



Prisión y Salud Mental

Diciembre 2023

Coordinación del proyecto: Laura Saiz Monsalve

Apoyo a la coordinación: María García-Uceda Juárez

Diseño de contenidos: María García-Uceda Juárez y Laura Saiz Monsalve

Diseño y maquetación: El Vallenc / elvallenc@tinet.org

Fundación Esplai Ciudadanía Comprometida

C/ Latina, 21, local 10 28047 Madrid

C/ Riu Anoia, 42-54 08820 El Prat de Llobregat (Barcelona)

Rúa do Areal, 138, oficina 7, 36201 Vigo (Pontevedra)

www.fundacionesplai.org

fundacion@fundacionesplai.org



Esta obra está distribuida bajo una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0).

ÍNDICE

1	Volumen 2: Prisión y Salud mental	5
	Contextualización de la salud mental en prisión.....	8
	Consecuencias psicosociales del internamiento penitenciario.....	10
2	Los testimonios de las personas protagonistas	25
	Personas reclusas.....	26
	• Karim.....	26
	• Tito.....	29
	• Anónimo.....	32
	• Anónimo.....	37
	• Miguel Ángel.....	43
	• Hicham.....	47
	• Francisco.....	49
	• Alberto.....	50
	• Anónimo.....	52
	Familiares de personas reclusas.....	54
	• Marisol.....	54
	• Anónimo.....	56
	Profesionales del ámbito penitenciario.....	59
	• Enrique Arnanz.....	59
	• Guillermo Barreira (Fundación Manantial).....	63
	• Ana Gordaliza.....	67
	• María del Mar Rey.....	69
	• Alba López.....	71
3	Conclusiones	75
	Efectos negativos del encarcelamiento.....	76
	Relación entre abuso de sustancias y desarrollo de una enfermedad mental.....	76
	Abordaje de la salud mental en prisiones: medicalización.....	77
4	Propuestas de cambio	79





1

Volumen 2: PRISIÓN Y SALUD MENTAL

En el complejo tejido de la sociedad, la prisión emerge como un espacio singular que no solo limita la libertad física, sino que también conlleva un impacto profundo en la salud mental de aquellas personas que habitan tras sus muros. La estigmatización, el aislamiento, el hacinamiento, la falta de privacidad, la exposición a situaciones traumáticas, las condiciones de vida precarias, la separación de los seres queridos, la incertidumbre, la tensión constante y la carga psicológica asociadas con la privación de libertad son solo algunos ejemplos de condiciones que actúan como catalizadores en el desarrollo de enfermedades mentales, aumentando la vulnerabilidad de las personas que viven este proceso. La intersección entre la privación de libertad y la salud mental ha sido objeto de creciente atención y reflexión en las últimas décadas, evidenciando la complejidad de este fenómeno y la necesidad imperante de abordarlo de manera integral.

En el mundo contemporáneo, el sistema penitenciario no solo se erige como un medio de castigo y corrección, sino también como un microcosmos en el que convergen diversos factores que pueden exacerbar o desencadenar problemas de salud mental. La vida de las personas que cumplen condena a menudo está marcada por la ansiedad, la depresión y el estrés postraumático, cuya prevalencia es significativamente más alta en personas privadas de libertad que en la población general. Ignorar o descuidar la salud mental en este contexto constituye una negligencia hacia los derechos fundamentales de las personas, y puede suponer una barrera para la reinserción y reintegración efectiva en la sociedad para quienes buscan reconstruir sus vidas una vez en libertad, perpetuando así un ciclo pernicioso de reincidencia.

La presente publicación se adentra en el cruce complejo entre prisión y salud mental, explorando las dinámicas que subyacen a la relación entre el encarcelamiento y el bienestar psicológico. A través de este análisis, se busca arrojar luz sobre las condiciones dentro de las cárceles que afectan la salud mental, examinar los desafíos asociados con la prestación de atención psicológica en entornos penitenciarios, marcada notablemente por una dificultad en el acceso adecuado a servicios de salud mental dentro de las prisiones, y explorar estrategias eficaces para abordar este problema desde un enfoque de responsabilidad colectiva.

El ambiente carcelario, marcado por la estigmatización asociada con buscar ayuda, que hace que muchas personas enfrenten sus problemas de salud mental en el aislamiento, o la escasez de profesionales, es en sí mismo un factor que contribuye a la aparición y perpetuación de problemas de salud mental. La falta de actividades que fomenten el desarrollo personal y social dentro de la

prisión deja a las personas reclusas con pocas oportunidades para construir habilidades personales y sociales que les permitan enfrentar los desafíos emocionales y psicológicos que implican la privación de libertad. Es crucial reconocer que la salud mental en prisión no solo es un tema de relevancia académica, sino también una cuestión de justicia social y de derechos humanos. Enfrentar los desafíos que plantea la intersección entre prisión y salud mental es un paso esencial hacia la construcción de un sistema más equitativo y compasivo, que reconozca la dignidad y el bienestar de todas las personas, independientemente de su estatus legal.

La transición a la vida pospenitenciaria añade una nueva dimensión a las problemáticas de salud mental en la prisión. La reintegración efectiva en la sociedad implica no solo superar unas barreras legales, sino también los estigmas y los efectos psicológicos duraderos derivados del tiempo pasado tras las rejas. La falta de apoyo y la escasez de servicios de salud mental aumentan el riesgo de recaída y dificultan la construcción de una vida estable fuera de la prisión. La búsqueda de soluciones efectivas exige una colaboración coordinada entre profesionales de la salud mental, personal penitenciario, el poder legislativo y la sociedad en general.

Este cuaderno se embarca en un viaje de comprensión y reflexión, explorando la complejidad de la experiencia humana detrás de las rejas y la imperiosa necesidad de abogar por un enfoque integral que priorice la salud mental en el contexto penitenciario, desde una perspectiva integral que reconozca la dignidad y el valor intrínseco de cada persona.

Contextualización de la salud mental en prisión

Un trastorno mental se caracteriza por una alteración clínicamente significativa de la cognición, la regulación de las emociones o el comportamiento de un individuo. Por lo general, va asociado a angustia o a discapacidad funcional en otras áreas importantes. Hay muchos tipos diferentes de trastornos mentales.

Para el DSM-5, en concreto, es “un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de una persona, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes”.

Según datos extraídos del Informe General de Instituciones Penitenciarias de 2022 (el último realizado hasta la fecha), la población penitenciaria en los Centros Penitenciarios dependientes de la Administración General del Estado a finales del año 2022 era de 46.468 internos e internas. Se ha producido un incremento en la población penitenciaria respecto del año anterior, siendo mayor este incremento en mujeres. La población masculina constituye el 92,60% y en contraposición, la femenina, el 7,40%.

En hombres encontramos que los grupos de edades más frecuentes son entre 31 y 40 años (30,6%) y entre 41 y 60 años (37,1%), mostrándose lo mismo en la población de mujeres, con un 32,9% y 43,8% respectivamente.

Para abordar mejor la magnitud del problema, vamos a partir de la existencia de dos tipos de personas en instituciones penitenciarias: aquellas que entran en instituciones ordinarias o aquellas que entran en instituciones psiquiátricas. En la población no reclusa se puede observar un 20-25% de personas con trastornos mentales frente a un 50-80% en personas privadas de libertad.

En esta contextualización pretendemos centrarnos en estas primeras, no porque las segundas no sean relevantes, sino porque contamos con problemáticas completamente distintas. Desde la cantidad

de personal específico cualificado para tratar la salud mental que proveen las instituciones psiquiátricas, (lo cual varía en gran medida el abordamiento del problema) hasta las oportunidades de atención primaria.

Con respecto a los factores que influyen en la salud mental de las personas privadas de libertad, lejos de lo que se encuentra enmarcado en el estigma, los trastornos mentales graves no implican siempre la comisión de un delito, es decir, trastornos graves como pueden ser la esquizofrenia, el trastorno disociativo, el bipolar, no son siempre la explicación directa del delito, sino que este se asocia más al consumo de tóxicos, antecedentes familiares de conductas delictivas, el maltrato en la infancia, los rasgos psicopáticos o antisociales de personalidad y especialmente la situación laboral y educativa o los contextos más desestructurados o marginales. Es más, se ha demostrado que en aquellas personas que tienen un trastorno mental grave y cometen un delito en un punto alto sintomático, en un bajo porcentaje de los casos la consecución del delito y el propio delito en sí guarda relación con la sintomatología activa.

Desde un punto de vista comunitario, vemos una clara influencia en estos factores de las insuficiencias en la atención sanitaria y social a personas en situación vulnerable. Por lo mencionado anteriormente, hay diversos tipos de población que por sus situaciones terminan cometiendo delitos, los cuales no tienen ninguna intervención preventiva.

Por otro lado, cuando una persona con trastorno mental entra en un proceso judicial, el sistema jurídico y penitenciario (incluyendo disposiciones legales) tiende a caer en el estigma previamente mencionado y a atribuir directamente ese delito a su trastorno, en muchas ocasiones llegando a agravar el proceso, asumiendo la “peligrosidad” del juzgado e intentando que esta persona permanezca en prisión el mayor tiempo posible.

Por último, pero no menos importante, hay que mencionar todos los mecanismos de atención dentro de prisión, que no es que únicamente no solucionen el problema, sino que en muchas ocasiones incrementan o incluso terminan derivando en otros mayores.

Dentro de la población privada de libertad, derivada de aquellos factores mencionados anteriormente, los trastornos mentales más habituales son: el abuso y la dependencia de alcohol y/u otras sustancias, que afecta a más de la mitad de las personas en privación; los trastornos de personalidad (destacando el trastorno límite); también se encuentran trastornos mentales comunes como puede ser la ansiedad (que en su gran mayoría de ocasiones se presenta también con otros trastornos) en un 20% de la población, y los anteriores mencionados, trastornos mentales graves como pueden ser las depresiones mayores o la esquizofrenia, afectando al 4%.

Consecuencias psicosociales del internamiento penitenciario

1 Adaptación al entorno anormal de la prisión

Toda conducta tiene una finalidad adaptativa: nos ajustamos de la mejor manera posible para responder a los estímulos del entorno en un momento específico. Cada acción se realiza dentro de un contexto y debe adecuarse a las particularidades de ese entorno. Por lo tanto, podemos determinar que una conducta adaptativa en un ambiente puede no serlo en otro.

Desde esta perspectiva, la adaptación al ambiente de la prisión, que es inherentemente anormalizador, implica adoptar pautas de comportamiento adaptadas a ese contexto específico. Estas conductas pueden considerarse desadaptadas cuando se observan desde una perspectiva externa a la institución penitenciaria. Dentro de la prisión, muchas conductas que serían consideradas “adaptadas” en la sociedad exterior resultan claramente inadaptadas, ineficaces e incluso peligrosas.

Por tanto, en la cárcel, los internos enfrentan una serie de consecuencias específicas en el proceso de adaptación, que, según las ideas de Valverde Molina, incluyen:

a. Exageración de las situaciones:

La prisión se define como una “institución total”. Este concepto, acuñado por el sociólogo Erving Goffman, describe un lugar donde un gran número de personas comparte una rutina diaria en aislamiento de la sociedad por un período prolongado.

Según Goffman, la principal característica de las instituciones totales es la ruptura del ordenamiento social básico de la sociedad moderna. En estos lugares, todas las dimensiones de la vida ocurren bajo una única autoridad y en el mismo espacio. Los miembros de la institución comparten todas sus actividades diarias en compañía de otros, recibiendo el mismo trato y realizando las mismas

tareas. Todas las actividades están rigurosamente programadas, estableciendo una secuencia que se impone jerárquicamente a través de normas formales y una administración centralizada. Todas estas actividades obligatorias se unen en un plan racional diseñado específicamente para cumplir con los objetivos de la institución.

En resumen, en prisión, toda la vida de la persona reclusa gira en torno a la institución, haciendo que situaciones que podrían parecer triviales en otro contexto adquieran una gran relevancia allí dentro, pudiendo desencadenar conflictos y situaciones de violencia.

Adicionalmente, en el contexto penitenciario, se debe considerar el ambiente anormalizador de la prisión: el preso no solo reside en la prisión, sino que está constantemente sumergido en la experiencia de “vivir la prisión”. Este es un aspecto fundamental que configura la prisión como un sistema social alternativo.

b. Autoafirmación agresiva o sumisión frente a la institución:

La prisión es una estructura imponente ante la cual las personas privadas de libertad se sienten “débiles”. Para poder mantener unos niveles mínimos de autoestima, se ven obligadas a reafirmarse frente a este entorno hostil y cerrado. Así, es frecuente que desarrollen conductas agresivas hacia cualquier aspecto relacionado con la institución penitenciaria. Esto se convierte en un mecanismo de adaptación al medio.

Solo resistiendo los intentos de “reformular” a la persona presa —no mediante una intervención terapéutica, recuperadora, humanizada y personalizada, sino a través del “sometimiento” al sistema con altas dosis de violencia institucional— logrará mantener su autoestima. Esta resistencia suele ser el criterio esencial en cómo establece sus relaciones con la institución penitenciaria. Constituye una fase crucial del proceso de prisionización.

Los mecanismos adaptativos que emplean las personas privadas de libertad para sobrevivir en la cárcel dependen de su historial, las pautas de comportamiento que hayan desarrollado previamente y las posibilidades de encontrar apoyos consistentes dentro de la prisión, lo que a su vez puede estar relacionado, en algunos casos, con la tipología del delito.

c. Dominio o sumisión en las relaciones interpersonales:

Esta autoafirmación agresiva no solo se muestra frente a la institución, sino también en las relaciones interpersonales entre las propias personas privadas de libertad. La prisión es un entorno

violento y hostil que fomenta la violencia en general. Quienes tienen la capacidad de dominar a otras personas, lo harán. Los comportamientos solidarios o de compañerismo que surgen frente a la institución no siempre se reflejan entre personas reclusas. Las relaciones entre internos e internas se basan generalmente en dinámicas de poder, reguladas por “códigos internos”, y las personas reclusas tienden a agruparse entre ellas, dado que la institución penitenciaria rara vez puede garantizar la seguridad de quienes allí habitan.

d. Alteración de la sexualidad:

El ámbito de la sexualidad en prisión requiere una atención particular. Aunque las comunicaciones íntimas pueden aliviar parcialmente las tensiones sexuales, no son suficientes para satisfacer las necesidades sexuales, que se ven exacerbadas por las condiciones de estrés del entorno carcelario, resultando en alteraciones de la sexualidad que se manifiestan de diversas maneras.

En primer lugar, debido a la pérdida de vínculos con el mundo exterior, las relaciones sexuales, además de ser escasas, suelen ocurrir dentro de la prisión y están influenciadas por la estructura y las condiciones de vida de la prisión. En este contexto, las relaciones sexuales no se desarrollan a partir de un acercamiento afectivo entre dos personas con tiempo, calma y ternura, ya que la persona reclusa no dispone de tiempo para esos “detalles” amorosos. Además, es importante considerar que las relaciones sexuales ocurren en un ambiente hostil, frío y generalmente mal acondicionado, precedidas y seguidas de un cacheo de seguridad. Todo esto contribuye a que, de la misma manera que la vida en prisión es dura, el acto sexual se vea deshumanizado y restringido por el entorno carcelario.

En segundo lugar, es común que los niveles de masturbación se incrementen en prisión, siendo esta la única vía de escape sexual para la persona reclusa. Sin embargo, debido a la desconexión con el mundo exterior, las fantasías sexuales que acompañan a la masturbación también se distorsionan y desvían de lo convencional.

Por último, en el contexto penitenciario, todo puede ser objeto de comercio y utilizado como mecanismo de control y dominación. Por ello, es posible que, especialmente en grandes centros penitenciarios, se establezcan redes de prostitución.

2 Ausencia de control sobre la propia vida

Dentro de la prisión, las relaciones interpersonales suelen estar fuertemente jerarquizadas y basadas en dinámicas de dominación, lo que limita significativamente el control que la persona reclusa tiene sobre su propia vida.

A nivel institucional, la persona reclusa queda completamente subordinada al régimen penitenciario, que determina y dirige todas sus actividades diarias. En este contexto, la capacidad de elección y autodeterminación de la persona se ve severamente restringida; no puede planificar su tiempo ni decidir dónde quiere estar en cada momento, siendo la institución quien toma la mayoría de estas decisiones. Además, las consecuencias de su comportamiento están sujetas a la valoración arbitraria del personal penitenciario, lo que puede generar una percepción de injusticia y arbitrariedad que obstaculiza las posibilidades de intervención terapéutica.

En cuanto a las relaciones interpersonales, la conducta de las personas presas se ve influenciada y presionada por las dinámicas de poder establecidas en el entorno carcelario. En este contexto, la autonomía y la toma de decisiones de las personas reclusas se ven severamente limitadas, quedando todo sujeto al contexto institucional, que a menudo no ofrece un entorno propicio para el desarrollo personal y la rehabilitación.

3 Estado permanente de ansiedad

En el entorno carcelario, la constante sensación de peligro lleva a las personas reclusas a desarrollar un estado de ansiedad crónica. Este estado no solo predispone a la aparición de enfermedades digestivas, sino que también se manifiesta como una respuesta comportamental generalizada ante cualquier situación, intensificando el estrés y las tensiones inherentes a la vida en prisión. Esta ansiedad exacerbada está estrechamente relacionada con el aumento de situaciones de riesgo y, consecuentemente, con la prevalencia de problemas de drogadicción dentro de la cárcel.

Dentro de las prisiones, las situaciones de tensión son frecuentes, lo que lleva a las personas reclusas a proteger activamente su integridad como mecanismo de defensa para preservar su salud mental. La percepción constante de amenaza dificulta la formación de relaciones solidarias y de apoyo mutuo entre los reclusos.

4 Ausencia de expectativas de futuro

La falta de control sobre su presente en la vida carcelaria hace que la capacidad de planificación futura de la persona reclusa sea aún más limitada. Dentro de prisión, las perspectivas de futuro se vuelven inciertas; no pueden diseñar un camino a seguir ni ajustar su comportamiento en función de expectativas que no pueden definir. Esta sensación de inevitabilidad dificulta cualquier intento de intervención rehabilitadora. La percepción de tener poco control sobre su destino, como señala Kennedy, puede disminuir la motivación para enfrentar y resolver los problemas.

El fatalismo emerge como una de las principales consecuencias de la inadaptación social, con características particulares en el entorno penitenciario. A lo largo de su tiempo tras las rejas, la persona reclusa aprende a aceptar pasivamente las circunstancias y a adaptarse a las situaciones presentes, sin considerar las repercusiones a largo plazo. Esta “adaptación situacional” conduce gradualmente al fatalismo, donde la institución penitenciaria ejerce un poder abrumador sobre la persona, haciéndole sentir vulnerable y percibir su vida como una narrativa predeterminada, sin posibilidad de influir en su curso.

La ausencia de perspectivas futuras, junto con la opresiva naturaleza de la vida en prisión, lleva a la persona encarcelada a no solo estar en la cárcel, sino a “vivir la cárcel”. Todo gira en torno a ella, y cualquier incidente, por pequeño que sea, puede adquirir una importancia desproporcionada e incluso obsesiva. La monotonía y la falta de color en la vida penitenciaria magnifican asuntos que pasarían desapercibidos en otros contextos. La existencia se reduce a lo inmediato; en prisión, solo el “aquí y ahora” parece relevante.

5 Ausencia de responsabilización

Dentro de la prisión, todo está predefinido y la vida sigue su curso independientemente de la voluntad de la persona reclusa, que tiene escasa influencia en las decisiones que le afectan. Adopta una actitud pasiva, especialmente en lo que concierne al aspecto institucional de su vida en prisión, lo que conduce a una delegación total de responsabilidad de su propia vida a la institución. La persona se limita a aceptar pasivamente su situación, convencida de que nunca ha tenido control sobre su propia vida. Por lo tanto, opta por no planificar ni anticipar el futuro para evitar problemas, aunque

esta actitud la exponga constantemente a cambios imprevistos. En última instancia, se vuelve apática como mecanismo de supervivencia, ya que, a pesar de sus esfuerzos, raramente podrá cambiar su destino.

Al momento de recuperar la libertad, esta falta de responsabilidad propia se convierte en uno de los principales obstáculos para aprovechar las escasas oportunidades que se le presentan. La persona pasa de un entorno carcelario, donde se le indica todo lo que debe hacer, cómo y dónde, a un contexto de libertad en el que debe tomar sus propias decisiones, planificar y gestionar su vida, frecuentemente sin asistencia y enfrentándose a un sistema completamente diferente al que estaba acostumbrado en prisión, con numerosos obstáculos adicionales.

6 Pérdida de vinculaciones

La prisión, al ser considerada una institución total, crea un entorno cerrado y excluyente. Desde el momento de ingresar, la persona reclusa experimenta un aislamiento inmediato respecto a todo lo que dejó fuera. Todo contacto con el exterior se realiza dentro de la prisión y está sujeto a estrictos filtros institucionales, limitándose generalmente a familiares. Como resultado, las relaciones interpersonales de la persona reclusa se ven drásticamente reducidas, lo que conduce a una pérdida gradual de las conexiones previamente establecidas.

Las personas con las que mantenía relaciones emocionales intensas inicialmente ofrecerán apoyo, pero con el tiempo, y sobre todo si la condición se prolonga, tendrán que adaptarse a la nueva situación, estableciendo nuevas relaciones en las que la persona reclusa ya no estará presente. La persona presa pierde relevancia en la vida de quienes están fuera y puede llegar a ser vista como una figura ajena o incluso distorsionadora.

Esta pérdida de conexiones tiene un impacto significativo en la vida del preso o de la presa, tanto dentro como fuera de la cárcel. En prisión, su percepción de la realidad y sus recuerdos del exterior se irán distorsionando e incluso idealizando con el tiempo. Al ser liberado, percibirá que el tiempo no ha pasado y puede intentar retomar relaciones donde quedaron interrumpidas por su entrada en prisión, pero el mundo exterior habrá cambiado, lo que puede generar frustración y alienación, exacerbada por la adopción de comportamientos propios de la prisión que no son adecuados en libertad.

En el entorno carcelario, las relaciones con el exterior se ven inevitablemente distorsionadas debido a la mediación institucional y al control anormalizador. Estas interacciones se realizan en lo que se conoce como “comunicación” en prisión, un término que refleja la jerga peculiar de este entorno y que la persona reclusa asume como parte del proceso de adaptación a la vida en prisión, conocido como “proceso de prisionización”. La persona presa no va a “ver” a su familiar, sino a “comunicar” con él o ella. Las comunicaciones se llevan a cabo a través de un locutorio, un espacio que limita la intimidad y deshumaniza profundamente las relaciones interpersonales. Las visitas más íntimas sin rejas ni cristales se conocen en el argot penitenciario como “vis a vis” y suelen tener lugar en una sala fría, inhóspita y a menudo descuidada.

En resumen, incluso las escasas relaciones que el recluso pueda mantener con el mundo exterior se distorsionan y anormalizan debido a los filtros institucionales.

7 Alteraciones de la afectividad: sensación de desamparo y sobredemanda afectiva

La respuesta emocional del recluso varía según el punto en que se encuentre en su proceso de inadaptación social y de prisionización. En las primeras etapas, al ingresar en prisión por primera vez, predominan la agresividad y la insensibilidad emocional, que limitan su capacidad para mostrar afecto. Evan Hunter describe esta fase como el periodo de “irreflexión e impulsividad”, donde la acción es la principal protagonista. Este primer contacto con la prisión transforma radicalmente la vida del recluso, pasando de una existencia vertiginosa a la apatía y el tedio de la vida penitenciaria, con horarios rígidos y largas horas de patio.

Durante este periodo, el recluso muestra una gran dureza emocional: es insensible, indiferente y emocionalmente volátil, y es difícil establecer una conexión afectiva con él o ella, especialmente en el contexto penitenciario. Podría mantener una relación más o menos cordial con educadores o personal de tratamiento que identifique como “comprometidos” o “implicados”, pero manteniendo una distancia segura, sin comprometerse ni mostrar su capacidad afectiva. Esta respuesta se entiende como un mecanismo de defensa necesario ante un entorno desestructurador, violento y dominante que ha alterado su vida. Este es el momento en que se reconoce su propia vulnerabilidad, antes de

llegar al fatalismo, concepto que ya hemos mencionado, cuando la persona reclusa se vea obligada a ceder y someterse ante lo inevitable de su vida en prisión. Aquí, la frustración se transforma en rabia y dureza emocional, alimentadas por la anormalización que representa la prisión y reflejadas en un aumento de las agresiones físicas, en línea con la teoría de la frustración-agresión de Miller y Dolard.

Con el avance del proceso de prisionización, la situación cambia notablemente. El recluso “madura” penitenciarmente, aprendiendo a vivir en prisión, evitando conflictos, pero sin renunciar a sus deseos y necesidades. Afectivamente, sigue siendo desconfiado, indiferente y emocionalmente volátil, siendo difícil observar cualquier expresión emocional en un entorno que rara vez favorece la afectividad. Este caparazón protector se ha fortalecido con el tiempo, ocultando cuidadosamente su capacidad afectiva, que, sin embargo, no ha desaparecido, sino que se encuentra profundamente oculta. A lo largo de los años en prisión, ha aprendido a ocultar su afecto, incluso a sí mismo, en un entorno que limita severamente la intimidad.

En cuanto a la desconfianza emocional, el recluso sigue siendo cauteloso y parece insensible. En el momento anterior, de adaptación a la prisión, todavía en ocasiones recibía, aunque escasas, ciertas demandas afectivas que en este momento han desaparecido por completo, o se encuentran claramente reducidas. Desde luego, en la prisión no aparecen por ninguna parte, y en la calle los años de prisión habrán dejado su huella irremediamente, como ya hemos mencionado, distorsionando o idealizando las vinculaciones afectivas con las personas que dejó fuera. Esta idealización puede convertirse en una fuente de sufrimiento, pero en la prisión es una prueba de que su capacidad afectiva no ha desaparecido, sino que se refugia en los niveles más profundos de su intimidad.

La desconfianza y la indiferencia emocional son mecanismos de defensa saludables con los que el recluso se protege de las agresiones y abusos que sufre, especialmente de la agresión que representa la prisión. Para sobrevivir, se encierra en sí mismo, adoptando un enfoque egocéntrico autoprotector. Esto suele manifestarse como labilidad emocional: su comportamiento interpersonal es inestable, fluctuando entre estados opuestos con facilidad. Cuando se establece una conexión genuina con el recluso, que muestra profundas carencias afectivas debido a su proceso de inadaptación y prisionización, manifiesta una gran necesidad de ser aceptado.

En la prisión, debido a estas profundas carencias afectivas, cuando una persona profesional, generalmente personal externo a la institución, logra conectar con el recluso, surge una sobredemanda afectiva. Lo que se hace evidente es su necesidad de afecto, que posiblemente proviene de

una sensación íntima de desamparo. Estas características afectivas, profundamente ocultas pero arraigadas en el recluso, suelen manifestarse en forma de enamoramientos cuando se supera la distancia. Aunque estas situaciones son dolorosas, no son negativas, ya que indican que la capacidad afectiva del recluso no ha desaparecido por completo, y esto ofrece una oportunidad para trabajar desde la responsabilidad y el cuidado, si el entorno anormalizador de la prisión no logra destruirlo definitivamente.

El recluso muestra una necesidad de ser aceptado y de establecer lazos afectivos, algo que inicialmente trató de evitar. Aunque sigue existiendo una gran dificultad para expresar sus emociones, agravada por el empobrecimiento emocional del ambiente penitenciario, que conduce a una infantilización de su afectividad y a la utilización de un lenguaje particular que no favorece la comunicación afectiva y efectiva.

8 Anormalización del lenguaje

El lenguaje es crucial, ya que determina nuestras capacidades de comunicación, de reflexión e incluso de pensamiento. A medida que avanza el proceso de prisionización, la persona reclusa adopta términos y expresiones propias del entorno carcelario, así como una entonación y gesticulación específicas, lo que refleja su adaptación al contexto penitenciario también a nivel lingüístico.

Este lenguaje particular se convierte en otro mecanismo de exclusión y marginación, además de ser una característica distintiva del “sistema social alternativo” que es la prisión. Esto puede dificultar su capacidad de comunicación interpersonal una vez liberada la persona.

Dentro de este contexto, el lenguaje carcelario se desarrolla de manera particular, reflejando las características de una “institución total”, con sus normas, tanto escritas como no escritas, sus expresiones y otras peculiaridades. Siguiendo las ideas de Valverde Molina, podemos destacar:

- **Uso de palabras:** Se emplean términos exclusivos del ámbito penitenciario y palabras que adquieren un significado especial en prisión, que identifican a la persona como reclusa. Según Goffman, una característica importante de las instituciones totales es el desarrollo de un lenguaje particular que refuerza la identidad del individuo como miembro del grupo, con las connotaciones de marginalidad y exclusión que esto implica.

- **Construcciones gramaticales:** Se utilizan frases cortas y poco elaboradas, que resultan en un lenguaje rígido que apenas es útil para la comunicación interpersonal y mucho menos para la reflexión y el pensamiento profundo.
- **Lenguaje en general:** El lenguaje carcelario carece de matices personales. La limitada interacción con el exterior y la constante exposición a las mismas personas, con las que raramente se establecen relaciones interpersonales estrechas y con quienes los temas de comunicación generalmente giran en torno a los mismos temas: la prisión, la situación procesal y judicial, el delito... empobrecen el lenguaje, ya que la comunicación pasa a un segundo plano. Es un lenguaje restringido, adaptado al mundo cerrado de la cárcel, que apenas fomenta la expresión emocional.

9 Efectos psicológicos de la estancia en prisión

Una persona con enfermedad mental enfrenta grandes dificultades para recuperarse completamente en prisión debido a la atención sanitaria insuficiente, la alimentación deficiente en nutrientes y la falta de métodos efectivos de seguimiento y acompañamiento. Estos factores pueden explicar la deteriorada calidad de vida de los internos. La experiencia carcelaria puede ser traumática, afectando la psicología y causando trastornos de ansiedad, disminución de habilidades sociales, pérdida de conciencia de derechos fundamentales y aprendizaje de una cultura de violencia y evitación, entre otros efectos.

Morales identifica como factores de riesgo para problemas psicológicos y enfermedades mentales la frustración, la rebeldía, la falta de gratificación sexual y lúdica, el hacinamiento, el aislamiento, el consumo de sustancias tóxicas, los altos niveles de ansiedad, la falta de intimidad y la sensación de estar siendo torturado. Los efectos generalizables incluyen hipervigilancia, ansiedad, despersonalización, disminución de autoestima, pérdida de intimidad, síntomas de estrés postraumático, dependencia de la prisión y alteraciones sexuales.

a. Trastornos del estado de ánimo

Un 20% de los internos e internas sufren depresión y un 30% trastornos de ansiedad, incluyendo ataques de pánico. Estas cifras son similares para hombres y mujeres, aunque los estados depresivos

son más comunes en mujeres presas. Una de cada veinticinco personas encarceladas ha experimentado alteraciones del estado de ánimo, siendo comunes el trastorno depresivo, afectivo bipolar, ansiedad generalizada y trastorno de pánico. Niño, Díaz y Ramírez también destacan el desarrollo de fobia social debido a la ansiedad anticipatoria por la tensión constante en prisión. Según José Ignacio Ruiz, las emociones más frecuentes son ansiedad, estrés y síntomas depresivos. Herrera Valencia observó somatización, obsesiones, actos compulsivos, inestabilidad, depresión, ansiedad, hostilidad y ansiedad paranoide. Valverde Molina señaló un estado constante de ansiedad debido a la sensación de peligro, con sentimientos aislados como mecanismo de defensa ante frustraciones emocionales.

b. Trastornos de personalidad

La prisión desintegra la personalidad, causando cambios significativos debido a la despersonalización y las condiciones de vida. El aislamiento afectivo, la vigilancia constante, la falta de intimidad y la rutina llevan a la desconfianza y agresividad en las relaciones. Los trastornos más comunes son el trastorno paranoide, el trastorno límite de personalidad (TLP) y el trastorno antisocial. Un estudio de 2016 relacionó el trastorno paranoide con el consumo de sustancias en un 62% de los casos.

c. Abuso de sustancias

Valverde Molina destaca el papel crucial de las drogas en el funcionamiento de las prisiones, usadas frecuentemente como mecanismo de defensa contra la ansiedad. El abuso es más frecuente en internos con condenas más largas (72%). Un estudio colombiano de 2017 reveló altas tasas de consumo de tabaco (37,77%), marihuana (26,1%), cocaína (7,12%) y benzodiazepinas (3,1%), con un aumento reciente debido a la facilidad de acceso y falta de control en su distribución. Las enfermedades más asociadas con el consumo y abuso de sustancias son la esquizofrenia y el trastorno de personalidad paranoide. La depresión se presenta en el 61,5% de los casos de abuso de sustancias y en el 59% de los casos de abuso de alcohol. Los efectos de las sustancias y el tiempo de exposición pueden causar deterioro físico y psicológico, incluyendo trastornos irreversibles como la psicosis.

d. Suicidio y conductas autolesivas

El suicidio es un problema creciente, entendido como una válvula de escape del sufrimiento continuo. La soledad, la culpa, la baja autoestima, los altos niveles de ansiedad y el miedo constante

que se siente en prisión causan gran sufrimiento, exacerbado por la falta de habilidades de afrontamiento. Las conductas autolesivas son más comunes que el suicidio y se definen como una forma de afrontamiento del estrés. Rocamora identifica factores de riesgo para desarrollar una conducta autolesiva en la incomunicación, la sobrecarga emocional, las rupturas y pérdidas, las experiencias de inferioridad, la soledad y la desesperanza, que llevan al suicidio. Las tasas están relacionadas con la superpoblación, falta de personal sanitario y educativo, sistemas de justicia y salud deficientes, administración inadecuada de servicios sanitarios, duración de la condena y falta de formación en salud mental entre el personal de vigilancia. La depresión y el trastorno límite de personalidad (TLP) son las enfermedades mentales más asociadas con conductas autolesivas y suicidio. El consumo de drogas se entiende como una conducta dañina y autolesiva.

El suicidio en prisión es un problema grave y complejo que refleja las condiciones extremas y el estrés psicológico que enfrentan los internos e internas. Las tasas de suicidio son significativamente más altas en el entorno penitenciario que en la población general, y están influenciadas por una variedad de factores, incluyendo el aislamiento social, el trauma previo, la falta de acceso a la atención médica adecuada y la desesperanza relacionada con las condiciones del encarcelamiento. Además, la falta de personal capacitado para identificar y manejar adecuadamente los factores de riesgo de suicidio, así como los procedimientos inadecuados de evaluación y prevención, contribuyen a este grave problema. El suicidio en prisión es una tragedia que pone de relieve la necesidad urgente de mejorar las condiciones de vida dentro de los centros penitenciarios y de proporcionar una atención médica y psicológica más efectiva y humana a las personas privadas de libertad.

10 La medicalización en los centros penitenciarios

La medicalización en los centros penitenciarios es un fenómeno complejo que se refiere al uso creciente de intervenciones farmacológicas y psiquiátricas para abordar problemas que tradicionalmente se consideraban de índole social. Este proceso tiene profundas implicaciones éticas, sociales y legales que afectan tanto a las personas privadas de libertad como al sistema penitenciario en su conjunto.

Los centros penitenciarios enfrentan una serie de desafíos significativos relacionados con la salud mental y física de los internos e internas. Las condiciones del encarcelamiento, que incluyen el aislamiento, la falta de privacidad, la violencia y la sobrepoblación, contribuyen a un ambiente propicio para el desarrollo de problemas de salud mental. En este contexto, la medicalización se presenta como una solución aparentemente rápida y efectiva para gestionar la conducta de los internos e internas y mantener el orden y la seguridad dentro de la institución.

Sin embargo, la medicalización plantea serias preocupaciones. En primer lugar, puede conducir a la patologización de comportamientos que son respuestas normales a un ambiente anormal y estresante. Por ejemplo, la agresividad o el aislamiento, que pueden ser mecanismos de adaptación a la vida en prisión, se interpretan a menudo como síntomas de trastornos mentales que requieren intervención farmacológica.

En segundo lugar, la medicalización puede ser utilizada como un instrumento de control social, que permite al sistema penitenciario ejercer un control más estricto sobre la conducta de los internos e internas a través de la administración de medicamentos psicotrópicos. Esto plantea serias preocupaciones sobre la autonomía y la dignidad de los internos, así como sobre el uso ético de la medicación psiquiátrica como herramienta de control y castigo.

A pesar de los posibles beneficios de la medicación, su implementación en los centros penitenciarios presenta una serie de desafíos significativos. En primer lugar, el sistema de salud dentro de las prisiones suele estar mal equipado y carecer de personal capacitado para manejar las complejas necesidades médicas y psiquiátricas de la población penitenciaria. Esto puede llevar a un tratamiento inadecuado o insuficiente de los problemas de salud mental de los internos e internas.

En segundo lugar, la medicación puede contribuir a la estigmatización de los internos e internas, perpetuando la percepción de que son inherentemente “enfermos” o “peligrosos”. Esto puede tener un impacto negativo en su reintegración social y en sus oportunidades de rehabilitación una vez que son liberados.

Ante estos desafíos, es crucial explorar alternativas a la medicalización que aborden de manera más efectiva las necesidades médicas y psicosociales de las personas privadas de libertad. Esto incluye el desarrollo de programas de tratamiento más holísticos y centrados en la persona que incorporen enfoques terapéuticos, educativos y de apoyo social. Además, es fundamental abordar las condiciones estructurales dentro de los centros penitenciarios que contribuyen a los problemas

de salud de los internos e internas, incluyendo la sobrepoblación, la falta de personal capacitado y la violencia institucional.

En resumen, la medicalización en los centros penitenciarios es un fenómeno complejo que plantea importantes desafíos éticos, sociales y legales. Aunque puede ofrecer ciertos beneficios en términos de acceso a la atención médica, también puede contribuir a la patologización de comportamientos normales y a la estigmatización de estas personas. Es crucial desarrollar alternativas a la medicalización que aborden de manera más efectiva las necesidades médicas y psicosociales de los internos e internas, y que promuevan una aproximación más humana y centrada en la persona a la atención dentro de los centros penitenciarios.



ME DUELE LA VIDA ♡



2

LOS TESTIMONIOS DE LAS PERSONAS PROTAGONISTAS

Personas reclusas

KARIM

Mi nombre es Karim, tengo 40 años y soy de Marruecos.

Estoy condenado a cuatro años, llevo tres cumplidos y me queda uno por cumplir.

Estoy en un módulo terapéutico, llevo dos años en el programa, libre de drogas, sin consumir ninguna sustancia.



SU HISTORIA

Llevo 20 años en España; vine siendo un menor no acompañado, debajo de un autocar, en el año 1999. Cuando llegué, estuve tutelado por la Comunidad de Madrid en un centro de acogida de menores. Antes de llegar a España consumía drogas: pegamento, pastillas, hachís y alcohol; una vez aquí, empecé a consumir también heroína y cocaína.

Así estuve toda mi vida: robando, drogándome, entrando y saliendo de prisión. Llevo 6 entradas a prisión: en total, unos 9 años de cárcel.

Yo no nací con eso, con un diagnóstico de enfermedad mental. Por circunstancias de la vida, entre la droga y los problemas familiares, empecé a ver, pensar y escuchar cosas extrañas: que todo el mundo me perseguía, me querían matar, que todo el mundo hablaba de mí... Veía a la misma persona

en todos los sitios, algunas veces hasta en la tele... En más de una ocasión, de tanta paranoia que tenía en la cabeza, pensaba que me estaban grabando con cámaras y micrófonos en casa, y me volvía loco buscando por todos los muebles.

Un día, estaba consumiendo cocaína (esnifada y fumada) en el trastero de mi casa y a las dos de la madrugada empecé a escuchar voces y a ver sombras que me estaban diciendo que me tenía que sacar el corazón. No tenía escapatoria y les hice caso. Cogí un cúter y empecé a cortarme en la parte izquierda del pecho, pero no salía sangre. Estaba haciendo lo que ellos me decían. En un momento dado me escapé y una vez en la calle, empecé a sentir dolor en el pecho, pero cuando miré no había sangre. Decidí irme al hospital, cuando llegué me vieron un psiquiatra y un psicólogo, me dijeron que estaba loco, que había intentado suicidarme y me dejaron ingresado dos meses en la Unidad de Psiquiatría.

Cuando ellos me informaron de qué era lo que me había pasado, me dijeron que era un brote psicótico por la droga. Yo no me lo creía, en mi cabeza todo lo que pasaba era real.

Cuando estuve en Psiquiatría me daban una medicación que no me tomaba por miedo. Una vez en la cárcel, empecé a tomar medicación psiquiátrica: Tranxilium, Gabapentina, Rivotril, Diazepam... Actualmente llevo dos años sin tomar nada.

Antes de entrar a prisión no tomaba medicación, nunca me la había recetado ningún médico. Si la había tomado alguna vez era mezclada con otras sustancias para drogarme.

Cuando tomaba tanta medicación, como también la mezclaba con otras drogas, me sentía con la autoestima por el suelo, con mucha rabia y muchísimo odio en el cuerpo, frustración y agresividad.

Con todo eso en la cabeza me chinaba (me autolesionaba). Era una forma de aliviar la soledad y el dolor que tenía al ver mi sangre.

Estar en prisión con una enfermedad mental, en mi caso, ha sido muy duro, porque estar escuchando voces en tu cabeza y no haber profesionales que te entiendan y te hagan un seguimiento profesional, como "Dios manda", significa que no existe un tratamiento que funcione para la salud mental. Lo que hace falta son más profesionales.



SU MENSAJE

Mi sugerencia a la hora de mejorar el sistema de atención a la salud mental en prisión pasaría por contar con más equipos técnicos profesionales: psiquiatras, psicólogos/as... Normalmente te hinchan a pastillas, habría que tener menos pastillas y más terapia. Por ejemplo, en mi módulo hay personas que llevan un año sin ver a la psiquiatra porque hay una sola psiquiatra para dos centros penitenciarios (Madrid III y Madrid IV), con la cantidad de reclusos que hay, por desgracia.

Ellos hablan de reinserción, menos palabras y más acción.

¡Viva la vida, viva el amor, arriba la justicia, abajo la prisión!

TITO

Mi nombre es Alfredo, alias “el Tito”, y he pasado casi dos décadas en prisión.

Qué os puedo decir, entré con poco más de veinte años, y salí en octubre de 2023 con 39 años.

El motivo de mi salida fue gracias a la “magia” que hizo mi abogado, porque yo tendría que estar cumpliendo condena hasta julio de 2025.

“

La realidad es que mi día a día es un infierno. Nadie me entiende, no sé moverme, no comprendo a la gente. Me siento como si fuera de otro planeta, como si fuera extranjero y yo no hablara el idioma de nadie

”



SU HISTORIA

Un día estaba en el patio por la tarde, acababa de bajar de la celda, y me llamaron de agente judicial. Yo pensaba que el motivo de la llamada era por un pequeño conflicto que había tenido con otro interno del módulo. Y cuando fui, la chica me presentó el papel, indicándome que me había llegado la libertad del juzgado. Yo en ese momento me quedé flipando, porque hacía casi veinte años que no tenía juicios, y no me esperaba un papel del juzgado. En ese momento me quedé incrédulo. Cuando llegué al módulo, traté de contactar con mis familiares, pero nadie me cogía el teléfono. Nadie sabía que yo iba a salir de prisión. Ni yo lo sabía, seguía dudándolo, no me lo podía creer. En algún momento pensé que podía ser una broma de mal gusto.

Y nada, esperé a que me llamaran. Cuando lo hicieron, no me lo creía. Y esa misma tarde estaba en la calle, en libertad. Salí a las ocho de la tarde, con un euro en mi bolsillo, sin mis pertenencias, sin documentos, sin nada. Seguía sin creérmelo, yo me había hecho a la idea de que estaría en prisión hasta 2025, y de repente, me vi en la calle, sin nada, sin nadie. Estuve más de dos horas esperando en el parking de la prisión, esperando a mi hermano, que vino a recogerme, el cual tampoco se creía lo que estaba sucediendo.

Mi diagnóstico de salud mental lo recibí en 2010, después de tres años en prisión. Antes de entrar en prisión, nunca había tenido ningún tipo de contacto ni seguimiento por parte de profesionales de la salud mental. Fue en prisión cuando me diagnosticaron esquizofrenia paranoide con delirios persecutorios, trastorno antisocial de la personalidad y trastorno disociativo.

En el momento en que recibí este diagnóstico, me sentí perdido. Yo ya notaba que algo pasaba conmigo, porque no era el mismo que era en la calle, pero no sabía lo que me estaba sucediendo. Cuando me lo dijeron, además, yo ya llevaba tiempo tomando medicación psiquiátrica recetada por los profesionales de salud mental del centro penitenciario.

En este momento estoy siguiendo un tratamiento farmacológico. La medicación que tomo se compone de aripiprazol de 20 mg, quetiapina de 10 mg y Tranxilium de 50 mg. El Tranxilium es un ansiolítico que me quita la ansiedad y me ayuda a dormir. El aripiprazol es un antipsicótico que me genera mucha incomodidad e inquietud, no puedo estar quieto y no me siento cómodo de ninguna manera. La quetiapina es otro antipsicótico que me ayuda a dormir y a combatir el insomnio.

Antes de entrar en prisión no tomaba medicación psiquiátrica de ningún tipo, empecé a tomarla en 2008, un año después de mi ingreso. Empezaron a darme Tranxilium de 15 mg. Me recomendaron acudir al módulo gestionado por Proyecto Hombre en Soto del Real. Cuando llegué allí, no sabía que te cacheaban al entrar. En ese momento me encontraron pastillas en el bolsillo, y me cortaron el tratamiento de golpe. Hasta 2009, que fue cuando recibí mi diagnóstico y me prescribieron medicación.

En este momento me siento bien, porque estoy en un lugar agradable acompañado de personas buenas que se preocupan por mí, pero la realidad es que mi día a día es un infierno. Nadie me entiende, no sé moverme, no comprendo a la gente. Me siento como si fuera de otro planeta, como si fuera extranjero y yo no hablara el idioma de nadie.

Desde el inicio del tratamiento he experimentado muchos cambios significativos, sobre todo en la impulsividad. Siento mucha impotencia porque la medicación me inhibe. No me siento yo mismo. Tengo pensamientos, pero no soy capaz de llevar a cabo la acción. Eso es bueno, porque me evita meterme en

algunos problemas, pero también lo vivo como algo malo porque cuando el problema lo tengo yo, muchas veces para defenderme; también me frena y me impide actuar, y en muchas ocasiones la gente abusa de eso. Ahora vivo con mucho miedo a volver a prisión. Es un miedo que me paraliza. Tengo mucho miedo a ser parado por la calle, le tengo fobia a la policía, tengo miedo de que me detengan, de volver a vivir lo que ya he pasado durante tantos años.

Estar en prisión con enfermedad mental es estigmatizante y degradante. En muchas ocasiones me han tratado de forma denigrante por tomar medicación. Se piensan que quien toma medicación es porque quiere drogarse o porque tiene algún tipo de discapacidad intelectual. En los dos casos es motivo de burla.

En muchas ocasiones he sentido un trato diferencial, pero a peor. Los funcionarios creen que uno es un trepa que quiere vivir de las pagas del estado o que es un yonqui que quiere estar drogado. No sienten ningún tipo de empatía hacia las personas, no tienen sensibilidad para convivir con estas circunstancias.

Los psiquiatras que he conocido, creen que las personas que estamos mal nos “hacemos los locos” para conseguir medicación. Nos encontramos en muchas ocasiones con este prejuicio.

Como propuestas de mejora, sugeriría mayor seguimiento por parte de los y las profesionales de la salud mental. Que el tratamiento no consista en recetarte una serie de medicamentos, sino que detrás de eso haya una intervención terapéutica. También pediría empatía y humanidad a las personas profesionales del ámbito penitenciario, tanto de tratamiento como de vigilancia, para entender que cuando sufrimos un brote lo que necesitamos es acompañamiento y alguien que nos pregunte cómo nos sentimos, no que nos aten a la cama y nos pinchen medicación. Y formación específica en cuestiones de salud mental para el funcionariado de vigilancia, ya que existen muchos prejuicios en este tipo de cuestiones.



SU MENSAJE

Mis aspiraciones y proyectos de futuro contemplan vivir y trabajar en un país fuera de Europa, donde pueda llevar una vida de persona humana normalizada.

La realidad es que mi situación actual es una mierda, siento que todo el mundo me está empujando contra un precipicio. A día de hoy no le veo salida a mi situación, e incluso pienso en el suicidio. Para seguir vivo y volver a entrar a prisión, muchas veces pienso que no merece la pena.

ANÓNIMO

Por razones personales, prefiero mantenerme en el anonimato.

Tengo 42 años, y he estado 20 años preso. La primera vez que entré a la cárcel fue en el año 1998. He estado en centros penitenciarios unos veinte años más o menos, cumpliendo dos condenas diferentes.

En octubre de 2023 salí de prisión con el artículo 100.2 del Reglamento Penitenciario, que permite flexibilizar la clasificación penitenciaria de los internos hasta el punto de poder salir fuera del centro a trabajar o estudiar sin estar todavía en régimen abierto.

Aunque aún me queda por cumplir condena hasta el año 2029.

“
En ocasiones
me golpeaban
para poder atarme a
la cama, y me medicaban
vía intramuscular
para dejarme anulado



SU HISTORIA

Gracias a la Fundación Manantial pude hacer el curso de Reincorpora, de búsqueda de empleo enfocado a personas que tienen algún tipo de problema de salud mental. A día de hoy me encuentro trabajando como personal de limpieza en una residencia de atención a personas con trastorno mental grave. Empecé a trabajar apenas una semana después de salir de prisión, no llegué a estar ni una semana en la calle sin trabajar.

Vengo a contaros un poquito de mi vida en prisión y sobre mis problemas de salud mental, que han marcado mi trayectoria penitenciaria todos estos años.

Mi diagnóstico de salud mental lo recibí hace 15 años más o menos, estando preso en Madrid II. Allí empecé a ir al psiquiatra porque estaba muy desestabilizado, tenía muchos problemas con las drogas y había desarrollado una psicosis tóxica derivada del consumo que me llevó a un estado esquizofrénico, por el cual las profesionales de psiquiatría del centro en esas fechas decidieron, desde su punto de vista, que tenía un trastorno de la personalidad, esquizofrenia paranoide y psicosis tóxica, derivado del consumo de sustancias. A lo largo de los años he ido pasando por numerosas prisiones y numerosos psiquiatras que han ido modificando mi diagnóstico, pero siempre han ido entre esa tipología. En Madrid VII me diagnosticaron también bipolaridad múltiple.

A día de hoy, en el centro penitenciario Madrid III (Valdemoro), el último diagnóstico que me dieron fue de trastorno de la personalidad clúster B y trastorno celotípico.

La primera vez que me diagnosticaron una enfermedad mental, yo mismo no terminaba de creérmelo. Yo me sentía bien y no era del todo consciente de la realidad. Con el paso del tiempo, dejando un poco aparcadas las drogas, me daba cuenta de la realidad y pensaba que sí que podía ser verdad lo que me estaban diciendo. Cuando estaba consciente, era capaz de reconocerlo por mí mismo. Cuando estaba consumiendo, no terminaba de creerme que me pasara algo, que tuviera una enfermedad, y frecuentemente me enfrentaba con los psiquiatras que intentaban diagnosticarme.

Recuerdo que en ese momento me sentí engañado, sentía que me estaban mintiendo para tenerme medicado y anularme, para que bajara un poco toda la ira, la rabia y el mal comportamiento que tenía por entonces con los funcionarios y funcionarias.

Durante los últimos 15 años he seguido varios tratamientos farmacológicos. He tomado benzodiazepinas, como el Rivotril, el Tranxilium, el Trankimazin, el Aprazolam, la Gabapentina, la Lyrica o la Zyprexa. Estas pastillas me dejaban adormilado y me ayudaban a no escuchar voces y no tener las manías persecutorias que sufría.

También estuve tomando Risperdal, Atumina y Sinogan, que son tipos diferentes de antipsicóticos. Me han administrado en varias ocasiones por vía sanguínea Risperdal y Depakine. Me pinchaban en momentos de brotes, cuando hería a algún funcionario, algún interno o cuando me autolesionaba, para calmarme. Esta medicación me dejaba muy cansado, nada más que quería comer y dormir, hasta que hubo momentos en que no era capaz ni de reconocer a mi familia. Venían a la cárcel a

comunicar conmigo y no era capaz de articular palabras ni de llegar a acordarme de quién había venido a verme ese día. La medicación me anulaba por completo.

En alguna ocasión han intentado medicarme sin mi consentimiento, porque era considerado un “preso agresivo”, y era en ese momento cuando tenía conflictos con los funcionarios. En esos momentos me llevaban a enfermería y me ataban a una cama, con una mano libre para poder comer. A veces me hacían hacerme mis necesidades encima por no dejarme ir al cuarto de baño. En ocasiones me golpeaban para poder atarme a la cama, y me medicaban vía intramuscular para dejarme anulado. Una vez me hacía efecto la medicación, me desataban, y así podía estar durante dos o tres meses en el módulo de enfermería.

Antes de entrar en prisión no tomaba nada de medicación psiquiátrica. Consumía muchas drogas, pero no tomaba pastillas psiquiátricas.

Actualmente tendría que estar tomando Risperdal, Zyprexa y Lorazepam, pero he decidido por mí mismo que no quiero tomarla, a no ser que sienta que voy a tener un brote, porque me afecta mucho y me impide pensar por mí mismo. Me siento bien en estos momentos y siento que estoy bastante compensado y que ahora mismo no necesito esta medicación.

El deporte es algo que me ha ayudado mucho a mejorar mi situación, me libera de las tensiones que siento y hace que me sienta muy bien conmigo mismo. Me relaja y me ayuda a dormir, sin necesidad de estar tomando ninguna medicación. Me conecta conmigo mismo.

A día de hoy me encuentro bien, pero soy consciente de que todo esto es un proceso, una montaña rusa, y que en cualquier momento puede darme una crisis o un brote. Aunque de cara a la sociedad intento hacer parecer que estoy lo mejor posible, y sobrellevar mi enfermedad de la mejor manera que puedo.

Desde el inicio del tratamiento he notado cambios significativos en el aislamiento social, no querer hablar con nadie de nada, prefiero estar solo conmigo mismo, es la única manera en la que me puedo sentir tranquilo internamente y no sufrir tantos miedos ni tantas historias.

Estar en prisión con una enfermedad mental es bastante horrible, porque no hay alternativas suficientes para ayudar a la sociedad reclusa con problemas de salud mental en prisión. No es tanto que tuviera que haber más ayuda, es que yo pienso que una persona con problemas de salud mental no debería estar en prisión, sino en un centro especializado de salud mental y trastornos psiquiátricos, que existen, y que facilitaría mucho y haría más sencilla su reinserción en la sociedad.

La prisión agrava muchísimo los problemas de salud mental que sufrimos, porque no hay un control real, no hay especialistas. Hay un psiquiatra que viene cada tres meses a verte, no hay un seguimiento individualizado. Generalizan con todo el mundo: “este tiene esto, este tiene lo otro”. No invierten tiempo en conocernos y saber qué nos pasa. Nos miden a todos de la misma manera. Gente que no ha consumido nunca, gente que está pasando por episodios depresivos, gente que realmente sufrimos una enfermedad crónica de salud mental...

Dentro de prisión, entre los presos sí sentí que se sufría cierta discriminación por tener una enfermedad mental. Conmigo mismo específicamente no lo sentí, porque pienso que yo en todo momento he tenido las herramientas y habilidades para sobrellevar la situación, lo que otros compañeros no han podido hacer. He visto compañeros a los que le han hecho mucho bullying dentro de prisión, por parte de otros compañeros, por su condición. Yo he tratado en todo momento de dar la cara por los compañeros que estaban en una situación similar a la mía.

Por parte de los funcionarios y funcionarias también he visto que se daba mucha discriminación hacia los internos que estábamos en el programa PAIEM. Incluso por parte de los propios profesionales de los equipos técnicos, de la junta de tratamiento o del propio PAIEM. He visto cómo por parte de los profesionales se ayudaban a ciertos internos, y a otros no, abandonándolos muchas veces en sus procesos. Pienso lo que comentaba antes, que el tratamiento no era individualizado, no se preocupaban por conocernos, sino que nos medían a todos con la misma vara.

Como propuestas de mejora, se me ocurre decir que se necesita un trato más individualizado. Personas y profesionales que se preocupen por conocernos de verdad, por conocer nuestras dificultades, por tratar de entender nuestros momentos de brotes o de crisis, y que no recurran tan fácilmente a la medicación forzada o a los tratamientos farmacológicos para controlarnos.

También pienso que se necesitan más profesionales capacitados. Algunos funcionarios se implican más que un psicólogo, ya que al final son quienes nos ven las 24 horas del día, hablan con nosotros, empatizan... Esto sucede sobre todo con la gente más joven. Pero al fin y al cabo son personal de vigilancia, que, por lo general, no tienen la formación específica de psicología o del ámbito social.

Por último, también pienso que se necesitan más asociaciones de fuera, de la calle, que entren a intervenir en el ámbito penitenciario. Al final es gracias a las asociaciones, entidades y ONGs por las que estamos donde estamos, porque se preocupan por nosotros y hacen las cosas de corazón. Nos escuchan y nos hacen sentir escuchados, que es también muy importante. No ven el delito o

la enfermedad mental, sino que ven a la persona. Porque, por lo general y por lo que yo he visto y vivido, el funcionariado de prisiones no trabaja por devoción, sino que lo hacen para ganarse el sueldo. Se olvidan completamente de nosotros una vez salen del centro.



SU MENSAJE

Como proyecto de futuro me gustaría poder dedicarme al ámbito social y poder ayudar a personas que han pasado o están pasando por las mismas vivencias que yo: drogodependencia, privación de libertad, problemas de salud mental... Poder ayudar a la gente que lo necesita.

Siendo realista, teniendo los problemas de salud mental que tengo y viniendo de donde vengo, sé que sería un camino difícil, llegar a donde quiero llegar, pero es una idea que me motiva. Poder dedicarme a esto, y poder tener un lugar en el que poder vivir, sin sentirme etiquetado ni discriminado por venir de donde vengo.

ANÓNIMO

Por razones de privacidad, prefiero mantener el anonimato. En 2020 fui condenado a cuatro años y medio a prisión. He pasado dos años y medio en un centro penitenciario ordinario, y llevo casi un año y medio clasificado en tercer grado en un centro de inserción social (CIS).



SU HISTORIA

Yo era una persona que no tenía ningún trato con este contexto, con esta realidad. No conocía nada del mundo penitenciario, y prácticamente de un día para otro me encontré metido en una celda en la que me habían echado el pestillo. En ese momento yo no supe qué iba a ser de mí, porque nadie me explicó nada.

La primera vez que me vi en esa celda, en prisión, pensé: “¿Y aquí me voy a pasar yo los próximos cuatro años de mi vida?”. Todo lo veía muy negro, la verdad que fue un momento bastante jodido para mí. Fue algo que me costó mucho aceptar, y asumir que esa iba a ser mi realidad durante un tiempo determinado.

Mi delito sucedió en 2016, y estuve a espera de juicio hasta 2019. En 2020 me condenaron y tuve que entrar en prisión, aunque es cierto que con la pandemia de la covid-19 todo se paralizó, y terminé ingresando en junio de 2020, en cuanto se retomó el funcionamiento en los juzgados. Entré en plena pandemia, menuda puntería, y pasé aislado los primeros 14 días. Estaba solo en una cel-

da, encerrado durante 23 horas en una celda. Sin entender nada, sin que nadie me explicara nada de cómo funcionaba la cárcel. 23 horas encerrado y una hora o dos de patio, según el día y según la guardia. A lo mejor un día salía al patio a las 8 de la mañana y al día siguiente hasta las 18 h no me avisaban. En esos momentos sentía mucha incertidumbre, no tenía manera de saber cómo iba a ser mi día, no tenía a quién preguntar. Y en algún momento en que logré alcanzar a preguntar a algún funcionario que cuándo iba a poder salir, porque me sentía asfixiado y agobiado, la respuesta era “cuando te abramos la puerta”. En otro momento en que vinieron a traerme la comida, y yo no encontraba mi mascarilla para ponerme, también llegaron a decirme “o te pones la mascarilla o nos vamos y hoy no comes”. Tenían total poder sobre mí.

Fue un palo muy grande, la verdad, nadie te prepara para esto, no hay información. Vivimos en la época de la hiperconectividad y de la información, pero sobre este tema en concreto no hay nada.

En mi caso, yo no tengo un diagnóstico concreto de enfermedad mental grave, pero sí que he convivido durante mucho tiempo con cuadros de ansiedad y depresión, que no me fueron diagnosticados ni por supuesto tratados. Yo en esos momentos me sentía muy mal, sentía que no podía más, que no lo iba a conseguir. Fueron momentos muy duros en los que llegué a sentirme solo, perdido y abandonado por parte de la institución, ya que la ayuda psicológica que he recibido allí ha sido nula. No tenía a quien preguntar o con quien desahogarme, porque la persona que está destinada a darte esa ayuda psicológica es quien más piedras te va a meter en la mochila.

Puedes estar muy mal, que la respuesta que vas a recibir es un “es lo que hay, apechuga con lo que has hecho”. Pero yo me encontraba muy mal, no había ayuda de ningún tipo. Me sentía completamente solo, como una mierda, sin tener a nadie con quien poder hablar, a quien poder contarle mis problemas. Comiéndomelo todo yo solo y llorando muchas noches. Con los compañeros, especialmente con un par de ellos con quienes sí llegué a entablar amistad, era con quienes me desahogaba. Éramos el hombro sobre el que llorar el uno del otro. Para mí suponía un alivio, un respiro, porque era poder hablar y llorar con alguien que está tan mal como yo, o peor. Eran las únicas personas en las que podía encontrar apoyo y me podían ayudar a seguir adelante.

Viví una situación muy difícil, en la que un compañero de módulo intentó quitarse la vida. En el último momento pensó en su mujer y su hijo, y se arrepintió. En ese momento, pensé que recibiría apoyo y ayuda psicológica, pero en su lugar, tuvo que esconderlo, con miedo, porque si un funcionario o funcionaria ve que te has cortado, automáticamente te ponen una sanción: parte, aislamiento

y fuera del módulo. Él necesitaba ayuda, hablar, compartir lo que le estaba sucediendo, pero no fue así. Una persona que se autolesiona porque está mal, encima recibe un castigo.

Yo antes de entrar en prisión ya tomaba benzodiacepinas para poder dormir. Esto fue en los años que pasaron desde que sucedió todo hasta que salió el juicio e ingresé en prisión. Estuve yendo a una psicóloga durante año y medio antes de entrar, sobre todo por el sentimiento de culpa que me paralizaba y por la crisis que supuso para mí de un día para otro ver cómo mi vida se iba a tomar por culo. Fue por mi culpa, sí, admito esa responsabilidad, pero lo perdí todo. Y eso para mí siempre ha supuesto un gran cargo de conciencia.

Empecé viendo a un psiquiatra, ya que por la póliza de seguros que tenía en ese momento, para poder acudir a una cita psicológica tenía que ir derivado de psiquiatría. Y siento que no me sirvió para nada. Yo le contaba mis problemas, pero la única respuesta que recibía era “cuando sientas ansiedad, tómate esto”. Yo necesitaba hablar, que alguien me escuchara, que me pudiera dar herramientas para superar lo que me había pasado y seguir adelante. Estaba mal, necesitaba ayuda.

La verdad que se me hacía difícil empezar una terapia con una persona nueva y tener que contarle todo de nuevo y revivirlo cada vez para sentir que en realidad no me podían dar ayuda. En ese sentido, me sentí desamparado.

Ahora mismo me siento muy perdido, porque volver a encontrarte y volver a encontrar y reconstruir tu vida cuando sales de prisión es muy difícil. Me siento como en la canción de Amaral, “quiero encontrar mi sitio”. Estoy fuera y eso es maravilloso, pero volver a hacerte una vida es difícil, porque es muy complicado volver a arrancar todo: trabajo, estudios, tu casa, tu familia... Es jodido y te encuentras perdido. Ahora mismo no sé qué hacer con mi vida, no sé si valgo para algo.

Además, tengo mucho miedo de que la gente se entere de dónde he estado. Cuando salí, tenía la sensación de que todo el mundo me miraba, que todo el mundo iba a saber de dónde venía, como si llevara un cartel en la frente. Y sé que son paranoias, pero también es jodido hacerle frente a eso. Cuando tu enemigo eres tú mismo y lo tienes en casa, es muy difícil callar esa voz dentro de tu cabeza que te dice que todo va a salir mal.

En estos momentos, de ánimo me encuentro con muchos altibajos. A ratos estoy muy bien, y a ratos estoy muy muy mal. Me siento muy cansado mentalmente, de estar cansado físicamente. Estar pensando constantemente qué va a ser de mí a partir de ahora, si voy a volver a tener una vida normal como la que tenía antes, en todo por lo que están pasando las personas de mi entorno, personas

que no han hecho nada, y que por un error que cometí yo, también se están comiendo mi condena.

Tengo la sensación de que tengo que estar mintiendo todo el rato: con mis compañeros y compañeras de trabajo, con personas que no saben lo que ha pasado pero hace mucho que no me ven y me preguntan que por qué me he divorciado... Me siento en la obligación de mentir, cuando sería mucho más liberador poder decir la verdad y asumir que cometí un error.

Yo en ningún momento del tiempo que pasé en prisión tuve ningún tipo de diagnóstico de salud mental, pero sí considero que pasé por un cuadro depresivo complicado, aunque es cierto que no lo compartía con el equipo técnico del módulo. Por tanto, yo no experimenté ningún trato diferencial debido a ello, pero conozco gente que lo ha pasado realmente mal, con brotes grandes de violencia, con esquizofrenia, con muchísimo malestar... que claramente necesitaban ayuda, y la solución era llevarlo a enfermería, pinchacito y de vuelta al módulo. Después de eso, estaban como zombis toda la semana. Teníamos que llevarlo a comer, a la cama, al baño... Se quedaban totalmente anulados durante días, dependiendo de la dosis. No he visto ningún tipo de tratamiento, sino que te drogaban para quitarte de en medio y que no pudieras dar más problemas.

Para mí, personalmente, estar en prisión con problemas de salud mental fue difícil. Lo vivía con mucho estrés, con mucho agobio, buscando apoyo en los compañeros con los que mejor me llevaba y hablando y compartiendo mis problemas con ellos, porque por parte de la institución, no sentía ese apoyo. No hacen nada, y tampoco se esfuerzan, porque puedes no tener los medios o las herramientas médicas, pero sí tener ganas y tener la intención de ayudar a las personas. Pero por lo que yo viví, no hay ni ganas, ni intención, ni medios.

No es mi problema que solo haya un psiquiatra para cuatro módulos, hay gente que lo necesita y no puede obtener una cita. O poder estar en contacto con la familia si estás mal. Si no se hace, es por dejadez, porque no se pasan por los módulos. Y cuando van, no te hacen caso. Hay veces que te tiras meses y meses sin que aparezcan, echando instancia tras instancia. Luego alguien se corta las venas y no entienden nunca lo que ha podido pasar, no se responsabilizan ni tratan de evitar que vuelva a ocurrir. No le importamos a nadie. Es la misma situación de desamparo y desprotección que sufren las personas que tienen depresión y están en libertad, pero con la diferencia de que dentro de prisión lo pasamos completamente solos, y son muchas, muchas horas para darle a la cabeza, para bien y para mal.

Todo se magnifica, cualquier problema en la calle puede ser pequeño, pero allí dentro es como

que tienes tanto agobio, tanta ansiedad, que se te hace un mundo de la cosa más pequeña. Una llamada de teléfono, una discusión, te deja todo el día reventado, pensando. Hay gente que tiene la posibilidad de volver a llamar, pero hay gente que no puede, y te quedas jodido pensándolo todo el día, o hasta que vuelves a tener la oportunidad de llamar.

Es muy fácil entrar en bucle, y muy difícil salir de él. Tampoco hay nadie con quien hablar para que te ayude a salir de ese bucle, nadie que te escuche y te haga pensar en ello centradamente, que te haga ver que no es para tanto. Pero piensas que no tienes salida.

Al final, no hace falta tener un diagnóstico de salud mental para que este sitio te destroce la cabeza. Hasta el color de las paredes está diseñado para anularte y quitarte cualquier resquicio de esperanza que te quede.



SU MENSAJE

Como propuestas de mejora específicas sobre la atención a la salud mental en el ámbito penitenciario, sugeriría tirar abajo todo lo que tiene que ver con la psicología y la psiquiatría, para empezarlo de cero, de manera que se pueda contratar a gente que verdaderamente sepa dónde está, que sepa que trata con personas que han hecho unas u otras cosas, pero no dejan de ser personas. Gente con empatía suficiente como para saber que una palabra mal dicha sin ninguna mala intención se puede malinterpretar y te puede dejar muy jodido. Una frase que fuera no tendría la mayor importancia, allí dentro te puede destrozar. No me extraña que haya tantas personas que aparecen ahorcadas en prisión. Yo la primera vez que salí del despacho de la psicóloga me sentía fatal, no dejaba de preguntarme que qué clase de mierda de persona era y que lo mejor que podía hacer era quitarme del medio. Por suerte, considero que tengo la cabeza en su sitio, y después de pasar el mal trago te das cuenta de que no merece la pena, pero hay gente que no tiene esa capacidad, o que está tan abrumada por el malestar que no ve más allá.

También me gustaría pedir que no traten a todo el mundo igual. El tratamiento debería ser individualizado. Las personas somos todas diferentes, una misma patología puede manifestarse de una manera o de otra en personas diferentes. Si a todas las personas se les trata igual, algo no funciona.

Habría personas con las que haya que tener un poco más de empatía a la hora de comunicar las cosas, que son psicólogas. Habría que empezar de cero y buscar a personas que sean profesionales y que sepan hacer su trabajo. Porque tratar con personas es complicado, pero tratar con personas privadas de libertad tiene otras muchas complicaciones añadidas que hay que contemplar. Es un sitio en el que por una mirada mal echada te pueden meter una puñalada, no puedes tratar a todo el mundo igual y tener la misma metodología.

Mis aspiraciones y metas para el futuro, considerando mi situación actual, serían poder volver a tener una vida lo más parecida posible a la que tenía antes de entrar en prisión. Sé que lo que he perdido no lo voy a volver a recuperar, pero por lo menos poder ser feliz y poder tener una vida lo más normalizada posible y dejar todo esto atrás. No quiero olvidarlo, porque cuando uno olvida las cosas puede volver a repetir los mismos errores, pero sí aprender a vivir con ello sin que me afecte, o que me afecte lo menos posible, a mí, a mi entorno y a mi gente. A mí no me quedó otra que aguantar, porque había metido la pata, pero la gente de mi alrededor no hizo nada y también tuvo que aprender a vivir y a soportar esta situación.

Es difícil intentar arreglarlo, y la psicología es una profesión complicada, pero en el entorno penitenciario debería trabajar gente formada en el funcionamiento del mundo penitenciario, no tan administrativo, pero sí en cómo funciona la cárcel por dentro, para entender actitudes y comportamientos, y poder ayudar. Lo que hacéis vosotras desde Fundación Esplai como entidad, pero con los profesionales implicados: ayudar, escuchar, fundamentalmente escuchar, hablar con gente que te trata normal. Los grupos hacen mucho, y eso lo podrían hacer también a nivel institucional, no desde una entidad del tercer sector.

Pero es mucho más fácil medicalizar: “¿Estás mal? Abre la boca, toma la pastilla, vete a tu celda a dormir y no molestes”. En esos lugares se necesita gente que sepa dónde va a estar, con qué clase de personas va a trabajar y las limitaciones con las que se va a encontrar.

MIGUEL ÁNGEL

Mi nombre es Miguel Ángel y entré en prisión con 18 años. Ahora mismo tengo 37, de los cuales he pasado 19 años preso sin salir.

En estos momentos estoy fuera y me encuentro realizando un programa de deshabitación de drogas, porque el tiempo que duré en prisión los problemas se fueron agrandando y eso me llevó al consumo de todas las sustancias que podía tener a mano. Eso fue cada vez a más. Hasta que no pude y pedí ayuda, la cual me ofrecieron, pero ya era muy tarde porque ya estaba muy enganchado, pero con su ayuda fui saliendo adelante poco a poco, paso a paso.



SU HISTORIA

Ahora mismo estoy en libertad, habiendo cumplido el total de la condena, desde el 29 de enero de 2024. Aunque desde hace aproximadamente un año me encuentro clasificado en tercer grado con la condición de asistir a un programa de deshabitación. Cumpí con todos los requisitos, y el equipo valoró ofrecérmelo.

La verdad que para mí fue difícil enfrentarme de nuevo a la libertad, después de tantos años preso. Ha sido necesario un cambio de actitud y aprender a ver las cosas de otra manera, ver que hay un futuro por delante, que, aunque entré muy joven en prisión y he cumplido muchos años encerrado, todavía soy joven, tengo 37 años y me quedan muchas cosas por vivir.

Mi diagnóstico de enfermedad mental lo recibí estando preso. Me sacaron a la calle para poder acudir a una cita médica en un centro base, en el cual me diagnosticaron trastorno de personalidad. En ese momento me sentí mal, porque no sabía que tenía una enfermedad. No entendía muy bien lo que suponía y no comprendía por qué lo tenía ni de dónde venía, hasta que me explicaron que era un trastorno de personalidad, causado por un trauma generado por todos los años que pasé en prisión.

Después me diagnosticaron un 34% de discapacidad, derivado de la enfermedad mental, lo cual me dejó descolocado, porque yo no era consciente de que tenía esos problemas. Sabía que tenía ciertos problemas que tenía que enfrentar, pero no estos. Un día tuve una entrevista con la trabajadora social del módulo, dentro del centro penitenciario, la cual me ayudó a conseguir los papeles de discapacidad.

Actualmente estoy en tratamiento psicoterapéutico y psicofarmacológico. Tomo antidepresivos; Tranxilium, que es un ansiolítico; gabapentina, que es un antiepiléptico y ayuda con los dolores crónicos, y un antipsicótico para los momentos en que siento que escucho voces, para que se vayan.

A parte de tomar medicación, en el piso en el que me encuentro actualmente residiendo tengo también un seguimiento psicoterapéutico los lunes y los viernes. Hacemos terapia individual, en la que hablamos sobre el tema de las drogas, del tiempo que he pasado en la cárcel, y me ayudan a habituarme a la calle y poder relacionarme con las demás personas, que es algo que se me hace muy difícil por el tiempo que he pasado en prisión.

Antes de entrar a prisión no tomaba ningún tipo de medicación psiquiátrica, empecé a consumir medicación con 18 años, el año en que entré en prisión, y he estado tomándola durante 19 años, hasta la actualidad.

En estos momentos me siento un poco desubicado todavía, aunque con las ayudas que tengo ahora espero poder ubicarme y poder ser la persona que yo era antes. Una persona alegre, feliz, risueña y muy amable. Ahora mismo me siento un poco así, pero necesito conocerme más a mí mismo, ya que siempre he estado con medicación y no me ha dejado ser la persona que yo soy. Ahora que me están reduciendo la medicación, me estoy encontrando a mí mismo.

En ocasiones tengo bajones, sufro agobio y episodios depresivos, porque pienso que no voy a poder lograr la meta que tengo puesta, y eso me agobia y me entristece, aunque yo sé que puedo conseguirlo, pero me dan esas situaciones de angustia, ansiedad y depresión.

Desde el inicio del tratamiento, he sentido muchos cambios significativos en mi forma de pen-

sar. Con el tratamiento que sigo ahora, que me está ayudando mucho, he notado cambios muy buenos: pienso mejor, me siento yo mismo, ya no estoy tan drogado como antes con la medicación, porque pedí que me la redujeran, me encuentro muy bien como estoy. Aunque todavía queda seguir reduciendo hasta que por fin la pueda dejar del todo.

Estar en prisión teniendo un diagnóstico de enfermedad mental es una situación muy dura, porque los módulos en los que yo he estado siempre han sido módulos conflictivos, había muchas peleas, en las que en ocasiones me he visto afectado. He tenido que luchar por lo mío en muchos momentos. Las faltas de respeto me llevaban en muchos momentos a responder con agresividad hacia los demás.

El hecho de no poder estar con mi familia me llevaba a pasar por episodios muy depresivos. Me sentía muy alejado de ellos y eso me dolía mucho. Me hacía ser agresivo en muchas situaciones, porque no encontraba la manera de poder estar con ellos como yo quisiera estar, y me resultaba muy difícil gestionar esa frustración.

He sentido un trato diferencial debido a mi condición por parte de algunos funcionarios y funcionarias de vigilancia. Me entendían cuando yo tenía problemas o cuando estaba bajo los efectos de las drogas. Algunos se preocupaban por mí y sabían que estaba pasando por una mala situación y me dejaban tranquilo.



SU MENSAJE

Como propuestas de mejora, considero que necesitamos más ayuda profesional y más personal, porque somos muchas personas y no es posible que haya solamente una psicóloga para todos. Eso no tiene lógica, tiene que haber más profesionales que nos puedan ayudar a salir del hoyo en el que hemos entrado.

También me gustaría proponer que los equipos técnicos: educadores/as, trabajadoras/es sociales, juristas, etc. sean más claros y no nos den ilusiones ni nos hagan promesas que después no puedan cumplir, como los permisos, que te dicen muchas veces que si haces tal cosa te los van a dar, pero luego es mentira. Eso te hace perder la ilusión de poder salir antes, porque después te los deniegan.

Y también creo que sería importante que los y las profesionales estuvieran más a menudo en el módulo, más atentos a nosotros, no solamente dos días a la semana. Porque somos muchas

personas en el módulo y al final la atención que nos brindan son 5-10 minutos como mucho.

Mis metas y aspiraciones para el futuro son salir de las drogas por completo, del alcohol y de las pastillas, y poder tener una vida lo más normalizada posible, sin depender de ninguna sustancia.

Mi ilusión es terminar el curso que estoy haciendo de conserjería y arreglo de edificios y encontrar un trabajo de ello, que es lo que me gusta, con el cual me pueda mantener y pueda tener un sitio en el que vivir y responsabilizarme de todos mis gastos.

También me haría muy feliz poder en algún momento tener una familia, sacarme el carnet de conducir, tener mi propio coche, poder viajar, que me gustaría mucho ir a Suiza a visitar a mi familia, conocer países y poder viajar a República Dominicana, volver a mi país, que hace 20 años que no voy y no veo a mi padre. Por eso quiero ahorrar, para poder ir a mi país a ver a mis familiares.

Por otro lado, me gustaría poder seguir haciendo deporte. El deporte me gusta mucho, ahora mismo estoy practicando natación y musculación para poder despejar mi mente y no estar pensando en cosas malas. Para no tener estrés. Me hace mucha ilusión seguir con el deporte. Me ha gustado desde pequeño, y siento que es una parte fundamental en mi vida, y espero nunca dejarlo. Estoy en la Fundación Real Madrid de baloncesto, lo cual me hace mucha ilusión, dado que me gusta mucho el baloncesto. Quisiera mantenerme y seguir así.

HICHAM

Me llamo Hicham, soy del 89, nací en Marruecos y llegué a España en 1994. De niño me escapaba de la escuela y vine a España debajo de un camión, de Tánger a Algeciras.

Ahí, ingresé en un centro de menores una temporada larga. Como no entendía mucho el idioma, un día, de repente, me aconsejó un educador del centro que, por mi forma de ser, por mi agresividad, si me quedaba ahí me podían expulsar a Marruecos. Con la paga que me daban cada semana, intenté ahorrar poco a poco; hasta que un día, en una salida por la tarde, fui ayudado por un compañero que sí tenía documentación y me saqué el billete de autobús de Algeciras a Madrid.



SU HISTORIA

El día que recibí mi diagnóstico de salud mental fue un día en el que, de repente, cuando estaba en el centro de menores, me puse muy nervioso con el director, muy alterado. Intenté tirarme por la ventana de la segunda planta. Ellos reaccionaron muy rápido, llamaron a los bomberos y vinieron también una psiquiatra y psicólogos a verme. Me hicieron entrevistas y, al contarles mi historia y mi situación, me dieron un tratamiento. Me dijeron que tenía trastorno de doble personalidad, esquizofrenia y trastorno de ansiedad profunda.

En el momento de recibir el diagnóstico no eres consciente de la enfermedad hasta que tienes una cierta edad. La sociedad, al enterarse, cambia mucho con las personas, y siempre siento que tengo que

esconder esa parte de mí. Noto que se está peor mirado, o que te consideran diferente a los demás; te hacen sentir peor que con la enfermedad, por ser como eres.

Actualmente estoy siguiendo un tratamiento farmacológico. Tomo gabapentina y quetiapina. Antes tomaba mucha medicación. Mucha no, muchísima, pero he bajado mucho. Intento ayudarme también con la respiración y haciendo mucho ejercicio. El ejercicio es, para mí, más medicación que la propia medicación.

Ya tomaba medicación antes de entrar en prisión, desde los 13 años, pero no es lo habitual. Casi todo el mundo empieza a tomar medicación al entrar en prisión.

Mi forma de ser fue siempre muy agresiva, por el entorno de donde vengo y por los sitios y la gente con la que he vivido, que te hace reaccionar así... En el fondo, yo no soy así. Ahora intento afrontar mis emociones, que es un trabajo muy complejo, muy duro, pero que tiene muchísimos beneficios de cara al futuro...

Estar en prisión con una enfermedad mental es muy difícil. El trato es profundamente diferente por ser una persona con enfermedad mental. En resumen, te tratan mal por tener un trastorno. Para la gente eres un loco. Muy poca gente, incluidos los profesionales, se paran a pensar que es un problema como otro cualquiera. Por ejemplo, si te crías entre centros de menores, siempre te falta cariño...



SU MENSAJE

Como propuestas de mejora, sugiero que haya más profesionales que nos entiendan, a los que puedas contarles las cosas. Y mucha menos medicación.

Debería además existir más control a los profesionales: faltan profesionales con más herramientas, que sean más respetuosos y comprensivos.

Quiero buscar un futuro mejor, trabajar, tener una vida estable y formar una familia...

FRANCISCO

Mi nombre es Paco, tengo 43 años, soy una persona extrovertida pero muy solitaria, la soledad es con la que he vivido hasta que entré en la cárcel.



SU HISTORIA

Me diagnosticaron psicosis y yo mismo le dije al psiquiatra que si yo era Alfred. Sentir como tal, no sentí nada en especial, solo me hizo gracia.

Sigo un tratamiento farmacológico desde junio de 2023. No sé la medicación cómo se llama ni nada, lo único que yo sé es que esta medicación me hace pensar cosas raras y no puedo leer ni hacer crucigramas ni hilo, que son las actividades con las que normalmente ocupaba mi tiempo aquí dentro.

Ahora mismo me siento más solo que nunca, y creo que seguiré así muchos años más. Aparte, me siento defraudado por casi todo lo que he realizado y no me ha servido para nada.

En prisión, la salud mental es etiquetante, no para la gente que es ignorante y no saben nada de salud mental. Considero que no tengo a corto plazo mejora, sino todo lo contrario, cada día que pasa estoy peor y desolado, sin apoyo alguno, si no es de mi padre que es lo que me queda hoy en día. El día que pase algo no sé cómo reaccionaré.

ALBERTO

Mi nombre es Alberto, y vengo arrastrando mi situación en prisión 22 años y espero sea la última vez que vuelva por mi edad y reinserción.



SU HISTORIA

No recuerdo exactamente cuándo recibí mi diagnóstico de enfermedad mental, pero sigo tomando mi tratamiento desde hace cinco años y me encuentro más tranquilo y además me hace descansar del estrés. Al recibir el diagnóstico me sentí triste, pues yo no creía que estaba enfermo tras mi consumo de cocaína y marihuana, pero sí, me afectó bastante.

Actualmente estoy en tratamiento y tomo antidepresivos; fluoxetina, diazepam y quetiapina. Antes de entrar en prisión ya tomaba medicación psiquiátrica, pero para drogarme. También fumaba marihuana y tomaba cocaína por la nariz.

En estos momentos me encuentro más animado, y respecto a mi experiencia el cambio ha sido muy positivo, pues me veo más curado y moralmente más animado.

Estar en prisión con enfermedad mental es muy estresante y siempre hay algún compañero que se aprovecha de mi situación para conseguir que me sienta inferior.



SU MENSAJE

Como propuestas de mejora, pienso que no deberían de tenernos apartados y arreglarnos la pensión, ya que esta enfermedad es crónica. Creo que es necesaria más atención y ayuda para prepararnos para nuestra puesta en libertad y un seguimiento para ayudarnos a encontrar casa y ayudas.

Mis aspiraciones y metas para el futuro serían poder cuidar de mis hijos y mi nieto, sea con pensión o trabajando para mi futuro.

ANÓNIMO

Estoy preso por un delito contra la salud pública, ya que soy politoxicómano y era mi forma de pagarme el consumo propio. Me gusta el punk y la libertad.

Llevo muy mal estar encerrado y controlado todo el rato.



SU HISTORIA

Mi diagnóstico de enfermedad mental lo recibí en 2014, tras tres años y medio viviendo en la calle sin tener contacto con familia ni amigos, aunque ya había tenido algún brote psicótico pasajero previo, pero sin tratamiento.

Al principio me sentí mal porque no reconocía mi enfermedad, pero cuando lo acepté y vi que mi vida mejoraba lo llevé mejor. Lo que peor llevo es todas las veces que he estado ingresado forzosamente.

Actualmente, prácticamente mi tratamiento se basa en tomar mi medicación diaria de antipsicóticos, ansiolíticos y antidepresivos, aunque yo tomaba medicación antes de ingresar en prisión, desde 2014.

En este momento me siento encerrado y privado de libertad, lo que me produce ansiedad, depresión y frustración por no poder hacer mi vida normal.

Estar en prisión teniendo una enfermedad mental se hace duro, ya que además de los problemas que ya tenía en la calle se me suman todos los que me conlleva estar preso. En algunos momentos he sentido un trato diferencial debido a mi condición, se me han puesto pegas para trabajar en prisión por mi discapacidad.



SU MENSAJE

Como propuestas de mejora respecto al sistema de atención a la salud mental, creo que sería importante contar con más terapias de grupo, como las del SAPIC o similares. También, estaría bien que hubiera más facilidad para acceder a permisos o a un tercer grado, o incluso salidas programadas.

Mis proyectos de futuro ahora mismo son: cumplir mi condena lo antes posible, luchar por los permisos y el tercer grado, y reintegrarme en la sociedad en libertad.

Familiares de personas reclusas

MARISOL

Mi nombre es Marisol y mi primo es una persona que se encontraba en la calle por voluntad propia y las malas compañías le han llevado a cometer un delito y pagar por él.



SU HISTORIA

La verdad es que, siempre he sabido que mi primo no estaba muy centrado pero que tenga un diagnóstico, da mucho que pensar la verdad.

Hace años ya me lo advirtieron, que mi primo iba a acabar en la cárcel o en un psiquiátrico y mira por donde, así ha sido...

Con el centro la comunicación ha sido nula, no he recibido ningún tipo de información acerca de mi familiar en ningún momento.

Como propuestas de mejora, creo que lo primero que deben hacer desde el Centro Penitenciario es ponerse en contacto con la familia, porque es importante que seamos conscientes de los

problemas de nuestros familiares, para así poder ayudarles y suavizar el problema lo más posible, para hacerles ver que cualquier problema tiene solución.



SU MENSAJE

Como mensaje a otras familias que se puedan encontrar en la misma situación que yo, sólo me cabe decirles que ánimo con la situación, que, con medicación y atención adecuada, se puede controlar.

Sin miedo, porque todo se puede superar.

ANÓNIMO

Mi hijo pasó 72 horas detenido. Es el máximo legal establecido. Cuando lo detuvieron, él supo inmediatamente que iba a ir a la cárcel.



SU HISTORIA

Estaba convencido, pero aun así lo pasó muy mal. Él se despedía como si fuera a entrar al cine y nos fuera a ver en un rato, pero fue muy duro, porque realmente no iba a ser así. Además, fue un caso mediático, él estaba convencido de que iba a entrar a prisión, que no se iba a escapar.

Desde que lo detuvieron, hasta que salió el juicio, pasaron como dos años. Él tenía que estar acudiendo cada quince días a firmar al juzgado. Tras el juicio, se recurrió a todas las instancias para retrasar la entrada. No tenía intención de fugarse, pero quería retrasar ese momento todo lo posible.

Para mí fue horrible. Yo vivía en un mundo aparte cuando entró. Como si me hubieran metido en una burbuja y no fuera consciente de la realidad de mi alrededor. No era consciente de las problemáticas del resto de personas porque estaba muy inmersa en los míos propios. Se pasa muy mal, porque en un momento dado puedes pensar que puede tener un accidente, pero no se te ocurre nunca pensar que ojalá no vaya a la cárcel. Y el mundo se te cae de golpe.

Él se ha destrozado la vida: su mujer lo dejó, no ve a su hija... todo esto ha influido de muchas maneras.

Cuando entró, yo no pude ir a verlo en mucho tiempo porque coincidió con la pandemia y estaba aislado. Logré verlo un mes después de que hubiera entrado. El primer vis a vis que tuvimos fue tres meses después de su entrada. En un momento tan vulnerable y tan crucial como es el primer ingreso en prisión. No me imagino lo duros que tuvieron que ser los primeros 15 días para él, que estuvo aislado.

Yo estaba muy inquieta, me pasaba todo el día llorando. Al principio no busqué ayuda, mi marido era el único que estaba a mi lado y me escuchaba. En muchas ocasiones me recomendaron que buscara ayuda profesional, y fui a un psicólogo, pero realmente no sentí que funcionara. Estuve yendo dos meses. Dejé de ir porque yo no esperaba ni quería que me solucionaran la vida, pero necesitaba saber qué me estaba pasando. No quería que me escucharan, quería que me dieran herramientas para poder convivir con esa situación y saber cómo gestionarla. Sobre todo, por él, porque no podía ir a verlo y que él me viera mal, con ojeras, con mala cara... No me lo podía permitir. En ese momento me necesitaba.

El psicólogo al que estuve yendo, me mandó al psiquiatra, y me recetaron pastillas, con las que al menos podía disimular. Me ha costado ocho años dejarlas. Sentía igual la pena y la angustia, pero sentía que me activaba, que me daba fuerzas para sonreír, para vivir.

El rato que tomaba un café con alguien, por lo menos sonreía. No quería pastillas para dormir ni que me dejaran apagada.

La verdad que toda esta situación me parece indescriptible. La única persona que te puede entender es alguien que ha pasado por lo mismo.

Lo cierto es que yo no puedo saber lo que es tener a un familiar con problemas de salud mental en prisión. Yo eso no lo he visto, aunque siempre lo he sabido. Mi hijo nunca tuvo un diagnóstico de salud mental, pero estaba muy mal. Él no hablaba de ello, pero era bastante evidente que estaba pasando un proceso depresivo y que sufría de mucha ansiedad. Él siempre hizo esfuerzos para no mostrarse mal. Jamás le he visto mala cara, venía siempre sonriendo, se reía... Yo pensaba que no era normal, que tenía que estar pasando ratos muy malos.

Comenzó también a ir a terapia, pero tampoco le funcionó. No dejaba de repetir que se había cargado su vida y que eso no lo iba a poder recuperar, ni podía haber nadie que le ayudara con eso.

La comunicación con el centro penitenciario en el que ingresó mi hijo fue nula. No me llamaron nunca. De hecho, llamé yo para preguntar por él, por cómo estaba, cómo se le veía... A mí nadie me llamó

para nada. Únicamente cuando autorizó mi teléfono, solo para verificar que era yo. Pero nunca he tenido contacto con su educador, su psicóloga, su trabajadora social... nada.

Su sensación era constantemente de dejadez. Sentía que nadie hacía nada por él, nadie tenía ninguna intención de ayudarlo. Cuando hablaba con la psicóloga, que la verdad que era muy poco, ella le trataba como si hubiera hecho eso toda la vida. Le denigraba. Le preguntaba que por qué lo había hecho, pero él realmente no lo sabía, no podía darle respuesta. Dejó de llamarlo para hablar con él, y ni siquiera le saludaba si se cruzaban en el módulo.

Así fue hasta que hizo el programa oficial de instituciones penitenciarias vinculado a su delito. Le dijeron que cuando lo terminara, le darían el tercer grado, pero le engañaron. Se aprovechaba de todo lo que sabía de él y de su caso para hacerle daño.



SU MENSAJE

Como propuestas de mejora, sugeriría cambiarlo todo. Simplemente con que hagan su trabajo las profesionales, todo sería muy diferente. Ahí dentro no hay atención psicológica ni seguimiento por parte de los educadores. También creo que es muy necesario el apoyo que ofrecen las entidades sociales que trabajan dentro de prisiones. A él, concretamente, le sirvió de mucho.

Y, por último, pero no por ello menos importante, cambiaría el trato que reciben las familias. A mí los funcionarios y funcionarias no me han tratado nunca mal. La gente que vamos allí a comunicar no somos delincuentes, somos personas que vamos a ver a nuestro familiar. Ya te digo, conmigo nunca han tenido un mal trato, pero he visto situaciones muy complejas que han vivido otros familiares: por la manera de vestir, de comportarse, cacheos...

La verdad es que no sabría qué decirle a otras familias que puedan estar pasando por una situación similar, porque no te puedes poner en la piel del otro. No todo el mundo lo pasa como tú, hay gente que lo pasa peor, o gente que lo sabe gestionar mejor. Pero esto es lo que hay, y hay que apoyar al familiar que se queda dentro.

Lo que yo he hecho siempre ha sido: pensar en él, ayudarlo en todo lo que he podido, centrarme en él... Mi pensamiento siempre estaba con él.

Profesionales del ámbito penitenciario

ENRIQUE ARNAZ

Soy Enrique Arnanz, jubilado activo desde hace años.

Académicamente estudié Sociología y Filosofía.

Laboralmente siempre he trabajado en el ámbito del desarrollo comunitario, con una dedicación especial al mundo de la exclusión/inclusión social.



SU HISTORIA

Mi “campo misional” ha sido claramente el penitenciario, en el que llevo interviniendo desde hace 45 años; algunos desde la administración pública y casi toda mi vida laboral desde el Tercer Sector, desde entidades y cooperativas creadas por nosotros mismos para estos fines. En la actualidad, presido el patronato de la Fundación Esplai y colaboro en su Área de Justicia Educativa.

A lo largo de mi vida, mi intervención en el sistema penitenciario se ha centrado en la creación de nuevas líneas de intervención en el tratamiento penitenciario, en la reformulación conceptual de una justicia penal centrada en la educación, en la formación de profesionales y voluntarios agentes de justicia con visión de futuro en este campo, en la gestión, coordinación y supervisión de programas variados de preparación para la vida en libertad y en el asesoramiento y consulta con Administraciones

Públicas y Fundaciones interesadas en desarrollar programas novedosos en este escenario desconocido, invisible y condenado socialmente... que es el mundo de la prisión y el alma de sus moradores.

He tenido poca experiencia personal de trabajo directo en el campo de la salud mental, aunque por los entornos en los que viví hasta los 33 años y en los que he trabajado durante toda mi vida, sí he conocido personas con patologías severas, y sobre todo contextos sociales y comunitarios muy rotos e insostenibles, donde el hecho mismo de nacer era y es una situación de riesgo, y donde la dureza de la vida cotidiana –por muchas y diferentes razones– generaban condiciones patógenas de supervivencia; las he conocido aquí y, sobre todo, en América Latina.

De forma muy sintética, comento:

Creo que el propio sistema penitenciario es en sí mismo patógeno, o al menos, un factor de riesgo y de estrés psicológico severo.

Si sumamos una privación de libertad “a lo bestia” más un aislamiento social familiar y comunitario “a lo bestia” más el sometimiento a un régimen disciplinar omnímodo que genera psicologías tuteladas e inútiles, más la invisibilidad de sus vidas para el mundo y del mundo para sus vidas, más la condena social también “a lo bestia” que deben gestionar como estigma durante toda su vida, ahora y en el futuro... Si hacemos este sumatorio, sale un resultado inabarcable..., desde el punto de vista de la salud, equilibrio y capacidad de gestionar por sí mismo la vida... Al menos, para una gran mayoría de las personas que están cumpliendo condena.

Nunca he trabajado ni participado en prisión en programas terapéuticos específicos con personas así diagnosticadas, pero sí conozco muchos internos e internas con serios problemas de adicciones a lo largo de su vida, con todo lo que esto les ha supuesto –y les sigue suponiendo– de destrozo personal, familiar y comunitario. Conozco también personas privadas de libertad con serios trastornos de personalidad, sin una relación causa/efecto respecto de las drogas; personas que ya entraron en prisión con esta problemática.

De hecho, muchas de las personas privadas de libertad que participan en los diferentes programas que llevamos a cabo en unos cuantos Centros Penitenciarios de España –de régimen ordinario y CIS–, están todavía condicionados por su historial de consumos y es una variable que les influye poderosamente en sus procesos personales de recuperación.

Me parece honesto también, reconocer, la existencia desde hace algunos años de algunas

entidades, como la Fundación Manantial, que han puesto en marcha planes, programas y servicios para atender a este sector de la población penitenciaria, promoviendo espacios de rehabilitación y cuidado dentro de los centros penitenciarios, y haciendo hincapié en el hecho de que cualquier medida no sería suficiente sin atender también al “antes”, y al “después”, a la reinserción social, al reencuentro con la libertad y a las condiciones en que se da tal reencuentro.

Me parece también honesto reconocer que la propia institución penitenciaria dio un importante paso al frente, creando el Programa Marco de Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios (PAIEM), siguiendo los postulados de dichas entidades sociales, con un triple objetivo:

- 1 “Detectar, diagnosticar y tratar a todos los internos que sufran algún tipo de trastorno mental.
- 2 Mejorar la calidad de vida de los enfermos mentales, aumentando su autonomía personal y la adaptación al entorno;
- 3 Optimizar la reincorporación social y la derivación adecuada a un recurso socio sanitario comunitario”.

No tengo elementos de análisis para hablar de sus resultados e impacto favorable, y del nivel de cumplimiento de estos objetivos expuestos.

Pensando en el perfil de internos e internas condicionadas por esta problemática que he conocido y conozco, diría que son personas económicamente pobres, de ambientes sociales y familiares muy rotos, con facilidad para respuestas agresivas ante los conflictos, con seguimientos médicos anteriores escasos, con dificultades para reconocer su situación y desarrollar procesos de reinserción y reparación del daño, y por lo tanto, con altas probabilidades de reincidencia.

Desde mi punto de vista, el asunto “Salud Mental y Prisión” es actualmente uno de los problemas más graves de nuestro sistema penitenciario. Sin ser entendido en la materia, creo que por varias razones:

- Porque es muy alto el porcentaje de internos e internas que han tenido o tienen problemas de salud mental o emocional; es una población mayoritariamente condicionada por esta grave problemática.
- Estrepitosa carencia de personal sanitario en los cuadros médicos y de enfermería; especialmente, enorme carencia de psiquiatras y especialistas que lleven a cabo una terapia adecuada con todo lo que esto comporta.

- Al no poderse dar una atención integrada, hay una sobredosis de medicamentos como tratamiento normalizado..., y casi único; con todo lo que esto comporta.



SU MENSAJE

Estas personas con trastornos mentales tienen mayores dificultades de adaptación y cumplimiento de los programas de rehabilitación y tratamiento relacionados con su esfera delictiva.

De hecho, las tasas de suicidio en nuestras prisiones, son elevadas.

Termino señalando que no hay indicios de que el Sistema Público de Salud asuma la competencia de la sanidad penitenciaria, aunque este debería ser su destino final.

Tampoco hay indicios de que vayan a aumentar los recursos profesionales especializados de Psiquiatría en el sistema penitenciario a corto y medio plazo.

Pues, por lo menos aseguremos el apoyo institucional decidido y continuo a las entidades sociales que trabajan con este colectivo, dejando de confundir el trabajo profesional remunerado llevado a cabo, dentro y fuera de los centros penitenciarios, por las Entidades del Tercer Sector de Acción Social con el trabajo solidario, libre y sin contraprestación realizado a través de las entidades de voluntariado.

GUILLERMO BARREIRA (FUNDACIÓN MANANTIAL)

Mi nombre es Guillermo Barreira Gamero, soy coordinador del servicio de apoyo a la reinserción social de Fundación Manantial desde 2021. Anteriormente y durante 10 años he desempeñado mi labor profesional en la atención a personas con problemas de salud mental en el apoyo a su capacidad jurídica, por lo que en mi trayectoria profesional siempre he estado ligado a la atención a personas judicializadas.

Soy graduado en Trabajo Social y experto en dirección de centros de servicios sociales y a la comunidad.

“
Las prisiones no están llenas de malas personas, están llenas de falta de oportunidades, de pobreza y exclusión social y, por ende, de problemas de salud mental

”



SU HISTORIA

Las prisiones no están llenas de malas personas, están llenas de falta de oportunidades, de pobreza y exclusión social y, por ende, de problemas de salud mental, en muchos casos graves y con muchas necesidades de ayuda y de atención, pero, sobre todo, de apoyo social.

Si bien se han creado programas de atención a las personas con problemas de salud mental; el PAIEM en los centros penitenciarios ordinarios y el Programa Puente en los Centros de Inserción

Social, que ha permitido fijar la atención y poner de relieve el problema que tienen las cárceles cada vez mayor con la población con personas con problemas de salud mental, dichos programas están compuestos por profesionales de los centros que en muchos casos no tiene formación específica y tampoco experiencia en el trabajo con la salud mental, esto hace que aunque se haya creado un marco para su atención, la realidad es que el trabajo que se realiza es muy escaso en comparación con las dificultades y necesidades de estas personas.

La ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Sanitario de Salud, obligaba a la Comunidades Autónomas a recoger las competencias en materia sanitaria de los centros penitenciarios. 20 años después, sigue sin hacerse efectivo.

Esto que si no se conoce, puede que no se le dé la importancia que tiene, hace que cuando una persona con problemas de salud mental entra en prisión, queda desligada por completo de todos los apoyos profesionales que pudiese tener fuera, los servicios médicos de prisión tampoco tienen acceso a su historial clínico, por lo tanto, puede que incluso no se detecte tras su entrada en prisión, por lo que ni siquiera vaya a tener atención dentro del centro.

Además, las personas con problemas de salud mental, es uno de los colectivos dentro de las prisiones que más tiempo tardan en salir de los medios ordinarios a centros abiertos, y esto pasa por el criterio biologicista que sigue marcando el apoyo a la salud mental en prisión.

Para valorar que las personas con problemas de salud mental están preparadas para dar el salto a su vuelta a la comunidad, se basa en dos criterios: la adherencia al tratamiento médico y la conciencia de enfermedad, dos conceptos cada vez más eliminados de la atención al sufrimiento psíquico en la comunidad, pero que en las prisiones marca el devenir de su futuro.

El proceso de diagnóstico corre a cargo del psiquiatra asignado al centro penitenciario, como muchas cárceles no disponen de dicho facultativo, la única manera de conocer que una persona tiene un problema de salud mental, es que sea él mismo quien lo diga y lo demuestre con informes, haciendo que muchas personas con problemas de salud mental pasen desapercibidas. Esto unido a la poca o ninguna formación sobre manejo de situaciones relacionadas con los problemas de salud mental de los profesionales de las prisiones, a la mínima dificultad que surge en el comportamiento de una persona, esta acabe en primer grado, pudiendo vulnerar en algunos casos en artículo 3 del Convenio Europeo de Derechos Humanos que “prohíbe trato inhumano o degradante, en tanto el estado de salud de la persona en relación con la falta de un cuidado médico apropiado podría suponer de facto su vulneración”.

Según los datos oficiales proporcionados por la Secretaria General de Instituciones Penitenciarias, el 4,2% de la población privada de libertad tiene un diagnóstico psiquiátrico grave, pero esto es la población que se tiene identificada, si hacemos caso a los otros informes, como el último publicado por la OMS o los estudios de prevalencia realizados desde el tercer sector, el porcentaje aumenta de manera considerable.

Todas las prisiones de España tienen que tener puesto en marcha el Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales (PAIEM) o el Programa Puente para los Centros de Inserción Social. Están formados por profesional funcionario de las prisiones (Subdirección de Tratamiento, psicología, Trabajo Social, Jurista, enfermería y funcionario de interior) y en el caso de que exista, alguna entidad social, como es el caso de Fundación Manantial en Madrid. Es el propio equipo el que decide el alta en el programa cuando tiene evidencias que una persona tiene problemas de salud mental graves.

La mayoría de la carga de trabajo recae sobre la entidad social, generalmente es la única experta en el trabajo específico y los profesionales tienen formación y experiencia en el trabajo con la salud mental. La función es la de ser el nexo, el puente entre la prisión y la comunidad.

Las personas con problemas de salud mental necesitan no perder los vínculos con el exterior, e intentamos mantenerlos y restablecerlos cuando estos han desaparecido por la privación de libertad. Y los necesitan, no por capricho, sino que muchas de las personas que tienen problemas de salud mental, necesitan tener una estructura, una red profesional en la comunidad que les proporcione los apoyos profesionales, que les permitan desarrollarse como ciudadano, en la misma garantía que el resto de población.

Todo esto se agrava mucho más si eres una mujer con problemas de salud mental y privada de libertad. El Informe de la SGIIPP de 2021, fue muy contundente al respecto:

“Las mujeres tienen una situación de deterioro y vulnerabilidad superior que los hombres, pues en un elevado porcentaje sus parejas también están en prisión, sus parejas consumen o han consumido heroína y/o cocaína en mayor proporción, tienen más diagnósticos de trastorno mental, están en tratamiento con medicación psiquiátrica en un porcentaje superior, han realizado más intentos de suicidio en prisión, han tenido más sobredosis en prisión, han sufrido prácticas sexuales no consentidas y agresiones sexuales en mayor proporción...”

Desde Fundación Manantial creamos en 2022 el programa Aequus, para redirigir nuestros recursos técnicos y materiales, hacia el colectivo que, posiblemente, sea el que más dificultades de reinserción social tiene de todo el sistema penitenciario.



SU MENSAJE

Como propuesta, está claro que la mejora del sistema pasa porque tanto el Estado como las Comunidades Autónomas no desoigan sus obligaciones marcadas por la Ley 16/2003 y se haga efectivo el trasvase de las competencias en materia sanitaria, y yo añadiría también de toda la parte de tratamiento y de apoyo social de las prisiones.

Experiencias en Comunidades que ya lo han hecho, como Cataluña, País Vasco y Navarra, han evidenciado que es la única manera de dar una atención efectiva a las personas con problemas de salud mental privadas de libertad, manteniendo los mismos servicios profesionales que tenía en la comunidad, y recibiendo atención por parte de profesionales especializados en salud mental.

Las prisiones necesitan formar en atención a la salud mental a todos los profesionales que trabajan dentro de las prisiones, y no hablo solo de la parte médica, es necesario provocar un cambio de mirada en la atención a dicho colectivo.

La atención más humanista y social es la que tiene que ser predominante, las prisiones necesitan huir del pensamiento biologicista y de tratar a las personas como sujetos enfermos, tienen que centrarse en atender los problemas tangibles de las personas; la vivienda, el trabajo, las relaciones sociales... ya que la estabilidad de las personas que tienen diagnósticos graves, generalmente pasa por solucionar los problemas reales que tiene cualquier persona.

ANA GORDALIZA

Mi nombre es Ana Gordaliza, soy socióloga, psicoanalista y EDUSO en Instituciones Penitenciarias desde 1992.

El abordaje de la Salud Mental es una cuestión que no es una tarea específica dentro de mis funciones, pero sí he asistido al deterioro progresivo de la población penitenciaria en este aspecto; de ahí que me haya comprometido con compañeros y compañeras de la AEN (Asociación Española de Neuropsiquiatría) y del entorno analítico lacaniano (psicopatología y clínica) en el abordaje de esta problemática desde un lugar externo a la institución penitenciaria.



SU HISTORIA

Lamentablemente, trabajar con personas con enfermedad en prisión, es una ocasión desaprovechada (a pesar de la existencia del programa PAIEM –el programa de atención integral al enfermo mental–) pocas son las cosas buenas que aporta la cárcel, pero teniendo en cuenta que las personas que aquí llegan aquejadas de esta problemática suelen proceder además de entornos muy desfavorecidos, situación que ha dificultado su vinculación con la red comunitaria de salud mental, el ingreso en prisión podría ser ocasión para vincular con su Centro de Salud Mental (CSM); bastaría la clasificación inicial en artículo 100.2 con acompañamiento de las entidades colaboradoras.

El proceso de diagnóstico y/o incorporación a la intervención específica es complejo. En muchas ocasiones no hay diagnóstico y tampoco aquí se detecta, por abandono, evidentemente. Así que se desaprovecha otra ocasión, la de pasar por valoración de discapacidad que, si bien se trata de que no tenga consecuencias estigmatizadoras, puede abrir posibilidades de derivación, por no hablar de algo que pueda ser tenido en cuenta a la hora de dictar sentencia, puesto que contemplar atenuantes no comprometería la responsabilidad subjetiva y, además, la pena reuniría más garantías que la medida de seguridad.



SU MENSAJE

Como propuestas de mejora, plantearía las siguientes:

- 1 Que los programas tengan flexibilidad suficiente para no convertirse en factor de expulsión de aquellos que más los precisan.
- 2 Terminar con la práctica del turismo penitenciario, ya que se trata de sujetos que precisan de un encuadre bien definido.
- 3 En el caso de las adicciones, dos cuestiones: reducir el recurso a las analíticas, cuyo uso se pervierte reducido a un factor de criminalización de la población toxicómana, y manejar más adecuadamente el abordaje farmacológico (especialmente no cortarlo de golpe exponiendo a duros síndromes de abstinencia, máxime cuando el interesado no está en situación de plantearse, decalajes supervisados adecuadamente y, por último, no contribuir a la sobremedicación).

MARÍA DEL MAR REY

Mi nombre es Mar, soy enfermera del Centro Penitenciario de Ocaña II (Toledo).

Actualmente coordinadora del PAIEM.

Como enfermera además del PAIEM, desarrollo otras tareas propias de enfermería.



SU HISTORIA

Respecto al programa PAIEM, llevo en éste desde el 2017. Las actividades y terapias están enfocadas al tratamiento de atención integral de la persona.

Las personas con enfermedad mental en prisión suelen corresponder con una población marginada y excluida socialmente. Suelen carecer de estudios, recursos económicos o formación laboral. Añadiendo a esto el problema del consumo de sustancias tóxicas.

La mayoría de esta población padece Patología Dual, siendo la sintomatología que produce este tipo de comorbilidad una fuente de estrés para los diferentes profesionales que los tratan, bien sanitarios, tratamiento o de vigilancia, debido muchas veces a que el medio penitenciario aumenta el estrés y por tanto empeoramiento de su enfermedad.

Es importantísimo desde nuestra experiencia, proporcionar un entorno que les favorezcan un espacio libre de drogas y la implicación del todo el equipo que atendemos a esta población.

El proceso de diagnóstico y/o intervención específica se obtiene de diferentes fuentes:

Al ingreso en nuestro centro ya viene incluido en el PAIEM de otra prisión, siendo captado en el ingreso.

Revisión de la historia clínica, valorando parte de lesiones, peleas, intoxicaciones y situaciones que hayan podido pasar desapercibidas en otra prisión, siendo captado y entrevistado por el médico y psicólogo del centro para posible incorporación en el programa.

Comunicación de funcionarios a los servicios sanitarios sobre comportamiento inusual de algún interno.

A veces son los funcionarios y funcionarias las primeras en detectar casos nuevos ya que son las profesionales que más horas pasan observándolos.

En Ocaña II, diseñamos un programa donde el abordaje terapéutico se realice de forma integral, interviniendo tanto en el ámbito de la drogodependencia como en el de la salud mental.

La psicoeducación es uno de los pilares de nuestro trabajo, desarrollando esta disciplina mediante talleres sobre mejora de habilidades sociales, autocontrol, toma de decisiones y bienestar emocional, conocimientos sobre Patología Dual y/o enfermedad mental, reducción del estrés, entre otros.



SU MENSAJE

Como propuestas de mejora, plantearía que lo ideal sería tener un módulo específico para esta población y así trabajar diariamente con todos.

Es complicado hacer un seguimiento adecuado cuando los internos se encuentran dispersos por toda la prisión.

ALBA LÓPEZ

Mi nombre es Alba López, soy educadora social en la Fundación Psicología Sin Fronteras.

Desde la Fundación llevamos a cabo el programa SAPIC (Servicio de Atención Psicosocial e Intervención Comunitaria), Programa Puente y Puente Extendido, en Centros Penitenciarios y Centros de Inserción Social respectivamente.



SU HISTORIA

Estos programas tienen como objetivo intervenir con personas que presentan trastorno mental grave (TMG) y están inmersas en procesos penales y penitenciarios en cualquier grado de clasificación: SAPIC es un programa de preparación para la vida en libertad que busca acompañar a internos que presentan TMG a entender su situación clínica, jurídica y social para progresar al medio abierto; el Programa Puente pretende una labor de intermediación entre recursos públicos y la institución penitenciaria. Puente Extendido está orientado a personas que cumplen medidas alternativas y Trabajos en Beneficio de la Comunidad.

Anteriormente, he trabajado en Centros de Ejecución de Medidas Judiciales en medio abierto con menores en conflicto con la ley; allí nos encontrábamos con que, a pesar de no ser un recurso especializado de salud mental, esta problemática estaba presente en la mayoría de menores que ingresaban en el recurso.

Paralelamente, llevo siendo voluntaria en ámbito penitenciario desde el año 2019.

Creo que no estaría de más recordar que no existe correlación entre trastorno mental y delincuencia, sino una fuerte conexión entre marginalidad y prisión. Es frecuente que el trastorno mental acabe en fracasos de adaptación y esto desemboque en comportamientos delictivos.

Más allá de esto, las dificultades que encontramos son las propias (muchas) del ámbito de intervención y de la problemática agravada de las personas con las que trabajamos. Encontramos más falta de oportunidades, más necesidad de apoyo y trabajo social que pueda facilitar la vinculación con la red de Salud Mental del exterior. Más necesidad de atención, acompañamiento y estimulación para poder disminuir las gravísimas consecuencias del encierro, que se acrecienta más si cabe en este colectivo.

La incorporación a la intervención sigue en los tres programas la misma línea: en primer lugar, recibimos una ficha de derivación al Programa por parte del equipo técnico del Centro. En los casos de SAPIC, los internos tienen que estar clasificados en PAIEM y a dicha clasificación se accede, fundamentalmente, tras la muestra por parte del interno o de su familia de informes psiquiátricos anteriores al ingreso; el psiquiatra (que no forma parte de la plantilla y que, en ocasiones, llevan hasta tres y cuatro Centros Penitenciarios paralelamente) le valora -que no diagnostica- y lo considera favorable o no para su inclusión.

Tras la derivación, se realiza una entrevista personal y se procede a planificar la intervención en función del programa al que vaya acudir y su situación penal o penitenciaria.



SU MENSAJE

En cuanto a propuestas de mejora, considero que es esencial abordar la falta de recursos especializados y la escasez de profesionales en este ámbito. Actualmente, nos encontramos con una sobremedicalización psiquiátrica que, en muchos casos, busca paliar las consecuencias de las problemáticas en lugar de abordarlas de manera integral.

Un mayor número de profesionales podrían desempeñar un papel crucial en la detección temprana de trastornos mentales -sobre todo los sobrevenidos por el contexto penitenciario-, así como en el diseño e implementación de intervenciones psicosociales personalizadas. Esto permitiría establecer una relación proporcional entre la terapia psicológica y el tratamiento farmacológico, evitando

un uso excesivo de la medicación psiquiátrica como única respuesta a las complejas problemáticas de salud mental.

Además, sería beneficioso promover la formación continua de las profesionales de la salud mental que trabajan en entornos penitenciarios, para garantizar que estén actualizadas en las mejores prácticas y enfoques más efectivos.

Por otro lado, la inversión estatal en programas de prevención y apoyo psicosocial también sería clave. Sería beneficioso incluir la implementación de programas de atención psicológica preventiva, dirigidos a reducir los factores de riesgo y fortalecer las habilidades de afrontamiento de los internos. También, se podría explorar la posibilidad de establecer programas de reinserción que incluyan apoyo psicológico continuado tras la puesta en libertad, que faciliten la transición a la nueva vida y la vinculación comunitaria.



3

CONCLUSIONES

Efectos negativos del encarcelamiento

El encarcelamiento no es simplemente una sanción legal, sino un proceso que conlleva una serie de efectos profundos y multifactoriales sobre la salud mental de los individuos. Las condiciones de vida en prisión, caracterizadas por la privación de libertad, el aislamiento, la violencia y la incertidumbre, actúan como factores desencadenantes que pueden exacerbar los problemas de salud mental preexistentes o incluso originar nuevos trastornos psicológicos. La experiencia del encarcelamiento lleva consigo una carga emocional y psicológica significativa que afecta la calidad de vida, el bienestar emocional y la capacidad de adaptación y recuperación de las personas reclusas. Es imperativo reconocer y abordar estos efectos negativos para promover un sistema penitenciario más humano, compasivo y orientado hacia la rehabilitación y la reintegración.

Relación entre abuso de sustancias y desarrollo de una enfermedad mental

La relación entre el abuso de sustancias y el desarrollo de trastornos de salud mental en el contexto penitenciario es un problema significativo y complejo que requiere una atención especializada y multidisciplinaria. El consumo de sustancias dentro de las prisiones es frecuente y se asocia estrechamente con una serie de trastornos mentales, incluyendo la depresión, la ansiedad, la psicosis, el trastorno de estrés postraumático y los trastornos de la personalidad. El abuso de sustancias no solo actúa como un factor de riesgo para la aparición de problemas de salud mental, sino que también complica el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de las personas afectadas. Es

esencial implementar estrategias integradas de prevención, detección y tratamiento que aborden simultáneamente tanto el abuso de sustancias como los trastornos mentales, reconociendo la interrelación y la complejidad de estos problemas dentro del sistema penitenciario.

Abordaje de la salud mental en prisiones: medicalización

El abordaje de la salud mental en el contexto penitenciario ha estado históricamente marcado por un enfoque medicalizado que prioriza la farmacoterapia y el tratamiento clínico sobre otras formas de intervención y apoyo psicosocial. Aunque los tratamientos médicos y psiquiátricos son componentes esenciales en el cuidado de la salud mental de los reclusos, es crucial adoptar un enfoque más holístico y centrado en la persona que incorpore intervenciones psicosociales, terapias basadas en la evidencia y programas de rehabilitación que promuevan el bienestar integral y la recuperación a largo plazo. La medicalización excesiva puede llevar a la sobreutilización de medicamentos psicotrópicos, el estigma asociado con el tratamiento psiquiátrico y la falta de atención a las necesidades emocionales, sociales y de rehabilitación de las personas reclusas. Es fundamental promover un modelo de atención más equilibrado y humano que reconozca la complejidad de la salud mental en prisión y que priorice la dignidad, la autonomía y el bienestar integral de los individuos.





4

PROPUESTAS
DE CAMBIO

En la actualidad, cada vez son más comunes los problemas de salud mental en la población. Datos que, además, se incrementan considerablemente si pensamos en personas privadas de libertad. A nivel global, casi un millón de personas se suicidan al año, eso equivale a que cada 40 segundos, una persona en el mundo se quita la vida. En España concretamente, un total de 4227 personas se suicidaron en el año 2022 (último año del que se tienen datos recogidos), lo que supone un aumento del 5,6% respecto del año 2021. Eso equivale a que cada dos horas, una persona en España se quita la vida, y estas cifras van en aumento año tras año.

Consideramos que sus voces no tienen que quedarse ahí, si no que tienen que provocar reflexión y cambio individual. Es por ello que realizamos 10 propuestas de mejora:

- 1 Lugares que no favorezcan el desarrollo de enfermedades mentales: Es fundamental replantear el diseño y las condiciones de los espacios de reclusión para que estos no favorezcan el desarrollo de enfermedades mentales. Las cárceles deben transformarse en entornos que promuevan la salud mental, el bienestar y la rehabilitación de las personas que han cometido un delito y están cumpliendo condena por ello. Esto implica garantizar condiciones dignas, seguras y humanas que fomenten la integración social, el acceso a la atención sanitaria adecuada y el desarrollo de habilidades personales y sociales. La arquitectura penitenciaria, las políticas de gestión y las prácticas institucionales deben ser revisadas y adaptadas para crear espacios que respeten la dignidad y los derechos fundamentales de los reclusos, contribuyendo así a la prevención de enfermedades mentales y al fomento de un ambiente propicio para la recuperación y la reintegración.

- 2 Atención a las familias: El impacto del encarcelamiento se extiende más allá de la persona presa, afectando también a sus familias y seres queridos. Es esencial ofrecer un apoyo integral a las familias de las personas encarceladas, proporcionando recursos, información y servicios que les ayuden a enfrentar los desafíos emocionales, económicos y sociales asociados con la prisión de un ser querido. La creación de programas de apoyo psicosocial, grupos de terapia y espacios de encuentro puede contribuir significativamente a fortalecer las redes de apoyo familiares, promoviendo el bienestar emocional y la resiliencia de las familias afectadas y facilitando la adaptación y el proceso de recuperación.
- 3 No criminalizar las conductas delictivas fruto de enfermedad mental: Es imprescindible adoptar una perspectiva comprensiva y humanizada hacia las conductas delictivas que son resultado de enfermedades mentales. La criminalización de estas conductas no solo es injusta, sino que también perpetúa el estigma, la discriminación y la exclusión social de las personas con enfermedad mentales. Es esencial promover políticas y prácticas judiciales que reconozcan la influencia de los trastornos mentales en el comportamiento delictivo y que busquen alternativas al encarcelamiento, como la atención médica especializada, la rehabilitación y la intervención comunitaria, con el objetivo de garantizar el acceso a la justicia, el tratamiento y la reinserción social de manera equitativa y respetuosa.
- 4 Lugares adecuados para personas inimputables: Las personas inimputables, es decir, aquellas que debido a trastornos mentales graves no pueden ser consideradas responsables penalmente de sus actos, requieren un abordaje diferenciado y especializado en entornos adecuados para su tratamiento y cuidado. Es esencial garantizar la existencia de lugares específicos, como

hospitales psiquiátricos y centros de atención especializada, que proporcionen una atención integral, segura y humanizada a estas personas, respetando sus derechos humanos, dignidad y autonomía, y asegurando su acceso a tratamientos médicos y psicosociales apropiados, con el objetivo de promover su recuperación, bienestar y calidad de vida.

- 5 Reducción y control del uso de la medicación: El uso excesivo y descontrolado de medicación psicotrópica en el tratamiento de los trastornos mentales en el contexto penitenciario es una práctica preocupante que requiere una revisión y regulación adecuada. Es esencial promover estrategias de reducción y control del uso de la medicación, fomentando una prescripción racional, basada en evidencias científicas y centrada en las necesidades individuales de las personas reclusas. La implementación de protocolos de seguimiento, monitorización y evaluación de los tratamientos farmacológicos, así como la promoción de alternativas terapéuticas y psicosociales, pueden contribuir significativamente a mejorar la calidad de la atención, reducir los riesgos asociados con el uso inadecuado de medicamentos y favorecer la recuperación integral de los pacientes.
- 6 Coordinación con los sistemas de salud mental territoriales: La coordinación efectiva y la integración de los sistemas de salud mental territoriales con el sistema penitenciario son fundamentales para garantizar una atención integral, equitativa y de calidad a las personas con trastornos mentales en prisión. Es esencial establecer mecanismos de colaboración, comunicación y cooperación entre los servicios de salud mental comunitarios y las instituciones penitenciarias, promoviendo la formación especializada de los profesionales, la elaboración

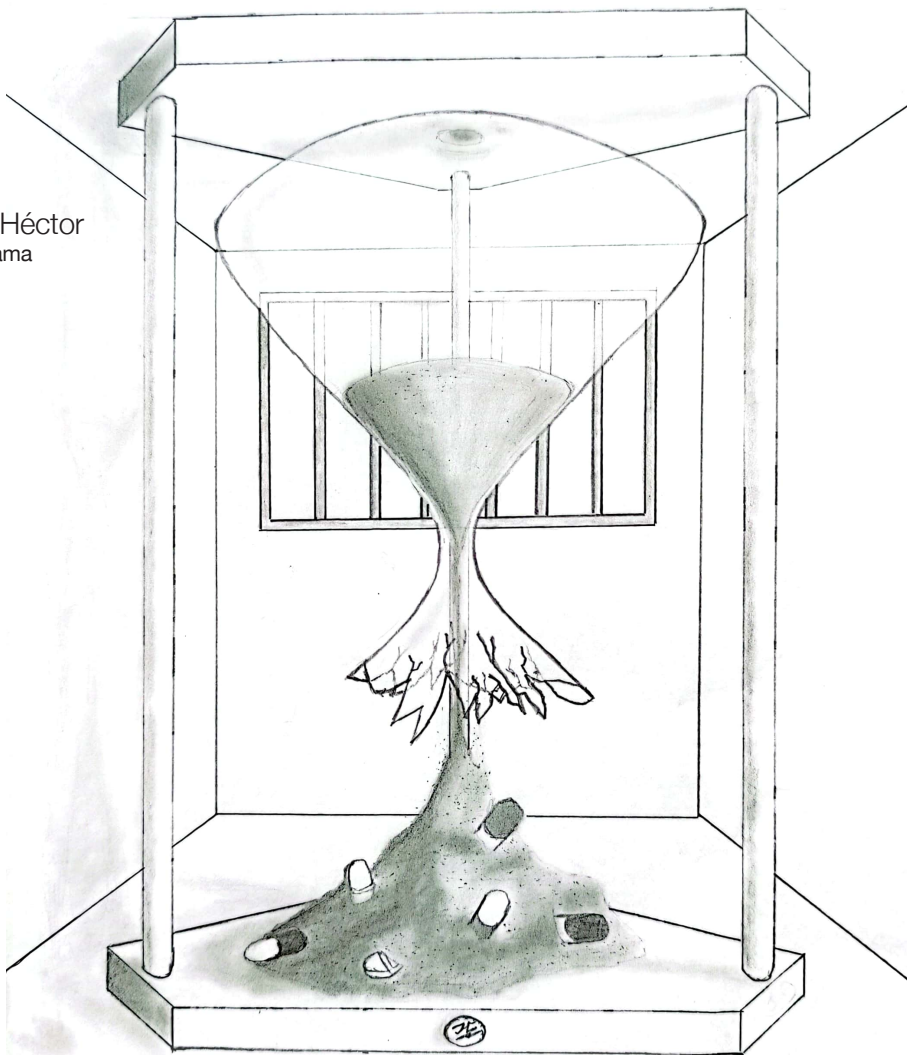
de protocolos y guías de práctica clínica, y la implementación de programas de atención continuada, seguimiento y apoyo a lo largo del proceso de encarcelamiento y post-liberación, con el objetivo de asegurar una atención coordinada, personalizada y basada en las mejores prácticas clínicas y comunitarias.

- 7** Mayor número de profesionales: La escasez de profesionales de salud mental en el sistema penitenciario es una barrera significativa que limita el acceso a una atención integral y especializada para las personas reclusas con trastornos mentales. Es esencial incrementar el número de profesionales cualificados, como psiquiatras, psicólogos y psicólogas, trabajadores y trabajadoras sociales y terapeutas ocupacionales, dentro de las instituciones penitenciarias, garantizando una cobertura adecuada, una atención de calidad y una intervención oportuna y eficaz en el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento de los trastornos mentales, promoviendo la formación continua, el desarrollo de competencias especializadas y la colaboración interdisciplinaria, con el objetivo de mejorar la calidad de vida, el bienestar y la recuperación de los internos e internas.
- 8** Mayor tratamiento para conductas violentas por salud mental en contra de medicación o contención: Las conductas violentas asociadas a trastornos mentales en el contexto penitenciario requieren una intervención terapéutica y de tratamiento especializado que aborde las causas subyacentes, los factores desencadenantes y las consecuencias de estos comportamientos. Es esencial implementar estrategias de prevención, detección, intervención y tratamiento de las conductas violentas, promoviendo enfoques terapéuticos, psicosociales y farmacológicos basados en la evidencia científica, que prioricen el bienestar, la seguridad y la recuperación de los reclusos, minimizando el uso de medidas de contención física y química y

garantizando el respeto a los derechos humanos, la dignidad y la autonomía de las personas afectadas.

- 9** Mayor atención y seguimiento individualizado: La atención y el seguimiento individualizado son fundamentales para garantizar una atención integral, personalizada y centrada en las necesidades específicas de cada persona con trastornos mentales en el contexto penitenciario. Es esencial promover la elaboración de planes de cuidado individualizados, la implementación de intervenciones terapéuticas y psicosociales adaptadas a las características y circunstancias de cada recluso, y el establecimiento de mecanismos de seguimiento, monitorización y evaluación continuada de la evolución, el progreso y los resultados del tratamiento, con el objetivo de asegurar una atención de calidad, una recuperación efectiva y una reinserción social exitosa de las personas afectadas.
- 10** Formación en salud mental y en prevención de la conducta autolesiva y suicida para profesionales de vigilancia: La formación especializada en salud mental y en prevención de la conducta autolesiva y suicida para los y las profesionales de vigilancia y seguridad es esencial para garantizar una atención integral, segura y humanizada a las personas reclusas con trastornos mentales en el sistema penitenciario. Es imprescindible promover la capacitación, la sensibilización y el desarrollo de competencias específicas en salud mental, detección de signos de alarma, intervención en crisis, contención emocional y gestión de situaciones de riesgo, fomentando una cultura de cuidado, empatía y respeto hacia las personas afectadas, y garantizando una respuesta oportuna, adecuada y efectiva a las necesidades, demandas y emergencias de salud mental dentro de las instituciones penitenciarias, con el objetivo de prevenir la conducta autolesiva y suicida, proteger la integridad y el bienestar de las personas reclusas y promover una convivencia segura, saludable y respetuosa en el entorno penitenciario.

Autor del dibujo: Héctor
participante del programa
Reconéctate
de Fundación Esplai



SUBVENCIONA 0,7% IRPF



**Comunidad
de Madrid**