

# Discapacidad psíquica y riesgo de exclusión social. Las personas con enfermedad mental en centros penitenciarios

ROSA M. RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ\*

## RESUMEN<sup>1</sup>

En este artículo se ofrece una aproximación a la situación de las personas con discapacidad psíquica internas en centros penitenciarios españoles. Se presentan, en primer lugar, datos sobre el volumen existente de población penitenciaria con discapacidad psíquica y su perfil sociodemográfico. A continuación se exponen algunas de las principales variables que les afectan diferencialmente respecto de la población reclusa general y que condicionan su vida dentro de prisión. Estas personas recorren un itinerario marcado por distintos procesos de vulnerabilidad y exclusión social que se solapan y plantean un desafío para las políticas sociales, sanitarias y penitenciarias.

amplio trabajo de campo durante el año 2015 en las comunidades de Madrid, Andalucía y Extremadura, que consistió fundamentalmente en la realización de 45 entrevistas en profundidad. De ellas, 17 se efectuaron a internos en centros penitenciarios, en libertad condicional o con condena cumplida; 14 se llevaron a cabo con profesionales de las entidades del tercer sector de la discapacidad y del movimiento asociativo que prestan apoyo a personas en diversas situaciones de riesgo de exclusión social; 11 se realizaron a funcionarios de prisiones (concretamente, a funcionarios de vigilancia penitenciaria y de servicios, así como a otros que desarrollan su labor en el ámbito sociosanitario), y, finalmente, también fueron entrevistados tres familiares de internos con enfermedades mentales.

## 1. INTRODUCCIÓN

Este artículo se basa en una investigación sobre las necesidades de internos con distintas discapacidades en centros penitenciarios españoles. Para llevarla a cabo, se desarrolló un

## 2. PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN PRISIÓN

A partir de dos estudios realizados en 2006 y 2009 para conocer el número y el tipo de enfermos mentales que se encuentran en prisión, la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias estimó en su Informe General de 2015 que cuatro quintas partes de los internos tenían antecedentes de trastorno mental. En el

\* Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) (rmrodriguezr@poli.uned.es).

<sup>1</sup> Esta investigación se ha realizado por la autora en el marco de un convenio de colaboración establecido entre el Grupo de Estudio sobre Tendencias Sociales de la UNED (GETS), la Fundación Sistema y la Fundación ONCE.

CUADRO 1

## EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN RECLUSA EN ESPAÑA, SEGÚN SEXO (2006-2016)

	Hombres	Mujeres	Total
2006	58.912	5.109	64.021
2007	61.508	5.592	67.100
2008	67.608	5.950	73.558
2009	70.003	6.076	76.079
2010	68.141	5.788	73.929
2011	65.184	5.288	70.472
2012	63.372	5.225	68.597
2013	61.682	5.083	66.765
2014	60.040	4.977	65.017
2015	56.892	4.722	61.614
2016	55.141	4.448	59.589

Fuente: Estadísticas de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, varios años.

estudio de 2009 se indicaba que algo más del 40 por ciento de los internos presentaba algún tipo de trastorno mental; en concreto, trastorno de ansiedad (23 por ciento), trastorno afectivo, generalmente depresivo (15 por ciento), y trastorno mental grave, generalmente una psicosis (4 por ciento) (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2015: 209). De mantenerse las proporciones, es probable que unas 25.000 personas del total nacional de la población reclusa en 2016 (cuadro 1) padezcan una enfermedad mental; aproximadamente 2.500 de ellas, un trastorno mental grave.

Se ha estimado que, en el caso de los trastornos mentales comunes, las tasas de los internos en prisión duplican a las de la población general, y en el caso de los trastornos mentales graves, las cuadriplifican (Arroyo, 2011: 100). Estudios realizados en centros penitenciarios de Andalucía, la Comunidad Autónoma con mayor número de población reclusa (cuadro 2), ponen de manifiesto la alta prevalencia de los trastornos mentales graves entre los internos. Marín y Navarro (2012: 80) citan en su estudio porcentajes llamativos: "de los 128 internos recluidos en los Centros Penitenciarios de Puerto I, II y III del Puerto de Santa María (Cádiz) con patolo-

CUADRO 2

## DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN RECLUSA POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS, SEGÚN SEXO (2016)

	Hombres	Mujeres	Total
Andalucía	12.779	987	13.766
Aragón	1.944	100	2.044
Asturias	1.151	123	1.274
Baleares	1.457	144	1.601
C.A. Ceuta	178	12	190
C.A. Melilla	259	9	268
Canarias	2.909	225	3.134
Cantabria	516	22	538
Castilla-La Mancha	1.661	29	1.690
Castilla y León	4.118	286	4.402
Cataluña	7.968	592	8.560
Extremadura	938	63	1.001
Galicia	3.226	203	3.429
La Rioja	272	15	287
Madrid	7.042	119	1.603
Murcia	1.484	119	1.603
Navarra	259	24	283
País Vasco	1.100	123	1.223
C. Valenciana	5880	527	6.407
Total	55.141	4.448	59.589

Fuente: Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (Dic. 2016).

gías mentales: el 46,1 por ciento de los mismos padecen trastorno mental grave; el 35,2 por ciento tiene trastornos de personalidad; el 25,8 por ciento sufre esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes; y el 16,4 por ciento presenta trastorno mental y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas". Estas cifras suponen un desafío para la atención psiquiátrica de estos internos, como han puesto de manifiesto diversos estudios e informes (Defensor del Pueblo, 2013: 145-146).

Buena parte de la responsabilidad de atención a estos reclusos recae sobre los médicos de atención primaria de los centros penitenciarios. Sin embargo, estos reclusos tienen necesidades especiales, pues su discapacidad intensifica las consecuencias emocionales, físicas y sociales del internamiento, exhaustivamente analizadas por diversos autores<sup>2</sup>. Sucede, además, que una parte considerable de estos internos están aquejados de lo que se denomina "patología dual"; esto es, tienen enfermedad mental y drogadicción. Según datos recogidos en el Informe General 2015 de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, el 76 por ciento de los internos consumía drogas en el mes anterior al ingreso en prisión, el 40 por ciento consumía alcohol, cannabis y tranquilizantes, y el 36 por ciento consumía cocaína y heroína (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2015: 175).

Con el objetivo de dar respuesta a las necesidades de esta población reclusa con problemas de enfermedad mental y, también en su mayoría, con patología dual, la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias presentó, en septiembre de 2009, el protocolo de aplicación del *Programa Marco de Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios* (PAIEM), cuyo seguimiento se realiza junto con la Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria y que recoge trimestralmente datos de participación de internos (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2009). Según los últimos datos a los que se ha podido acceder, en 2015, un total de 1.814 internos fueron atendidos en dicho programa, el 4 por ciento de la población reclusa en régimen cerrado y ordinario en 66 centros penitenciarios españoles (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2015: 211).

Desde 2014, a partir de la experiencia del programa piloto puesto en marcha en 2010 en el Centro de Inserción Social Victoria Kent de Madrid, se está implantando en algunos de estos centros de régimen abierto el *Programa Puente de Mediación Social para personas con Trastorno Mental Grave*. Durante 2015, este programa se desarrolló en 16 centros de inserción social (A Coruña, Albacete,

<sup>2</sup> Muy conocidos son, entre otros, los estudios realizados por Erving Goffman (1970) y Michel Foucault (1976), en los que mostraron los efectos que la reclusión puede tener sobre la salud mental de las personas.

Algeciras, Alicante, Granada, Huelva, Jerez, Madrid, Málaga, Mallorca, Murcia, Navalcarnero, Santander, Sevilla, Valencia y Zaragoza) e incluyó a un total de 111 internos, lo que se corresponde, según datos de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (2015: 212), con el 4 por ciento de la población penitenciaria de tales centros. Entre las intervenciones que se realizan con estas personas hay que destacar la participación de los técnicos de organizaciones del tercer sector, entre ellas, la que lleva como nombre Salud Mental; a través de su *Programa de Apoyo a la Rehabilitación de Personas con Enfermedad Mental Internas en Centros Penitenciarios*, en el año 2016 atendió a más de 1.250 personas con problemas de salud mental mediante planes individualizados de intervención que han permitido a los reclusos acceder a programas de rehabilitación psicosocial y participar en actividades fuera de los centros penitenciarios y hospitales psiquiátricos penitenciarios (Salud Mental, 2016: 18). En este contexto, también cabe resaltar la labor que realiza, en la Comunidad de Madrid, la Fundación Manantial mediante el *Plan de Atención en el Ámbito Penal y Penitenciario* (Fundación Manantial, 2016: 20-21)<sup>3</sup>.

Los reclusos con discapacidad psíquica son, en general, como buena parte del resto de la población penitenciaria, personas provenientes de familias desestructuradas, con problemas de convivencia y escasos recursos económicos, falta de cualificación laboral, altas tasas de exclusión laboral y politoxicomanía. Concretamente, el perfil mayoritario de estos reclusos es el de un hombre con un trastorno mental grave (esquizofrenia en distinto espectro, trastorno bipolar y psicosis) de larga duración y que ha sido consumidor de drogas y/o alcohol en algún momento de su vida; es decir, que padece patología dual. Pero, en los últimos tiempos, están entrando en prisión jóvenes con brotes psicóticos por consumo de tóxicos y con otros trastornos más extendidos, como el déficit de atención e hiperactividad. No es el perfil general, pero también parece ser una patología emergente el trastorno límite de personalidad, muchas veces asociado al consumo de drogas. En todo caso, llama la atención que todos los funcionarios y profesionales entrevistados para este estudio coincidieran en la percepción de un aumento de

<sup>3</sup> Así como otras asociaciones integradas en la Confederación de Salud Mental España (<https://consaludmental.org/>).

las personas con enfermedad mental que llegan a prisión.

La media de edad de los reclusos con enfermedad mental se halla en torno a los cuarenta años. La mayoría son perceptores de prestaciones sociales; son pocos los que no cuentan con algún mínimo recurso o prestación por discapacidad. Entre los objetivos del programa de intervención con discapacitados puesto en marcha por Instituciones Penitenciarias se encuentra la tramitación de certificados de discapacidad cuando no se cuenta con ellos; en este sentido, la información recogida a través de las entrevistas realizadas para esta investigación apunta a una mejora de la situación descrita en el informe publicado por CERMI en 2007 (Huet García y Díaz Velázquez, 2008).

El escaso nivel de formación es también una variable que caracteriza a la población reclusa con discapacidad psíquica. Las dos causas explicativas son, por un lado, la temprana edad de aparición de los trastornos mentales graves. Por ejemplo, la esquizofrenia suele aparecer en la adolescencia, produciendo a menudo un abandono de los estudios. Por otro lado, el bajo estatus socioeconómico de las familias actúa en el mismo sentido de interrumpir la formación. Actualmente, sigue habiendo en prisión gente joven que apenas sabe escribir. Al fin y al cabo, la influencia conjunta de variables sociales, culturales y económicas en lo que se ha dado en llamar el “proceso de criminalización” es innegable y explica que una parte sustancial de las personas que se encuentran en prisión se acaben reclutando de entre unos cuantos miles de familias que arrastran una larga historia de pobreza y exclusión social (Cabrera, 2002). Cuando se trata de enfermos mentales, en este proceso se encuentran también implicados, entre otros, factores de carácter sociosanitario y judicial.

### 3. PRINCIPALES VARIABLES CAUSALES DE LA ENTRADA EN PRISIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD PSÍQUICA

La investigación sociológica cualitativa sobre personas con diferentes tipos de discapacidad internas en centros penitenciarios espa-

ñoles, desarrollada a lo largo del año 2015, ha permitido concluir que la falta de recursos sociosanitarios públicos, la no detección de la enfermedad, la inadecuada o insuficiente atención, la no adherencia al tratamiento o su no seguimiento constituyen factores de vulnerabilidad y, en última instancia, determinantes del ingreso en prisión. Según indicaron los profesionales consultados que trabajan en el medio penitenciario, “casi el 65 por ciento de pacientes que ingresan en prisión no estaban adecuadamente atendidos en los medios comunitarios”. La insuficiencia de recursos sanitarios, sociales e institucionales existentes para la atención de los enfermos mentales repercute fundamentalmente en las familias, a las que, con el cierre de las antiguas instituciones psiquiátricas, se les transfirió la responsabilidad de ocuparse de sus familiares con enfermedad mental. Las familias a menudo se encuentran solas y se sienten incapaces de asumir adecuadamente estas funciones de atención.

Las dificultades y tensiones que viven las familias que han de hacerse cargo del cuidado de miembros jóvenes con problemas psíquicos, sin contar con suficientes recursos económicos propios ni apoyos institucionales, es difícil de imaginar. El desconocimiento de las enfermedades, de cómo afrontar sus signos y síntomas o la impotencia ante la conducta de sus familiares enfermos hacen que, desbordados y agredidos, a menudo acaben por denunciar. De ahí que los delitos más comunes cometidos por los reclusos con discapacidad mental entrevistados para esta investigación y, en general, por los internos atendidos por los profesionales y técnicos consultados, hayan ocurrido en el propio ámbito familiar. Generalmente, son delitos tales como los de saltarse una orden de alejamiento, robar y agredir.

Por otra parte, el bajo perfil socioeconómico de estos reclusos y sus familias puede redundar en una defensa jurídica menos esmerada. A su vez, los juicios rápidos pueden propiciar que los trastornos mentales pasen inadvertidos o queden enmascarados. Evitar las situaciones de enajenación inadvertida, tanto en el caso de las personas con enfermedad mental como en el de las personas con discapacidad intelectual, es una exigencia sobre la que alertan también los propios fiscales (Santos Urbaneja, 2007: 53). No obstante, aunque se haya detectado o se tenga constancia de la enfermedad mental porque los

reclusos –como es el caso de los entrevistados para este estudio– tienen certificado de discapacidad o informes médicos sobre sus diversas patologías, la discapacidad no constituye en sí misma una eximente de la condena. La necesaria conexión entre el delito y la enfermedad es a menudo difícil de demostrar. Según los testimonios de los profesionales entrevistados, no es raro que en el proceso judicial no se tenga en cuenta esa discapacidad. Pero incluso reconociendo la enfermedad mental como eximente, la persona en cuestión puede acabar en un centro penitenciario ordinario ante la escasez de recursos de salud mental disponibles para casos semejantes (incluyendo los hospitales psiquiátricos penitenciarios).

Las mujeres reclusas con discapacidad psíquica constituyen una minoría invisibilizada, incluso entre la población penitenciaria con algún tipo de discapacidad. En efecto, muchas mujeres con enfermedad mental que han cometido un delito y, no habiendo sido consideradas inimputables, han sido condenadas a una medida de seguridad privativa de libertad, acaban cumpliéndola en los módulos comunes de los centros penitenciarios ordinarios. En línea con los hallazgos de otros estudios, las mujeres reclusas afrontan problemas particulares que refuerzan la desigualdad de género prevalente en muchos ámbitos de la sociedad (Del Val y Viedma, 2012: 109-142).

#### 4. ALGUNOS PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE LOS RECLUSOS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

Las personas con discapacidad psíquica que ingresan en prisión son generalmente ubicadas en el módulo de enfermería, lo que para la mayoría de ellas supone la oportunidad de recibir una atención clínica básica, toda vez que no es infrecuente que lleguen sin tratamiento, sin tomar medicación regular y con dependencias de tóxicos. De ahí que, aunque para los psicólogos y médicos de prisiones resulte duro confesarlo, las personas con enfermedad mental pueden mejorar su estado de salud en la prisión. La prisión, de entrada, les permite en cierto modo compensarse y estabilizarse: “Al mes ya se puede hablar con ellos”, como

comenta una psicóloga que trabaja en la aplicación del *Programa Marco de Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios*. De acuerdo con la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (2015: 156), durante el año 2015 se produjeron 21.773 ingresos en las camas de enfermería de los centros penitenciarios, de los cuales 9.491 (46 por ciento) fueron motivados por patologías psiquiátricas.

En ocasiones, sin embargo, las mejoras provocadas por la introducción de rutinas y hábitos más salubres no se ven acompañadas por actividades de estimulación y ocupacionales específicamente orientadas a la discapacidad. En el caso de la población reclusa con discapacidad psíquica que toma medicación, que, por lo general, carece de un nivel de formación suficiente para autogestionarse el tiempo –por ejemplo, con lecturas–, la inactividad puede generar deterioro. La prisión es, en sí misma, un espacio de “privación ocupacional” (Emeric y Martín, 2013:12). Por otra parte, la permanencia continuada en el módulo de enfermería conlleva la agrupación no transitoria de reclusos con patologías y delitos a menudo bien diferentes (Valverde, 1991).

A la escasez en los centros penitenciarios de recursos terapéuticos especializados para los reclusos con enfermedades mentales se añaden los problemas para recibir atención psiquiátrica en los servicios de salud mental externos. Psiquiatría es la consulta de atención especializada más demandada por los reclusos, después de odontología/estomatología (37 por ciento, 45.840 reclusos). En concreto, casi 22.000 reclusos la necesitaron, lo que supone el 18 por ciento del total de sus consultas en 2015. Cerca de 21.000 de esas consultas se realizaron en el mismo centro penitenciario, 860 fueron externas, y 92 a través de telemedicina (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2015: 161).

Entre otros factores de vulnerabilidad de los reclusos con enfermedades mentales cabe señalar el que afecta al disfrute de los beneficios penitenciarios. Cuando los internos han cumplido tres cuartas partes de la condena pueden optar a beneficios penitenciarios (por ejemplo, permisos de salida para estancias con la familia o cumplimiento de condena en régimen de semilibertad en centros de inserción social). La condición insoslayable para poder disfrutar de estos beneficios penitenciarios es que el recluso tenga un lugar de residencia. Sin embargo,

muchas veces los reclusos con discapacidad psíquica no tienen dónde ir, ni a nadie que se responsabilice del seguimiento de su tratamiento, ya que los vínculos con la familia están deteriorados o siguen vigentes las órdenes de alejamiento.

Entidades del tercer sector, como las que han colaborado en el trabajo de campo de esta investigación, intentan hacer una labor de enlace entre los internos y sus familias, procurándoles acogida para que puedan salir de prisión los días de permiso que les corresponden. Si disponen de apoyo familiar, las organizaciones pueden circunscribir su intervención al seguimiento necesario: los reclusos van unas horas a la sede de la asociación, reciben tratamiento ambulatorio, etcétera. Si carecen de apoyo familiar, o no pueden recibirlo por la vigencia de órdenes de alejamiento, necesitan una residencia. Solo si cuentan con ella, es probable que puedan beneficiarse de los permisos. La necesidad de plazas residenciales no solo condiciona el disfrute de los beneficios penitenciarios, sino que se convierte en uno de los principales obstáculos que tienen estos internos en el proceso de excarcelación, según la mayoría de los profesionales y funcionarios entrevistados.

Cuando los internos cuentan con el respaldo de familiares, todo resulta mucho más fácil, pero este apoyo falta a menudo. En tales casos, constituye una necesidad prioritaria encontrar para estos reclusos un lugar donde vivir, condición prácticamente necesaria para acceder a los dispositivos de salud mental. En efecto, la necesidad de alojamiento afecta a estas personas en niveles no suficientemente visibilizados. Sin domicilio estable no pueden empadronarse; sin empadronamiento, no acceden a la tarjeta sanitaria, y sin ella no pueden acceder a la medicación prescrita. Este es, por ejemplo, el caso de uno de los ex reclusos entrevistados para esta investigación, que aunque reconoce haber salido de la prisión en condiciones de salud bastante buenas, no puede comprar la medicación con la receta médica que le ha hecho el médico de prisiones porque vive regularmente en un garaje y carece de tarjeta sanitaria. Sin un lugar donde residir de forma estable, la situación de discapacidad mental no tratada puede provocar exclusión extrema y, en no pocos casos, reincidencia. El contexto de vulnerabilidad que los llevó a prisión se agrava al salir de ella.

Incluso en condiciones favorables de residencia y apoyo familiar, el seguimiento es una necesidad para prevenir nuevas conductas delictivas. Idealmente, ese seguimiento debe conllevar un constante refuerzo de psicoeducación en la toma de la medicación y una intervención de carácter ocupacional orientada, en la medida de lo posible, a la inserción laboral. La psicoeducación dota a estas personas y a sus familias de herramientas para asumir la atención que requieren. Una vez fuera del centro penitenciario, es importante que no abandonen las pautas de medicación ni se aislen de su entorno social. Es claro que sin supervisión o control sanitario pautado pueden agravarse las enfermedades y la discapacidad asociada a ellas. De ahí que estas personas, a su salida de prisión, sean altamente dependientes. Además de apoyo terapéutico constante para no perder conciencia de su enfermedad, identificar los pródromos o manejar los síntomas de descompensación, requieren asistencia médica para hacer frente a problemas orgánicos con frecuencia concurrentes. Por otra parte, la mayoría de estas personas se encuentran con carencias económicas que dificultan el acceso a una vivienda, su necesidad primera y principal en el proceso de reincorporación social. Conseguir un empleo que complemente las prestaciones mínimas que reciben es difícil para ellas, en gran medida, por su falta de formación.

De todo lo anterior se desprende que los reclusos con discapacidad psíquica se enfrentan, al salir de prisión, a unas dificultades añadidas a las que afrontan los reclusos sin esta discapacidad (entre ellas, el estigma de la cárcel y, en consecuencia, el rechazo comunitario). El primer paso para la reinserción social es aprender a afrontar la angustia y el miedo que genera la puesta en libertad. El miedo, como emoción que fragiliza el proceso de reincorporación, adopta diversas manifestaciones: miedo a recaer, miedo a no conseguir recomponer las relaciones familiares, miedo al rechazo social, y miedo también a la *cárcel química* que puede implicar la medicación crónica y que, a veces, se teme tanto o más que la *cárcel física*. Por ello, además de la psicoeducación sanitaria necesaria para convivir con su enfermedad, sería conveniente que las personas con discapacidad psíquica que recuperan su libertad recibieran psicoterapia existencial para ayudarles a recobrar su vida después de la prisión (Fisher y Ahern, 2006:16).

## 5. CONCLUSIONES

La situación de los reclusos con problemas de salud mental plantea problemas complicados y exige la implicación de instituciones sanitarias, sociales y judiciales. Las familias se ven normalmente desbordadas ante los comportamientos de miembros con enfermedades mentales. Ese desbordamiento puede reforzar esos comportamientos, generando una especie de espiral que a menudo conduce a la denuncia. El primer encuentro de los enfermos mentales con la justicia se produce con frecuencia por estas razones. Ante la falta de centros de tratamiento específico dentro de las prisiones, los módulos de enfermería alojan a estos reclusos, sin contar a menudo con los recursos necesarios para atenderles debidamente y desarrollar una función rehabilitadora. Quienes desde dentro de los centros penitenciarios afrontan este problema abogan por aumentar las plantillas de profesionales especializados, concretamente de psiquiatras, psicólogos clínicos y terapeutas ocupacionales que puedan poner en marcha actuaciones terapéuticas, formativas y ocupacionales específicas.

Los reclusos con enfermedad mental son potencialmente vulnerables al trato que reciben de los funcionarios y también de los propios reclusos. Los primeros pueden desconocer con suficiente profundidad las características de la enfermedad que padecen, los signos y síntomas de la enfermedad mental, y cómo hacerles frente. Por otra parte, los reclusos con enfermedad mental pueden ser un blanco fácil para el abuso por parte de otros reclusos. Respecto al proceso de reincorporación social de estos internos con discapacidad intelectual o psíquica, todos los funcionarios y profesionales entrevistados coinciden en que el mayor problema reside en encontrarles un lugar donde vivir y un control o seguimiento de sus tratamientos. El problema de la carencia de vivienda no solo les afecta en la excarcelación, sino en el disfrute de los beneficios penitenciarios, ya que, en ocasiones, como están solos y no tienen donde vivir, se restringen los permisos de salida. Por ello resultaría muy conveniente establecer un protocolo de atención coordinado para preparar la salida de los reclusos y proporcionarles los recursos residenciales y de tratamiento que necesitan.

La falta de estos recursos favorece la reincidencia. Por otro lado, la integración laboral es crucial. Todos los reclusos con enfermedad mental entrevistados tanto en prisión, como en libertad condicional o con medidas alternativas de seguridad, e incluso ex reclusos, han expuesto la necesidad de estar activos, su interés en tener algo de lo que ocuparse y que les permita tener un proyecto de vida. De ahí la importancia de la realización de programas formativos y ocupacionales orientados a su inserción en el mercado de trabajo. La mayoría cobra algún tipo de prestaciones, pero estas no solo cubren a duras penas sus necesidades económicas, sino que tampoco bastan para llenar los espacios existenciales que tiene un ser humano.

## BIBLIOGRAFÍA

ARROYO COBO, J. M. (2011), "Estrategias asistenciales de los problemas de salud mental en el medio penitenciario. El caso español en el contexto europeo", *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 13(3): 100-111.

CABRERA, P. (2002), "Cárcel y exclusión", *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, 35: 83-119.

DEFENSOR DEL PUEBLO DE ESPAÑA (2013), *Informe Anual a las Cortes Generales* ([www.defensordelpueblo.es](http://www.defensordelpueblo.es)).

DEL VAL, C., y A. VIEDMA (eds.) (2012), *Condenadas a la desigualdad. Sistema de indicadores de discriminación penitenciaria*, Barcelona, Icaria.

EMERIC MEAULLE, D., y C. MARTÍN FERNÁNDEZ DE LA CUEVA (2013), "El valor de las ocupaciones en prisión: planteamientos éticos y críticos para una intervención transformadora", *Revista TOG*, 10,(17): 1-28 ([www.revistatog.com](http://www.revistatog.com)).

FISHER, D. B., y L. AHERN (2006), *Asistencia personal para la vida en comunidad. Guía para recobrar la vida*, National Empowerment Center, Inc. ([www.power2u.org](http://www.power2u.org)).

FOUCAULT, M. (1976), *Vigilar y castigar. El nacimiento de la prisión*, México, Siglo XXI.

FUNDACIÓN MANANTIAL (2016), "Plan de Atención en el ámbito penal y penitenciario", *Memoria 2016* ([www.fundacionmanantial.com](http://www.fundacionmanantial.com)).

GOFFMAN, E. (1970), *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Buenos Aires, Amorrortu.

HUETE GARCÍA, A., y E. DÍAZ VELÁZQUEZ (coords.) (2008), *Las personas con discapacidad en el medio penitenciario*, Madrid, CERMI y Cinca.

MARÍN BASALLOTE, N., y C. NAVARRO REPISO (2012), "Estudio de la prevalencia de trastorno mental grave (TMG) en los centros penitenciarios de Puerto I, II y III del Puerto de Santa María (Cádiz): nuevas estrategias en la asistencia psiquiátrica en las prisiones", *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 14(3): 80-85.

CONFEDERACIÓN SALUD MENTAL ESPAÑA (2017), *Memoria de Actividades (2016)* (<https://consaludmental.org/publicaciones/Memoria-2016.pdf>).

SANTOS URBANEJA, F. (2007), "Marco legal de las personas con discapacidad en el proceso penal: varias cuestiones relativas a las primeras etapas del proceso", *Jornadas estatales sobre atención a personas con discapacidad intelectual en centros penitenciarios*, Sevilla 22-24, Junta de Andalucía, Consejería para la Igualdad y Bienestar Social: 29-54.

SECRETARÍA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS (2009), "Protocolo de Aplicación del Programa Marco de Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios (PAIEM)" ([www.institucionpenitenciaria.es](http://www.institucionpenitenciaria.es)).

— (2015), *Informe General de Instituciones Penitenciarias* ([www.interior.gob.es](http://www.interior.gob.es)).

VALVERDE, J. (1991), *La cárcel y sus consecuencias*, Madrid, Popular.