjeros con problemática mental, las diferencias son claramente significativas: el consumo es mucho más elevado entre los extranjeros que se encuentran en prisión en todos los tipos de drogas, excepto en *otros consumos*.

Gráfico 33. Porcentajes de consumo de tóxicos entre los extranjeros, según la medida aplicada



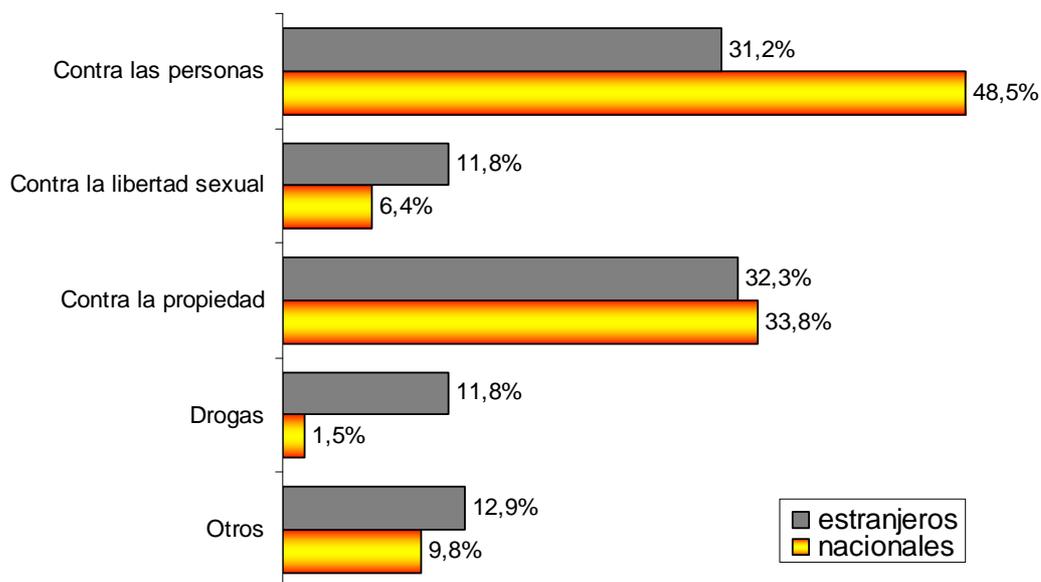
Nota: las personas pueden estar representadas en más de un grupo de consumo, ya que pueden tomar más de un tipo de droga.

7.5. Enfermedad y tipo de delito

No hemos encontrado diferencias significativas entre la violencia del delito y la variable nacionalidad. Se apunta una tendencia, sin que este porcentaje marque una diferencia relevante en nuestro estudio (los delitos violentos de los nacionales son el 63,5, frente al 53,8% de los extranjeros).

Como ya hemos explicado en el apartado 7.1, sí que hallamos significaciones estadísticas cuando nos fijamos en las tipologías de delitos. Encontramos más delitos *contra las personas* entre los que cometen los nacionales y más delitos *contra la libertad sexual* y también de *drogas* entre los extranjeros.

Gráfico 34. Los tipos de delitos, según la nacionalidad



Nota: sólo se cuenta el delito principal (con más pena en tiempo de cumplimiento) de la pena base, que es aquella que cumplía en el momento de iniciar el estudio. En el caso de las medidas de seguridad, el criterio es el mismo, aunque aquí no se puede hablar de condena.

7.6. Las diferencias según la estancia en prisión o en medidas de seguridad

Al empezar este capítulo, decíamos que sólo hemos encontrado un 6,2% de propuestas de medidas de seguridad para los extranjeros, concretamente 19. El resto, un 94,8%, corresponde a penas de prisión o prisión preventiva. Esta es una primera diferencia importante de distribución de las penas que entre extranjeros y nacionales.

De los 19 extranjeros sometidos a medidas de seguridad, un 50% han cumplido en tratamiento terapéutico ambulatorio, un 38,9% en internamiento en un centro psiquiátrico y el resto, un 11,1%, ha cumplido en prisión.

En el colectivo de extranjeros, no hemos encontrado prácticamente diferencias significativas en las variables estudiadas según hayan cumplido en prisión o en medida de seguridad, excepto las ya comentadas en los apartados anteriores de este capítulo.

8. Conclusiones

8.1. Resumen: síntesis de resultados

8.1.1. Características de los enfermos mentales internos en prisión

Cuántos son

- El número de internos penitenciarios que han pasado por las unidades de psiquiatría o de los centros penitenciarios⁶⁰ durante el año 2005 supone el 6,74% de la población penitenciaria.
- Este porcentaje es superior al de la población general catalana que ha sido atendida en centros de salud mental. El número de personas atendidas ambulatoriamente en este período supone el 2,15%, y pese a no disponer del número de ingresos en unidades residenciales, considerando todos los ingresos como personas, el porcentaje no llegaría a aumentar medio punto.
- Aunque no disponemos de datos comparables de estudios internacionales, podemos decir que todos los estudios destacan la mayor prevalencia de trastornos mentales en la población penitenciaria sobre la población general.

Qué perfil personal y sociofamiliar tienen

- El 94,4% son hombres; españoles en un 78,3% y residentes en la provincia de Barcelona en un 73,7%.
- En cuanto a la edad, presentan una media de 36,8 años.
- El 43,5% sólo tiene estudios primarios.
- Por lo que respecta al conocimiento de las lenguas oficiales de Catalunya, el 2,8% no entiende nada el castellano y un 7,3% más no se sabe expresar. Por lo que respecta al catalán, los porcentajes aumentan hasta el 19,9% que no le entiende y el 19,2% que no sabe expresarse.

⁶⁰ Los centros penitenciarios incluidos en el estudio son aquellos que tienen unidades especializadas para el tratamiento de estas problemáticas: psiquiatría del CP Brians; UHPP (Unidad Hospitalaria Penal Penitenciaria), también ubicada en el CP Brians; psiquiatría del CP Quatre Camins; y psiquiatría del CP de Hombres de Barcelona. En total, 342 personas.

- En cuanto al consumo de tóxicos, el 96,2% ha consumido en algún momento de su historia. Empezaron a consumir tóxicos a los 14,5 años, de media. El 73,6% ha tenido problemas con el alcohol; el 70,4%, con la cocaína; el 62,8%, con el cannabis; y el 52,3%, con la heroína. Un 33,7% reconoce consumir la droga por vía parenteral, con todo el riesgo añadido eso comporta. Un 57,8% tiene dependencia activa de algún tóxico en el momento de estar cumpliendo la pena base.
- Las diferencias entre este perfil y el correspondiente a la población penitenciaria general las encontramos en la nacionalidad.
- Los extranjeros también se encuentran menos representados de lo que les correspondería (21,5% de extranjeros con enfermedad mental frente al 34,2% de extranjeros en la población penitenciaria general).

El perfil penal y penitenciario de estos internos

- La media de edad cuando se produce su primer ingreso en prisión es de 24 años. Han ingresado más jóvenes en prisión por primera vez, casi 4 años de media de diferencia, que la población penitenciaria en general (27,8 años).
- El cumplimiento de la pena base empezó, de media, a los 33,3 años.
- El 52,9% tienen antecedentes penitenciarios por causas anteriores a la pena base. Tienen menos antecedentes de ingresos penitenciarios que la población penitenciaria en general (el 47,1% no tiene ningún ingreso anterior frente al 18,5% de la población ordinaria penitenciaria).
- El delito principal cometido en la pena base es mayoritariamente contra la propiedad (39,6%), seguido muy de cerca por los delitos contra las personas (38,1%). El porcentaje de delitos contra las personas es significativamente superior al de la población penitenciaria general (7,1%). Específicamente, destaca también el alto porcentaje de delitos contra la libertad sexual (7,9% frente al 2,8% de la población penitenciaria en general).

- En total, el porcentaje de delitos violentos cometidos por esta población es del 58,2%. Porcentaje también muy superior al de la población penitenciaria en general (14,9%).
- La tipología delictiva explica que estos internos tengan condenas más largas que el resto (1.959,9 días de media frente a los 1.537,8 días de media de la población ordinaria penitenciaria).
- Por lo que respecta al hecho de si en la sentencia correspondiente a la pena base se tuvo o no en cuenta su trastorno mental, podemos decir lo siguiente:
 - Que el juez tenga en cuenta eximentes o atenuantes por la enfermedad mental no depende tanto del momento en que se conoce la enfermedad como del tipo de diagnóstico.
 - Cuando el sujeto tiene un diagnóstico de TMS combinado con otro de TP, tiene más posibilidades de recibir en la sentencia una eximente o una atenuante de condena por este motivo.
 - En cambio, haber estado diagnosticado de *otros trastornos* implica menos posibilidades de recibir en la sentencia una eximente o una atenuante de condena.
- Dentro de los centros penitenciarios estos internos con trastornos mentales tienen una gran movilidad, con una media de 14,3 ubicaciones en diferentes módulos. Cuantos más diagnósticos diferentes tiene el sujeto, mayor número de ubicaciones diferentes presenta.
- Entre estas ubicaciones, constan los ingresos en las unidades de psiquiatría: la media de días de ingreso en psiquiatría durante el cumplimiento de la condena en la pena base es de 8 meses, aunque con diferencias muy sustanciales en función de si el interno tenía diagnóstico (11 meses de media de estancia) o no tenía (3 meses de media de estancia).
- Otras características de las diferentes ubicaciones de estos internos vienen dadas por el hecho de estar más representados en las galerías de presos peligrosos y en los Departamentos Especiales de Tratamiento. Y a pesar de

tener una patología toxicológica importante, sólo un 6,8% ha ingresado en departamentos específicos para el tratamiento de la drogodependencia.

- Tienen poco contacto con el exterior, ya que un 78,9% de la muestra no ha salido de la prisión en ninguna salida programada con educadores en el último año y un 66,5% nunca ha gozado de ningún permiso durante el cumplimiento de la pena base.
- Sólo 1 de cada 10 ha llegado a pasar por galerías de 3^r grado, y sólo 11 personas del conjunto de las 342 (un 3,6%) han accedido a la libertad condicional. La mayoría de éstos coinciden con personas que han pasado por psiquiatría pero que no tienen diagnóstico de trastorno mental en su historial clínico.
- Los incidentes, presentan estas prevalencias: agresiones leves entre internos, 28,1%; intervención de sustancias tóxicas, 17,3%; participación en huelgas, 14,2%; y autolesiones leves, 14,1%.
- Un 62,3% ha cometido algún tipo de falta. Las agresiones a cualquier otra persona suman la mayor prevalencia, con un 37,3%, seguidas de las desobediencias pasivas a las órdenes de los funcionarios (18,0%) y las resistencias activas (17,0%).
- En general, la adaptación al medio penitenciario de estos internos es mucho más deficiente y problemática: protagonizan una media de incidentes mucho más alta que la población penitenciaria ordinaria (3,74 frente a 0,47) y más faltas (media de 7,25 frente a las 0,22).
- Sin embargo, un 45,9% de los sujetos no ha recibido ninguna sanción, destacando en este grupo las personas con TMS, debido probablemente a que las autoridades penitenciarias aplican el Reglamento Penitenciario (art. 188.4) y no sancionan las conductas disruptivas de los internos ingresados en establecimientos o unidades psiquiátricas penitenciarias.

Sus características como enfermos mentales

- Un 36,8% de los internos atendidos en unidades de psiquiatría de los centros penitenciarios no tiene ningún tipo de diagnóstico psiquiátrico.
- Los sujetos que sí lo tienen recibieron su primero diagnóstico de trastorno mental a los 29,3 años de media y presentan una media de 3,20 diagnósticos diferentes.
- El 20% de estos sujetos estuvo diagnosticado con posterioridad a su ingreso en prisión para el cumplimiento de la pena base. Del 80% restante, se sabía con anterioridad al ingreso en el 40,7% y se conoció la enfermedad en el momento del ingreso en prisión en el 39,2%.
- Los internos diagnosticados presentan los siguientes tipo de diagnósticos:⁶¹
 - El 61,1% de los diagnosticados que han pasado por psiquiatría ha recibido un diagnóstico de trastorno mental severo (TMS) en su historial clínico conocido.
 - El 52,8% tiene un diagnóstico de trastorno de personalidad (TP).
 - El 56,9% tiene un diagnóstico de *otros trastornos*.
 - El 31,6% de los sujetos diagnosticados presenta un trastorno mental debido al consumo de sustancias tóxicas.
 - El 15,4% de los sujetos presenta trastornos de ánimo.

⁶¹ Recordamos los criterios de agrupación para 3 categorías, según el DSM-IV y el CIE-10:
Trastornos mentales severos (TMS): esquizofrenia, trastorno delirante, trastorno esquizoafectivo, trastorno psicótico compartido, trastorno psicótico no especificado, trastornos bipolares, trastornos depresivos mayores.
Trastornos de personalidad (TP): trastorno paranoide, t. esquizoide, t. esquizotípico, t. antisocial, t. límite, t. histriónico, t. narcisista, t. obsesivo-compulsivo, t. por evitación, t. por dependencia y t. no especificado de la personalidad.
Otros: delirium, demencia, trastornos amnésicos, t. esquizofreniforme, t. psicótico breve, t. psicótico debido a enfermedad médica, t. relacionados con sustancias, trastornos depresivos, otros trastornos del estado de ánimo, trastorno mental debido a enfermedad médica, t. de ansiedad, t. somatomorfos, t. facticios, t. disociativos, t. de la conducta alimentaria, t. sexuales, parafilias, t. de la identidad sexual, t. adaptativos, t. del sueño, t. del control de los impulsos y otros.

- En prisión, las medicaciones prescritas con más prevalencia son, en orden decreciente: la metadona (28,7%), los antipsicóticos (28,1%), los ansiolíticos (26,3%), medicaciones para enfermedades orgánicas (20,2%) y antidepresivos (13,7%).

Sus características según los diferentes tipos de trastorno mental

Resumiremos las principales características de los internos agrupados según las 3 grandes categorías de trastorno mental: los trastornos mentales severos, los trastornos de personalidad y el resto de trastornos, agrupados en *otros*.

En primer lugar, recogemos algunas consideraciones de carácter general:

- No hemos encontrado diferencias entre los tres tipos de diagnóstico en lo que se refiere al tipo de delito cometido.
- Tampoco se encuentran diferencias entre los diversos trastornos en cuanto a la violencia en el delito.
- Ningún tipo de trastorno discrimina un tipo de clasificación inicial diferente de los internos. Mayoritariamente, se clasifican todos en 2º grado.
- El hecho de que la mayoría de internos tenga diagnósticos múltiples hace que el análisis por categorías de diagnóstico sea complicado, ya que no se trata de categorías “puras”.⁶²

Características de las personas diagnosticadas con un trastorno mental severo (TMS)

- El colectivo de extranjeros con problemática mental se agrupa de manera más significativa alrededor de este tipo de trastorno.
- En proporción, tienen menos problemas de toxicomanía activa que el resto.
- Es el colectivo de personas que menos problemas han tenido con el alcohol, la cocaína, la heroína y el abuso de fármacos.

⁶² Hemos incluido a los internos en el análisis tantas veces como diagnósticos distintos tenían.

- Toman antipsicóticos y también medicación por enfermedad orgánica en mayor proporción que el resto de trastornos mentales.
- Son los que tienen menos causas acumuladas en la pena base y los que acumulan menos delitos en el cumplimiento de sentencia (3,04 de media).
- Con respecto al tiempo de condena son como colectivo uno de los que menos tiempo de pena han recibido (1.677 días de media).
- Es el colectivo en el que más se conocía la enfermedad en el momento de dictar sentencia. Y este tipo de trastorno es el que más se ha tenido en cuenta para justificar atenuantes o eximentes.
- Es el colectivo de trastornos que más estable permanece dentro de la prisión: recibe menos clasificaciones diferentes (1,87 de media); menos regresiones de grado y menos cambios de ubicaciones en módulos penitenciarios diferentes (10,44 de media).
- Es el colectivo que menos incidentes protagoniza dentro de la prisión (2,91 de media) y también el que acumula menos faltas (2,39 de media).
- Es el colectivo que menos riesgo de intentos de suicidio presenta entre el conjunto de trastornos mentales.
- Con respecto a los permisos de salida ordinarios y extraordinarios son los que menos permisos tienen.
- También es el colectivo de trastornos que menos accede al 3^{er} grado.

Características de las personas diagnosticadas con un trastorno de personalidad (TP)

- El porcentaje más importante de mujeres se agrupan en los TP, aunque la baja cifra de la muestra impide extraer conclusiones determinantes.
- Hay una proporción más alta de personas que han sido diagnosticadas de retraso mental en este grupo.

- Como colectivo presentan más problemática con el consumo de heroína, y cuando se combina con más diagnósticos (TMS + TP o TMS + TP + otro), con el resto de drogas: alcohol, cocaína, cannabis y drogas de diseño.
- Como medicación, toman en mayor proporción eutimizantes.
- Con respecto al tiempo de condena son como colectivo los que menos tiempo de pena han recibido (1.527 días de media). En cambio, cuando se trata de internos que tienen este diagnóstico y también el de TMS, aumenta muy significativamente (3.021 días de media), y aún más si son personas con los tres tipos de diagnósticos (3.294 días de media).
- Como colectivo, si sólo están diagnosticados de TP, viven pocos cambios dentro de la prisión, con relación al resto de trastornos: el número de clasificaciones diferentes es el segundo más bajo tras los TMS (media, 2,35); tienen menos regresiones de grado (media, 0,42); y sufren menos cambios de ubicación en módulos penitenciarios diferentes (media, 12,75).
- En cambio, cuando se combina el TP con *otros trastornos* se dispara el número de clasificaciones diferentes (3,87) y de ubicaciones (24,61).
- Los TP, junto a los *otros trastornos*, son el colectivo que presenta más intentos de suicidio dentro del conjunto de trastornos estudiados.

Características de las personas diagnosticadas con otros trastornos

- Abusan más que los otros grupos del alcohol y la cocaína. Cuando se suman los tres tipos de diagnóstico (TMS + TP + otros), también presentan consumos más significativos en cannabis, heroína y drogas de diseño.
- Como medicación, toman en mayor proporción antidepresivos, ansiolíticos y metadona.
- Acumulan más causas en la pena base y también son los que más delitos acumulan en el cumplimiento de medida (6,00 de media), y un poco más cuando presentan los tres diagnósticos (6,39 de media).

- En cuanto al tiempo de condena, son un colectivo de los que más pena han recibido (2.850 días de media). Cuando se dan los tres tipos de diagnóstico (TMS + TP + otros), la media de días de condena sube hasta 3.294 días.
- Es el colectivo de trastornos que más cambios vive en prisión: recibe más clasificaciones diferentes (3,68 de media); más regresiones de grado (0,90); y más cambios de ubicación en módulos penitenciarios diferentes (19,84 de media). Como en anteriores variables, si se suman los tres tipos de diagnóstico (TMS + TP+ otros), la media de clasificaciones diferentes sube (3,87) y el cambio de ubicaciones también (24,61 de media).
- Junto a los TP, este colectivo de trastornos es el que tiene más posibilidades de protagonizar un intento de suicidio, tanto si es como diagnóstico único como si es combinado con otro tipo de diagnóstico.
- Es el colectivo que goza de más permisos de salida durante la pena base.
- También es el colectivo de trastornos que más accede al 3^r grado.

8.1.2. Respecto a las medidas de seguridad

Cuántas son

- Las personas estudiadas en este grupo son aquellas que han sido sometidas a medidas de seguridad en la provincia de Barcelona en algún momento del año 2005. Han sido un total de 308 personas.
- El cumplimiento de medidas de seguridad se ha dado de 3 maneras posibles: en tratamiento ambulatorio (43,0% de casos), en un centro psiquiátrico (36,5% de casos) y en un centro penitenciario (20,5% de casos).

Qué perfil personal y sociofamiliar tienen (comparación con la muestra de centros penitenciarios)

- a. En cuanto al género, hay más mujeres (11,4%) que en prisión; con respecto a la nacionalidad, hay más españoles (93,8%).

- b. Por lo que respecta al consumo de tóxicos en la actualidad, se da menor dependencia (27,8%) y menor consumo por vía parenteral (10,3%).

El perfil penal y penitenciario (comparación con la muestra de centros penitenciarios)

- Se da un mayor reconocimiento de las incapacitaciones legales (16,4%) y un mayor reconocimiento de la enfermedad en sentencia, como eximente incompleta (36,8%) o como eximente completa (53,9%).
- Como antecedentes penitenciarios, hay menos ingresos anteriores (24,0%).
- Con relación al delito principal cometido, encontramos mayor prevalencia de delitos contra las personas (55,1%) y, en consecuencia, mayor presencia de delitos violentos (66,2%); sin embargo, en cuanto a delitos acumulados, tienen menos (2,15 de media).
- Por lo que respecta al tiempo de condena, tienen menos tiempo de medida (1.600,4 días).
- El lugar de salida más frecuente para las personas sometidas a medidas de seguridad que se encuentran ingresadas es el domicilio familiar (72,7%) y, a mucha distancia, un centro de crónicos (12,7%).

En las medidas de seguridad que han cumplido en prisión, el perfil del sujeto es más duro y similar al del interno penitenciario. En la salida, es más probable que se desconozca dónde va al finalizar la medida (38,5%). Sólo un 23,1% vuelve al domicilio familiar y un 23,1% acaba tutelado por una fundación.

Sus características como enfermos mentales (comparación con la muestra de centros penitenciarios)

- Por diagnósticos, las personas sometidas a medidas de seguridad con un TMS representan el 44,3% del total. Este porcentaje está 4 puntos por encima del que se daba en prisión (40,9%). Por el contrario, los trastornos de personalidad están 4 puntos por debajo y representan un 21,4%. Los otros trastornos presentan porcentajes muy similares en el grupo de

condenados a medidas de seguridad (34,3%) y en el grupo ingresado en centros penitenciarios (34,1%).

8.1.3. Características específicas de las mujeres estudiadas

Cuántas son

- Las mujeres que han pasado en algún momento por unidades de psiquiatría de las prisiones estudiadas han sido 19, un 5,6% del total de la muestra.
- Las mujeres quienes se ha aplicado medidas de seguridad en la provincia de Barcelona en algún momento del año 2005 han sido 35, un 11,4% del total de la muestra.

Qué perfil personal y sociofamiliar tienen

- Con respecto a los hombres encontramos diferencias en la edad. Las mujeres son en todos los períodos establecidos en el estudio más mayores que los hombres: en el momento en que fue diagnosticada por primera vez su enfermedad mental (media de 36,3 frente a los 30,4 del hombre); cuando cometió el delito (media de 38,1 frente a los 33,4 del hombre); en la entrada en prisión para cumplir la pena base (media de 38,1 frente a 34,8); y en el momento de hacer el estudio (media de 41,9 frente a 38,).
- Con respecto a los estudios, las mujeres son preponderantes en los dos extremos: hay proporcionalmente más con estudios universitarios y bachillerato, pero también más analfabetas.
- Como en la población general, se mantiene la feminización de las profesiones: están más representadas en empleos del hogar, mujeres de hacer faenas, sanidad/enseñanza y administrativas.
- Con respecto a los hábitos tóxicos, se observa que la problemática toxicológica tiene un marcado acento masculino. Tanto el consumo actual como el histórico son de una importancia muy inferior a los de los hombres. Tienen dependencia actual de los tóxicos el 19% de las mujeres de la

muestra estudiada, frente al 30,8% de los hombres, y la vía de consumo parenteral es menos frecuente (9,5% frente al 27,6% de los hombres).

- En porcentajes de consumo, la cocaína es la droga más consumida entre las mujeres (57,1%); con todo, por debajo de los hombres (61,9%).
- El alcohol, el principal problema toxicológico en los hombres con trastornos mentales (75,9%), es mucho menos significativo entre las mujeres (38,1%).
- Los únicos porcentajes en que las mujeres superan a los hombres en consumo son: el abuso de fármacos (42,9% frente al 31,8% de los hombres), de las drogas de diseño (33,3% frente al 29,1% de los hombres) y de otras drogas no estudiadas específicamente (33,3% frente al 22,6).
- Se da más consumo de tóxicos entre las mujeres encarceladas que entre las que cumplen medidas de seguridad.

El perfil penal y penitenciario

- Con respecto al delito cometido, la mujer con trastorno mental comete menos delitos violentos que el hombre (48,1% frente al 63,3%). Mayoritariamente, estos delitos provienen del conjunto de delitos *contra las personas* (38,9% frente al 46,8%) y *contra la libertad sexual* (0% de las mujeres frente al 7,8% de los hombres).
- También se observa que las mujeres acumulan menos delitos en el cumplimiento de la condena (1,8 de media de las mujeres frente a los 3,2 de media de los hombres).
- Las mujeres están más representadas en las medidas de seguridades que en prisión. Entre las medidas de seguridad, encontramos más mujeres cumpliendo el tratamiento terapéutico ambulatorio (TTA). En los centros penitenciarios, las mujeres se concentran en la UHPP (Unidad Hospitalaria Penal Penitenciaria de Brians 1), dado que es el lugar que la Administración ha destinado para las comarcas de Barcelona para atender a las mujeres con problemática mental que requieren ingreso y seguimiento psiquiátrico.

Sus características como enfermas mentales

- Con respecto al diagnóstico psiquiátrico, se encuentra un porcentaje menor de mujeres con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (27,6% frente al 41,0% de los hombres), y, en cambio, una proporción más grande de trastornos de personalidad (32,8% frente al 24,3% de los hombres). También hay más trastornos del estado de ánimo entre las mujeres (12,1% frente al 8,4%) y otros trastornos (16,4% frente al 9,3% de los hombres). En cambio, en los trastornos por consumo de sustancias la prevalencia en el porcentaje es más alta entre los hombres (6,9% para el grupo de mujeres frente al 15,0% por lo que respecta a los hombres).
- En el grupo de mujeres que cumplen condena en prisión encontramos un porcentaje más alto de diagnósticos de trastornos de personalidad, deliriums, demencias y otros trastornos cognitivos.
- En cambio, el porcentaje de diagnósticos de esquizofrenia, otros trastornos psicóticos, trastornos relacionados con sustancias y trastornos del estado de ánimo es mayor entre las mujeres que cumplen medidas de seguridad.
- La medicación más recetada entre las mujeres son los ansiolíticos (68,9% frente al 43,9% de los hombres). También es más alta entre las mujeres la proporción de los antidepresivos (33,3% frente al 22,3%) y de los eutimizantes (20,0% frente al 13,1% de los hombres).
- Los antipsicóticos son más recetados entre la población masculina (55,6% de las mujeres frente al 62,4% de los hombres), así como el resto de medicaciones dispensadas: metadona (11,1% frente al 25,7% de los hombres), por enfermedades orgánicas (17,8% de las mujeres frente al 22,3% de los hombres), otras medicaciones (22,2% de las mujeres frente al 31,1% de los hombres), antirretrovirales (0% mujeres frente al 1,4 de los hombres), por otras adicciones (0% frente al 2,3% de los hombres).

En el resto de variables estudiadas, no se observan diferencias en función del género.

8.1.4. Características específicas de los extranjeros (diferentes a las de los españoles)

Cuántos son

- Los extranjeros que han pasado en algún momento por las unidades de psiquiatría de las prisiones estudiadas han sido 74, un 21,7% del total. A 31 de diciembre de 2005, el porcentaje de extranjeros es menor entre los trastornos mentales que entre la población penitenciaria ordinaria (34,2%).
- Con respecto al grupo de personas sometidas a medidas de seguridad en la provincia de Barcelona el año 2005, el número de extranjeros fue de 19 personas, un 6,2% del total.

Qué perfil personal y sociofamiliar tienen

- Respecto de los nacionales, los extranjeros son más jóvenes (en el momento en que se hace el estudio los extranjeros tienen 33,1 años de media frente a los 38,3 años de los nacionales).
- Un dato muy significativo es el conocimiento de los idiomas oficiales de Catalunya: 1 de cada 5 extranjeros no entiende el castellano, con las dificultades que ello implica para integrarse en el entorno que le rodea. A este porcentaje hay que sumarle un 23% que tiene dificultades para expresarse en castellano. Así, un 42,2% de la población extranjera con trastornos mentales tiene dificultades para comunicarse y explicar lo que le pasa, dificultad añadida a la situación compleja en que se hallan (proceso judicial, cumplimiento de medida de seguridad y/o ingreso en prisión, etc.).
- Los resultados con el catalán aún son más descorazonadores. El 75,5% de los extranjeros no le entienden, y sólo un 8,2% sabe expresarse en catalán. La suma de la población extranjera con trastornos mentales que tiene dificultades para comunicar lo que le pasa en catalán es del 91,8%.
- Relacionada con esta variable, encontramos diferencias significativas entre extranjeros y españoles en el nivel de estudios. Los extranjeros están más representados en la formación neolectora y la formación no reglada.

- Con respecto a los hábitos tóxicos, en el grupo de los extranjeros hay más problemas con el alcohol y más consumo de cannabis que en el de los nacionales. Por el contrario, estos últimos consumen más cocaína, heroína, drogas de diseño, abuso de fármacos y otras drogas.
- Los extranjeros con más problemas de consumo son los internos en prisión que han pasado por una unidad de psiquiatría.

El perfil penal y penitenciario

- Hay diferencias entre los nacionales y los extranjeros con respecto al delito cometido. Se encuentran más delitos cometidos contra las personas entre los nacionales, y más delitos contra la libertad sexual y por drogas entre los extranjeros.
- No hay, sin embargo, diferencias estadísticamente significativas en función de la violencia en el delito.
- Encontramos grandes diferencias en la consideración de la enfermedad mental en la sentencia judicial, sea como atenuante o como eximente: se tienen mucho menos en cuenta ambas posibilidades en el caso de los extranjeros (37,0% frente al 83,1% de reconocimiento entre los nacionales).
- Finalmente, los extranjeros entraron más jóvenes a cumplir la medida (30,3 años de media frente a los 34,6 de los nacionales).

Las características de los extranjeros como enfermos mentales

- Con respecto al diagnóstico psiquiátrico, entre los extranjeros hay mayor prevalencia de los diagnósticos por esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (50,8% frente al 38,7% de los nacionales).
- El segundo diagnóstico más prevalente es el de trastorno de personalidad (21,9% para los extranjeros y 25,3% en el caso de los nacionales).
- En cambio, por lo que atañe a los trastornos del estado de ánimo, en que se podría esperar un porcentaje superior entre los extranjeros (debido a la crisis

migratoria), son los nacionales quienes presentan mayor porcentaje (5,5% de los extranjeros frente al 9,0% de los nacionales).

- Los extranjeros toman ansiolíticos y antidepresivos mucho menos a menudo que los nacionales. La metadona también es muy más recetada entre los nacionales. En cambio, reciben más medicación por enfermedad orgánica.

Con respecto al resto de variables estudiadas no se observan diferencias en función de la nacionalidad.

8.2. Comprobación de las hipótesis iniciales

Hipótesis vinculadas al objetivo 1	
<i>Objetivo 1: Cuantificar las problemáticas de salud mental que se encuentran en el ámbito penitenciario y el perfil de las personas que las padecen.</i>	
<p>Hipótesis 1: <i>Hay un porcentaje superior de personas con trastornos mentales entre la población penitenciaria catalana que entre la población catalana en general.</i></p>	<p>Respuesta: Se confirma.</p> <p>El porcentaje de la población penitenciaria que ha pasado por las unidades de psiquiatría es del 6,74%, mientras que el de la población general catalana es del 2,15% en régimen ambulatorio (cifra que puede aumentar como mucho medio punto con los internamientos en centros psiquiátricos, de los cuales no tenemos datos).</p>
<p>Hipótesis 2: <i>Las personas afectadas por un trastorno de personalidad presentarán un perfil caracterizado por los siguientes rasgos:</i></p> <p><i>Habrà un porcentaje superior de consumidores de drogas que en el resto de grupos de patologías. Esta diferencia</i></p>	<p>Respuesta: Se confirma parcialmente.</p> <p>Como colectivo son los que tienen mayor porcentaje en el consumo de heroína. Cuando se combinan con más diagnósticos (TMS + TP ó TMS + TP + otros), tienen más alto porcentaje de consumo del resto de drogas: alcohol,</p>

<p><i>se hará especialmente evidente por lo que respecta al consumo por vía parenteral (sólo los que sufren trastornos por consumo de sustancias presentarán un porcentaje equiparable de consumo por esta vía).</i></p> <p><i>Acumularán más causas, anteriores y posteriores en la pena base.</i></p> <p><i>Acumularán más tiempo de estancia en prisión anteriormente a la pena base.</i></p> <p><i>Serán el grupo en que menos eximentes haya tenido en cuenta el juez en la aplicación de la sentencia.</i></p> <p><i>Serán los que acumulen mayor proporción de delitos violentos.</i></p>	<p>cocaína, cannabis y drogas de diseño.</p> <p>En cambio, no se confirma que los TP tengan más antecedentes penitenciarios ni acumulen más tiempo de estancia previa que el resto de diagnósticos.</p> <p>Por otro lado, no se ha encontrado ninguna clase de relación entre el tipo de delito cometido y el tipo de diagnóstico. Tampoco son más o menos violentos los delitos si se tiene un diagnóstico u otro.</p> <p>No hemos encontrado ninguna relación en la sentencia judicial entre el tipo de trastorno y un mayor o menor porcentaje de atenuantes o eximentes por enfermedad mental.</p> <p>La hipótesis dibujaba a estos enfermos como el grupo con más dificultades y peores antecedentes, lo cual no se confirma plenamente, aunque ya hemos hecha mención de la dificultad de analizar personas con trastornos “puros” (no mezclados con diagnósticos por otros trastornos y/o consumo de tóxicos).</p>
<p>Hipótesis 3: <i>Las personas afectadas por un TMS presentarán un perfil caracterizado por los siguientes rasgos:</i></p> <p><i>Habrá un porcentaje de personas con retraso mental, disminución psíquica e incapacitación legal más alto que en los otros colectivos.</i></p> <p><i>Se tratará del grupo más frecuentemente diagnosticado con anterioridad a la</i></p>	<p>Respuesta: Se confirma parcialmente.</p> <p>Es falso que el porcentaje más alto de personas con retraso mental, disminución psíquica reconocida o incapacitación legal tengan un diagnóstico de TMS.</p> <p>Sí que se cumple que es una enfermedad conocida ya en el momento de dictar sentencia y que en este grupo se da un mayor porcentaje de atenuantes y</p>

<p><i>entrada en prisión por la pena base.</i></p> <p><i>Protagonizarán un bajo porcentaje de delitos violentos en relación con otros colectivos.</i></p> <p><i>Serán los que tendrán más sentencias con eximentes completas.</i></p>	<p>eximentes.</p> <p>También hemos visto que los tipos de diagnóstico no discriminan el cometer en mayor o menor porcentaje un delito violento.</p>
<p>Hipótesis 4: <i>Las personas afectadas por “otros trastornos” presentarán un perfil diferente según las diversas patologías:</i></p> <p><i>En el caso de las personas que sufran un trastorno del estado de ánimo, serán mayoritariamente mujeres y el tipo de delito será contra la propiedad y contra la salud pública.</i></p> <p><i>En cuanto a las personas afectadas por “trastornos por sustancias”, habrá una proporción superior de consumidores de tóxicos por vía parenteral que en los otros grupos (excepto TP); los delitos más frecuentes serán contra la propiedad y contra la salud pública; y formarán parte del grupo de patologías que comete mayor número de delitos violentos.</i></p>	<p>Respuesta: Se confirma parcialmente.</p> <p>Un porcentaje más alto de mujeres que de hombres (12,1% frente al 8,4% de los hombres) presenta trastornos del estado de ánimo. Eso se da de manera más evidente entre las mujeres que cumplen medidas de seguridad que entre las que se encuentran en prisión.</p> <p>Como ya hemos dicho, no hay relación entre tipo de diagnóstico y tipo de delito.</p> <p>Se confirma que las personas con trastornos por consumo de sustancias son las que tienen mayores porcentajes de consumo en todas las drogas. No se confirman el resto de previsiones sobre este grupo.</p>
<p>Hipótesis 5: <i>Las personas con trastornos mentales cometerán un porcentaje superior de delitos contra las personas y contra la libertad sexual que la población general encarcelada y un porcentaje inferior de delitos de la categoría “otros” (económicos, etc.).</i></p>	<p>Respuesta: Se confirma.</p> <p>De entre todos los delitos, el porcentaje de delitos contra las personas es del 38,1% para la población con trastornos mentales frente al 7,1% para la población general encarcelada.</p> <p>El porcentaje de delitos contra la libertad sexual es del 7,9% de todos los delitos</p>

	<p>principales cometidos por la población con trastornos mentales, frente al 2,8% de la población general encarcelada.</p> <p>Por el contrario, con respecto al resto de delitos, la población general encarcelada presenta mayores porcentajes que la población con trastornos mentales (contra la propiedad, 53,7% frente al 39,6%; drogas, 22,6% frente al 5,0%; otros delitos, 13,8% frente al 9,4%).</p>
--	---

<h3 style="text-align: center;">Hipótesis vinculadas al objetivo 2</h3>	
<p style="text-align: center;"><i>Objetivo 2: Saber las particularidades de la estancia en prisión de los internos con problemática de salud mental.</i></p>	
<p>Hipótesis 6: <i>Los internos con trastornos mentales protagonizarán más incidentes que la población general encarcelada.</i></p>	<p>Respuesta: Se confirma.</p> <p>El porcentaje de incidentes y faltas de la población con trastornos mentales es mucho más elevado.</p> <p>Incidentes: media de 3,74 para los internos con trastorno mental, frente a 0,47 de media para la población general encarcelada. Faltas: media de 7,25 para los internos con trastorno mental, frente a 0,22 de media para la población general encarcelada.</p>
<p>Hipótesis 7: <i>Las personas afectadas por un TP presentarán un comportamiento más inadaptado al medio penitenciario y significativamente diferente al de los internos con el resto de trastornos: más incidentes, faltas y sanciones; más regresiones de grado y clasificaciones en</i></p>	<p>Respuesta: No se confirma, con matizaciones.</p> <p>Si sólo hay un diagnóstico de TP, las variables de adaptación son positivas (menos incidentes, menos faltas, menos cambios de ubicación, menos cambios de clasificación y menos regresiones de</p>

<p><i>primer grado; mayor número de cambios de ubicación en una misma prisión o cambios de prisión; etc.</i></p>	<p>grado que el resto).</p> <p>Pero si los TP conviven con otros diagnósticos (TP + otros), y sobre todo cuando se suman los 3 tipos de diagnósticos, las medias en todas las variables mencionadas se disparan y las diferencias con los otros grupos son estadísticamente significativas.</p>
<p>Hipótesis 8: <i>Los internos que han llegado a cualquier unidad de psiquiatría sin diagnóstico presentarán un perfil más conflictivo en el entorno penitenciario que los que están diagnosticados: mayor problemática de consumo de drogas; más incidentes, faltas y sanciones; más cambios de ubicación y de régimen penitenciario; etc.</i></p>	<p>Respuesta: No se confirma.</p> <p>Al contrario de lo que se esperaba, las personas que llegan sin diagnóstico a las unidades de psiquiatría presentan en casi todas las variables mejor perfil y mejor adaptación al entorno penitenciario que las que tienen algún tipo de diagnóstico, con diferencias que son significativas estadísticamente.</p> <p>Curiosamente, sin embargo, las personas sin diagnosticar han disfrutado de menos permisos de salida y han hecho menos salidas programadas.</p>
<p>Hipótesis 9: <i>Los hombres encarcelados presentarán una tasa más alta de suicidios, y las mujeres una tasa más alta de intentos de suicidio y autolesiones.</i></p>	<p>Respuesta: Se confirma con matizaciones.</p> <p>En 2005 hubo 8 suicidios en las prisiones catalanas; ninguno protagonizado por la población objeto de estudio.</p> <p>Hubo 14 intentos de suicidio y 4 casos de autolesiones graves en la población estudiada. En total, eso implica que el 5,3% de los sujetos que han pasado por psiquiatría de prisión han protagonizado alguno de estos incidentes.</p>

	Aunque las cifras son muy bajas, se confirma que las mujeres tienen una tasa más alta de intentos de suicidio (22,2% de mujeres con intentos de suicidio frente al 5,6% en la muestra de prisión).
--	--

Hipótesis vinculadas al objetivo 3	
<i>Objetivo 3: Saber el número de medidas de seguridad decretadas en Catalunya. Conocer el perfil personal, penal y penitenciario de las personas sometidas a medidas de seguridad y compararlo con los perfiles de la población penitenciaria (internos en general e internos con trastornos mentales).</i>	
Hipótesis 10: <i>A las personas con un TMS juzgadas por una causa penal se les aplicará en mayor proporción una medida de seguridad que una pena de prisión. Por el contrario, a las que sufran un TP se les impondrá más frecuentemente la pena de prisión.</i>	Respuesta: Se confirma, aunque con proporciones discretas. Los TMS representan el 44,3% de las medidas de seguridad; la población con trastornos mentales en prisión, el 40,9%. Los TP representan el 21,4% de las medidas de seguridad, frente al 24,9% de psiquiatría de prisión. Casi 4 puntos a favor de psiquiatría de prisión.
Hipótesis 11: <i>Las personas con trastornos mentales que cumplan medidas de seguridad habrán protagonizado menos delitos violentos que las que se encuentren en prisión.</i>	Respuesta: Se confirma la hipótesis contraria. Precisamente, las personas sometidas a medidas de seguridad han cometido mayor proporción de delitos violentos que las que se encuentran en prisión (66,2% frente al 58,2%). Las diferencias se hallan precisamente en los delitos <i>contra las personas</i> , que son el 55,1% de los delitos cometidos por personas sometidas a medidas de seguridad, frente al 38,1% del total de

	<p>delitos de los internos en prisión.</p> <p>En cambio, los delitos no violentos (contra la salud pública –drogas– o contra la propiedad, sin violencia) están más significativamente representados en el grupo de internos en prisión que en el de los sometidos a medidas de seguridad.</p>
<p>Hipótesis 12: <i>Conocer la enfermedad mental en el momento de la sentencia hace que se tenga en cuenta para atenuar la pena o eximir al procesado. Se encontrarán más casos de reducción de condena entre las medidas de seguridad que en prisión.</i></p>	<p>Respuesta: Se confirma, con alguna matización.</p> <p>Efectivamente, se encuentran diferencias significativas en la toma en consideración del trastorno mental en las sentencias judiciales. Entre las medidas de seguridad se halla un porcentaje superior de eximentes incompletas y, sobre todo, de eximentes completas. En el grupo de internos en prisión, se encuentra un porcentaje superior de atenuantes.</p> <p>El conocimiento de la enfermedad mental es un factor que se ha tenido en cuenta en la sentencia judicial si la enfermedad era conocida antes del delito juzgado. Si el diagnóstico se hizo en el momento previo a la sentencia, los datos no muestran que se tuviese en cuenta de modo más significativo que en el resto de casos para atenuar o eximir la responsabilidad de la persona juzgada. Eso sucede tanto en los sujetos con medidas de seguridad como en los internos en prisión.</p>

Hipótesis vinculadas al objetivo 4

Objetivo 4: Conocer el perfil personal, penal y penitenciario de colectivos específicos con problemas de salud mental.

Hipótesis 13: *El porcentaje de extranjeros diagnosticados con trastornos mentales dentro de prisión será proporcionalmente inferior al porcentaje general de extranjeros encarcelados.*

Respuesta: Se confirma.

El porcentaje de extranjeros que han pasado por psiquiatría de prisión es del 21,7%, frente al 34,2% de extranjeros que había en diciembre de 2005 en los centros penitenciarios de Catalunya.

Además, entre los extranjeros que han pasado por psiquiatría de prisión hemos encontrado una mayor proporción sin diagnóstico (27,8% frente al 18,1% con diagnóstico).

Hipótesis 14: *La problemática de salud mental en los extranjeros se concentrará fundamentalmente en la categoría “otros trastornos” y en concreto en trastornos por consumo de sustancias y en trastornos del estado de ánimo.*

Respuesta: No se confirma en absoluto.

Quizá porque hay un importante desconocimiento de la realidad de la salud mental del extranjero ésta hipótesis ha resultado falsa.

Los trastornos mentales más prevalentes en los extranjeros son: TMS, con el 46,1% (40,3% en los nacionales); y TP, con el 21,9% (25,4% en los nacionales).

Con respecto a los trastornos por consumo de sustancias, el porcentaje de extranjeros que los presentan es del 10,2% (14,8% para los nacionales). En cuanto a los trastornos del estado de ánimo, los sufren un 5,5% de los extranjeros (9,0% para los nacionales).

Resultados: parte cualitativa

La opinión de los expertos

9. El método Delphi en la investigación de salud mental

9.1. Objetivos del Delphi

Como ya hemos reiterado en diferentes ocasiones, la investigación *Salud mental y ejecución penal* consta de dos partes.

La primera parte nos ha llevado a conocer más a fondo y cuantificar las problemáticas de salud mental que se dan en los internos penitenciarios y también en las personas que cumplen medidas de seguridad dentro o fuera de prisión. También se ha obtenido el perfil de estas personas.

En esta segunda parte, nos centramos más en detectar qué aspectos se pueden mejorar en la atención que reciben los internos en el medio penitenciario en cuanto a tres cuestiones principales: diagnóstico, tratamiento y derivación (en sus diferentes posibilidades: ya sea derivación interna dentro del mismo centro, dentro del sistema penitenciario o bien externa).

Por otro lado, nos interesaba incluir en esta parte un análisis sobre el perfil y la formación que deberían tener los profesionales que deben trabajar con estas personas, tanto desde el punto de vista sanitario como de formación en los ámbitos psicosocial y educativo, y también en el ámbito de la seguridad. Todo ello para hacer las recomendaciones oportunas a los gestores penitenciarios responsables de administrar los recursos humanos y para ayudar a mejorar la eficacia y la eficiencia de su tarea, sin duda muy compleja.

Los objetivos ya se han explicitado en el diseño general de la investigación y corresponden básicamente al bloque 3, que se refiere a propuestas de mejora y predicción de futuro. Concretamente se identifican en el objetivo 5 que dice:

5. *Identificar las propuestas más válidas de expertos en el tema para el abordaje de los trastornos mentales en las prisiones y las propuestas de derivación más consensuadas.*

5.1. *Establecer predicciones con respecto a incrementos o decrementos en tasas, problemáticas, necesidades futuras, etc.*

- 5.2. *Identificar dificultades diagnósticas más comunes. Propuestas de mejora.*
- 5.3. *Analizar el tratamiento de la salud mental en un contexto de privación de libertad: integración o separación de los internos, actividades, régimen disciplinario, etc. Propuestas de mejora.*
- 5.4. *Examinar las posibles derivaciones a recursos externos: limitaciones y posibilidades.*
- 5.5. *Conocer las necesidades de formación de los profesionales para la intervención más adecuada sobre esta población.*

Para llevar a cabo esta parte de la investigación, nos hemos decantado por utilizar el método Delphi, que nos ha parecido uno de los más válidos para lograr los objetivos propuestos.

9.2. Metodología

El método Delphi es una técnica que permite llegar a opiniones de consenso en grupo sobre un asunto específico. Consiste en hacer una serie de preguntas repetidas sobre el tema que se investiga a personas consideradas conocedoras en la temática, normalmente mediante encuestas o cuestionarios.⁶³

En nuestro caso, se hizo un estudio bibliográfico previo sobre el tratamiento de la salud mental en el medio penitenciario y cómo se abordaba en diferentes países occidentales. A partir de las indicaciones halladas en los diferentes estudios y en las recomendaciones del Consejo de Europa sobre el tema, se fue confeccionando la primera ronda del cuestionario.

Con posterioridad, se consultó a diferentes expertos y profesionales del campo de la salud mental en el medio penitenciario para saber cuáles eran, según su parecer, los puntos más destacados y cuáles los más conflictivos, tanto desde el punto de vista sanitario, como desde el de intervención socioeducativa, como desde el del ámbito de la seguridad.

Paralelamente a esta tarea de investigación bibliográfica, se desarrolló otra consistente en localizar e identificar a los expertos en salud mental

⁶³ Ignacio Vélez Pareja (2003). *El método Delphi*, pág. 4. Ensayo. Colombia.

penitenciaria e intentar hacerlos partícipes de la investigación: las personas a quienes dirigiríamos los cuestionarios.

Para hacerlo se utilizaron diferentes vías y técnicas:

La primera consistió en la técnica de *bola de nieve*. Tras hablar con algunos expertos, les pedíamos que nos facilitasen el nombre y el acceso a otras personas a su parecer también expertas en el tema, y así sucesivamente.

La segunda vía fue dirigirnos por carta o *e-mail* a los directores y subdirectores sanitarios, de régimen y de tratamiento, a los jefes de servicio y a otros cargos intermedios de centros penitenciarios y también de servicios centrales de la Secretaría de Servicios Penitenciarios, Rehabilitación y Justicia Juvenil, para informarles del objeto de la investigación y solicitarles que nos facilitasen el nombre, profesión y dirección de contacto de aquellos profesionales que desde sus puestos de trabajo pudiesen estar desarrollando tareas relacionadas con la atención de la salud mental de los internos penitenciarios.

La tercera vía fue el responsable del Área de Sanidad Penitenciaria de la Dirección General de Recursos y Régimen Penitenciario, que nos facilitó un nuevo listado de profesionales, tanto de dentro de los centros penitenciarios de Catalunya como de servicios externos a la Consejería de Justicia con los cuales se convenían servicios de salud mental, y también profesionales que desarrollan estas tareas en centros penitenciarios del resto del Estado español.

Una vez diseñada la primera ronda de preguntas y seleccionado el grupo de participantes, se hizo un pilotaje del cuestionario entre diferentes colaboradores de la investigación.

Paralelamente a este pilotaje, se envió a todos los participantes una carta de presentación firmada por el director del CEJFE en la que se informaba de los motivos y objetivos de la investigación, se pedía su participación y se informaba de que en breve recibirían el cuestionario con las instrucciones de uso y retorno. Este primer contacto nos sirvió para discriminar las direcciones informáticas que no eran operativas y sustituirlas por las direcciones postales, o a la inversa.

La tramitación fue mixta. Siempre que fue posible, por comodidad, rapidez y ecología, se optó por la vía electrónica. Pero en los casos en que no pudo ser, se tramitó por correo ordinario.

Toda la documentación a lo largo de la investigación se tradujo también al castellano, para los participantes del resto del Estado.

Se hicieron dos rondas del Delphi. Los estudios de validación del método Delphi nos dicen que hacer más rondas disminuye la dispersión entre las opiniones de los expertos, pero no necesariamente mejora el error. Casi todos los estudios y ejemplos consultados han hecho servir dos rondas.

Para mantener el *feedback* con los profesionales, en las dos rondas se hicieron tandas de recordatorio de fecha de entrega. En la primera vuelta, se prorrogó quince días el plazo de entrega y se volvió a insistir a los que no habían contestado. También como parte de este intercambio, se traspasaron los resultados agregados del primer cuestionario, con un formato muy semejante al que encontrará el lector en la exposición de los resultados. La presentación incluía muchos gráficos para facilitar la lectura y la interpretación, y cada pregunta iba complementada por la media de acuerdo obtenida y la conclusión con respecto a si este acuerdo era alto o abajo.

En la primera ronda del Delphi había muchas preguntas abiertas, específicamente pensadas para que los profesionales expresaran su opinión de la manera que estimasen más oportuna. Todas las propuestas de mejora iban en este formato. Del contenido de estas preguntas se hizo después un trabajo de vaciado por parte del equipo investigador y se pidió, en la segunda vuelta, que los participantes votasen las que les parecían más importantes o convenientes.

Además de preguntas *abiertas*, se hicieron preguntas de *escala* o *comparación*. En la primera ronda, eran fundamentalmente de *valoración* (valorar del 1 al 5 la pregunta o el cuestionamiento que se ponía a debate). En la segunda vuelta, se introdujeron muchas de *jerarquización* (seleccionar y clasificar de mayor a menor interés unas propuestas).

Las preguntas de *estimaciones* se plantearon de todo tipo: *absolutas* (decir un porcentaje concreto), *probabilísticas* (tiempo que se tardará en poner en marcha una determinada propuesta) y *en intervalo de confianza* (entre qué porcentaje y qué otro). En la segunda ronda, se pedía una nueva redefinición a los participantes, dándoles la media y la desviación típica que se había obtenido con los resultados agregados de la primera vuelta.

La explotación de los datos se hizo con el paquete estadístico SPSS 15.0, si bien todo el diseño gráfico se hizo desde el programa Excel, donde ya se habían introducido las respuestas de ambos cuestionarios.

9.3. Los participantes

9.3.1. La tasa de respuestas

El grupo final de expertos seleccionados fue de 325 personas. La tabla siguiente recoge, por categorías, el número de participantes previstos en cada una, la *masa crítica* esperada (60% de respuestas, un porcentaje que los teóricos de los estudios Delphi consideran óptimo), el número real de participantes que hubo y el porcentaje que eso supone con respecto al total de invitados y con respecto a la masa crítica esperada.

Tabla 71. Participantes en el conjunto del Delphi, por categorías

Categorías	N	Masa crítica (60%)	N reales	% respecto participación	% respecto masa crítica
Cargos intermedios	65	39	36	55,38	92,31
Psiquiatras	42	25	17	40,48	67,46
Médicos	55	33	12	21,82	36,36
Enfermeras	68	41	8	11,76	19,61
Psicólogos	44	26	22	50,00	83,33
Educadores sociales	10	6	4	40,00	66,67
Trabajadores sociales	15	9	9	60,00	100,00
Pedagogos	3	2	2	66,67	111,11
Juristas	6	4	3	50,00	83,33
Profesores universitarios	4	2	3	75,00	125,00
Otros (voluntarios/monitores)	13	8	3	23,08	38,46
TOTAL	325	195	119	36,62	61,03

Nota: el porcentaje final de participación en el Delphi ha sido del 36,62%.

A pesar de este porcentaje de respuesta, no consideramos que la participación del personal haya sido más baja que la de otros estudios Delphi que se han hecho y que se pueden encontrar publicados.

En la tabla siguiente, se reúnen algunos ejemplos extraídos de un informe de la profesora Clara Riba.⁶⁴

Tabla 72. Tasa de respuesta en otros estudios Delphi

Título	Autor	Fecha	Número expertos	Tasa de respuesta
<i>Tendencias de cambio y estabilidad que dominarán la sociedad uruguaya en los próximos 10 años</i>	Centro de Altos Estudios Nacionales del Ministerio de Defensa Nacional (CALEN)	Año 2000	160	48%
<i>El futuro de los medios de comunicación ante el impacto de las nuevas tecnologías</i>	Observatorio de Prospectiva Tecnológica Industrial. Fundación OPTI (Madrid)	Año 2003	240	20%
<i>Estudi sobre tendències i escenaris que actuen sobre les competències professionals en ciències de la salut</i>	Martí Dalmases. Fundació Parc Taulí	Año 1993	388	62%
<i>La predicción de las variables críticas de éxito en el destino turístico de Benidorm</i>	Depart. de Administración de Empresas y Márketing de la Universidad Jaime I (Valencia)	Año 1997	67	39%
<i>El futuro de la Sociedad de la Información</i>	Telefónica	Año 2002	200	68%

Como se puede ver, nuestro estudio se situaría en un porcentaje medio bajo en tasa de respuesta sobre esta muestra. En todo caso, nuestra conclusión al respecto es que, en un medio tan acotado como es el entorno penitenciario, habrá que utilizar en el futuro estas técnicas de prospección, siempre acompañadas de presentaciones formales, a las reuniones de equipo y en los entornos de trabajo formales donde desarrollen su tarea los encuestados.

También por los comentarios finales de los profesionales con respecto al cuestionario (que reproducimos al pie de página)⁶⁵ las expectativas

⁶⁴ Clara Riba i Romeva. Informe marzo 2006. Departamento de Economía y Empresa. Universidad Pompeu Fabra.

▪ ⁶⁵ *Creo que este tipo de encuestas tendrían que servir no tan solo para valorar la opinión de los encuestados, sino para intentar aportar mejoras en la sanidad mental penitenciaria.*
 ▪ *El cuestionario es más de índole médico, porque incluso a un psicólogo se le escapan muchas cuestiones tratadas en él. Un profesional no puede saber de todo porque en las cárceles cada uno trabaja su campo, y, si no quiere, no se preocupa de lo que hacen otros.*
 ▪ *Sinceramente, creo que este cuestionario es poco útil, pienso que debería ir precedido de un estudio objetivo de la realidad de los problemas de salud mental de los internos de las*

depositadas en la funcionalidad del estudio han sido muy diversas y nos plantea tenerlo en cuenta en el futuro, para explicitar de manera más reiterada y didáctica la finalidad específica perseguida en la investigación.

Volviendo a los porcentajes de participación y fijándonos en la masa crítica, cuando agrupamos las categorías profesionales en colectivos, consideramos que la participación de los equipos de tratamiento ha sido la esperada (pedagogos, por encima; trabajadores sociales, justo en la proporción; psicólogos y juristas un poco por debajo, 83,33%; los educadores sociales son los que tienen el porcentaje más bajo, 66,67% de la masa crítica esperada).

La participación de los cargos intermedios ha sido muy próxima a la esperada (92,31%).

La participación de los equipos sanitarios ha sido más baja de la esperada; particularmente, la participación del conjunto de enfermería (19,61%).

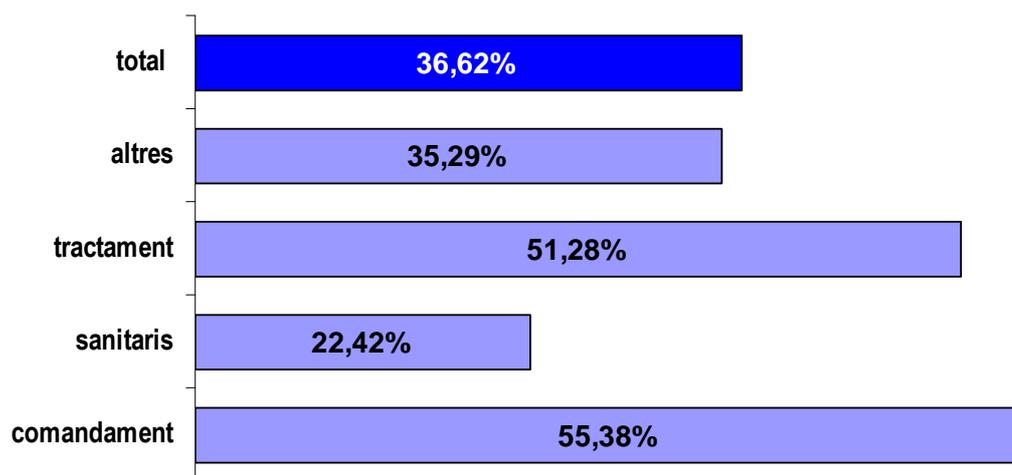
En el gráfico siguiente, se recogen las tasas de participación absolutas agrupadas por los colectivos profesionales que hemos hecho servir para algún cruce de datos. Así, el grupo *sanitarios* incluye psiquiatras, médicos y enfermeros. El grupo *tratamiento* incluye psicólogos, pedagogos, educadores sociales, juristas y trabajadores sociales. El grupo *mandos* incluye los cargos intermedios, sean de la categoría profesional que sean. Y el grupo *otros*, los profesores universitarios y otras profesiones.

cárceles catalanas. Una vez objetivada esta realidad se podría preguntar a los profesionales cómo abordarla.

- *Tengo la esperanza de que esta investigación que estáis desarrollando sobre la problemática de la salud mental en las prisiones pueda conducir al tratamiento específico de estas personas encarceladas que a la vez son enfermos mentales. La coordinación, la interdisciplinariedad, el seguimiento externo y una buena red externa de inserción laboral, son, a mi entender, los objetivos que se ha de marcar el Departamento de Justicia para mejorar la atención de estas personas.*
- *Hay que definir TM Severo; algunas respuestas pueden variar en función de la definición de TM Severo; igualmente con relación a T de personalidad.*
- *Se tendrían que elaborar más cuestionarios de investigación en otros ámbitos; por ejemplo, los internos por tipología delictiva, toxicómanos, etc.*
- *Me gustaría saber quién está detrás del estudio, qué otros profesionales aparte del Doctor Capdevila están participando y qué se va a hacer con los resultados. ¿Van a influir en la atención psiquiátrica fuera de Catalunya?*

Hay que aclarar en este punto una cuestión importante sobre la selección de los expertos: en la técnica Delphi, no es importante que sean representativos de todos los estamentos profesionales. No es necesario respetar un diseño muestral con representación de todas las categorías en la misma proporción que los profesionales del sector. Es necesario que sean expertos en el ámbito de conocimiento del tema en cuestión, y eso está garantizado. Por lo tanto, las respuestas recogidas en los resultados presentados a partir del capítulo 6 son absolutamente válidas y extrapolables a los planteamientos generales que se puedan hacer sobre la opinión y valoración de los expertos en salud mental en el medio penitenciario, según los porcentajes que se dan en los resultados.

Gráfico 35. Porcentaje de participación absoluta según agrupaciones profesionales



En la preparación de la investigación, se ha hecho un esfuerzo importante por parte del equipo investigador en la motivación y sensibilización previa de los profesionales que debían participar:

- Se ha pedido a sus jefes que les informaran.
- Se ha tramitado la carta de presentación individualmente.
- Se han modificado las direcciones postales o electrónicas cuando se ha sabido que la persona seleccionada no había recibido la información.

- Se ha contestado telefónicamente o por escrito cualquier demanda que se ha formulado durante los meses que ha durado la investigación.
- También se ha intentado cuidar al máximo tanto el seguimiento individual como las devolutivas de información y traspaso de datos como contrapartida a la participación.
- Se dieron garantías del anonimato en las respuestas y de facilitar más información si se pedía.

Es cierto que el tipo de pregunta era muy especializada y requería una respuesta pensada y matizada. Pero se elaboraron ambos cuestionarios y todo el material de devolución complementario de manera muy cuidadosa para no sobrecargar las agendas de los profesionales. La media de cumplimentación del primer cuestionario era de 45 minutos, y la del segundo cuestionario, de 35 minutos. En el primero era más fácil definirse ante las preguntas, pero requería pensar en posibles soluciones y propuestas de mejora, y redactarlas. En el segundo cuestionario, en cambio, la principal dificultad era la de tener en cuenta todas las propuestas y, a partir de aquí, seleccionar las 5 o las 7 más convenientes según sus criterios, y además ordenarlas por importancia.

9.3.2. El perfil de los participantes

El cuestionario pedía a los participantes algunos datos personales: género, edad, profesión y años de experiencia.

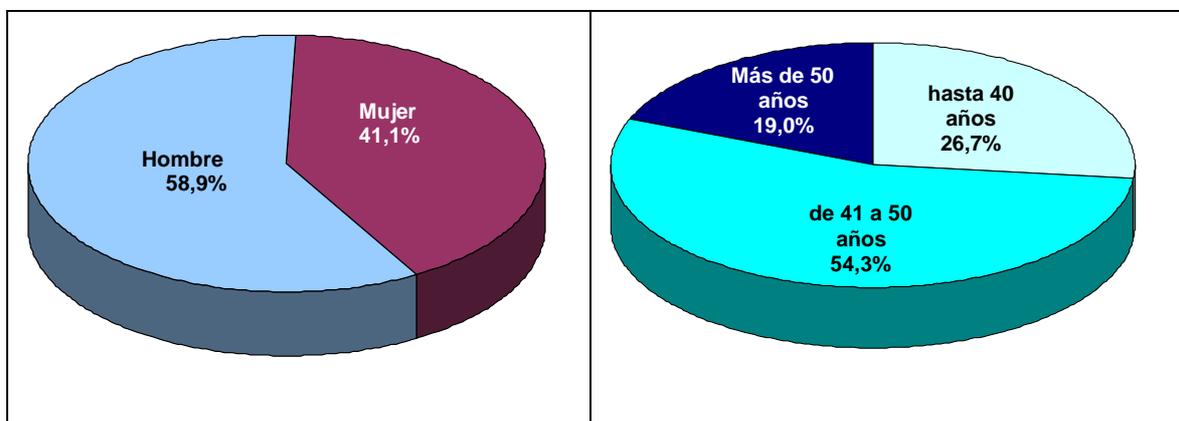
Estos datos se pedían dentro del cuestionario anónimo, de manera que una vez registrada la entrada, no era posible identificar ni el centro penitenciario al que pertenecían, ni por supuesto, el nombre de la persona que lo contestaba.

En la respuesta en papel, el nombre de la persona llegaba en un sobre aparte del cuestionario y sólo a efectos de control sobre quién había contestado. Si la respuesta llegaba por *e-mail*, el cuestionario anónimo se guardaba como archivo adjunto dentro de la carpeta de cuestionarios contestados, y el *e-mail*, tras el trámite de registro de quién lo había contestado y remitir al interesado aviso de recibo, era eliminado definitivamente del ordenador de recepción.

A continuación presentamos los datos agregados respecto al perfil de los participantes en las variables recogidas.

Gráfico 36. Género de los participantes

Gráfico 37. Edades de los participantes



Nota: No se han tenido en cuenta los *no consta*

Media de edad: 44,10 años

Nota: No se han tenido en cuenta los *no consta*

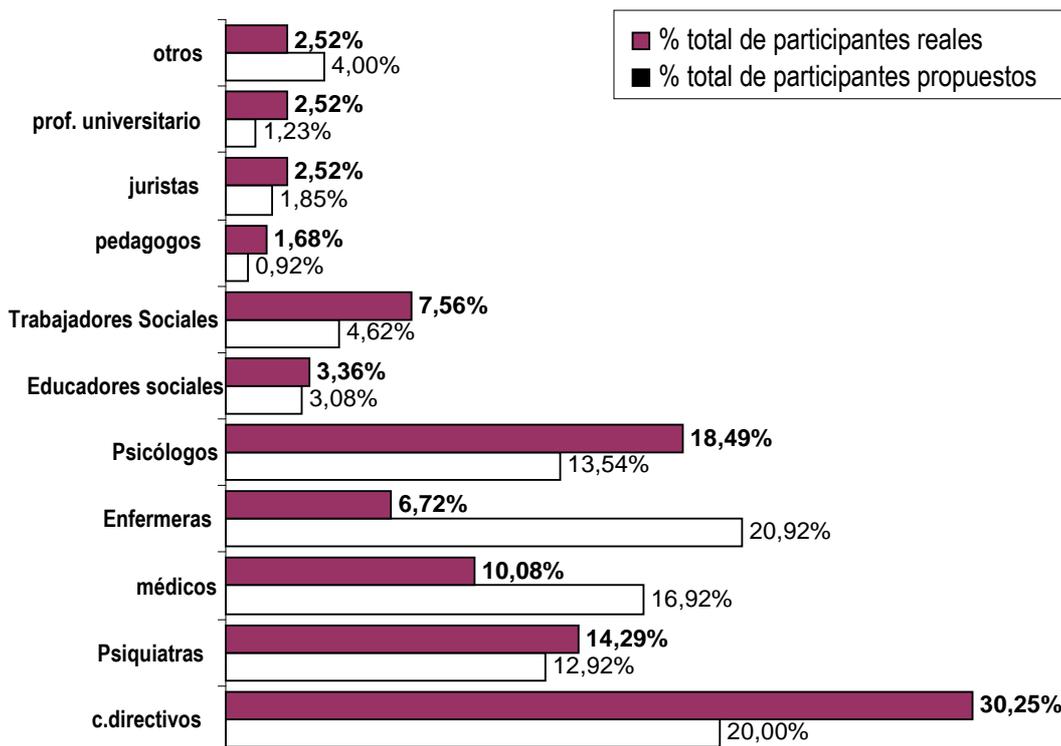
No hemos hallado diferencias significativas de género, en términos estadísticos, en función de las agrupaciones profesionales. Hombres y mujeres que han respondido el cuestionario están igualmente representados en los colectivos sanitario, de tratamiento, de mandos y también de otros.

Sí que existen diferencias significativas de género en función de la edad. Los hombres que han contestado están más sobrerrepresentados en la franja de edad *más de 50 años*. En el resto de franjas de edad, no hay diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres.

También hemos encontrado diferencias significativas de género en función de los años de experiencia. La franja de personas con *más de 20 años de experiencia* está sobrerrepresentada en hombres y, por el contrario, la franja *menos de 10 años de experiencia* está sobrerrepresentada en mujeres.

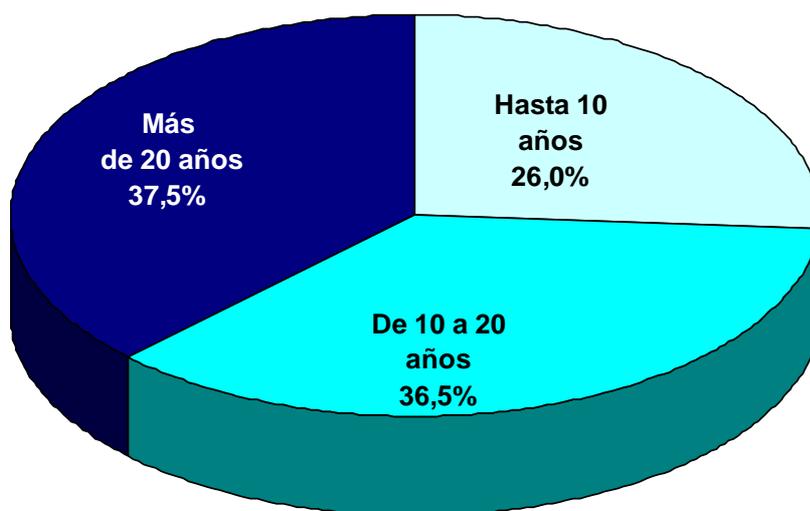
Si nos fijamos ahora en la profesión que ejercen los participantes en el Delphi, veremos que del total de participantes los cargos intermedios (30,25%) son el grupo más numeroso, seguidos de los psicólogos (18,49%), los psiquiatras (14,29%) y los médicos (10,08%).

Gráfico 38. Porcentaje de cada profesión respecto al total de participantes en el Delphi



Si miramos ahora los años de experiencia que han declarado los participantes del Delphi, el gráfico siguiente nos da esta distribución:

Gráfico 39. Años de experiencia de los expertos que han participado en el Delphi



Como se puede ver, los profesionales que han contestado el Delphi acumulan una gran experiencia profesional.

Si lo miramos según las agrupaciones profesionales, se encuentran diferencias estadísticamente significativas con respecto a los años de experiencia y la edad de los profesionales, dos variables directamente relacionadas:

- Los sanitarios están más representados en las franjas de edad *entre 41 y 50 años y más de 50 años*. En cuanto a la experiencia, este colectivo también está estadísticamente más representado en la franja *más de 20 años de experiencia profesional*. Por lo tanto, podemos decir que los sanitarios que han respondido el cuestionario son más mayores y llevan más tiempo trabajando que el resto de profesionales que lo han hecho.
- Los del grupo “tratamiento” (psicólogos, pedagogos, educadores sociales, juristas y trabajadores sociales) están más representados en la franja de edad *hasta 40 años*. En cuanto a la experiencia, es el colectivo que está más representado estadísticamente en la franja *hasta 10 años de experiencia profesional*. Por lo tanto, podemos afirmar que los profesionales de tratamiento que han respondido son los más jóvenes entre los participantes y los que menos tiempo llevan trabajando.
- Los cargos intermedios están más representados en la franja de edad *entre 41 y 50 años*. Sobre la experiencia, este colectivo tiene más representatividad en las franjas *entre 10 y 20 años de experiencia profesional y más de 20 años de experiencia profesional*. Por lo tanto, podemos decir que los profesionales que ejercen cargos intermedios y que han respondido el cuestionario se encuentran por edad en la cuarentena y acumulan bastante o mucho tiempo de experiencia.

9.3.3. La lista de participantes

A continuación, presentamos, ordenada alfabéticamente, la lista de participantes en el Delphi, con la profesión y el puesto de trabajo en el momento de la tramitación del primer cuestionario.

Tabla 73. Lista de participantes en el Delphi

Nombre		
Agra, Felipe	Espachs Olivera, Rosa	Murillo López, Pilar
Aguadé, Maria	Forcadell Berenguer, Antoni	Navarro Serra, Laura
Aguilar Barajas, Jesús	Francés Mestre, M. Antónia	Navarro Pérez, Juan Carlos
Alujas, Vicens	Gaitán, Sergi	Ojeda Del Olmo, Carmen
Andrés Pueyo, Antonio	Galdón, Xavier	Ortega Basanta, Luis
Ariño Sorribas, José Luís	García, César	Pané Izquierdo, Jéssica
Armenteros López, Beatriz	García Camaño, David	Pasqual Albarado, M. Lluïsa
Arroyo Cobo, José Manuel	García Clavel, Ignasi	Porrás, Mariano
Barba Taló, Josep	Gómez Royes, Oscar	Presa Llorente, A. M.
Barraza Maldonado, Pamela	Gracia Canales, Luis Pablo	Puertas Bores, Rafael
Bedoya del Campillo, A. Francisco	Hernández Monsalve, Mariano	Puértolas López, Alberto
Benavent, Misericòrdia	Iñigo Barrio, Cristina	Pujol Robinat, Amadeo
Benítez Eiroa, Andrés	Izquierdo, Mercedes	Pujol Serna, Núria
Boguñá Casellas, Jordi	Jambrina Gato, Ignasi	Querol Tous, Rosa
Bonfill, Rosa	Kastner, Elías	Ramos Montes, Josep
Borras, Lluís	Labad, Antonio	Ribes, Eduardo
Cabanes, Anna	Leal Rubio, José	Robalo Piriz, Raquel
Caixal López, Germán	Lisa Catalán, Francesc	Roca Casasus, Mercé
Camarasa Casals, Célia	Llop Ribalta, Margarida	Roca Tutusaus, Xavier
Camí Asensio, Lluís	Lluch Cerdá, Joan	Romero Beitia, Francesc
Cano Martín, Antoni	López Ferre, Sandra	Roure Miró, Núria
Capell, Teresa	López Zueras, Rafael	Rovira Machordom, Mercè
Carranza Pau, Joan Carles	López Pérez, Manuel	Sánchez Alfonso, Carmen
Casaus, Pilar	Mangues Bafalluy, Josefina	Sastre Carrión, Ana
Caso Pizarro, M. Aránzazu	Marí Fabra, Carles	Serratusell, Lúdia
Catalá Bastida, Roser	Markez, Iñaki	Solá Carrión, Manel
Chico Librán, Eliseo	Martín Valero, Lluís	Solé Carrizo, Jordi
Creixell, Joan	Martínez Cordero, Andrés	Soler Carbó, Concepció
Cuenca Martínez, Carlos	Martínez Sanz, Joana	Soler Iglesias, Carles
Cusó Calaf, Núria	Martínez Serrano, Carmen	Soto Fernández, Montserrat
Del Campo Saiz, Pedro	Martínez Torres, Joan Antoni	Tallón, Manuel
Díaz del Álamo, María del Carmen	Medallo Muñiz, Jordi	Teixidó Pérez, Núria
Dolcet Maria, Carme	Mejías, Valentina	Torreillas Madrid, M. Mar
Doménech Santos, Neus	Mercadé Simó, Enric	Torrubia, Rafael
Domínguez Quinoya, Pedro	Mohino, Susana	Tort Herrando, Vicens
Elias Calvo, Francesc	Molina Fernández, Maria Isabel	Turñé, Ruth
Enriquez Vázquez, Diego Jesús	Montón Martínez, Joan Josep	Vaz Rovira, Elisa
Escobosa Arrocha, Daniel	Morell Díaz, Aurora	Vicens Pons, Enric
Escribano, Montserrat	Moreno, Octavi	Zarauza Bautista, Emilio
Esculies, Oriol	Moya, Josep	

Tabla 74. Lista de profesiones y puestos de trabajo de los participantes en el Delphi

Profesión	Puesto de trabajo
Cargo intermedio	Adjunto al Sindic de Greuges
Cargo intermedio	Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada
Cargo intermedio	Centro Abierto Hombres BCN
Cargo intermedio	Centro PINEL
Cargo intermedio	Coordinadora medidas penales alternativas (IRES)
Cargo intermedio	Coordinadora trabajadores sociales CTASP BCN
Cargo intermedio	CP Brians
Cargo intermedio	CP Girona
Cargo intermedio	CP Abierto Hombres BCN
Cargo intermedio	CTASP de Barcelona

Cargo intermedio	CTASP Lleida
Cargo intermedio	Instituto Anatómico Forense
Cargo intermedio	Medidas Penales Alternativas BCN
Cargo intermedio	Pabellón Hospitalario Penitenciario de Terrassa
Cargo intermedio	Proyecto Hombre Barcelona
Cargo intermedio	Proyecto Hombre Montgat
Cargo intermedio	Sección Tratamiento SSPRJ
Cargo intermedio (2)	CP Mujeres BCN
Cargo intermedio (2)	CP Figueres
Cargo intermedio (2)	CP Hombres BCN
Cargo intermedio (2)	CP Jóvenes BCN
Cargo intermedio (2)	UHPP CP Brians
Cargo intermedio (3)	CP Quatre Camins
Cargo intermedio (3)	CP Tarragona
Cargo intermedio (5)	CP Ponent Lleida
Catedrático	Universidad de Barcelona
Educador social	CP Quatre Camins
Educador social	CP Ponent Lleida
Educador social	DAE CP Quatre Camins
Educador social	IRES
Enfermero (3)	CP Ponent Lleida
Enfermera	CP Figueres
Enfermera	CP Girona
Enfermera	CP Quatre Camins
Enfermera (2)	CP Hombres BCN
Jurista	Adjunto al Síndic de Greuges
Jurista	CP Ponent Lleida
Jurista	CP Quatre Camins
Médico	Alicante
Médico	Asturias
Médico	Atención Primaria de Zaragoza
Médico	CP Mujeres BCN
Médico	CP Quatre Camins
Médico	Málaga
Médico (2)	CP Hombres BCN
Médico (2)	CP Tarragona
Médico (3)	CP Brians
Monitor (2)	Centro PINEL
Pedagoga	CP Ponent Lleida
Pedagoga	CP Tarragona
Profesor universitario	Departamento Psiquiatría y Medicina Legal UAB
Profesor universitario	Universidad Rovira i Virgili Tarragona
Psicólogo	CE Els Tilers (Justicia Juvenil)
Psicólogo	Centro PINEL
Psicólogo	CP Girona
Psicólogo	Equipo Medio Abierto Vallès (Justicia Juvenil)
Psicólogo	Supervisor
Psicólogo (2)	CP Figueres
Psicólogo (3)	CP Ponent Lleida
Psicóloga	CP Hombres BCN
Psicóloga	Instituto Anatómico Forense
Psicóloga	Medidas Penales Alternativas BCN
Psicóloga	SAT Penal BCN
Psicóloga (2)	DAE CP Quatre Camins
Psicóloga (2)	IRES
Psicóloga (4)	CP Quatre Camins
Psiquiatra	Autónomo
Psiquiatra	Centro PINEL
Psiquiatra	Corporación Sanitaria Parc Taulí
Psiquiatra	CP Girona
Psiquiatra	CP Jóvenes BCN

Psiquiatra	CP Ponent Lleida
Psiquiatra	CP Quatre Camins. Hospital Sant Joan de Déu
Psiquiatra	CP Tarragona
Psiquiatra	Director Psiquiatria Penitenciaria Sant Joan de Déu
Psiquiatra	Hospital Pere Mata
Psiquiatra	Hospital Vall d'Hebron
Psiquiatra	Instituto Anatómico Forense
Psiquiatra	Madrid
Psiquiatra	País Vasco
Psiquiatra	Servicios de Salud Mental. Hospital Sant Joan de Déu
Trabajador social	DAE CP Quatre Camins
Trabajador social (2)	CP Ponent Lleida
Trabajadora social	CP Brians
Trabajadora social	CTASP CP Brians
Trabajadora social (2)	CTASP Barcelona
Trabajadora social	U. Psiquiátrica CPQC Hospital Sant Joan de Déu
Voluntario	Autónomo

9.4. El grupo de expertos

Como ya hemos comentado en diversas ocasiones a lo largo de estas primeras páginas, otro de los elementos principales introducidos en el procedimiento de trabajo de la investigación fue el grupo de expertos.

El papel del grupo de expertos fue doble: por una parte nos asesoró en el proceso de decisión del contenido del cuestionario, para encontrar las preguntas más convenientes y tratarlas con la profundidad necesaria; en segundo lugar, contribuyó a la interpretación de los resultados de las respuestas que habían dado los participantes.

Este grupo de expertos estaba compuesto por (en orden alfabético): Vicens Alujas, Anna Cabanes, Pilar Casaus, Montserrat Escribano, David Garcia, Mercedes Izquierdo, Carles Marí, Valentina Mejías; Eduard Riba, Xavier Roca y Mercè Rovira.

Los cargos y puestos de trabajo se recogen en la lista siguiente y fueron seleccionados con el asesoramiento del responsable de programas sanitarios de la Dirección General de Recursos y Régimen Penitenciario. En este grupo, sí que se quiso lograr cierta representación de todos los colectivos implicados, de los diferentes centros penitenciarios y de las diferentes realidades de atención que en el ámbito de salud mental penitenciaria se dan en Catalunya.

Tabla 75. Lista de expertos de asesoramiento del Delphi

Cargo y puesto de trabajo

Jefe de Enfermería. CP Quatre Camins
Coordinador Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Penitenciaria. CP Brians
Coordinador. Centro PINEL
Coordinadora sanitaria. UHPP. CP Brians
Coordinadora Trabajo Social. Comisión Territorial Asistencia Social Primaria Barcelona
Enfermera CP Hombres BCN
Jurista. CP Brians
Psicóloga. Unidad Polivalente de Salud Mental. CP Quatre Camins
Psiquiatra consultora. CP Tarragona
Trabajador social. UP Salud Mental. CP Quatre Camins. Hospital Sant Joan de Déu
Jefe de Sección de Tratamiento. Dirección General de Recursos y Régimen Penitenciario

Para la primera tarea encomendada al grupo de expertos, el asesoramiento con respecto al contenido del cuestionario Delphi, se pidió a los miembros del grupo que definiesen los puntos fuertes y los puntos débiles de sus instituciones con respecto a 4 puntos:

- La detección y el diagnóstico de los problemas de salud mental.
- El tratamiento y la intervención sobre estas problemáticas.
- La derivación (tanto interna como externa) de los enfermos.
- Otros.

En segundo lugar, de aquellos aspectos que no habían aparecido como puntos fuertes ni puntos débiles de las instituciones catalanas, pero que sí que se recogían como cuestiones importantes en las recomendaciones del Consejo de Europa o en las referencias bibliográficas consultadas, les pedimos cuáles eran las orientaciones más convenientes para abordarlas en el cuestionario y sobre qué vertientes había que incidir preferentemente.

Finalmente, en tercer lugar, algunos miembros del grupo de expertos aportaron otras recomendaciones y propuestas trabajadas en otros foros y comisiones de salud mental y adicciones, que incluimos en el formulario del cuestionario, para que los profesionales opinasen al respecto.

Todo este trabajo se concretó en una reunión previa a la difusión de la primera ronda del cuestionario Delphi, hecha a finales de mayo de 2006.

Para la segunda tarea encomendada a los expertos (que nos asesorasen en la interpretación de los resultados finales agregados de las respuestas que habían dado los participantes), se facilitó previamente a la reunión un resumen de los principales consensos obtenidos en los diferentes temas trabajados, así como de los principales puntos divergentes entre los participantes y, finalmente, de las propuestas de mejora más votadas.

Al grupo de expertos se le presentaron 5 ámbitos de trabajo:

- 1) Diagnóstico de los trastornos mentales en las prisiones.
- 2) Tratamiento de los trastornos mentales en las prisiones.
- 3) Salida y derivación de las personas afectadas por problemas de salud mental en las prisiones.
- 4) Personal: perfil, selección y formación.
- 5) Idoneidad de las prisiones para el tratamiento de los problemas de salud mental.

Y recibieron el encargo de contestar 4 preguntas sobre cada bloque:

- 1) ¿Por qué crees que se han producido estas opiniones divergentes?
- 2) ¿Qué crees que dificultará que se puedan llevar a cabo las opiniones consensuadas y las propuestas? ¿Qué ayudaría?
- 3) ¿Te sorprende alguna/s de estas opiniones o propuestas? ¿Por qué?
- 4) ¿Encuentras a faltar alguna idea importante?

Todo este trabajo se concretó en una reunión de cierre de la fase de explotación y análisis de datos, hecha el 1 de diciembre de 2006.

A partir de aquí, se elaboró el informe con la exposición de resultados que el lector encontrará en el próximo capítulo.

9.5. Cronograma

A continuación, se recogen los diferentes pasos que se siguieron en esta segunda parte de la investigación *Salud mental y ejecución penal* y los plazos, tanto los previstos inicialmente como los que al final se concretaron.

Tabla 76. Calendario de aplicación del Delphi

Paso	Concepto	Fecha crítica prevista	Fecha real
1	Investigación bibliográfica y búsqueda expertos	Hasta 19 mayo	19 de mayo
2	Entrevistas exploratorias a expertos	Hasta 19 mayo	19 de mayo
3	Búsqueda y confección lista de expertos	19 de mayo	13 de junio
4	Elaboración primer cuestionario	Hasta 26 mayo	25 de mayo
5	Reunión con la <i>SSPRJJ</i> para consensuar finalidad y plan de trabajo	Hasta 26 mayo	29 de mayo
6	Tramitación carta presentación	22-26 mayo	13 de junio
7	Reunión grupo expertos para diseño 1 ^o cuestionario	22-26 mayo	26 de mayo
8	Pilotaje 1 ^o cuestionario y arreglos	Hasta 31 mayo	13 de junio
9	Tramitación 1 ^o cuestionario	1 de junio	20 de junio
10	Recordatorio de entrega	21 a 23 junio	7 de julio
11	Cierre recogida de cuestionarios 1 ^a ronda	30 de junio	14 de julio
12	Reclamación retrasados	3 al 7 julio	17 de julio
13	Explotación datos 1 ^o cuestionario	Mes de julio	Final agosto
14	Elaboración resultados y elaboración 2 ^o cuest.	Hasta 31 agos.	5 setiembre
15	Tramitación 2 ^o cuestionario	4 a 8 setiembre	10 setiem.
16	Recordatorio de entrega	22 setiembre	8 octubre
17	Cierre recogida de cuestionarios 2 ^a ronda	30 setiembre	13 octubre
18	Reclamación retrasados	2 al 6 octubre	16 octubre
19	Explotación datos 2 ^o cuestionario	15 noviembre	15 noviem.
20	Devolutiva resultados agregados lista expertos	Final noviembre	27 noviem.
21	Elaboración y discusión resultados con expertos	Final noviembre	1 diciembre
22	Elaboración informe final Delphi	Mes diciembre	10 enero

10. Resultados: las respuestas de los profesionales

10.1. Idoneidad de las prisiones para el tratamiento de los problemas de salud mental

Como ya hemos explicado en la primera parte del estudio, la prevalencia de los trastornos mentales severos⁶⁶ observados en prisión es más alta que en la población general. También pasa lo mismo con los trastornos de personalidad.

A los profesionales a quienes enviamos el cuestionario les formulábamos un primer bloque de preguntas para saber su opinión con respecto a la idoneidad de las prisiones para el tratamiento de los problemas de salud mental de las personas que han cometido delitos.

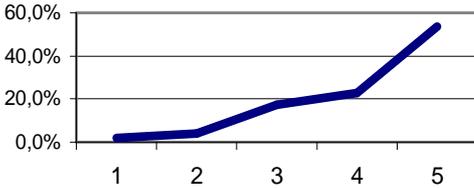
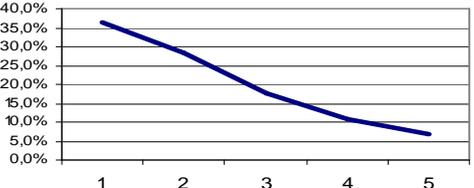
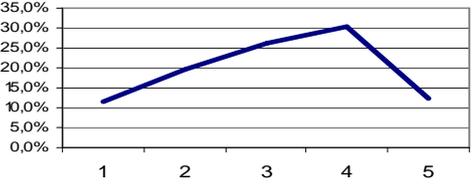
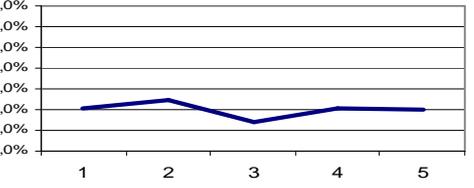
La presentación de resultados en las siguientes tablas muestra un resumen de los principales consensos y divergencias obtenidos en algunas de las preguntas de este bloque. Si al lector le interesa consultar todos los resultados, puede encontrarlos en una explotación más exhaustiva en el *Justidata 47*.⁶⁷

La estructura de estas tablas muestra, en primer lugar, aquellas opiniones que han obtenido un importante grado de consenso en la respuesta, ya sea por estar plenamente de acuerdo los profesionales o por estar plenamente en desacuerdo. A la izquierda se formula el enunciado y a la derecha se muestra el gráfico de respuestas que va de 1 (nada de acuerdo) hasta 5 (totalmente de acuerdo). Finalmente, cada enunciado muestra la media de acuerdo obtenido y la respuesta más frecuente que han dado los profesionales.

⁶⁶ Recordamos que los **trastornos mentales severos** agrupan las esquizofrenias, los trastornos delirantes, el t. esquizoafectivo, el t. psicótico compartido, el t. psicótico no especificado, los t. bipolares y el t. depresivo mayor grave, según Clasificación del DSM-IV.

⁶⁷ Justidata 47. *Salut mental i presó. L'opinió dels professionals* (setiembre 2007). CEJFE. Barcelona.

Tabla 77. Interpretación de las gráficas

	<p>Opinión consensuada Como sube de izquierda a derecha (de 1 hacia el 5), quiere decir que los profesionales que responden están muy de acuerdo</p>
	<p>Opinión consensuada Como desciende de izquierda a derecha (del 1 hacia el 5), quiere decir que los profesionales que responden están muy en desacuerdo</p>
	<p>Opinión divergente Como forma campana de Gauss (tantas de un lado como del otro), quiere decir que los profesionales opinan muy diferente unos de otros</p>
	<p>Opinión divergente Como forma una línea casi llana, quiere decir que los profesionales reparten su opinión entre cualquiera de las posibles respuestas</p>

En segundo lugar, se recogen aquellas opiniones que muestran divergencia de respuesta. Entendemos la divergencia como opiniones cotejadas en las que unos están de acuerdo y los otros en contra. Las afirmaciones sostenidas en este apartado muestran los apartados menos consensuados sobre los que hay menos acuerdo entre los profesionales encuestados.

En tercer lugar, se presentan las propuestas de mejora que han obtenido más votos y más calificación en el voto. El procedimiento seguido para obtener una lista priorizada de propuestas de mejora consistió en preguntar a los profesionales en la primera ronda del Delphi cuáles eran sus propuestas de mejora para cada apartado concreto. Se hizo una explotación de todas las propuestas reunidas y, en la segunda ronda, se pidió que las votasen según la importancia que les otorgaban.

En cuarto lugar, se recogen las principales conclusiones que se extraen de cada bloque.

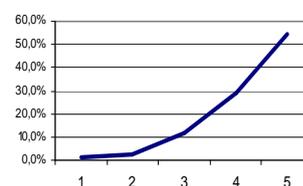
Este es el formato en que se presentarán los resultados correspondientes a todos los bloques de preguntas.

Con respecto a la idoneidad de las prisiones para el tratamiento de los problemas de salud mental, los profesionales han contestado:

Tabla 78. Sobre la idoneidad de las prisiones para el tratamiento de los problemas de salud mental

OPINIONES MÁS CONSENSUADAS

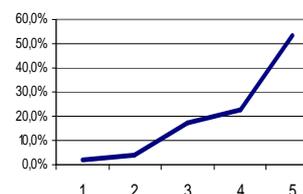
El internamiento en un CP comporta condiciones que agravan el curso de las enfermedades mentales: estrés, aislamiento social, institucionalización, que son inherentes al sistema mismo, y otras que son resultado de deficiencias en su funcionamiento: masificación, tratamiento inadecuado, inactividad, entre otros



Media de acuerdo: **4,32**

Respuesta más frecuente: **muy de acuerdo**

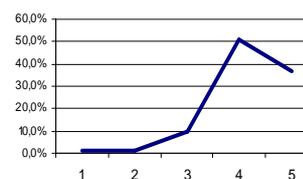
Muchas de las personas que se encuentran ingresadas en un CP con problemas de trastornos mentales deberían estar en centros sanitarios específicos



Media de acuerdo: **4,23**

Respuesta más frecuente: **muy de acuerdo**

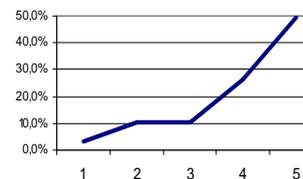
Un largo internamiento puede tener graves consecuencias a nivel de salud mental en un determinado número de personas



Media de acuerdo: **4,19**

Respuesta más frecuente: **bastante de acuerdo**

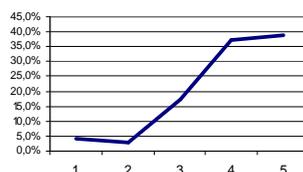
El entorno penitenciario y la aplicación del reglamento disciplinario crean dificultades importantes para lograr un ambiente terapéutico



Media de acuerdo: **4,11**

Respuesta más frecuente: **muy de acuerdo**

El mejor lugar para tratar los trastornos mentales severos y los trastornos de personalidad con buen pronóstico de tratamiento es en lugares externos a los CP



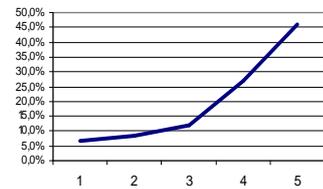
Media de acuerdo: **4,04**

Respuesta más frecuente: **muy de acuerdo**

OPINIONES MÁS CONSENSUADAS

Las prisiones son demasiado grandes para poder atender correctamente las necesidades de los enfermos mentales

Media de acuerdo: **4,00**
Respuesta más frecuente: **muy de acuerdo**



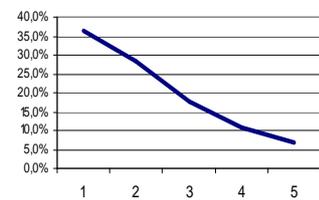
El mejor lugar para tratar a una persona que ha cometido un delito y tiene un trastorno de personalidad es un CP

Media de acuerdo: **2,32**
Respuesta más frecuente: **nada de acuerdo**



La red sociosanitaria comunitaria no asumirá protagonismo en la atención de los enfermos mentales en los CP

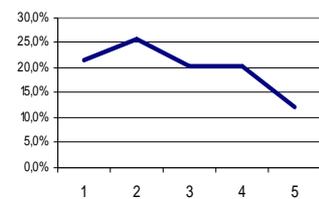
Media de acuerdo: **2,23**
Respuesta más frecuente: **nada de acuerdo**



OPINIONES MÁS DIVERGENTES⁶⁸

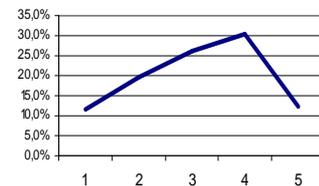
Los trastornos de personalidad con peor pronóstico de tratamiento y demás patologías mentales permanecerán en el futuro en un CP

Media de acuerdo: **2,76**
Respuesta más frecuente: **poco de acuerdo**



El marco contenedor de la prisión permite la detección rápida de patologías y la intervención en situación de crisis

Media de acuerdo: **3,13**
Respuesta más frecuente: **bastante de acuerdo**



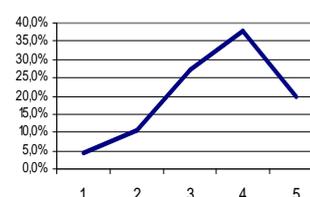
⁶⁸ Opiniones divergentes: un número significativo de personas están de acuerdo con las siguientes afirmaciones y un número significativo están en contra.

La entrada en prisión es una buena ocasión para conocer y tratar trastornos mentales graves de personas que de otra manera no se tratarían



Media de acuerdo: **3,43**
 Respuesta más frecuente: **muy de acuerdo**

En los CP suelen manifestarse enfermedades mentales en los encarcelados que antes no existían y/o se agravan sintomatologías leves



Media de acuerdo: **3,59**
 Respuesta más frecuente: **bastante de acuerdo**

A continuación, vemos las propuestas de mejora más votadas. El orden de prioridad que se pedía a los participantes iba de 1 a 5; el orden otorgado por la mayoría de participantes aparece en la puntuación de “Orden más frecuente”.

LAS PROPUESTAS DE MEJORA MÁS VOTADAS EN ESTE APARTADO

<i>Creación de unidades psiquiátricas especializadas</i>	<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
	50	1
	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
	2,82	1,45
<i>Reducir la masificación de los CP</i>	<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
	27	2
	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
	2,48	1,45
<i>Los trastornos mentales severos sólo pueden tener un abordaje sanitario y en consecuencia no deberían ser tratados en un CP</i>	<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
	33	1
	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
	3,15	1,56
<i>No mezclar los trastornos mentales graves con pacientes con trastornos de personalidad, en especial los que tengan rasgos antisociales</i>	<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
	28	3
	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
	3,39	1,17

CONCLUSIONES

Según los profesionales consultados, las características de los centros penitenciarios comportan el agravamiento de las enfermedades mentales que puedan sufrir las personas que son recluidas.

Los internamientos largos agudizan las enfermedades de los internos.

Las personas con trastornos mentales severos (TMS) no deberían estar en centros penitenciarios sino en centros hospitalarios preparados para atender esta problemática y donde se priorice el abordaje sanitario. La opinión no es tan taxativa en los casos de trastornos de personalidad (TP): aunque los profesionales no están de acuerdo en que el mejor lugar para tratarlos sea un CP, sí que lo están con respecto a que estén separados de los TMS.

Hay opiniones divergentes con respecto a que los CP sirvan como instituciones subsidiarias para detectar, intervenir y tratar enfermedades de salud mental que antes del ingreso de la persona condenada en un CP nadie había sido capaz de detectar ni de tratar.

Las propuestas de mejora que destacan los profesionales son:

- Atender a los enfermos mentales en unidades psiquiátricas especializadas.
- Separar a las personas con trastornos mentales severos de las que sufren trastornos de personalidad.
- Atender a los TMS fuera de los centros penitenciarios.
- Reducir la masificación de las prisiones.

10.2. El diagnóstico de los trastornos mentales en las prisiones

En este apartado, nos ha interesado saber la opinión de los profesionales sobre la eficacia de los centros penitenciarios para detectar con rapidez los trastornos mentales y proceder a hacer un diagnóstico precoz. También se ha preguntado sobre las medidas que creen más eficaces para esta detección y diagnóstico, si creen que se aplican en su prisión y qué condiciones deberían darse para garantizar una buena implementación.

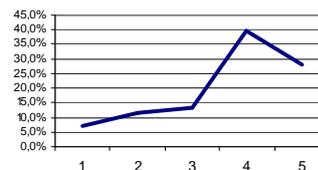
Tabla 79. Sobre el diagnóstico de los trastornos mentales en las prisiones

OPINIONES MÁS CONSENSUADAS	
<p><i>El diagnóstico se debería hacer independientemente de si la persona está en prisión como penada o como preventiva</i></p> <p>Media de acuerdo: 4,41 Respuesta más frecuente: muy de acuerdo</p>	
<p><i>Falta una unidad pericial en prisión para ubicar correctamente al paciente/interno</i></p> <p>Media de acuerdo: 4,10 Respuesta más frecuente: muy de acuerdo</p>	
<p><i>Si el interno llega tratado, se recibe muy poca información del recurso precedente aunque existan datos</i></p> <p>Media de acuerdo: 4,02 Respuesta más frecuente: bastante de acuerdo</p>	
<p><i>La prisión no es el mejor lugar para detectar ni empezar a tratar. Debería ser un lugar subsidiario de la red sociosanitaria. Falta trabajo de prevención en esta red</i></p> <p>Media de acuerdo: 3,93 Respuesta más frecuente: muy de acuerdo</p>	
<p><i>La dificultad estriba en que muchas veces se hacen diagnósticos en unidades hospitalarias de urgencias a partir de pocos elementos observables y declaraciones subjetivas del paciente o acompañante, que se van arrastrando en informes posteriores</i></p> <p>Media de acuerdo: 3,76 Respuesta más frecuente: bastante de acuerdo</p>	

Hay una dificultad importante para llevar a cabo diagnósticos psiquiátricos precisos

Media de acuerdo: **3,74**

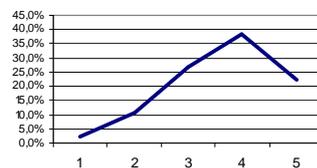
Respuesta más frecuente: **bastante de acuerdo**



Es habitual que un paciente tenga más de un diagnóstico diferente si es atendido por diferentes profesionales

Media de acuerdo: **3,69**

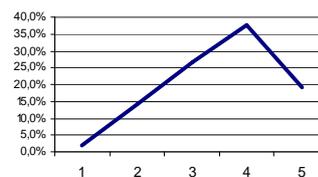
Respuesta más frecuente: **bastante de acuerdo**



Los trastornos límites de personalidad son los más difíciles de diagnosticar

Media de acuerdo: **3,67**

Respuesta más frecuente: **bastante de acuerdo**

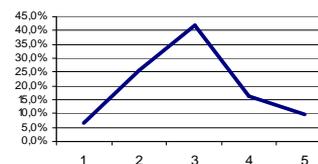


OPINIONES MÁS DIVERGENTES

Hay una falta de formación y de motivación de los profesionales implicados

Media de acuerdo: **2,96**

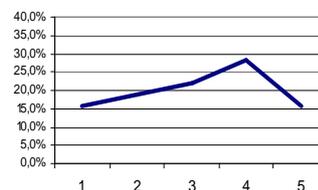
Respuesta más frecuente: **ni acuerdo ni desacuerdo**



Existe una dificultad real para definir qué es enfermedad mental y qué no lo es

Media de acuerdo: **3,08**

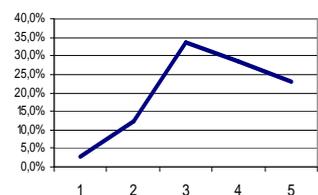
Respuesta más frecuente: **bastante de acuerdo**



Es habitual que lleguen internos con diagnósticos hechos en momentos de consumo activo de sustancias tóxicas que no se corresponden con la realidad cuando el interno disminuye o abandona el consumo

Media de acuerdo: **3,57**

Respuesta más frecuente: **ni acuerdo ni desacuerdo**



LAS PROPUESTAS DE MEJORA MÁS VOTADAS EN ESTE APARTADO

1ª medida más votada

Tener un protocolo de actuación estandarizado que permita seleccionar los casos más graves y que puedan requerir una intervención inmediata

¿Qué habría que hacer para ponerlo en marcha?

- Consensuar un protocolo por parte de los profesionales. Validarlo y exigir su aplicación incorporándolo a la gestión y procedimientos de los profesionales de todos los centros
- Actuación conjunta y coordinada entre el equipo médico y el equipo de tratamiento
- Profesionales con una ratio adecuada de pacientes
- Revisar los casos más graves cada 6 meses como mínimo
- Facilitar información a todos los profesionales que trabajen en el centro sobre la sintomatología básica que pueda alertar de un estado emocional-psicológico "alterado" y sobre el cual se debe intervenir de forma inmediata

2ª medida más votada

Realización de la historia clínica completa dentro de los primeros quince días

¿Qué habría que hacer para ponerlo en marcha?

- Antes de que el interno pase a *Interior* ya debería ir con un análisis efectuado por parte del equipo médico del Departamento de Ingresos
- Informatización de una historia clínica común
- Anamnesis y exploraciones complementarias adecuadas con seguimiento
- Aumentar el personal cualificado para la pasación de pruebas diagnósticas
- Reuniones de coordinación entre todos los profesionales que atienden al enfermo
- Personal adecuado y suficiente, y una buena estructura para poderlo hacer

3ª medida más votada

Formación del personal sobre diagnóstico para que todo el mundo utilice los protocolos homogéneamente

¿Qué habría que hacer para ponerlo en marcha?

- Creación de una comisión de expertos en salud mental para que elabore el protocolo, forme al personal y evalúe y supervise todo el proceso
- Formación en uso de protocolos estandarizados, incluyendo evaluación del riesgo
- Cursos de reciclaje y formación permanente para todos los trabajadores, ya que muchos se olvidan de que tratan con personas enfermas
- Personal con motivación en cada centro: selección, entrenamiento, carrera profesional (incentivos)

CONCLUSIONES

Según los profesionales consultados, cualquier persona que manifieste problemática de salud mental debería ser diagnosticada, independientemente de su situación procesal (penado o preventivo).

No es necesario hacer visita psiquiátrica a todo el mundo, pero sí que habría que disponer de un protocolo de observación de síntomas que hiciera activar la exploración psiquiátrica en caso necesario.

Este diagnóstico psiquiátrico lo debería realizar una unidad pericial específicamente pensada para eso y que debería tener potestad para decidir la ubicación más conveniente del enfermo.

Algunas dificultades para obtener diagnósticos precisos pueden tener su explicación en el uso de sistemas de clasificación diferentes (DSM-IV y CIE-10), pero también en el hecho de que el interno esconda la información, o bien que la sintomatología quede encubierta por el uso y abuso de drogas.

En las propuestas de mejora, los profesionales ven que es necesario:

- Tener un protocolo de actuación estandarizado que permita detectar los casos más graves para derivarlos inmediatamente a los profesionales adecuados que puedan dar una respuesta apropiada.
- Realizar una anamnesis completa a partir de esta detección, tanto si es al inicio de la estancia del interno como si la sintomatología se descubre con posterioridad. La propuesta de los profesionales pasa por concretar el diagnóstico más aproximado de su enfermedad en el plazo de unos quince días, realizando las pruebas que sean necesarias. A partir de este momento, se considera conveniente mantener informatizada la historia clínica y reevaluada cada 6 meses.
- Formar para el uso de un protocolo de observación y diagnóstico en función de sus competencias profesionales a todo el personal que deba estar en contacto con el interno con problemática psiquiátrica. Mantener un reciclaje profesional que permita actualizar las innovaciones que se vayan implementando.
- Adecuar los recursos humanos, las ratios, la selección y la formación del personal a las anteriores propuestas de mejora, estableciendo los mecanismos de motivación e incentivos convenientes para lograrlo.

10.3. El tratamiento de los trastornos mentales en las prisiones

Este bloque relativo al tratamiento de las personas con trastornos mentales en los centros penitenciarios lo hemos dividido en 4 apartados:

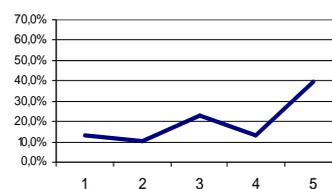
- a) Aspectos estructurales, referentes a los espacios de la prisión donde viven y conviven las personas con problemas de salud mental.
- b) La medicación y su dispensación, que pasa a ser una actividad clave para mantener y garantizar los objetivos del tratamiento.
- c) La adaptación de estos internos tanto al centro penitenciario como a su normativa.
- d) Las actividades que realizan.

10.3.a. Condiciones estructurales

Tabla 80. Sobre el tratamiento de trastornos mentales en las prisiones. Condiciones estructurales

OPINIONES MÁS CONSENSUADAS													
<p><i>Sería necesario que las condiciones del módulo donde viven estuviesen adaptadas y pensadas específicamente para sus necesidades</i></p> <p>Media de acuerdo: 4,57 Respuesta más frecuente: muy de acuerdo</p>	<table border="1"><caption>Datos del gráfico de líneas</caption><thead><tr><th>Nivel de acuerdo</th><th>Porcentaje</th></tr></thead><tbody><tr><td>1</td><td>~2,0%</td></tr><tr><td>2</td><td>~3,0%</td></tr><tr><td>3</td><td>~8,0%</td></tr><tr><td>4</td><td>~25,0%</td></tr><tr><td>5</td><td>~65,0%</td></tr></tbody></table>	Nivel de acuerdo	Porcentaje	1	~2,0%	2	~3,0%	3	~8,0%	4	~25,0%	5	~65,0%
Nivel de acuerdo	Porcentaje												
1	~2,0%												
2	~3,0%												
3	~8,0%												
4	~25,0%												
5	~65,0%												
<p><i>Habría que separar a las personas afectadas con trastornos mentales en módulos residenciales específicos</i></p> <p>Media de acuerdo: 4,44 Respuesta más frecuente: muy de acuerdo</p>	<table border="1"><caption>Datos del gráfico de líneas</caption><thead><tr><th>Nivel de acuerdo</th><th>Porcentaje</th></tr></thead><tbody><tr><td>1</td><td>~2,0%</td></tr><tr><td>2</td><td>~3,0%</td></tr><tr><td>3</td><td>~10,0%</td></tr><tr><td>4</td><td>~25,0%</td></tr><tr><td>5</td><td>~60,0%</td></tr></tbody></table>	Nivel de acuerdo	Porcentaje	1	~2,0%	2	~3,0%	3	~10,0%	4	~25,0%	5	~60,0%
Nivel de acuerdo	Porcentaje												
1	~2,0%												
2	~3,0%												
3	~10,0%												
4	~25,0%												
5	~60,0%												

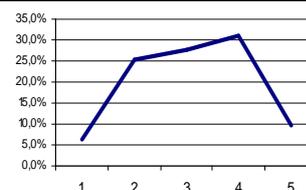
Cuando hablamos de estas personas las deberíamos nombrar como pacientes en vez de internos



Media de acuerdo: **3,59**
 Respuesta más frecuente: **muy de acuerdo**

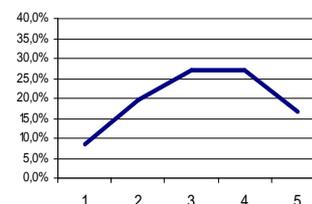
OPINIONES MÁS DIVERGENTES

A veces, los habitáculos de los internos presentan condiciones materiales e higiénicas deficientes



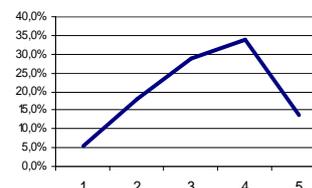
Media de acuerdo: **3,17**
 Respuesta más frecuente: **bastante de acuerdo**

Las prisiones donde se encuentran ingresadas las personas con problemas de salud mental a menudo están lejos del ámbito familiar del enfermo



Media de acuerdo: **3,21**
 Respuesta más frecuente: **ni acuerdo ni desacuerdo**

Falta de privacidad e intimidad del interno enfermo



Media de acuerdo: **3,30**
 Respuesta más frecuente: **bastante de acuerdo**

LAS PROPUESTAS DE MEJORA MÁS VOTADAS EN ESTE APARTADO

Las condiciones de una unidad de psiquiatría deben ser específicas para mantener un orden en la convivencia y prevenir agresiones, intentos de suicidio, etc.

<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
67	2
<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
2,87	1,43

Los enfermos mentales deberían estar fuera del entorno penitenciario

<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
54	1
<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
2,54	1,69

Establecer estos módulos fuera de la estructura de la prisión

<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
37	3
<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
2,73	1,15

<i>Las patologías psiquiátricas leves deberían estar con el resto de población penitenciaria y no estar aún más estigmatizadas</i>	<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
	33	4
	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
	3,27	1,51
<i>Mejor que la red pública de salud mental se especializase y hubiese infraestructura y profesionales para pacientes con riesgo de fuga</i>	<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
	27	2
	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
	2,70	1,46
<i>Sólo se debería separar a los que padecen trastornos mentales, no a los que sufren trastornos de personalidad</i>	<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
	28	3
	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
	3,14	1,48
<i>Los módulos deberían tener amplios espacios naturales, con animales y plantas</i>	<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
	24	4
	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
	3,21	1,29

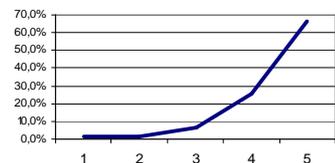
10.3.b. Medicación

Tabla 81. Sobre el tratamiento de los trastornos mentales en las prisiones. Medicación

OPINIONES MÁS CONSENSUADAS

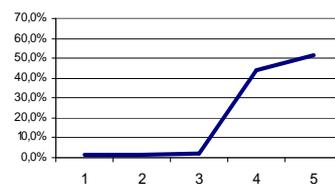
Las personas con poca conciencia de enfermedad tienden a oponer más resistencia a tomarse la medicación

Media de acuerdo: **4,55**
 Respuesta más frecuente: **muy de acuerdo**



El consumo de tóxicos, declarado o no, provoca efectos encubiertos

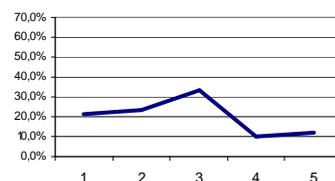
Media de acuerdo: **4,49**
 Respuesta más frecuente: **muy de acuerdo**



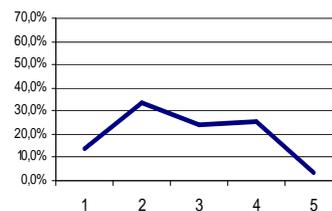
OPINIONES MÁS DIVERGENTES

La Administración no utiliza mucho la medicación como recurso para mantener tranquilo al interno, por una parte, y el orden y la seguridad del establecimiento, por la otra

Media de acuerdo: **2,61**
 Respuesta más frecuente: **ni acuerdo ni desacuerdo**

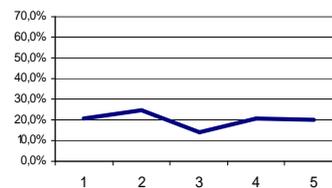


Cuando incumplen con las tomas de medicación hay que atribuirlo al miedo de los internos a ser señalados por sus compañeros como personas débiles



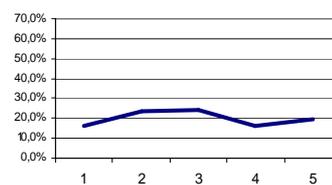
Media de acuerdo: **2,65**
 Respuesta más frecuente: **poco de acuerdo**

Hay poca eficacia en la administración correcta de los psicofármacos en los módulos ordinarios, lo que hace que se pierda el control sobre quién se lo toma y quién no



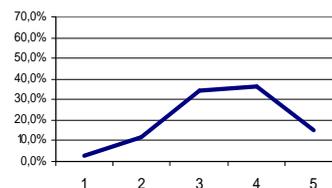
Media de acuerdo: **2,93**
 Respuesta más frecuente: **poco de acuerdo**

La dispensación líquida de los psicofármacos a los pacientes no es la manera más conveniente de administrar el medicamento



Media de acuerdo: **2,96**
 Respuesta más frecuente: **ni acuerdo ni desacuerdo**

Los efectos secundarios de la medicación les hacen desistir de tomársela



Media de acuerdo: **3,48**
 Respuesta más frecuente: **bastante de acuerdo**

LAS PROPUESTAS DE MEJORA MÁS VOTADAS EN ESTE APARTADO

<i>Disponer de personal cualificado, espacio conveniente y amplitud de tiempo por paciente</i>	<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
	52	1
	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
	2,23	1,23
<i>La adherencia al tratamiento farmacológico debería ser uno de los principales objetivos del tratamiento, con una intervención específicamente orientada a este objetivo</i>	<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
	48	1
	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
	2,50	1,64
<i>El reparto de la medicación se debe hacer en un lugar conveniente, individualizado y supervisado</i>	<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
	38	3
	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
	3,11	1,03

<i>Supervisión durante un largo período de seguimiento en cada interno de los efectos de la medicación para adecuarla de la forma más beneficiosa para cada interno</i>	<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
	34	5
	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
	3,68	1,27
<i>Utilización de los psicofármacos modernos con menos efectos secundarios</i>	<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
	32	4
	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
	3,59	1,19
<i>Los internos con escasa o nula conciencia de enfermedad que se niegan a tomar la medicación deben tomarla por vía endovenosa para estabilizar su sintomatología psiquiátrica</i>	<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
	18	3
	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
	3,22	1,26
<i>La prescripción siempre es una indicación médica y no de la Administración, aunque indirectamente se haga a menudo la demanda de mantener la tranquilidad mediante los psicofármacos</i>	<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
	16	1
	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
	3,13	1,75
<i>Hay problemas de tomas ya que a veces prima el aspecto regimental sobre el terapéutico; solución: equipos de farmacia las 24 horas</i>	<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
	8	2
	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
	3,00	1,51
<i>La dispensación líquida de los psicofármacos es una forma fácil y rápida de controlar que los internos se la beban evitando al mismo tiempo los malos usos de la medicación</i>	<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
	6	3
	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
	3,50	1,23

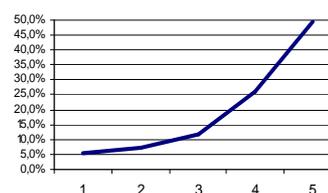
10.3.c. Adaptación a la normativa

Tabla 82. Sobre el tratamiento de trastornos mentales en las prisiones. Adaptación a la normativa

OPINIONES MÁS CONSENSUADAS

Habría que tener reglamentos de régimen interno adaptados a los enfermos mentales

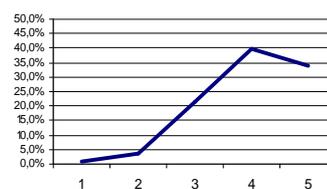
Media de acuerdo: **4,15**
 Respuesta más frecuente: **muy de acuerdo**



La parte regimental tiene mucho peso en las prisiones pequeñas que no tienen módulos hospitalarios, y eso dificulta la atención terapéutica

Media de acuerdo: **4,06**

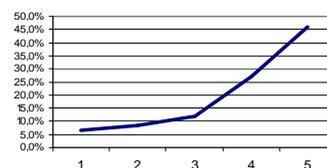
Respuesta más frecuente: **bastante de acuerdo**



Las prisiones son demasiado grandes para poder atender correctamente las necesidades de los enfermos mentales

Media de acuerdo: **4,00**

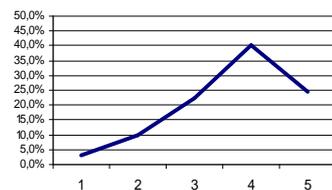
Respuesta más frecuente: **mucho de acuerdo**



Cuesta discriminar entre la falta de capacidad para seguir las normas y la manipulación del interno

Media de acuerdo: **3,72**

Respuesta más frecuente: **bastante de acuerdo**

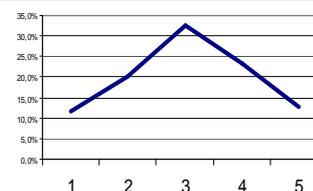


OPINIONES MÁS DIVERGENTES

Aislamiento prolongado o indefinido dificulta la adaptación

Media de acuerdo: **3,12**

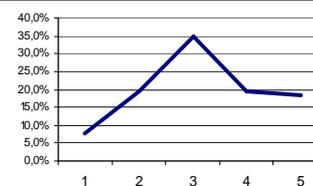
Respuesta más frecuente: **ni acuerdo ni desacuerdo**



La falta de adaptación puede implicar un riesgo de suicidio

Media de acuerdo: **3,26**

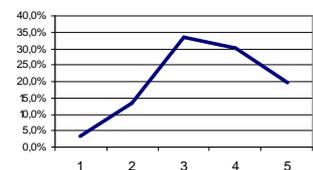
Respuesta más frecuente: **ni acuerdo ni desacuerdo**



La falta de adaptación a la normativa proviene a menudo de los problemas de adaptación al medio penitenciario

Media de acuerdo: **3,45**

Respuesta más frecuente: **ni acuerdo ni desacuerdo**



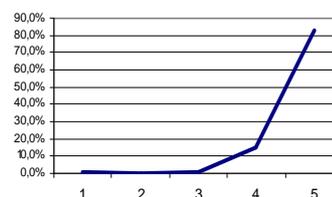
10.3.d. Actividades terapéuticas

Tabla 83. Sobre el tratamiento de trastornos mentales en las prisiones. Actividades terapéuticas

OPINIONES MÁS CONSENSUADAS

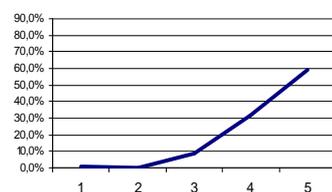
Es muy importante trabajar con estas personas de manera muy consecuente entre todos los profesionales que intervienen (desde el psiquiatra al vigilante de módulo)

Media de acuerdo: **4,80**
Respuesta más frecuente: **muy de acuerdo**



Se debería garantizar un seguimiento tutorial más frecuente que para el resto de internos, dada su condición

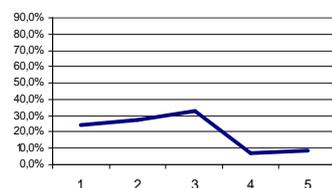
Media de acuerdo: **4,48**
Respuesta más frecuente: **muy de acuerdo**



OPINIONES MÁS DIVERGENTES

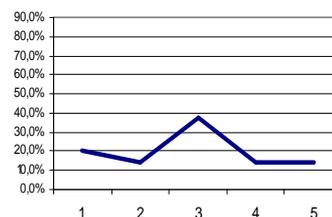
A las personas que necesitan una vigilancia permanente, hay que asignarles un preso de confianza si se carece recursos humanos

Media de acuerdo: **2,56**
Respuesta más frecuente: **ni acuerdo ni desacuerdo**



Sería necesario que las actividades formativas, laborales, culturales, de recreo, etc., se hiciesen aparte del resto de personas ingresadas en prisión

Media de acuerdo: **2,86**
Respuesta más frecuente: **ni acuerdo ni desacuerdo**



LAS PROPUESTAS DE MEJORA MÁS VOTADAS EN ESTE APARTADO

	<i>n</i> votos	Orden más frecuente
<i>Es importante que los internos con problemática psiquiátrica no compartan habitualmente actividades con el resto de internos de la institución para evitar que los manipulen, que los coaccionen y, en definitiva, exponerlos a situaciones estresantes que agraven su sintomatología</i>	43	2
	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
	2,95	1,19
<i>Las actividades compartidas deberían ser de cariz instrumental</i>	<i>n</i> votos	Orden más frecuente
	13	5
	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
	3,92	1,04

CONCLUSIONES

Según los profesionales consultados, las condiciones de los módulos residenciales para personas con trastornos mentales severos deberían estar adaptadas y pensadas específicamente para sus necesidades, separadas del resto de internos de la prisión.

Se está plenamente de acuerdo en que esta adaptación debería hacerse también con la normativa penitenciaria y el reglamento de régimen interior.

Se valora como muy importante que todos los profesionales que están en contacto con el enfermo actúen al unísono y que sean muy consecuentes en sus actuaciones. En este sentido, los expertos valoran la posibilidad de introducir una figura de coordinación que enlace las necesidades sanitarias con las de tratamiento y las de seguridad.

Se constata que la toma de medicación correcta según las pautas médicas prescritas es una de las prioridades de todo el personal que trabaja con problemática de salud mental en las prisiones. Las principales dificultades vienen condicionadas por la falta de colaboración de las personas que no son conscientes de estar enfermas y que presentan más resistencia a tomarse la medicación. El horario regimental de un CP impone muchas dificultades para

poder respetar las tomas bajo la supervisión de personal cualificado, y eso obliga a confiar en el interno en algunas de ellas.

Sobre el uso y abuso de la medicación y la relación con la conflictividad de los internos, las opiniones de los profesionales son divergentes. Los expertos consideran que las prisiones son un fiel reflejo de la sociedad, y que ésta cada vez pide más respuestas farmacológicas a las problemáticas conductuales. Por otro lado, en la sociedad se da cierta permisividad en el consumo de tóxicos, principalmente si van asociados al ocio y a espacios de fiesta. Los CP están llenos de toxicómanos que han llegado a extremos de abuso muy elevados. Eso y las reacciones primarias de muchas de estas personas, sometidas además a una problemática mental, comportan un alto riesgo de agresividad y de autoagresividad, aunque con el actual tratamiento sanitario haya quedado minimizado respecto a otras épocas en que este tratamiento no era posible.

Sobre las actividades, parece existir cierto consenso en pedir actividades para los internos con problemática mental grave separadas del resto de los internos. Los argumentos van desde el cariz terapéutico que deberían tener todas ellas con respecto a las que pueden hacer el resto de internos, hasta el planteamiento más proteccionista de evitar que sean manipulados o coaccionados por el resto de internos del centro penitenciario, o que puedan estar expuestos a situaciones estresantes añadidas a la del internamiento penitenciario que agraven aún más su sintomatología. Esta separación, sin embargo, no debería aplicarse a las personas que sufren problemática mental leve, que se considera que deberían permanecer con el resto de internos. Por otro lado, queda poco claro cuál es la respuesta más conveniente sobre las actividades para las personas con trastornos de personalidad diagnosticados.

Tampoco queda claramente definido por parte de los profesionales si debería existir el papel del *preso de confianza* en aquellas situaciones de vigilancia más constante de las personas afectadas de trastornos más graves cuando no se puede alcanzar una supervisión constante e individual por falta de recursos.

En las propuestas de mejora, los profesionales ven que es necesario:

- Tener unidades de psiquiatría con unas condiciones estructurales y de vida cotidiana específicas que permitan mantener un orden en la convivencia, evitar agresiones, intentos de suicidio, etc.
- Mantener a los enfermos mentales graves fuera del entorno penitenciario.
- Convertir la adherencia al tratamiento farmacológico prescrito por el médico en uno de los objetivos de trabajo prioritarios con cada interno para garantizar su estabilidad y la posibilidad de trabajar con ellos otros aspectos del tratamiento.
- Trabajar en la armonización de los conceptos de seguridad y tratamiento como objetivos que no deberían ser antagonistas. En este sentido, se plantea la figura de un coordinador cuya misión sea esta armonización en todos los centros penitenciarios

10.4. La salida y derivación de los pacientes de las prisiones

Este bloque lo hemos dividido en 2 apartados:

- a) Sobre los procesos de derivación y traspaso de información a los profesionales que deberán continuar la tarea en el tema de salud mental.
- b) Sobre la preparación de la salida.

10.4.a. Procesos de derivación y traspaso de información entre profesionales

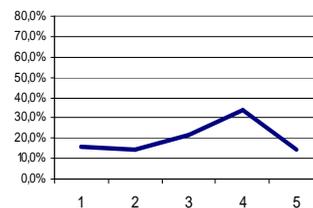
Tabla 84. Sobre la salida y derivación de los pacientes de las prisiones. Traspaso de información

OPINIONES MÁS CONSENSUADAS													
<p><i>No es necesario tener información previa, dado que la forma de trabajar de nuestro recurso nada tiene que ver con la de otros recursos de donde viene el paciente</i></p> <p>Media de acuerdo: 1,38 Respuesta más frecuente: nada de acuerdo</p>	<table border="1"> <caption>Data for 'No es necesario tener información previa...'</caption> <thead> <tr> <th>Level</th> <th>Percentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>75,0%</td></tr> <tr><td>2</td><td>15,0%</td></tr> <tr><td>3</td><td>5,0%</td></tr> <tr><td>4</td><td>2,0%</td></tr> <tr><td>5</td><td>1,0%</td></tr> </tbody> </table>	Level	Percentage	1	75,0%	2	15,0%	3	5,0%	4	2,0%	5	1,0%
Level	Percentage												
1	75,0%												
2	15,0%												
3	5,0%												
4	2,0%												
5	1,0%												
<p><i>Existen protocolos claros con respecto a la información que es necesario recibir y/o dar para aceptar/derivar un caso</i></p> <p>Media de acuerdo: 2,14 Respuesta más frecuente: poco de acuerdo</p>	<table border="1"> <caption>Data for 'Existen protocolos claros...'</caption> <thead> <tr> <th>Level</th> <th>Percentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>35,0%</td></tr> <tr><td>2</td><td>35,0%</td></tr> <tr><td>3</td><td>30,0%</td></tr> <tr><td>4</td><td>5,0%</td></tr> <tr><td>5</td><td>2,0%</td></tr> </tbody> </table>	Level	Percentage	1	35,0%	2	35,0%	3	30,0%	4	5,0%	5	2,0%
Level	Percentage												
1	35,0%												
2	35,0%												
3	30,0%												
4	5,0%												
5	2,0%												
<p><i>En el traspaso, es más importante presentar a la persona al nuevo profesional que lo deberá atender que la información del caso</i></p> <p>Media de acuerdo: 2,24 Respuesta más frecuente: poco de acuerdo</p>	<table border="1"> <caption>Data for 'En el traspaso, es más importante presentar a la persona...'</caption> <thead> <tr> <th>Level</th> <th>Percentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>30,0%</td></tr> <tr><td>2</td><td>35,0%</td></tr> <tr><td>3</td><td>25,0%</td></tr> <tr><td>4</td><td>5,0%</td></tr> <tr><td>5</td><td>5,0%</td></tr> </tbody> </table>	Level	Percentage	1	30,0%	2	35,0%	3	25,0%	4	5,0%	5	5,0%
Level	Percentage												
1	30,0%												
2	35,0%												
3	25,0%												
4	5,0%												
5	5,0%												
<p><i>Normalmente se recibe información estructurada donde se explica la problemática de trastornos que presenta esta persona y las pautas de tratamiento</i></p> <p>Media de acuerdo: 2,29 Respuesta más frecuente: poco de acuerdo</p>	<table border="1"> <caption>Data for 'Normalmente se recibe información estructurada...'</caption> <thead> <tr> <th>Level</th> <th>Percentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>25,0%</td></tr> <tr><td>2</td><td>35,0%</td></tr> <tr><td>3</td><td>25,0%</td></tr> <tr><td>4</td><td>5,0%</td></tr> <tr><td>5</td><td>2,0%</td></tr> </tbody> </table>	Level	Percentage	1	25,0%	2	35,0%	3	25,0%	4	5,0%	5	2,0%
Level	Percentage												
1	25,0%												
2	35,0%												
3	25,0%												
4	5,0%												
5	2,0%												
<p><i>Las personas sometidas a medidas de seguridad acaban sufriendo en prisión el olvido de los responsables jurídicos en todas las medidas relacionadas con su salida al exterior</i></p> <p>Media de acuerdo: 3,65 Respuesta más frecuente: bastante de acuerdo</p>	<table border="1"> <caption>Data for 'Las personas sometidas a medidas de seguridad...'</caption> <thead> <tr> <th>Level</th> <th>Percentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>5,0%</td></tr> <tr><td>2</td><td>15,0%</td></tr> <tr><td>3</td><td>28,0%</td></tr> <tr><td>4</td><td>30,0%</td></tr> <tr><td>5</td><td>25,0%</td></tr> </tbody> </table>	Level	Percentage	1	5,0%	2	15,0%	3	28,0%	4	30,0%	5	25,0%
Level	Percentage												
1	5,0%												
2	15,0%												
3	28,0%												
4	30,0%												
5	25,0%												

OPINIONES MÁS DIVERGENTES

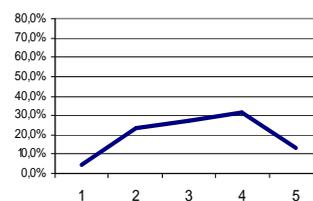
La multiplicidad de disciplinas profesionales que intervienen es una dificultad al explicitar la información relevante que hay que traspasar por escrito

Media de acuerdo: **3,14**
Respuesta más frecuente: **bastante de acuerdo**



Al derivar un caso a un nuevo recurso, cuesta mucho saber qué información se traspasable y qué información debería quedar en la esfera de la confidencialidad

Media de acuerdo: **3,26**
Respuesta más frecuente: **bastante de acuerdo**



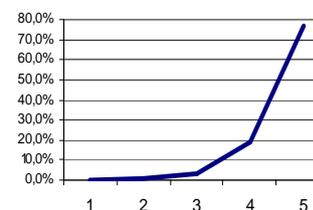
10.4.b. Preparación y salida

Tabla 85. Sobre la salida y derivación de los pacientes de las prisiones. Preparación y salida

OPINIONES MÁS CONSENSUADAS

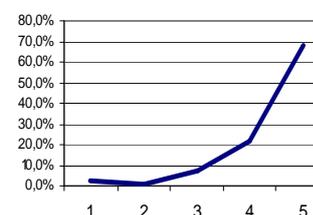
Asegurar un plan de transición del mundo penitenciario al mundo en libertad, en que se incorporen representantes de la prisión, de los equipos de medio abierto, de los servicios sociales y de los servicios comunitarios de salud mental

Media de acuerdo: **4,71**
Respuesta más frecuente: **muy de acuerdo**



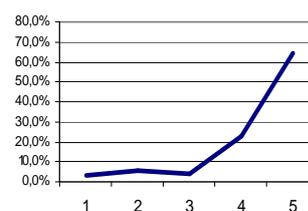
Muchos tratamientos se interrumpen al salir en libertad. Se podría valorar la posibilidad de vincular un profesional relacionado con el seguimiento de la libertad condicional a la red de salud mental comunitaria que haga la tutorización y el seguimiento de los tratamientos individualizados

Media de acuerdo: **4,50**
Respuesta más frecuente: **muy de acuerdo**



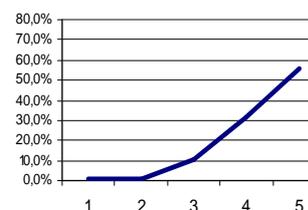
Asegurar que en la excarcelación el interno tiene la medicación importante como mínimo para una semana

Media de acuerdo: **4,36**
Respuesta más frecuente: **muy de acuerdo**



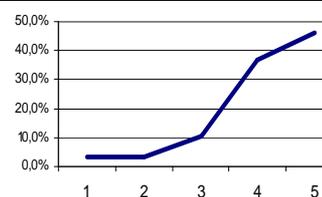
Muchos enfermos mentales no acceden a los beneficios penitenciarios. Se podría valorar la posibilidad de vincular la obtención de estos beneficios al desarrollo de programas de rehabilitación psicosocial, incorporando los posibles beneficios al proceso terapéutico

Media de acuerdo: **4,31**
Respuesta más frecuente: **muy de acuerdo**



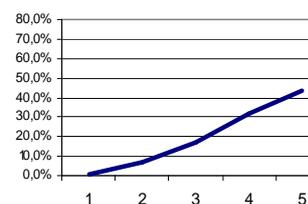
Muchos enfermos interrumpen el tratamiento al salir de la prisión, dado que no se puede garantizar un seguimiento estrecho de la red de salud mental comunitaria

Media de acuerdo: **4,25**
Respuesta más frecuente: **muy de acuerdo**



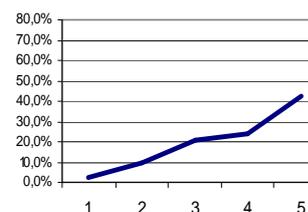
Asegurar que el interno tenga derecho a algún tipo de subsidio social inmediatamente al salir de la prisión

Media de acuerdo: **4,14**
Respuesta más frecuente: **muy de acuerdo**

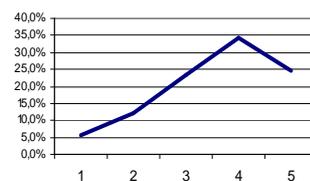


Los enfermos crónicos con alto riesgo de peligrosidad social no deberían salir de la prisión directamente a la calle y tendrían que permanecer en centros sanitarios adecuados, tutelados por personal sanitario altamente cualificado

Media de acuerdo: **3,97**
Respuesta más frecuente: **muy de acuerdo**



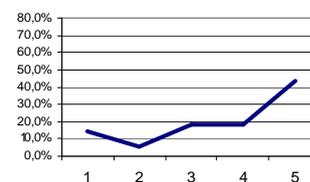
En los CP se suelen realizar aprendizajes de conductas no sociales que no favorecen la salida de los penados a centros psiquiátricos civiles



Media de acuerdo: **3,63**

Respuesta más frecuente: **bastante de acuerdo**

Antes de la salida, hay que informar a la víctima de que el interno será puesto en libertad



Media de acuerdo: **3,59**

Respuesta más frecuente: **muy de acuerdo**

LAS PROPUESTAS DE MEJORA MÁS VOTADAS EN ESTE APARTADO

<i>Trabajo en equipo: equipo de la prisión - equipo de la red sanitaria</i>	<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
	56	1
	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
	2,70	2,01
<i>Protocolos de derivación (diagnóstico, tratamiento clínico y tratamiento penitenciario, síntesis de la historia clínica y orientaciones)</i>	<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
	51	3
	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
	3,49	1,74
<i>Tratamiento interdisciplinario entre el Departamento de Justicia y el Departamento de Salud</i>	<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
	40	2
	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
	3,45	1,81
<i>Refuerzo del seguimiento externo con educadores de medio abierto, mientras estén en 3º grado y libertad condicional</i>	<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
	35	3
	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
	3,57	1,79
<i>Centros de salud mental comunitarios y especializados</i>	<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
	28	2
	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
	3,57	1,93
<i>Inserción laboral adecuada a su patología</i>	<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
	31	3
	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
	4,19	1,83
<i>Coordinación informatizada de historias clínicas</i>	<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
	24	2
	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
	3,96	2,01

<i>Crear una figura encargada del seguimiento del enfermo en libertad</i>	<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
	22	4
	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
	3,68	1,89
<i>Centros y hospitales de día especializados</i>	<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
	20	2
	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
	3,40	1,64
<i>Medidas judiciales que obliguen a seguir tratamiento en determinados casos</i>	<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
	26	7
	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
	4,85	1,91
<i>Estar en contacto continuo con su familia y su entorno</i>	<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
	20	6
	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
	4,00	1,56
<i>Formación continuada de los profesionales</i>	<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
	20	6
	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
	4,10	2,25
<i>Resolución de los aspectos sociales (apoyo a las familias o personas que se hagan cargo) y económicos (gastos, viviendas tuteladas si no hay quien se haga cargo, etc.)</i>	<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
	23	6
	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
	4,96	1,43
<i>Tutorización y seguimiento diario del enfermo</i>	<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
	14	1
	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
	3,43	2,10
<i>Controles de toma de medicación</i>	<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
	15	4
	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
	4,60	1,84
<i>Residencias de acogida temporal hasta un año después de la libertad</i>	<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
	18	7
	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
	5,22	1,52
<i>Servicios de diagnóstico dual (trastorno mental y retraso mental; tóxicos y trastorno mental)</i>	<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
	14	6
	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
	4,43	2,17
<i>Protocolos de actuación con los juzgados que avisen de las salidas en libertad de los sujetos preventivos en tratamiento</i>	<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
	18	6
	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
	5,28	1,78
<i>Atención domiciliar que permita un puente con los recursos extrapenitenciarios</i>	<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
	8	1
	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
	3,25	1,98

	<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
<i>Tener un trabajador social especializado</i>	8	3
	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
	3,25	2,19
	<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
<i>Convenios de colaboración entre la Administración autonómica y la local</i>	4	5
	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
	4,75	1,26
	<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
<i>Equipo de primera intervención médica</i>	2	2
	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
	4,50	3,54

CONCLUSIONES

Según los profesionales consultados, no existen protocolos claros con respecto a la información que es necesario recibir y/o dar para aceptar/derivar un caso. Eso hace que falte información fundamental a la hora de tratar a los enfermos.

Habría que concretar qué información se puede traspasar y qué información debería quedar en la esfera de la confidencialidad.

A la vez, habría que concretar qué información es relevante dar por escrito ante la multiplicidad de disciplinas profesionales que intervienen en cada caso y que, para el traspaso, se convierte en una dificultad.

Los profesionales dejan patente que muchos tratamientos que han funcionado en el CP se interrumpen al salir de la prisión, ya que no se puede garantizar un seguimiento estrecho por parte de la red de salud mental comunitaria.

Se cree necesario un plan de transición del mundo penitenciario al mundo en libertad, con representantes de la prisión, de los equipos de medio abierto, de los servicios sociales y de los servicios comunitarios de salud mental.

La supervisión de un educador que siga al condenado mientras esté en 3^r grado o en libertad condicional, puede ayudar a hacer la transición más efectiva. Existen ya experiencias en este sentido en el CP Abierto de Hombres

de Barcelona con resultados positivos.

En las propuestas de mejora, los profesionales ven que es necesario:

- Diseñar protocolos de derivación que incluyan: diagnóstico, tratamiento clínico y penitenciario, síntesis de la historia clínica y orientaciones.
- El trabajo en equipo, entre el equipo de la prisión y el de la red sanitaria.
- Que esta tarea concreta tenga continuidad en convenios de colaboración y de tratamiento interdisciplinario entre los Departamentos de Justicia y de Salud de la Generalitat de Catalunya.
- Reforzar el seguimiento externo con educadores de medio abierto, mientras estén en 3^{er} grado y en libertad condicional. Aprovechar la experiencia del CP Abierto de Hombres de la Modelo para generalizar la implementación.
- Buscar recursos externos de cara a las salidas.

10.5. Sobre el personal: perfil y formación

Entre todas las respuestas y propuestas obtenidas en el cuestionario, han ido surgiendo cuestiones relacionadas con los profesionales que deben tratar con los internos con problemas de salud mental. Hemos creído oportuno agruparlas en un apartado específico que las aglutine. En este apartado, aparecen todas las necesidades que los profesionales que han respondido el cuestionario han visto como más imprescindibles de tener en cuenta sobre el perfil profesional, la selección y la formación para practicar políticas de personal y de gestión y organización de plantillas que mejoren el trabajo con estos internos.

Así, el lector encontrará este bloque dividido en los apartados siguientes:

- a) Perfil general del personal que debe trabajar con internos con trastornos mentales en las prisiones.

- b) Formación específica y permanente.
- c) Las principales preocupaciones del personal que actualmente trabaja.
- d) Las propuestas de mejora en la coordinación entre los ámbitos sanitario, de tratamiento y de seguridad.

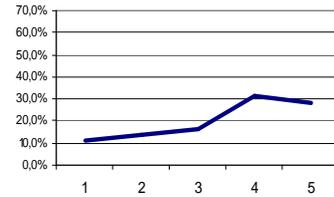
10.5.a. El perfil del personal

Tabla 86. Sobre el perfil y la selección del personal que trabaja con internos con trastornos mentales

OPINIONES MÁS CONSENSUADAS	
<p><i>El personal debería ser seleccionado con un perfil específico que mostrase sensibilidad y motivación para entender las limitaciones de los enfermos mentales</i></p> <p style="text-align: center;">Media de acuerdo: 4,53 Respuesta más frecuente: muy de acuerdo</p>	
<p><i>Al personal le cuesta combinar las necesidades de seguridad con las de tratamiento de los internos</i></p> <p style="text-align: center;">Media de acuerdo: 4,31 Respuesta más frecuente: muy de acuerdo</p>	
<p><i>Los jefes y coordinadores de módulos ante el conflicto tienden a priorizar la parte regimental por encima de la sanitaria</i></p> <p style="text-align: center;">Media de acuerdo: 4,13 Respuesta más frecuente: bastante de acuerdo</p>	
<p><i>Hay una excesiva movilidad en los equipos profesionales que impide su estabilidad y el desarrollo de proyectos de intervención</i></p> <p style="text-align: center;">Media de acuerdo: 3,84 Respuesta más frecuente: muy de acuerdo</p>	
<p><i>Hay una deficitaria formación del personal para atender a los enfermos mentales en las prisiones</i></p> <p style="text-align: center;">Media de acuerdo: 3,62 Respuesta más frecuente: bastante de acuerdo</p>	

En general, existe poca empatía del funcionario de prisiones hacia los enfermos mentales

Media de acuerdo: **3,54**
 Respuesta más frecuente: **bastante de acuerdo**



LAS PROPUESTAS DE MEJORA MÁS VOTADAS EN ESTE APARTADO

	<i>n</i> votos	Orden más frecuente
<i>La selección del personal que atiende a los enfermos mentales debería realizarse según una formación especializada en psiquiatría, la vocación asistencial, el grado de capacidad de empatía desarrollada hacia los enfermos mentales y, a la vez, una adecuada capacidad de resolución de situaciones de crisis</i>	67	1
<i>Media</i>		<i>Desviación típica</i>
	2,07	1,45

	<i>n</i> votos	Orden más frecuente
<i>La política del departamento de personal para crear equipos profesionales se debería regir por variables como la competencia profesional y el conocimiento de la psiquiatría, y no por el criterio que se ha utilizado siempre, el de la antigüedad, variable que por sí misma no implica una buena profesionalidad ni un conocimiento cuidadoso de la psiquiatría</i>	56	2
<i>Media</i>		<i>Desviación típica</i>
	2,88	1,35

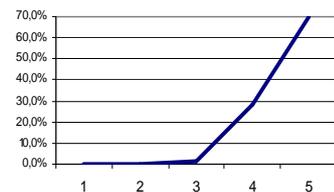
10.5.b. La formación del personal

Tabla 87. Sobre la formación inicial y permanente del personal que trabaja en salud mental en las prisiones

OPINIONES MÁS CONSENSUADAS

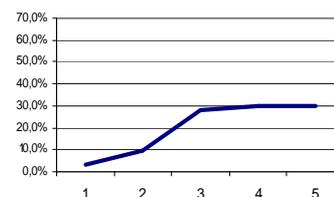
La formación permanente del personal que está en contacto con estas personas debería incluir formación específica

Media de acuerdo: **4,72**
 Respuesta más frecuente: **muy de acuerdo**



Hay una falta de conciencia de equipo y de coordinación interprofesional que impide el trabajo interdisciplinar entre todo el personal que está en contacto con el interno/paciente

Media de acuerdo: **3,77**
 Respuesta más frecuente: **bastante de acuerdo**



LAS PROPUESTAS DE MEJORA MÁS VOTADAS EN ESTE APARTADO

<i>No se deben entender los conceptos de seguridad y de tratamiento como antagonistas, de modo que la mejora de uno implique necesariamente un déficit en el otro. Habría que remarcar el concepto de que uno de los efectos de un buen tratamiento es una mejora de la seguridad y que una buena seguridad integral es una condición necesaria para el tratamiento</i>	<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
	60	2
	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
	2,63	1,43
<i>Hay que hacer esfuerzos en la creación de equipos interdisciplinarios y en formar en trabajo en equipo, como se hace en programas de toxicomanías (DAE)</i>	<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
	65	5
	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
	3,46	1,44
<i>Conocimiento de los TM: cómo actuar (sobre la naturaleza y formas de gestionar los estados de los internos afectados por una enfermedad mental) y posibles riesgos laborales</i>	<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
	51	1
	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
	2,10	1,55
<i>Pautas de intervención con enfermos mentales</i>	<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
	54	2
	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
	2,83	1,19
<i>Prevención del suicidio, técnica de reconversión de la demanda, detección de situaciones de crisis y formas de actuación ante ellas</i>	<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
	49	3
	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
	3,22	1,39
<i>Tradicionalmente, a la Administración penitenciaria el trabajo en compartimentos estancos se ha impuesto en la cultura de trabajo en equipo. Hay que hacer un cambio de cultura del personal para asumir el trabajo cooperativo</i>	<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
	45	4
	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
	3,24	1,32
<i>Psicopatología, observación conductual y contención emocional</i>	<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
	36	2
	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
	2,61	1,23
<i>Formación e información para poder cambiar actitudes, en primer lugar del personal de los CP, para llegar después a cambiar las actitudes de los pacientes</i>	<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
	42	1
	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
	2,88	1,45
<i>Necesidad del trabajo en equipo en unidades psiquiátricas</i>	<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
	43	4
	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
	3,28	1,44

<i>Intervención pedagógica, estrategias para dinamizar este tipo de personas y motivarlas para que lleven a cabo actividades ocupacionales, de ocio, etc.</i>	<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
	43	4
	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
	3,30	1,30
<i>Habilidades sociales, habilidades de comunicación</i>	<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
	40	2
	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
	3,18	1,40
<i>Es conveniente que los jefes de los funcionarios y los coordinadores de módulos reciban una formación psiquiátrica básica</i>	<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
	41	5
	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
	3,58	1,24
<i>Psicopatología, tóxicos, actuación en crisis, trabajo en equipo</i>	<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
	31	4
	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
	3,28	1,44
<i>Psiquiatría, psicoterapia, resolución de conflictos</i>	<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
	22	2
	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
	3,00	1,41
<i>Es cierto que hay cambio de profesionales, pero hay figuras puente (p. ej., jefes de tratamiento) que pueden dar continuidad a los acuerdos. Para ser referente clave ha de haber continuidad</i>	<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
	18	4
	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
	4,06	0,73

10.5.c. Las preocupaciones del personal sobre los problemas y riesgos del trabajo en salud mental en las prisiones

El Comité de Ministros del Consejo de Europa, en su *Recomendación R(98)7* sobre las personas con problemas de salud mental en las prisiones, alertaba de una serie de problemas y riesgos a tener en cuenta. En la encuesta, hemos preguntado a los profesionales sobre cuáles de estos problemas y riesgos ven más preocupantes en su realidad. En la tabla siguiente, se resumen aquellos puntos que más consenso han tenido, tanto si es porque generan mucha preocupación en los profesionales como si es porque generan muy poca.

Tabla 88. Sobre las principales preocupaciones del personal que actualmente trabaja

<u>LO QUE MÁS PREOCUPA</u>	<u>LO QUE MENOS PREOCUPA</u>
1. Falta de personal	1. Malos tratos físicos o psicológicos a los internos
2. Masificación de los CP	2. Falta de información sobre el funcionamiento del CP
3. Formación del personal	3. Traslado arbitrario de presos
	4. Arbitrariedad en aplicación reglamentos

Los otros problemas y riesgos que recogía esta Recomendación del Consejo de Europa y que han quedado en posiciones intermedias en los resultados agregados (y, por lo tanto, se entiende que pueden preocupar mucho a algunos profesionales, pero poco a otros) han sido, por orden de importancia:

- Los problemas de adaptación al medio penitenciario (media, 3,45 sobre 5).
- La falta de privacidad e intimidad del interno enfermo (media, 3,30).
- El riesgo de suicidio (media, 3,26).
- Los internamientos en prisiones alejadas del ámbito familiar del interno (media, 3,21).
- Las deficientes condiciones materiales o higiénicas (media, 3,17).
- El aislamiento prolongado o indefinido (media, 3,12).

10.5.d. Las propuestas de mejora en la coordinación de los profesionales

Tabla 89. Las propuestas de mejora en la coordinación entre los ámbitos sanitario, de tratamiento y de seguridad

LAS PROPUESTAS DE MEJORA DE COORDINACIÓN MÁS VOTADAS QUE DEBERÍAN LLEVAR A CABO LOS PROFESIONALES SANITARIOS		
<i>Coordinación clara entre los tres colectivos, haciendo funcionar a profesionales sanitarios, de tratamiento y de seguridad al unísono</i>	<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
	63	1
	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
	2,30	1,56
<i>Homogeneización de criterios y protocolos de diagnóstico, derivación y tratamiento</i>	<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
	57	2
	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
	2,82	1,30
<i>Coordinación con la red externa</i>	<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
	52	4
	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
	3,21	1,24
<i>Participar en el seguimiento del plan de trabajo y/o posteriores modificaciones</i>	<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
	47	5
	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
	3,32	1,35
<i>Uso de protocolos comunes</i>	<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
	40	4
	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
	2,93	1,25
<i>Programas de atención integral a la salud mental en todas las prisiones</i>	<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
	40	4
	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
	3,18	1,34
<i>Autonomía de las decisiones clínicas</i>	<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
	21	5
	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
	3,05	1,60
<i>Normalizar la atención de los inimputables en el medio comunitario</i>	<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
	15	3
	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
	3,27	1,39
<i>Respeto y no intromisión de otros campos profesionales</i>	<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
	12	1
	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
	2,67	1,67
<i>Misma ubicación espacial para trabajar juntos</i>	<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
	8	1
	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
	2,50	1,69

	<i>n</i> votos	Orden más frecuente
<i>Implicación de los sanitarios en la vida regimental</i>	11	4
	Media	Desviación típica
	3,91	1,22

LAS PROPUESTAS DE MEJORA DE COORDINACIÓN MÁS VOTADAS QUE DEBERÍAN LLEVAR A CABO LOS PROFESIONALES DE TRATAMIENTO

<i>Coordinación e información clara entre los tres colectivos (sanitarios, equipo de intervención socioeducativa y equipo de seguridad), y llegar a un consenso</i>	<i>n</i> votos	Orden más frecuente
	54	1
	Media	Desviación típica
	2,02	1,42
<i>Realizar programas específicos de diagnóstico, tratamiento y preparación de la salida para esta población</i>	<i>n</i> votos	Orden más frecuente
	51	2
	Media	Desviación típica
	2,55	1,32
<i>Más atención individualizada con finalidades terapéuticas hacia el enfermo</i>	<i>n</i> votos	Orden más frecuente
	49	5
	Media	Desviación típica
	3,39	1,43
<i>Buscar recursos exteriores de cara a las salidas</i>	<i>n</i> votos	Orden más frecuente
	48	4
	Media	Desviación típica
	3,35	1,28
<i>Especialización en trastornos de salud mental</i>	<i>n</i> votos	Orden más frecuente
	33	2
	Media	Desviación típica
	3,06	1,25
<i>Valoración del riesgo de reincidencia</i>	<i>n</i> votos	Orden más frecuente
	28	3
	Media	Desviación típica
	2,93	1,30
<i>Continuidad en los equipos</i>	<i>n</i> votos	Orden más frecuente
	31	5
	Media	Desviación típica
	3,45	1,39
<i>Establecer relación con la familia del enfermo</i>	<i>n</i> votos	Orden más frecuente
	28	5
	Media	Desviación típica
	3,36	1,45
<i>La institución penitenciaria funciona con compartimentos estancos; el equipo de tratamiento debe trabajar para cambiarlo</i>	<i>n</i> votos	Orden más frecuente
	21	4
	Media	Desviación típica
	3,14	1,15

<i>Facilitar que se concreten lo antes posible los autos, sentencias y recursos judiciales pendientes</i>	<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
	18	5
	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
	3,06	1,55
<i>Respeto y no intromisión de otros campos profesionales</i>	<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
	12	3
	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
	3,00	1,35

LAS PROPUESTAS DE MEJORA DE COORDINACIÓN MÁS VOTADAS QUE DEBERÍAN LLEVAR A CABO LOS PROFESIONALES DE SEGURIDAD

<i>Perfil adecuado del funcionario, con mayor sensibilidad hacia el enfermo psiquiátrico</i>	<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
	53	1
	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
	2,60	1,50
<i>Coordinación e información clara entre los tres colectivos, y llegar a un consenso</i>	<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
	47	1
	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
	2,60	1,40
<i>Formación en pautas de observación y observar sistemáticamente al interno</i>	<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
	37	4
	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
	2,81	1,39
<i>Recibir cursos de especialización en estas patologías</i>	<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
	33	1
	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
	2,79	1,45
<i>Protocolos de actuación con enfermos agitados</i>	<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
	34	2
	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
	3,00	1,37
<i>Participar en las reuniones de equipo y juntas de tratamiento</i>	<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
	41	5
	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
	3,61	1,38
<i>Concienciarlos de la necesidad de trabajar conjuntamente en pro de la mejora del paciente y no sólo en pro de la paz social</i>	<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
	31	2
	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
	3,13	1,36
<i>Saber hacer bien las contenciones. Trabajar estos aspectos en las coordinaciones</i>	<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
	31	5
	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
	3,52	1,41
<i>Protección de las personas con posibilidad de recibir abusos por su condición de enfermos mentales</i>	<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
	23	1
	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
	2,78	1,57

<i>Más estabilidad de funcionarios en los módulos</i>	<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
	25	3
	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
	3,08	1,00
<i>Velar por el cumplimiento de la normativa</i>	<i>n votos</i>	<i>Orden más frecuente</i>
	6	3
	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
	3,67	1,21

CONCLUSIONES

Según los profesionales consultados, la selección del personal que debe trabajar con personas con trastornos mentales en las prisiones se debería hacer priorizando la sensibilidad y motivación para entender las limitaciones en el comportamiento que tienen estas personas.

En el perfil del personal, se debería buscar ciertas competencias: capacidad profesional para tratar con enfermos mentales; vocación asistencial; cierto grado de capacidad de empatía con ellos; adecuada capacidad de resolución en situaciones de crisis; y cierta formación especializada en psiquiatría.

Consideran inadecuado incluir la antigüedad como variable preferente para la selección del personal, ya que no implica necesariamente tener las anteriores capacidades.

En general, preocupa la movilidad excesiva de personal, porque dificulta el trabajo con equipos estables.

Por otro lado, se valora mucho el trabajo en equipo y que éste sea interdisciplinario. Los profesionales manifiestan las especiales dificultades que hay para llevarlo a cabo y lo reclaman en los tres ámbitos de actuación: el sanitario, el de tratamiento y el de seguridad. Creen que una dificultad importante para lograr este trabajo interdisciplinario es que se trabaja en compartimentos estancos y con poca conexión entre profesiones.

Dos de las tres principales preocupaciones de los profesionales con respecto a

los problemas y riesgos en el trabajo con personas con problemas de salud mental en las prisiones que recogía el Consejo de Europa tienen que ver con gestión del personal: la primera es la falta de profesionales para hacer su tarea; la segunda es la deficiente formación del personal que debe atender a los enfermos mentales en prisión. La masificación de los centros penitenciarios es la otra gran preocupación de los profesionales.

Sobre la formación del personal, los principales puntos que han recibido más votos como necesidades formativas para el conjunto de profesionales son:

- Conocimiento de los trastornos mentales: cómo actuar (sobre la naturaleza y formas de gestionar los estados de los internos afectados por una enfermedad mental) y posibles riesgos laborales.
- Pautas de intervención con enfermos mentales.
- Prevención del suicidio; técnicas de detección de situaciones de crisis y formas de actuación ante estas situaciones. Técnicas de reconversión de la demanda.
- Psicopatología, observación conductual y contención emocional.
- Intervención pedagógica. Estrategias para dinamizar a estas personas y motivarlas para que realicen actividades ocupacionales, de ocio, etc.

Como elemento transversal en la formación permanente, se habla de formar en el trabajo en equipo y el trabajo comunitario como herramienta fundamental para garantizar la efectividad y el seguimiento de los trastornos mentales de las personas encarceladas.

Se pide incluir en esta formación permanente a los cargos intermedios, para que entiendan y gestionen sus equipos y equipamientos en la misma línea que se plantea para el resto del personal.

Con respecto a la gestión de los recursos humanos, las propuestas de mejora hechas por el conjunto de profesionales que han contestado el cuestionario coinciden en que es necesario:

- Lograr como finalidad principal una coordinación y derivación de información clara entre los tres grandes colectivos implicados: sanitario, de tratamiento y de seguridad.
- Lograr una homogeneización de criterios, protocolos de diagnóstico, programas de tratamiento y de salida para esta población.
- Mejorar la coordinación con la red externa y la obtención de recursos para el momento de la salida del enfermo mental encarcelado.

10.6. Estimaciones de presente y previsiones de futuro

Una de las particularidades que tiene la técnica Delphi aplicada en la investigación es que permite hacer previsiones de manera racional sobre aquello que puede pasar en el futuro. Esto se logra consultando a un grupo de expertos, profesionales del sector –en este caso, de la salud mental en las prisiones–, para que predigan lo que puede pasar en los próximos años, en función de su conocimiento y grado de experiencia hasta el momento.

Obviamente, esta consulta tiene la fiabilidad que puede tener una prospección, pero es muy orientativa de las situaciones que se podrían dar en la práctica cotidiana del trabajo de la salud mental en el medio penitenciario en Catalunya y en España en los próximos años. El hecho de saberlo puede ayudar a pensar y planificar estrategias de intervención adecuadas.

En nuestro caso, como ya hemos dicho al inicio del informe, el método Delphi es la técnica que hemos considerado más conveniente para hacer predicciones con respecto a incrementos o decrementos de tasas, problemáticas y necesidades futuras de la problemática de salud mental en la ejecución penal.

Hay que tener presente, sin embargo, que una estimación empírica no puede considerar el efecto que cualquier cambio legislativo puede tener en el tratamiento de la salud mental en el medio penitenciario. Tampoco puede adivinar cuáles serán las políticas públicas que se emprenderán en los próximos años y el efecto que sus resultados tendrán sobre ella. Pero en

cualquier caso, la aportación de los expertos que han vivido, viven y probablemente gestionarán estos cambios, puede aportar una aproximación más fiable a la realidad que una estimación matemática.

Por otro lado, el objetivo fundamental de este capítulo es facilitar herramientas a los gestores penitenciarios para orientar en los próximos años las decisiones a tomar con respecto a las políticas públicas en esta materia.

Las preguntas hechas en el cuestionario con respecto a las estimaciones de presente y previsiones de futuro (en los próximos 10 años) giran alrededor de:

1. Saber el número de personas con problemática mental que piensan que puede haber en las prisiones; con diagnóstico, y por lo tanto conocida, y también sin diagnóstico.
2. Quién atenderá en el futuro estas necesidades y cuáles serán los recursos que más crecerán y en qué porcentajes.
3. Y finalmente, el tiempo que creen que se tardará en introducir ciertas propuestas de mejora.

La exposición de resultados que hacemos a continuación sigue este orden que acabamos de explicar.

10.6.1. Estimaciones con respecto a porcentajes de enfermedad

Pedíamos a los profesionales sus estimaciones con respecto al porcentaje de personas con trastornos mentales severos y con trastornos de personalidad graves en las prisiones, en la actualidad y la previsión de aquí a 10 años.

Los resultados obtenidos en la primera ronda del Delphi los devolvimos a los profesionales para que afinasen sus estimaciones en la segunda ronda. La tabla 90 refleja los resultados finales.

Tabla 90. Estimación del porcentaje de trastornos mentales y de personalidad graves que cree que hay. Predicción a 10 años

	Ahora (media)		De aquí a 10 años (media)	
	Porcentaje	Desviación típica	Porcentaje	Desviación típica
Trastornos mentales severos	9,9	± 4,3	7,0	± 6,4
Trastornos de la personalidad graves	25,3	± 9,4	8,3	± 6,7

Como se puede ver, los profesionales confían en que la proporción de personas con problemática mental en las prisiones disminuirá. Discretamente en el caso de los TMS, pero mucho más pronunciadamente en el caso de los trastornos de la personalidad. La respuesta no explica, sin embargo, si eso se debe a una disminución generalizada de estas patologías o a otras razones organizativas que veremos más tarde.

La segunda pregunta iba encaminada a saber qué porcentaje de personas que sufren trastornos mentales pasa inadvertido antes de entrar en el sistema penitenciario. También se preguntaba sobre el porcentaje de personas que se sabe que tienen problemas mentales, pero que no se tienen en cuenta en la sentencia. Finalmente, se preguntaba en qué porcentaje de internos el trastorno se ha desarrollado o agravado en el contacto con el mundo penitenciario.

Las estimaciones actuales y las previsiones a 10 años se recogen en la tabla siguiente.

Tabla 91. Estimación del porcentaje de problemas de salud mental no detectados, no recogidos en sentencia, o de aparición y/o agravamiento posterior. Predicción a 10 años

	Ahora (media)		De aquí a 10 años (media)	
	Media	Desviación típica	Media	Desviación típica
Preventivos y penados con problemas de salud mental no detectados antes de entrar prisión	17,2%	± 14,5	16,1%	± 12,7
Penados con probl. de salud mental no recogidos en sentencia	14,9%	± 13,0	13,0%	± 11,4
Aparición y/o agravamiento de la enfermedad mental en su paso por la prisión	19,6%	± 15,1	18,6%	± 12,4

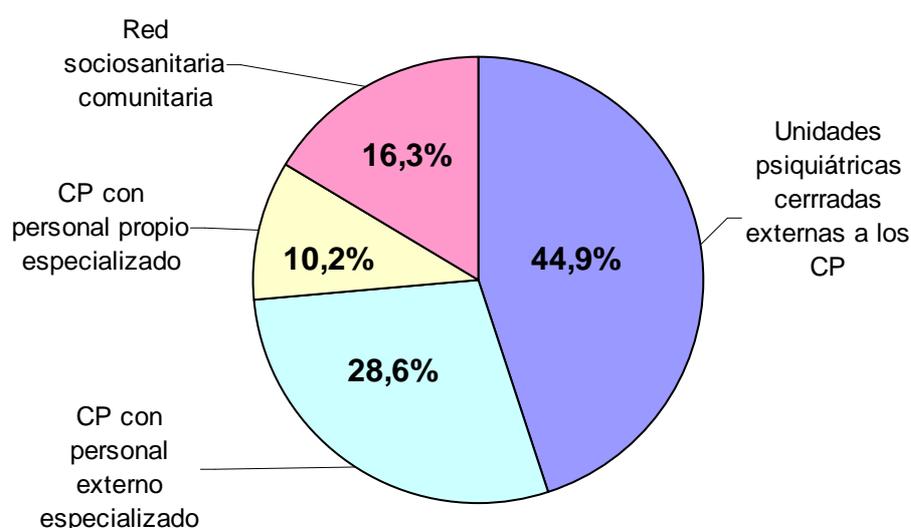
Como se puede ver, con respecto a las cifras que no se recogen en las estadísticas porque no hay datos, los profesionales creen que los porcentajes no variarán mucho en los próximos años. Eso puede significar tanto que no crean que las políticas practicadas en el sector ayuden a hacer aflorar estas cifras como que consideran que los porcentajes no dependen de variables sobre las que puedan intervenir.

Hay que destacar que los profesionales consideran que existe un 20% de personas que pasan por prisión y desarrollan una enfermedad mental o que ésta se agrava en este paso por el medio penitenciario.

10.6.2. Recursos que atenderán en el futuro la problemática de salud mental relacionados con el medio penitenciario

La pregunta que se formulaba al cuestionario decía así: *¿cuál cree que debería ser la tendencia en los próximos 10 años en el trabajo con problemática psiquiátrica en las prisiones?*

Gráfico 40. ¿Quién se ocupará de la problemática psiquiátrica en las prisiones?



Casi dos de cada tres profesionales cree que la atención de las personas con problemática de salud mental se hará fuera del centro penitenciario: un 16,3% cree que los atenderá la propia red sociosanitaria comunitaria en sus recursos, y un 44,9% en unidades especializadas, pero externas a los CP.

Casi la mitad del personal es de la opinión de que se externalizará tanto la gestión como la ubicación de las unidades de psiquiatría.

Una cuarta parte cree que se externalizará la gestión, pero se mantendrá la ubicación dentro del mismo centro penitenciario.

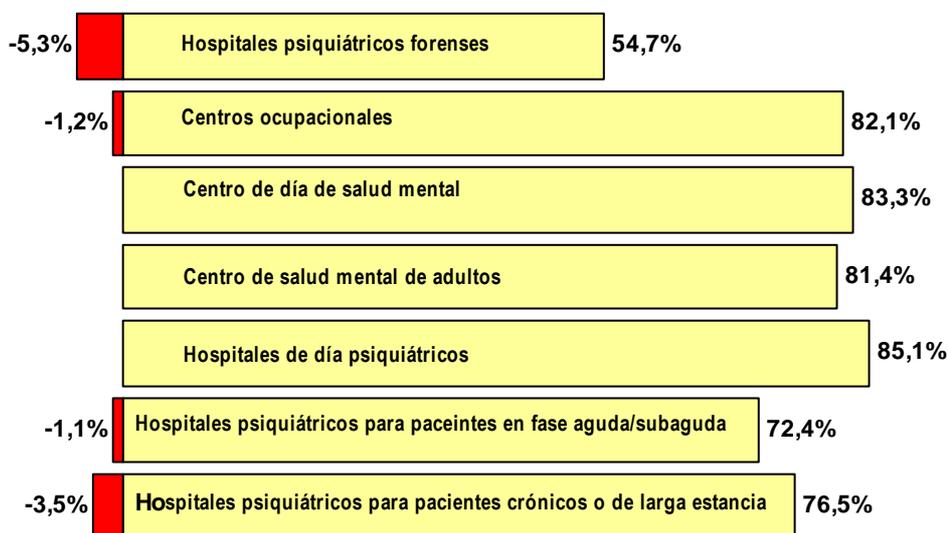
Aproximadamente uno de cada diez cree que se mantendrá la población dentro del recinto penitenciario atendida, eso sí, por personal especializado.

Una última especificación introducida por los profesionales en la segunda ronda del Delphi concretaba que seguramente habrá diferencias en la ubicación que

se dé a los trastornos mentales severos y a los trastornos de personalidad con más buen pronóstico, que será diferente de la de los trastornos de personalidad más graves o con peor pronóstico. Según los profesionales, es más posible que los primeros tengan una atención preferencial en unidades psiquiátricas externas y que los segundos se mantengan dentro de un CP.

Cuando se hacía la pregunta con respecto a si aumentará o disminuirá la demanda de recursos a la red sociosanitaria para las personas que han tenido problemas con la justicia, y con relación a los diferentes recursos recogidos en el gráfico 41, las respuestas de los profesionales eran abrumadoramente mayoritarias con respecto a que aumentará la demanda de todo tipo de recursos. Así pues, la perspectiva no es que las problemáticas de salud mental disminuyan, como podían hacer pensar los primeros datos que hemos dado anteriormente, sino que los profesionales creen que disminuirán en el sistema penitenciario porque la tendencia será que se atiendan desde a la red sanitaria.

Gráfico 41. ¿Aumentará o disminuirá en los próximos 10 años la demanda de recursos relacionados con la salud mental?



Los porcentajes negativos (representados en el gráfico por la barra oscura/roja) corresponden a los de los profesionales que creen que la demanda de aquel recurso disminuirá.

Los porcentajes positivos (representados en el gráfico por la barra clara/amarilla) corresponden a los de los profesionales que creen que la demanda de aquel recurso aumentará.

Si preguntamos, entre los que creen que aumentarán, cuál es la proporción de aumento que piensan que se dará para cada recurso, la tabla 92 recoge los porcentajes resultantes.

Tabla 92. ¿En qué proporción de aumento?

Tipo de recurso	Media	Desv. Típ.
Hospitales psiquiátricos forenses	26,1%	±25,9
Centros ocupacionales	37,8%	±25,3
Centros de día de salud mental	33,8%	±24,1
Centros de salud mental de adultos	31,3%	±22,8
Hospitales de día psiquiátricos	31,5%	±24,5
Hospitales psiquiátricos pacientes en fase aguda/subaguda	25,9%	±21,5
Hospitales psiquiátricos pacientes crónicos o de larga duración	26,2%	±23,5

10.6.3. Cuánto se tardará en introducir algunas propuestas innovadoras

Finalmente, en el compendio bibliográfico previo a la confección del primer cuestionario Delphi, incluimos algunas propuestas innovadoras que se iban experimentando por todo el mundo para la mejora en la atención y tratamiento de las personas con problemas de salud mental en las prisiones.

Se preguntó a los profesionales si sería deseable la introducción de estas mejoras en nuestros centros penitenciarios y, en caso afirmativo, cuánto tiempo creen que se podría tardar en hacerlo. En la segunda vuelta, se pidió un nuevo ajustamiento en las previsiones.

La tabla siguiente recoge: en la primera columna, las propuestas innovadoras; en la segunda columna, el porcentaje de respuestas positivas que han dado los profesionales con respecto a considerar deseable que se introdujese la mejora en cuestión; y en la tercera columna, el tiempo que creen que se tardaría en introducirlas, en caso de aceptarlas los responsables penitenciarios.

Tabla 93. Propuestas innovadoras, aceptación y tiempo para introducirlas

PROPUESTA DE MEJORA	PORCENTAJE DE RESPUESTA POSITIVA	TIEMPO MEDIO QUE LOS EXPERTOS CREEN QUE TARDARÁ EN INTRODUCIRSE
<i>Programas específicos para internos con patología dual</i>	97,8	3 años
<i>Implementación de la investigación en evaluación de efectividad de programas y servicios</i>	97,7	3 años
<i>Implementación de programas de gestión del riesgo de reincidencia para enfermos mentales</i>	95,6	3 años
<i>Programas curriculares específicos para colectivos determinados dentro de los enfermos mentales: personas mayores, deficientes, crónicos, etc.</i>	95,5	3 años
<i>Implementación de tecnología informática adecuada para el traspaso de información individual y el seguimiento terapéutico</i>	93,3	2 años
<i>Medicaciones psicotrópicas de última generación</i>	91,8	2 años
<i>Inclusión de programas validados para internos de otras culturas</i>	90,9	4 años
<i>Servicios de telepsiquiatría en prisiones pequeñas sin unidades psiquiátricas específicas</i>	59,5	5 años

Destacamos la altísima aceptación de todas las propuestas, excepto de la última, por parte de todos los profesionales.

Destacamos también que la implementación de nuevas tecnologías para el seguimiento terapéutico o la introducción de las nuevas medicaciones son las propuestas que menos tiempo creen que tardarían en introducirse (2 años).

Para aquellas propuestas que requieren una implicación del personal, una planificación de los recursos, la introducción de unos procedimientos y formación en determinadas metodologías de trabajo, los profesionales creen que se tardará un año más en introducirlas (3 años).

Finalmente, ven aún un poco más lejano el hecho de poder implementar la adaptación de los programas para los inmigrantes (4 años).

10.7. Las conclusiones y las propuestas de mejora

A modo de resumen, y para facilitar la lectura integrada de las conclusiones que hemos ido dando en cada apartado de los resultados, a continuación las presentamos todas seguidas y resumidas. Estas conclusiones y propuestas han sido aportadas por los profesionales que trabajan en el mundo de la salud mental dentro del entorno penitenciario en las dos rondas del cuestionario Delphi. También son el resultado de las diferentes consultas anteriores y posteriores al cuestionario que hemos realizado con los grupos de expertos.

Respecto a la idoneidad de las prisiones para el tratamiento de los problemas de salud mental de los internos

Según los profesionales consultados, las características propias de los CP pueden comportar el agravamiento de las enfermedades mentales que puedan padecer las personas que están reclusas. Cuanto más largo es el internamiento más se agudiza la enfermedad mental del interno.

Los trastornos mentales severos (TMS) no deberían estar en centros penitenciarios, sino en centros hospitalarios preparados para atender esta problemática y donde se priorice el abordaje sanitario. La opinión no es tan taxativa en los casos de trastornos de personalidad (TP). En todo caso, sí que se está de acuerdo en que los TP estén separados de los TMS.

Las propuestas de mejora que hacen los profesionales son, fundamentalmente:

- Atender a los enfermos mentales en unidades psiquiátricas especializadas.
- Separar los TMS de los TP.
- Atender a los TMS fuera de los CP.
- Reducir la masificación de las prisiones.

Respecto al diagnóstico de los trastornos mentales en las prisiones

Según los profesionales consultados, cualquier persona que manifieste problemática de salud mental debería ser diagnosticada, independientemente de su situación procesal (penada o preventiva).

No es necesario hacer visita psiquiátrica a todo el mundo, pero sí que habría que disponer de un protocolo de observación de síntomas que hiciese activar la exploración psiquiátrica.

Este diagnóstico psiquiátrico debería ser hecho por una unidad pericial específicamente pensada para este objetivo y que debería tener potestad para decidir la ubicación más conveniente del enfermo.

Algunas dificultades para obtener diagnósticos precisos pueden tener su explicación en el uso de sistemas de clasificación diferentes (DSM-IV y CIE-10), pero también en el hecho de que el interno esconda información, o bien que la sintomatología quede encubierta por el uso y abuso de drogas.

En las propuestas de mejora, los profesionales ven que es necesario:

- Tener un protocolo de actuación estandarizado que permita detectar, a partir de los comportamientos y las conductas, los casos más graves (habrá que definir cuáles son), para derivarlos inmediatamente a los profesionales adecuados que puedan dar una respuesta apropiada.
- Realizar una anamnesis completa a partir de esta detección, tanto si es al inicio de la estancia del interno como si la sintomatología se descubre con posterioridad. La propuesta de los profesionales pasa para concretar el diagnóstico más aproximado a su enfermedad en el plazo de unos quince días, haciendo las pruebas que sean necesarias. A partir de este momento, se considera adecuado mantener informatizada la historia clínica y reevaluada cada 6 meses.
- Formar para el uso del protocolo en función de sus competencias profesionales a todo el personal que tenga que estar en contacto con el

interno con problemática psiquiátrica. Mantener un reciclaje profesional que permita actualizar las innovaciones que se vayan implementando.

- Adecuar los recursos humanos, las ratios, la selección y la formación del personal a las anteriores propuestas de mejora, estableciendo los mecanismos de motivación y de incentivos apropiados para conseguirlo.

Respecto al tratamiento de los trastornos mentales en las prisiones

Las condiciones de los módulos residenciales para personas con TMS deberían estar adaptadas y pensadas específicamente para sus necesidades, separadas del resto de internos de la prisión.

Esta adaptación debería hacerse también con la normativa penitenciaria y el reglamento de régimen interior.

Se valora como muy importante actuar todos al unísono y ser muy consecuentes en las actuaciones de los profesionales que están en contacto con el enfermo. En este sentido, los expertos valoran la posibilidad de introducir una figura de coordinación que enlace las necesidades sanitarias con las de tratamiento y las de seguridad.

Se constata que la toma de medicación correcta según las pautas médicas prescritas es una de las prioridades de todo el personal que trabaja con problemática de salud mental en las prisiones. Las principales dificultades vienen condicionadas por la falta de colaboración de las personas que no son conscientes de estar enfermas y que presentan más resistencia a tomarse la medicación. El horario regimental de un CP impone muchas dificultades para poder respetar todas las tomas bajo la supervisión de personal cualificado, y eso obliga a confiar en el interno en algunas de ellas.

Sobre el uso y abuso de la medicación y a la relación con la conflictividad de los internos, las opiniones de los profesionales son divergentes. Los expertos consideran que las prisiones son un fiel reflejo de la sociedad, y que ésta pide cada vez más respuestas farmacológicas a las problemáticas conductuales.

Además, en la sociedad se da cierta permisividad en el consumo de tóxicos, sobre todo si van asociados al ocio y a espacios de fiesta. Los CP están llenos de toxicómanos que han llegado a extremos de abuso muy elevados. Eso y las reacciones primarias de muchas de estas personas, sometidas además a una problemática mental, comportan un riesgo de agresividad y de autoagresividad alto, aunque con el vigente tratamiento sanitario haya quedado minimizado.

Con respecto a las actividades, parece existir cierto consenso en pedir para los internos con problemática mental grave actividades separadas del resto de los internos penitenciarios.

Los argumentos van desde el cariz terapéutico que deberían tener todas ellas, hasta el planteamiento más proteccionista de evitar que sean manipulados o coaccionados por el resto de internos de los CP, o que puedan estar expuestos a situaciones estresantes añadidas a la del internamiento penitenciario que agraven aún más su sintomatología. Esta separación no es compartida por lo que respecta a las personas que sufren problemática mental leve, que se considera que deberían permanecer con el resto de la población penitenciaria. Queda también poco claro cuál es la situación con respecto a las actividades para las personas con trastornos de personalidad.

Tampoco queda claramente definido por parte de los profesionales si debería haber un papel para el *preso de confianza* en aquellas situaciones de vigilancia más constante de las personas afectadas por trastornos más graves en que no se puede alcanzar una supervisión constante e individual por falta de recursos.

En las propuestas de mejora, los profesionales ven que es necesario:

- Mantener unidades de psiquiatría con unas condiciones estructurales y de vida cotidiana específicas que permitan mantener un orden en la convivencia, evitar agresiones, intentos de suicidio, etc.
- Mantener a los enfermos mentales graves fuera del entorno penitenciario.

- Convertir la adherencia de cada interno al tratamiento farmacológico prescrito por el médico en uno de los objetivos de trabajo prioritarios para garantizar la buena salud del interno.
- Trabajar en la armonización de los conceptos de seguridad y tratamiento como objetivos que no deberían ser antagonistas. En este sentido, se plantea la figura de un coordinador que tenga como misión esta armonización en todos los CP.

Respecto a la salida y derivación de las personas encarceladas con problemas de salud mental

En la actualidad, los profesionales creen que no existen protocolos claros sobre la información necesaria a recibir y/o dar para aceptar/derivar un caso. Eso hace que falte información fundamental al tratar a los enfermos.

Habría que concretar qué información se puede traspasar y qué información debería quedar en la esfera de la confidencialidad.

Los profesionales hacen patente que muchos tratamientos que han funcionado en un CP se interrumpen al salir de la prisión, ya que no se puede garantizar un seguimiento estrecho por parte de la red de salud mental comunitaria.

Se cree necesario un plan de transición del mundo penitenciario al mundo en libertad, con representantes de la prisión, de los equipos de medio abierto, de los servicios sociales y de los servicios comunitarios de salud mental.

La supervisión de un educador que siga al condenado durante el 3º grado o la libertad condicional puede ayudar a hacer la transición más efectiva. Existen ya experiencias con resultados positivos en el CP Abierto de Hombres de Barcelona.

En las propuestas de mejora, los profesionales ven que es necesario:

- Diseñar protocolos de derivación que incluyan: diagnóstico, tratamiento clínico y penitenciario, síntesis de la historia clínica y orientaciones.

- Trabajo en equipo, entre el equipo de la prisión y el de la red sanitaria.
- Se pide que esta tarea concreta tenga continuidad en convenios de colaboración y de tratamiento interdisciplinario entre los Departamentos de Justicia y de Salud de la Generalitat de Catalunya.
- Buscar recursos exteriores de cara a las salidas.

Respecto al personal: el perfil y la formación

La selección del personal que debe trabajar con personas con trastornos mentales en las prisiones se debería hacer dando prioridad a la sensibilidad y motivación para entender las limitaciones en el comportamiento que tienen estas personas.

En el perfil del personal, se debería buscar ciertas competencias: capacidad profesional para tratar con enfermos mentales; vocación asistencial; cierto grado de capacidad empática con ellos; adecuada capacidad de resolución en situaciones de crisis; y una cierta formación especializada en psiquiatría.

Consideran inadecuado incluir la antigüedad como variable preferente, ya que no implica necesariamente tener las anteriores capacidades.

En general, preocupa la movilidad excesiva de personal, porque dificulta el trabajo con equipos estables.

Por otro lado, se valora mucho el trabajo en equipo y que éste sea interdisciplinario. Los profesionales manifiestan las especiales dificultades que hay para llevarlo a cabo y lo reclaman en los tres ámbitos de actuación: el sanitario, el de tratamiento y el de seguridad. Creen que una dificultad importante para lograr este trabajo interdisciplinario es que el trabajo está muy compartimentalizado y poco conectado entre profesiones.

Dos de las tres principales preocupaciones de los profesionales con respecto a los problemas y riesgos en el trabajo con personas con problemas de salud mental en las prisiones que recogía el Consejo de Europa tienen que ver con

gestión del personal: la primera es la falta de profesionales para hacer su tarea; la segunda es la deficiente formación del personal que debe atender a los enfermos mentales en prisión. La tercera preocupación son los problemas de masificación en los CP.

Sobre la formación del personal, los principales puntos que han recibido más votos como necesidades formativas por el conjunto de profesionales son:

- Conocimiento de los trastornos mentales: cómo actuar (sobre la naturaleza y formas de gestionar los estados de los internos afectados por una enfermedad mental) y posibles riesgos laborales.
- Pautas de intervención con enfermos mentales.
- Prevención del suicidio; técnicas de detección de situaciones de crisis y formas de actuación ante estas situaciones. Técnicas de reconversión de la demanda.
- Psicopatología, observación conductual y contención emocional
- Intervención pedagógica. Estrategias para dinamizar a este tipo de personas y motivarlas para que lleven a cabo actividades ocupacionales, de ocio, etc.

Como elemento transversal en la formación permanente, se habla de formar en el trabajo en equipo y el trabajo comunitario como herramienta fundamental para garantizar la efectividad y el seguimiento de los trastornos mentales de las personas encarceladas.

Se pide incluir en esta formación permanente a los cargos intermedios, para que entiendan y gestionen sus equipos y equipamientos en la misma línea que se plantea para el resto del personal que debe trabajar con la salud mental.

Con respecto a la gestión de los recursos humanos, las propuestas de mejora coinciden en que es necesario:

- Lograr como finalidad principal una coordinación y derivación de información clara entre los tres grandes colectivos implicados: sanitario, de tratamiento y de seguridad.
- Lograr una homogeneización de criterios, protocolos de diagnóstico, programas de tratamiento y de salida para esta población.
- Mejorar la coordinación con la red externa y la obtención de recursos para el momento de la salida del enfermo mental encarcelado.

Barcelona, julio de 2007

11. Referencias bibliográficas

ARROYO, J.M. (2006). “Los problemas de salud mental en las prisiones, vistos desde la atención primaria”. *Norte de Salud Mental*, núm. 25, págs. 35-43.

ARROYO, J.M. (2005). “El grupo de trabajo sobre Salud Mental en prisiones (GSMP). Actividades y funcionamiento”. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, vol. 7. SESP. Madrid, págs. 86-91.

ARROYO, J.M.; LÓPEZ, J.L.; LACAL, P. (2004). “Problemas psicológicos y trabajo en prisión”. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, vol. 6. SESP. Madrid, págs. 47-56.

ATXOTEGUI, J. (1995). “Migrar: duelo y dolor”. *El viejo topo*, núm. 90. Barcelona, págs. 31-38.

BOBES, J.; MARTÍNEZ, A. (2001). “Asistencia psiquiátrica en los Centros Penitenciarios españoles: Otra asignatura pendiente”. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, vol. 3. SESP. Madrid.

BRUGHA, T.; *et al.* (2005). “Psychosis in the Community and in Prisons: A Report From the British National Survey of Psychiatric Morbidity”. *Am J Psychiatry*; 162:774-780. Consultado el 20/04/2006 en <http://ajp.psychiatryonline.org>

CONFERENCIA EPISCOPAL ESPAÑOLA (2006). IV Encuentro Nacional de Enfermos Mentales – Prisión. Madrid. 19 y 20 de setiembre 2006. Departamento de Pastoral Penitenciaria. Consultado el 30/03/2007 en <http://www.conferenciaepiscopal.es/actividades/jornadas/2006/penitenciaria4.htm>

CONSEJO DE EUROPA (2006). “Recomanació Rec(2006)2 del Comité de Ministres als estats membres sobre les normes penitenciàries europees”, en *Congrés penitenciari internacional: la funció social de la política penitenciaria*. Barcelona, 30 y 31 de marzo y 1 de abril de 2006. www.meetingcongress.com/penitenciari/

CONSEJO DE EUROPA (2004). Comité de Ministros. Recomendación Rec(2004)10 sobre la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas con problemas de salud mental.

CORRECTIONS NZEALAND (1999). www.corrections.govt.nz/public/pdf/ página visitada en mayo de 2006.

COUNCIL OF STATE GOVERNMENTS: (2003). *The Criminal Justice/Mental Health Consensus Project. Project Overview*. Nueva York. www.consensusproject.org, página visitada en mayo de 2006.

DEFENSOR DEL PUEBLO ANDALUZ (2000). "Deficientes mentales internados en centros penitenciarios andaluces". Informe especial para el Parlamento de Andalucía.

DEPARTAMENTO DE JUSTICIA. *Memòria del Departament. 2001*. Enero de 2003; *Memòria del Departament de Justícia i Interior. 2002*. Diciembre de 2003; *Memòria del Departament de Justícia i Interior. 2003*. Setiembre de 2004; *Memòria del Departament de Justícia. 2004*. Julio de 2005; *Memòria del Departament de Justícia. 2005*. Generalitat de Catalunya.

DEPARTAMENTO DE JUSTICIA. "Circular número 3/2004, reguladora dels procediments d'actuació davant situacions d'agressivitat sobtada dels pacients ingressats a les unitats de psiquiatria". Secretaría de Servicios Penitenciarios, Rehabilitación y Justicia Juvenil.

DEPARTAMENTO DE JUSTICIA. *Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Penitenciaria de Catalunya*. Documento policopiado.

DEPARTAMENTO DE SALUD. *Activitat assistencial de la xarxa sanitària de Catalunya. Any 2005*. División de gestión de registros de actividad. Octubre de 2006.

http://www10.gencat.net/catsalut/archivos/publicacions/estad_sanitaries/CMBD_05.pdf página visitada en marzo de 2007.

DEPARTAMENTO DE SALUD. *Estratègies de salut per a l'any 2010. Pla de salut de Catalunya 2002-2005*.

DEPARTAMENTO DE SALUD. *Pla directori de Salut Mental i Addiccions de Catalunya*.

<http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/salutmental2006n.pdf>

ELBOGEN, E.B.; TOMKINS, A.J. (2000). "From the Psychiatric Hospital to the Community: Integrating Conditional Release and Contingency Management". *Behavioral Sciences and the Law*, vol. 18, págs. 427-444.

FALISSARD, B.; *et al.* (2006). "Prevalence of mental disorders in French prisons for men". *BMC Psychiatry*, vol. 6, núm. 33.

FAZEL, S.; DANESH, J. (2002). "Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys". *The Lancet*, 359, págs. 545-550.

FORD, J.; ROBERT, L. T; TRESTMAN, M.D. (2005). "Evidence-Based Enhancement of the Detection, Prevention, and Treatment of Mental Illness in

the Correction Systems”. Department of Psychiatry, University of Connecticut Health Center. (Agosto.)

GARCÍA BREA, M. (2006). *La enfermedad mental en el ordenamiento jurídico*. Consultado en <http://www.defensoraclm.com/jornadas/PONENCIAS/galicia.doc> el 02/05/2006.

GIBERT, C.; *et al.* (2002). “Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones”. *Cuadernos Técnicos AEN*, núm. 6. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid.

GUERRERO, R.; CARDONA, L. (2006). “Les necessitats específiques de la població que presenta discapacitat”, en las jornadas *L’execució de mesures penals en la comunitat: el paper de les entitats col·laboradores i de voluntariat*. 4 de febrero de 2006. Documentos de trabajo. CEJFE. Barcelona.

GUERRERO, R.; *et al.* (2004). *Característiques de la població ingressada a les Unitats de Psiquiatria dels Centres penitenciaris de Catalunya*. Estudio inédito. Departamento de Justicia.

HEGGLIN, M.F. (2006). *Los enfermos mentales en el derecho penal*. Editores del Puerto. Buenos Aires. Colección Tesis Doctoral, núm. 6.

HENDERSON, T.; BRUCE, J. (1998). “Relationship of pshychological, demografic, and legal variables to court decisions of competency to stand trial among mentally retarded criminal defendants”. *Journal Of Criminal Justice*, vol. 26, núm. 4, págs. 307-320. EEUU.

HERNÁNDEZ, M.; ESPINOSA, J. (1999). *La atención a pacientes con trastornos mentales en las prisiones*. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Consultado en mayo de 2006 en <http://www.pulso.com/aen/8-doc9.htm>

HILLS, H.; SIEGFRIED, CH.; ICKOWITZ, A. (2004). “Effective Prison Mental Health Services. Guidelines To Expand and Improve Treatment”. U.S. Department of Justice, National Institute of Corrections. (Mayo.)

IDESCAT. <http://www.idescat.net/>

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. <http://www.ine.es/inebase/cqi/axi>

JAMES, D.J.; GLAZE, E. (2006). Mental Health Problems of prison and jail inmates (Problemas de salud mental de los internos en prisión). U.S. Department of Justice. Office of Justice Programs. Bureau of Justice Statistics. www.ojp.usdoj.gov/bjs/mhppji.htm

JUSTIDATA 44 (2006). "Evolució de la població penitenciària a Catalunya i al conjunt de l'Estat espanyol 1999-2005". *Justidata*, núm. 44. CEJFE. Barcelona. (Mayo.)

LAISHES, J. (2002). *Estratègia en salut mental per a dones delinqüents*. Publicación electrónica del Correctional Service of Canada (en web).

LAVOIE, J.; CONNOLLY, D.; ROESCH, R. (2006). "Correctional Officers Perceptions of Inmates with Mental Illness: The Role of Training and Burnout Syndrome". *International Journal of Forensic Mental Health*, vol. 5, núm. 2, págs. 151-166.

LEGUAY, D. (2006). "Medicaliser la violence". *Le Monde*. (13 de setiembre).

LUQUE, E.; FERRER, M.; CAPDEVILA, M. (2005). *La reincidència penitenciària a Catalunya*. CEJFE. Barcelona. Colección Justicia i Societat, núm. 25.

MARKOVITZ, F. (2006). "Psychiatric hospital capacity, homelessness, and crime and arrest rates". *Criminology*, vol. 44, núm. 1, págs. 45-72.

MARSET, M.; RITTER, C. (2004). "Características de la personalidad del drogodependiente: implicaciones para nuestra relación profesional. Un modelo de intervención en medio penitenciario". *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, vol. 6. SESP. Madrid, págs. 86-89.

MASSARO, J. (2004). *Working with People with Mental Illness Involved in the Criminal Justice System: What Mental Health Providers Need to know* (2ª edición). Technical Assistance and Policy Analysis Center for Jail Diversion. Delmar, Nueva York.

MENTAL HEALTH PRIMARY CARE IN PRISON. *Working with a prisoner who has a severe mental illness*. Consultado el 28/04/2006 en http://www.prisonmentalhealth.org/downloads/prison_officer/08-2_severe_mental_illness.pdf

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPÉES, MINISTERE DE LA JUSTICE (2003). "Recommandations du groupe de travail mené par le Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées et le Ministère de la justice Mars 2001-Mars 2002: «Santé mentale des personnes détenues et troubles du comportement: comment améliorer et articuler les dispositifs de prise en charge sanitaire et pénitentiaire?»". Abril 2003. Consulta en http://www.sante.gouv.fr/hm/dossiers/sante_mentale/rapp_detenus.pdf el 26/04/2006.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2006). *Estrategia en salud mental del sistema nacional de salud*. Consultado el 15/03/2007 en http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf

MINISTERIO DEL INTERIOR (2005). *Informe General 2004*. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Secretaría General Técnica. Madrid.

MOUQUET, M.C. (2005). "La santé des personnes entrées en prison en 2003". *Études et Résultats*, núm. 386. Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques.

PICHOT, P. (coord.) (1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. S.A.

RODRÍGUEZ-ARREBOLA, E. (2005). "Abordaje psiquiátrico de los trastornos de personalidad en el medio penitenciario". *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, vol. 7, págs. 134-141.

SÁIZ, P.; et al. (2004) "Características de la población atendida en consultas penitenciarias". *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, vol. 6, págs. 113-116.

SÁNCHEZ BURSÓN, J.M.^a (2001). "Los pacientes mentales en prisión". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. XXI, núm. 78, pp. 139-153.

SÍNDIC DE GREUGES (2005). Informe al Parlament 2005. http://www.sindic.org/ficheros/informes/38_informe%20anual%20definitiu.pdf página visitada en abril de 2006.

SOLER, C.; MARÍ, C. (2006). "Les necessitats específiques de la població que presenta problemàtiques psiquiàtriques", en las jornadas *L'execució de mesures penals en la comunitat: el paper de les entitats col·laboradores i de voluntariat*. 4 de febrero de 2006. Documentos de trabajo. CEJFE. Barcelona.

VICENS, E.; TORT, V. (2005). "El cumplimiento de la medicación y las implicaciones clínicas a largo plazo en la esquizofrenia en el ámbito penitenciario", *Revista Española Sanidad Penitenciaria*, vol. 7, págs. 68-76. Consultado el 26/04/2006 en <http://revista.sesp.es/1575-0620/7/2/68.pdf>

VILLACAMPA, C.; TORRES, N.; LUQUE, E. (2006). *La reincidència en les penes alternatives a la presó a Catalunya*. CEJFE. Barcelona. Documento en pdf. <http://www.gencat.net/justicia/temes/cejfe/recerca/cateleg/cronologic/2006/sc-3.130.06/index.html>

VVAA (2005). *Jail Screening Assessment Tool (JSAT): Guidelines for Mental Health Screening in Jails*. Mental Health, Law, and Policy Institute. Simon Fraser University. Canadá.

VVAA (2000). Artículos diversos publicados en diferentes diarios sobre actualidad de salud mental. <http://personales.ya.com/laemental/artic.html> página visitada el 04/05/2006.

VVAA (2000). "Ofenders Returning to Federal Prison, 1986-97". *Federal Justice Statistics Program*. Setiembre de 2000. Departament of Justice. EEUU.

YOUNG, M.H.; JUSTICE, J.V.; ERDBERG, PH. (2006). "Risk of Harm: Inmates Who Harm Themselves While in Prison Psychiatric Treatment". *J Forensic Sci*, vol. 51, núm. 1. Consultado el 17/05/2006 en www.blackwell-synergy.com

ZEIN, M.M. (2006) "Feliz vida loca". *Documentos TV*, Televisión Española S.A. Emitido el 09/05/2006. Consultado el 12/05/2006 en <http://www.rtve.es/tve/program/documentostv/index.php>

Anexos

Anexo 1

Tablas complementarias

**(relacionadas con los capítulos
4 y 5 del estudio)**

ANEXO 1. TABLAS COMPLEMENTARIAS

TABLAS A1 a A7: COMPARACIÓN DE VARIABLES SEGÚN EL TIPO DE DIAGNÓSTICO RECIBIDO

Tabla A1. Género

Tipo de diagnóstico recibido		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Severos (TMS)	Frecuencia	45	1	46
	% de género	22,0%	9,1%	21,3%
	Residuo corregido	1,0	-1,0	
Personalidad (TP)	Frecuencia	19	5	24
	% de género	9,3%	45,5%	11,1%
	Residuo corregido	-3,7	3,7	
Otros	Frecuencia	31	0	31
	% de género	15,1%	0,0	14,4%
	Residuo corregido	1,4	-1,4	
TMS + TP	Frecuencia	23	0	23
	% de género	11,2%	0,0	10,6%
	Residuo corregido	1,2	-1,2	
TMS + otros	Frecuencia	24	1	25
	% de género	11,7%	9,1%	11,6%
	Residuo corregido	0,3	-0,3	
TP + otros	Frecuencia	26	3	29
	% de género	12,7%	27,3%	13,4%
	Residuo corregido	-1,4	1,4	
TMS + TP + otros	Frecuencia	37	1	38
	% de género	18,0%	9,1%	17,6%
	Residuo corregido	0,8	-0,8	
Total	Frecuencia	205	11	216
	% de género	100,0%	100,0%	100,0%
Medidas simétricas:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,290		
V de Cramer		0,290		0,006

Tabla A2. Nacionalidad

Tipo de diagnóstico recibido		Nacionalidad		Total
		Español	Extranjero	
Severos (TMS)	Frecuencia	28	17	45
	% de nacionalidad	15,9%	43,6%	20,9%
	Residuo corregido	-3,8	3,8	
Personalidad (TP)	Frecuencia	22	2	24
	% de nacionalidad	12,5%	5,1%	11,2%
	Residuo corregido	1,3	-1,3	
Otros	Frecuencia	24	7	31
	% de nacionalidad	13,6%	17,9%	14,4%
	Residuo corregido	-0,7	0,7	
TMS + TP	Frecuencia	21	2	23
	% de nacionalidad	11,9%	5,1%	10,7%
	Residuo corregido	1,2	-1,2	
TMS + otros	Frecuencia	22	3	25
	% de nacionalidad	12,5%	7,7%	11,6%
	Residuo corregido	0,8	-0,8	
TP + otros	Frecuencia	26	3	29
	% de nacionalidad	14,8%	7,7%	13,5%
	Residuo corregido	1,2	-1,2	
TMS + TP + otros	Frecuencia	33	5	38
	% de nacionalidad	18,8%	12,8%	17,7%
	Residuo corregido	0,9	-0,9	
Total	Frecuencia	176	39	215
	% de nacionalidad	100,0%	100,0%	100,0%
Medidas simétricas:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,285		0,008
V de Cramer		0,285		

Tabla A3. Retraso mental

Tipo de diagnóstico recibido		Retraso mental		Total
		No	Sí	No
Severos (TMS)	Frecuencia	20	7	27
	% de retraso mental	16,1%	20,0%	17,0%
	Residuo corregido	-,5	,5	
Personalidad (TP)	Frecuencia	8	6	14
	% de retraso mental	6,5%	17,1%	8,8%
	Residuo corregido	-2,0	2,0	
Otros	Frecuencia	23	2	25
	% de retraso mental	18,5%	5,7%	15,7%
	Residuo corregido	1,8	-1,8	
TMS + TP	Frecuencia	16	4	20
	% de retraso mental	12,9%	11,4%	12,6%
	Residuo corregido	,2	-,2	
TMS + otros	Frecuencia	19	1	20
	% de retraso mental	15,3%	2,9%	12,6%
	Residuo corregido	2,0	-2,0	
TP + otros	Frecuencia	18	2	20
	% de retraso mental	14,5%	5,7%	12,6%
	Residuo corregido	1,4	-1,4	
TMS + TP + otros	Frecuencia	20	13	33
	% de retraso mental	16,1%	37,1%	20,8%
	Residuo corregido	-2,7	2,7	
Total	Frecuencia	124	35	159
	% de retraso mental	100,0%	100,0%	100,0%
Medidas simétricas:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,290		0,006
V de Cramer		0,290		

Tabla A4. Consumo actual de tóxicos

Tipo de diagnóstico recibido		¿Consumo actual de tóxicos?		Total
		No	Sí	No
Severos (TMS)	Frecuencia	11	2	13
	% de consumo	23,9%	3,4%	12,4%
	Residuo corregido	3,2	-3,2	
Personalidad (TP)	Frecuencia	1	6	7
	% de consumo	2,2%	10,2%	6,7%
	Residuo corregido	-1,6	1,6	
Otros	Frecuencia	6	11	17
	% de consumo	13,0%	18,6%	16,2%
	Residuo corregido	-,8	,8	
TMS + TP	Frecuencia	8	8	16
	% de consumo	17,4%	13,6%	15,2%
	Residuo corregido	,5	-,5	
TMS + otros	Frecuencia	6	5	11
	% de consumo	13,0%	8,5%	10,5%
	Residuo corregido	,8	-,8	
TP + otros	Frecuencia	7	9	16
	% de consumo	15,2%	15,3%	15,2%
	Residuo corregido	,0	,0	
TMS + TP + otros	Frecuencia	7	18	25
	% de consumo	15,2%	30,5%	23,8%
	Residuo corregido	-1,8	1,8	
Total	Frecuencia	46	59	105
	% de consumo	100,0%	100,0%	100,0%
Medidas simétricas:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,379		0,020
V de Cramer		0,379		

Tabla A5. 2º delito acumulado

Tipo de diagnóstico recibido		2º delito acumulado					Total
		c. personas	c. lib. sexual	c. propiedad	c. drogas	otros	
Severos (TMS)	Frecuencia	9	1	10	0	4	24
	% de delito	16,7%	25,0%	16,7%	,0%	15,4%	16,6%
	Residuo corregido	,0	,5	,0	-,4	-,2	
Personalidad (TP)	Frecuencia	6	0	4	0	6	16
	% de delito	11,1%	,0%	6,7%	,0%	23,1%	11,0%
	Residuo corregido	,0	-,7	-1,4	-,4	2,2	
Otros	Frecuencia	3	1	11	1	6	22
	% de delito	5,6%	25,0%	18,3%	100,0%	23,1%	15,2%
	Residuo corregido	-2,5	,6	,9	2,4	1,2	
TMS + TP	Frecuencia	8	1	4	0	3	16
	% de delito	14,8%	25,0%	6,7%	,0%	11,5%	11,0%
	Residuo corregido	1,1	,9	-1,4	-,4	,1	
TMS + Otros	Frecuencia	12	0	1	0	2	15
	% de delito	22,2%	,0%	1,7%	,0%	7,7%	10,3%
	Residuo corregido	3,6	-,7	-2,9	-,3	-,5	
TP + Otros	Frecuencia	7	0	10	0	2	19
	% de delito	13,0%	,0%	16,7%	,0%	7,7%	13,1%
	Residuo corregido	,0	-,8	1,1	-,4	-,9	
TMS+ TP + Otros	Frecuencia	9	1	20	0	3	33
	% de delito	16,7%	25,0%	33,3%	,0%	11,5%	22,8%
	Residuo corregido	-1,3	,1	2,6	-,5	-1,5	
Total	Frecuencia	54	4	60	1	26	145
	% de delito	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Medidas simétricas:				Valor		Sig, aproximada	
Phi				0,508			
V de Cramer				0,254		0,040	

Tabla A6. Permisos

Tipo de diagnóstico recibido		¿Permisos de salida?		Total
		No	Sí	
Severos (TMS)	Frecuencia	35	10	45
	% de permisos salida	27,1%	12,0%	21,2%
	Residuo corregido	2,6	-2,6	
Personalidad (TP)	Frecuencia	17	6	23
	% de permisos salida	13,2%	7,2%	10,8%
	Residuo corregido	1,4	-1,4	
Otros	Frecuencia	12	19	31
	% de permisos salida	9,3%	22,9%	14,6%
	Residuo corregido	-2,7	2,7	
TMS + TP	Frecuencia	14	8	22
	% de permisos salida	10,9%	9,6%	10,4%
	Residuo corregido	,3	-,3	
TMS + otros	Frecuencia	13	11	24
	% de permisos salida	10,1%	13,3%	11,3%
	Residuo corregido	-,7	,7	
TP + otros	Frecuencia	17	12	29
	% de permisos salida	13,2%	14,5%	13,7%
	Residuo corregido	-,3	,3	
TMS + TP + otros	Frecuencia	21	17	38
	% de permisos salida	16,3%	20,5%	17,9%
	Residuo corregido	-,8	,8	
Total	Frecuencia	129	83	212
	% de permisos salida	100,0%	100,0%	100,0%
Medidas simétricas:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,262		0,024
V de Cramer		0,262		

Tabla A7. Acceso a 3^r grado (régimen abierto)

Tipo de diagnóstico recibido	¿Acceso a 3 ^r grado?		Total	
	No	Sí		
Severos (TMS)	Frecuencia	40	3	43
	% de acceso a 3 ^r grado	23,7%	8,8%	21,2%
	Residuo corregido	1,9	-1,9	
Personalidad (TP)	Frecuencia	20	2	22
	% de acceso a 3 ^r grado	11,8%	5,9%	10,8%
	Residuo corregido	1,0	-1,0	
Otros	Frecuencia	18	12	30
	% de acceso a 3 ^r grado	10,7%	35,3%	14,8%
	Residuo corregido	-3,7	3,7	
TMS + TP	Frecuencia	20	2	22
	% de acceso a 3 ^r grado	11,8%	5,9%	10,8%
	Residuo corregido	1,0	-1,0	
TMS + otros	Frecuencia	19	3	22
	% de acceso a 3 ^r grado	11,2%	8,8%	10,8%
	Residuo corregido	,4	-,4	
TP + otros	Frecuencia	24	4	28
	% de acceso a 3 ^r grado	14,2%	11,8%	13,8%
	Residuo corregido	,4	-,4	
TMS + TP + otros	Frecuencia	28	8	36
	% de acceso a 3 ^r grado	16,6%	23,5%	17,7%
	Residuo corregido	-1,0	1,0	
Total	Frecuencia	169	34	203
	% de acceso a 3 ^r grado	100,0%	100,0%	100,0%
Medidas simétricas:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,293		
V de Cramer		0,293		0,008

TABLAS A8 a A31: COMPARACIÓN DE VARIABLES SEGÚN TENGA O NO DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD MENTAL

Tabla A8. Género

¿Tiene diagnóstico?		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Sin diagnóstico	Frecuencia	118	8	126
	% de género	36,5%	42,1%	36,8%
	Residuo corregido	-,5	,5	
Con diagnóstico	Frecuencia	205	11	216
	% de género	63,5%	57,9%	63,2%
	Residuo corregido	,5	-,5	
Total	Frecuencia	323	19	342
	% de género	100,0%	100,0%	100,0%
Medidas simétricas:		Valor		Sig. aproximada
Phi		-0,026		0,625
V de Cramer		0,026		

Tabla A9. Nacionalidad

¿Tiene diagnóstico?		Nacionalidad		Total
		Español	Extranjero	
Sin diagnóstico	Frecuencia	91	35	126
	% de nacionalidad	34,1%	47,3%	37,0%
	Residuo corregido	-2,1	2,1	
Con diagnóstico	Frecuencia	176	39	215
	% de nacionalidad	65,9%	52,7%	63,0%
	Residuo corregido	2,1	-2,1	
Total	Frecuencia	267	74	341
	% de nacionalidad	100,0%	100,0%	100,0%
Medidas simétricas:		Valor		Sig. aproximada
Phi		-0,113		0,037
V de Cramer		0,113		

Tabla A10. Retraso mental

¿Tiene diagnóstico?		Retraso mental		Total
		No	Sí	
Sin diagnóstico	Frecuencia	30	3	33
	% de retraso mental	19,5%	7,9%	17,2%
	Residuo corregido	1,7	-1,7	
Con diagnóstico	Frecuencia	124	35	159
	% de retraso mental	80,5%	92,1%	82,8%
	Residuo corregido	-1,7	1,7	
Total	Frecuencia	154	38	192
	% de retraso mental	100,0%	100,0%	100,0%
Medidas simétricas:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,122		0,090
V de Cramer		0,122		

Tabla A11. ¿Disminución psíquica diagnosticada?

¿Tiene diagnóstico?		¿Disminución psíquica diagnosticada?		Total
		No	Sí	
Sin diagnóstico	Frecuencia	30	1	31
	% disminución psíquica	19,5%	3,7%	17,1%
	Residuo corregido	2,0	-2,0	
Con diagnóstico	Frecuencia	124	26	150
	% disminución psíquica	80,5%	96,3%	82,9%
	Residuo corregido	-2,0	2,0	
Total	Frecuencia	154	27	181
	% disminución psíquica	100,0%	100,0%	100,0%
Medidas simétricas:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,149		0,045
V de Cramer		0,149		

Tabla A12. ¿Incapacitación legal?

¿Tiene diagnóstico?		¿Incapacitación legal?		Total
		No	Sí	
Sin diagnóstico	Frecuencia	31	0	31
	% incapacitación legal	18,3%	,0%	17,6%
	Residuo corregido	1,2	-1,2	
Con diagnóstico	Frecuencia	138	7	145
	% incapacitación legal	81,7%	100,0%	82,4%
	Residuo corregido	-1,2	1,2	
Total	Frecuencia	169	7	176
	% incapacitación legal	100,0%	100,0%	100,0%
Medidas simétricas:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,094		0,212
V de Cramer		0,094		

Tabla A13. ¿Consumo actual de tóxicos?

¿Tiene diagnóstico?		¿Consumo actual de tóxicos?		Total
		No	Sí	
Sin diagnóstico	Frecuencia	11	19	30
	% de consumo actual	19,3%	24,4%	22,2%
	Residuo corregido	-,7	,7	
Con diagnóstico	Frecuencia	46	59	105
	% de consumo actual	80,7%	75,6%	77,8%
	Residuo corregido	,7	-,7	
Total	Frecuencia	57	78	135
	% de consumo actual	100,0%	100,0%	100,0%
Medidas simétricas:		Valor		Sig. aproximada
Phi		-0,060		0,485
V de Cramer		0,060		

Tabla A14. ¿Consume drogas por vía parenteral?

¿Tiene diagnóstico?		¿Drogas por vía parenteral?		Total
		No	Sí	
Sin diagnóstico	Frecuencia	54	31	85
	% de vía parenteral	30,5%	34,4%	31,8%
	Residuo corregido	-,7	,7	
Con diagnóstico	Frecuencia	123	59	182
	% de vía parenteral	69,5%	65,6%	68,2%
	Residuo corregido	,7	-,7	
Total	Frecuencia	177	90	267
	% de vía parenteral	100,0%	100,0%	100,0%
Medidas simétricas:		Valor		Sig. aproximada
Phi		-0,040		
V de Cramer		0,040		0,514

Tabla A15. ¿Ingresos penitenciarios anteriores?

¿Tiene diagnóstico?		¿Ingresos penitenciarios anteriores?		Total
		No	Sí	
Sin diagnóstico	Frecuencia	64	60	124
	% ingresos anteriores	43,5%	32,1%	37,1%
	Residuo corregido	2,2	-2,2	
Con diagnóstico	Frecuencia	83	127	210
	% ingresos anteriores	56,5%	67,9%	62,9%
	Residuo corregido	-2,2	2,2	
Total	Frecuencia	147	187	334
	% ingresos anteriores	100,0%	100,0%	100,0%
Medidas simétricas:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,154		
V de Cramer		0,154		0,048

Tabla A16. Delito principal pena base

¿Tiene diagnóstico?		Delito principal pena base					Total
		c. personas	c. lib. sexual	c. propiedad	c. drogas	otros	
Sin diagnóstico	Frecuencia	51	6	43	8	18	126
	% de delito	39,2%	22,2%	31,9%	47,1%	56,3%	37,0%
	Residuo corregido	,7	-1,7	-1,6	,9	2,4	
Con diagnóstico	Frecuencia	79	21	92	9	14	215
	% de delito	60,8%	77,8%	68,1%	52,9%	43,8%	63,0%
	Residuo corregido	-,7	1,7	1,6	-,9	-2,4	
Total	Frecuencia	130	27	135	17	32	341
	% de delito	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Medidas simétricas:		Valor					Sig. aproximada
Phi		0,173					
V de Cramer		0,173					0,038

Tabla A17. Delito violento en la pena base

¿Tiene diagnóstico?		Delito violento en la pena base		Total
		No violento	Violento	
Sin diagnóstico	Frecuencia	62	64	126
	% de delito violento	43,4%	32,2%	36,8%
	Residuo corregido	2,1	-2,1	
Con diagnóstico	Frecuencia	81	135	216
	% de delito violento	56,6%	67,8%	63,2%
	Residuo corregido	-2,1	2,1	
Total	Frecuencia	143	199	342
	% de delito violento	100,0%	100,0%	100,0%
Medidas simétricas:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,114		0,034
V de Cramer		0,114		

Tabla A18. ¿Clasificaciones en 1º grado?

¿Tiene diagnóstico?		¿Clasificaciones en 1º grado?		Total
		No	Sí	
Sin diagnóstico	Frecuencia	110	16	126
	% 1º grado	39,0%	26,7%	36,8%
	Residuo corregido	1,8	-1,8	
Con diagnóstico	Frecuencia	172	44	216
	% 1º grado	61,0%	73,3%	63,2%
	Residuo corregido	-1,8	1,8	
Total	Frecuencia	282	60	342
	% 1º grado	100,0%	100,0%	100,0%
Medidas simétricas:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,157		0,136
V de Cramer		0,157		

Tabla A19. ¿Ha realizado salidas programadas con educador?

¿Tiene diagnóstico?		¿Salidas programadas?		Total
		No	Sí	
Sin diagnóstico	Frecuencia	112	10	122
	% de salidas	42,3%	14,1%	36,3%
	Residuo corregido	4,4	-4,4	
Con diagnóstico	Frecuencia	153	61	214
	% de salidas	57,7%	85,9%	63,7%
	Residuo corregido	-4,4	4,4	
Total	Frecuencia	265	71	336
	% de salidas	100,0%	100,0%	100,0%
Medidas simétricas:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,239		0,000
V de Cramer		0,239		

Tabla A20. ¿Ha disfrutado de permisos de salida de la prisión?

¿Tiene diagnóstico?		¿Permisos de salida?		Total
		No	Sí	
Sin diagnóstico	Frecuencia	95	30	125
	% de permisos	42,4%	26,5%	37,1%
	Residuo corregido	2,8	-2,8	
Con diagnóstico	Frecuencia	129	83	212
	% de permisos	57,6%	73,5%	62,9%
	Residuo corregido	-2,8	2,8	
Total	Frecuencia	224	113	337
	% de permisos	100,0%	100,0%	100,0%
Medidas simétricas:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,155		
V de Cramer		0,155		0,004

Tabla A21. ¿Ha protagonizado incidentes durante los permisos?

¿Tiene diagnóstico?		¿Ha protagonizado incidentes durante los permisos?					Total
		No	Sí, no regreso	Sí, nuevo delito	Sí, retraso	Sí, consumo	
Sin diagnóstico	Frecuencia	29	7	2	0	3	41
	% de incidente	28,4%	58,3%	40,0%	,0%	37,5%	31,5%
	Residuo corregido	-1,5	2,1	,4	-1,2	,4	
Con diagnóstico	Frecuencia	73	5	3	3	5	89
	% de incidente	71,6%	41,7%	60,0%	100,0%	62,5%	68,5%
	Residuo corregido	1,5	-2,1	-,4	1,2	-,4	
Total	Frecuencia	102	12	5	3	8	130
	% de incidente	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Medidas simétricas:		Valor					Sig. aproximada
Phi		0,217					
V de Cramer		0,217					0,190

Tabla A22. ¿Ha accedido al 3º grado? (régimen abierto)

¿Tiene diagnóstico?		Acceso al régimen abierto		Total
		No	Sí	
Sin diagnóstico	Frecuencia	103	16	119
	% de acceso 3º grado	37,9%	32,0%	37,0%
	Residuo corregido	0,8	-0,8	
Con diagnóstico	Frecuencia	169	34	203
	% de acceso 3º grado	62,1%	68,0%	63,0%
	Residuo corregido	-0,8	0,8	
Total	Frecuencia	272	50	322
	% de acceso 3º grado	100,0%	100,0%	100,0%
Medidas simétricas:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,044		
V de Cramer		0,044		0,430

Tabla A23. ¿Ha accedido a la libertad condicional?

¿Tiene diagnóstico?		Acceso a la libertad condicional		Total
		No	Sí	
Sin diagnóstico	Frecuencia	108	4	112
	% libertad condicional	36,6%	36,4%	36,6%
	Residuo corregido	0,2	-0,2	
Con diagnóstico	Frecuencia	187	7	194
	% libertad condicional	63,4%	63,6%	63,4%
	Residuo corregido	-0,2	0,2	
Total	Frecuencia	295	11	306
	% libertad condicional	100,0%	100,0%	100,0%
Medidas simétricas:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,087		
V de Cramer		0,087		0,681

Tabla A24. ¿Acumula más causas delictivas?

¿Tiene diagnóstico?		¿Acumula más causas delictivas?		Total
		No	Sí	
Sin diagnóstico	Frecuencia	73	53	126
	% de más causas	49,7%	27,2%	36,8%
	Residuo corregido	4,3	-4,3	
Con diagnóstico	Frecuencia	74	142	216
	% de más causas	50,3%	72,8%	63,2%
	Residuo corregido	-4,3	4,3	
Total	Frecuencia	147	195	342
	% de más causas	100,0%	100,0%	100,0%
Medidas simétricas:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,247		
V de Cramer		0,247		0,000

Tabla A25. Hábitos tóxicos: alcohol

¿Tiene diagnóstico?		Hábitos tóxicos: alcohol		Total
		No	Sí	
Sin diagnóstico	Frecuencia	81	45	126
	% de consumo alcohol	52,9%	23,8%	36,8%
	Residuo corregido	5,6	-5,6	
Con diagnóstico	Frecuencia	72	144	216
	% de consumo alcohol	47,1%	76,2%	63,2%
	Residuo corregido	-5,6	5,6	
Total	Frecuencia	153	189	342
	% de consumo alcohol	100,0%	100,0%	100,0%
Medidas simétricas:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,300		
V de Cramer		0,300		0,000

Tabla A26. Hábitos tóxicos: cannabis

¿Tiene diagnóstico?		Hábitos tóxicos: cannabis		Total
		No	Sí	
Sin diagnóstico	Frecuencia	80	46	126
	% consumo cannabis	46,5%	27,1%	36,8%
	Residuo corregido	3,7	-3,7	
Con diagnóstico	Frecuencia	92	124	216
	% consumo cannabis	53,5%	72,9%	63,2%
	Residuo corregido	-3,7	3,7	
Total	Frecuencia	172	170	342
	% consumo cannabis	100,0%	100,0%	100,0%
Medidas simétricas:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,202		0,000
V de Cramer		0,202		

Tabla A27. Hábitos tóxicos: cocaína

¿Tiene diagnóstico?		Hábitos tóxicos: cocaína		Total
		No	Sí	
Sin diagnóstico	Frecuencia	80	46	126
	% de consumo cocaína	51,3%	24,7%	36,8%
	Residuo corregido	5,1	-5,1	
Con diagnóstico	Frecuencia	76	140	216
	% de consumo cocaína	48,7%	75,3%	63,2%
	Residuo corregido	-5,1	5,1	
Total	Frecuencia	156	186	342
	% de consumo cocaína	100,0%	100,0%	100,0%
Medidas simétricas:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,274		0,000
V de Cramer		0,274		

Tabla A28. Hábitos tóxicos: heroína

¿Tiene diagnóstico?		Hábitos tóxicos: heroína		Total
		No	Sí	
Sin diagnóstico	Frecuencia	87	39	126
	% de consumo heroína	43,1%	27,9%	36,8%
	Residuo corregido	2,9	-2,9	
Con diagnóstico	Frecuencia	115	101	216
	% de consumo heroína	56,9%	72,1%	63,2%
	Residuo corregido	-2,9	2,9	
Total	Frecuencia	202	140	342
	% de consumo heroína	100,0%	100,0%	100,0%
Medidas simétricas:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,155		0,004
V de Cramer		0,155		

Tabla A29. Hábitos tóxicos: drogas de diseño

¿Tiene diagnóstico?		Hábitos tóxicos: drogas de diseño		Total
		No	Sí	
Sin diagnóstico	Frecuencia	105	21	126
	% de drogas diseño	41,0%	24,4%	36,8%
	Residuo corregido	2,8	-2,8	
Con diagnóstico	Frecuencia	151	65	216
	% de drogas diseño	59,0%	75,6%	63,2%
	Residuo corregido	-2,8	2,8	
Total	Frecuencia	256	86	342
	% de drogas diseño	100,0%	100,0%	100,0%
Medidas simétricas:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,149		0,006
V de Cramer		0,149		

Tabla A30. Hábitos tóxicos: abuso de fármacos

¿Tiene diagnóstico?		Hábitos tóxicos: abuso de fármacos		Total
		No	Sí	
Sin diagnóstico	Frecuencia	106	20	126
	% de abuso fármacos	43,3%	20,6%	36,8%
	Residuo corregido	3,9	-3,9	
Con diagnóstico	Frecuencia	139	77	216
	% de abuso fármacos	56,7%	79,4%	63,2%
	Residuo corregido	-3,9	3,9	
Total	Frecuencia	245	97	342
	% de abuso fármacos	100,0%	100,0%	100,0%
Medidas simétricas:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,212		0,000
V de Cramer		0,212		

Tabla A31. Hábitos tóxicos: inhalantes

¿Tiene diagnóstico?		Hábitos tóxicos: inhalantes		Total
		No	Sí	
Sin diagnóstico	Frecuencia	123	3	126
	% consumo inhalantes	37,4%	23,1%	36,8%
	Residuo corregido	1,0	-1,0	
Con diagnóstico	Frecuencia	206	10	216
	% consumo inhalantes	62,6%	76,9%	63,2%
	Residuo corregido	-1,0	1,0	
Total	Frecuencia	329	13	342
	% consumo inhalantes	100,0%	100,0%	100,0%
Medidas simétricas:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,057		0,294
V de Cramer		0,057		

Tabla A32. Hábitos tóxicos: otros

¿Tiene diagnóstico?		Hábitos tóxicos: otros		Total
		No	Sí	
Sin diagnóstico	Frecuencia	114	12	126
	% de consumo de otros	40,7%	19,4%	36,8%
	Residuo corregido	3,2	-3,2	
Con diagnóstico	Frecuencia	166	50	216
	% de consumo de otros	59,3%	80,6%	63,2%
	Residuo corregido	-3,2	3,2	
Total	Frecuencia	280	62	342
	% de consumo de otros	100,0%	100,0%	100,0%
Medidas simétricas:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,171		
V de Cramer		0,171		0,002

TABLAS A33 a A49: RELACIÓN ENTRE TIPO DE DIAGNÓSTICO Y CONSUMO DE TÓXICOS

Tabla A33. Tipo de diagnóstico recibido y consumo de tóxicos: alcohol

Tipo de diagnóstico recibido		Hábito tóxico: alcohol		Total
		No	Sí	
Severos (TMS)	Frecuencia	22	24	46
	% de consumo alcohol	14,4%	12,7%	13,5%
	Residuo corregido	,5	-,5	
Personalidad (TP)	Frecuencia	13	11	24
	% de consumo alcohol	8,5%	5,8%	7,0%
	Residuo corregido	1,0	-1,0	
Otros	Frecuencia	8	23	31
	% de consumo alcohol	5,2%	12,2%	9,1%
	Residuo corregido	-2,2	2,2	
Sin diagnóstico	Frecuencia	81	45	126
	% de consumo alcohol	52,9%	23,8%	36,8%
	Residuo corregido	5,6	-5,6	
TMS + TP	Frecuencia	8	15	23
	% de consumo alcohol	5,2%	7,9%	6,7%
	Residuo corregido	-1,0	1,0	
TMS + otros	Frecuencia	11	14	25
	% de consumo alcohol	7,2%	7,4%	7,3%
	Residuo corregido	-,1	,1	
TP + otros	Frecuencia	6	23	29
	% de consumo alcohol	3,9%	12,2%	8,5%
	Residuo corregido	-2,7	2,7	
TMS + TP + otros	Frecuencia	4	34	38
	% de consumo alcohol	2,6%	18,0%	11,1%
	Residuo corregido	-4,5	4,5	
Total	Frecuencia	153	189	342
	% de consumo alcohol	100,0%	100,0%	100,0%
Medidas simétricas:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,385		
V de Cramer		0,385		0,000

Tabla A34. Tipo de diagnóstico recibido y consumo de tóxicos: cannabis

Tipo de diagnóstico recibido		Hábito tóxico: cannabis		Total
		No	Sí	
Severos (TMS)	Frecuencia	22	24	46
	% consumo cannabis	12,8%	14,1%	13,5%
	Residuo corregido	-,4	,4	
Personalidad (TP)	Frecuencia	10	14	24
	% consumo cannabis	5,8%	8,2%	7,0%
	Residuo corregido	-,9	,9	
Otros	Frecuencia	16	15	31
	% consumo cannabis	9,3%	8,8%	9,1%
	Residuo corregido	,2	-,2	
Sin diagnóstico	Frecuencia	80	46	126
	% consumo cannabis	46,5%	27,1%	36,8%
	Residuo corregido	3,7	-3,7	
TMS + TP	Frecuencia	9	14	23
	% consumo cannabis	5,2%	8,2%	6,7%
	Residuo corregido	-1,1	1,1	
TMS + otros	Frecuencia	16	9	25
	% consumo cannabis	9,3%	5,3%	7,3%
	Residuo corregido	1,4	-1,4	
TP + otros	Frecuencia	11	18	29
	% consumo cannabis	6,4%	10,6%	8,5%
	Residuo corregido	-1,4	1,4	
TMS + TP + otros	Frecuencia	8	30	38
	% consumo cannabis	4,7%	17,6%	11,1%
	Residuo corregido	-3,8	3,8	
Total	Frecuencia	172	170	342
	% consumo cannabis	100,0%	100,0%	100,0%
Medidas simétricas:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,283		0,000
V de Cramer		0,283		

Tabla A35. Tipo de diagnóstico recibido y consumo de tóxicos: cocaína

Tipo de diagnóstico recibido	Hábito tóxico: cocaína		Total	
	No	Sí		
Severos (TMS)	Frecuencia	26	20	46
	% de consumo cocaína	16,7%	10,8%	13,5%
	Residuo corregido	1,6	-1,6	
Personalidad (TP)	Frecuencia	9	15	24
	% de consumo cocaína	5,8%	8,1%	7,0%
	Residuo corregido	-,8	,8	
Otros	Frecuencia	9	22	31
	% de consumo cocaína	5,8%	11,8%	9,1%
	Residuo corregido	-1,9	1,9	
Sin diagnóstico	Frecuencia	80	46	126
	% de consumo cocaína	51,3%	24,7%	36,8%
	Residuo corregido	5,1	-5,1	
TMS + TP	Frecuencia	8	15	23
	% de consumo cocaína	5,1%	8,1%	6,7%
	Residuo corregido	-1,1	1,1	
TMS + otros	Frecuencia	13	12	25
	% de consumo cocaína	8,3%	6,5%	7,3%
	Residuo corregido	,7	-,7	
TP + otros	Frecuencia	5	24	29
	% de consumo cocaína	3,2%	12,9%	8,5%
	Residuo corregido	-3,2	3,2	
TMS + TP + otros	Frecuencia	6	32	38
	% de consumo cocaína	3,8%	17,2%	11,1%
	Residuo corregido	-3,9	3,9	
Total	Frecuencia	156	186	342
	% de consumo cocaína	100,0%	100,0%	100,0%
Medidas simétricas:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,371		
V de Cramer		0,371		0,000

Tabla A36. Tipo de diagnóstico recibido y consumo de tóxicos: heroína

Tipo de diagnóstico recibido		Hábito tóxico: heroína		Total
		No	Sí	
Severos (TMS)	Frecuencia	35	11	46
	% de consumo heroína	17,3%	7,9%	13,5%
	Residuo corregido	2,5	-2,5	
Personalidad (TP)	Frecuencia	10	14	24
	% de consumo heroína	5,0%	10,0%	7,0%
	Residuo corregido	-1,8	1,8	
Otros	Frecuencia	15	16	31
	% de consumo heroína	7,4%	11,4%	9,1%
	Residuo corregido	-1,3	1,3	
Sin diagnóstico	Frecuencia	87	39	126
	% de consumo heroína	43,1%	27,9%	36,8%
	Residuo corregido	2,9	-2,9	
TMS + TP	Frecuencia	10	13	23
	% de consumo heroína	5,0%	9,3%	6,7%
	Residuo corregido	-1,6	1,6	
TMS + otros	Frecuencia	17	8	25
	% de consumo heroína	8,4%	5,7%	7,3%
	Residuo corregido	,9	-,9	
TP + otros	Frecuencia	15	14	29
	% de consumo heroína	7,4%	10,0%	8,5%
	Residuo corregido	-,8	,8	
TMS + TP + otros	Frecuencia	13	25	38
	% de consumo heroína	6,4%	17,9%	11,1%
	Residuo corregido	-3,3	3,3	
Total	Frecuencia	202	140	342
	% de consumo heroína	100,0%	100,0%	100,0%
Medidas simétricas:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,290		0,000
V de Cramer		0,290		

Tabla A37. Tipo de diagnóstico recibido y consumo de tóxicos: drogas de diseño

Tipo de diagnóstico recibido		Hábito tóxico: drogas de diseño		Total
		No	Sí	
Severos (TMS)	Frecuencia	37	9	46
	% de drogas diseño	14,5%	10,5%	13,5%
	Residuo corregido	,9	-,9	
Personalidad (TP)	Frecuencia	16	8	24
	% de drogas diseño	6,3%	9,3%	7,0%
	Residuo corregido	-1,0	1,0	
Otros	Frecuencia	26	5	31
	% de drogas diseño	10,2%	5,8%	9,1%
	Residuo corregido	1,2	-1,2	
Sin diagnóstico	Frecuencia	105	21	126
	% de drogas diseño	41,0%	24,4%	36,8%
	Residuo corregido	2,8	-2,8	
TMS + TP	Frecuencia	13	10	23
	% de drogas diseño	5,1%	11,6%	6,7%
	Residuo corregido	-2,1	2,1	
TMS + otros	Frecuencia	21	4	25
	% de drogas diseño	8,2%	4,7%	7,3%
	Residuo corregido	1,1	-1,1	
TP + otros	Frecuencia	20	9	29
	% de drogas diseño	7,8%	10,5%	8,5%
	Residuo corregido	-,8	,8	
TMS + TP + otros	Frecuencia	18	20	38
	% de drogas diseño	7,0%	23,3%	11,1%
	Residuo corregido	-4,1	4,1	
Total	Frecuencia	256	86	342
	% de drogas diseño	100,0%	100,0%	100,0%
Medidas simétricas:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,290		0,000
V de Cramer		0,290		

Tabla A38. Tipo de diagnóstico recibido y consumo de tóxicos: abuso de fármacos

Tipo de diagnóstico recibido		Hábito tóxico: abuso de fármacos		Total
		No	Sí	
Severos (TMS)	Frecuencia	38	8	46
	% de abuso fármacos	15,5%	8,2%	13,5%
	Residuo corregido	1,8	-1,8	
Personalidad (TP)	Frecuencia	16	8	24
	% de abuso fármacos	6,5%	8,2%	7,0%
	Residuo corregido	-,6	,6	
Otros	Frecuencia	18	13	31
	% de abuso fármacos	7,3%	13,4%	9,1%
	Residuo corregido	-1,8	1,8	
Sin diagnóstico	Frecuencia	106	20	126
	% de abuso fármacos	43,3%	20,6%	36,8%
	Residuo corregido	3,9	-3,9	
TMS + TP	Frecuencia	13	10	23
	% de abuso fármacos	5,3%	10,3%	6,7%
	Residuo corregido	-1,7	1,7	
TMS + otros	Frecuencia	17	8	25
	% de abuso fármacos	6,9%	8,2%	7,3%
	Residuo corregido	-,4	,4	
TP + otros	Frecuencia	18	11	29
	% de abuso fármacos	7,3%	11,3%	8,5%
	Residuo corregido	-1,2	1,2	
TMS + TP + otros	Frecuencia	19	19	38
	% de abuso fármacos	7,8%	19,6%	11,1%
	Residuo corregido	-3,1	3,1	
Total	Frecuencia	245	97	342
	% de abuso fármacos	100,0%	100,0%	100,0%
Medidas simétricas:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,288		0,000
V de Cramer		0,288		

Tabla A39. Tipo de diagnóstico recibido y consumo de tóxicos: inhalantes

Tipo de diagnóstico recibido		Hábito tóxico: inhalantes		Total
		No	Sí	
Severos (TMS)	Frecuencia	44	2	46
	% consumo inhalantes	13,4%	15,4%	13,5%
	Residuo corregido	-,2	,2	
Personalidad (TP)	Frecuencia	23	1	24
	% consumo inhalantes	7,0%	7,7%	7,0%
	Residuo corregido	-,1	,1	
Otros	Frecuencia	28	3	31
	% consumo inhalantes	8,5%	23,1%	9,1%
	Residuo corregido	-1,8	1,8	
Sin diagnóstico	Frecuencia	123	3	126
	% consumo inhalantes	37,4%	23,1%	36,8%
	Residuo corregido	1,0	-1,0	
TMS + TP	Frecuencia	22	1	23
	% consumo inhalantes	6,7%	7,7%	6,7%
	Residuo corregido	-,1	,1	
TMS + otros	Frecuencia	23	2	25
	% consumo inhalantes	7,0%	15,4%	7,3%
	Residuo corregido	-1,1	1,1	
TP + otros	Frecuencia	29	0	29
	% consumo inhalantes	8,8%	,0%	8,5%
	Residuo corregido	1,1	-1,1	
TMS + TP + otros	Frecuencia	37	1	38
	% consumo inhalantes	11,2%	7,7%	11,1%
	Residuo corregido	,4	-,4	
Total	Frecuencia	329	13	342
	% consumo inhalantes	100,0%	100,0%	100,0%
Medidas simétricas:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,134		0,519
V de Cramer		0,134		

Tabla A40. Tipo de diagnóstico recibido y consumo de tóxicos: otros

Tipo de diagnóstico recibido		Hábito tóxico: otros		Total
		No	Sí	
Severos (TMS)	Frecuencia	41	5	46
	% de consumo de otros	14,6%	8,1%	13,5%
	Residuo corregido	1,4	-1,4	
Personalidad (TP)	Frecuencia	21	3	24
	% de consumo de otros	7,5%	4,8%	7,0%
	Residuo corregido	,7	-,7	
Otros	Frecuencia	25	6	31
	% de consumo de otros	8,9%	9,7%	9,1%
	Residuo corregido	-,2	,2	
Sin diagnóstico	Frecuencia	114	12	126
	% de consumo de otros	40,7%	19,4%	36,8%
	Residuo corregido	3,2	-3,2	
TMS + TP	Frecuencia	15	8	23
	% de consumo de otros	5,4%	12,9%	6,7%
	Residuo corregido	-2,1	2,1	
TMS + otros	Frecuencia	21	4	25
	% de consumo de otros	7,5%	6,5%	7,3%
	Residuo corregido	,3	-,3	
TP + otros	Frecuencia	21	8	29
	% de consumo de otros	7,5%	12,9%	8,5%
	Residuo corregido	-1,4	1,4	
TMS + TP + otros	Frecuencia	22	16	38
	% de consumo de otros	7,9%	25,8%	11,1%
	Residuo corregido	-4,1		
Total	Frecuencia	280	62	342
	% de consumo de otros	100,0%	100,0%	100,0%
Medidas simétricas:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,293		
V de Cramer		0,293		0,000

TABLAS A41 a A49: RELACIÓN ENTRE DELITO COMETIDO Y CONSUMO DE TÓXICOS (SÓLO INTERNOS EN PRISIÓN)

Tabla A41. Relación entre delito cometido y hábito tóxico: alcohol

Delito principal pena base (agrupado)		Hábito tóxico: alcohol		Total
		No	Sí	
Contra las personas	Frecuencia	63	67	130
	% de consumo alcohol	41,4%	35,4%	38,1%
	Residuo corregido	1,1	-1,1	
Contra la libertad sexual	Frecuencia	8	19	27
	% de consumo alcohol	5,3%	10,1%	7,9%
	Residuo corregido	-1,6	1,6	
Contra la propiedad	Frecuencia	50	85	135
	% de consumo alcohol	32,9%	45,0%	39,6%
	Residuo corregido	-2,3	2,3	
Drogas	Frecuencia	10	7	17
	% de consumo alcohol	6,6%	3,7%	5,0%
	Residuo corregido	1,2	-1,2	
Otros	Frecuencia	21	11	32
	% de consumo alcohol	13,8%	5,8%	9,4%
	Residuo corregido	2,5	-2,5	
Total	Frecuencia	152	189	341
	% de consumo alcohol	100,0%	100,0%	100,0%
Medidas simétricas:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,199		0,009
V de Cramer		0,199		

Tabla A42. Relación entre delito cometido y hábito tóxico: cannabis

Delito principal pena base (agrupado)		Hábito tóxico: cannabis		Total
		No	Sí	
Contra las personas	Frecuencia	75	55	130
	% consumo cannabis	43,9%	32,4%	38,1%
	Residuo corregido	2,2	-2,2	
Contra la libertad sexual	Frecuencia	13	14	27
	% consumo cannabis	7,6%	8,2%	7,9%
	Residuo corregido	-,2	,2	
Contra la propiedad	Frecuencia	53	82	135
	% consumo cannabis	31,0%	48,2%	39,6%
	Residuo corregido	-3,3	3,3	
Drogas	Frecuencia	9	8	17
	% consumo cannabis	5,3%	4,7%	5,0%
	Residuo corregido	,2	-,2	
Otros	Frecuencia	21	11	32
	% consumo cannabis	12,3%	6,5%	9,4%
	Residuo corregido	1,8	-1,8	
Total	Frecuencia	171	170	341
	% consumo cannabis	100,0%	100,0%	100,0%
Medidas simétricas:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,192		0,014
V de Cramer		0,192		

Tabla A43. Relación entre delito cometido y hábito tóxico: cocaína

Delito principal pena base (agrupado)		Hábito tóxico: cocaína		Total
		No	Sí	
Contra las personas	Frecuencia	73	57	130
	% de consumo cocaína	47,1%	30,6%	38,1%
	Residuo corregido	3,1	-3,1	
Contra la libertad sexual	Frecuencia	15	12	27
	% de consumo cocaína	9,7%	6,5%	7,9%
	Residuo corregido	1,1	-1,1	
Contra la propiedad	Frecuencia	40	95	135
	% de consumo cocaína	25,8%	51,1%	39,6%
	Residuo corregido	-4,8	4,8	
Drogas	Frecuencia	7	10	17
	% de consumo cocaína	4,5%	5,4%	5,0%
	Residuo corregido	-,4	,4	
Otros	Frecuencia	20	12	32
	% de consumo cocaína	12,9%	6,5%	9,4%
	Residuo corregido	2,0	-2,0	
Total	Frecuencia	155	186	341
	% de consumo cocaína	100,0%	100,0%	100,0%
Medidas simétricas:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,269		0,000
V de Cramer		0,269		

Tabla A44. Relación entre delito cometido y hábito tóxico: heroína

Delito principal pena base (agrupado)		Hábito tóxico: heroína		Total
		No	Sí	
Contra las personas	Frecuencia	89	41	130
	% de consumo heroína	44,3%	29,3%	38,1%
	Residuo corregido	2,8	-2,8	
Contra la libertad sexual	Frecuencia	18	9	27
	% de consumo heroína	9,0%	6,4%	7,9%
	Residuo corregido	,9	-,9	
Contra la propiedad	Frecuencia	56	79	135
	% de consumo heroína	27,9%	56,4%	39,6%
	Residuo corregido	-5,3	5,3	
Drogas	Frecuencia	10	7	17
	% de consumo heroína	5,0%	5,0%	5,0%
	Residuo corregido	,0	,0	
Otros	Frecuencia	28	4	32
	% de consumo heroína	13,9%	2,9%	9,4%
	Residuo corregido	3,4	-3,4	
Total	Frecuencia	201	140	341
	% de consumo heroína	100,0%	100,0%	100,0%
Medidas simétricas:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,313		0,000
V de Cramer		0,313		

Tabla A45. Relación entre delito cometido y hábito tóxico: drogas de diseño

Delito principal pena base (agrupado)		Hábito tóxico: drogas de diseño		Total
		No	Sí	
Contra las personas	Frecuencia	102	28	130
	% de drogas diseño	40,0%	32,6%	38,1%
	Residuo corregido	1,2	-1,2	
Contra la libertad sexual	Frecuencia	21	6	27
	% de drogas diseño	8,2%	7,0%	7,9%
	Residuo corregido	,4	-,4	
Contra la propiedad	Frecuencia	93	42	135
	% de drogas diseño	36,5%	48,8%	39,6%
	Residuo corregido	-2,0	2,0	
Drogas	Frecuencia	11	6	17
	% de drogas diseño	4,3%	7,0%	5,0%
	Residuo corregido	-1,0	1,0	
Otros	Frecuencia	28	4	32
	% de drogas diseño	11,0%	4,7%	9,4%
	Residuo corregido	1,7	-1,7	
Total	Frecuencia	255	86	341
	% de drogas diseño	100,0%	100,0%	100,0%
Medidas simétricas:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,145		
V de Cramer		0,145		0,125

Tabla A46. Relación entre delito cometido y hábito tóxico: abuso de fármacos

Delito principal pena base (agrupado)		Hábito tóxico: abuso de fármacos		Total
		No	Sí	
Contra las personas	Frecuencia	102	28	130
	% de abuso fármacos	41,8%	28,9%	38,1%
	Residuo corregido	2,2	-2,2	
Contra la libertad sexual	Frecuencia	21	6	27
	% de abuso fármacos	8,6%	6,2%	7,9%
	Residuo corregido	,7	-,7	
Contra la propiedad	Frecuencia	79	56	135
	% de abuso fármacos	32,4%	57,7%	39,6%
	Residuo corregido	-4,3	4,3	
Drogas	Frecuencia	14	3	17
	% de abuso fármacos	5,7%	3,1%	5,0%
	Residuo corregido	1,0	-1,0	
Otros	Frecuencia	28	4	32
	% de abuso fármacos	11,5%	4,1%	9,4%
	Residuo corregido	2,1	-2,1	
Total	Frecuencia	244	97	341
	% de abuso fármacos	100,0%	100,0%	100,0%
Medidas simétricas:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,241		
V de Cramer		0,241		0,001

Tabla A47. Relación entre delito cometido y hábito tóxico: inhalantes

Delito principal pena base (agrupado)		Hábito tóxico: inhalantes		Total
		No	Sí	
Contra las personas	Frecuencia	128	2	130
	% consumo inhalantes	39,0%	15,4%	38,1%
	Residuo corregido	1,7	-1,7	
Contra la libertad sexual	Frecuencia	26	1	27
	% consumo inhalantes	7,9%	7,7%	7,9%
	Residuo corregido	,0	,0	
Contra la propiedad	Frecuencia	125	10	135
	% consumo inhalantes	38,1%	76,9%	39,6%
	Residuo corregido	-2,8	2,8	
Drogas	Frecuencia	17	0	17
	% consumo inhalantes	5,2%	,0%	5,0%
	Residuo corregido	,8	-,8	
Otros	Frecuencia	32	0	32
	% consumo inhalantes	9,8%	,0%	9,4%
	Residuo corregido	1,2	-1,2	
Total	Frecuencia	328	13	341
	% consumo inhalantes	100,0%	100,0%	100,0%
Medidas simétricas:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,158		0,074
V de Cramer		0,158		

Tabla A48. Relación entre delito cometido y hábito tóxico: otros

Delito principal pena base (agrupado)		Hábito tóxico: otros		Total
		No	Sí	
Contra las personas	Frecuencia	112	18	130
	% de consumo de otros	40,1%	29,0%	38,1%
	Residuo corregido	1,6	-1,6	
Contra la libertad sexual	Frecuencia	22	5	27
	% de consumo de otros	7,9%	8,1%	7,9%
	Residuo corregido	,0	,0	
Contra la propiedad	Frecuencia	102	33	135
	% de consumo de otros	36,6%	53,2%	39,6%
	Residuo corregido	-2,4	2,4	
Drogas	Frecuencia	15	2	17
	% de consumo de otros	5,4%	3,2%	5,0%
	Residuo corregido	,7	-,7	
Otros	Frecuencia	28	4	32
	% de consumo de otros	10,0%	6,5%	9,4%
	Residuo corregido	,9	-,9	
Total	Frecuencia	279	62	341
	% de consumo de otros	100,0%	100,0%	100,0%
Medidas simétricas:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,137		0,173
V de Cramer		0,137		

Tabla A49. Relación entre delito cometido y hábito tóxico: consumo de drogas por vía parenteral

Delito principal pena base (agrupado)		Consumo por vía parenteral		Total
		No	Sí	
Contra las personas	Frecuencia	77	24	101
	% de vía parenteral	43,5%	26,7%	37,8%
	Residuo corregido	2,7	-2,7	
Contra la libertad sexual	Frecuencia	18	2	20
	% de vía parenteral	10,2%	2,2%	7,5%
	Residuo corregido	2,3	-2,3	
Contra la propiedad	Frecuencia	56	54	110
	% de vía parenteral	31,6%	60,0%	41,2%
	Residuo corregido	-4,5	4,5	
Drogas	Frecuencia	9	6	15
	% de vía parenteral	5,1%	6,7%	5,6%
	Residuo corregido	-,5	,5	
Otros	Frecuencia	17	4	21
	% de vía parenteral	9,6%	4,4%	7,9%
	Residuo corregido	1,5	-1,5	
Total	Frecuencia	177	90	267
	% de vía parenteral	100,0%	100,0%	100,0%
Medidas simétricas:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,296		0,000
V de Cramer		0,296		

TABLAS A50 a A68: COMPARACIÓN ENTRE INTERNOS SOMETIDOS A MEDIDAS DE SEGURIDAD E INTERNOS INGRESADOS EN PSIQUIATRÍA DE PRISIONES

Tabla A50. Género

Género		Grupo de estudio		Total
		Prisión	Medidas de seguridad	
Hombre	Frecuencia	323	273	596
	% de grupo de estudio	94,4%	88,6%	91,7%
	Residuo corregido	2,7	-2,7	
Mujer	Frecuencia	19	35	54
	% de grupo de estudio	5,6%	11,4%	8,3%
	Residuo corregido	-2,7	2,7	
Total	Frecuencia	342	308	650
	% de grupo de estudio	100,0%	100,0%	100,0%
Medidas simétricas:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,105		0,007
V de Cramer		0,105		

Tabla A51. Nacionalidad

Nacionalidad		Grupo de estudio		Total
		Prisión	Medidas de seguridad	
Español	Frecuencia	267	286	553
	% de grupo de estudio	78,3%	93,8%	85,6%
	Residuo corregido	-5,6	5,6	
Extranjero	Frecuencia	74	19	93
	% de grupo de estudio	21,7%	6,2%	14,4%
	Residuo corregido	5,6	-5,6	
Total	Frecuencia	341	305	646
	% de grupo de estudio	100,0%	100,0%	100,0%
Medidas simétricas:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,220		0,000
V de Cramer		0,220		

Tabla A52. ¿Retraso mental?

¿Retraso mental?		Grupo de estudio		Total
		Prisión	Medidas de seguridad	
No	Frecuencia	154	180	334
	% de grupo de estudio	80,2%	79,3%	79,7%
	Residuo corregido	,2	-,2	
Sí	Frecuencia	38	47	85
	% de grupo de estudio	19,8%	20,7%	20,3%
	Residuo corregido	-,2	,2	
Total	Frecuencia	192	227	419
	% de grupo de estudio	100,0%	100,0%	100,0%
Medidas simétricas:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,011		0,817
V de Cramer		0,011		

Tabla A53. ¿Disminución psíquica diagnosticada?

¿Disminución psíquica diagnosticada?		Grupo de estudio		Total
		Prisión	Medidas de seguridad	
No	Frecuencia	154	156	310
	% de grupo de estudio	85,1%	77,2%	80,9%
	Residuo corregido	2,0	-2,0	
Sí	Frecuencia	27	46	73
	% de grupo de estudio	14,9%	22,8%	19,1%
	Residuo corregido	-2,0	2,0	
Total	Frecuencia	181	202	383
	% de grupo de estudio	100,0%	100,0%	100,0%
Medidas simétricas:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,100		0,051
V de Cramer		0,100		

Tabla A54. ¿Incapacitación legal?

¿Incapacitación legal?		Grupo de estudio		Total
		Prisión	Medidas de seguridad	
No	Frecuencia	169	158	327
	% de grupo de estudio	96,0%	83,6%	89,6%
	Residuo corregido	3,9	-3,9	
Sí	Frecuencia	7	31	38
	% de grupo de estudio	4,0%	16,4%	10,4%
	Residuo corregido	-3,9	3,9	
Total	Frecuencia	176	189	365
	% de grupo de estudio	100,0%	100,0%	100,0%
Medidas simétricas:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,203		0,000
V de Cramer		0,203		

Tabla A55. ¿Consumo actual de tóxicos?

¿Consumo actual de tóxicos?		Grupo de estudio		Total
		Prisión	Medidas de seguridad	
No	Frecuencia	57	130	187
	% de grupo de estudio	42,2%	72,2%	59,4%
	Residuo corregido	-5,4	5,4	
Sí	Frecuencia	78	50	128
	% de grupo de estudio	57,8%	27,8%	40,6%
	Residuo corregido	5,4	-5,4	
Total	Frecuencia	135	180	315
	% de grupo de estudio	100,0%	100,0%	100,0%
Medidas simétricas:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,302		0,000
V de Cramer		0,302		

Tabla A56. ¿Se tiene en cuenta la enfermedad mental en sentencia judicial?

¿Consecuencia enfermedad mental en sentencia?		Grupo de estudio		Total
		Prisión	Medidas de seguridad	
No	Frecuencia	92	9	101
	% de grupo de estudio	55,1%	3,2%	22,5%
	Residuo corregido	12,7	-12,7	
Sí, como atenuante	Frecuencia	23	14	37
	% de grupo de estudio	13,8%	5,0%	8,3%
	Residuo corregido	3,3	-3,3	
Sí, como eximente incompleta	Frecuencia	38	104	142
	% de grupo de estudio	22,8%	37,0%	31,7%
	Residuo corregido	-3,1	3,1	
Sí, como eximente completa	Frecuencia	10	151	161
	% de grupo de estudio	6,0%	53,7%	35,9%
	Residuo corregido	-10,2	10,2	
Sí, como otros	Frecuencia	3	3	6
	% de grupo de estudio	1,8%	1,1%	1,3%
	Residuo corregido	,6	-,6	
Total	Frecuencia	166	281	447
	% de grupo de estudio	100,0%	100,0%	100,0%
Medidas simétricas:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,685		0,000
V de Cramer		0,685		

Tabla A57. ¿Consumo drogas por vía parenteral?

Drogas por vía parenteral		Grupo de estudio		Total
		Prisión	Medidas de seguridad	
No	Frecuencia	177	200	377
	% de grupo de estudio	66,3%	89,7%	76,9%
	Residuo corregido	-6,1	6,1	
Sí	Frecuencia	90	23	113
	% de grupo de estudio	33,7%	10,3%	23,1%
	Residuo corregido	6,1	-6,1	
Total	Frecuencia	267	223	490
	% de grupo de estudio	100,0%	100,0%	100,0%
Medidas simétricas:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,277		0,000
V de Cramer		0,277		

Tabla A58. ¿Ingresos penitenciarios anteriores?

¿Ingresos penitenciarios anteriores?		Grupo de estudio		Total
		Prisión	Medidas de seguridad	
No	Frecuencia	147	98	245
	% de grupo de estudio	44,0%	57,0%	48,4%
	Residuo corregido	-2,8	2,8	
Sí, uno	Frecuencia	57	36	93
	% de grupo de estudio	17,1%	20,9%	18,4%
	Residuo corregido	-1,1	1,1	
Sí, dos	Frecuencia	40	8	48
	% de grupo de estudio	12,0%	4,7%	9,5%
	Residuo corregido	2,7	-2,7	
Sí, tres o más	Frecuencia	90	30	120
	% de grupo de estudio	26,9%	17,4%	23,7%
	Residuo corregido	2,4	-2,4	
Total	Frecuencia	334	172	506
	% de grupo de estudio	100,0%	100,0%	100,0%
Medidas simétricas:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,176		0,001
V de Cramer		0,176		

Tabla A59. Delito principal pena base

Delito principal pena base		Grupo de estudio		Total
		Prisión	Medidas de seguridad	
Contra las personas	Frecuencia	130	168	298
	% de grupo de estudio	38,1%	55,1%	46,1%
	Residuo corregido	-4,3	4,3	
Contra la libertad sexual	Frecuencia	27	19	46
	% de grupo de estudio	7,9%	6,2%	7,1%
	Residuo corregido	,8	-,8	
Contra la propiedad	Frecuencia	135	81	216
	% de grupo de estudio	39,6%	26,6%	33,4%
	Residuo corregido	3,5	-3,5	
Drogas	Frecuencia	17	2	19
	% de grupo de estudio	5,0%	,7%	2,9%
	Residuo corregido	3,3	-3,3	
Otros delitos	Frecuencia	32	35	67
	% de grupo de estudio	9,4%	11,5%	10,4%
	Residuo corregido	-,9	,9	
Total	Frecuencia	341	305	646
	% de grupo de estudio	100,0%	100,0%	100,0%
Medidas simétricas:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,215		0,000
V de Cramer		0,215		

Tabla A60. Delito violento en la pena base

Delito violento		Grupo de estudio		Total
		Prisión	Medidas de seguridad	
No violento	Frecuencia	143	104	247
	% de grupo de estudio	41,8%	33,8%	38,0%
	Residuo corregido	2,1	-2,1	
Sí violento	Frecuencia	199	204	403
	% de grupo de estudio	58,2%	66,2%	62,0%
	Residuo corregido	-2,1	2,1	
Total	Frecuencia	342	308	650
	% de grupo de estudio	100,0%	100,0%	100,0%
Medidas simétricas:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,083		0,035
V de Cramer		0,083		

Tabla A61. Hábitos tóxicos: alcohol

Consumo de alcohol		Grupo de estudio		Total
		Prisión	Medidas de seguridad	
No	Frecuencia	153	184	337
	% de grupo de estudio	44,7%	59,7%	51,8%
	Residuo corregido	-3,8	3,8	
Sí	Frecuencia	189	124	313
	% de grupo de estudio	55,3%	40,3%	48,2%
	Residuo corregido	3,8	-3,8	
Total	Frecuencia	342	308	650
	% de grupo de estudio	100,0%	100,0%	100,0%
Medidas simétricas:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,150		0,000
V de Cramer		0,150		

Tabla A62. Hábitos tóxicos: cannabis

Consumo de cannabis		Grupo de estudio		Total
		Prisión	Medidas de seguridad	
No	Frecuencia	172	198	370
	% de grupo de estudio	50,3%	64,3%	56,9%
	Residuo corregido	-3,6	3,6	
Sí	Frecuencia	170	110	280
	% de grupo de estudio	49,7%	35,7%	43,1%
	Residuo corregido	3,6	-3,6	
Total	Frecuencia	342	308	650
	% de grupo de estudio	100,0%	100,0%	100,0%
Medidas simétricas:		Valor		Sig. aproximada
Phi		-0,141		0,000
V de Cramer		0,141		

Tabla A63. Hábitos tóxicos: cocaína

Consumo de cocaína		Grupo de estudio		Total
		Prisión	Medidas de seguridad	
No	Frecuencia	156	233	389
	% de grupo de estudio	45,6%	75,6%	59,8%
	Residuo corregido	-7,8	7,8	
Sí	Frecuencia	186	75	261
	% de grupo de estudio	54,4%	24,4%	40,2%
	Residuo corregido	7,8	-7,8	
Total	Frecuencia	342	308	650
	% de grupo de estudio	100,0%	100,0%	100,0%
Medidas simétricas:		Valor		Sig. aproximada
Phi		-0,306		
V de Cramer		0,306		0,000

Tabla A64. Hábitos tóxicos: heroína

Consumo de heroína		Grupo de estudio		Total
		Prisión	Medidas de seguridad	
No	Frecuencia	202	270	472
	% de grupo de estudio	59,1%	87,7%	72,6%
	Residuo corregido	-8,2	8,2	
Sí	Frecuencia	140	38	178
	% de grupo de estudio	40,9%	12,3%	27,4%
	Residuo corregido	8,2	-8,2	
Total	Frecuencia	342	308	650
	% de grupo de estudio	100,0%	100,0%	100,0%
Medidas simétricas:		Valor		Sig. aproximada
Phi		-0,320		
V de Cramer		0,320		0,000

Tabla A65. Hábitos tóxicos: drogas de diseño

Consumo de drogas de diseño		Grupo de estudio		Total
		Prisión	Medidas de seguridad	
No	Frecuencia	256	270	526
	% de grupo de estudio	74,9%	87,7%	80,9%
	Residuo corregido	-4,1	4,1	
Sí	Frecuencia	86	38	124
	% de grupo de estudio	25,1%	12,3%	19,1%
	Residuo corregido	4,1	-4,1	
Total	Frecuencia	342	308	650
	% de grupo de estudio	100,0%	100,0%	100,0%
Medidas simétricas:		Valor		Sig. aproximada
Phi		-0,163		
V de Cramer		0,163		0,000

Tabla A66. Hábitos tóxicos: abuso de fármacos

Abuso de fármacos		Grupo de estudio		Total
		Prisión	Medidas de seguridad	
No	Frecuencia	245	268	513
	% de grupo de estudio	71,6%	87,0%	78,9%
	Residuo corregido	-4,8	4,8	
Sí	Frecuencia	97	40	137
	% de grupo de estudio	28,4%	13,0%	21,1%
	Residuo corregido	4,8	-4,8	
Total	Frecuencia	342	308	650
	% de grupo de estudio	100,0%	100,0%	100,0%
Medidas simétricas:		Valor		Sig. aproximada
Phi		-0,188		0,000
V de Cramer		0,188		

Tabla A67. Hábitos tóxicos: inhalantes

Consumo de inhalantes		Grupo de estudio		Total
		Prisión	Medidas de seguridad	
No	Frecuencia	329	305	634
	% de grupo de estudio	96,2%	99,0%	97,5%
	Residuo corregido	-2,3	2,3	
Sí	Frecuencia	13	3	16
	% de grupo de estudio	3,8%	1,0%	2,5%
	Residuo corregido	2,3	-2,3	
Total	Frecuencia	342	308	650
	% de grupo de estudio	100,0%	100,0%	100,0%
Medidas simétricas:		Valor		Sig. aproximada
Phi		-0,091		0,020
V de Cramer		0,091		

Tabla A68. Hábitos tóxicos: otros

Consumo de otros		Grupo de estudio		Total
		Prisión	Medidas de seguridad	
No	Frecuencia	280	272	552
	% de grupo de estudio	81,9%	88,3%	84,9%
	Residuo corregido	-2,3	2,3	
Sí	Frecuencia	62	36	98
	% de grupo de estudio	18,1%	11,7%	15,1%
	Residuo corregido	2,3	-2,3	
Total	Frecuencia	342	308	650
	% de grupo de estudio	100,0%	100,0%	100,0%
Medidas simétricas:		Valor		Sig. aproximada
Phi		-0,090		0,022
V de Cramer		0,090		

TABLAS A69 a A78: COMPARACIÓN ENTRE DELITO COMETIDO Y CONSUMO DE TÓXICOS (SÓLO INTERNOS CON MEDIDAS DE SEGURIDAD)

Tabla A69. Relación entre delito cometido y hábito tóxico: alcohol

Delito principal pena base (agrupado)		Hábito tóxico: alcohol		Total
		No	Sí	
Contra las personas	Frecuencia	105	63	168
	% de consumo alcohol	58,3%	50,8%	55,3%
	Residuo corregido	1,3	-1,3	
Contra la libertad sexual	Frecuencia	8	10	18
	% de consumo alcohol	4,4%	8,1%	5,9%
	Residuo corregido	-1,3	1,3	
Contra la propiedad	Frecuencia	46	35	81
	% de consumo alcohol	25,6%	28,2%	26,6%
	Residuo corregido	-5	,5	
Drogas	Frecuencia	1	1	2
	% de consumo alcohol	,6%	,8%	,7%
	Residuo corregido	-,3	,3	
Otros	Frecuencia	20	15	35
	% de consumo alcohol	11,1%	12,1%	11,5%
	Residuo corregido	-,3	,3	
Total	Frecuencia	180	124	304
	% de consumo alcohol	100,0%	100,0%	100,0%
Medidas simétricas:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,094		0,608
V de Cramer		0,094		

Tabla A70. Relación entre delito cometido y hábito tóxico: cannabis

Delito principal pena base (agrupado)		Hábito tóxico: cannabis		Total
		No	Sí	
Contra las personas	Frecuencia	111	57	168
	% consumo cannabis	57,2%	51,8%	55,3%
	Residuo corregido	,9	-,9	
Contra la libertad sexual	Frecuencia	13	5	18
	% consumo cannabis	6,7%	4,5%	5,9%
	Residuo corregido	,8	-,8	
Contra la propiedad	Frecuencia	47	34	81
	% consumo cannabis	24,2%	30,9%	26,6%
	Residuo corregido	-1,3	1,3	
Drogas	Frecuencia	0	2	2
	% consumo cannabis	,0%	1,8%	,7%
	Residuo corregido	-1,9	1,9	
Otros	Frecuencia	23	12	35
	% consumo cannabis	11,9%	10,9%	11,5%
	Residuo corregido	,2	-,2	
Total	Frecuencia	194	110	304
	% consumo cannabis	100,0%	100,0%	100,0%
Medidas simétricas:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,137		0,224
V de Cramer		0,137		

Tabla A71. Relación entre delito cometido y hábito tóxico: cocaína

Delito principal pena base (agrupado)		Hábito tóxico: cocaína		Total
		No	Sí	
Contra las personas	Frecuencia	131	37	168
	% de consumo cocaína	57,2%	49,3%	55,3%
	Residuo corregido	1,2	-1,2	
Contra la libertad sexual	Frecuencia	13	5	18
	% de consumo cocaína	5,7%	6,7%	5,9%
	Residuo corregido	-,3	,3	
Contra la propiedad	Frecuencia	55	26	81
	% de consumo cocaína	24,0%	34,7%	26,6%
	Residuo corregido	-1,8	1,8	
Drogas	Frecuencia	0	2	2
	% de consumo cocaína	,0%	2,7%	,7%
	Residuo corregido	-2,5	2,5	
Otros	Frecuencia	30	5	35
	% de consumo cocaína	13,1%	6,7%	11,5%
	Residuo corregido	1,5	-1,5	
Total	Frecuencia	229	75	304
	% de consumo cocaína	100,0%	100,0%	100,0%
Medidas simétricas:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,193		0,024
V de Cramer		0,193		

Tabla A72. Relación entre delito cometido y hábito tóxico: heroína

Delito principal pena base (agrupado)		Hábito tóxico: heroína		Total
		No	Sí	
Contra las personas	Frecuencia	152	16	130
	% de consumo heroína	57,1%	42,1%	38,1%
	Residuo corregido	1,7	-1,7	
Contra la libertad sexual	Frecuencia	15	3	27
	% de consumo heroína	5,6%	7,9%	7,9%
	Residuo corregido	-,6	,6	
Contra la propiedad	Frecuencia	66	15	135
	% de consumo heroína	24,8%	39,5%	39,6%
	Residuo corregido	-1,9	1,9	
Drogas	Frecuencia	2	0	17
	% de consumo heroína	,8%	,0%	5,0%
	Residuo corregido	,5	-,5	
Otros	Frecuencia	31	4	32
	% de consumo heroína	11,7%	10,5%	9,4%
	Residuo corregido	,2	-,2	
Total	Frecuencia	266	38	341
	% de consumo heroína	100,0%	100,0%	100,0%
Medidas simétricas:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,124		0,325
V de Cramer		0,124		

Tabla A73. Relación entre delito cometido y hábito tóxico: drogas de diseño

Delito principal pena base (agrupado)		Hábito tóxico: drogas de diseño		Total
		No	Sí	
Contra las personas	Frecuencia	147	21	168
	% de drogas diseño	55,3%	55,3%	55,3%
	Residuo corregido	,0	,0	
Contra la libertad sexual	Frecuencia	15	3	18
	% de drogas diseño	5,6%	7,9%	5,9%
	Residuo corregido	-,6	,6	
Contra la propiedad	Frecuencia	70	11	81
	% de drogas diseño	26,3%	28,9%	26,6%
	Residuo corregido	-,3	,3	
Drogas	Frecuencia	1	1	2
	% de drogas diseño	,4%	2,6%	,7%
	Residuo corregido	-1,6	1,6	
Otros	Frecuencia	33	2	35
	% de drogas diseño	12,4%	5,3%	11,5%
	Residuo corregido	1,3	-1,3	
Total	Frecuencia	266	38	304
	% de drogas diseño	100,0%	100,0%	100,0%
Medidas simétricas:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,121		
V de Cramer		0,121		0,352

Tabla A74. Relación entre delito cometido y hábito tóxico: abuso de fármacos

Delito principal pena base (agrupado)		Hábito tóxico: abuso de fármacos		Total
		No	Sí	
Contra las personas	Frecuencia	152	16	168
	% de abuso fármacos	57,6%	40,0%	55,3%
	Residuo corregido	2,1	-2,1	
Contra la libertad sexual	Frecuencia	17	1	18
	% de abuso fármacos	6,4%	2,5%	5,9%
	Residuo corregido	1,0	-1,0	
Contra la propiedad	Frecuencia	61	20	81
	% de abuso fármacos	23,1%	50,0%	26,6%
	Residuo corregido	-3,6	3,6	
Drogas	Frecuencia	2	0	2
	% de abuso fármacos	,8%	,0%	,7%
	Residuo corregido	,6	-,6	
Otros	Frecuencia	32	3	35
	% de abuso fármacos	12,1%	7,5%	11,5%
	Residuo corregido	,9	-,9	
Total	Frecuencia	264	40	304
	% de abuso fármacos	100,0%	100,0%	100,0%
Medidas simétricas:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,209		
V de Cramer		0,209		0,010

Tabla A75. Relación entre delito cometido y hábito tóxico: inhalantes

Delito principal pena base (agrupado)		Hábito tóxico: inhalantes		Total
		No	Sí	
Contra las personas	Frecuencia	167	1	168
	% consumo inhalantes	55,5%	33,3%	55,3%
	Residuo corregido	,8	-,8	
Contra la libertad sexual	Frecuencia	17	1	18
	% consumo inhalantes	5,6%	33,3%	5,9%
	Residuo corregido	-2,0	2,0	
Contra la propiedad	Frecuencia	80	1	81
	% consumo inhalantes	26,6%	33,3%	26,6%
	Residuo corregido	-,3	,3	
Drogas	Frecuencia	2	0	2
	% consumo inhalantes	,7%	,0%	,7%
	Residuo corregido	,1	-,1	
Otros	Frecuencia	35	0	35
	% consumo inhalantes	11,6%	,0%	11,5%
	Residuo corregido	,6	-,6	
Total	Frecuencia	301	3	304
	% consumo inhalantes	100,0%	100,0%	100,0%
Medidas simétricas:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,122		
V de Cramer		0,122		0,339

Tabla A76. Relación entre delito cometido y hábito tóxico: otros

Delito principal pena base (agrupado)		Hábito tóxico: otros		Total
		No	Sí	
Contra las personas	Frecuencia	150	18	168
	% de consumo de otros	56,0%	50,0%	55,3%
	Residuo corregido	,7	-,7	
Contra la libertad sexual	Frecuencia	16	2	18
	% de consumo de otros	6,0%	5,6%	5,9%
	Residuo corregido	,1	-,1	
Contra la propiedad	Frecuencia	69	12	81
	% de consumo de otros	25,7%	33,3%	26,6%
	Residuo corregido	-1,0	1,0	
Drogas	Frecuencia	1	1	2
	% de consumo de otros	,4%	2,8%	,7%
	Residuo corregido	-1,7	1,7	
Otros	Frecuencia	32	3	35
	% de consumo de otros	11,9%	8,3%	11,5%
	Residuo corregido	,6	-,6	
Total	Frecuencia	268	36	304
	% de consumo de otros	100,0%	100,0%	100,0%
Medidas simétricas:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,115		
V de Cramer		0,115		0,400

Tabla A77. Relación entre delito cometido y hábito tóxico: consumo de drogas por vía parenteral

Delito principal pena base (agrupado)		Consumo por vía parenteral		Total
		No	Sí	
Contra las personas	Frecuencia	109	12	121
	% de vía parenteral	54,8%	52,2%	54,5%
	Residuo corregido	,2	-,2	
Contra la libertad sexual	Frecuencia	13	0	13
	% de vía parenteral	6,5%	,0%	5,9%
	Residuo corregido	1,3	-1,3	
Contra la propiedad	Frecuencia	51	10	61
	% de vía parenteral	25,6%	43,5%	27,5%
	Residuo corregido	-1,8	1,8	
Drogas	Frecuencia	1	0	1
	% de vía parenteral	,5%	,0%	,5%
	Residuo corregido	,3	-,3	
Otros	Frecuencia	25	1	26
	% de vía parenteral	12,6%	4,3%	11,7%
	Residuo corregido	1,2	-1,2	
Total	Frecuencia	199	23	222
	% de vía parenteral	100,0%	100,0%	100,0%
Medidas simétricas:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,153		0,265
V de Cramer		0,153		

Tabla A78. Relación entre delito cometido y hábito tóxico: consumo actual de tóxicos

Delito principal pena base (agrupado)		Consumo actual de tóxicos		Total
		No	Sí	
Contra las personas	Frecuencia	71	23	94
	% de consumo actual	54,6%	46,0%	52,2%
	Residuo corregido	1,0	-1,0	
Contra la libertad sexual	Frecuencia	12	3	15
	% de consumo actual	9,2%	6,0%	8,3%
	Residuo corregido	,7	-,7	
Contra la propiedad	Frecuencia	32	18	50
	% de consumo actual	24,6%	36,0%	27,8%
	Residuo corregido	-1,5	1,5	
Drogas	Frecuencia	2	0	2
	% de consumo actual	1,5%	,0%	1,1%
	Residuo corregido	,9	-,9	
Otros	Frecuencia	13	6	19
	% de consumo actual	10,0%	12,0%	10,6%
	Residuo corregido	-,4	,4	
Total	Frecuencia	130	50	180
	% de consumo actual	100,0%	100,0%	100,0%
Medidas simétricas:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,141		0,469
V de Cramer		0,141		

Anexo 2

**Plantilla de recogida de datos
(de los expedientes de los
internos penitenciarios y de los
sometidos a medidas de
seguridad)**

**(Parte cuantitativa de la
investigación)**

Plantilla de recogida de datos

GRUPO DE ESTUDIO

GRUPO 1 Centro penitenciario medida ordinaria

GRUPO 2 Medidas de seguridad

Unidad Psiquiátrica Hombres internamiento centro psiquiátrico

CP Hombres BCN TTA salud mental

CP Brians internamiento prisión:

CP Quatre Camins Unidad Psiquiátrica Hombres

UHPP CP Hombres BCN

Enfermería CP Tarragona CP Brians

Enfermería CP Girona CP Quatre Camins

Enfermería CP Figueras UHPP

Enfermería CP Ponent.....

Mujeres CP Brians

Mujeres CP Ponent

Mujeres CP BCN

Datos que se han de buscar/ datos recogidos

SIP.C JOVO

Expediente físico Centro Directivo

Expediente físico prisión Datos sanitarios

Observaciones

3. CIC			
3.NIS			
3. JOVO			
Apellidos,nombre			
4. Fecha nacimiento			
8. Sexo	1	Hombre	
	2	Mujer	
5 Nacionalidad	Véase anexo 1		
9. Residencia	Véase anexo 2		
10.. Idioma castellano	1	Lo entiende	
	2	Lo habla	
	3	Lo escribe	
	9	No se sabe	
11. Idioma catalán	1	Lo entiende	
	2	Lo habla	
	3	Lo escribe	
	9	No se sabe	
12. Profesión	Véase anexo 4		
13. N hijos			
14. Estudios	1	Analfabeto	
	2	1r nivel etapa instrumental	
	3	2º nivel etapa instrumental	
	4	3r nivel etapa instrumental	
	5	ESO/ Equivalente	
	6	Bachillerato / Equivalente	
	7	Universidad/ Equivalente	
	8	Formación no reglada /otros	
	9	Ns/ nc	
15. Diagnóstico 1 enfermedad mental	Véase anexo 3		
	Fecha		
15. Diagnóstico 2 enfermedad mental	Véase anexo 3		
	Fecha		

15. Diagnóstico 3 enfermedad mental	Véase anexo 3		
	Data		
15. Diagnóstico 4 enfermedad mental	Véase anexo 3		
	Data		
15. Diagnóstico 5 enfermedad mental	Véase anexo 3		
	Data		
15. Diagnóstico 6 enfermedad mental	Véase anexo 3		
	Data		
16. ¿Otros diagnósticos en otros lugares?	0	No	
	1	Sí, uno	
	2	Sí, dos	
	3	Sí, tres	
	4	Sí, más de tres	
17.1 Otros. Diagnóstico 1 anteriores e.mental	Véase anexo 3		
	Data		
17.2 Otros Diagnóstico 2 anteriores e.mental	Véase anexo 3		
	Data		

17.3. ¿Retraso mental?	0	No
	1	Sí
17.4. ¿Disminución psíquica diagnosticada por EVO?	0	No
	1	Sí
17.5. ¿Incapacitación legal?	0	No
	1	Sí

18. Relación enfermedad mental/ delito	0	No
	1	Sí
	9	Se desconocía
19. Consecuencia enfermedad en la sentencia	0	No
	1	Sí como atenuante
	2	Sí como eximente incompleta
	3	Sí, como eximente completa
	4	Sí, (definir)
5	Se considera que no ha influido en la comisión del delito	
20. Propuesta del juez/ forense respecto situación penal, procesal y salud mental		
21. Fecha primer ingreso en unidad específica psiquiátrica		
22. Número de ingresos en Enfermería / Unidad psiquiátrica		
23. Total de días ingresado en Enfermería / Unidad psiquiátrica		
24. ¿Recibe medicación para la enfermedad?	0	No
	1	Antidepresivos
	2	Antipsicóticos
	3	Ansiolíticos
	4	Enfermedad orgánica
5	Otros (definir)	
25.1 Hábitos tóxicos	0	No
	1	Alcohol
	2	cannabis
	3	cocaína
	4	heroína
	5	drogas de diseño
	6	fármacos
	7	combinada
	8	policonsumidor
9	No consta	
25.2 ¿Drogas vía parenteral?	0	No
	1	Sí
26. Año inicio consumo tóxicos		
28. ¿Consumo actual?	0	No
	1	Sí
29. Causa efecto drogas/ salud mental	0	No
	1	Sí
30. Relación drogas con delito actual	0	No
	1	Sí
	2	Probablemente
	0	No
31. ¿Ingresos anteriores?	1	Sí, un
	2	Sí, dos
	3	Sí, tres o más
32. Tiempo de cumplimiento prisión anterior pena base	0	Ninguno
	1	Menos de 2 años
	2	Entre 2 y 5 años
	3	Más de 5 años
33. Fecha primer ingreso en prisión		

34. Delito principal pena base	Véase anexo 5				
35. Fecha delito pena base					
36. Tiempo de condena años, meses y días					
37. Otros CP por los que ha pasado por el cumplimiento de la pena base Jóvenes, Hombres BCN, UHPP, Quatre camins, Ponent, Brians, Girona, Tarragona, Figueres, Mujeres BCN	0	No			
	1	Sí, un			
	2	Sí, dos			
	3	Sí, tres o más			
38. Fecha ingreso pena base					
39. Clasificación inicial	1	Primer grado			
	2	Segundo grado			
	3	Tercer grado			
	4	Internamiento judicial			
	5	Preventivo			
	6	Medida de seguridad			
	7	Otros (definir)			
40. Número de clasificaciones diferentes					
41. Número de ubicaciones diferentes					
42. Ubicaciones diferentes	1	Módulos/galerías presos comunes			
	2	Módulos /galerías presos peligrosos			
	3	Módulos / galerías presos especial protección			
	4	Módulos /galerías tipo DERT			
	5	Módulos /galerías psiquiatría			
	6	Módulos /galerías tipo DAE			
	7	Módulos /galerías abierto 3r grado			
	8	otros (definir)			
	9	NC			
43. Número de regresiones					
44. Clasificación en 1r grado					
45. Número de actividades que realiza					
46. Tipo de actividad que hace, número y días		Actividad	n	días	
	0	No realiza			
	1	ASC			
	2	Operario y aux. oficina			
	3	Educación reglada			
	4	Program. específico tratamiento			
	5	educación física y deportes			
	6	formación ocupacional			
	7	Otros (definir)			
9	NC				
47. ¿Ha disfrutado de permisos?	0	No			
	1	Sí, ordinarios			
	2	Sí, extraordinarios			
	3	Sí, ambos			

48. ¿Ha protagonizado algún incidente en los permisos de salida?	0	No
	1	Sí, no regreso
	2	Sí, nuevo delito
	3	Sí, retraso en la reincorporación
	4	otros (definir) _____

49. ¿Ha realizado salidas programadas?	0	No
	1	Sí, entre una y tres durante el último año
	2	Sí, más de tres durante el último año

50. Número total incidentes		
51. Número total faltas		
52. Número total sanciones		

53. Incidente 1	Véase anexo 6	
54. Tipo de falta	Véase anexo 7	
55. Sanción	Véase anexo 8	

53. Incidente 2	Véase anexo 6	
54. Tipo de falta	Véase anexo 7	
55. Sanción	Véase anexo 8	

53. Incidente 3	Véase anexo 6	
54. Tipo de falta	Véase anexo 7	
55. Sanción	Véase anexo 8	

53. Incidente 4	Véase anexo 6	
54. Tipo de falta	Véase anexo 7	
55. Sanción	Véase anexo 8	

53. Incidente 5	Véase anexo 6	
54. Tipo de falta	Véase anexo 7	
55. Sanción	Véase anexo 8	

53. Incidente 6	Véase anexo 6	
54. Tipo de falta	Véase anexo 7	
55. Sanción	Véase anexo 8	

53. Incidente 7	Véase anexo 6	
54. Tipo de falta	Véase anexo 7	
55. Sanción	Véase anexo 8	

56. ¿Ha accedido al 3º grado?	1	No tiene derecho
	2	tiene derecho pero no ha accedido
	3	Sí, art.82
	4	Sí, art.83
	5	Sí art.104.4
	6	Sí, art.182
	7	Sí, art.86.4
	9	Sí, no consta
	57. ¿Ha accedido a la libertad condicional?	1
2		No tiene derecho por no estar en 3º grado
3		Cumple condiciones pero no ha accedido
4		LLC 2/3
5		LLC3/4

58. ¿Acumula más causas en la pena base?	0	No
	1	Sí, una
	2	Sí, dos
	3	Sí, tres o más

59.1 Otros delitos acumulados pena base	Véase anexo 5	
59.2 Otros delitos acumulados pena base		
59.3 Otros delitos acumulados pena base		
59.4 Otros delitos acumulados pena base		
59.5 Otros delitos acumulados pena base		

(Sólo medidas de seguridad)	1	Cumple en prisión porque no hay recurso sociosanitario adecuado
	2	No cumple y pasa a prisión
60. ¿Cumple la medida de seguridad?	3	No cumple y no va a prisión
	4	Cumple
	5	Pendiente iniciar/ finalizar
61. ¿Lugar de la salida?	1	Domicilio familiar
	2	Centro crónicos
	3	Tutelado por Fundación
	4	Huida
	5	Calle
	9	se desconoce dónde va

Anexo 3

Primer cuestionario técnica

Delphi

Salud mental y ejecución penal

**(la opinión de los
profesionales)**

**(Parte cualitativa de la
investigación)**



ESTUDIO SOBRE SALUD MENTAL Y MEDIO PENITENCIARIO

La investigación centra las preguntas que formula este cuestionario en:

- **los trastornos mentales severos** (esquizofrenia, paranoia, trastorno depresivo mayor recurrente, trastorno bipolar, trastornos límites de personalidad, etc.)
- **los trastornos de la personalidad graves** (forma de comportamiento profundamente establecido y permanente, que consiste en reacciones inflexibles a situaciones personales y sociales de muy diversa naturaleza. Suponen desviaciones extremas o significativas de las percepciones, de los pensamientos, de las sensaciones y en particular de las relaciones con el entorno. CIE-10 (OMS))

0.- Algunos datos personales suyos:

Edad: _____	Género: <input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer		
Profesión:	<input type="checkbox"/> Psiquiatra	<input type="checkbox"/> Enfermero/a	<input type="checkbox"/> Educador	<input type="checkbox"/> Pedagogo
	<input type="checkbox"/> Psicólogo	<input type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/> Trabajo social	<input type="checkbox"/> Juez
	<input type="checkbox"/> director/coordinador de equipo	<input type="checkbox"/> Profesor universitario		
	<input type="checkbox"/> otros (especificar)			
Años de experiencia: _____				

PREGUNTAS GENERICAS

1. La especialidad de psiquiatría se encuentra en algunos centros penitenciarios de algunas Comunidades Autónomas pero en otras esta atención psiquiátrica la dispensa la Red Sociosanitaria común a toda la población.

¿Cuál cree que tendría que ser la tendencia en los próximos 10 años en el trabajo con la problemática psiquiátrica en las cárceles? **Marque la opción** que más se ajuste a su opinión.

- Cada vez más se utilizará personal y estructuras de la red sociosanitaria común a toda la población, fuera de la cárcel
- Cada vez más se especializará la intervención dentro de los Centros Penitenciarios (CP) con personal propio
- Cada vez habrá más servicios externalizados que se ocupen dentro de la prisión de estas personas, mediante convenios con la Administración
- Cada vez más existirán fuera de prisión, Unidades Psiquiátricas que combinen las medidas de seguridad del CP con las de tratamiento de los Hospitales Psiquiátricos
- Ninguna de estas, sino que (definir) _____

2- Muchos estudios concuerdan en afirmar que las prevalencias de los trastornos mentales son mucho más altas en las prisiones que en el conjunto de la población general. **Señale su grado de acuerdo** respecto del papel que los centros penitenciarios juegan en el agravamiento/ aligeramiento de los problemas de salud mental. **Añada**, si lo estima oportuno, las afirmaciones que mejor respondan a su opinión en las casillas en blanco.

Nada de acuerdo		Totalmente de acuerdo			AFIRMACIÓN
1	2	3	4	5	
					La entrada en prisión es una buena ocasión para conocer y tratar trastornos mentales graves de personas que de otra manera no se tratarían
					Muchas de las personas que se encuentran ingresadas en un CP con problemas de trastornos mentales deberían estar en centros sanitarios específicos
					Cuando una persona ha cometido un delito y tiene un trastorno de personalidad, el mejor lugar para tratarlo es un CP
					El marco contenedor de la cárcel permite la detección rápida de las patologías y la intervención en situaciones de crisis
					El entorno penitenciario y la aplicación del reglamento disciplinario crea dificultades importantes para conseguir un ambiente terapéutico
					Las personas sometidas a <i>medidas de seguridad</i> acaban sufriendo en la cárcel el olvido de los responsables jurídicos en todas las medidas relacionadas con su salida al exterior
					Muchos enfermos interrumpen el tratamiento al salir de la prisión dado que en la salida no se puede garantizar un seguimiento estrecho de la red de salud mental comunitaria
					En los CP se suelen manifestar enfermedades mentales en los encarcelados que antes no existían y/o se agravan sintomatologías leves

3.-El Comité de Ministros del Consejo de Europa en su Recomendación R(98) 7 respecto a las personas con problemas de salud mental en las cárceles alertaba de un listado de problemas y riesgos a tener en cuenta. De todos ellos **priorice** que cuestiones considera que son más preocupantes en la situación actual de las cárceles. (1 poco preocupante/ 5 muy preocupante). **Señale 3 aspectos** claves para solventar alguna de estas situaciones.

	Puntuación de valoración 1 a 5	Aspectos claves para solventar alguna de estas situaciones
Riesgo de suicidio		
Problemas de adaptación al medio penitenciario		
Derivados de la frecuente masificación de los CP		
Falta de privacidad y intimidad del interno enfermo		
Poco personal para atenderlos		
Deficitaria formación del personal para atenderlos		
Deficientes condiciones materiales, higiénicas		
Falta de información sobre el funcionamiento real del CP		
Arbitrariedad en la aplicación de los Reglamentos		
Aislamiento prolongado o indefinido		
Malos tratos físicos o psicológicos		
Traslados arbitrarios de las cárceles		
Internamientos en prisiones alejadas del ámbito familiar del interno		
Otros (especificar)		

4.- Respecto del total de población penitenciaria, ¿**que porcentaje cree** que hay de personas que sufren?:

	Porcentaje estimado (dentro de la población penitenciaria)
Trastornos mentales severos	
Trastornos de personalidad graves	

PREGUNTAS SOBRE DETECCIÓN/ DIAGNÓSTICO

5- Marque el porcentaje que más se ajuste al que crea que pasará. **Marque también** si la tendencia aumentará o disminuirá en los próximos 10 años

¿Que porcentaje total de personas encarceladas cree que están sin diagnosticar al entrar en prisión y que realmente tienen o presentan problemas de salud mental grave?

¿Que porcentaje de condenados cree que, tienen o presentan problemas de salud mental grave sin diagnosticar y no se recoge en sentencia?

¿Que porcentaje de personas cree que desarrollan trastornos mentales o se les agrava la sintomatología debido a su paso por la cárcel?

Situación actual			Previsión de aquí a 10 años		
Menos del 5%	Entre el 5% y el 10%	Más del 10%	Menos del 5%	Entre el 5% y el 10%	Más del 10%

6.- Valore su grado de acuerdo respecto a las siguientes afirmaciones relacionadas con los problemas para la detección/diagnóstico. **Añada**, si lo estima oportuno, otros aspectos relacionados con la detección/diagnóstico.

Nada de acuerdo		Totalmente de acuerdo			AFIRMACIÓN
1	2	3	4	5	
					Existe una dificultad real para definir que es enfermedad mental y que no lo es
					Hay una dificultad importante para llevar a cabo diagnósticos psiquiátricos precisos
					Falta una unidad pericial en la cárcel para ubicar correctamente al paciente/interno
					El diagnóstico se debería hacer independientemente de si es un penado o un preventivo
					En el supuesto de que el interno llegue tratado, se recibe muy poca información del recurso precedente pese a que existan datos
					Es habitual que un paciente tenga más de un diagnóstico diferente en caso de que sea atendido por diferentes profesionales
					Los trastornos límites de personalidad son los más difíciles de diagnosticar

PREGUNTAS SOBRE TRATAMIENTO

8.- A continuación le planteamos unas afirmaciones referidas a las dificultades en el tratamiento, agrupándolas por temas. Le pedimos que **manifieste** su **grado de acuerdo** y si tiene propuestas de mejora para la intervención, **las escriba**.

Nada de acuerdo		Totalmente de acuerdo			AFIRMACIÓN	Propuesta de mejora para la intervención
1	2	3	4	5		
1. ESTRUCTURALES						
					1) Cuando hablamos de estas personas la tendríamos que nombrar pacientes en lugar de internos	<hr/>
					2) Convendría separar las personas afectadas de trastornos mentales en módulos residenciales específicos	<hr/>
					3) Convendría que las condiciones del módulo donde viven estas personas estuviesen adaptadas y pensadas específicamente a sus necesidades	<hr/>
					4) Convendría que el resto de actividades de la institución estuviesen compartidas con el resto de los internos del CP	<hr/>
					5)	<hr/>
2. MEDICACIÓN						
					1) Las personas con poca conciencia de enfermedad tienden a poner más resistencia a tomarse la medicación	<hr/>
					2) Cuando incumplen las tomas de medicación se puede atribuir al miedo de los internos a ser señalados por sus compañeros como personas débiles	<hr/>
					3) Los efectos secundarios de la medicación les hace desistir de tomársela	<hr/>
					4) El consumo de tóxicos, declarados o no, provocan efectos enmascarados	<hr/>
					5) Hay poca eficacia en la administración correcta de los psicofármacos en los módulos ordinarios que hace que se pierda el control sobre quien se toma la medicación y quien no	<hr/>
					6) La dispensa líquida de los psicofármacos a los pacientes no es la manera más adecuada de administrar el medicamento	<hr/>

						7) La Administración no suele utilizar la medicación como recurso para mantener tranquilo al interno, mantener el orden y la seguridad del establecimiento
						8)

3. PERSONAL

						1) En general, existe poca empatía del funcionario de prisiones hacia los enfermos mentales
						2) El personal tendría que ser seleccionado con un perfil específico que demostrara sensibilidad y motivación para entender las limitaciones de los enfermos mentales
						3) El personal tiene dificultades para combinar las necesidades de seguridad con las necesidades de tratamiento de los internos
						4) Los mandos de los funcionarios y los coordinadores de módulos tienden a priorizar la parte regimental por encima de la sanitaria, cuando ambas entran en conflicto
						5) La formación permanente del personal que están en contacto con estas personas, habría de incluir formación específica (Defina cual)
						6) Hay una excesiva movilidad en los equipos profesionales que impide su estabilidad y el desarrollo de proyectos de intervención
						7) Existe falta de conciencia de equipo y de coordinación interprofesional que impide el trabajo interdisciplinar entre todo el personal que está en contacto con el interno/paciente
						8)

4. ADAPTACIÓN A LA NORMATIVA PENITENCIARIA

						1) Cuesta discriminar entre la falta de capacidad para seguir las normas y la manipulación del interno
						2) Sería necesario disponer de Reglamentos de Régimen Interno adaptados a estas personas
						3) La parte regimental tiene mucho más peso en las prisiones pequeñas que no

					tienen los módulos hospitalarios y esto dificulta la atención terapéutica
					4). Las prisiones son demasiado grandes para poder atender correctamente las necesidades de los enfermos mentales
					5)

5. ACTIVIDADES TERAPÉUTICAS

					1) Se tendría que garantizar un seguimiento tutorial mayor que en el resto de la población, atendiendo a sus limitaciones
					2) Las personas que necesitan una vigilancia permanente, es válido asignarles un preso de confianza, si faltan recursos humanos
					3) Convendría que las actividades formativas, laborales, culturales, lúdicas, etc., se realizaran a parte del resto de personas ingresadas en prisión
					4) Es muy importante trabajar con estas personas de manera muy consecuente entre todos los profesionales que intervienen (des del psiquiatra al vigilante de módulo)
					5)

9- En relación con el tratamiento que se ha de llevar a cabo con los enfermos mentales en prisión ¿cuales son en su opinión los puntos clave de coordinación y relación que ve necesario consensuar entre los profesionales sanitarios, los profesionales de tratamiento y los profesionales de seguridad? **Enúncielos de manera breve y valore** su importancia, de 1 a 5 (1= nada importante; 5= muy importante)

Propuesta profesionales sanitarios	Valore 1 a 5
•	
•	
•	
•	
•	
Propuesta profesionales de tratamiento	Valore 1 a 5
•	
•	
•	
•	
•	
Propuesta profesionales de seguridad	Valore 1 a 5
•	
•	
•	
•	
•	

10- Protocolos y registros:

Marque cuales de estos registros y protocolos considera necesarios en el trabajo con los internos/pacientes y, en caso de ser necesario, indique **con que periodicidad** convendría rellenarlos o revisarlos.

Registros

	Periodicidad			
	No necesario	Diario	Semanal	mensual
Full control de psiquiatría	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Full control de medicación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Full control d'assistència	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Horario de entradas y salidas del recurso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Registro anecdótico de incidencias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intervención tutorial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coordinaciones con recursos externos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros (definir) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros (definir) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Protocolos

	Periodicidad revisión			
	No necesario	Única	Anual	> anual
Historia clínica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Full resumen de diagnóstico trastorno mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protocolo de dispensación medicación psicotrópica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protocolo de dispensación metadona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protocolo de derivación a recurso interno del CP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protocolo de acogida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protocolo de abordaje regresiones/recaídas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protocolo prevención suicidios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protocolo aislamiento psiquiátrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protocolo contención mecánica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valoración del riesgo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros (definir) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros (definir) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PREGUNTAS SOBRE DERIVACIÓN

11.-Marque su grado de acuerdo respecto los procesos de derivación y de información a recibir/ a dar de los usuarios del anterior/siguiente recurso que atiende a estas personas. **Haga** propuestas de mejora.

Nada de acuerdo		Totalmente de acuerdo			AFIRMACIÓN
1	2	3	4	5	
					1) Normalmente se recibe información estructurada donde se explica la problemática de trastornos que presenta esta persona y las pautas de tratamiento
					2) Normalmente se da información estructurada donde se explica la problemática de trastornos que presenta la persona y las pautas de tratamiento
					3) A la hora de derivar un caso a un nuevo recurso, cuesta mucho saber que información es <i>traspasable</i> i que información debería quedarse en la esfera de la

Propuesta de mejora

					confidencialidad
					4) Existen protocolos claros respecto a la información que es necesaria recibir y/o dar para aceptar/ derivar un caso
					5) La multiplicidad de disciplinas profesionales que intervienen es una dificultad a la hora de explicitar la información relevante que dar por escrito
					6) No es necesario tener información previa ya que la forma de trabajar de nuestro recurso no tiene nada que ver con los otros recursos de donde viene el paciente
					7) Es más importante en el traspaso presentar la persona al nuevo profesional que lo tendrá de atender que no la información del caso
					8)

12- Escriba de manera breve que actuaciones clave garantizarían la continuidad asistencial en la Red extrapenitenciaria de las personas que salgan de permisos o en libertad y **valore** su importancia, de 1 a 5 (1= nada importante; 5= muy importante)

ACTUACIONES QUE GARANTIZARÍAN LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL	Valore 1 a 5
•	
•	
•	
•	
•	

13- Respecto a la salida, **valore** si para usted es muy o nada prioritaria de 1 a 5 (1= nada prioritaria; 5= muy prioritaria) la afirmación realizada en cada una de las siguientes propuestas:

	Valore 1 a 5
Muchos enfermos mentales no acceden a los beneficios penitenciarios. Se podría valorar la posibilidad de vincular la obtención de estos beneficios al desarrollo de programas de rehabilitación psicosocial, incorporando los posibles beneficios al proceso terapéutico	
Muchos tratamientos se interrumpen al salir en libertad. Se podría valorar la posibilidad de vincular un profesional vinculado al seguimiento de la libertad condicional, a la red de salud mental comunitaria que realice la autorización y haga el seguimiento de los tratamientos individualizados que han de seguir estas personas	
Los enfermos crónicos con alto riesgo de peligrosidad social no tendrían que salir de prisión a la calle y deberían quedarse en centros sanitarios adecuados, tutelados por personal sanitario altamente cualificado	

Antes de la salida se habría de informar a la víctima que el interno será puesto en libertad	
Seria necesario asegurarse que existe un plan de transición del mundo penitenciario a la libertad, en el cual se incorporen representantes de la prisión, de los equipos de medio abierto, de los servicios sociales y de los servicios comunitarios de salud mental	
Asegurar que en el momento de la excarcelación el interno está provisto de la medicación importante que toma como mínimo para una semana	
Asegurar que el interno tenga derecho a algún tipo de subsidio social inmediatamente después de salir de prisión	

14.- En su opinión, la demanda de recursos a la Red sociosanitaria para estas personas que han tenido problemas con la Justicia, ¿cree que aumentarían o disminuirían? ¿en qué proporción en los próximos 10 años? **Marque** la respuesta más adecuada a su entender en cada una de las afirmaciones que le proponemos

Demanda de atención a:

- Hospitales psiquiátricos para pacientes crónicos o de larga estancia
- Hospitales psiquiátricos para pacientes en fase aguda/ subaguda
- Hospitales de día psiquiátricos
- Centres de salud mental d'adults
- Centres de día de salud mental
- Centres ocupacionals
- Hospitales psiquiátricos forenses
- Otros (definir)_____

Aumentará	Disminuirá	Se quedará igual	En que proporción?			
			1/4	1/2	3/4	doble

14- Haga una estimación porcentual de aumento (+) o decrecimiento (-) de las patologías mentales en la población en general i en la reclusa en particular en los próximos 10 años

Estimación porcentual

	Trastornos mentales severos
POBLACIÓN GENERAL	Trastornos límites de personalidad
	Trastornos mentales severos
POBLACIÓN RECLUSA	Trastornos límites de personalidad

15- Valore la introducción de las siguientes propuestas de mejora en el trabajo de la salud mental penitenciaria y haga una previsión temporal del tiempo que sería prudente introducirlas, si realmente cree que se llevarán a término. **Añada** las propuestas que crea que ayudarían a mejorar y asimismo el tiempo en que consideraría prudente que fuera introducida.

	Sería deseable	Me es indiferente	No sería deseable	¿Con que temporalidad tendría que introducirse?			
				<1 año	1 a 5 años	>5 años	Nunca
✓ Medicaciones psicotrópicas de última generación							
✓ Programas específicos para internos con patología dual							
✓ Servicios de telepsiquiatría en prisiones pequeñas sin unidades psiquiátricas específicas							
✓ Implementación de la investigación en la evaluación y la efectividad de los programas y servicios							
✓ Inclusión de programas validados para internos de otras culturas							
✓ Inclusión de la especificidad de género, dada las historias traumáticas de abusos específicos de las mujeres							
✓ Programas curriculares específicos para colectivos determinados dentro del colectivo de enfermos mentales: tercera edad, deficientes, crónicos, etc.							
✓ Implementación de tecnología informática adecuada para el traspaso de información individual y seguimiento terapéutico							
✓ Implementación de programas de gestión del riesgo de reincidencia para enfermos mentales							
✓ Implementación de programas de evaluación de permisos y salidas condicionales							
✓ _____							

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

