

EXCLUIDOS E INTERNADOS

La problemática de las personas
con discapacidad en Centros Penitenciarios

Rosa María Rodríguez Rodríguez



Via Libre

Grupo de Estudio sobre Tendencias Sociales
Universidad Nacional de Educación a Distancia
Fundación Sistema

“Si aquí entra un esquizofrénico, entra porque comete un delito, pero la mayoría de las veces comete un delito, porque el sistema de la comunidad ha fallado su atención y viene del cierre de los manicomios (...). Aquí estás en una Enfermería dividida en dos alas. En este ala tienes entre treinta o cuarenta, prácticamente entera es de pacientes con enfermedad mental grave, pacientes de espectro esquizofrénico compensados (...). La dotación que hay para esa Enfermería es de un Médico asignado y de un Psicólogo que tiene tareas aparte (...). Llevo más de 25 años aquí, se ha mejorado muchísimo, pero necesitaríamos profesionales especialistas en Salud Mental, nosotros somos Médicos de familia, aquí no hay ningún Psiquiatra de plantilla” (Médico de prisiones).

En este libro, Rosa M^a Rodríguez Rodríguez, profesora Contratada Doctora del Departamento de Sociología III (Tendencias Sociales) de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociología de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), presenta los resultados de una investigación que tiene como objetivos conocer las situaciones de necesidad que padecen las personas reclusas con discapacidad y describir las variables que dificultan su vida en prisión. La información obtenida permite establecer un diagnóstico de las necesidades socio-sanitarias y, también, de otras situaciones carenciales que según el tipo de discapacidad (psíquica, intelectual, física, sensorial u orgánica) pueden tener estos reclusos. Una problemática que, en muchos de los casos analizados, desemboca en el medio penitenciario, pero cuyos factores causales hay que buscarlos en políticas sanitarias, educativas, sociales y judiciales previas.

Rosa María Rodríguez Rodríguez

EXCLUIDOS E INTERNADOS

La problemática de las personas
con discapacidad en Centros Penitenciarios

© Rosa María Rodríguez Rodríguez, 2017

© Fundación ONCE

I.S.B.N. : 978-84-88934-36-9

Depósito legal: M-25652-2017

Maquetación y diseño: Carlos Javier Martínez Portillo

ÍNDICE

Prefacio	9
Capítulo 1. Discapacidad y prisión. Estado de la cuestión, trayectorias de intervención e informes previos.....	17
Capítulo 2. Reclusos con discapacidad psíquica: el itinerario vulnerabilidad/exclusión social, enfermedad mental y prisión.....	35
1. Factores de vulnerabilidad y exclusión social previos al encarcelamiento	35
1.1. Variables sociodemográficas: sexo, edad, tipos de enfermedad, certificados de discapacidad, estatus económico y niveles de formación	36
1.2. Deficitaria atención sanitaria e intervención institucional anteriores al ingreso en prisión.....	42
1.3. Falta de apoyo familiar y/o incapacidad de la familia para afrontar la problemática generada por la atención a un enfermo mental.....	43
1.4. Escasos recursos económicos, inadecuada defensa judicial, ausencia de alternativas al ingreso en prisión.....	47

2. Dinámica de la vida en prisión y sus efectos para los reclusos con enfermedad mental	57
2.1. El internamiento en el Módulo de Enfermería: compensación de los síntomas, tratamientos recibidos y problemática existente	57
2.2. Dificultades de acceso a los escasos recursos de Salud Mental externos	75
2.3. Aspectos de la vida cotidiana en prisión que afectan al recluso con enfermedad mental	76
3. Principales factores de vulnerabilidad en la excarcelación	97
3.1. Necesidad de plazas residenciales y ausencia de un protocolo asistencial a la salida de prisión.....	97
3.2. El deterioro emocional, el problema del estigma, el miedo al rechazo y a la incapacitación	109
4. Análisis específico de las necesidades y dificultades vividas por los propios reclusos con enfermedad mental	115
4.1. Dificultades en el Módulo de Enfermería	117
4.2. Valoración de la atención médica recibida y demandas asistenciales.....	122
4.3. Problemas con la alimentación	127
4.4. Necesidades afectivas, vínculos instrumentales y el problema de los cambios de prisión.....	128
4.5. Implicaciones de la convivencia en un ámbito hostil y agresivo para los reclusos con enfermedad mental	129
4.6. La discapacidad como no eximente del delito y las quejas por las Defensas de Oficio	134
4.7. La necesidad de Centros de Acogida y Tratamiento	136
4.8. Situaciones carenciales de los reclusos con enfermedad mental que están en libertad condicional o con medidas alternativas de seguridad.....	137
Capítulo 3. La extrema vulnerabilidad de los reclusos con discapacidad intelectual	141
1. Desventajas durante el proceso judicial y penal penitenciario	144
2. La desatención previa a la entrada en prisión.....	148

3. Ausencia de accesibilidad cognitiva en el medio carcelario...	150
4. Exclusión de los programas de intervención en prisión y restricción de acceso a los permisos de salida	153
5. La desprotección de los reclusos con discapacidad intelectual dentro de prisión	154
6. Complejidad de los procesos de excarcelación y necesidades detectadas	160
7. Experiencias y percepciones de un exrecluso con discapacidad intelectual.....	162
7.1. Dificultades de la vida en prisión.....	163
7.2. Necesidades y demandas	165
Capítulo 4. Adaptabilidad de los Centros Penitenciarios para los reclusos con discapacidad física.....	169
1. Problemas derivados de las barreras arquitectónicas y otros déficits asistenciales para los reclusos con discapacidad física	169
2. Insuficiente adaptación del Módulo de Enfermería y trato abusivo por parte de los reclusos de apoyo que les “asisten”	176
3. Consecuencias físicas y personales de la ausencia de ascensor en los Módulos ordinarios, incomprensión de los funcionarios y dificultades en el comedor.....	180
4. Necesidades de los reclusos con discapacidad física derivadas de la carencia de recursos económicos	182
Capítulo 5. Situaciones de especial necesidad de los reclusos con discapacidad sensorial	183
1. Ámbitos afectados por las inadaptaciones del entorno penitenciario e implicaciones de la alta dependencia de los internos de apoyo	183
2. Limitaciones vivenciadas por los reclusos con discapacidad visual grave	184

Capítulo 6. Reclusos con discapacidad orgánica	189
1. Dificultades a las que se enfrentan los reclusos con discapacidad orgánica	189
2. Referencia particular a los trastornos emocionales detectados en los reclusos con discapacidad física, sensorial y orgánica	191
Capítulo 7. Diagnóstico general de las situaciones de necesidad de las personas con discapacidad en Centros Penitenciarios.	195
1. Factores de vulnerabilidad de los reclusos con discapacidad mental	195
1.1. Previos al ingreso en prisión	195
1.2. Durante el cumplimiento de la condena	197
1.3. En el proceso de excarcelación	201
2. Problemática de los reclusos con discapacidad intelectual ...	203
3. Necesidades y condiciones sufridas por los reclusos con discapacidad física, sensorial y orgánica.....	206
3.1. Reclusos con discapacidad física	207
3.2. Reclusos con discapacidad sensorial	210
3.3. Reclusos con discapacidad orgánica.....	212
Conclusiones	215
Bibliografía	227
Índice de Tablas y Cuadros	233

PREFACIO

En esta obra se presentan los resultados de una investigación planteada, con la doble intención general de, por una parte, conocer las situaciones de necesidad que padecen las personas reclusas con discapacidad y, por otra, describir las variables que dificultan su vida en prisión. La información obtenida nos ha permitido establecer un diagnóstico de las necesidades socio-sanitarias y, también, otras situaciones carenciales que, según el tipo de discapacidad psíquica, intelectual, física, sensorial u orgánica pueden padecer los reclusos. Los factores de vulnerabilidad detectados en los reclusos con discapacidad, frente a los reclusos sin ella, les restan calidad de vida, afectan a su dignidad como personas, repercuten en el ejercicio de algunos de sus derechos, condicionan su proceso de rehabilitación social y, sino se interviene adecuadamente, la excarcelación suele ser - especialmente en el caso de personas con problemas de salud mental-, el punto de partida para un nuevo ingreso en prisión. Esta investigación, dirigida por el Ca-

tadrático Emérito de Sociología D. José Félix Tezanos Tortajada, se ha realizado en el marco del proyecto de amplio alcance, *Tendencias Sociales de Nuestro Tiempo*, del Grupo de Estudio sobre Tendencias Sociales (GETS) de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)-Fundación Sistema. Y ha sido posible gracias a un convenio de colaboración suscrito por la Fundación Sistema con la Fundación ONCE. Agradecemos el importante apoyo recibido por la Fundación ONCE para que este estudio se haya podido llevar a cabo, así como por la ayuda prestada en las gestiones que ha sido necesario hacer con Instituciones Penitenciarias y con la Plena Inclusión e, igualmente, por promover su publicación.

Especial gratitud debemos a los directores de los Centros Penitenciarios que nos han recibido y con Instituciones Penitenciarias por haber autorizado las visitas a los mismos.

Nuestro agradecimiento también para todos los profesionales y gestores de las Entidades del Tercer Sector de la Discapacidad y del movimiento asociativo que han colaborado y que, en algunos casos, nos han facilitado el contacto con funcionarios de prisiones, con reclusos y exreclusos. En concreto: Plena Inclusión, Madrid, la Asociación La Calle, la Asociación de Familiares y Personas con Enfermedad Mental de Jerez de la Frontera (AFEMEN-Salud Mental Andalucía), la Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de los Enfermos Mentales (FAISEM), la Fundación Manantial, la Asociación de Familiares y Personas con Enfermedad Mental de la Costa del Sol (AFESOL-Salud Mental Andalucía), la Federación de Asociaciones de Personas con Discapacidad Física y Orgánica de la Comunidad de Madrid (FAMMA-COCEMFE), la Federación de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (Salud Mental Madrid), la Asociación de Familiares y Personas con Problemas de Salud Mental en Leganés/Fuenlabrada (ASAV-Salud Mental Madrid) y la Asociación de familiares y amigos de presos de Madrid.

Merecido reconocimiento debemos a los funcionarios de prisiones, a los reclusos, exreclusos, exreclusa y familiares entrevistados, sin cuya participación esta investigación no tendría sentido.

Para abordar los objetivos propuestos se ha llevado a cabo un intenso trabajo de campo, consistente en la realización de entrevistas en profundidad focalizadas en las necesidades de los reclusos con discapacidad psíquica, intelectual, física, sensorial y orgánica. Se han realizado un total de cuarenta y cinco entrevistas. Catorce entrevistas a los *profesionales de las Entidades del Tercer Sector de la Discapacidad y del movimiento asociativo*, mencionadas anteriormente y que trabajan en el apoyo a personas en diversas situaciones de riesgo de exclusión social; entre ellas, las sometidas al régimen penitenciario en Centros Penitenciarios de nuestro ámbito de estudio (Andalucía, Extremadura y Madrid). Los perfiles han sido los siguientes: *Educadoras Sociales, Trabajadores Sociales, Psicólogas, Terapeuta Ocupacional, responsables Asociaciones y Entidades del Sector de la Discapacidad*.

Diecisiete entrevistas a *reclusos, exreclusos y exreclusa*, con distintas situaciones: internos en el Centro Penitenciario, con tratamiento ambulatorio, sometidos a medidas alternativas de seguridad (pulsera en el tobillo), libertad condicional, en Centro de Inserción Social, en recurso residencial o habiendo cumplido ya la condena. Nos pareció de interés conocer la problemática de los reclusos con discapacidad que, una vez en medio abierto, pueden sufrir diversos procesos de vulnerabilidad derivados de la falta de recursos, de las dificultades de inserción sociolaboral, de la necesidad de sobrevivir con pensiones de discapacidad de escasa cuantía o de la falta de apoyos familiares, pues muchos viven solos, sin seguimiento de su enfermedad, ni recibir terapia.

Los reclusos, exreclusos y exreclusa entrevistados tienen las siguientes discapacidades: tres *reclusos con Esquizofrenia* (uno de ellos con Patología Dual, es decir, enfermedad mental y consumo de tóxicos); un *recluso con Esquizofrenia paranoide* (Patología

Excluidos e Internados

Dual); un *recluso con Esquizofrenia Afectiva* (Patología Dual); un *recluso con Esquizofrenia y Psicosis*; un *recluso con Trastorno Bipolar* (Patología Dual); un *recluso con Trastorno de la afectividad, de la emotividad y depresivo* (Patología Dual); un *exrecluso con Trastorno de la impulsividad* (rasgos de Trastorno Límite de Personalidad y Patología Dual); un *recluso con discapacidad física* (silla de ruedas, amputación de ambas piernas); un *exrecluso con discapacidad orgánica* (VIH, Hepatitis C, cirrosis); un *exrecluso con discapacidad física* (muletas, tiene las piernas afectadas por poliomielitis); un *recluso con discapacidad física, orgánica y sensorial*; un *recluso con discapacidad psíquica y física*; un *recluso con discapacidad sensorial grave* (discapacidad visual del 85%); un *exrecluso con discapacidad intelectual* y una *exreclusa con esclerosis y otras patologías asociadas*.

Hemos realizado también entrevistas a *familiares* que nos han transmitido sus experiencias, emociones o percepciones sobre las situaciones de necesidad de sus seres queridos encarcelados y, también, propias, derivadas de tener un familiar enfermo en prisión. Sus narrativas han sido también una aportación de interés en aquellos casos en los que no ha sido posible contactar con el recluso, bien por falta de voluntad del mismo, bien por no tener acceso al mismo (primeros grados), o bien por las dificultades narrativo-expresivas del recluso provocadas por la medicación. Las entrevistas han sido a: la *madre de un recluso FIES*, recientemente excarcelado, padece Psicosis Paranoide que brotó en prisión; la *hermana de un recluso con Trastorno Bipolar*, drogadicción, conducta agresiva. Considerado conflictivo ha pasado por distintas prisiones y a la *hermana de un recluso con Esquizofrenia*, explicó la problemática de su hermano (en tratamiento ambulatorio) y ayudó a interpretar lo que su hermano contaba, porque estaba tan medicado que le costaba hablar.

Once entrevistas a *funcionarios de prisiones* de Andalucía, Extremadura y Madrid con los perfiles siguientes: *Funcionarios de*

Vigilancia Penitenciaria, Funcionaria de Servicios, Funcionario de Vigilancia Penitenciaria de la Unidad Terapéutica Educativa, Trabajadoras Sociales, Psicóloga, Subdirectora Médica, Médicos y Enfermero.

Las entrevistas a los profesionales y familiares se han realizado en las sedes de las Asociaciones o Entidades que nos han prestado su colaboración, salvo en el caso de la hermana de un recluso que nos recibió en el despacho de su negocio. Las entrevistas a los reclusos en libertad condicional, exreclusos y exreclusa tuvieron lugar en domicilios particulares, en un parque público, en una terraza, en una cafetería y un entrevistado en el local de la Asociación a través de la cuál contactamos con él. Los funcionarios de prisiones fueron entrevistados en despacho de la UNED, en domicilio particular y en despachos de los Centros Penitenciarios. Todas las entrevistas efectuadas a los reclusos se realizaron en la consulta médica del Módulo de Enfermería de los Centros Penitenciarios y fueron grabadas (como las restantes), salvo la de un recluso que se negó. Este trabajo ha sido imprescindible para adentrarnos en la realidad de la problemática que viven estas personas con discapacidad, que las sitúan en posiciones de vulnerabilidad y que se suman a las generadas por el *proceso de prisionalización* en sí.

El libro se estructura en siete capítulos. En el primero, de carácter introductorio, *Discapacidad y Prisión. Estado de la cuestión, trayectorias de intervención e informes previos*, se presentan algunos datos sobre el volumen de la población reclusa con discapacidad en España y se plantea una primera aproximación a la problemática existente; en base a, las experiencias e intervenciones que se vienen realizando desde las Entidades del Tercer Sector de la Discapacidad, los programas puestos en marcha por Instituciones Penitenciarias dirigidos a estos reclusos y los estudios e informes de investigación publicados sobre la temática. En el capítulo segundo, *Reclusos con discapacidad psíquica: el itine-*

rario vulnerabilidad personal/exclusión social, enfermedad mental y prisión, se analizan cuáles son las situaciones de vulnerabilidad y exclusión social previas al encarcelamiento que padecen los reclusos con enfermedad mental, las necesidades y las dificultades que tienen en prisión y los problemas que deben enfrentar con su excarcelación. Estos objetivos se abordan a partir de la información obtenida en las entrevistas realizadas a Funcionarios de prisiones, Técnicos de distintos perfiles profesionales que intervienen en Centros Penitenciarios con reclusos con discapacidad y familiares de los reclusos. El tercer capítulo, titulado *La extrema vulnerabilidad de los reclusos con discapacidad intelectual*, está centrado en la detección de las situaciones y factores de vulnerabilidad existentes en el Centro Penitenciario que afectan diferencialmente a los reclusos con discapacidad intelectual y del desarrollo. Nos hemos basado en la información proporcionada por las entrevistas realizadas a funcionarios de prisiones, a una Psicóloga y una Educadora Social de una Entidad del Tercer Sector de la Discapacidad que intervienen en uno de los pocos Módulos existentes que acoge, sólo personas con discapacidad intelectual. También hemos contado con la colaboración de una persona con discapacidad intelectual de reciente excarcelación. En el cuarto capítulo, *Adaptabilidad de los Centros Penitenciarios para los reclusos con discapacidad física*, constatamos los inconvenientes y consecuencias que instalaciones, construidas con el criterio prioritario de garantizar las funciones de vigilancia, seguridad y control de los reclusos, tienen sobre aquellos que deben desenvolverse en ellas padeciendo algún tipo de discapacidad física. Se exponen y analizan, en este capítulo, los problemas que generan para estos reclusos, las barreras arquitectónicas, la falta de accesibilidad y otros déficits asistenciales que se han manifestado. Estas mismas variables son determinantes en el caso de los reclusos con discapacidad visual. De ahí que, el capítulo quinto de este libro se dedique, expresamente, a las *Situaciones de especial necesi-*

dad de los reclusos con discapacidad sensorial. Muchos son los ámbitos en que se ven afectados estos reclusos, a causa de las inadaptaciones del entorno penitenciario; sobre todo en el caso de los discapacitados visuales (comunicaciones, gestiones, acceso-localización de las estancias, etc.) con una alta dependencia de los reclusos de apoyo. Asimismo, las instalaciones, sobre todo de los Centros Penitenciarios más antiguos, también pueden ser un hándicaps para los reclusos con problemas de salud. En el capítulo sexto, dedicado a los *Reclusos con discapacidad orgánica*, se indaga sobre las dificultades a las que se enfrentan los reclusos con distintas patologías. Hemos contado con la experiencia de reclusos, exreclusos y exreclusa con distintas discapacidades orgánicas, entrevistados para conocer como les ha afectado, con sus enfermedades, cumplir condena en un Centro Penitenciario. La valoración de la atención médica recibida es, en general, valorada positivamente por los reclusos; para muchos de ellos, supone un primer contacto con la Sanidad, dado que nunca antes se habían hecho, por ejemplo, una analítica de sangre, según el personal sanitario de prisiones. Otros entrevistados, señalan las condiciones de vida existentes en el Centro Penitenciario como la causa del agravamiento de las patologías orgánicas que padecen y de la generación de otras que no tenían al entrar. En el capítulo séptimo, *Diagnóstico general de las situaciones de necesidad de las personas con discapacidad en Centros Penitenciarios*, presentamos una relación exhaustiva de los resultados obtenidos en la investigación realizada. Una información que permite establecer un diagnóstico de las situaciones de necesidad, carenciales y dificultades de distinto signo, que tienen las personas con discapacidad internadas en Centros Penitenciarios nuestro ámbito de estudio (Andalucía, Extremadura y Madrid) y que les define como una población de enorme vulnerabilidad. Consideramos que estas situaciones pueden ser similares en los Centros Penitenciarios de otras Comunidades Autónomas españolas (salvo Cataluña que

Excluidos e Internados

tiene transferidas las competencias), dado que comparten la misma estructura organizativa, normativa, presupuestaria y funcional.

Por último, en el apartado de conclusiones, recogemos de manera sintetizada las variables nucleares que encuadran la problemática detectada y se esbozan algunas de las posibles actuaciones o líneas de intervención a seguir en cada caso.

CAPÍTULO 1

Discapacidad y prisión. Estado de la cuestión, trayectorias de intervención e informes previos

En los Centros Penitenciarios españoles cumplen condena 3.400 personas con algún tipo de discapacidad¹. El 84,4% de los internos tiene antecedentes de Trastorno Mental según la información, publicada por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias en el Informe General 2015, proveniente de los dos únicos estudios realizados en 2006 y 2009 en España, con la finalidad de conocer el número y el tipo de enfermos mentales que se encuentran en prisión². Los datos son similares en dichos estudios, señalándose, en el último de 2009, que el 41,2% de los internos presentaba algún tipo de trastorno mental. En concreto, trastorno de ansiedad el 23,3%, trastorno afectivo, generalmente depresivo, el 14,9% y Trastorno Mental Grave, generalmente una Psicosis, el 4,2% de los reclusos³. Es decir que, de mantenerse la tendencia,

¹ Defensor del Pueblo de España, Informe Anual a las Cortes Generales 2011, www.defensordelpueblo.es, p.296.

² Informe General de Instituciones Penitenciarias 2015, <http://www.institucionpenitenciaria.es>, p.209.

³Íbidem.

es probable que unas 24.550 personas del total nacional de la población reclusa en 2016 (Véase Tabla 1) padezcan una enfermedad mental; 2.502 de ellas, un Trastorno Mental Grave. Muy pocos reclusos con discapacidad psíquica cumplen condena en Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios. Datos disponibles indican que un total de 170 reclusos están internados en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla y 321 reclusos/as en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante⁴. En el Hospital Psiquiátrico de Sevilla no existen plazas para mujeres, de ahí que haya internas con Trastorno Mental Grave que, aun no siendo imputables por causa de su enfermedad, cumplan condena en el Centro Penitenciario de Puerto III⁵.

Tabla 1
Evolución de la población reclusa en España según sexo (2006-2016)

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

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

⁴ Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, <http://www.institucionpenitenciaria.es>

⁵ Información obtenida en trabajo de campo.

Las mujeres son, dentro del total de la población reclusa, una minoría, el 7,64% frente al 92,36% de hombres (Véase Tabla 1); aunque comparten con los hombres, el grupo de edad más frecuente, el de 41 a 60 años. La media de edad de los internos es de 39,3 años (Véase Tabla 2).

Tabla 2

Población reclusa penada por grupos de edad en España según sexo (2016)

Edades	Hombres	Mujeres	Total	Porcentaje
De 18 a 20 años (Penados)	322	11	333	0,63
De 21 a 25 años (Penados)	4.210	282	4.492	8,56
De 26 a 30 años (Penados)	7.364	567	7.931	15,11
De 31 a 40 años (Penados)	16.351	1.391	17.742	33,80
De 41 a 60 años (Penados)	18.394	1.608	20.002	38,11
De más de 60 años (Penados)	1.836	136	1.972	3,75
No Consta (Penados)	4	0	4	0,00
Totales	48.481	3.995	52.476	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (Dic. 2016).

Las tasas de trastornos mentales en prisión, comparadas con las de la población general, duplican los Trastornos Mentales Comunes y cuadruplican los Trastornos Mentales Graves entre las personas que se encuentran en prisión⁶.

Estudios realizados en Centros Penitenciarios de Andalucía, la Comunidad Autónoma con mayor número de población reclusa, un total de 13.766 en 2016 (Véase Tabla 3), ponen de manifiesto la alta prevalencia de los Trastornos Mentales Graves entre la población reclusa. Así, “de los 128 internos reclusos en los Centros Penitenciarios de Puerto I, II y III del Puerto de Santa María (Cádiz), con patologías mentales: el 46,1% de los mismos

⁶J.M., Arroyo Cobo, “Estrategias asistenciales de los problemas de salud mental en el medio penitenciario, el caso español en el contexto europeo” en Revista Española de Sanidad Penitenciaria”, Madrid, 2011, Vol. 13, nº 3, p.100.

padecen Trastorno Mental Grave; el 35,2% tiene trastornos de personalidad; el 25,8% sufre Esquizofrenia, trastorno esquizotipo y trastorno de ideas delirantes; y el 16,4% presenta trastorno mental y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas”⁷.

A pesar de estas magnitudes, en Comunidades con tal número de población reclusa con discapacidad como Andalucía, la atención psiquiátrica es deficitaria. Según indica el Informe del Defensor del Pueblo 2013, esta situación se da por la cancelación de convenios entre el Ministerio del Interior y la Consejería de Salud, en cuyo marco, especialistas en Psiquiatría atendían a los reclusos aquejados de estas patologías⁸.

Ante la insuficiente asistencia psiquiátrica dentro de los Centros Penitenciarios, los Médicos de atención primaria de los Centros Penitenciarios hacen frente a todos los problemas de salud de la población reclusa y, como pueden, a los de los reclusos con discapacidad mental con todo lo que ello conlleva. En Navarra tienen la misma situación, como confirmaba el Informe General de Instituciones Penitenciarias de 2013, prestándose esa asistencia a través de los Centros de Salud Mental⁹.

Estos reclusos tienen necesidades especiales, además de las requeridas por el tratamiento de su enfermedad, su discapacidad intensifica las consecuencias emocionales, físicas y sociales que el internamiento, en un medio tan fuertemente reglado, estructurado y difícil como el penitenciario, tiene para cualquier persona. Un contexto que, como recogen los estudios del Defensor del Pueblo, “es generador de ansiedad y agresión ambiental en el que la per-

⁷ N. Marín Basallote y C. Navarro Repiso, “Estudio de la prevalencia de trastorno mental grave (TMG) en los centros penitenciarios de Puerto I, II y III del Puerto de Santa María (Cádiz): nuevas estrategias en la asistencia psiquiátrica en las prisiones” en Revista Española de Sanidad Penitenciaria, Madrid, Vol.14, nº 3,2012, p. 80.

⁸ Defensor del Pueblo de España, *Informe Anual a las Cortes Generales 2013*, www.defensordelpueblo.es, p.145-146.

⁹ Informe General de Instituciones Penitenciarias 2013, <http://www.institucionpenitenciaria.es>, p.240.

Tabla 3

Distribución de la población reclusa por Comunidades Autónomas Españolas según sexo (2016)

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

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

sonalidad del individuo puede deteriorarse”¹⁰. Las consecuencias sociales, psicológicas, afectivas, emocionales e incluso físicas que para la persona genera el internamiento en una institución, sobre todo si es involuntario, han sido exhaustivamente analizadas. Muy conocidos son, entre otros, los estudios realizados por Erving Goffman¹¹ y Michael Foucault¹² en los que han mostrado, particularmente, los efectos que el encarcelamiento tiene sobre la salud mental de los internos.

Por otra parte, muchos de estos reclusos están aquejados de Patología Dual; esto es, tienen enfermedad mental y drogadicción. «El consumo de cannabis multiplica el riesgo de padecer la enfermedad de Esquizofrenia. El consumo de esta droga explica el 50% de los casos», según Benedicto Crespo, profesor titular de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cantabria y director del Programa Asistencial de Fases Iniciales de Psicosis¹³. Según datos del Informe General 2015, elaborado por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, el 76% de los internos consumía drogas en el mes anterior al ingreso en prisión, el 40,1% de ellos consumía alcohol, cannabis y tranquilizantes y un grupo importante, el 35,9% de los internos, consumía cocaína y heroína¹⁴. Sin duda, “la drogodependencia es, entre las personas que ingresan en prisión, uno de los problemas más importantes, por el número de personas afectadas y por la gravedad de las complicaciones asociadas, en los aspectos de salud, desestructuración de la personalidad, convivencia familiar, actividad formativa y laboral, exclusión social, problemas jurídicos y penales”¹⁵.

¹⁰ Defensor del Pueblo de España, *Informes, Estudios y Documentos. Estudio sobre la situación penitenciaria y los depósitos municipales de detenidos 1988-1996*, www.defensordelpueblo.es, p.112.

¹¹ E. Goffman, *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1970.

¹² M. Foucault, *Vigilar y castigar. El nacimiento de la prisión*, Ed. Siglo XXI, México, 1976.

¹³ Vid., Pagip, Santander 2010, web ASAV.

¹⁴ Vid., Informe General de Instituciones Penitenciarias 2015, <http://www.institucionpenitenciaria.es>, p. 175.

¹⁵ Íbidem

Los profesionales del medio penitenciario subrayan, igualmente, que “entre los problemas orgánicos, además de los trastornos específicos que ocasiona el consumo de determinadas sustancias y de los riesgos de sobredosis, los problemas derivados del consumo por vía intravenosa...son las infecciones por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y por el Virus de la Hepatitis C (VHC). También son frecuentes otros problemas infecciosos relacionados con las condiciones ambientales y estilo de vida, como es la enfermedad tuberculosa, las enfermedades de transmisión sexual, problemas dermatológicos, odontológicos y carenciales. Entre los problemas psíquicos, además de los efectos tóxicos específicos de cada sustancia y de los problemas de desajuste personal que provoca la adicción, son frecuentes los trastornos psíquicos inducidos por el consumo (de tipo psicótico, del estado de ánimo, etc.) o la agravación de trastornos previamente existentes¹⁶, constituyendo en definitiva una comorbilidad psiquiátrica o Patología Dual, al coexistir dos tipos de trastornos, la drogodependencia y el trastorno psíquico”¹⁷. El consumo de drogas es un factor determinante en sus vidas, en su salud y en sus posibilidades de inserción social. Hemos podido comprobar esta problemática entre la población reclusa, con distintas discapacidades, entrevistada.

Con el objetivo de dar respuesta a las necesidades de esta población reclusa con problemas de enfermedad mental y, también en su mayoría, con Patología Dual, la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias presentó, en septiembre de 2009, el Protocolo de Aplicación del *Programa Marco de Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios (PAIEM)* cuyo seguimiento se realiza junto con la Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria y que recoge trimestralmente

¹⁶ Según el Estudio sobre Salud Mental realizado por la Institución Penitenciaria en 2006 y el Estudio PRECA de 2009, la prevalencia de trastornos mentales inducidos por consumo de sustancias se encuentra entre el 8,8% y el 12,1% de los internos, destacando los trastornos de ansiedad, los trastornos del estado de ánimo y los trastornos psicóticos. Informe General de Instituciones Penitenciarias 2015, opus cit., p. 193.

¹⁷ Idem, véanse, pp. 183, 184.

datos de participación de internos¹⁸. Los últimos datos publicados, en el momento de redactar este texto, indican que, a diciembre de 2015, un total de 1.814 internos han sido atendidos en dicho programa, el 4,1% de la población reclusa en régimen cerrado y ordinario en 66 Centros Penitenciarios¹⁹.

Desde 2014, a partir de la experiencia del programa piloto realizada en 2010 en el Centro de Inserción Social (CIS) Victoria Kent de Madrid, se está implantando en algunos Centros de Inserción Social (CIS), el *Programa Puente de Mediación Social para personas con Trastorno Mental Grave*. Durante 2015, este programa se ha desarrollado en dieciséis CIS (A Coruña, Albacete, Algeciras, Alicante, Granada, Huelva, Jerez, Madrid, Málaga, Mallorca, Murcia, Navalcarnero, Santander, Sevilla, Valencia y Zaragoza), estando incluidos en programa a 31 de diciembre, un total de 111 internos, lo que se corresponde, según datos de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, con el 4,2% de la población penitenciaria de estos Centros (población de régimen abierto)²⁰.

Hay que destacar, entre las intervenciones que se realizan con estas personas, la importante participación de los técnicos de organizaciones del Tercer Sector como la Salud Mental España que atendió psicosocialmente a 735 reclusos con enfermedad mental en 2014, con el *Programa Apoyo a la Rehabilitación de Personas con Enfermedad Mental Internas en Centros Penitenciarios*²¹. No disponemos de datos desagregados, pero en la Memoria de Actividades de la Salud Mental España 2016, se recoge que “1.257 personas con problemas de salud mental han contado con un Plan Individualizado de Intervención, han accedido a Programas de Rehabilitación Psicosocial

¹⁸ Protocolo de Aplicación del Programa Marco de Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios (PAIEM), Dirección General de Coordinación Territorial y Medio Ambiente, Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, Madrid, Septiembre de 2009, <http://www.institucionpenitenciaria.es>.

¹⁹ Informe General Instituciones Penitenciarias 2015, opus cit., p.211.

²⁰ Íbidem, p.212.

²¹ Memoria de Actividades Salud Mental en España, 2014, <https://consaludmental.org>, p. 15.

y han participado en actividades fuera de los Centros Penitenciarios y Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios”²².

También pueden presentar Patología Dual algunos reclusos con *discapacidad intelectual*. La toma de conciencia de las situaciones de necesidad que viven los internos con este tipo de discapacidad y la puesta en marcha de actuaciones específicas de intervención se deben, fundamentalmente, a las iniciativas que desde 1994, promueven la Confederación Nacional de Organizaciones a favor de las personas con discapacidad intelectual (FEAPS, ahora Plena Inclusión) y el Real Patronato sobre Discapacidad, a partir de una visita que en 1987 realizaron algunos de sus directivos al Centro Penitenciario de León y donde constataron el tratamiento inadecuado que recibían las personas con discapacidad intelectual internas en este centro penitenciario. Este es el punto de partida del *Programa de Integración Social y Actividades Rehabilitadoras para personas reclusas y exreclusas con discapacidad intelectual* que pone en marcha Plena Inclusión, en 1995²³. El Programa destinado a la intervención e integración social de reclusos y exreclusos con discapacidad intelectual atiende a 1.347 personas dentro y fuera de prisión (1.280 hombres y 67 mujeres)²⁴. En 2014, se detectaron un total de 787 personas con discapacidad intelectual y del desarrollo cumpliendo condena en Módulos Ordinarios de Centros Penitenciarios, siendo derivadas a procesos de oficialización de diagnóstico un total de 148 reclusos²⁵. Un 62,69% de las personas atendidas por

²² El Programa Apoyo a la Rehabilitación de Personas con Enfermedad Mental Internas en Centros Penitenciarios se ha desarrollado en ocho Comunidades Autónomas, más una ciudad autónoma. Memoria de Actividades Salud Mental España, 2016, <https://consalud-mental.org>, p. 18.

²³ *Vid.*, Juan Luis Quevedo Rodríguez, “Análisis de experiencias de colaboración entre las administraciones penitenciarias y de servicios sociales con el movimiento asociativo” en *Jornadas estatales sobre atención a personas con discapacidad intelectual en centros penitenciarios*, Sevilla 22-24 octubre 2007, Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía, pp. 131-132.

²⁴ Memoria Plena Inclusión 2012, <http://www.plenainclusion.org>, p 15. No hay datos, al respecto, en la Memoria 2013.

²⁵ Memoria Plena Inclusión 2014, <http://www.plenainclusion.org>, p. 19.

el programa Plena Inclusión, no tenía recogido en la sentencia el hecho de que se tratara de una persona con discapacidad intelectual²⁶.

En el Informe 2015 de Plena Inclusión, se constata que esta situación se mantiene y ha aumentado, pues el 69,7% de personas con discapacidad intelectual o del desarrollo que ingresan en un Centro Penitenciario, lo hacen sin que se haya detectado previamente la existencia de una discapacidad. Como indican, expresamente, los técnicos “ello nos obliga a concluir que los operadores jurídicos con los que se ha relacionado la persona durante el proceso (abogados, jueces, Ministerio Fiscal, etc.) no han sido capaces de detectar la existencia de la discapacidad y, por tanto, existe una probabilidad muy alta de que los derechos de estas personas hayan sido vulnerados durante el procedimiento”²⁷. La Convención sobre derechos de las personas con discapacidad regula en su artículo 13 el acceso a la justicia de las personas con discapacidad, no sólo para que se realice en igualdad de condiciones con las personas no discapacitadas, sino para que se le proporcionen los medios compensatorios o adaptados que garanticen su disfrute. Asimismo, se subraya la necesidad de que los profesionales de la Administración de Justicia, Abogados, funcionarios de prisiones y fuerzas de seguridad cuenten con formación suficiente: “los Estados Partes realizarán ajustes apropiados para asegurar que las personas con discapacidad tengan las mismas oportunidades que las demás como participantes en todos los procedimientos judiciales. Los Estados Partes promoverán la capacitación adecuada de los que trabajan en la administración de justicia, incluido el personal policial y penitenciario (Art.13)²⁸”.

²⁶ Fernando Santos Urbaneja, “Marco legal de las personas con discapacidad en el proceso penal: varias cuestiones relativas a las primeras etapas del proceso” en *Jornadas estatales sobre atención a personas con discapacidad intelectual en centros penitenciarios*, Sevilla 22-24 octubre 2007, Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía, p.64.

²⁷ Plena Inclusión, Informe Anual 2015, www.plenainclusion.org, p. 18.

²⁸ Naciones Unidas, *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*, Nueva York y Ginebra, 2006. Ratificada en España BOE, núm. 96 de 21 de abril de 2008.

Desde el Programa de apoyo a personas reclusas y exreclusas, Plena Inclusión ha prestado apoyos a 1.090 personas con discapacidad intelectual o del desarrollo²⁹. Este programa está orientado a la atención de personas con discapacidad intelectual o del desarrollo que se encuentren en situación de riesgo y exclusión en el ámbito penal y penitenciario, así como a la prevención prestando apoyos en los procedimientos judiciales penales y en los procesos de retorno a la comunidad.

La falta de detección y diagnóstico, entre otras variables, tiene como consecuencia que se otorgue a estas personas el mismo tratamiento que a una persona completamente imputable y, en caso de penas privativas de libertad, cumplen condena en Centros ordinarios.

Los *reclusos con discapacidad intelectual y del desarrollo* son personas que dadas las características del entorno penitenciario, mayor atención y protección necesitan. A la indefensión que pueden sufrir estas personas discapacitadas en la calle se suma la que les puede sobrevenir al ser encarcelados: dificultades por desconocimiento del medio carcelario, falta de capacidades para convivir con una población particularmente difícil, pueden ser objeto de burlas, maltrato, manipulaciones y abusos por parte de otros internos, carencia de hábitos personales importantes y, en ocasiones, como hemos mencionado, con patologías asociadas que, por otra parte, son frecuentes en los demás reclusos (trastornos psicóticos, trastornos de la personalidad y/o alteraciones de conducta, enfermedades hepáticas y VIH) que requieren asistencia psicológica y sanitaria en distinto grado de especialidad. Muchos de ellos, lo hemos podido comprobar en el trabajo de campo, provienen de familias de bajo nivel socioeconómico, la mayoría carecen de certificaciones académicas y en una proporción significativa son analfabetos.

Los reclusos con discapacidad intelectual y problemas de salud mental constituyen, dentro de la población que padece algún tipo

²⁹ Plena Inclusión, opus cit., p. 18.

de discapacidad en España, un grupo especialmente vulnerable³⁰ y afectado por diferentes procesos exclusógenos que no siempre son visibilizados³¹.

Por un lado, la exclusión social previa al encarcelamiento que tienen estas personas provenientes, generalmente, de familias desestructuradas, con problemas de convivencia, carencia de recursos económicos, falta de cualificación laboral, altas tasas de exclusión laboral (algunos no han trabajado nunca), consumo de drogas, etc.³². La Sociología del delito ha demostrado el conocido fenómeno de la selección penal que lleva a la cárcel en todos los países a personas pobres y excluidas³³.

Tampoco es obvia, la relación existente entre *pobreza, discapacidad y exclusión social* que ha sido, suficientemente, analizada en diferentes estudios, como el publicado en 2012 por los investigadores del Colectivo IOÉ y realizado con datos extraídos de la Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía y Situaciones de Dependencia (INE, 2008). Entre sus conclusiones muestran la correlación sistemática entre dos variables: a menos renta del hogar, mayor discapacidad. “Es lo que se deduce, dirán los autores, si se tiene

³⁰ Llama la atención que no sea considerado dentro de los colectivos especialmente vulnerables, ni haya ninguna referencia a estas personas discapacitadas en la *Estrategia española sobre discapacidad 2012-2020*, www.msssi.gob.es.

³¹ Sí ha sido objeto de defensa y protección por parte del Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI), a través de múltiples iniciativas, como la llevada a cabo en junio de 2010 solicitando a los Grupos Parlamentarios del Senado la constitución de una comisión para la realización de encuesta amplia encargada de investigar la situación de los derechos humanos de las personas con discapacidad y personas mayores acogidas en instituciones sociales. A juicio del CERMI, múltiples indicios muestran “la extrema fragilidad de estas personas desde el punto de vista del ejercicio y respecto de sus derechos humanos, más fundamentales, por lo que es necesario conocer la situación real por la que atraviesan [...] la institucionalización no implica en absoluto la rebaja en el grado de acceso a todos los derechos que corresponden a cualquier ser humano. A partir del conocimiento exacto, cuantitativo y cualitativo, de la realidad de estas personas acogidas en instituciones, incluidos los *hospitales psiquiátricos penitenciarios* [...] cabrá plantear reformas normativas que garanticen plenamente sus derechos”. CERMI, *Derechos humanos y discapacidad. Informe España 2010*, www.cermi.es, p.24.

³² Vid., José María Gallego, “Drogodependencia en prisión y exclusión social en España: tendencias de futuro” en Revista Sistema, Madrid, Enero 2012, nº. 224.

³³ Pedro Cabrera, “Exclusión Social y Prisión: algunas propuestas para combatirla” en César Manzanos (coord.), *Políticas Sociales para abolir la prisión*, Ed. IKUSBIDE, Vitoria-Gasteiz, 2011, p. 83.

en cuenta que la tasa de discapacidad en los hogares con ingresos por debajo de 1.000 euros/mes es cuatro veces mayor (8,4%) que en los que tienen ingresos por encima de 2.500 euros mensuales (2,4%)³⁴. Asimismo, es una realidad contrastable que el nivel de vulnerabilidad social se acrecienta en las familias que tienen personas discapacitadas a su cargo, como revelan los investigadores José Félix Tezanos, Eva Sotomayor, Rosario Sánchez y Verónica Díaz en un estudio realizado a 100 familias españolas situadas en lo que denominan “espacio fronterizo” de la pobreza, el 22% de las cuáles tenía algún miembro con discapacidad³⁵.

En el caso de los reclusos discapacitados, la ecuación pobreza, discapacidad y exclusión social se materializa en su versión más dura, pues sobre todo para los reclusos más vulnerables, los que padecen una discapacidad intelectual y/o una enfermedad mental, el encarcelamiento suele ser una de las “paradas finales” de un itinerario maldito: contexto socio-familiar precarizado, enfermedad-fragilidad personal, falta de respuesta del Estado de Bienestar ante las importantes situaciones de necesidad de esta población, conducta delictiva, prisión.

El peso de *los factores socioeconómicos como factores de riesgo*³⁶ en la discapacidad es considerable, sobre todo en la de carácter psíquico, ya que pueden:

- desencadenar trastornos mentales por la *transición de la pobreza a la enfermedad*³⁷ -situaciones de desempleo, alcoholismo o toxicomanía asociados, estrés traumático, pérdidas/ duelos- y, a la inversa, de *la enfermedad a la pobreza* -falta de

³⁴ Carlos Pereda, Miguel Ángel de Prada y Walter Actis (Colectivo IOÉ), *Discapacidades e Inclusión Social*, Fundación “la Caixa”, Barcelona, 2012, p.186.

³⁵ José Félix, Tezanos, Eva Sotomayor, Rosario Sánchez Morales y Verónica Díaz, *En los bordes de la pobreza. Las familias vulnerables en contextos de crisis*, Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, 2013, p.132.

³⁶ *Vid.*, Factores de riesgo y factores de protección para trastornos mentales en el Informe de la O.M.S., *Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas: informe compendiado*, 2004, www.oms.org, pp. 22-23.

³⁷ La relación entre pobreza y salud mental es compleja y multidimensional, véase O.M.S., *Informe sobre la salud en el mundo 2001, Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*, www.oms.org, pp. 13-14.

trabajo de los enfermos mentales (por carencia de formación, por el estigma asociado a la enfermedad mental que inhibe la contratación de estas personas, por la pérdida de los padres o cuidadores, etc.-);

- empeorar la enfermedad mental por falta de recursos para hacerle frente, ausencia de tratamiento farmacológico y terapéutico, por el consumo de sustancias tóxicas;
- o por la intensificación de las consecuencias que tiene para la persona que la padece y su familia, cuando hay una descompensación de la enfermedad, interactúan distintos factores de riesgo y se producen trastornos de conducta que, en algunos casos, pueden hacer que la persona termine en prisión.

En el caso de los reclusos con discapacidad psíquica, estos factores se manifiestan, como presentamos en este libro, en las distintas fases del “itinerario” de vulnerabilidad y exclusión. Hemos conocido, a través del proceso de investigación, algunas situaciones de vulnerabilidad y factores de riesgo que pueden darse durante el internamiento (abusos por parte de otros reclusos, indefensión por desconocimiento del entorno, casos de ultra-medicación, falta de medidas terapéutico-educativas, etc.) que no sólo les generan un sufrimiento añadido, sino que, de no solventarse, preparan a la persona para nuevas formas de exclusión social y de reincidencia a su salida del Centro Penitenciario. Los reclusos con discapacidad intelectual y, sobre todo, los que padecen enfermedades mentales se enfrentan con su excarcelación al doble estigma de peligrosidad social asociado a ser exrecluso/sa y al temor que “la sociedad tiene a las personas con enfermedad mental que sustentado, como indica José M^a Sánchez Monge, por falsas creencias conduce al maltrato y a la exclusión”³⁸.

³⁸ José M^a, Sánchez Monge, “Salud Mental y Exclusión: ¿Sinónimos?” en Sistema Digital, semana del 16 al 22 de diciembre de 2013, <http://w.w.w.sistemadigital.es/Info/Item/Details/4992> .

La carencia de la debida atención, antes de entrar en prisión, por parte de las instituciones del Estado de Bienestar, sumada a la escasez de recursos dentro de prisión para intervenir, suficientemente, desde el punto de vista psiquiátrico y psicoeducativo; y la perpetuación de estas carencias asistenciales, a la salida de prisión, dificultará el manejo para estas personas de los síntomas de su enfermedad y la adecuada toma de la medicación. Todo ello unido a los factores de riesgo socioeconómicos que comparten con el perfil de la población reclusa general, hará probable la reincidencia de estas personas y nuevos ingresos en prisión.

Nos hemos hecho eco, también, de las condiciones de vida de los *reclusos con discapacidades físicas, sensoriales y orgánicas*, pues entrevistas piloto realizadas a funcionarios de Centros Penitenciarios durante la fase de diseño del proyecto de investigación, nos revelaron: la falta de adaptación de las instalaciones, las dificultades para acceder a los recursos, la dependencia de los internos de apoyo y la falta de autonomía que estos presos encuentran, en su día a día, derivadas de su discapacidad. El trabajo de campo realizado nos ha permitido constatar que, muchos de ellos, cumplen condena en circunstancias limitantes que les generan sufrimiento físico y emocional.

En el Informe General de Instituciones Penitenciarias de 2015, se hace referencia a que una media trimestral de 785 internos con discapacidad participan en el programa de tratamiento para personas con discapacidad física, sensorial, psíquica o intelectual, pero no se publican datos por tipos de discapacidad³⁹. El programa incluye la detección temprana del caso, la asignación a departamentos o centros sin limitaciones arquitectónicas y la tramitación de certificados oficiales⁴⁰. No hemos encontrado información sobre actuaciones concretas, puestas en marcha para el cumplimiento de los objetivos del *Programa de Intervención con internos con*

³⁹ Véase Cuadro de Programas de Tratamientos en el Informe General Instituciones Penitenciarias 2015, opus cit., p. 48.

⁴⁰ *Ibidem*, p. 40.

discapacidad. Un Programa, diseñado a modo de programa marco por la Administración Penitenciaria, y cuyo primer objetivo era “adoptar (en caso de discapacidad física y sensorial) las medidas necesarias para facilitar la movilidad y participación del interno en la vida ordinaria del centro”⁴¹.

Debemos mencionar, entre las escasas intervenciones destinadas a los reclusos con discapacidades físicas, las realizadas por la Federación de Asociaciones de Personas con Discapacidad Física y Orgánica de la Comunidad de Madrid (FAMMA-COCEMFE) a través del *Programa de Reinserción para personas con Discapacidad* (PREDIS-AULA DIGITAL). Entre sus objetivos están: ayudar en la futura inserción laboral de los reclusos con discapacidad física y/u orgánica que cumplen condena en Centros Penitenciarios de Madrid, información jurídica y sobre recursos internos y externos para personas con discapacidad, creación de áreas de sensibilización con la población común de presos, talleres para funcionarios sobre cómo ayudar a una persona con dificultades motóricas de forma general, usuarios de sillas de ruedas, necesidades de los reclusos con discapacidades orgánicas (la fatiga, hemofilia, medicaciones, alimentaciones especiales, etc.)⁴².

La información expuesta en este libro permite identificar y visibilizar la problemática de las personas con discapacidad que cumplen condena en Centros Penitenciarios de Andalucía, Extremadura y Madrid. Se inscribe en la línea de interés de otros trabajos de investigación precedentes, tales como el realizado por el Instituto

⁴¹ La justificación que expone la Administración Penitenciaria para llevar a cabo una intervención específica con internos con discapacidad tiene su fundamento el art. 49 de la Constitución Española: “los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos”, Véase, Programas específicos de intervención en Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, Ministerio del Interior, www.interior.gob.es.

⁴² Vid., Memoria del Proyecto Aula Digital-PREDIS, Programa de inserción para Personas con Discapacidad, www.famma.org.

de Reinserción Social en 1994, promovido por FEAPS y el Real Patronato sobre Discapacidad. Este estudio sobre la *Prevalencia de la Discapacidad Intelectual en el medio penitenciario* es, hasta ahora, el de más amplio alcance en número, ochenta y cinco, de Centros Penitenciarios analizados. En 2007, destaca la investigación promovida por Luis Cayo Pérez Bueno (Secretario General del CERMI), coordinada por Agustín Huete García y Eduardo Díaz Velázquez y realizada por un equipo de investigadores de Inter-social en los siguientes Centros Penitenciarios a los que pudieron tener acceso: Brians I (Barcelona), Quatre Camins (Barcelona), Villabona (Asturias), Piccassent (Valencia), Segovia y el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Fontcalent (Alicante)⁴³.

La toma de conciencia por parte de las Instituciones públicas, las intervenciones realizadas por las Entidades del Tercer Sector de la Discapacidad y la paulatina visibilización de la problemática de los reclusos con discapacidad mental e intelectual, sobre todo, a partir de las denuncias de los Informes del Defensor del Pueblo de España y del de Andalucía, han dado como fruto documentos y publicaciones de interés en este ámbito.

Entre otros: José Manuel Arroyo Cobo (coord.), *Atención primaria de la patología psiquiátrica dual en prisión*, Grupo de Trabajo sobre Salud Mental en prisión (GSMP), Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP) y Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), 2006, www.sesp.es; M^a Isabel Mora Grande, *Modelo de atención sanitaria en las prisiones ordinarias. Diferencias en la coordinación en Andalucía y en la asunción de responsabilidades de las Administraciones implicadas*, Asociación ProDerechos Humanos de Andalucía (APDHA), 2008, www.apdha.org; M^a José Bartolomé Sanz y Manuel Roca Poveda, *Intervención penitenciaria con discapacitados intelectuales. El Módulo de discapacitados del Centro Penitenciario de Segovia*, Ministerio del Interior, Secretaría

⁴³ Agustín Huete García y Eduardo Díaz Velázquez (coords.), *Las personas con discapacidad en el medio penitenciario*, CERMI y Ediciones Cinca, Madrid, 2008, p.48.

General de Instituciones Penitenciarias, 2009; VV.AA., *Guía para la Promoción de la Salud Mental en el Medio Penitenciario*, Ed. Ministerio del Interior, Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2011; Cristina Iñigo e Iñaki Márkez (coords.), *Guía de atención primaria de la salud Mental en prisión*, Grupo de Trabajo sobre salud Mental en prisión (GSMP), 2011, www.sesp.es; Informe Extraordinario de la Institución del Ararteko al Parlamento Vasco, *La atención sociosanitaria a la salud mental de las personas privadas de libertad en la CAPPV*, Vitoria-Gasteiz, 2014, www.ararteko.net; Torcuato Recover e Inés de Araoz (coords.), *Las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo ante el proceso penal. Análisis sobre la intervención de la persona con discapacidad intelectual o del desarrollo en el proceso penal y el cumplimiento de condenas y medidas de privación de libertad derivadas de este*, Ed. FEAPS, 2014; VV.AA., *Estudio comparativo de la calidad de vida de los discapacitados intelectuales y del desarrollo en los Centros Penitenciarios de Cataluña*, Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada. Generalitat de Catalunya, 2015, www.cejfe.cat. En el ámbito internacional destaca, de la Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), *Handbook on Prisoners with special needs*, Criminal Justice Handbook Series, United Nations, New York, 2009.

El estudio que hemos realizado contribuye a profundizar específicamente, desde una perspectiva cualitativa e integrada, en el conocimiento de las situaciones de necesidad que los reclusos con discapacidad, psíquica, intelectual, física, sensorial y orgánica, enfrentan.

CAPÍTULO 2

Reclusos con discapacidad psíquica: el itinerario vulnerabilidad personal/exclusión social, enfermedad mental y prisión.

En este capítulo vamos a analizar, a partir de la información obtenida en las entrevistas realizadas a Funcionarios de prisiones, Técnicos de distintos perfiles profesionales que intervienen en Centros Penitenciarios con reclusos con discapacidad y familiares de los reclusos, cuáles son las situaciones de vulnerabilidad y exclusión social previas al encarcelamiento que padecen los reclusos con enfermedad mental, las necesidades y las dificultades que tienen en prisión y los problemas que deben enfrentar con su excarcelación.

1. Factores de vulnerabilidad y exclusión social previos al encarcelamiento.

Las personas con discapacidad psíquica que llegan a prisión tienen una vulnerabilidad muy fuerte, porque no sólo llegan a la cárcel con enfermedad mental sino, también, con otras muchas carencias que una Psicóloga entrevistada, que trabaja con enfer-

mos mentales en un Centro Penitenciario de Andalucía, indicaba con claridad: “*Enfermedad mental, consumo de tóxicos. La familia si existe es desestructurada total, con bajo nivel de estudios, la mayoría de ellos, vamos te enseñe como escriben y si no son analfabetos están rozando. Bajo nivel socioeconómico. Gente que no tiene recursos para pagarse un abogado, una fianza y que no tiene un soporte familiar. ¡La cárcel está llena de desgraciados!*” (Psicóloga Asociación). Estos son, expresados sintéticamente, los principales factores de vulnerabilidad que, encadenados unos a otros, condicionan el ingreso de las personas con enfermedad mental en prisión.

1.1. Variables sociodemográficas: sexo, edad, tipos de enfermedad, certificados de discapacidad, estatus económico y niveles de formación.

El perfil general de los reclusos con discapacidad psíquica que cumple condena en los Centros Penitenciarios españoles es, según los profesionales entrevistados, el de un hombre con *un Trastorno Mental Grave (Esquizofrenia en distinto espectro, Trastorno Bipolar y Psicosis)* de larga duración y que ha sido consumidor de drogas y/o alcohol en algún momento de su vida; es decir, padece Patología Dual (enfermedad mental y consumo de tóxicos).

La Patología Dual está presente en el perfil general de los reclusos con enfermedad mental que hemos entrevistado, aunque también hemos encontrado personas que padecen *trastornos de personalidad, emocionales y depresiones severas*. Esta última afección, dada la obligación de vivir sin libertad, apartado del propio entorno, encerrado en espacios reducidos y en un ámbito tan duro como el penitenciario es muy común.

Además, están entrando en prisión, “*internos muy jóvenes con brotes por consumo de tóxico reciente, que empiezan con tratamiento antipsicótico -que tiende a cronificarse- y, también, algunos jóvenes con trastorno de déficit de atención e hiperactividad*

(TDH) que están teniendo conductas agresivas con la familia“ (Trabajadora Social de prisiones). No es el perfil general, pero va en aumento. También nos informa una Trabajadora Social entrevistada que el Trastorno Límite de Personalidad, muchas veces asociado al consumo de drogas, es una patología emergente. En relación a este trastorno comentaba que: “Se está definiendo más ahora, no quiere decir que ahora haya más trastornos de personalidad que antes, sino simplemente que antes estas personas han pasado siempre por ser personas conflictivas y es que realmente hay una patología de fondo. Una patología de fondo que no es como la Esquizofrenia, el Trastorno Bipolar o el Trastorno de Ideas Delirantes, que necesita a lo mejor más tratamiento farmacológico. El Trastorno Límite de Personalidad, además de un tratamiento farmacológico para el control de impulsos y una serie de síntomas más así, necesita mucha terapia y eso no lo da la Seguridad Social desgraciadamente porque no dan para más. Y en una prisión, pues imagínate la terapia que te pueden dar para tu trastorno, cero patatero, ¡vamos!” (Trabajadora Social Asociación).

Ya aparece, en esta declaración, la ausencia de tratamiento terapéutico como una importante carencia y necesidad para estos reclusos.

La media de edad de los reclusos con enfermedad mental está, según los profesionales consultados, en torno a unos cuarenta años. Los reclusos/exreclusos que nosotros hemos entrevistado con discapacidad psíquica tienen: los más jóvenes 21 y 28 años; en la edad media que indican los profesionales tenemos un recluso de 39 años y otros de 41, 43, 44, 44; los demás 52, 53; y el de mayor edad entrevistado tiene 59 años. La mayoría son pensionistas, hay muy pocos reclusos con enfermedad mental que no cuenten con algún mínimo recurso o pensión. Este es un avance respecto a lo detectado en el Informe que realizó el CERMI en

2007⁴⁴, dado que desde el Centro Penitenciario si no tienen certificado de discapacidad intentan tramitárselo⁴⁵, como así indica una Trabajadora Social entrevistada con alrededor de veinte años de experiencia en prisión:

- *“Certificado de discapacidad, sino lo tienen se lo intentamos tramitar. Traemos aquí para que lo valoren...son los menos los que no cuentan con algún mínimo recurso de pensión o algo. La gran mayoría superan el 65% de discapacidad. La pensión más pequeña son 360 euros, les permite sobrevivir aquí en prisión, los gastos mínimos de aquí”* (Trabajadora Social de prisiones).
- *“Todos, la mayoría tienen la tarjeta de discapacidad y casi todos están cobrando pensión, eso sí te lo puedo decir. Hay una cantidad tremenda y todos tienen discapacidad psíquica...físicos pocos”* (Funcionaria de Servicios de la Administración de prisiones).

No ha sido posible entrevistar a ninguna mujer con discapacidad psíquica. Las mujeres representaban en 2016, el 7,64% del total de la población penitenciaria (Véase Tabla 1), una minoría bastante invisibilizada. En el caso de las mujeres con discapacidad, hemos comprobado en la información que un Centro Penitenciario nos ha mostrado sobre personas con discapacidad internadas en el mismo, que no aparecían registradas en las plantillas que, trimestralmente, los Centros Penitenciarios elaboran con datos sobre población reclusa con discapacidad para la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria.

Las reclusas con discapacidad mental que necesitan atención especial, no pueden recibirla en similares condiciones que los reclusos, porque en muchos Centros Penitenciarios, el Módulo de

⁴⁴. Agustín García Huete y Eduardo Díaz Velázquez (coord.), opus cit.

⁴⁵ Entre los objetivos del Programa de Intervención con discapacitados puesto en marcha por Instituciones Penitenciarias está este logro.

mujeres es un Módulo único y no tiene Enfermería⁴⁶; así lo aclara el siguiente entrevistado ante la pregunta sobre si hay mujeres con discapacidad en el Centro Penitenciario: *“Ese es otro problema que hay porque en el Departamento de mujeres, es un Departamento único, ahí no hay Enfermería de mujeres (y no podemos traerlas aquí) y ahí tenemos cuadros de mujeres que, efectivamente, tienen su patología mental”* (Médico de prisiones)

Mujeres con discapacidad psíquica que, como los hombres con esta discapacidad, muchas veces llegan a prisión por haber abandonado el tratamiento, o no haber tenido un seguimiento adecuado del mismo, o por incumplir las medidas establecidas por el juez, o por una descoordinación entre los Servicios de Salud Mental y el Sistema Judicial. Este es el caso de una mujer con enfermedad mental y drogadicción que el Juez decide, ante el delito cometido, que reciba tratamiento ambulatorio por sospechar que el trastorno mental justifica el delito. La enferma que padece Esquizofrenia, después de presentarse por primera vez ante la Psiquiatra de los Servicios de Salud Mental de referencia, no vuelve a consulta, la Psiquiatra envía el obligado informe al juez para comunicarle que dado el estado de la paciente no puede estar en la calle, sino ingresada; el juez decide ingresarla, pero no la envía al Hospital sino a prisión. El Médico de prisiones que se encuentra con esta reclusa, se plantea cómo atenderla en un Centro Penitenciario dónde ni siquiera cuenta con una Enfermería en la que tratar, expresamente, a la reclusa en el estado o fase de su enfermedad con la que llega. Registramos, en el cuadro siguiente, las declaraciones de este Médico (Véase Cuadro Caso nº. 1).

Este Médico nos comentó que la reclusa, además de la Esquizofrenia, tenía discapacidad intelectual, *“el coeficiente intelectual*

⁴⁶ La desigualdad de las mujeres reclusas en la atención sanitaria ha sido objeto de estudio por Consuelo del Val Cid, “Encierro y derecho a la salud” en Consuelo del Val Cid y Antonio Viedma Rojas (eds.), *Condenadas a la desigualdad. sistema de indicadores de discriminación penitenciaria*, Ed. Icaria, Barcelona, 2012, pp. 109-142.

Cuadro Caso nº 1

Caso 1: Uno de los últimos casos que hemos tenido fue curiosísimo, porque viene un ingreso de mujeres y me tocó a mí ese día y me pongo a tratar de sacarle información y no había manera, no me contaba prácticamente nada, nada. Total, que le pregunto eso, que dónde había estado, que si le había visto algún Psiquiatra y a fuerza de indagar y de indagar dice que sí en el Centro de Drogodependencias y tal, y pero si esto es imposible si esto es un cuadro de, pues ya después de dar muchas vueltas y hablar con salud mental y tal, di con la Psiquiatra que la estaba llevando y claro la Psiquiatra se quedó estupefacta cuando dice *¿no me digas que está en prisión?, pero si he hecho yo un Informe al juez con la intención de que la mandaran al Psiquiátrico de [] y lo que menos me podía imaginar yo, es que pudiera estar en la prisión*, claro, pues aquí está. Entonces era una chica que el juez había puesto que tenía que tener tratamiento ambulatorio y claro en cuanto fue al Psiquiatra, al ambulatorio la primera vez ya no volvió, ni volvió al Psiquiatra, ni volvió a tomar tratamiento ni nada, así que claro la Psiquiatra envió un informe al juez diciendo la situación que tenía esta mujer y tal, entonces el juez en lugar de mandarla para el Psiquiátrico, la mandó a prisión y aquí la tenemos. Y *¿qué delito cometió?*, pues no recuerdo ahora mismo, pues fundamentalmente como no cumplía el tratamiento, ella cometería el delito que fuera que no sé cuál era pero vamos un delito de poca monta, entonces el juez determinó que haga el seguimiento en salud mental, pero claro *ella en la calle pues dejó de ir al Psiquiatra, dejó el tratamiento, lo dejó todo*, entonces claro como el Psiquiatra tiene que informar al juez, pero claro *la Psiquiatra lo hizo diciendo que ella entendía que tenía que estar ingresada, por lo menos durante la fase que, pues cogió y cómo había incumplido la medida que tenía, pues a prisión* y aquí te encuentras casos como estos que dices y *que hago yo, en el departamento de mujeres que ahí sólo hay nada más que las celdas correspondientes igual para todas* (Médico de prisiones)

también por debajo de, que también es otro problema añadido” (Médico de prisiones).

El escaso nivel de formación, también, es una variable que caracteriza a la población reclusa con discapacidad psíquica. Las dos causas explicativas son, generalmente, por un lado, la temprana edad de aparición de los Trastornos Mentales Graves; como indica una profesional entrevistada, *“la Esquizofrenia aparece en la edad de la adolescencia y hay un abandono de los estudios, dentro del abandono en general de todo”* (Trabajadora Social Fundación). Por otro lado, esta variable también encaja con el perfil general existente de la población reclusa que proviene de familias con bajo estatus socioeconómico. De ahí que, actualmente, sorprenda a los mismos funcionarios, el ingreso en prisión de gente muy joven que apenas sabe escribir: *“tú ves una población...con un índice de analfabetismo que tú dices ¡cómo es posible!...¡Dios mío!, que todavía hay gente, y gente muy joven, que no sabe apenas leer ni escribir y que ni siquiera tiene los estudios primarios completos...llama la atención sobre todo en las mujeres”* (Trabajadora Social de prisiones).

Todo ello confirma, para nuestra población objeto de estudio, lo que ya han indicado otros autores, que *“el proceso de criminalización, se encuentra condicionado en cada una de sus etapas por variables sociales, culturales y económicas cuyo resultado último será que la inmensa mayoría de las personas que se encuentran en prisión se acaben reclutando de entre unos cuantos miles de familias que arrastran una larga historia de pobreza y exclusión social”*⁴⁷. Cuando se trata de enfermos mentales, en este proceso se encuentran también implicados otros factores de carácter socio-sanitario, que tratamos seguidamente.

⁴⁷ Pedro Cabrera, “Cárcel y exclusión” en Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, MTAS, Madrid, nº 35, 2002.

1.2. Deficitaria atención sanitaria e intervención institucional anteriores al ingreso en prisión.

Este primer caso expuesto, nos permite plantear el hecho de que, la falta de recursos, la no detección de la enfermedad, la inadecuada o insuficiente atención, la no adherencia al tratamiento, la inexistencia de seguimiento del mismo, o las dificultades que los Servicios de Salud Mental puedan tener, en un momento dado, con estas personas, constituyen factores de vulnerabilidad determinantes en el hecho de que muchos enfermos mentales acaben ingresando en prisión.

Esta variable es clave para todos los profesionales que intervienen y trabajan en el medio penitenciario:

- *“Hay datos que nos dicen que casi el 65% de pacientes que ingresan en prisión no estaban adecuadamente atendidos en los medios comunitarios”* (Responsable Fundación).
- *“El paciente excluido que acaba aquí, acaba aquí porque el sistema de la comunidad ha fracasado. Eso no les gusta que se les diga, pero si aquí entra un esquizofrénico, entra porque comete un delito, pero la mayoría de las veces comete un delito, porque el sistema de la comunidad ha fallado su atención y viene del cierre de los manicomios que evidentemente en los años 80 había que cerrarlos, pero con una alternativa a eso que no estaba desarrollada y que no se ha podido desarrollar porque es caro. Porque en ese momento se piensa ¡no, el paciente mental es igual que cualquier otro, no puede estar recluido, no puede estar en una institución que es degradante; perfecto, ¡tiene que estar bajo el cuidado de la familia y por la red asistencial tal, pero es que el paciente con una enfermedad mental o el paciente toxicómano, no es un paciente con una fractura de fémur o con un infarto de miocardio”* (Médico de prisiones).
- *“Sobre todo, por falta de recursos previos porque o no se le ha detectado la enfermedad o no adherencia en su momento, y*

los servicios sanitarios fallaron. Muchas veces lo que pasa con la enfermedad mental es que hay un tirar la pelota de un sitio a otro, entonces va a un centro de salud, tiene cierta atención, puede que haya ido a una Entidad o no se enganche o se enganche. En un momento determinado, no tienen ese tratamiento continuo que necesitarían y llegan, a veces, al delito... al final el Centro Penitenciario sin ser un recurso sanitario, se convierte también como en un medio para hacer cierta atención” (Coordinadora Federación Asociaciones).

Los insuficientes recursos sanitarios, sociales e institucionales existentes para la atención de los enfermos mentales es un déficit cuya responsabilidad se ha trasladado de las antiguas instituciones psiquiátricas a las familias. Pero, a estas familias se las deja solas y en la mayoría de los casos, se ven incapaces de asumir esta función. Además, como el resto de la población penitenciaria, los reclusos con discapacidad también pertenecen, mayoritariamente, a familias con escasos recursos económicos, bajos niveles de formación y fuertemente desestructuradas. Así nos transmite esta situación un funcionario de prisiones: *“No hablan mucho de las familias pero, por lo general, hay problemáticas familiares muy, muy complejas en todos, pero sobre todo en la gente con algún tipo de trastorno... te cuentan cosas por ahí extrañas del padre, de la madre, de no sé qué o de violencia o de tal, familias muy desestructuradas, entonces, a veces, dices, ¡ah! ahora me explico algo”* (Funcionario de Vigilancia Unidad Terapéutica Educativa).

1.3. Falta de apoyo familiar y/o incapacidad de la familia para afrontar la problemática generada por la atención a un enfermo mental.

Distintos perfiles de profesionales entrevistados han coincidido en que muchos de estos reclusos cuentan con poco apoyo familiar y éste es un factor de vulnerabilidad muy importante que apa-

rece antes de entrar en prisión, durante la estancia y, también, les afectará en el proceso de reincorporación social posterior: *“Está muchas veces la enfermedad mental y la exclusión social. Muchas variables: consumo, estar sin apoyo, sin acogimiento ni familiar ni institucional, entonces la cárcel es el recurso”* (Psicóloga Asociación).

La problemática que viven los familiares que se hacen cargo del cuidado de sus seres queridos enfermos, sin contar con recursos, ni apoyos institucionales suficientes para ello, es tremenda. El desconocimiento de la enfermedad, de cómo afrontar los síntomas o la impotencia ante la conducta del hijo/a hacen que, desbordados y agredidos, acaben por denunciar:

- *“Hay familias muy quemadas, que no saben qué hacer y el mensaje, ya no sólo por el sistema, sino también por nuestra parte cuando no podemos hacer más es: denuncia, denuncia, denuncia. Porque no pueden manejarlos y a lo mejor ya está corriendo peligro la vida de cualquiera de los miembros de la familia o la del propio enfermo y eso hay que protegerlo, entonces la recomendación, el asesoramiento es por esa vía”* (Trabajadora Social Asociación).
- *“La enfermedad mental grave es crónica, la familia normalmente acaba por no tener capacidad para asumirlo y los recursos que hay en la comunidad son muy escasos, con lo cual acaba debajo de un puente, entre comillas, o más o menos tal, acaba delinquiendo y acaba aquí”* (Médico de prisiones).
- *“Madres pasándolo fatal que las tenemos aquí. También las atendemos, llorando porque ni siquiera pueden ir a verlos a la cárcel, porque hay una orden de alejamiento vigente, no pueden ni por cristales, ni escribirlos, ni...denuncian, en el mejor de los casos le ingresan tres días en la unidad de agudos y no pasa nada más. Pero, cuando sale de la unidad de agudos no*

puede volver a su casa, porque hay una orden de alejamiento vigente ¿dónde va a vivir? A la calle, más marginación, eso es lo típico” (Psicóloga Asociación).

Los delitos más comunes cometidos por los reclusos con discapacidad mental que hemos entrevistado y, en general, de los atendidos por los profesionales y técnicos consultados, se dan en el ámbito familiar, como indican dos Trabajadoras Sociales:

- *“A la enfermedad le sumas el tema de las drogas, pues ya sabes, robo, lesiones o problemas con la familia, en el ámbito familiar, violencia de género, que es la mayoría de los casos. Porque claro, entre unas cosas y otras, los que sufren más son los que los tienen más cerca, los padres, los hermanos” (Trabajadora Social de prisiones).*
- *“Los más comunes son en el ámbito familiar, típico, típico, típico es enfermo mental que abandona el tratamiento, que además está consumiendo, que la madre ya está desesperada que no sabe qué hacer, que de repente el Psiquiatra de Salud Mental o el abogado o alguien le dice lo mejor que puede hacer es denunciarlo, porque así el juez lo manda a un centro (centros inexistentes, claro) y donde acaba es en prisión” (Psicóloga Asociación).*
- *“La mayoría están por robo, atentados contra la autoridad para conseguir dinero para drogarse, por quebrantamiento de órdenes de alejamiento” (Trabajadora Social Asociación).*
- *“Luego tenemos algunos con cosas gordas, que en esa descompensación han ido a pedir dinero a la madre y la matan o al padre, pero vamos estos acaban todos en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de... suelen estar con nosotros mucho tiempo, porque tarda dos años en salir del juicio preventivo, entonces están con nosotros en...pero cuando sale el juicio los tenemos en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de” (Psicóloga Asociación).*

Generalmente, son delitos del tipo haberse saltado una orden de alejamiento, robo, agresiones, abuso sexual, pero no son delitos como el homicidio. Destacamos esta cuestión, porque el estigma de la peligrosidad del enfermo mental afecta intensamente al recluso a lo largo de su vida, dentro y fuera de prisión: *“Cuando un enfermo mental comete un delito de homicidio, por ejemplo, desgraciadamente la prensa se ceba: ¡un esquizofrénico ha matado a su madre!, entonces ya unes, desde el punto de vista del estigma, la palabra esquizofrénico con el asesinato y, además, un asesinato escabroso”* (Responsable Fundación). Sin embargo, a pesar de la resonancia de estos casos de homicidios cometidos, por ejemplo en España, por enfermos de Esquizofrenia, sólo el 3% de las personas con enfermedad mental comete actos violentos por culpa de su enfermedad, cuando no reciben el tratamiento adecuado⁴⁸. Y de los, aproximadamente, 1.800 asesinatos cometidos cada año en España: sólo el 0,7% (12,6) son cometidos por personas con enfermedad mental; 1.787,4 son cometidos por personas “normales”⁴⁹.

La familia también sufre, ante la difícil situación que viven los enfermos, cuando son retenidos en los calabozos de la Guardia Civil o de las Comisarías de Policía a espera de juicio. Por un lado, las condiciones de habitabilidad del calabozo, los detenidos duermen en una colchoneta; por otro, si no tienen familiares que les lleven la medicación, muchos de ellos no la toman y, en tercer lugar, por el estado físico y mental en el que llegan estas personas al juicio (incluso los que han podido tomar la medicación) después de dos días en el calabozo. Los mismos profesionales de las Fuerzas de Seguridad no entienden como se les mete allí.

Así nos explicó esta problemática, la hermana de un recluso con Esquizofrenia:

⁴⁸ Vid., José M^º Monge, contra el estigma que asocia enfermedad mental con peligrosidad. Salud Mental España, www.saludmental.org.

⁴⁹ Vid., Conclusiones de las Jornadas “Personas con enfermedad mental en régimen penitenciario”. ASAV-Salud Mental Madrid, 2008.

- *“La policía misma le daba lástima meterlo en el calabozo y me llamaron a mí y mucho dolor, dejarlo allí, irte tú, después estuvo dos días en el calabozo, decían que el juicio era a la otra mañana. Ahora voy a la otra mañana y me dicen que no que es a la mañana siguiente entonces claro él cuando llegó al juicio iba dislocao... ¿Porque estaba sin la medicación?, yo se la llevaba, yo pedía permiso y le sacaban y se la daba, sí eso no le faltó”* (Hermana recluso con Esquizofrenia en libertad condicional).
- *“La impotencia de verse encerrao, la impotencia de verse hecho pipí porque él tenía problemas de próstata y tenía hasta que llevarle ropa seca al cuartel de la Guardia Civil...”* (Hermana recluso con Esquizofrenia en libertad condicional).
- *“Al juicio llegó pidiéndole la chapa a la jueza y to, pero vamos que eso es que es una cosa que es que es así, loco perdío”* (Hermana recluso con Esquizofrenia en libertad condicional).
- *“Me dijo el Guardia Civil...no se preocupe usted, le hemos puesto dos colchonetas para que esté cómodo y luego a las 7:30 ya estaba yo allí para darle sus medicamentos, a medio-día también por la noche también fui, hasta un policía me dijo que no sabía por qué a estas personas las metían allí”* (Hermana recluso con Esquizofrenia en libertad condicional).

Cuando son detenidos se ponen muy nerviosos; y, en el caso del recluso al que se refieren estas últimas declaraciones, se negaba a meterse en el calabozo.

1.4. Escasos recursos económicos, inadecuada defensa judicial, ausencia de alternativas al ingreso en prisión.

El bajo perfil socioeconómico de los reclusos y de sus familias afecta, según los profesionales entrevistados, al tipo de defensa jurídica que reciben estas personas: *“Es un perfil de un nivel so-*

cioeconómico bajo. En un momento determinado, los que tienen un nivel económico un poco más elevado o de formación un poco más alto, pues, a veces, tienen otro tipo de apoyo, desde la propia defensa; es muy diferente la defensa de un usuario de una manera o de otra, ¿eh?, eso es importante tenerlo en cuenta” (Responsable Fundación).

La inadecuada defensa que, desde el punto de vista jurídico, tienen los reclusos con discapacidad mental es señalada por profesionales, familiares y por los propios reclusos al tratar, en la entrevista, otras cuestiones. En muchos casos, el abogado de oficio llega diez minutos antes del juicio, sin haber conocido ni hablado con el imputado previamente:

- *“Pero es que el abogado de oficio...ni habló conmigo antes”* (Recluso con Esquizofrenia en libertad condicional).
- *“Yo lo llamaba, mire usted tendrá que ir a la cárcel a hablar con mi hermano, usted no conoce a mi hermano. No, no, no, yo no lo veo conveniente”* (Hermana recluso con Esquizofrenia en libertad condicional).

Por otra parte, los juicios rápidos hacen que los trastornos mentales pasen inadvertidos, se enmascaren con otros síntomas o no se haya tenido en cuenta como eximente, al menos parcial, su discapacidad.

Una necesidad prioritaria es evitar la enajenación inadvertida, tanto en el caso de las personas con enfermedad mental como en el de las personas con discapacidad intelectual. Una cuestión sobre la que alertan también los propios fiscales. En este sentido, Fernando Santos Urbaneja, Fiscal de la Audiencia Provincial de Córdoba y Coordinador del Foro Andaluz del Bienestar Mental, subraya que “cada vez es más usual que, sobre todo, en el caso de discapacitados intelectuales ligeros y con algunas enfermedades mentales cuyos rasgos se enmascaran en el estado emocional extraño que frecuentemente tiene el delincuente no habitual cuando

se encuentra en el Juzgado de Guardia o cuando declara ante un juez. Esta situación, no infrecuente antes de la entrada en vigor de los denominados “juicios rápidos”, puede multiplicarse por diez una vez ha entrado en vigor este modo de enjuiciamiento (28 de abril de 2003), pues las posibilidades de detección o, en su caso, de evaluación, son muy escasas debido a la extraordinaria celeridad del procedimiento. Es un hecho aceptado que un porcentaje apreciable de las personas detenidas que se ponen a disposición del Juzgado de Guardia, padecen algún tipo de discapacidad, anomalía o trastorno mental”⁵⁰.

No obstante, aunque se haya detectado o se tenga constancia de la enfermedad mental porque, como es el caso de los reclusos que hemos entrevistado, todos tienen certificado de discapacidad y otros han presentado en el juicio, informes médicos pertinentes sobre sus diversas patologías, la discapacidad no ha sido eximente de la condena. Esto ha sido así porque el Médico forense ha considerado que el enfermo sabía lo que hacía, o bien porque no establece relación causal con el delito, o ni siquiera en casos de Patología Dual (drogadicción y enfermedad mental), los jueces han considerado estas variables como razón exculpatoria o atenuante. Dos ejemplos de este aspecto, con las respuestas de los entrevistados:

- *“El Médico forense dijo que sabía lo que hacía. Porque le preguntó ¿tú eres capaz de matar a tu mujer?, y él se quedó callao. ¡Por eso sabía lo que hacía!”* (Hermana recluso con Esquizofrenia en libertad condicional).
- *“A pesar de que presentamos todos los informes de que estaba siendo atendido por la Comunidad de Madrid, un organismo oficial ¿vale?, de toxicomanía y que presentamos un infor-*

⁵⁰ Fernando Santos Urbaneja, “Marco legal de las personas con discapacidad en el proceso penal: varias cuestiones relativas a las primeras etapas del proceso” en *Jornadas estatales sobre atención a personas con discapacidad intelectual en centros penitenciarios*, Sevilla 22-24 octubre 2007, Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía, p.53.

me de un Psicólogo que además era del... son los Psicólogos que utilizan los jueces para, digamos para hacer sus peritaciones: no se le consideró el tema toxicológico como para reducir pena. Entonces le metieron la condena entera” (Hermana recluso con Patología Dual -drogadicción y Trastorno Bipolar-).

El certificado de discapacidad no se presenta desde el punto de vista jurídico, sólo se recoge, a tal fin, el informe del forense. Como nos señala un entrevistado: *“el certificado de discapacidad solo se presenta si se solicita por el abogado o por el juez o por el fiscal o porque intuye que puede haber algo...pero no siempre digamos se tiene en cuenta. Y, después, pasa una cosa, nuestros usuarios de salud mental no son lo mismo que la persona con discapacidad física que es evidente, sino que nuestros usuarios de salud mental pueden tener una discapacidad o no la puede tener”* (Responsable Fundación). En otros términos, tiene que haber conexión entre el delito y la enfermedad y esta relación es difícil de demostrar, porque los forenses o los jueces no están justo en el momento del brote para confirmar que la persona no era consciente de lo que hacía o para confirmar que sí lo era, a pesar de su enfermedad o del consumo de drogas, y debe asumir por ello su responsabilidad. El tema de la imputabilidad es complejo en estas personas. Aun así, uno de los principales problemas detectados por los profesionales entrevistados, para que haya un número importante de personas con enfermedad mental en prisión, es que en el proceso judicial no se tiene en cuenta esa discapacidad.

La importancia de que tanto abogados (que, como hemos subrayado, muchas veces llegan diez minutos antes del juicio sin conocer a la persona) como fiscales y jueces tengan conocimiento de lo que es la enfermedad mental, es crucial para que, si se sospecha que la persona haya actuado a causa de su enfermedad, al menos se solicite una valoración forense que pueda ser tenida en cuenta. Por este hecho, organizaciones como la Fundación Manantial, que cuenta con líneas de actuación con reclusos y

exreclusos con enfermedad mental, tiene entre sus objetivos la formación de jueces en los tipos de enfermedad mental⁵¹. Han destacado algunos profesionales y técnicos entrevistados que hay jueces muy receptivos, lo que se ha manifestado, en los últimos años, en experiencias interesantes en cuanto al tema de las sentencias.

Pero, incluso con una sentencia eximente completa o parcial por causa de su enfermedad mental, la persona tiene muy pocas probabilidades de no terminar en la cárcel. Los mismos Jueces preguntan a los profesionales del Tercer Sector por los recursos de Salud Mental disponibles, ¿dónde se le podría ingresar?: no es aceptado en las unidades de agudos de los Hospitales Psiquiátricos porque es un recurso transitorio; en los pocos Hospitales Psiquiátricos existentes no tiene cabida porque no tienen unidad de custodia; no hay plazas en los dos únicos Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios; no hay recursos alternativos. Aunque el juez acepte la posibilidad, la cárcel termina por ser el “Asilo”.

Hecho que ocurre también con las personas que padecen discapacidad intelectual, como decía este mismo entrevistado: *“Cuando empieces a hacer tu estudio, te vas a encontrar con gente que aun teniendo una discapacidad intelectual, ha sido declarado inimputable, pero no lo han enviado a un Centro de Educación Especial”* (Responsable Fundación).

Sin duda, la falta de recursos de atención social está detrás de esta situación. No debemos olvidar, además, que el disfrute de estos dispositivos requiere no sólo que se tenga en cuenta el certificado de discapacidad, sino también el reconocimiento a las prestaciones de la dependencia. Todo ello dificulta el acceso a los pocos recursos sociales disponibles. Obstáculos que las personas discapacitadas con recursos económicos pueden sortear. Por lo tanto, el derecho a disfrutar, según regulan distintas fuentes normativas, de medidas de seguridad alternativas a la

⁵¹ Vid., Javier Pallarés Neila, Luis Miguel Calero Gallo y José M^a López Fernández, *Plan de Atención Integral a personas con Trastorno Mental Grave y persistente en el ámbito penal y penitenciario*, Ed. Fundación Manantial, Madrid, 2011, www.fundacionmanantial.org.

prisión (que requieran estar ingresados -en Comunidad Terapéutica, Centro de Educación Especial, Hospital Psiquiátrico, etc.-, o, en su caso, sin ingreso, medida de seguridad externa como tratamiento ambulatorio, trabajos en beneficio de la Comunidad, etc.) cuando la persona por motivos de su enfermedad, o por su drogadicción haya sido considerada inimputable⁵² es una cuestión, en muchos casos, económica.

Así plantean esta problemática dos Psicólogas:

- *“La pena es que si la persona está ahí por una medida de seguridad y tú le propones al juzgado, hemos tenido casos, por ejemplo, de militares que van no por un régimen de la Seguridad Social, sino el seguro privado que ellos tienen FAES, si han sido maestros los padres y tienen el seguro privado MUFACE, no sé cómo se llama. Por ejemplo, el chico este que tuvimos que estuvo dos días, tú le propones al juzgado de vigilancia mira tiene una plaza en... que hay en... vale 2.000 euros al mes tenerlo allí. Si la familia tiene un seguro (o dinero) y lo ofrecen, la jueza dice sí, sí que se vaya allí y el tío va y se va a los dos días. Pero, el problema es si no tienes dinero, como no hay centros públicos cerrados, pues nada: ¡a la cárcel!”* (Psicóloga Asociación).
- *“Están ahí por una carencia de recursos, no se invierte en políticas sociales, ni sanitarias, ni preventivas, ni paliativas; porque sí, la filosofía está muy bien de cerrar los Centros, pero se lo han dado todo a la familia y... si espera a la Administración, que se quede de brazos cruzados, porque no hay nada”* (Psicóloga Asociación).

⁵² Vid., Artículo 101.1 del Código Penal: “al sujeto que sea declarado exento de responsabilidad criminal conforme al nº 1 del artículo 20, se le podrá aplicar si fuera necesaria, la medida de internamiento para tratamiento médico o educación especial en un establecimiento adecuado al tipo de anomalía o alteración psíquica que se aprecie...”. Y artículo 49 (capítulo tercero) de la Constitución Española que justifica y obliga a los poderes públicos a la prestación de atención especializada a las personas con discapacidad intelectual para el disfrute de sus derechos igual que el resto de los ciudadanos.

Esta situación carencial de recursos socio-sanitarios institucionales para las personas con enfermedad mental y/o Patología Dual que tienen trastornos de conducta y terminan por delinquir, es recogida en un Informe evaluativo del Ministerio de Sanidad realizado en 2003 en todas las Comunidades Autónomas de España y, algunos de cuyos resultados, uno de nuestros entrevistados nos expone: *“¿Existen Unidades de Patología Dual?: no, no, no. Si no tenemos Unidades de Patología Dual ¿estos señores donde terminan?, sino estamos atendiendo a estos pacientes. En el ámbito penal, ¿Existe un Modelo de Atención en Salud Mental Penitenciario que implique a los Servicios de la Red de Salud Mental?, la mayoría te está diciendo que no. ¿Existe algún tipo de continuidad de cuidados entre los Centros Penitenciarios y las Redes de Salud Mental?, no, no, no. ¿En la red hospitalaria convencional se hacen cargo de las medidas de seguridad?, no, no, no, no. Es decir, el 53% te está diciendo no... Por lo tanto, ¿qué hace el Juez?, mire si usted como Comunidad Autónoma yo digo que este señor pudiera tener, porque el forense me ha dicho que este señor pudiera tener, concretamente, un tratamiento externo, pero usted como Comunidad Autónoma no me lo ofrece, pues mire yo le pongo un tratamiento interno o una eximente incompleta, me cargo esto y lo meto en prisión”* (Responsable Fundación).

Muchas personas con enfermedad mental acaban en prisión, porque no han tenido una atención socio-sanitaria apropiada o suficiente. La mayoría de las familias no pueden soportar, por sí solas, los gastos que conlleva el tratamiento terapéutico de estos enfermos crónicos, ni pueden afrontar los costes de una defensa judicial que no sea de Oficio y, por lo tanto, tener unas mejores condiciones en el proceso judicial. Por otra parte, no se permiten procesos de reincorporación social que palién las consecuencias negativas de sus trastornos de conducta y prevengan otras futuras, a través, en su caso, de medidas de seguridad alternativas

a la prisión. Ello requeriría dotación de recursos, por parte de los poderes públicos para habilitar, en el caso de las personas que se encuentren con un brote psicótico, o su conducta pueda resultar perjudicial, o tengan un cuadro de toxicomanía o, simplemente, porque no tengan suficiente capacidad para seguir un tratamiento y requieran de internamiento; Centros Terapéuticos apropiados para que: se les atiendan hasta la compensación de sus síntomas, puedan tener los tratamientos terapéuticos continuados que estos enfermos necesitan y así prevenir que puedan volver a verse en situación de riesgo de encarcelamiento.

En definitiva, un cambio serio en la comprensión de la realidad de estos enfermos y la necesaria puesta en marcha de Políticas de Intervención de distinto tipo con programas intensivos de apoyo. Una entrevistada expresa con claridad esta posibilidad: *“Yo creo que debería existir, por lo menos, un Centro por provincia terapéutico semicerrado de personas que no responden bien al tratamiento y pudieran estar ahí, que ese dinero que se gastan en mantener a una persona con enfermedad dentro de prisión, yo creo que si se gestionara mejor se podría crear un Centro para los casos más difíciles, para situaciones más complejas... y que no sea necesario que les pidan la dependencia que es muy difícil, sin tantas condiciones quiero decir”* (Psicóloga Asociación).

Las entidades del Tercer Sector de la Discapacidad que se ocupan de las personas con discapacidad psíquica, cuyas experiencias de intervención hemos conocido a través del trabajo de campo, intentan cubrir, sin apenas recursos, esta necesidad. De esta manera nos comentan este problema: *“Una vez que están sentenciados, una vez que entras en prisión ¡es tan difícil sacarte!, es más fácil relativamente prevenir que...porque si al juez le dices está este sitio, puede venir aquí...es difícil, porque nosotros lo que tenemos aquí es un Centro de día de 9 a 13:30 o de 10:00 a 17:00 de la tarde y el juez te dice que sí, pero que dónde va a dormir”* (Psicóloga Asociación).

En el ámbito de Andalucía, La Fundación Andaluza para la Integración Social de los Enfermos Mentales (FAISEM), cuenta con un programa residencial que funciona, según las Psicólogas entrevistadas, muy bien: *“FAISEM lo que tiene funciona muy bien, el programa residencial, el programa laboral. Lo que pasa es que las plazas son muy escasas. Los que están ahí están fantástico, pero el problema es entrar”* (Psicóloga Asociación). El problema es que las condiciones que piden es tener concedida la prestación de la Dependencia (un requisito que, en el mejor de los casos, tarda dos años en gestionarse) y, además, las plazas son muy limitadas. Por otro lado, un enfermo mental dependiente que entra y ocupa una plaza con 25 años hasta que no tenga 65, y pueda ser perfil de residencia geriátrica, está ocupando esa plaza, no es una plaza que se mueva. La carencia de recursos impide abrir los Centros que se necesitarían para atender a estas personas; es más, algunos Centros de día se cierran temporalmente por falta de dinero para contratar personal.

El hecho de que no existan espacios para ingresar a las personas que han sido consideradas inimputables por causa de su enfermedad -pero que se les ha impuesto medida privativa de libertad- hace que, a falta de plazas también en los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios, acaben cumpliendo una Medida de Seguridad Privativa de Libertad en los Módulos de Enfermería de los Centros Penitenciarios ordinarios. Cumplir esta Medida, frente a una pena, tiene el inconveniente de que, la primera puede ser revisable y, además, no estás en un centro sanitario en el que puedas recibir el tratamiento terapéutico que tu enfermedad requiere. Con lo cual, las personas con discapacidad psíquica pueden tener problemas de adaptación al entorno penitenciario, recibir partes por los mismos que prolonguen la medida y al no tratarse, adecuadamente, sus trastornos de conducta, verse mermadas sus posibilidades de rehabilitación social. Así expresa esta cuestión, una Funcionaria Licenciada en Derecho: *“La Medida de Seguridad*

Privativa de Libertad se cumple antes que la pena...pero una Medida de Seguridad Privativa de Libertad está condicionada periódicamente, hay que hacer una serie de informes, elevarlos al juez y el juez en base a esos informes le puede suspender la medida, la puede prorrogar ya dependiendo, pero están en una prisión, no están en un centro psiquiátrico...entonces la consecuencia es esa que como muchos de ellos tienen enfermedades mentales están fuera de sí, no saben y cometen un delito” (Funcionaria de prisiones).

Por otra parte, debemos hacer referencia al agravamiento de esta situación de desventaja en el caso de que seas mujer y que se suma a otras que, en el ámbito básico de la atención sanitaria tienen las reclusas como también han mostrado investigaciones previas⁵³. Las mujeres con enfermedad mental, que han cometido un delito, pero que han sido consideradas, por su discapacidad, inimputables y que han sido condenadas a una Medida de Seguridad Privativa de Libertad acaban, sin prácticamente otra opción, cumpliéndola en los Módulos comunes de los Centros Penitenciarios ordinarios, a falta de Módulos de Enfermería para mujeres en la mayoría de ellos y de plazas para mujeres, en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla, que junto al Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Fontcalent en Alicante, es uno de los dos Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios existentes. Recogemos una declaración sobre esta cuestión: *“El Hospital Penitenciario de Sevilla no tiene plazas de mujer, entonces...una mujer tiene que estar en una cárcel ordinaria aunque tenga un trastorno mental grave”* (Responsable Fundación).

Todos los funcionarios y profesionales entrevistados son unánimes respecto a la cantidad de personas afectadas y el significativo aumento de las personas con enfermedad mental internadas en prisión. Exponemos dos manifestaciones que ilustran esta afirmación:

⁵³ Consuelo del Val Cid, opus cit.

- *“Aquí hay mucha enfermedad mental, muchísima, de hecho muchas veces lo comentan los propios internos de que esto es un Psiquiátrico, parece un Psiquiátrico con la cantidad de tratamientos que hay, gente con Esquizofrenia, Psicóticos y, es cierto, que debería haber más Centros Penitenciarios Psiquiátricos; de hecho, el tema de la depresión, si lo consideramos también una enfermedad mental, la mayoría de nosotros la hemos padecido en algún momento de nuestra vida, mucho más aquí. El ingreso inicial es un shock auténticamente, es un golpe”* (Enfermero de prisiones).
- *“Sí, sí, ha habido un aumento, pero ¡vamos!, clarísimo, nosotros antes nos preocupábamos mucho más de otro tipo de enfermedades como era el SIDA, en fin de otro tipo de patologías. Sin embargo, ahora creo que la preocupación mayor es ésta, la de los trastornos mentales, porque ha aumentado mucho”* (Médico de prisiones).

Vamos a analizar, en el siguiente epígrafe, las implicaciones que tiene la prisión para las personas con discapacidad psíquica.

2. Dinámica de la vida en prisión y sus efectos para los reclusos con enfermedad mental.

2.1. El internamiento en el Módulo de Enfermería: compensación de los síntomas, tratamientos recibidos y problemática existente.

El ingreso en prisión supone, para la mayoría de las personas con enfermedad mental si son detectadas, la oportunidad de recibir una atención clínica básica. Dado que llegan, en la mayoría de los casos, según todos los profesionales y funcionarios de prisiones entrevistados: descompensados, sin recibir ningún tratamiento, sin tomar la medicación y con consumo de tóxicos. De ahí

que, aunque para los Psicólogos y Médicos de prisiones sea duro decirlo, de entrada, la persona con enfermedad mental mejora en la prisión, pues tiene la posibilidad de tener una atención clínica, mejor o peor, más o menos, pero toma la medicación (se le da en boca), se ducha, come y duerme.

En este aspecto, explica el siguiente entrevistado: *“Hay personas que obtienen mucho beneficio de estar aquí, pasando por lo más básico, los cuidados, la comida, con un horario, una serie de normas regladas y una cama, ¿no?, y una higiene. Y luego la medicación, porque el que está fuera no se la toma si no hay alguien que, entonces eso sí que es cierto que eso aquí se va reglando y que las personas desde ese punto de vista mejoran...Entonces, hay muchas personas que les viene bien; es decir, es duro decir que te viene bien entrar en la cárcel, pero porque hacemos de Asilo. Pero, no es el recurso apropiado”* (Médico de prisiones).

Por lo tanto, aunque sólo sea físicamente, la prisión de entrada permite que la persona mejore sus síntomas, se compense y se estabilice: *“Al mes ya se puede hablar con ellos”*, dirá una Psicóloga que interviene en prisión a través del Programa Marco de Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios (PAIEM).

Sin embargo, al mes de estar allí, a pesar de esa rutina y esos hábitos, el recluso empieza a deteriorarse, ante la inexistencia de estimulación, tratamiento terapéutico, actividades ocupacionales orientadas a su discapacidad: *“Empiezan a venirse abajo, a no me quiero ni duchar. En la Enfermería les dejan las celdas abiertas y ellos pueden subir, aunque tienen el patio y tal, pues tumbados las 24 horas del día, no tienen interés por nada empieza además toda la fase negativa de la enfermedad, de anhedonía⁵⁴ me dejo llevar y allí como nadie me exige nada, pues se junta el hambre con las ganas de comer, un deterioro tremendo. Gente muy deteriorada,*

⁵⁴ La incapacidad para experimentar placer, la pérdida de interés o satisfacción en todas las actividades, falta de interés por uno mismo, insomnio, pérdida de peso. En fase aguda puede llevar al suicidio, uno de los reclusos entrevistados con Esquizofrenia lo intentó.

muy deteriorada y muy cronificada” (Psicóloga de Asociación).

Esta realidad es objeto de crítica, y fuente de dolor, para los familiares: *“Allí tienen un Médico y un Psicólogo que lo que hacen es intentar que estén tranquilos... lo más tranquilos posible, hasta que salgan. O sea, eso es un almacenamiento de esas personas que están excluidas socialmente y retiradas...que además tienen que pagar... que no saben muy bien qué hacer con ellos hasta que una de dos: se mueran o salgan y vuelvan a entrar a los dos días que es lo que suele pasar con un porcentaje enorme de reclusos”* (Hermana de recluso Patología Dual -drogadicción y Trastorno Bipolar-).

En este último testimonio ya se plantea, veladamente, un importante problema relativo a la medicación, en el que están de acuerdo casi todos los entrevistados, salvo una Trabajadora Social de prisiones (los Médicos no se expresan al respecto). En general, están más medicados de lo que deberían para evitar conflictos:

- *“Claro, por eso es por lo que también se permite “oficiosamente” la droga en prisión. Un patio con un mínimo de droga es llevadero, ves a la gente tranquila, pero en cuanto tú quitaras toda la droga que hay en un Módulo, toda la gente que hay que consume”* (Psicóloga de Asociación).
- *“Allí te van a decir que no, pero yo te digo a ti que sí que prefieren tenerlos tranquilitos, yo he visto gente muy dopada en prisión”* (Psicóloga Asociación).

El 8,70% del gasto total en productos farmacéuticos, realizado en Centros Penitenciarios en 2015, se debió a los neurolépticos atípicos; el 79,71% a los antirretrovirales; el 10,71% al gasto en tratamientos de la Hepatitis C -que ha aumentado en un 50,95%, respecto de 2014-; y el 0,86% restante corresponde a gasto total en vacunas⁵⁵. La mayoría de los reclusos con enfermedad mental están

⁵⁵ Vid., Informe General 2015 de Instituciones Penitenciarias, opus cit., p. 166.

en el Módulo de Enfermería. Durante 2015, se produjeron 21.773 ingresos en las camas de Enfermería de los Centros Penitenciarios, de los cuáles 9.491 fueron motivados por patologías psiquiátricas; es decir, el 45,7%⁵⁶. Aunque, si están compensados, también se les deriva a Módulos comunes y, preferentemente, a Módulos como las denominadas Unidades Terapéuticas Educativas o a los Módulos de Respeto.

En los Módulos ordinarios disponen de unos espacios y se realizan una serie actividades que en Enfermería no tienen:

- *“Solo está el patio, abren a las 9 de la mañana hasta las 13:00, están con el Educador, en su caso, comen, los vuelven a encerrar hasta las 5 de la tarde, otras dos horas de patio y nada más eso. Sí tú no tienes una enfermedad mental, acabas con una enfermedad mental, aparte de que se pasan, pues imagínate de 8 a 8, son 12 horas más las tres, son 15 horas encerrados en un habitáculo muy pequeño y los ratos que están en el patio, y ahí en la Enfermería está constantemente entrando gente, que entra gente muy descompensada: uno oyendo voces, otro tal. Entonces, a ver si tú no estás bien y estás en un entorno de estimulación cero, lo único que haces es ver gente que oye voces, que tal, pues hasta yo caería enferma”* (Psicóloga Asociación).
- *“Tienen poco acceso a actividades, pues no sé, nosotros aquí por ejemplo echamos de menos el que haya algunas Terapias Ocupacionales, porque son personas que llegan aquí a Enfermería y aquí quedan, pero no tienen eso alguien que se encargue de hacerles Terapias Ocupacionales, que tengan talleres, que tengan donde ellos puedan hacer algo y no simplemente ya digo tratamiento Médico y poco más”* (Médico de prisiones).

La ausencia de actividades, ya en sí es un generador de trastornos emocionales, pues como nos han comentado muchos pro-

⁵⁶ Ibidem, p.156.

fesionales de prisiones: *“la prisión vuelve loco a cualquiera”*. En casos extremos, no es infrecuente que se den suicidios, el 23,95% de los fallecimientos en Centros Penitenciarios en 2015 tuvo como causa de la muerte el suicidio (23 personas)⁵⁷. Un problema del que siempre se ha ocupado Instituciones Penitenciarias con su programa preventivo y que preocupa a los funcionarios: *“Si tú no tienes nada que hacer en todo el día, la cabeza ¿ehhh?, hay muchos que se suicidan, yo creo que en este último año ha habido más que en los últimos 10, yo llevo 11 años, y en este último año yo ya he visto 2 suicidios en un año”* (Funcionaria de prisiones).

Esta inactividad, en el caso de la población reclusa con discapacidad mental que toma medicación, que no tiene un nivel de formación como para autogestionarse el tiempo, por ejemplo con lecturas u otra ocupación individual, es, como han mencionado los entrevistados, una situación que les genera un gran deterioro: *“Tienes enfermedad mental, estás en prisión, no ves salida, las horas en prisión se hacen eternas, o sea un día en prisión puede ser como 48 horas en la calle, para ellos el no tener una ocupación, la cabeza la tienen...”* (Funcionaria de prisiones).

De ahí que cuando están compensados, los derivan a Módulos comunes que son más “normalizados”, aun con esta dinámica carencial existente en prisión. No debemos olvidar que la prisión en sí es un espacio de *privación ocupacional*, y eso forma parte de la naturaleza de la institución carcelaria⁵⁸. Una privación ocupacional que va más allá de no hacer nada, sino que la prisión te quita también el desempeño de roles y de ocupaciones con significado identitario, afectivo y existencial, que pueden explicar el rápido deterioro psicoemocional que la persona tiene en prisión y que le lleva a padecer frecuentemente, como poco, un cua-

⁵⁷ Idem, p. 174.

⁵⁸ Véanse ejemplos de privación ocupacional en el espacio penitenciario (gestión económica, ejercicio de los roles familiares, alimentación, actividad sexual, uso de nuevas tecnologías, etc.) en Daniel Emeric Meáulle y Carlos Martín Fernández de la Cueva, “El valor de las ocupaciones en prisión: planteamientos éticos y críticos para una intervención transformadora” en Revista TOG (A Coruña), Vol.10, núm., 17, Mayo 2013, www.revistatog.com, p.12.

dro ansioso-depresivo. Así subraya esta significativa variable, el Terapeuta Ocupacional entrevistado: *“La persona que está en prisión no puede controlar su acceso a determinados contenidos, a determinadas actividades y al desempeño de roles sociales como el ser padre o el ser hermano o el ser hijo, eso no lo puedes tú regular, a no ser un régimen interno que lo regula y eso es una situación que crea privación ocupacional que genera a largo plazo un deterioro psicosocial”* (Terapeuta Ocupacional Asociación).

No hace falta mucho argumento para entender la prisión como un espacio generador de “discapacidad”, puesto que te aparta, desvincula o desarraiga de todo lo que es significativo para la persona. Los efectos desocializadores, psicológicos y físicos, de la prisión en las personas encarceladas son tremendos. Es un patologizante proceso de resocialización o reeducación a la inversa: desvinculación familiar, desarraigo social, privación sensorial, etc.⁵⁹. Circunstancias que pueden generar, con el tiempo, paradójicas inadaptaciones o discapacidades en la persona que, en teoría, es apartada de la vida personal y social para, una vez cumplida la condena, estar preparada para su nueva reinserción social. No es de extrañar, pues, que algunas personas broten o debuten a la enfermedad mental en prisión, como veremos en un momento posterior.

El mayor peligro que, en los Módulos ordinarios, pueden tener los reclusos con discapacidad psíquica es que la medicación es un importante objeto de trapecho en prisión y estos enfermos, sino tienen dinero (peculio) son presionados para que den su medicación a cambio de tabaco, café, etc. Aportamos dos declaraciones sobre esta cuestión:

- *“Entonces cuando están más estabilizados proponemos que estén en Módulos con menos conflictividad (aunque hay algu-*

⁵⁹ Vid., Jesús Valverde Molina, *La cárcel y sus consecuencias*, Ed. Popular, Madrid, 1991.

nos que nos los meten en...) y que no vayan a sentirse presionados” (Psicóloga Asociación).

- *“A ver, una persona con enfermedad mental con mucha medicación en un Módulo normal es objetivo de que todos los presos vayan a...es que la medicación es el elemento de trapicheo, si no tienen peculio, si no les ingresa la familia, pues dame tus pastillas y yo te doy tabaco...los ansiolíticos, algún antipsicótico también, porque bueno si estás drogado, pues estas ya toda la tarde y toda la noche tranquilito. Hay que tener mucho cuidado de a quien mandas y hay que vigilarlo, porque le van a ofrecer de todo” (Psicóloga Asociación).*

Por otra parte, estar en el Módulo de Enfermería, además de las situaciones que hemos planteado, también tiene conlleva otros problemas, como el hecho de que todos los reclusos estén agrupados, independientemente del tipo de patología que tengan o del delito cometido: *“Es un lugar donde se junta gente con diversas patologías muy distintas, tanto psiquiátricas como físicas, todo mezclado en un mismo sitio y claro para una persona que está en una fase aguda de la enfermedad mental es difícil de llevar... muchas veces, sino se controla mucho, pues acabas en una cama atado hasta que se te pase el brote, hasta que se te pase el malestar, sin bajar a las zonas comunes” (Terapeuta Ocupacional Asociación).*

La convivencia en celdas grupales (brigadas) o celdas pensadas para una persona pero ocupada por dos, puede ser difícil si colocan a dos personas con patologías mentales divergentes. Así expone la problemática una entrevistada: *“En las celdas están dos, aunque están pensadas para uno, están dos literas y claro muchos están descompensados, entonces metes dos personas en un espacio reducido, con problemas psiquiátricos y hay muchos que no son compatibles entre sí...Entonces suele haber también mucho problema, el funcionario que pone a dos personas juntas*

en la misma celda en Enfermería no tiene en cuenta que periquito tiene un trastorno psicótico y el otro tiene un trastorno de personalidad de no sé qué. No se fijan en eso” (Psicóloga Asociación).

Por otro lado, según un funcionario de prisiones, en Enfermería están más solos, para el interno de apoyo es una carga añadida porque tiene que vigilarle y, además, sufren el rechazo de los demás reclusos ya que hay un estigma asociado al ingreso en este Módulo, por considerarse que es el sitio de los locos y que estos pueden ser peligrosos cuando se reincorporan al Módulo ordinario: *“La gente con más discapacidad yo creo que se sienten más solos en Enfermería y, por lo general, no les suele gustar, se lo suelen tomar como un castigo. Que, por ejemplo, es una baza que, a veces, juegan, joye como sigas así te vas a Enfermería una semana!, porque la Enfermería no les gusta. La asocian con el sitio de los enfermos, de los locos y con el sitio de tal. Tienen un interno de apoyo, pero este tiene a otros y si tú has venido de paso, porque te has portado mal en tu Módulo encima te tengo que aguantar, entonces no te hago mucho caso. El interno discapacitado yo creo que siente que allí no le hacen caso, que está más solo y en el Módulo normal es más protagonista de su, está más a su aire, más escuchado” (Funcionario de Vigilancia Unidad Terapéutica Educativa).*

La soledad y desatención de los reclusos con discapacidad psíquica en el Módulo de Enfermería también es subrayada por Psicólogas de Asociaciones entrevistadas, como recogemos en las siguientes declaraciones:

- *“Ellos demandan mucho, se sienten desatendidos y es que es la realidad” (Psicóloga Asociación).*
- *“Hay funcionarios que se pasean por los Módulos, que es lo que tienen que hacer, pero ellos tienen la garita y hay algunos que se quedan ahí encerrados y ya se pueden pudrir que... Nosotros pasamos por Enfermería y no pasan muchas cosas no sé por qué, porque están allí solos” (Psicóloga Asociación).*

Respecto al estigma y su consecuencia, el rechazo de los demás, es otro lastre que arrastran estos reclusos: *“Ahí muchas veces lo que encuentran es el rechazo de los demás compañeros. Si viene de Enfermería porque es joven, o sea que no viene de Enfermería porque es anciano o porque se haya roto una pierna o por lo que sea, es que es un loco... hay muchos celos de los que salen de Enfermería, porque están locos y no vaya a ser que pase aquí algo”* (Subdirectora Médica de prisiones).

Para todos los entrevistados, *“Las Enfermerías de todas las prisiones de España son Psiquiátricos encubiertos. Hemos cerrado los Psiquiátricos, pero hemos abierto las Enfermerías de los Centros Penitenciarios... sin que haya recursos para estas personas, pero como la sociedad no los ve, ni lo sabe”* (Psicóloga Asociación).

El personal sanitario de los Módulos de Enfermería se enfrenta, como puede, al volumen de personas con enfermedad mental que deben atender en el Módulo y a la carencia de recursos con que deben hacerlo. Para que nos hagamos cargo de esta situación, un Médico de prisiones entrevistado nos pone como ejemplo comparativo, la dotación y el número de personas que se atiende en una Comunidad Terapéutica dependiente de un Hospital Clínico, un centro de media-larga estancia para personas que tienen una enfermedad mental y que necesitan durante un periodo de tiempo una rehabilitación.

En una Comunidad Terapéutica puede haber como quince o veinte residentes que duermen allí y pueden tener luego ingresados fuera, pero externos, es decir, que van a talleres por la mañana o que van a sus consultas clínicas otros veinte o treinta que no duermen allí. Según nos informa este Médico, podemos estar hablando de cuarenta pacientes o así, con una dotación para atenderles, en la Comunidad Terapéutica que él conoce, de: tres Psiquiatras, tres Psicólogos clínicos, cuatro o cinco Psicoterapeutas de distinto tipo, personal de Enfermería dividido por

turnos en orden de dos, tres o cuatro Enfermeros, cada turno mañana, tarde y noche y, además, en un entorno hospitalario; es decir, solo para atender lo que es la parte de Terapia y de Rehabilitación en enfermedad mental, el resto de cualquier complicación o patología que pueda haber la asume el resto del hospital. Pues, esta dotación contrasta con la que este Médico de prisiones cuenta para atender un volumen superior de personas con enfermedad mental, de treinta a cuarenta personas, en una de las dos alas del Módulo de Enfermería del Centro Penitenciario en el que trabaja. Treinta o cuarenta personas en un ala, más veinte o treinta con distintas patologías en la otra. La dotación de personal que tienen es de: un Médico de atención primaria; un Psicólogo que es el mismo Psicólogo jurídico-social que se encarga de todas las demás funciones asignadas por la Junta de Tratamiento, pero que no imparte terapia porque los Psicólogos de prisiones no son Psicólogos Clínicos; y un Psiquiatra que va una vez al mes. Estas son sus palabras:

- *“Aquí estás en una Enfermería dividida en dos alas, en este ala tienes alrededor, no sé cuántos tiene ahora, pero entre treinta o cuarenta, en la otra como veinte o treinta, bien, aquella ala prácticamente entera es de pacientes con enfermedad mental grave, pacientes de espectro esquizofrénico compensados, porque los que están en la Comunidad Terapéutica también están compensados sino no están allí, sino están en una unidad de agudos, en una unidad de corta estancia, están en otro sitio; la dotación que hay para esa Enfermería es de un Médico asignado y de un Psicólogo que tienen tareas aparte de...¿vale?, viene un Psiquiatra consultor una vez al mes y con eso cubrimos la misma rehabilitación que hacen ellos en el exterior. ¡No sé si te vale el ejemplo”* (Médico de prisiones).

La implantación del Programa Marco de Atención Integral a Enfermos Mentales en prisión, no ha supuesto una asignación pre-

supuestaria o de dotación de personal paralela, sino que se les ha encargado al personal psico-sanitario del Centro Penitenciario y a las pocas Asociaciones del Tercer Sector que van tres horas semanales. De ahí que este Médico, y otras personas entrevistadas, no dejen de insistir en la carencia de medios como una dificultad añadida para realizar su trabajo y atender, particularmente, a estos pacientes:

- *“Llevo más de 25 años aquí, se ha mejorado muchísimo, pero falta un montón más por hacer, entiendo que eso es un tema presupuestario, un tema de recursos y no tienen recursos fuera, estas unidades de las que te hablo se quejan de falta de recursos, porque claro hacer una rehabilitación en una enfermedad mental no es nada fácil, es muy caro, que a toda esta gente la tienes que tener ocupada continuamente, entonces ¿qué necesitaríamos?. Necesitaríamos profesionales especialistas en salud mental, nosotros somos Médicos de familia, aquí no hay ningún Psiquiatra de plantilla”* (Médico de prisiones).
- *“De hecho el PAIEM cuando...el Médico que lleva esto, suele ir a Zaragoza que hacen unos cursos, todos los profesionales se quejan de lo mismo, es un programa que queda bien, que la Institución lo plantea, que hay que atender a estas personas, ¡bien!: dame medios”* (Psicóloga de prisiones).
- *“Las prisiones son como minipsiquiátricos, no hay sitio en el Psiquiátrico, hay pocos Psiquiátricos, entonces están aquí en un Módulo como si fuera un pequeño Psiquiátrico. Pero, realmente, la atención que necesitan a todos los niveles no existe: no hay un Terapeuta Ocupacional, no hay un Psiquiatra continuo, etc.”* (Psicóloga de prisiones).
- *“En una prisión, pues imagínate la terapia que te pueden dar para tu trastorno, cero patatero, ¡vamos! específica para eso, ¿eh?, que hagan tallercito para habilidades sociales, pero terapias nada de nada”* (Trabajadora Social Asociación).

La situación es muy precaria, pocos Centros Penitenciarios tienen un Psiquiatra contratado. En uno de los Centros Penitenciarios donde hemos hecho trabajo de campo, el Psiquiatra que visita, atiende voluntaria y altruistamente como un favor a los compañeros del Centro Penitenciario, nos explica la Subdirectora Médica: *“Vienen gratis y sacando el tiempo fuera de su trabajo, porque claro pedimos consulta al Psiquiatra para una persona que está muy descompensada, que a lo mejor ha salido de agudos y necesita una revisión ya. Nosotros somos Médicos de familia y, a veces, se nos escapa la situación, pero como está la cosa así nos pueden dar cita, dentro del cupo, para dentro de seis u ocho meses, la persona no puede esperar, entonces viene un Psiquiatra aproximadamente una vez al mes. Pero viene por amistad, porque nos conoce desde hace mucho, de hacer cursos y de más. Le llamamos y le decimos: mira ya tenemos a varios y ellos hacen un esfuerzo y vienen expresamente. Ellos vienen haciéndonos un favor a nosotros”* (Subdirectora Médica de prisiones).

En el caso de Andalucía, nos indican que sólo hay Psiquiatra en plantilla, en un Centro Penitenciario, pero porque el Centro le ha contratado: *“Lo bueno de...es que el Psiquiatra va tres veces al mes...claro, porque lo paga la prisión, la prisión tiene dedicado un presupuesto al Psiquiatra”* (Psicóloga Asociación). En los demás Centros Penitenciarios de dicha Comunidad, según la información obtenida en el momento de realizarse el trabajo de campo, el Psiquiatra, en general, va a ver: primeros ingresos que tienen duda los Médicos o personas que han dado mucho la lata y están descompensados.

En el caso de los primeros ingresos, cuando no va el Psiquiatra, el Médico de prisiones prescribe al recluso una medicación para compensar sus síntomas, la que considera pertinente, aunque luego el Psiquiatra les cambia y eso no siempre es bien recibido por los reclusos que, como dice la siguiente entrevistada, se sienten como “conejiillos de indias”: *“En general, cuando ellos*

llegan los sobre medican, los reclusos dicen yo tomo esto o lo otro, pero algunos no saben ni lo que toman. Además, hasta que no llegan los informes, el Médico te pone lo que considera y luego cambian, se quejan mucho también de esas cosas: del trato. Se consideran, muchas veces, como conejillos de indias. Pero, es un poco también por eso, hay un Psiquiatra que va una vez al mes y tiene que ver, no puede ver a mil personas, imposible. Algunos meses no va, porque también ha habido restricciones” (Psicóloga Asociación).

Como hemos mencionado, no hay Psiquiatras en plantilla: o van por solidaridad o la propia prisión contrata a uno para que vaya de vez en cuando. Esto, incluso en el mejor de los casos, no es suficiente, porque hablamos de un Psiquiatra para prisiones que pueden llegar a tener 1.800 reclusos; que no son personas con Trastorno Mental Grave, sino mucha gente que, dado todo lo que implica estar preso, necesita tratamiento psiquiátrico por ansiedad y depresión. Recogemos un testimonio más sobre esta cuestión, una Trabajadora Social que trabaja también en un Centro Penitenciario de Andalucía que actualmente tiene 1600 reclusos: *“El Psiquiatra va una vez al mes, viene sólo uno y viene cuando lo derivan”* (Trabajadora Social de prisiones). Según indica el Informe del Defensor del Pueblo 2013, esta situación se da por la cancelación de convenios entre el Ministerio del Interior y la Consejería de Salud, en cuyo marco, especialistas en Psiquiatría atendían a los reclusos aquejados de estas patologías⁶⁰. Igualmente, ya hemos hecho referencia, en el capítulo primero, a que en Navarra se daba la misma situación, prestándose esa asistencia a través de los Centros de Salud Mental⁶¹.

En los Centros Penitenciarios de Extremadura y Madrid, la situación es similar en cuanto a la inexistencia de recursos tera-

⁶⁰ Defensor del Pueblo de España, *Informe Anual a las Cortes Generales 2013*, opus cit., pp. 145-146.

⁶¹ Informe General de Instituciones Penitenciarias 2013, opus cit., p.240.

péuticos y personal específico que preste tratamiento terapéutico para mejorar los síntomas de la enfermedad y una preparación para su rehabilitación psicosocial. El rasgo diferencial es que, en el primer caso, hay un convenio de colaboración con la Junta de Extremadura por medio del cual se establece la contratación de un Psiquiatra que visita, al menos, una vez al mes.

En el caso de Madrid, también hay distintas situaciones según Centros Penitenciarios, pero con el mismo patrón de precariedad asistencial que en todos. Por un lado, Centros Penitenciarios con una población reclusa en torno a 1500 personas, en los que el Psiquiatra va una tarde a la semana para atender en consulta a los internos remitidos por el Médico de prisiones: *“El Psiquiatra va a pasar consulta creo que es una tarde a la semana y pasa consulta a todos los internos de la prisión que han sido remitidos por el Médico. Yo sé que éste va una vez, una tarde a la semana no sé si va a más prisiones, pero claro a gente de todo el Módulo. Mi prisión tiene en torno a 1.500 internos”* (Funcionario de Vigilancia Unidad Terapéutica Educativa).

En la Unidad Terapéutica y Educacional (UTE), nos comenta este Funcionario hay más perfil de personas con drogodependencia que con discapacidad; pero, existe, al menos en el Centro Penitenciario de Madrid en el que él trabaja, al lado de este Módulo, otro separado en el que se ingresan personas con otras discapacidades mentales e intelectuales, un poco cajón de sastre, según este entrevistado: *“La UTE es un Módulo pequeñito y en otro Módulo pequeñito al lado separado, es el Módulo para personas con discapacidad, retraso mental, etc., es un poco cajón de sastre, ¡ojalá fuera más específico!”* (Funcionario de Vigilancia Unidad Terapéutica Educativa).

Por otro, Centros Penitenciarios de Madrid en los que este servicio se intenta cubrir, como nos indica una Funcionaria de Administración, con voluntariado: *“Hay un chico que ha llegado nuevo este año que es Psiquiatra y está por una ONG, no está contratado por el personal”* (Funcionaria de prisiones).

Respecto a los Psicólogos en plantilla de los Centros Penitenciarios que podrían realizar esta labor de tratamiento terapéutico, actividades grupales y otras relacionadas con la psicoeducación tan importante para estos enfermos, debemos decir que no tienen el perfil necesario para ello. Los Psicólogos de prisiones son, en términos utilizados por los profesionales entrevistados, Psicólogos Jurídico-sociales no son Psicólogos Clínicos: *“No hay en plantilla ni Psiquiatra, ni terapia psicológica. Los Psicólogos no son clínicos, son Psicólogos Jurídico-sociales”* (Médico de prisiones). Su función principal es elaborar informes, hacer entrevistas en el ingreso, otras para ver si se les puede dar un permiso, si están en condiciones de progresar de Grado, etc., pero no intervienen terapéuticamente. Una Psicóloga de prisiones nos comentó que, en esta línea de actuación, sólo llevaba el programa antisuicidios y realizaba alguna terapia individual que consistía en hablarles en algún momento, preguntarles que tal están, poca cosa más. Teniendo en cuenta, dado el volumen de trabajo “burocrático” que hay en los Módulos con, al menos, cien reclusos en cada uno de ellos y que, en general, hay un Psicólogo o Psicóloga por cada dos Módulos, es imposible que puedan hacer otra cosa que el seguimiento de sus condenas.

El Programa Marco de Atención a los Enfermos Mentales en prisión (PAIEM), no prevé la asignación ni siquiera de, al menos, un Psicólogo Clínico para atender a los reclusos con enfermedad mental, sino que pretende, según la información proporcionada en el trabajo de campo, que los Psicólogos existentes también se hagan cargo de esta tarea. Como nos indica una Psicóloga de prisiones entrevistada, respecto a lo que necesitan los reclusos con enfermedad mental y a su propia precariedad de medios:

- *“Más intervención, mejores espacios, más profesionales. De hecho aquí en esta prisión, en esta Enfermería es un hándicap porque la distribución que tiene es una mezcla entre los centros antiguos y los que hay ahora y tal, y entonces es un*

espacio muy reducido, es un espacio nada terapéutico” (Psicóloga de prisiones).

- *“Pedimos muchas veces que personas que tienen dificultad de adaptación en la calle, aquí se adapten mucho más, no puede ser. Les pedimos: que no terminen afectados, que se tomen la medicación, que cumplan las normas y que luego, cuando vuelvan a la calle, que estén perfectos. Lo que tú no harías suponiendo que estemos sanos, con nuestras dificultades cada cual, les pedimos eso... ¿cómo lo hacemos?, pues, además, sin personal. ¡Eso no puede ser!. En prisión, en casi todos los Centros, la dificultad es la misma. De hecho el PAIEM... todos los profesionales se quejan de lo mismo, es un programa que queda bien, que la Institución lo plantea, que hay que atender a estas personas, ¡bien, dame medios!” (Psicóloga de prisiones).*
- *“¿Por qué están en prisión?, porque no hay hueco en el Psiquiátrico, y porque están aquí, que no deben estar, no tienen ni siquiera las oportunidades que tendrían donde deberían estar” (Psicóloga de prisiones).*

Esta Psicóloga nos plantea, en otro momento de la entrevista, que ella considera que los reclusos con enfermedad mental son diferentes, pero siempre en sentido desventajoso: *“Sabes que pasa que son diferentes, pero siempre en plan desfavorable, ojalá pudieran ser diferentes, pero para que la diferenciación fuera: que tuvieran mejores cuidados, más atención, más actividades, que tuvieran esa cuestión pero a nivel positivo de más atención, no, no, al contrario... Les pides que hagan una vida normal en prisión, que ya no es normal, porque la vida en prisión es la vida en prisión, tienes tus horarios, tienes tus reglas, tienes una serie de cuestiones que y, además, tienes que adaptarte a toda esta coyuntura de no tener la participación que tienen otros internos en otros Módulos más normalizados, que tienen más ac-*

tividades, que tienen más salidas, que tienen... ¡normalizamos más lo normal y no normalizamos aquello que debe estar mejor atendido!, es un poco la percepción que yo tengo” (Psicóloga de prisiones).

El enlace del recluso con el equipo de tratamiento es el Educador, es quien está allí, el que se mueve por el Módulo, pero ya está. Por lo tanto, el tratamiento farmacológico se convierte, prácticamente, en el único tratamiento que reciben los reclusos con enfermedad mental tanto en el Módulo de Enfermería, como en los demás. Destacar la importante labor de las entidades de Salud Mental Andalucía, pero que realizan con grandes limitaciones. En los casos en los que hay intervención, esta consiste en tres horas semanales, por ejemplo (nos referimos a un Centro Penitenciario concreto) con una terapia con perros y labores en un invernadero. Y en otros, una única Trabajadora Social para cuatro prisiones, dos Centros de Integración Social (CIS) y una dotación de 7.000 euros anuales. Estos profesionales son una pieza clave de intervención, como se subraya en el documento PAIEM⁶², realizan su labor con una gran implicación profesional, por los valores y ética que mueve a todos estos técnicos, pero con escasos recursos y con la incertidumbre que generan contratos de trabajo de seis meses.

La precariedad de medios con la que se intenta prestar atención a estos reclusos con discapacidad psíquica dentro del PAIEM, es subrayada no sólo por parte de las Entidades del Tercer Sector de la Discapacidad, sino por los propios funcionarios de prisiones:

- *“El problema es que son programas de obligado cumplimiento por parte de las prisiones con el personal que ya tienen, pues*

⁶² Dentro del Equipo Multidisciplinar de Salud Mental para atender a los reclusos con enfermedad mental se incluye a los profesionales de asociaciones y ONGs, por la importancia que tienen en las actividades de rehabilitación psicosocial y en las de reincorporación psicosocial. Véase, *PAIEM Renovado. Protocolo de Aplicación del Programa Marco de Atención Integral de Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios*, Ministerio del Interior, Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2013, www.institucionespenitenciarias.es

hay gente que lo vive mal. Hay profesionales que dicen con lo que ya tenemos y encima ahora pon en marcha esto. ¿Qué es lo que pasa?... que los trabajadores sociales están hipersaturados, el Subdirector Médico de cara a la galería y el Subdirector de Tratamiento están sensibilizados en teoría por el tema de numeritos y de cara a Madrid de que los numeritos salgan, pero luego realmente te ves pues, que la Trabajadora Social está quemada, que está harta porque te pone muy buena cara pero al final no hace nada y esto es responsabilidad de toda la Institución Penitenciaria en general, pero es del Subdirector de Tratamiento el que tiene que poner en marcha estos programas y te encuentras de todo” (Trabajadora Social Asociación).

- *“Está el programa PAIEM, pero no hay una intervención concreta, la intervención concreta es la que hacen los Médicos con las pastillas, pero no hay una intervención concreta de que tú digas...lo único que me ha tocado a mí con los enfermos mentales ha sido, pues iniciar el grado de discapacidad si no estaba iniciado, si estaba iniciado y ya se le resolvía, pues iniciar la tramitación de la pensión no contributiva, tramitar todo, a lo mejor hablar con su familia”* (Trabajadora Social de prisiones).

A la inexistencia, en el Centro Penitenciario, de recursos terapéuticos, y de personal especializado (Psiquiatras suficientes, Psicólogos Clínicos, Terapeutas Ocupacionales), se añaden los problemas que tienen estos reclusos para recibir atención psiquiátrica en los Servicios de Salud Mental externos. Psiquiatría es la consulta de atención especializada más demandada por los reclusos, después de la de Odontología/Estomatología (36,84%, 45.840 reclusos). En concreto, 21.919 reclusos la necesitaron, lo que supone el 17,61% del total de las consultas en 2015. De ellas, 20.967 se realizaron en el mismo Centro Penitenciario, 860 fueron externas y 92 a través de telemedicina⁶³.

⁶³ Informe General 2015 de Instituciones Penitenciarias, opus cit., p. 161.

2.2. Dificultades de acceso a los escasos recursos de Salud Mental externos.

Los reclusos con discapacidad psíquica pueden recibir atención en consultas externas de Psiquiatría, pero la tardanza en conseguir cita y los problemas organizativos que implica sacarles de prisión, hacen que puedan perder su cita con los Servicios de Salud Mental que, en muchas ocasiones, son los mismos que les han venido tratando antes de entrar en prisión. Así nos expone esta cuestión la siguiente entrevistada: *“Incluso cuando los reclusos tienen la cita fuera, hay veces que por temas de organización la Guardia Civil tampoco les pueden sacar, entonces pierden sus citas fuera con los equipos que tienen de Salud Mental”* (Psicóloga Asociación).

Por otro lado, si la condena es superior a un año y no se ha podido realizar la consulta, se produce la baja en este Servicio de Salud Mental. Una restricción, improcedente, de su derecho a esta prestación, porque la no asistencia a consulta no es por voluntad del paciente, sino por la obligación del cumplimiento de la condena: *“Muchas veces se da el caso de que como la condena que cumplen es mayor a un año: si no apareces en un año te dan de baja en el equipo de Salud Mental, aunque digas que estás en prisión”* (Psicóloga Asociación).

Ésta es, también, una situación discriminatoria, porque si estando en prisión una persona es requerida o citada en un proceso jurídico o notarial, como puede ser el caso de una demanda de divorcio, una declaración de herederos, etc., el proceso se paraliza por no poder responder la persona al estar en prisión. Sin embargo, si la persona no ha podido, por estar en prisión, asistir a una consulta de Salud Mental se le da de baja en ese servicio público. Lo que implica, como nos comenta una entrevistada, que tienes que volver a iniciar todo el proceso de gestión, desde solicitar cita en el Médico de cabecera, plantear el caso, pedir la derivación y esperar, a veces, meses para poder ir

a la consulta del especialista: *“Cuando van a salir y los técnicos les van a coger la cita, como te han dado de baja te dicen que no, que tienes que reiniciar todo el proceso de Médico de cabecera, la derivación, etc.”* (Psicóloga Asociación).

Cuando se consigue llevar al recluso a la consulta psiquiátrica externa, debemos indicar que las circunstancias en las que se realiza no son las más adecuadas, desde el punto de vista terapéutico, por la exposición pública de la persona en su doble condición de enfermo mental y recluso, y por la falta de intimidad dentro de la consulta del Psiquiatra. Según nos han explicado Psicólogas que se ocupan de la gestión del proceso en estos casos:

- Los reclusos van al Centro de Salud, esposados, acompañados por la Guardia Civil o la Policía.
- El enfermo siente el “impacto” que, su presencia y la de las Fuerzas de Seguridad, ocasiona en las personas que están en la sala de espera. El doble estigma de enfermo mental y peligroso se intensifica con esta “presentación social” del recluso.
- A la consulta del Psiquiatra, entran el enfermo y los dos Guardias Civiles. Por lo tanto, la confidencialidad y la privacidad necesarias no se dan.

Estas condiciones limitan el ejercicio del derecho a la asistencia sanitaria especializada externa y la calidad terapéutica de la prestación de la misma.

2.3. Aspectos de la vida cotidiana en prisión que afectan al recluso con enfermedad mental.

La vida en prisión para una persona con enfermedad mental es muy dura, les genera mucho estrés, ansiedad y miedo, porque a ellos les descompensa el estrés y un funcionamiento rígido de las cosas. Son también un blanco fácil para el abuso o la extorsión por parte de los demás reclusos que pueden utilizarlos para cuestiones no permitidas en la prisión y, además, como ya hemos

hecho referencia, ser sometidos a presión, para apropiarse de la medicación del recluso con discapacidad y/o intentar trapichear con ella. Así lo explica una entrevistada: *“Tú piensa que a ellos les descompensa el estrés y las cosas muy rígidas. Allí todo es muy rígido y tienen que estar siempre alertas. Son muy vulnerables, porque entran en un lugar donde los que hay, que están bien, no están ahí por buenos... entonces son un blanco muy fácil para que toda esta gente intente aprovecharse de ellos, usarlos, de guarda tú esto por si vienen y le caen todos los marrones, lo típico”* (Psicóloga Asociación).

Vamos a ir exponiendo, a partir de este testimonio, los factores de vulnerabilidad implícitos en el día a día en prisión.

El estrés y el estado de ansiedad generado por la propia dinámica de vida que hay en un Centro Penitenciario son enormes. Debemos tener presente que la vida del día a día está conformada por rutinas pautadas de control constante:

- Se levantan a las 7:30, recuento, a las 8:30 desayuno, patio o actividades hasta las 12:30/13:00, comida, encierro en la celda hasta las 16:00/17:00, según sea invierno o verano, patio, a las 20:00 cena y 20:30, recuento y en la celda hasta las 8:00 de la mañana siguiente. Hasta ocho recuentos pueden llegar a tener al día.
- Los cacheos pueden hacerse en cualquier momento, o de celda o a las personas. A veces, los cacheos son con desnudos, se supone que los cacheos que se le hagan al recluso con desnudo integral tienen un protocolo a seguir pero, según los profesionales entrevistados, no se cumple en todos los casos. Suelen hacerse si el recluso ha tenido un vis a vis, o el funcionario sospecha que tengas algo que se pueda utilizar, como un pincho o cualquier cosa así. Para que el funcionario realice un cacheo con desnudo integral, tienen que tener una suposición, se formula por escrito al juzgado, pero ese protocolo no se

hace: *“Venga cacheo, todo tirado por el suelo, luego la persona, llegas de un vis a vis o de un permiso o de lo que sea y si ellos quieren, todos son temas de seguridad se supone, pero vamos si yo nunca he dado problemas, yo no tengo partes, ha venido a verme mi madre, nunca me has visto a mi trapichear ¿por qué me haces un desnudo?, ¿sabes que te digo?, es como un poco el tema del poder, ahí funciona mucho también. Yo puedo hacer esto y tú al final te vas a callar”* (Psicóloga Asociación).

La dureza y humillación que suponen los cacheos físicos ha sido subrayada por la madre de un exrecluso: *“Mira, a mi hijo, que se lo harán a todos, pero yo hablo de mi hijo, el cacheo era integral para él en pelotas y haz flexiones y... Pues, ya un día que estaba hasta las narices, eso a la salida de la visita cuando le van a ver y luego al entrar le vuelven a hacer lo mismo, que estaba tan cabreado, dijo no me da la gana agacharme, ya me estáis humillando bastante y por detrás el jefe de servicio le empujo y le dijo dejaros ya de tonterías (esto era en ...), le tiraron al suelo y le empezaron a dar patadas y uno de los funcionarios fue el que lo paró y le dijo levántate y vístete, quedaros quietos. Claro éste se volvió y dijo me declaro en huelga de hambre, lo tuvo que solicitar hasta por escrito y dijo por el trato humillante y vejatorio que había sufrido. ¿Sabes lo que dijo el Subdirector del centro?, a la celda número 5, que los funcionarios le dijeron, le metes tu ahí si quieres, nosotros no. La celda número 5 de aislamiento era una camilla con correas”* (Madre exrecluso FIES).

Este recluso entró en prisión con 19 años y ha salido con 32, perteneció a banda armada, no tiene delitos de sangre. Hemos entrevistado a su madre (él no lo deseó, llevaba sólo unos días fuera de prisión), porque esta persona desarrolló una enfermedad mental (Psicosis) dentro de prisión. La ansiedad que produce que todo tu día esté bajo el control de otros y, hasta cierto punto también tu propio cuerpo, el miedo que eso supone, la alienación que conlleva

estar tantas horas encerrado, el estado de alerta constante porque nunca sabes cuándo se realizará un cacheo, un control, o por donde puede venir un problema con otro recluso, etc., son, entre otras, variables que pueden explicar que algunas personas, -que antes de entrar en prisión no habían manifestado rasgos de enfermedad mental-, broten dentro: *“Chicos que entran normales, sin historial de salud mental, los ponen en los Módulos, y de repente se brotan y tienen que ir a agudos, tienen que ir por el nivel de estrés de la prisión. Si tú tienes un mínimo de sensibilidad, el nivel de estrés y si tomas droga o cualquier historia...”* (Psicóloga de Asociación).

Por éstas y otras razones, este ambiente es generador de patología psíquica y muchas personas “brotan” en prisión. Éste es el caso del exrecluso FIES al que nos hemos referido con anterioridad. En la entrevista con su madre nos informa de que tuvo un brote psicótico en prisión y que le tuvieron que sacar al hospital para tratarle la paranoia, cuando se le pregunta “si antes de su encarcelación tuvo algún trastorno psicológico” contestó lo siguiente: *“Para nada, eso ha sido a consecuencia de estar en la prisión, la soledad. A mí, mi hijo me ha hablado de soledad, que les acompaña todo el día la soledad (la madre llorando). Es que es muy duro y le medicaron a él y él no tenía nada que yo supiera, él tenía una vida normal”* (Madre exrecluso FIES).

Esta madre plantea el problema de la soledad de los reclusos. La necesidad de escucha, de afecto, según también otros entrevistados, influye sobremanera en la salud mental y emocional de todos los reclusos y, en sí misma, se convierte en un factor discapacitante. La necesidad de hablar con alguien y de ser escuchados, no es un aspecto menor dadas las características del entorno y la desvinculación que tienen durante el encarcelamiento de todo lo significativo (ocupaciones, amigos, libertad de movimientos, familia, hijos, etc.) en la vida de un ser humano.

- *“Cuando tú te sientas con ellos a hablar 15 minutos, nos lo han dicho algunos, dicen es que eso es como lo más, porque es*

que allí, te atienden y en cinco minutos te ventilan. Cada Psicólogo o cada Trabajador Social llevan mínimo dos Módulos, cada Módulo son 120 personas o sea que llevan 240 personas, más asistir a la Junta, hacer los Informes, los recursos de la prisión son mínimos” (Psicóloga Asociación).

- *“Yo muchas veces me siento sin recursos suficientes para atender a esta población, entonces...muchas veces es lo único que puedo hacer es escuchar a esa persona, yo me siento y le escucho, porque considero que no puedo hacer otra cosa...estas personas lo que tienen necesidad es de hablar y contar” (Trabajadora Social de prisiones).*
- *“La necesidad de escucha, de que alguien se siente con ellos, de poder hablar, de que los tengan en cuenta...es una necesidad que tienen también sí, muy gorda, de escucha, de afecto, de ese tipo de cosas” (Psicóloga Asociación).*
- *“Veo una falta de cariño o de que seamos solidarios con ellos, necesitan mucho cariño, sobre todo ese tipo de pacientes con enfermedades mentales, que no estoy bien, que a ver si me puede usted echar un cable para ver un amigo, no sé vienen a desahogarse con nosotros simplemente...porque aunque aquí hay Psicólogos, pero el Psicólogo no hace clínica entonces la mayoría de los problemas nos los comemos nosotros los sanitarios” (Enfermero de prisiones).*

La inexistente capacidad de decisión, la castración de la responsabilidad es, junto con el tema de la afectividad, una de las cuestiones que más afectan a todos los reclusos y sus efectos se intensifican en los discapacitados más vulnerables. Cuando te privan de libertad, te privan de libertad en todos los aspectos: no decides ni cuando comes, ni cuando te acuestas, ni cuando te levantas, ni lo que comes, ni cuando llamas por teléfono: *“Tú estás a expensas del funcionario, por eso es el miedo y cómo se cierran, porque tú ahí dejas de ser, estás un poco a expensas de*

lo que, estás muy vulnerable, ellos no pueden decidir” (Psicóloga de Asociación).

A estos aspectos se unen otros que pueden explicar no solo el desarrollo de problemas mentales en personas sin historial previo, sino también nos permite vislumbrar el impacto que estos elementos propios de la dinámica de la vida en prisión, pueden generar en personas que ya entran con Trastornos Mentales Graves. Entre ellos, la obligada convivencia con desconocidos, que no sólo puede conllevar cierto peligro de agresiones o robos, según el perfil de los reclusos, sino que se desenvuelve en un espacio muy reducido y sin intimidad mínima posible: *“El espacio es muy reducido, te ponen con alguien, la convivencia con alguien que no conoces de nada en un espacio muy pequeño, el nivel de intimidad es nulo...en los Módulos ordinarios aquí está el wáter sí, pero que vaya que tú estás meando y está tu compañero ahí y las duchas en los Módulos ordinarios son abajo, son todas comunes en los Módulos”* (Psicóloga de Asociación).

Todos los reclusos pierden, no solo el control de la propia intimidad corporal sino también espacial. En el caso de los reclusos con discapacidad mental, que además tienen que luchar contra la presión de los reclusos comunes para no ser manipulados, la adaptación a la vida en prisión es mucho más difícil. De ahí que cumplir la finalidad de reeducar y rehabilitar, que legitima la existencia de las prisiones, es vivido con cierta impotencia por los Funcionarios de prisiones, sensibilizados con la problemática de esta población reclusa. Dado que se les asigna una función que, en la mayoría de los casos, no han realizado las demás Instituciones Sociales, Educativas y Sanitarias en mejores contextos y con más recursos. Así lo expresan los entrevistados:

- *“Nosotros ahora tenemos que reeducar a ese señor, devolverlo perfecto y además tratar de que no vuelva a entrar...yo reconozco que es un reto apasionante, pero también que me re-*

conozcan que es muy difícil. A veces digo, a ver es que estáis pidiendo algo que no lo han conseguido los de fuera con muchísimos más recursos que nosotros” (Médico de prisiones).

- *“La Institución Penitenciaria se defiende, y con razón, de que se les atribuye una función de resolver problemas sociales que son mucho más previos a cuando la persona entra en prisión o sea que no se puede hacer una función de suplencia de todas las carencias en la Política de Protección Social que llevan a la persona a acabar en prisión...pues eso, la prisión no es la Institución que los va a resolver....por mucho que esté en la Constitución” (Terapeuta Ocupacional Asociación).*

Debemos referirnos a un factor que dificulta la vida de las personas con discapacidad psíquica en prisión: el trato que reciben de los funcionarios de vigilancia no es siempre el mejor para ellos; fundamentalmente, por falta de información y formación específica. La mayoría de estos funcionarios: desconocen si el recluso con el que interactúan tiene diagnóstico de enfermedad mental, no identifican la conducta del recluso como síntoma de su enfermedad y les tratan como lo harían con cualquier otro recluso sin discapacidad, desconocen cómo actuar ante determinada sintomatología. En suma, carecen de cualificación apropiada para relacionarse con estas personas.

De ahí que cuando estos internos no responden, como se espera, a una orden o no se están quietos porque no pueden, los Funcionarios de Vigilancia lo interpretan como desafío a su autoridad y, a veces, recurren al uso de la fuerza. Algunos profesionales, nos han comentado lo siguiente:

- *“Estas personas han hecho una oposición para ser funcionarios de órdenes de seguridad...y el funcionario los trata como si fuera una persona que no tuviera un problema de salud mental y, a veces, ellos no es que te estén chuleando, ni es que no te quieran hacer caso, sino que no entienden, en ese*

momento no están compensados, entonces la comunicación no es como la de una persona normal” (Psicóloga Asociación).

- *“¡Tú!, le está diciendo, ¡siéntate! y es que no puede estarse sentado, porque está con la cabeza... que se levantan, que se sientan o están nerviosos, hacen así (movimientos temblorosos con el cuerpo) y el funcionario le dice ¡qué estás haciendo!, ¡las manos aquí! y al final los ponen más agresivos claro. Entonces, por más que le pegues al tío no lo vas a quitar la paranoia de lo que sea. Todo lo contrario, le vas a poner más nervioso. Es la rueda y eso va a ser una cosa en cadena” (Psicóloga Asociación).*

Los testimonios que los propios Funcionarios de Vigilancia nos han proporcionado, muestran su sensibilidad hacia este problema, pero a la vez subrayan lo difícil que es para ellos relacionarse mejor con estos reclusos con discapacidad psíquica, sí ni siquiera saben que la tienen o como deben actuar en caso de que tengan una conducta disruptiva o un brote. Vamos a exponer esta problemática. Ante la pregunta a los Funcionarios de Vigilancia y Seguridad sobre “Si ellos conocen que están tratando con reclusos con enfermedad mental”, la respuesta fue siempre que no: *“No, o sea sabemos lo que vemos, la información que nos da la observación, no nos informan” (Funcionario de Vigilancia).*

El desconocimiento sobre la enfermedad mental hace que estos funcionarios reconozcan que tratarles de la misma manera que a los reclusos sin discapacidad puede afectarles negativamente y que, ellos mismos, no distinguen si determinadas conductas extrañas, o aparentemente irrespetuosas o desafiantes son realmente tales, o una manifestación de la sintomatología propia de su discapacidad. Ponemos algunos ejemplos:

- *“La manera de trabajar, en general, de los funcionarios a lo mejor a ellos les afecta negativamente, en el sentido de que si son unas personas un poco distintas creo que, en general, el*

funcionario no está específicamente preparado para trabajar con estas personas me refiero al Funcionario de Vigilancia y Observación, no a los Técnicos...El funcionario está mañana, tarde y noche los 365 días del año y no hay una preparación específica” (Funcionario de Vigilancia).

- *“Determinados comportamientos o determinadas respuestas el funcionario lo puede interpretar como una burla o como un reto, público, además, delante de otros internos que eso pasa a veces ¿no?. Te da la sensación de que el interno, a veces, pues por la complejidad también, a mí me ha pasado muchas veces, te da la sensación de que el interno te está tomando el pelo casi o te está retando y luego te das cuenta de que este chaval es lo que es, le coges a solas y hablas con él y ya es otro mundo distinto ¿no?” (Funcionario de Vigilancia).*
- *“Tú a lo mejor das por supuesto cosas y el interno no las está entendiendo o no las ha entendido o es una persona que por su trastorno mental hay que estar mucho más pendiente de él para las cosas concretas, por ejemplo, orden de limpieza, higiene personal que en un Módulo normal...En un Módulo normal tú puedes dar un aviso a un interno y al segundo aviso puedes dar un parte, pero a lo mejor en este tipo de personas, eso no funciona porque debido a su trastorno por mucho que tú le digas que te tienes que asear, que no puedes tener la celda así, que no puedes ir oliendo mal, que la ropa tal, a lo mejor hay que explicarlo de otra manera, no sé” (Funcionario de Vigilancia).*

Los Funcionarios de prisiones entrevistados, independientemente del perfil -personal de Administración, Médicos, Enfermeros- o, en este caso, Funcionarios de Vigilancia y Seguridad, todos declaran que no tienen formación para intervenir y/o tratar con personas con discapacidad psíquica.

Exponemos dos casos concretos. En el primero, comenta el Funcionario entrevistado el estado de un recluso que pensaba que todos le querían agredir; de tal manera que, siempre caminaba pegado al Funcionario, porque pensaba que era su protección. Este Funcionario sintió miedo, desconocía los motivos de este comportamiento (que desembocó días más tarde en un episodio autolesivo), ni sabía cómo actuar con un recluso de estas características. El mismo Funcionario subraya que esta persona no debía estar en un Centro Penitenciario e indica el estado en el que les deja, la medicación que toman (Ver Cuadro Caso nº. 2).

El segundo caso, informa sobre la indefensión que padecen los mismos Funcionarios y la falta de capacidad para actuar en determinadas situaciones. Una Funcionaria, que en el momento de esta experiencia trabajaba en un Centro de Inserción Social (CIS), nos explica lo ocurrido con una reclusa que estaba en Tercer Grado y llegó de su permiso, drogada, delirando, convulsionando y con un cuchillo, porque acababa de atracar a una señora. Esta funcionaria temió por la vida de la reclusa, porque no sabía cómo actuar ni a qué se enfrentaba; de ahí que considere una necesidad, compartida por todos los funcionarios y profesionales de prisiones entrevistados, que estos reclusos estén en centros especiales para ellos y con funcionarios cualificados (Véase Cuadro Caso nº. 3).

La prisión no es el recurso para atender a estos enfermos. De ahí que, los funcionarios que más se relacionan con ellos, en la rutina diaria, son también los que más sufren la carencia de formación específica sobre todo para estos casos límites. Ya decía un funcionario, en un testimonio previo, que *“ellos han hecho oposiciones de prisiones, no han hecho una oposición para entrar en un Psiquiátrico”*; o cómo nos recuerda un Médico: *“La prisión no tiene una finalidad sanitaria, la prisión es un sistema de control”* (Médico de prisiones).

Otras cuestiones que afectan, particularmente, a los reclusos con enfermedad mental son los traslados o cambios de prisión y

Cuadro Caso nº 2

Caso 2: yo veía al hombre si yo salía, él iba dos pasos atrás pegado a mí, marcando la distancia de que no me agobiara, pero le tenía ahí pegado y claro parabas: ¿necesita algo?, y el hombre se quedaba, pero no decía nada y miraba, ya entonces volví a la cabina y le pregunté al compañero ¿a éste que le pasa?, éste tiene una paranoia de que todo el mundo le quiere pegar en el Módulo, los Ordenanzas, el Médico, el hombre está desquiciado mentalmente, está fulminado, no le quedaba nada, entonces vivía con esa obsesión de que todo el mundo le quería agredir. Era mentira ¿sabes?, y entonces el hombre vivía allí porque los funcionarios eran su protección. Oiga es que oigo voces, este individuo un par de ciclos después, hice servicio de noche, a última hora de la tarde, se cortó, él se chinó. Fueron a atenderlo los Médicos, se marchó a la celda y media hora después llamó el compañero de celda, que era un interno normal (que estaba puesto porque esta persona tiene una inestabilidad y una capacidad de auto-control nula, entonces tiene asignado un interno que le vigila), oiga que X se ha mordido los puntos y se los ha arrancado. Sacarlo otra vez, coserle y todo ¿por qué?, porque decía que oía voces que decían que le iban a matar, que voy a ir a por ti y que te voy a matar. Entonces, claro *¿cómo actúas con una persona en ese estado?*, y no es que todos estén así, pero *hay un porcentaje importante de ellos alto, bastante. ¿Esa persona tenía que estar ahí?*, a mi modo de ver, tiene que estar en algún sitio, ha cometido un delito y tiene que cumplirlo, estás loco, pero has provocado un daño, no se te puede dejar fuera. Hay mucho seguimiento a nivel médico y me parece que a nivel farmacológico, la medicación les deja en un estado muy, pero claro provoca unas situaciones que (Funcionario de Vigilancia)

Cuadro Caso nº 3

Caso 3: vino una mujer que estaba fatal, drogada, Tercer Grado, era un segundo grado que venía de [] y no estaba para Tercer Grado. Entonces salió de permiso y vino en muy malas condiciones, al jefe de Servicio se le puso a escupir y empezó por favor llámame a mi madre, empezó a delirar, a convulsionar, yo pensaba que se moría y tuvo que venir urgencias y ahí pasé miedo porque yo pensé que se moría, estaba fatal de todo de lo que se había metido. *Muchas veces el problema que se presenta en prisiones es saber cómo afrontar cuando les dan los brotes, cuando te encuentras con un interno que le da un brote psicótico, a ver es que nosotros no estamos preparados para eso, nosotros no hemos estudiado la mayoría, yo Derecho y yo no sé cómo actuar en este tipo de. Esta mujer llevaba un cuchillo así de grande que venía de atracar a una señora mayor, se dedicaba a atracar a ancianas, cuando la empezamos a desnudar llevaba una bolsa de pastillas, entonces yo no sabía lo que se había tomado y yo nada más que le preguntaba qué se ha tomado usted, qué se ha tomado usted, una botella de vino, era una botella de coca cola llena de vino con todas las pastillas imagínate todo lo que se habría metido para el cuerpo esa mujer. Y es que ese es el problema ahora mismo, que te puedes encontrar que a muchos les dan brotes de estos y no sabes cómo actuar, no tenemos conocimiento para saber [] yo creo que tiene que haber centros especiales para este tipo de personas y el personal funcionario que esté en este tipo de centros yo creo que tendría que tener una cualificación o por lo menos unas actuaciones específicas y que les den unas pautas de cómo actuar en determinados casos, porque además ahí te juegas la vida tú y la vida de un interno que al fin y al cabo son personas; entonces en décimas de segundos puede haber ahí una desgracia (Funcionaria de prisiones)*

el tiempo de duración de las condenas. Los cambios de prisión no siempre son positivos para los reclusos con enfermedad mental; de hecho es una de las peticiones que hizo un recluso enfermo de Esquizofrenia durante su entrevista: *“que no trasladen a los chicos”*. Los motivos específicos por los cuales estas personas se desestabilizan cuando les trasladan de una prisión a otra son diversos. El primero, el viaje dentro del furgón de la Guardia Civil, las denominadas conducciones que, en general, desestabilizan a cualquier persona ya que van: *“con la Guardia Civil, esposados, encerrados, una ventanilla que no ven”* (Psicóloga Asociación). El segundo motivo, es que cuando llegan al Centro Penitenciario de destino son internados en los Módulos de Ingresos a los que no siempre llegan las medicaciones; de tal forma que, según una entrevistada, se tiran días sin tomar la medicación.

Por otra parte, el régimen de vida en el Módulo de Ingreso con mezcla de perfiles de reclusos y una rutina propia de los primeros grados, es decir, veinte horas encerrados y sólo un par de ellas en el patio, les afecta muchísimo, generándoles mucho estrés y ansiedad dado que, en muchas ocasiones, no toman la medicación. Recogemos esta problemática en palabras de una entrevistada: *“...llegan a los Módulos de Ingreso, a veces, hay problemas con las medicaciones, que eso allí ellos te van a decir que no, pero nosotros eso lo sabemos de primera mano, que las medicaciones no siempre llegan, se tiran días sin tomar la medicación, en los Módulos de Ingreso. Esos son como los primeros Grados prácticamente, están veinte horas encerrados, salen un par de horas al patio, si eso ya vamos a ponernos en una persona normal, si está enferma, pues se desestabilizan más, porque el nivel de estrés es mayor y le falta también la medicación en muchos casos, la mayoría ¿eh?, porque ellos no van con la medicación a cuestras, ellos llegan allí y se pueden estar días sin tomarse la medicación y les afecta mucho claro”* (Psicóloga Asociación).

Para las familias también supone un problema pues, a veces, no pueden mantener las visitas por falta de dinero para costearse los viajes: *“ahora está en...que le han mandado como castigado, que es donde mandan a los castigados allí...si encima te lo mandan lejos, ya para nosotros es mucho más complicado ir a verle. Nosotros tenemos que trabajar. Yo cuando estaba en...eran 80 kilómetros, es que un día por la tarde me podía escapar de trabajar o un sábado por la mañana y tal y cual, y aun así son 80 km., pero ahora está a unos 250 km. Es que además me tengo que gastar, cada vez que voy a verle, 250 euros en gasolina, porque son 500 km”* (Hermana de recluso con Trastorno Bipolar).

Una cuestión a mencionar es que, para todos los reclusos, cuanto más largo sea el tiempo de condena más se *prisionizan* o *prisionalizan*; es decir, más efectos tiene la prisión en todos los aspectos de su persona. La cárcel es profundamente limitadora para la mente, para la vida social, pero también para el propio cuerpo del recluso⁶⁴. Se generan problemas sensoriales en la visión (“ceguera de prisión”, dolores de cabeza, deformación de la percepción visual, perturbaciones espaciales, etc.), en la audición (alto nivel de ruido y un rumor permanente que produce problemas en el oído, en la concentración), en el gusto (la comida es insípida, pobreza de sabores), en el olfato (pobreza olfativa, no se permiten perfumes personales). Este aspecto era destacado por una entrevistada: *“A nivel sensorial, allí estás totalmente apartado de olores, de sabores, de, incluso colores, no puedes ver más allá de un muro, sabes lo que eso provoca también en la visión. A veces, cuando la gente sale y lleva mucho tiempo, sale con una especie de mareo con el vacío, con el espacio, porque tienes siempre un muro que te impide ver más allá de ese muro”* (Educadora Social Asociación). Otras consecuencias somáticas son déficits en la percepción del propio cuerpo, falta de cuidado personal, mala

⁶⁴ Vid., Jesús Valverde Molina, opus cit.

imagen de sí mismo, los músculos están fuertemente agarrotados por el exceso de grasa en la alimentación, la falta de movilidad, la ansiedad, la sensación de peligro en todo momento: *“Agarrotamiento de los músculos sobre todo, porque allí el espacio que tienen tampoco es muy grande, tienen el patio para correr y ya. Entre que estás en tensión siempre, porque no puedes estar relajado, pocas veces te puedes relajar en la cárcel!. Nosotros, a veces, les leemos una poesía de Mario Benedetti que en un verso dice bajar la guardia, pues muchas veces nos dicen nos gusta mucho la poesía, pero le quitaríamos bajar la guardia. No, aquí, no puedes bajar la guardia nunca. Eso te hace estar siempre en tensión y al estar en tensión tienes los músculos agarrotados y tus músculos se acostumbran a estar siempre así”* (Educatra Social).

Si tenemos en cuenta estas variables en una persona que toma medicación, que en sí conlleva importantes efectos secundarios, pues vemos que los reclusos con discapacidad mental también pueden contraer enfermedades físicas, como es mencionado por esta entrevistada: *“Enfermedades físicas también se van generando allí, entonces hay mayor vulnerabilidad, a veces, por enfermedad, al desarrollar una enfermedad física por la medicación, por sedentarismo, por todo eso”* (Coordinadora Federación Asociaciones).

La sensación de peligro o estado constante de alerta es mayor en una persona que padece un trastorno mental en el espectro esquizoparanoide; por lo tanto, esta violencia siempre latente es para el recluso con enfermedad mental, especialmente negativa. Así describen este contexto una Educatra y una Psicóloga entrevistadas:

- *“Constantemente ese ambiente es de violencia en sí por la Institución, tampoco violencia entre compañeros porque eso depende del Módulo, depende de las situaciones que también se da, pero hay violencia en sí por todas partes, porque en ninguna parte tienes intimidad, en ningún lugar estás tranqui-*

lo, no tienes como esa seguridad. Porque incluso el chabolo lo compartes con otra persona, pues al final es un rollo de protegerte a ti mismo, que te pones un muro y desde ahí siempre estás, actuando desde ahí” (Educadora Social).

- *“Entonces ese es el nivel de alerta, el nivel de miedo por donde me puede venir. Por eso gente con sensibilidad y enfermedad mental, te digo que muchos se brotan ahí, porque si yo tengo un mínimo de sensibilidad y ahí el nivel de paranoia y de estrés es mucho mayor, claro pensar que me pueden hacer que no me pueden hacer, se ponen agresivos, no entienden, le dices las cosas veinte veces y te siguen sin entender y, a veces, utilizan como último recurso la mano”* (Psicóloga Asociación).

Como la dinámica existencial del recluso durante años se estructura en torno a esas y otras variables del contexto, las consecuencias psicosociales son también tremendas: ausencia de expectativas de futuro, infantilización porque todo te lo dan hecho, ausencia de responsabilización porque nada controlas, etc., y, además, *“Te despersonalizan por completo, por completo”* (Educadora Social Asociación). Cuánto más tiempo pasan en la cárcel más factores discapacitantes desarrollan todos los reclusos y más puede agravarse su discapacidad en el caso de los psíquicos, precisamente, por un tema que recurrentemente sale en las entrevistas: la falta de capacidad de autonomía personal básica, actividades, terapia, motivación; y porque todo ello no sólo te despersonaliza, sino que te incapacita y deteriora:

- *“No puedes decidir para tu vida, no tienes autonomía para nada, no tienes independencia para nada, para todo tienes que depender de una instancia, de una autorización, de que alguien te abra la puerta, de que te dejen, de que tal. Tú no puedes tener iniciativa, no puedes decidir de nada, entonces eso crea un, que te lo den todo que al final también dependes de eso, que cuando sales no sabes cómo hacer las cosas por-*

que te han quitado todo eso durante años...aparte de que en la cárcel te lo dan todo hecho también, te dan la ropa limpia, te dan la comida hecha o sea tú no tienes que estar preocupándote de hacer la comida o sea es que hay gente que dice, ¡ay es que están de vacaciones!, NO, perdona eso te inutiliza” (Educadora Social Asociación).

- *“Es muy fácil caer en una esquina tumbado fumando porros o drogándose porque las drogas ahí están a la orden del día ¡vamos!. Entonces es muy fácil, por la desidia que tienes, el odio, el cabreo y todo pues mira me quedo aquí tirado y es muy fácil caer en eso. Es que no tienes que preocuparte, tienes que preocuparte a la hora que es el recuento o a la hora que digan reparto de ropa estar donde te dan la bolsa con tu ropa ya limpia y doblada” (Educadora Social Asociación).*
- *“En los que tienen enfermedad mental, una vez que eso está cubierto ya se deterioran cada vez más. Es que eso nosotras lo hemos notado mucho, mucho en muchos chicos, han entrado mal, se han compensado, y como ya no les saques de ese ámbito tan cerrado se vuelven a tambalear” (Psicóloga Asociación).*

Han hecho referencia también, los entrevistados, a cómo pueden agravarse determinadas discapacidades en el caso de los ancianos que cumplen condena: *“En las personas mayores sí porque hay muchas personas que tienen demencia y...aquí, sí se les puede acentuar; de hecho, se han dado casos que sí” (Trabajadora Social de prisiones).*

El paso de los años en prisión preocupa a los familiares de los reclusos con enfermedad mental, que no reciben dentro de prisión la atención terapéutica que necesitan y temen las secuelas del internamiento: *“Él tendría que cumplir lo que le queda de pena en un sitio donde le arreglaran la cabeza o por lo menos intentar arreglársela porque es que el problema es que cuando mi hermano salga de la prisión va a ser una persona totalmente destrozada,*

esa vida está truncada. Y yo no sé siquiera si es recuperable” (Hermana recluso con Trastorno Bipolar).

A todos estos factores de vulnerabilidad, debemos añadir otro relacionado con el derecho a los beneficios penitenciarios. Los reclusos con discapacidad mental tienen una situación de desventaja en el disfrute de este derecho.

Cuando el interno ha cumplido las tres cuartas partes de su condena, puede optar a recibir un beneficio penitenciario. Es decir, opta a progresar de Segundo a Tercer Grado y se le conceden permisos de salida para estancias con la familia o se le facilita cumplir condena en régimen de semi-libertad en un Centro de Inserción Social, etc. La condición insoslayable para poder disfrutar de estos beneficios penitenciarios es que el recluso tenga dónde estar, fundamentalmente, un entorno familiar de acogida. Lo que ocurre es que muchas veces, el recluso con discapacidad psíquica no tiene dónde ir, ni a nadie que se responsabilice del seguimiento de su tratamiento; de tal manera que pueden acabar cumpliendo las condenas íntegras, cuando otra persona haciendo algo quizás más grave disfruta de ese beneficio. Frente a lo que pueda pensar la opinión pública respecto de que si tienes una enfermedad mental o la finges, tienes eximentes o recibes más beneficios que otros, nos comentará una entrevistada que: *“en este país lo peor que puedes hacer es hacerte pasar por loco, porque cumples más cárcel que nadie”* (Psicóloga Asociación).

Los problemas que dificultan y, en muchas ocasiones, impiden que los reclusos con enfermedad mental disfruten de su derecho a los beneficios penitenciarios por esta carencia de apoyo se producen por los motivos que vamos a explicar seguidamente.

Los vínculos con la familia están deteriorados o siguen vigentes las órdenes de alejamiento, con lo cual aunque la familia quisiera acogerles en el permiso, no puede acercarse, no pueden volver a sus domicilios ni tienen quien se haga cargo de ellos durante el permiso carcelario, por lo que Instituciones Penitenciarias no

puede asegurarse de que estas personas tengan un seguimiento de su medicación. En muchos casos, el recluso sí tiene el soporte familiar que necesita, pero la Junta de Tratamiento no lo permite porque piensan que no va a funcionar: *“Al tío ya le toca la libertad, pero no recibe permisos penitenciarios porque no hay un soporte familiar fuerte. En muchos casos lo hay, pero hay gente de la que no se fían”* (Trabajadora Social Asociación).

Pueden darse también otras situaciones desventajosas para el disfrute del derecho a los beneficios penitenciarios de los reclusos con enfermedad mental. Por un lado, el hecho de que aun cumpliendo los requisitos formales y residenciales que posibilitan la salida de prisión, ésta puede ser revocada por otro equipo médico distinto al que la concedió sino está de acuerdo con los criterios del anterior y, por otro, que la posibilidad de disfrutar del Tercer Grado en un Centro de Inserción Social (CIS) no pueda llevarse a cabo por falta de personal sanitario que haga un seguimiento de la toma de medicación por parte del recluso (Véase Cuadro Caso nº. 4).

No hay, pues, recursos intermedios o que el sistema penitenciario tenga los recursos adecuados para que estas personas puedan estar en Tercer Grado si tienen derecho. Respecto a esta cuestión, los profesionales entrevistados consideran que con un mínimo de personal sanitario en los Centros de Inserción Social (CIS) podría solventarse este problema: *“Un mínimo sanitario en los CIS, por ejemplo, un Enfermero que controle el tema de la medicación, un Enfermero nada más, nada más que eso”* (Trabajadora Social Asociación). Esta misma entrevistada nos informó de que Instituciones Penitenciarias, para intentar solucionar esta situación, ha puesto en marcha los denominados Programas Puente. Son los Programas de Atención Integral a los Enfermos Mentales (PAIEM) pero en los Centros de Inserción Social⁶⁵. ¿Qué problema suponen estos Programas Puente?, pues que adolecen de la misma e importante carencia que los Programas de Aten-

⁶⁵ Véase referencia a estos Programas, en el Capítulo primero de este libro.

Cuadro Caso nº 4

Caso 4: Te pongo un ejemplo, yo tengo un chico que estaba en un Centro Penitenciario X , al que le dicen que ya le corresponde, por haber cumplido las tres cuartas partes de su condena, pasar al Tercer Grado, que lo van a mandar al Centro Penitenciario Z, como paso intermedio para mandarlo al CIS. En Centro Penitenciario Z, el equipo médico considera que este hombre no tiene todavía suficiente conciencia de enfermedad ni adherencia al tratamiento. Porque le dicen el mes pasado te vamos a mandar a Centro Penitenciario Z y en dos o tres días en Centro Penitenciario Z al CIS (donde tú duermes, pero el resto del día tienes una serie de actividades, puedes ir a tu casa, estás en semilibertad), pues allí está todavía, porque el equipo de Centro Penitenciario Z ha valorado y considera que no tiene suficiente consciencia de la enfermedad, ni adherencia al tratamiento como para pasar al CIS, donde no hay un sistema sanitario que pueda controlar su medicación como en la prisión. Por lo tanto, *este chaval va a cumplir íntegramente su condena en prisión, no va a recibir ninguno de los beneficios penitenciarios que tiene cualquier interno. Por el tema sanitario, ¡vale!, pero ¿es justo?*. (Trabajadora Social Asociación)

ción Integral a los Enfermos Mentales (PAIEM) implantados en los Centros Penitenciarios: que no hay profesionales que formen el equipo multidisciplinar necesario para atender a estos reclusos, contratados exprofeso. Es decir, esta labor deben llevarla a cabo los mismos funcionarios y se suma a las tareas específicas de sus puestos de trabajo. Así expresa esta circunstancia una entrevistada: *“Porque claro si realmente el Programa Puente, que propone ahora Instituciones Penitenciarias, supusiera la contratación de un personal específico para poner en marcha ¡eso sería fantástico!... El problema es que son programas de obligado cumplimiento por*

parte de las prisiones con el personal que ya tienen, pues hay gente que lo vive mal. Hay profesionales que dicen ¡con lo que ya tenemos! y encima ahora pon en marcha esto” (Trabajadora Social Asociación).

Entidades del Tercer Sector, como las que han colaborado en el trabajo de campo de la investigación realizada, pertenecientes a Salud Mental España, intentan hacer una labor de enlace para dar acogida a estas personas y que puedan salir de prisión los días de permiso que les corresponden. Si tienen apoyo familiar, pueden hacer las Entidades el seguimiento necesario: los reclusos van unas horas a la asociación, reciben tratamiento ambulatorio, etc. Si no tienen apoyo familiar, o no pueden recibirlo por el problema que hemos mencionado de las órdenes de alejamiento vigentes, necesitan una casa. En este sentido, en el caso de Andalucía, las Entidades sólo encuentran una respuesta para acoger a estas personas en los recursos residenciales de Cáritas como la Casa de la Merced en Málaga. A todas luces, una necesidad difícilmente cubierta dada la cantidad de personas que necesitan un lugar donde estar esos días. Por lo que muchos reclusos con discapacidad mental, se pasan la condena íntegra sin ningún permiso y esto es muy sufriente para ellos, como abordaremos en el análisis concreto de las entrevistas a estos reclusos.

Por último, señalar que si la concesión de un simple permiso carcelario es, a veces, misión imposible para un recluso con enfermedad mental por los motivos expuestos; no debemos dejar, por otra parte, de hacernos eco de lo que puede suponer, negativamente para ellos, la reciente reforma del código penal sobre la prisión permanente revisable. De tal manera que para que alguien disfrute, primero de permisos penitenciarios y, luego, al término de su condena pueda ser puesto en libertad, si el Juez de Vigilancia Penitenciaria considera que no puede asegurarse que la persona no vuelva a cometer delito, puede revisarse todo y mantener una especie de cadena perpetua: *“Esto va a suponer que muchos in-*

ternos se queden en los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios o en las cárceles porque desgraciadamente el estigma juega en contra de ellos. Tú puedes tener VIH o yo misma puedo tener diabetes y me dé una hipoglucemia y me pueda poner como agresiva porque me ponga nerviosa, pero nadie piensa que yo tengo posibilidades en un futuro de poder agredir a alguien, pero se da por hecho que la persona que tiene Esquizofrenia ya de por sí es violenta, porque a la persona con Esquizofrenia se le añaden una serie de prejuicios que no son reales, vamos no son reales porque si se analiza el colectivo de internos penitenciarios, el colectivo de personas con trastorno mental es mínimo o sea la población en general es delincuente y comete sus delitos quizás mucho más peligrosa que el colectivo, si está bien atendido y debidamente sigue sus tratamientos, no es ni más violento ni menos que otro ciudadano en general” (Responsable Fundación).

Muchos de los profesionales entrevistados tienen el temor de que con el enfoque dado a la reforma normativa, el estigma de la peligrosidad de los enfermos mentales juegue en contra de los reclusos con este tipo de discapacidad y ello suponga que muchos internos, aun cumpliendo sus condenas, sean retenidos en prisión.

3. Principales factores de vulnerabilidad en la excarcelación.

3.1. Necesidad de plazas residenciales y ausencia de un protocolo asistencial a la salida de prisión.

Hemos visto que determinados beneficios penitenciarios, como la concesión de los permisos de salida cuyo fin último es preparar a la persona para su reincorporación social, son objeto de particulares consideraciones cuando se trata de personas con problemas de salud mental. Sin embargo, como también ocurre con los demás reclusos, una vez cumplida la condena, esas objeciones no

son tales. Así expresa esta realidad una entrevistada: *“Eso sí el día que termina su condena, eso ya no le preocupa al juez, el día 3 termina su condena y le pone en la calle, le da igual que no tenga donde ir, que no tenga recursos, que no tenga nada, para muchos de ellos el recurso es el albergue municipal. Eso no importa, pero mientras esté cumpliendo que no vaya a estar en un apartamento si no lo supervisas”* (Psicóloga Asociación).

De ahí que, a pesar de las carencias que pueda haber dentro del Centro Penitenciario respecto, por ejemplo, a tratamientos terapéuticos y ocupacionales, la mayoría de los profesionales y funcionarios entrevistados subrayan que los mayores problemas de estos reclusos se dan justo cuando termina la condena. A pesar de que el Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales en prisión tiene como tercer objetivo la reinserción social, no hemos encontrado experiencias en nuestro ámbito de estudio, a partir de la información dada por los profesionales y técnicos consultados, que indiquen que se haya implantado ningún programa operativo público, ni recursos para ayudar a cubrir las necesidades residenciales, afectivas, socio-laborales de estas personas en su proceso de reincorporación social, ni siquiera una línea de actuación respecto a un protocolo de atención y seguimiento de su enfermedad en coordinación con los servicios sociales y sanitarios una vez que salen de prisión. El apoyo que reciben proviene de las Entidades del Tercer Sector con muy escasos recursos y, desde un punto de vista de intervención pública, sólo hemos conocido en Andalucía la oferta de plazas residenciales que la Fundación Andaluza para la Integración Social de las Personas con Enfermedad Mental (FAISEM), que atiende a personas con Trastorno Mental Grave, tiene para estos reclusos en pisos tutelados; con las limitaciones que ya hemos subrayado respecto a la escasez de plazas existentes y la necesidad de que las personas tengan concedida la ayuda a la Dependencia. Un dificultad añadida, porque no se autoriza a los técnicos para entrar a valorar en prisión y porque es más com-

plicado demostrar la necesidad de ayuda en estos discapacitados que en las personas con discapacidad física.

Un discapacitado mental puede, por ejemplo, bañarse solo pero alguien debe estar detrás diciéndole que lo haga. Hemos tenido referencias a esta “*discriminación de lo psíquico frente a lo físico*” (Trabajadora Social Asociación) en la concesión de la Dependencia.

Si tienen un buen apoyo familiar les resulta mucho más fácil todo. Pero, esta situación como hemos expuesto, no siempre se da: los vínculos se han deteriorado, la familia no tiene capacidad para hacerse cargo de ellos, pueden seguir vigentes las órdenes de alejamiento, en otros casos, etc. Para los que no tienen ese apoyo familiar, las cosas se complican muchísimo, de ahí que la necesidad prioritaria de los reclusos con discapacidad mental a su salida de prisión sea, según la mayoría de los profesionales y funcionarios entrevistados, encontrarles un lugar donde vivir, pues éste es el punto de partida, también, hasta para acceder a los dispositivos de Salud Mental. La necesidad de alojamiento les afecta en niveles no, suficientemente, visibilizados. Por ejemplo, si no tienen casa, no pueden empadronarse, si no están empadronados, no tienen Tarjeta Sanitaria, no pueden ir al Médico, no pueden acceder a la prescripción farmacológica. Recogemos en el siguiente cuadro la problemática de un exrecluso que se ve obligado a vivir en un garaje a su salida de prisión y que no puede comprar la medicación con la receta médica, que le ha hecho el Médico de prisiones, porque no tiene Tarjeta Sanitaria (Véase Cuadro Caso nº. 5).

Estas personas son candidatos para cometer delitos nuevamente, porque van a dejar de tomar la medicación de una manera, relativamente, fácil. Y porque, además, en un momento determinado, no tienen el seguimiento, el apoyo o el soporte mínimo de tener un sitio donde estar. Sin lugar a dudas, una de las necesidades prioritarias es la necesidad de plazas residenciales para que estas personas reciban la atención que necesitan. Estos enfermos

Cuadro Caso nº 5

Caso 5: Recluso recién salido de prisión, que vive desde hace un mes en un garaje. Un señor viene, ha salido del Centro Penitenciario, ha salido y no ha estado así en su vida. Ha salido estupendamente, con una mejoría, con una mayor conciencia de enfermedad, con una disciplina en la toma de la medicación y hoy que lleva unos días fuera del centro penitenciario, me dice [] que no me puedo tomar la medicación, porque *el farmacéutico no me da la medicación*. Pero, ¿si la tienes pautada aquí!, lo que te tienes que tomar y *tienes la receta sellada por el Médico de Instituciones Penitenciarias*. Ya pero, dice que *como no tengo la Tarjeta Sanitaria porque no estoy empadronado, que no me da la medicación*. Hoy se ha ido mi compañera para acompañarle en este apoyo social para intentar conseguirle la medicación y hemos visto que este señor de esta Farmacia no se la da, pues tenemos que ir a otra Farmacia. Te estoy hablando acompañado de una profesional, me llama y me dice [] ¡es que no veas, es que no le daban la medicación por esto y por esto!. Como me decía un paciente, pues yo [], pues *bueno, pues cuando se me acabe, pues dejo de tomar la medicación*. Pues claro, si no tienen esa posibilidad (Responsable Fundación)

tienen muchas papeletas de poder tener una situación de exclusión extrema, sobre todo porque la doble condición de enfermo mental y recluso puede ser motivo de exclusión incluso en los albergues para personas sin hogar. Es el caso de un recluso que iba a salir de prisión, dispone de atención sanitaria, pero no de un sitio para dormir (Véase Cuadro Caso nº. 6). El seguimiento es también una necesidad a cubrir para que la persona, aun con un lugar de residencia y apoyo familiar, pueda hacer frente a las

variables de un contexto personal, familiar y social que antes de entrar en prisión pudieron contribuir al desarrollo de una conducta delictiva. Un seguimiento que conlleve un constante refuerzo de psicoeducación en la toma de la medicación y una intervención de carácter ocupacional orientada, en la medida de lo posible, a la inserción laboral. La psicoeducación es importantísima para ellos sobre todo, pero también para la familia, para darles herramientas que les permitan asumir la atención que una persona con Trastorno Mental Grave requiere. Los propios enfermos, una vez fuera del Centro Penitenciario, pueden decidir -ante la mejoría de los síntomas- dejar de tomar la medicación, por los efectos secundarios que produce, o bien quedarse retraídos en casa, aislándose cada vez más en esa fase negativa de desmotivación vital y de anhedonía que la enfermedad provoca si no hay estímulos. Por otra parte, el aislamiento social y el sedentarismo unido a la toma de la medicación pueden provocar el denominado síndrome metabólico; es decir, el desarrollo de enfermedades físicas asociadas como la diabetes, la hepatitis y otras patologías. Muchos de estos

Cuadro Caso nº 6

Caso 6: Un señor que salía de prisión y no tenía donde ir. El técnico se dirige a *los programas específicos para personas sin hogar con enfermedad mental*. Respuesta: le dijeron que *como tenía Servicio de Salud Mental, ellos no podían atender a este señor*. Era un motivo de exclusión, ya tiene Servicio de Salud Mental, afortunadamente va, toma la medicación, pero *lo que no tiene concretamente es un sitio donde poder dormir*. Necesitamos un albergue, una residencia, se quedó absolutamente fuera. Hay recursos, pero *la enfermedad mental y el delito son motivo de exclusión también en residencias o albergues* (Responsable Fundación)

enfermos son medicados con Clozapina, un fármaco para tratar la Esquizofrenia resistente y otros trastornos psicóticos. Es un antipsicótico de uso reservado por su alta toxicidad, puede causar graves afecciones sanguíneas y otros efectos secundarios como hipersalivación, sudoración y aumento de peso. Se utiliza en pacientes con riesgo suicida, violencia o Patología Dual. También son tratados con Leponex, un agente antipsicótico que genera somnolencia, sedación, mareos, taquicardia, síncope, visión borrosa, cefaleas, taquicardias, elevación de la enzima hepática, incontinencia o retención urinaria, fatiga, no se puede mezclar con ningún otro medicamento, etc.

Por lo tanto, si salen de prisión y nadie les supervisa o se ocupa de que tengan determinadas pautas de vida y control sanitario -porque la toma de esta medicación exige analíticas de sangre cada tres o cuatro meses-, o se drogan, es una “bomba de relojería” para ellos. Estos controles en prisión se realizan, pero cuando la persona sale, si está sola, está con sintomatología y no tiene consciencia de la importancia de realizar estas analíticas, o no tiene capacidad para llevar el control de realización de las mismas, puede tener consecuencias graves para ella. La siguiente entrevistada nos planteaba la problemática de esta cuestión: *“Los problemas somáticos añadidos, solamente por el tratamiento que toman y la sintomatología ésta negativa que te hablaba del abandono de uno mismo, de no salir de casa, piensas que en la calle, por ejemplo, una Esquizofrenia paranoide hay miles de maneras de desarrollar los síntomas. Me refiero a que hay personas que escuchan que se meten con él cuando va andando por la calle, entonces la persona se aísla y se queda en casa. Entonces claro unido al sedentarismo, a los efectos secundarios de las medicaciones que toman, hacen que se les genere el síndrome metabólico que le llama y es que se les genera enfermedades, por ejemplo, la diabetes o sea imagínate lo que eso supone. Los problemas somáticos que tiene la persona hay que tenerlos en cuenta. Ya no*

solamente hablamos de VIH, hablamos de hepatitis...que tú puedes generar una inflamación, una hepatitis por la medicación que tomas, por ejemplo, la clozapina o el leponex que es muy común. Esa medicación, los protocolos de actuación de esa medicación, cada cierto tiempo (3/4 meses) hay que hacer unas analíticas porque disminuyen los glóbulos blancos en sangre o te provoca otras enfermedades de todo tipo. Entonces ahora mismo hay todo un trabajo que se está haciendo, por lo menos aquí en... para intentar que el tratamiento se tome de la manera adecuada, porque provoca muchos efectos” (Responsable Fundación).

Estos reclusos a su salida de prisión son, altamente, dependientes. Además de apoyo terapéutico constante para no perder consciencia de su enfermedad, identificar los pródromos, manejar los síntomas de descompensación, etc., requieren asistencia médica para hacer frente, a su vez, a las discapacidades físicas sobrevenidas. Por otra parte, la mayoría se encuentran con carencias económicas que dificultan el acceso a una vivienda, como hemos dicho, su necesidad más prioritaria en el proceso de reincorporación social. Aunque la mayoría son pensionistas, el dinero que cobran no suele superar los 360 euros. Sin embargo, conseguir un trabajo que complete estos recursos y les permita vivir dignamente es muy complejo para estas personas, también, por su falta de formación.

Los Trastornos Mentales Graves aparecen en la adolescencia y estas personas abandonan los estudios como otros aspectos de su vida. También tienen dificultades de aprendizaje derivados de los efectos cognitivos asociados a la toma de medicación. Su paso por prisión acentúa esta desinserción social y laboral, por la vida detenida durante años y la “incorporación” del estigma de recluso al de enfermo mental, todo ello hace difícil que encuentren un empleo. De ahí que sea importante realizar una intervención de carácter ocupacional y formativa que les ofrezca estímulos para impedir que la persona se estanque en la anhedonía y que posibilite su inserción laboral.

No olvidemos, por otra parte, que la mayoría de estos reclusos también tienen el riesgo de volver a consumir drogas, lo que incrementa la probabilidad de nuevas descompensaciones, la necesidad de dinero, la recaída en la conducta delictiva (robos), el reinicio de los problemas con la familia y la utilización de las órdenes de alejamiento: *“El interno está con la familia, la familia quiere que el interno haga ciertas cosas, el interno que no lo cumple, hay peleas tal, tal, tal y ya llega un momento de cansancio que ponen una orden de alejamiento. El interno vuelve a incumplir esa orden, la quebranta y otra vez. Es un poco así, esa es la cadena”* (Psicóloga de prisiones).

Comienza, pues, una nueva fase del mismo proceso (Véase Cuadro 7).

La prevalencia de la reincidencia es, según todos los entrevistados, muy alta. Los motivos que desencadenan un nuevo ingreso se repiten, pues parten del mismo contexto de vulnerabilidad:

- *“Que ellos salen y vuelven a entrar ¿por qué?, porque salen en su mayoría con orden de alejamiento de su familia, salen en su mayoría a los entornos en los que ya tuvieron problemas y vuelven a tener problemas. Muchos de ellos tienen asociado, la mayoría, el tema del consumo de drogas y eso para la enfermedad mental es una bomba de relojería. Si tienen antecedentes, por lo más mínimo vuelven a entrar y luego la atención allí es, la que es”* (Trabajadora Social Asociación).
- *“Si ellos lo que cobran, si es que cobran algo, son los 300 y pico de euros, la no contributiva por discapacidad, con 360 euros ¿qué haces?, no puedes alquilarte nada, no puedes buscarte nada, muchos van al albergue, pero en el albergue no pueden estar perennes, es por un tiempo. Es un problema gordo, es un problema de recursos sobre todo, por lo que te hemos dicho, la mayoría son de familias desestructuradas, que no funcionan a nivel económico, que no han trabajado a lo mejor nunca en su vida o si han trabajado ha sido sin contrato.*

Cuadro 7

Fases del itinerario: vulnerabilidad/exclusión social, enfermedad mental y prisión

- Enfermedad mental-vulnerabilidad personal y contexto socio-familiar precarizado.
- Inadecuada atención, tratamiento y seguimiento, consumo de tóxicos.
- Descompensación de la enfermedad, Trastorno de conducta, Delito.
- Proceso judicial: a menudo inadecuada defensa, enajenación inadvertida, sentencia no eximente, pocas probabilidades de no ir a prisión incluso con sentencia eximente parcial o completa por causa de su enfermedad.
- Ingreso en prisión.
- Estabilización/ Compensación de los síntomas.
- Proceso de prisionización.
- Inicio de la fase negativa de la enfermedad: anhedonía/deterioro.
- Carencia de recursos terapéuticos: la prisión no es el recurso, ni tiene recursos para estos enfermos.
- Alta probabilidad de no disfrutar los permisos y beneficios penitenciarios correspondientes, por falta de apoyo fuera de prisión, por prevención ante posibles delitos, por órdenes de alejamiento en vigor, etc.
- Salida de prisión, carencia de un protocolo de atención coordinada con los Servicios de Salud Mental comunitarios y de Servicios Sociales, doble estigma, déficit de recursos residenciales.
- Regreso al contexto inicial.
- Carencia de recursos económicos, socio-sanitarios, psicoeducativos y ocupacionales de tratamiento e inserción laboral.
- Falta de apoyo, inadecuado seguimiento, abandono del tratamiento, consumo de tóxicos, aislamiento, problemas con la familia.
- Brote, conducta disruptiva, órdenes de alejamiento, delito.
- Inexistencia de instituciones o centros residenciales dónde cumplir una medida de seguridad en medio cerrado y recibir tratamiento.
- Nueva entrada en prisión.

Fuente: elaboración propia a partir de la información recogida en el trabajo de campo.

La mayoría, la inmensa mayoría vuelve, no te puedo decir lo contrario” (Psicóloga Asociación).

Un problema, que también han subrayado los entrevistados, es no sólo la inexistencia de un protocolo operativo con dotación de recursos, de atención coordinada entre los Servicios psicosanitarios de Instituciones Penitenciarias y los de Salud Mental Comunitaria para preparar la salida de prisión y prevenir variables de riesgo de reincidencia, sino la necesidad de un mayor conocimiento de los profesionales del medio penitenciario sobre el funcionamiento de los Servicios de Salud Mental y de Servicios Sociales. El resultado es que no se establece la red de conexiones necesarias para realizar actuaciones orientadas a realizar una reincorporación social en mejores condiciones. Así expresa esta cuestión una entrevistada: *“La mayor dificultad es el desconocimiento, por parte de los profesionales de las prisiones del sistema fuera, es una gran dificultad. Allí, los Trabajadores Sociales, los Psicólogos, los equipos de tratamiento y demás, no tienen ni idea de cómo está el sistema fuera, de cómo funciona el sistema sociosanitario para nuestro colectivo fuera; por lo tanto, es complicado establecer un itinerario de salida para que el tío ya no vuelva a reincidir, porque el mayor problema de mi colectivo en prisión es el alto nivel de reincidencia”* (Trabajadora Social Asociación).

Una demanda que hacen, al respecto, los profesionales sanitarios de los Centros Penitenciarios es que: *“sí los servicios sanitarios de las prisiones se integraran jerárquicamente en los servicios sanitarios de la Comunidad, eso cambiaría algo. Al no estar integrados, la comunicación también es difícil con los servicios sanitarios del exterior. En los últimos años se ha mejorado mucho, pero casi todo se ha ido resolviendo a golpe de muchos contactos personales y mucha implicación personal”* (Médico de prisiones).

La reincidencia también podría evitarse si hubiera centros especializados para atenderlos. Por lo tanto, no hay recursos antes de

su primer encarcelamiento, tampoco durante el tiempo de condena en prisión, ni fuera de ella para que esta población no vuelva a entrar: *“Hay algunos que ya los has visto tres o cuatro o cinco veces, entrar y salir, entrar y salir. Pues eso es lo que digo, que si fuera tuvieran sitios donde realmente pudieran atenderlos, pues a lo mejor esas entradas se podrían evitar, es una de las carencias que veo mayoritarias, una de las carencias o problemas más serios que hay y que, ni aquí, ni fuera, hay los recursos para atender a estas personas”* (Médico de prisiones).

La preparación de la reincorporación social debería hacerse mucho antes de la finalización de la condena y, como subrayan algunos funcionarios entrevistados, dotándoles de herramientas lo más operativas posibles. No sólo en el importantísimo aspecto de autoresponsabilizarse de todo lo que conlleva su enfermedad (psicoeducación), sino en otros como la adquisición de una cualificación laboral y, en el ámbito personal, trabajar para el aprendizaje de aquellas pautas necesarias para relacionarse con los demás. Esta carencia, general del ámbito penitenciario, afecta más a los reclusos con discapacidad mental que cuando salen de prisión no tienen nada que hacer y se quedan solos en casa, con lo cual, además del aislamiento y sus consecuencias, como ya planteamos, también pueden quedar desprotegidos de los riesgos que aparecen cuando salen a la calle.

Ya hemos detectado la carencia de actividades ocupacionales y formativas en el caso de estos reclusos con discapacidad, derivada de la escasez de recursos destinados a esta población. Así comenta estos aspectos, un Funcionario entrevistado: *“Dotarles de herramientas lo más prácticas y concretas posibles para su vida en la calle, para las relaciones sociales y para su vida laboral para los que puedan trabajar, porque hay algunos que sí que trabajan o que cuentan que han tenido trabajos y tal. Entonces, ahí faltarían herramientas, es una carencia general del mundo penitenciario, en general, pero creo que en estas personas se agrava*

más todavía. Porque otro tipo de internos, pues a lo mejor hacen un curso de, por ejemplo, manipulador de alimentos, bueno pues ya tienen un título oficial, con su validez y tal. Pero estos internos, por lo general, no van a trabajar en cocina como no sea, entonces a lo mejor se podría intentar no sé si enseñarles oficios allí dentro porque sería una propuesta irrealista, sería lo ideal que se les pudiera enseñar oficios sobre todo a los chavales más jóvenes que lo pueden necesitar, pero no es realista hacer algo así. Pero, sí dotarles de más herramientas de formación en esas dos direcciones, pues a lo mejor más de relación con la familia y de relación con el mundo en general, con las personas de su entorno y de habilidades laborales por otro ¿no?. Porque algunos casos de algunos chavales, que tenemos dentro y que salían, les decíamos bueno ¿y ahora dónde vas a ir?, pues con mi familia a tal sitio y ¿qué vas a hacer?, pues nada estar con mi madre, estar con mi padre. Y decías, ¡madre mía como estés todo el día en casa!, los padres trabajarán con lo cual vas a estar solo, en cuanto pises la calle vas a ser un chico fácil para el típico trapicheo de droga, es fácil que a él le utilicen o que le convenzan más fácilmente que a otro, te da miedo en ese sentido” (Funcionario de Vigilancia Unidad Terapéutica Educativa).

No debemos dejar de aludir, por último, en este epígrafe, a esos casos en los que los reclusos con discapacidad mental, recién excarcelados, viven unas condiciones de desamparo tan grande -por carencia de recursos- que al encontrarse en la calle, consideran que estaban mejor en la cárcel y cometen intencionalmente un delito para poder regresar a ella. Recogemos en el siguiente cuadro esta situación: una persona que vuelve a delinquir, con el deseo de volver a prisión, se le considera inimputable por enfermedad mental en el juicio y es llevado, nuevamente, a cumplir condena de dos años en la Enfermería de un Centro Penitenciario, porque ninguna Institución Sanitaria o de Servicios Sociales le acoge (Véase Cuadro Caso nº. 7).

Cuadro Caso nº 7

Caso 7: me dice [] yo ya había salido, me había recuperado, estaba medianamente bien, pero *me encontré en una situación, en la calle. Yo ya llegué un momento que pensaba que estaba mejor en la cárcel* y ¿qué hice?, me cuenta, me fui a un chino compré un cúter y me fui al Banco y le dije a la del Banco, “dame cuarenta mil euros que es lo que voy a necesitar de aquí hasta final de año”, con un cúter. Entonces, cuando me fue a dar los cuarenta mil euros, pues claro cómo iba con el cúter, pues de repente aparecieron por allí tres policías. Es que yo tenía muy mal plan de fuga, *pero bueno al final me han metido en la cárcel. Ese señor llega al juicio, valoran que tiene enfermedad psíquica y lo declaran inimputable.* Lo declaran enfermo mental y dicen “no, usted es un enfermo mental tiene que estar en un recurso adecuado a su patología”, preguntan a la Comunidad de []: ¡oiga mire necesitamos que este señor tenga un recurso!, dice, no, no tenemos, *no tenemos plaza y este señor se ha tirado dos años con una medida de seguridad, ingresado en una Enfermería en un Centro Penitenciario (Responsable Fundación)*

3.2. El deterioro emocional, el problema del estigma, el miedo al rechazo y a la incapacitación.

En este epígrafe vamos a hacer referencia a otras dificultades que, con carácter diferencial respecto de los reclusos comunes, viven los reclusos con discapacidad mental a su salida de prisión. Ciertamente, estar en prisión es una experiencia tan traumática que cuando la condena termina la persona sale a la calle, como nos decía un entrevistado: “*con las mismas necesidades que tenía antes, multiplicadas por los años que has estado y las “discapacidades” adquiridas por un empobrecimiento de tu vida brutal. Se*

habla muy a la ligera de la prisión y no se entiende que es un espacio de cautividad. A una persona se le juzga y se le condena por un delito, pero no pierde solo la libertad de no volver a cometerlo, pierdes el derecho a desarrollar tu vida en todos los aspectos que tenías, mejor o peor, pero toda la relación con el mundo exterior se corta en ese momento. Todo lo que tú aspirabas a ser como persona, profesional, padre, hijo, lo que tú quieras aspirar se corta en ese momento” (Terapeuta Ocupacional Asociación).

En el proceso de reincorporación social de estas personas no podemos dejar de subrayar la necesidad de apoyo emocional, afectivo y psicológico, porque adaptarse a vivir en prisión podríamos decir que, en cierta manera, desadapta a la vida fuera de ella. El recluso queda al margen de una vida normalizada y al regresar a ella, sobre todo si ha pasado muchos años en prisión, debe realizar un nuevo proceso de aprendizaje o resocialización. A veces, tan básico como saber qué es un ordenador: *“Este hombre que ha pasado 29 años en prisión, pues cuando salga ¡qué hace!. O sea, hay personas que no saben ni encender un ordenador, pero es que hay personas que no saben ni lo que es un ordenador”* (Educatra Social Asociación).

Por eso, la persona con enfermedad mental que acaba de salir de prisión necesita primeramente volver a reconstruirse fuera de los muros, el proceso de desadaptación no es fácil, sobre todo porque en prisión ha perdido el control de la propia vida. En el caso de los reclusos que brotan en prisión a la enfermedad mental, el proceso es doble: recuperarse de las secuelas que deja estar en prisión y enfrentar la nueva vida, además, con una enfermedad mental. La madre de un recluso recién excarcelado, con Psicosis Paranoide acudió, ante el estado emocional de su hijo, desesperada a solicitar ayuda a una Asociación porque su hijo deseaba suicidarse y padecía una depresión profunda. Esta madre se sentía impotente para ayudar a su hijo en esa vuelta a la libertad y su testimonio muestra las dificultades que tienen estas personas a su salida de prisión: *“Mi hijo está desorientado, no trabaja, vive conmigo (ha salido hace*

una semana), está con ganas de morirse. Dice que no tiene amigos, tiene gente claro, pero es que han sido muchos años. Dice no me ha quedado nada de lo que tenía antes, no me ha quedado nadie. Claro, tampoco está solo, eso lo tiene en su mente, eso es otra cosa. Pero es lo que me dice: estoy desubicado, estoy desarraigado, soy como una persona antisocial, no me siento capaz de integrarme con nadie porque la gente, a ver, tú sigues viviendo para bien o para mal, pero yo esto no lo he vivido. He perdido unos años que toda esa gente de entonces, uno está aquí otro allí. Y luego el impacto, que los sueldos siempre han sido malos, precarios, a ver somos obreros y yo soy muy consciente de lo que hay. Pero, claro cuando el ingresa todavía había algo más de trabajo y podías vivir, pero ahora no hay nada” (Madre exrecluso FIES).

El recluso al ingresar en prisión es desconectado de todo lo que era significativo para él, pero después de la experiencia carcelaria con todas las variables del contexto que hemos descrito, debe volver a reconstruir todo eso y empoderarse para poder integrarse. Por ello, consideramos que además de la *psicoeducación sanitaria* necesaria para convivir con su enfermedad, debe recibir *Psicoterapia Existencial* para ayudarlo a recobrar su vida después de la prisión y con una enfermedad mental⁶⁶. Estas son, dado el impacto de la experiencia carcelaria en la persona, necesidades insoslayables previas a otras como la búsqueda de empleo, aun si se cuenta con apoyo familiar y/o un sitio donde vivir. El primer paso para la reinserción social es aprender a afrontar la angustia y el miedo que les genera la puesta en libertad. Contrarrestar, en definitiva, las consecuencias del *proceso de prisionalización*. La vulnerabilidad emocional de estos reclusos con enfermedad mental es grande y el miedo, como emoción fragilizadora en su

⁶⁶ *Vid.*, Modelo para recobrar la vida a través del empoderamiento en el caso de los enfermos mentales, en Daniel B. Fisher, M.D., Ph.D. y Laurie Ahern, *Asistencia personal para la vida en comunidad. Guía para recobrar la vida*, National Empowerment Center, Inc. 2006, p. 16, www.power2u.org

proceso de reincorporación, adopta diversas manifestaciones que vamos a exponer.

Hay reclusos que no quieren salir de prisión y tienen, según el testimonio de un entrevistado, pavor a la calle, miedo a salir porque, por un lado, después de una condena muy larga, de alguna forma, la persona se sobre-adapta a la vida en prisión y, por otra, se da la circunstancia de que no tienen apoyo familiar ni recursos económicos suficientes para la vida fuera. El miedo a salir, dadas las circunstancias con las que se van a encontrar fuera de prisión, hace que antes de ser puestos en libertad cometan alguna infracción para prolongar su internamiento: *“Una de las cosas que sí he notado es que algunos reclusos, cuando llevan tanto tiempo en prisión tienen miedo al exterior, a encontrarse en la calle, porque han visto que han hecho de esto su hábitat y de hecho hay internos que no quieren salir. Cuando les quedan los últimos meses de la condena para estar ya prácticamente en la calle, en libertad, que para nosotros sería una alegría tremenda, para muchos de ellos es un bajón. Y lo que intentan es poner, a veces, incluso trabas a esa salida en libertad, o sea hacer algún tipo de infracción en el Centro, para intentar prolongar un poco la condena. Hay reclusos que la familia los han desahuciado completamente, no tienen contacto, no tienen relación, no tienen medios aunque se les proporciona una cantidad. Pero aquí se encuentran como en su casa, porque se les da, se les proporciona absolutamente todo y tienen miedo, tienen pavor a la calle”* (Enfermero de prisiones).

En una entrevista realizada a un recluso con discapacidad mental y física, intuimos este hecho, le quedaban seis meses para salir en libertad y estaba en huelga de hambre como protesta, según él, por la no concesión de permisos en ocho años.

El recluso con enfermedad mental cuando va a salir se enfrenta a miedos específicos, que los reclusos comunes no tienen, y que sintetizamos a partir de la información proporcionada por los profesionales y funcionarios entrevistados:

- Miedo a recaer.
- Miedo de ese día en el que se enfrenta a la necesidad de retomar unas relaciones familiares que están rotas y se encuentra con que no tiene mucho soporte. Esto es bastante común, como la familia le tiene que dar otra oportunidad, se tiene que ganar la confianza de nuevo y eso es un trabajo de años.
- Miedo a que la familia le vaya a rechazar y la sociedad no le quiera o le esquive. Si ya es duro para alguien que tiene antecedentes penales, pues si, además, dice que tiene Esquizofrenia, todo es más complicado. El doble estigma es tan potente que cuando estos exreclusos son atendidos en Programas de Orientación Laboral, muchos no quieren tener facilidades de acceso al empleo, derivadas de ser discapacitado psíquico, por miedo al estigma. Lógicamente, no están obligados a decir que han estado en prisión, porque este hecho lejos de suponer alguna ventaja les trae, comúnmente, lo contrario: *“Tú sabes que hay ciertos beneficios en empresas, fiscales y demás por tener personas con discapacidad. Entonces, hay algunas personas que dicen, no yo no quiero que se sepa que yo tengo Esquizofrenia, prefiero que se me busque un empleo ordinario, entonces la orientadora tiene que seguir la línea de lo que la persona vaya marcando”* (Responsable Fundación).
- Miedo, también, a que les incapaciten -los familiares toman decisiones por ellos, los funcionarios, los Médicos, etc.-. La incapacitación jurídica es algo serio, pues puede desproverles de la autonomía para la gestión de sus propiedades, del manejo de sus pensiones, etc.: *“Si un juez estipula que la persona tiene que estar incapacitada, cuando comete un delito o hace algo que no es debido, es tratada como una persona menor de edad. Entonces al final, alguien que lo que tu pretendías era protegerla, porque el objetivo de las medidas o los procesos sobre capacidad es que la persona esté más protegida,*

no para quitarle la libertad y trabajar en contra de su voluntad. Ocurre con las personas sin hogar que los Ayuntamientos inician procesos de incapacitación, porque molestan en la calle, no se van de manera propia, entonces con una sentencia de incapacitación, yo decido sobre la persona y tomo decisiones” (Responsable Fundación).

Estas personas viven, continuamente, situaciones de “maltrato institucional”, porque también fuera de prisión se toman decisiones sin tener en cuenta la voluntad de la persona: *“Lo suyo es negociarlo todo y que la persona se tome su tratamiento y que entienda por qué se lo tiene que tomar, lo acepte, porque realmente es por su beneficio y, sobre todo, que se negocie, porque lo mismo ese tratamiento le va mal y puede probar otro, o las dosis que toma son muy elevadas y no te tienen por qué tener, le llaman ellos, en la cárcel química. Te dejan sedado...la persona quiere tener la mente clara, pero la sedación le impide tener la mente clara”* (Responsable Fundación).

Destacar, una vez más, el importante papel que la familia, a falta de otros recursos institucionales, tiene en la asunción de estos problemas emocionales y de todo tipo que los exreclusos con discapacidad enfrentan con la excarcelación. Las necesidades de los familiares de estos reclusos deben ser tenidas en cuenta, porque están muy invisibilizadas. Se les pide que sean un agente activo en la atención a estos enfermos, pero se ven desbordados e incapaces de manejar los síntomas y las consecuencias de la enfermedad. Carecen de herramientas, de recursos económicos para afrontar los tratamientos y sufren en primera persona todo el proceso, como hemos podido comprobar con el testimonio de la madre del exrecluso FIES. La siguiente entrevistada, subraya el valor de la implicación de la familia, en los casos en que cuentan con este apoyo, aunque solo sea para poder disfrutar de las escasas intervenciones, que fuera de prisión existen para esta población, y que provienen de las Entidades del Tercer Sector de la

Discapacidad: *“La idea es que ellos sean responsables y esta es la dificultad. Cuando salen, ellos tienen la libertad de tomarse el tratamiento o no, de consumir droga o no, o de venir aquí o no, es un vínculo que tú creas antes de que salga de prisión o te lo ganas o no te lo ganas con él y con su familia. Porque si tú con la familia no la tienes ganada, no tienes nada que hacer, porque si el tío está en su casa y le llamas de vez en cuando para decirle vente al club, pues querrá o no, pero si la familia le dice vete a...vete al club, vete con la monitora, vete a hacer esto, pues es una garantía de éxito en lugar de estar el tío en su casa o en la calle cometiendo algún delito”* (Trabajadora Social Asociación).

4. Análisis específico de las necesidades y dificultades vividas por los propios reclusos con enfermedad mental.

Los reclusos con discapacidad mental que hemos entrevistado son nueve: cinco reclusos entrevistados en la consulta médica del Módulo de Enfermería de la prisión; dos en libertad condicional entrevistados en el local de una Asociación que interviene con población en situación de exclusión social y otro en la sede de una Entidad de Salud Mental; uno cumpliendo condena con medida alternativa de seguridad (pulsera en el tobillo) entrevistado, también, en un centro de Salud Mental y un exrecluso cuya entrevista se hizo en un domicilio particular. Las entrevistas se han realizado en los tres ámbitos geográficos establecidos en la investigación: Andalucía, Extremadura y Madrid.

Salvo un recluso en libertad condicional que padece trastorno de la emotividad y depresión, el resto padecen Trastornos Mentales Graves: Esquizofrenia Paranoide, Esquizofrenia Afectiva, Psicosis, Trastorno Bipolar y Trastorno Límite de Personalidad con falta de control de impulsos. Todos, menos dos de estos reclusos, presentan consumo de tóxicos y/o alcohol a lo largo de su vida, con diferente grado de activación, según que estén o no en pri-

sión y dependiendo del control o seguimiento que estén teniendo fuera. Uno de los reclusos entrevistados en prisión, nos dio la impresión subjetiva de que, independientemente de las pastillas que tomaba, había fumado hachís o marihuana. Así también, otro de los reclusos entrevistados fuera de prisión, en libertad condicional, también manifestaba síntomas de consumo. Igualmente, el exrecluso después de la entrevista comentó que había consumido. Recordemos que el perfil mayoritario tiene Patología Dual (enfermedad mental y consumo de tóxicos).

En cuanto a los certificados de discapacidad, casi todos tienen el reconocimiento (65%), cobran pensiones de 365 euros, salvo uno de los entrevistados que recibe una pensión superior que asciende a 826 euros. El recluso que padece Trastorno Bipolar tiene reconocimiento de su discapacidad (36%), pero no cobra ninguna pensión. El perfil sociodemográfico se corresponde con el descrito por los profesionales y técnicos entrevistados: bajos niveles de formación y de estatus socioeconómico, de ellos y de sus familias, consumo de drogas, insuficiente atención a su enfermedad y conciencia de la misma, defensa en los juicios a través de abogados de oficios, no se ha tenido en cuenta su discapacidad como eximente, etc.

Todas las entrevistas a los reclusos, pero especialmente a los que padecen enfermedad mental o discapacidad intelectual, se han realizado generando el máximo clima de afabilidad. Evitando que el planteamiento de las cuestiones revistiera el carácter de guión de interrogatorio o de examen, de manera sencilla, realizando las justas para no generarles tensión o problemas, focalizadas en sus necesidades para poder cubrir el objetivo general de la investigación y teniendo presente las características de un medio como el penitenciario, en el que se han realizado las entrevistas, el perfil de discapacidad del recluso y la situación limitante en que se encuentran. Casi todos los reclusos tienen muchas reservas a la hora de hablar de su vida en prisión. Los que están dentro,

por el miedo y la desconfianza de tratar asuntos, delante de una grabadora y con una persona desconocida, que les afectan directamente y cuyas palabras no saben dónde van a ir y qué consecuencias pueden derivarse, para él, al emitirlos.

No podemos olvidar en ningún momento la complejidad y dureza del entorno penitenciario y la ausencia de control o autonomía que el recluso tiene sobre su vida. Los reclusos que están en libertad condicional y exreclusos, también presentan cierta inhibición a la hora de hablar, tanto porque una de las consecuencias del *proceso de prisionalización* es la interiorización de un mecanismo de alerta que les lleva también a no confiar en nadie, como por el hecho de que no es una experiencia agradable que deseen revivir, ni un rol del que sentirse orgullosos o que deseen sea una variable identitaria. A pesar de que algunos de los entrevistados tienen también patologías orgánicas derivadas de los años de consumo de tóxicos, son reservados a la hora de comentar de qué tipo son.

Los reclusos con enfermedad mental nos han transmitido con voz propia las principales necesidades y problemática que la estancia en prisión les genera, la mayoría de ellas coinciden con las percibidas por los profesionales, técnicos y funcionarios entrevistados y pueden ser tipificadas en las categorías que analizamos a continuación.

4.1. Dificultades en el Módulo de Enfermería.

El ingreso en el Módulo de Enfermería se produce, en el caso de nuestra población objeto de estudio, como hemos expuesto en un epígrafe anterior, con carácter general cuando la persona llega descompensada y/o porque los miembros de la Junta de Tratamiento consideran que por sus circunstancias -regulación y administración de la medicación, entre otras-, el recluso debe estar allí, como fase previa, antes de su derivación a un Módulo ordinario.

Sin embargo, los reclusos han manifestado el carácter negativo que para ellos ha tenido estar en el Módulo de Enfermería:

a) En algunos Centros Penitenciarios, las celdas o brigadas pueden llegar a tener ocho o diez camas, albergando personas con todo tipo de patologías, lo que en personas con Esquizofrenia puede inducirles sentimientos paranoides, sobre todo con los cambios de medicación que, frecuentemente, se producen en los ingresos. Los Médicos actúan como mejor pueden ante: el desconocimiento que el propio paciente tiene de la medicación que tomaba antes de entrar, la necesidad de estabilizar el brote, la carencia coyuntural de las pastillas que toman, los tiempos de espera hasta que llegan los informes Médicos y el momento en que puede visitarlos un Psiquiatra para ponerles el tratamiento oportuno o regular el existente. Estas circunstancias les afectan mucho y pueden llevar a algunos reclusos con enfermedad mental a tener intentos de suicidio. Es el caso que nos comenta el siguiente entrevistado: *“Fatal, es el peor que he visto yo, porque allí lo mismo te meten en una brigada grande con 8 o 10 camas, con gente con sida, gente con tuberculosis, con hepatitis de toa las clases. Yo una paranoia ahí, y mal que me he encontrao, de haberme quitao el medicamento, que hasta intenté suicidarme la verdad. Me tuvieron que llevar urgente pa... con la ambulancia...lo que me mato fue ezo, ezo, eza Enfermería de..., mira que he estado en Enfermería en...Enfermería en...,pero como la de..., ninguna”* (Recluso 41 años, Esquizofrenia Paranoide).

Este mismo recluso se refiere a dos cuestiones sobre las que ya nos habían informado los profesionales de prisiones entrevistados. Por un lado, el estrés y la ansiedad que generan las rutinas de la dinámica de vida en prisión (tiempo de encierro dentro de la celda, cumplimiento estricto de los horarios, los recuentos, etc.) y, por otro, los problemas derivados de convivir con una población reclusa que no tiene, en muchos casos, peculiar (lo que les lleva a robar o estafar a otros internos) y que es conflictiva (amenazas de denuncia, peleas que pueden llegar a suponer sanciones y perjuicios para el disfrute de beneficios

penitenciarios o progresiones de grado). Esto genera miedo, lógicamente, en todos los reclusos, pero en los discapacitados mentales o intelectuales la capacidad de defensa es menor, por eso pueden sufrir brotes o crisis y el impacto psicoemocional es más grave. El recluso cuyas palabras transcribimos, se veía obligado a dormir con la tarjeta del peculio y el tabaco en el pecho para evitar que se los robaran; de ahí, el estado de sobre alerta constante que viven las personas en prisión: *“Po fijate, te abren a la 9 de la mañana, a las 10 pa bajo hasta las 12:30 y a las 12:30 pues ya hasta el día siguiente y que zi el recuento, que zi le tienes que abrir la puerta, contar lo que hay porque a mí me tocó una brigada no veas juí! y peleas cada do por tres, y a lo mejo uno se quedaba sin tabaco a la tre de la mañana y te despertaba, y te voy a denuncia, pues le prestaba un cigarro y tene que dormir con la tarjeta del peculio en lo alto, con el tabaco en lo alto ¿porque te lo pueden robar?, ¡claaroo!”* (Recluso 41 años, Esquizofrenia Paranoide).

La necesidad de que no pongan a los enfermamos mentales con los toxicómanos es también una problemática mencionada por un recluso entrevistado: *“Que no mezclen a los drogadictos con los enfermos mentales”* (Recluso 44 años, Esquizofrenia).

- b)** La ausencia de ropa de cama, de mantas, en concreto, en algunos Módulos de Enfermería, es una carencia que subraya un recluso entrevistado, así como el tema de los malos tratos físicos a los reclusos. Hacemos referencia expresa a este hecho, en este punto, porque se refiere a las palizas que, según el recluso entrevistado, propinan los funcionarios en un cuarto aparte del Módulo de Enfermería, si el recluso dice *una palabra más alta que la otra*. Asimismo, el siguiente entrevistado, comenta las retenciones practicadas durante toda la noche, consistente en amarrar de pies y manos a la persona a una cama: *“Fatal estar en Enfermería, pero aquello era. Allí, fatal, aqueeello, Enfermería, por ejemplo, es una locura. Allí se cambiaban la ropa por tabaco*

eeeehhhhh, las camas sin mantas, pegaban. Había un jefe de los guardias especial que se ponía los guantes y el que se rebelaba un poco se le llevaba a un cuarto y no podías hacer nada, allí no entraba nadie, ni director, ni jefe de la prisión, allí no se enteraba nadie, allí lo que valía era lo que hacían ellos y los Médicos están de acuerdo con todo, si te rebelabas, pues te ponían una indición y te quedabas listo. Había una habitación que te amarraban, allí había una cama, te amarraban de pies y manos te dejaban toda la noche amarrado... dentro no te van a decir nada, pero ahí están de acuerdo los Enfermeros que trabajaban que eran civiles y ellos lo sabían todo yyy si decías una palabra más alta que la otra de momento te llevaban aparte y mientras tanto ellos se ponían unos guantes y no dejaban señales ninguna. Los guantes pegaditos, había gente con la droga, pero que estaban enfermos, pero les daba igual. Yo llevaba la comida, la limpieza y eso y me trataban un poquillo mejor, pero había algunos que estaban con la meta-dona, que estaban tiesos y se veía que, que, que le pegaban, que le pegaban” (Recluso 53 años, Esquizofrenia Paranoide).

Otro recluso entrevistado también respondió, cuando se le preguntó por las necesidades de las personas con discapacidad encarceladas, no ya dentro del Módulo de Enfermería, sino de la prisión: “Que los funcionarios no peguen” (Recluso 44 años, Esquizofrenia).

c) Inexistencia de actividades ocupacionales.

Una de las carencias que subrayan los reclusos con enfermedad mental entrevistados, que están en el Módulo de Enfermería, es la ausencia de actividades y la estricta rutina pautada que hace que cada día sea exactamente igual al anterior y eso les genera agobio.

- “Po carencias, actividades, por ejemplo. Por ejemplo, que nos saquen, aquí en Enfermería hay gimnasio, hacemos, yo, por ejemplo, corro, hago fleziones y eso, pero no es lo mis-

mo que ir a un gimnazio que a lo mejó vamos tres días en semana po, yo he estao en otras cárceles y resulta que no zacaban a, a, a gimnazio, no zacaban a corré con monitores” (Recluso 43 años, Esquizofrenia Afectiva).

- *“Lo más difícil de vivir en la cárcel está tó el día con lo mismo, lo que haces hoy, lo haces mañana, lo que haces mañana, lo haces pasao y empieza también tó lo mismo, siempre pensando en libertad, libertad, libertad y si seguí azin te agobia, ¿zabes?, te agobia y no te siente a gusto” (Recluso 21 años, Trastorno Bipolar).*

La alienación generada por esta dinámica es una situación más intensa en el Módulo de Enfermería porque no hay las actividades de otros Módulos ordinarios, pero es un hándicaps propio de la vida en prisión.

La demanda de que se realicen actividades ocupacionales tanto físicas como intelectuales, en este caso en el Módulo de Enfermería, así como que las salidas terapéuticas del Módulo no estén circunscritas a dos o tres horas semanales -que se hacen al invernadero y con perros, en un Centro Penitenciario concreto donde hemos realizado trabajo de campo-, sino que se dieran con frecuencia, es planteada por un recluso entrevistado en los siguientes términos: *“Que hubiera unas actividades para nosotros, pero no que nos sacaran los miércoles o los jueves a los perros, sino todos los días y hacer lo mismo físico que psíquico. Una actividad no que te obliguen a correr ni a gimnazio, si tú quieres ir a correr, si tú quieres ir a, ahora toca terapia para intelectualmente abrirte la mente, unas clases especializadas de, de, con profesores especializados para enseñar. Yo, por ejemplo, mi caso no es, porque yo sé leer y escribir, pero aquí hay gente que no sabe leer ni escribir, pues enseñar a leer, a escribir, a dibujar, muchas cosas que nos tendría ocupá la mente, porque es mu triste en el patio azín*

desde las 9 de la mañana hasta la 1 de la tarde y desde las 5 de la tarde hasta las 7 de la tarde, mu aburrido, ya es que no sabes ni con quien hablar” (Recluso 43 años, Esquizofrenia Afectiva).

Ver pasar la vida, sin ocuparla en nada, es difícil de llevar para los reclusos. Así compara un entrevistado la ventaja de vivir en los Módulos de Respeto, a los que suelen derivar a algunos enfermos mentales una vez estabilizados: *“En el Módulo de Respeto se vive mu bien la verdad que sí, no como un Módulo que estás tirao en el patio, na más que ves pelea, gente fumando tirao en los cuartos de baño” (Recluso 41 años, Esquizofrenia Paranoide).*

4.2. Valoración de la atención médica recibida y demandas asistenciales.

En las entrevistas a los reclusos con enfermedad mental también se manifiesta, como explicaron los profesionales, técnicos y funcionarios entrevistados, que la entrada en prisión ayuda a estas personas a estabilizarse, dado que los Médicos se ocupan de que se tomen la medicación oportunamente y eso es reconocido por los propios reclusos. Así se expresa un entrevistado, sobre su estado de salud mental actual en el Centro Penitenciario: *“Sí, cuando tomo la medicación me siento mejor. En la calle, cuando estaba en la calle, a veces no la tomo, pero no me pasaba ná, pero de vez en cuando la tomo. Por ejemplo, me tiro tres días sin tomarla y un día me la tomo. Que ze me olvida, a veces, ze me olvida y aquí estoy tomando ahora una por la mañana y una por la noche y una Zyprexa de 5 mg para dormir. ¿Y te encuentras mejor?, Bueno, de mente me encuentro bien, pero de estar aquí no, no me gusta estar aquí” (Recluso 21 años, Trastorno Bipolar).*

La atención médica recibida es subrayada como positiva por parte de estos reclusos. Muchos llegan con una demanda asistencial muy grande y patologías orgánicas que, dentro del abandono

de cuidados y de las adicciones que tienen, ni siquiera han sido diagnosticadas (esto es común en todos los reclusos independientemente del tipo de discapacidad de los entrevistados).

- *“Era estupenda, no te puedes quejar, si no hubiera sido por la doctora que estaba allí hubiera estado muerto. Me sacaron al hospital jodío, pero mu jodío, me pusieron dos litros de plasma o sea que hubiera estao cascao ya y ahora he engordao”* (Exrecluso 59 años, trastorno de la impulsividad).
- *“Tuve un accidente, ingresé con to dolorido, con heridas del accidente y estuve allí, pues eso en observación hasta que me recuperé. Y bueno me atendieron bastante bien en el sentido este de, me llevaron a los hospitales, me llevaron a las pruebas por diligencias, me llevaron a las pruebas que tenía yo ya programas con anterioridad al ingreso y sí se puede decir que estuvieron al tanto el equipo Médico para intentar valorar el tema mío, mi situación”* (Recluso 44 años, trastorno de la emotividad y depresión).

La demanda asistencial, de los reclusos con enfermedad mental entrevistados, está en torno a dos categorías de prestaciones:

- a) Atención Psiquiátrica:** lo más solicitado por todos es la necesidad de que haya Psiquiatras que pasen consulta individual y regularmente aunque sea, según sugiere un recluso entrevistado, por parte de Psiquiatras en prácticas. Recogemos dos testimonios.
- *“Aquí carecemos también de, por ejemplo, de un Psiquiatra, de medicinas no carecemos, pero de un Psiquiatra sí carecemos, aquí no hay Psiquiatra, en ninguna prisión hay Ziquiatra excepto en lo Ziquiatrico Penitenciario. En Enfermería debería haber un Psiquiatra”* (Recluso 43 años, Esquizofrenia Afectiva).
 - *“Gente que se ocupe uno a uno de cada enfermo, el Psiquiatra viene cada tres meses, que esté presente...Que el*

Psiquiatra vaya todas las semanas... Que podían venir Médicos o Psiquiatras aquí a hacer prácticas y así podrían tener atención” (Recluso 44 años, Esquizofrenia).

La única terapia que reciben, en el caso del Centro Penitenciario donde se realizó la entrevista a este recluso, son las actividades que las profesionales de Entidades de Salud Mental imparten tres días a la semana, una hora. Estas actividades consisten en sacarlos del Módulo de Enfermería al vivero y con los perros que, como sugieren las Psicólogas, *no tienen prejuicios* y cuyo contacto es, especialmente, beneficioso para estas personas. Alguna sesión, de carácter psicoeducativo, la dedican a tratar temas relacionados con la medicación, el control de impulsos, etc., como nos comenta un recluso de ese Centro Penitenciario (no nos consta que esas mismas actividades se realicen en otros Centros Penitenciarios), que participa en ellas: *“Sí con estas chicas... salimos (del Módulo) los jueves a terapia y tratamos un poco los temas de la agresividad, de la ansiedad, los medicamentos para saber qué es lo que estamos tomando y tener un poco noción de eso”* (Recluso 28 años, Esquizofrenia y Psicosis).

Por otro lado, uno de los reclusos entrevistados en esta misma prisión, insistía en la necesidad de que todos los enfermos mentales pudieran acceder a estas actividades terapéuticas, no sólo un grupo reducido de ellos: *“Que no cojan a grupos reducidos para terapia, a todos”* (Recluso 44 años, Esquizofrenia).

La inexistencia de tratamiento terapéutico hace que se recurra en exceso, según los entrevistados, a la respuesta farmacológica cuando el enfermo dice sentirse mal. De esta forma, en lugar de atenderse terapéuticamente el síntoma o las emociones que desestabilizan a la persona, se le seda y eso inhibe a algunos reclusos a la hora de expresar como se sienten: *por miedo a ser anestesiados*. Algo que, probablemente, puede permitir a los Médicos (dado que son Médicos de Atención Primaria y no cuentan ellos mismos con otros recursos de intervención y

conocimiento especializado) controlar el brote o los pródromos, pero que no ayuda a los reclusos a gestionar, aunque sólo sea hablando -por eso reclaman comprensión por parte de los Médicos- el estado emocional en el que se encuentran. Vemos este problema en las palabras de un recluso que pide: *“Un poco más de comprensión por parte del equipo Médico (na más tenemos por la mañana lo que es la asistencia médica) y si te encuentras un día con más ansiedad tienes miedo de decir que te encuentras mal o con algo más de ansiedad o lo que sea. Porque, por lo visto, en cuanto te ven mal lo que hacen es darte un pinchazo de...o algo así y te dejan anestesiado. Entonces hace que se te pase el día, pero no te soluciona el problema. Al día siguiente, vuelves con la misma ansiedad y vuelves a estar y encima con el susto de que te pinchen y se pase el día sin, en vano”* (Recluso 28 años, Esquizofrenia y Psicosis).

b) Prestaciones farmacológicas: todos los reclusos han manifestado que no tienen carencias de tratamiento farmacológico.

De hecho, la “abundancia” de pastillas es un tema sobre el que, particularmente, llama la atención un exrecluso con amplia experiencia en distintas prisiones y que diferencia la situación de las cárceles actuales de otras del pasado en España: *“Eso era una cárcel (se refiere a Carabanchel) no esto, esto es un colegio. Esta que hay aquí, es un colegio, la de ... Allí era muy chungo, era peligroso ¿me entiendes?. Ahí es un colegio, ahí todos están empastillados. El que no está empastillao es porque no ha tenido oportunidad de conseguirla, pero todo el día empastillao”* (Exrecluso 59 años, trastorno de la impulsividad).

Para algunos, el tratamiento farmacológico está bien administrado, *“Estoy bajo un tratamiento, el cual me han suministrado aquí correctamente. Por parte de medicación, no, no, vamos va bien la coza”* (Recluso 43 años, Esquizofrenia Afectiva).

Pero otros no se encuentran bien con la medicación que toman y se ven muy afectados por determinados efectos secun-

darios, como la pérdida de memoria o el bloqueo de la actividad cognitiva y que para un joven recluso entrevistado, supone un problema de carácter no menor: *“Ayer le comenté a la Psicóloga de aquí que con el tratamiento que estoy teniendo creo que tiene efectos secundarios de pérdida de memoria porque ahora veo, como estoy con los estudios, estoy en la... Y le estuve diciendo que había palabras que antes me las sabía mejor y se me quedaban y eso y como con la palabra recurrí, ahora que tengo que recurrir, eso, que hay veces que no me salen las palabras y me quedo un poco atascado. Entonces me han dicho que puede ser un efecto secundario, porque lo que hace la medicación esa es como eliminar un poco el pensamiento, la memoria un poco de las cosas que han ocurrido de escuchar voces y eso, pero no me he llegado a informar bien del tó, no sé qué es lo que”* (Recluso 28 años, Esquizofrenia y Psicosis).

Tomar la medicación adecuada y en la dosis ajustada al enfermo es una necesidad importantísima; de ahí que los reclusos sientan una gran preocupación cuando van a ser trasladados de prisión, porque no tienen asegurada la continuidad del tratamiento que toman y que, en estos casos, los mantienen estabilizados. Así expresaba este problema el siguiente recluso: *“¿Pastillas?, hay centros que no hay pastillas ansiolíticas por ejemplo, las mismas que estoy tomando. Yo, por ejemplo, en... cuando estuve pa el juicio que estuve un mes en... resulta que allí en esa cárcel no había las pastillas que yo tomaba. Entonces me daban otra pastilla, otro ansiolítico el cual no era tan potente y tan fuerte como para mí tenerme estabilizado todo el día, había periodos de tiempo que estaba mu anziozo como con ataques de ansiedad. Iba al Médico, me apuntaba y me decía que ezo es lo que hay. Entonces, me temo que ahora me manden a... porque yo no sé cómo funcionan esas cárceles y ahora no haya esas pastillas, porque según ellos esas pastillas que yo tomo en mi cazo, la gente las vende esto lo otro, pero yo no ten-*

go culpa de ezo. Entonces, yo zoy un enfermo, vamos yo estoy bien con mi tratamiento y estoy equilibrao, pero yo temo que me manden a otra cárcel y ahora no hay las pastillas que yo tomo aquí y entonces me pongan una pastilla similar que ze parezca, pero ezo no es así” (Recluso 43 años, Esquizofrenia Afectiva).

Algunos profesionales nos habían planteado esta problemática y, también, que muchos reclusos se sentían, a veces, como “conejiillos de Indias” con el tema de la medicación.

4.3. Problemas con la alimentación.

En las entrevistas a estos reclusos ha surgido una “queja” sobre la alimentación, pues consideran que no es buena. Así lo han manifestado algunos entrevistados, exponemos el siguiente testimonio: *“La alimentación aquí no es lo mejor que debería ze, la alimentación también es mu repetitiva, no está bien cocinada, no es que esté cruda, sino que no está bien hecha como en una caza”* (Recluso 43 años, Esquizofrenia Afectiva).

Por otra parte, -este es un problema que también ha aparecido en las entrevistas a los reclusos con discapacidad física, sensorial y orgánica y en las realizadas a los familiares-, la mala alimentación es la causa, según estas personas, de una mala salud bucodental: *“Pues yo te voy a decir, allí en la cárcel perdí toda la dentadura, en...me quitaron casi todos los dientes que me faltan ¿sabes?. Debido a, te voy a decir (habla bajito), lo primero que se tienen que preocupar es que eso no va a ser un hotel, entonces hacen una comida para nosotros y otra para ellos ¿me explico?. Entonces que pasa que hay una diferencia bastante grande, la que te comes tú parece, pues eso tú imagínatelo, yo llegaba a dejarla en la bandeja y tó, unos filetes que cada vez que ponen filetes echamos a temblar, vamos ni masticar, ni con dentadura eres capaz de comerte el filete de lo duros que están, ¿sabes cómo te digo?, entonces se come tres o cuatro veces bien al año allí en la prisión de... ¿sabes cómo te digo?. Yo comprendo que no tenga*

que ser un hotel, de crear un hotel ahí, los garbanzos duros como balas (lo dice muy bajito como si nos pudiera escuchar algún funcionario), como balines, duros, duros” (Exrecluido 59 años, trastorno de la impulsividad).

4.4. Necesidades afectivas, vínculos instrumentales y el problema de los cambios de prisión.

Todos los reclusos entrevistados tienen entre sus necesidades prioritarias las afectivas. Lo que más les cuesta de estar en prisión es no ver a sus hijos, a sus parejas, familiares y amigos. Lo más difícil, por ejemplo, en palabras de un recluso que, en el momento de la entrevista, cumplía condena con medida alternativa de seguridad era: *“el no estar con mi familia, verla nada más que una vez al mes, porque a mí no venían a verme por cristales, a mí venían a verme en el vis a vis” (Recluso 41 años, Esquizofrenia Paranoide).*

Las relaciones con la familia son cruciales para estas personas, sobre todo, porque las que se establecen en prisión son, según los reclusos entrevistados, interesadas. De ahí que como comenta el siguiente recluso, tengan carencia de afecto verdadero: *“Aquí en la cárcel se siente también que aunque haya gente y tengas compañeros, también hay carencias del afecto o de un afecto verdadero, porque a lo mejor se arriman a ti pa que simplemente le des un cigarro y hablan contigo porque le has dao un cigarro. Eze afecto no familiar ya, sino no zé de amistad verdadera ¿no?. Aunque zí haces amigos, pero no son amigos ¿comprendes?, son amigos porque sabemos que debemos estar aquí juntos” (Recluso 43 años, Esquizofrenia Afectiva).*

Los traslados de prisión también se viven con angustia porque pueden implicar distancias que los familiares (como ya indicaron éstos) no puedan sobrellevar económicamente y las visitas, tan necesarias para los reclusos, no puedan realizarse con frecuencia: *“Tengo ya una condena de 10 meses más y ya aquí no puedo*

estar, entonces me mandan a otro, a otra ciudad, entonces ya mi familia no va a poder venir a verme todos los domingos, como vienen todos los domingos a verme. Mi familia podrá ir una vez cada dos meses un poquito, porque ellos están trabajando, tienen niños chicos, más complicado. Nos mandan fuera entonces mi familia ya no va a poder venir a verme, el gasto económico puede ser más caro” (Recluso 43 años, Esquizofrenia afectiva).

Esta es una petición recurrente: *“que no trasladen a los chicos”* (Recluso 44 años, Esquizofrenia).

4.5. Implicaciones de la convivencia en un ámbito hostil y agresivo para los reclusos con enfermedad mental.

También todos los reclusos con enfermedad mental entrevistados hacen referencia expresa a que una de las dificultades de la vida en prisión, en Módulos ordinarios, es la convivencia con personas conflictivas. Ya ha salido esta cuestión en relación a la convivencia en celdas-brigadas en el Módulo de Enfermería, pero no podemos dejar de subrayar esta variable porque aparece en todas las entrevistas, aunque en el caso de personas con Trastornos Mentales Graves como Esquizofrenia Paranoide, insistimos que el impacto es mayor y también la capacidad para tratar con los reclusos comunes. De hecho, una de las mayores dificultades resaltadas por estos reclusos es: *“aguantar la gente, eh, escuchar cosas raras”* (Recluso 21 años, Trastorno Bipolar).

Sin duda, pasan temor, ansiedad, estrés y eso les obliga a ponerse, como dice el siguiente entrevistado, una coraza, porque hay reclusos (*gente mala que va a por tí*) que con tal de cogerte un cigarrillo o les compres un café son capaces de lesionarte y si respondes, las consecuencias son muchas, como cumplir más condena: *“Te pones una coraza y tienes un poco que, hay mucha gente que bueno por h o por b, hay mucha gente que le da lo mismo o sea se buscan partes, se buscan lo que sea por un triste cigarro o por un café y te buscan una tontería o te van a lesionar*

por una, o si no te intentan buscar las vueltas, o de joder. Tú vas a cumplir tu condena, pero no vas a cumplir la condena de los otros ¡está claro!, hay personas que les da totalmente lo mismo y como te vean un poco débil. Es que hay mucha gente muy mala ahí, gente mala que van a por tí. Como te descuides sí intentan” (Recluso 44 años, trastorno de la emotividad y depresión).

Por otro lado, el estrés del ambiente, además de por el difícil perfil de la población penitenciaria común, también se debe a otros factores como: la incertidumbre de no saber qué actuaciones de control o cacheos se van a llevar a cabo y la necesidad de gestionarlo todo a través de instancias. El grado de tensión es, pues, muy alto, sobre todo tratándose de personas que ya tienen ciertos niveles de ansiedad interna: *“Miedo, miedo de temor no, lo que he sentido es mucha ansiedad. Miedo, miedo no, porque ya había tenido la experiencia en la otra y ya no era desconocido para mí el paso por prisión. Pero sí, el ambiente que se respira es de agresividad, de violencia, de tensión, mucha tensión ¿sabes?, puede saltar en cualquier momento y verte implicao en cualquier cosa. Los trámites, todo el tramiteo, de cacheos, de esto, de lo otro”* (Recluso 44 años, trastorno de la emotividad y depresión).

La necesidad de no mostrar debilidad y el estado constante de alerta, les genera mucha ansiedad y puede provocar -cuando la persona tiene algún espectro del Trastorno Límite de Personalidad, o no tiene control de impulsos y no teme las consecuencias de su reacción-, agresiones que supongan partes; y, por ende, restricción de los beneficios penitenciarios, freno a la progresión de grado y, en el peor de los casos, ingresos en la celda de aislamiento.

- *“Tienes que estar al loro de quien tienes en la espalda, porque si no estás perdío en una prisión”* (Exrecluso 59 años, trastorno de la impulsividad).
- *“Bien, (las relaciones), muy difíciles pero bien. Te puedo decir, te lo voy a decir, había una ristra de chabolas así, era un pa-*

sillo ¿no?, y luego al otro lao había otras tantas desde arriba hasta abajo, eran galerías y podían robar aquí en esta galería, se dedicaban a robar y robaban a lo mejor tres chabolas antes que la tuya, la tuya no te la tocaban ninguno. Ese problema no lo he tenido yo en la cárcel, porque me he sabido defender y sino como vayas de toli te las pegan todas en el mismo carrillo, si vas de toli, te las pegan todo el mundo” (Exrecluso 59 años, trastorno de la impulsividad).

- *“Yo no me corto por nada, ¿sabes?, a mí vienen a por mí, y yo me enfrento a muerte al que sea, no tengo ningún problema, ¿me entiendes?, enfrentarme a muerte, o sea directamente, cambio totalmente. Además, estoy adiestrao, he estao en las fuerzas especiales”* (Exrecluso 59 años, trastorno de la impulsividad).

Ante la pregunta sobre si alguna vez le han agredido a él, responde: *“No, lo han intentao. El último le reventé toda la boca en una ventana de hierro que había, le partí toda la cara. No se dio ni cuenta de por donde le ha venío la historia, el último en la cárcel y ese ya le mandaron para...para otro lado, era un violador había intentado violar a su hermana, el hijo de la gran puta”* (Exrecluso 59 años, trastorno de la impulsividad).

Este exrecluso, debido a su trastorno, tiene una alta susceptibilidad y determinado grado de paranoia que le lleva a utilizar, con cierta jactancia, como respuesta siempre la violencia: *“Había dos enfrente que se estaban riendo y me miraban, si cuando me están mirando se están riendo ¿qué puedes opinar tú?, que se están riendo de ti no?, pues yo me fui a por uno y le corté el cuello con una navaja que tenía chungo y le corté el cuello, yo me fui directo a por él, y estaba un montón de gente no creas que me corté puedes preguntar a cualquiera. Y otro día saqué la escopeta recortá y me lié a tiros, fui a por uno también. Yo he pagado dos intentos de homicidio, porque éste se libró de milagro y me alegro ¿sabes lo que te digo?”* (Exrecluso 59 años, trastorno de la impulsividad).

Es consciente de su problema, de carácter según él, por eso evita relacionarse con nadie ahora que está fuera de prisión, lo que le lleva a vivir aislado. Esta persona nunca recibió ningún tratamiento para su trastorno en prisión (ni fuera) y a pesar de haber pasado entrevistas clínicas, él asume como valentía lo que es una patología psicológica: *“La (Psicóloga) esta dijo, usted ha tenido un arrebató. ¡Pues claro que tuve un arrebató!. Cuando tengo el arrebató ese, mejor que se vayan”* (Exrecluso 59 años, trastorno de la impulsividad). Se le preguntó si le habían hecho alguna evaluación psicológica en las prisiones en las que ha estado y respondió lo siguiente: *“Sí, y yo tengo un coco de la hostia”* (Exrecluso 59 años, trastorno de la impulsividad). Esta consciencia, sobre los actos delictivos que cometen, es determinante para que estos reclusos no tengan eximentes por su discapacidad.

Una cuestión importante para los reclusos es la carencia de intimidad. Este es un tema que afecta a todos los reclusos, con o sin discapacidad, pero que han destacado, expresamente, los reclusos con enfermedad mental entrevistados. La búsqueda de intimidad para realizar sus necesidades fisiológicas, lleva a algunos reclusos a aprovechar el momento de la ducha para defecar: *“Lo hacías en el plato de ducha y con el agua lo quitabas poco a poco. ¿Pero en la celda qué hay, un wáter, lavabo?, despegao con un tabique sin puerta ni ná, sin intimidad ninguna, dos literas, muebles de obra asín y aquí el retrete, ahí no hay intimidad ninguna y dos literas para dos personas y para poner la ropa, pero no hay intimidad ninguna”* (Recluso 53 años, Esquizofrenia Paranoide).

La ausencia de este nivel básico de intimidad no sólo les agobia, sino que es una restricción de los derechos de los reclusos. El derecho a la intimidad se regula para proteger la intimidad corporal (protocolo de realización de los cacheos con desnudo integral), las comunicaciones ordinarias y especiales, la protección de los datos personales y establecer el alojamiento preferente en celdas

individuales⁶⁷. La Sentencia del Tribunal Constitucional 89/1987, recoge que la afección de la intimidad del recluso, reducida casi al ámbito de la vida interior, es sin duda una de las consecuencias más dolorosas de la reclusión; muchas de las actuaciones que de manera ordinaria se consideran privadas e íntimas, se encuentran no solo expuestas al público, sino incluso necesitadas de autorización. El Derecho Penitenciario no es ajeno a las consecuencias que la pérdida de libertad conlleva para este derecho⁶⁸. Nunca disfruta el recluso de verdadera soledad.

Referirnos, por último en este subepígrafe, a la dificultad que, a veces, tienen estos reclusos para adaptarse al obligado protocolo formal que conlleva relacionarse con los funcionarios; expresión de jerarquía y autoridad, cuyas pautas de cumplimiento no pueden dejar de respetarse bajo ninguna circunstancia. Así recoge esta cuestión un recluso: *“El trato suele ser bueno cuando conoces a los funcionarios y sabes llevar, que tienes que ser un poco más estricto lo que es el trato aquí, que tienes que llevar el trato de ustedes y unas formas con los funcionarios de que son superiores digamos. En el momento que les faltas, por llevar un poco la costumbre de querer adaptar la vida diaria como si estuvieras con gente conocida, hace que tengas que medir las palabras un poco e intentar estar de la forma más correcta con los funcionarios”* (Recluso 28 años, Esquizofrenia y Psicosis).

Este mismo recluso que estaba ingresado en el Módulo de Enfermería, al finalizar su entrevista, insistió en que sería necesario que *“Los funcionarios quizás tengan que ser un poco más atentos con los presos, pero como no conozco la vida en otros Módulos y hay Módulos más conflictivos, los funcionarios están hechos ya a una acción-reacción, a lo más mínimo que vean tienen un pro-*

⁶⁷ Vid., Juan Luis de Diego Arias, *El derecho a la intimidad de las personas reclusas*, Ed. Ministerio del Interior, Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, Madrid, 2016.

⁶⁸ Reviriego Picón, F., “Los derechos de los reclusos” en Sánchez González, S., *Dogmática y práctica de los derechos fundamentales*, Ed. Tirant lo Blanch, Valencia, 2006, pp. 451-483.

toloco de actuación, así que” (Recluso 28 años, Esquizofrenia y Psicosis).

La posible discrecionalidad o abuso con que pueden actuar quienes ejercen el poder, también es subrayado por los reclusos, porque les genera sufrimiento e impotencia. De manera educada resalta esta problemática un recluso: *“Tambieeen, no zée, hay funcionarios también que incomoda la manera de que esto se lleve de una manera o de otra ¿no?, interfieren son caracteres de funcionarios que interfieren mucho en que ponen normas que nadie le dicen y ponen ellos la norma porque la ponen y ya tienen esa norma puesta, pero no es que nadie le haya dicho que ponga esa norma, ¿sabe lo que le digo?, sino simplemente porque se viene a lo mejó mosqueao de su casa pone una norma, la cual ningún, esa norma no supervisada por ningún superior de ese funcionario y no zéee”* (Recluso 43 años, Esquizofrenia Afectiva).

Las condiciones de intimidad, seguridad y dignidad en una prisión son, por las propias características del medio penitenciario, muy duras para cualquier recluso y, como han indicado otros investigadores, “la situación de violencia estructural no se supedita a la existencia de agresiones físicas y verbales, sino al sentimiento de indefensión y frustración derivado de la imposibilidad de expresar disconformidad hacia los requerimientos cotidianos del sistema, llamadas de teléfono, aseo personal, lectura del correo, reclamaciones compras, etc.”⁶⁹. Hemos podido comprobar esta impotencia, en el caso de los entrevistados, en cuestiones tan importantes para ellos, como el tipo o la dosis de la medicación que toman, o no indicar que te encuentras mal para evitar que te pongan un potente sedante.

4.6. La discapacidad como no eximente del delito y las quejas por las Defensas de Oficio.

Nos hemos referido en distintos momentos a que padecer una enfermedad mental no exime de la imputación, cuando la persona

⁶⁹ Vid., Daniel Emeric Meáulle y Carlos Martín Fernández de la Cueva, opus cit., p. 13.

es considerada consciente de sus actos o porque el Médico forense ha dictaminado que es así (a pesar de la discapacidad y el consumo de drogas y/o de alcohol que, en la mayoría de los casos, puede estar presente en la conducta delictiva de estas personas). Este hecho unido a la forma en que se realizan los llamados Juicios rápidos y una Defensa de Oficio, no siempre en las mejores condiciones (algunos abogados ni siquiera hablan con los imputados antes del Juicio, como hemos conocido a través de las entrevistas a profesionales y familiares), hace que la discapacidad no sea tenida en cuenta y sean juzgados como personas sin discapacidad. Traemos a colación esta cuestión, porque ha sido destacada por los mismos reclusos con enfermedad mental entrevistados. No sólo en la perspectiva planteada por los profesionales y familiares, sino en otras, como que la discapacidad no sólo no es tenida en cuenta, sino que, en el caso del delito de violencia de género, la enfermedad mental puede ser un agravante, no un atenuante (según declaraciones de un recluso entrevistado). También consideran, los propios reclusos, que si hubieran tenido mejor defensa, quizás no les hubieran caído las penas que cumplen. Recogemos el sentir de los reclusos con enfermedad mental entrevistados en estos aspectos:

- a)** No se tiene en cuenta en el Juicio la discapacidad, ni como exigente parcial aportando el certificado de discapacidad: la persona es consciente de lo que hacía, lo que la hace imputable, pero considera que si hubiera tenido mejor defensa no le habrían caído tantos años de condena: *“Yo estoy cumpliendo condena de 6 años, llevo ahora 5 años y dos meses zi acazo. ¿O sea que ya llevabas tu certificado?, sí pero que yo sé diferencia el bien entre el mal y lo Ziquiatra no pueden mentí. No pos ezo no me libró de ir a la cárcel. Que hay mucha gente vendiendo muchos kilos y no le ha pasao ná, y a mí por dos gramos 6 años, pero vamos eso me ha servío de experiencia. Si hubiera tenío abogao pagao, otro gallo hubiera cantao”* (Recluso 41 años, Esquizofrenia Paranoide).

b) La necesidad de que la discapacidad, al menos, sea considerada como un atenuante y no como un agravante del delito. Esta es la situación que nos ha planteado uno de los entrevistados con una discapacidad psíquica del 65% y que en su sentencia, según el entrevistado, se recoge ésta como un agravante, al tratarse de un delito de violencia de género: *“A mí, en mi caso, lo que más me hace falta es que me tengan reconocida la discapacidad como un atenuante en lo que se supone que, porque ya la sentencia reza como que ya ha sucedido, pero me ponen en la sentencia que mi discapacidad es un agravante en lugar de un atenuante. Porque dicen que en los temas de violencia de género resulta ser un agravante”* (Recluso 28 años, Esquizofrenia y Psicosis).

4.7. La necesidad de Centros de Acogida y Tratamiento.

Todas las personas entrevistadas independientemente del perfil, funcionarios, profesionales, técnicos y familiares, junto a los mismos reclusos con discapacidad mental coinciden en reconocer que la cárcel no es el lugar para las personas con discapacidad. Exponemos algunos testimonios de esta necesidad y demanda:

- *“En cuanto a petición por parte de personal discapacitado es que las personas discapacitadas es muy difícil que sea correcto que estén en Centros Penitenciarios cuando deberían estar en centros de atención a personas discapacitadas”* (Recluso 28 años, Esquizofrenia y Psicosis).
- *“Yo tengo una enfermedad y más o menos me defiendo, porque con mi tratamiento voy bien, pero claro hay gente que está mu malamente aquí. Había un hombre de 85 años que se le olvidaba, que no sabía ni dónde estaba el hombre ni de que estaba en la cárcel, se paraba y decía que estaba esperando el autobús. Entonces, para esas personas así, una cárcel no está preparada”* (Recluso 43 años, Esquizofrenia Afectiva).

Por lo tanto, ¿qué necesitan estas personas?, en palabras de todos los perfiles de entrevistados: ¡que los enfermos mentales no vayan a la cárcel!

En estos momentos, también hay un número importante de ancianos que están ingresando en los Centros Penitenciarios, según nos han informado también Trabajadoras Sociales y Psicólogas de prisiones entrevistadas en este trabajo de campo, por delitos de violencia de género y abuso sexual a menores. Para ellos la cárcel, si tienen ya alguna discapacidad psíquica, (Alzheimer, demencia senil, etc.) es una experiencia negativa porque suelen empeorar. No debemos olvidar éstas y otras discapacidades sobrevenidas con la edad, en aquellas personas que envejecen en prisión, porque tienen largas condenas y que necesitarían atención y la posibilidad del cumplimiento de sus condenas en unidades de geriatría adecuadas⁷⁰.

4.8. Situaciones carenciales de los reclusos con enfermedad mental que están en libertad condicional o con medidas alternativas de seguridad.

Las necesidades manifestadas por los reclusos con enfermedad mental que se encuentran en libertad condicional o están cumpliendo sus condenas con medidas alternativas de seguridad (pulsera en el tobillo, tratamiento ambulatorio en piso tutelado), son también de alguna forma las necesidades con las que se pueden encontrar en la excarcelación los reclusos internados. En el caso de los entrevistados, no tienen problemas de alojamiento, porque dos están viviendo en casa de los padres y uno en un piso tutelado, aunque este último querría estar en su propia casa. Por lo tanto, las necesidades que se han identificado, en otros ámbitos, son las siguientes:

⁷⁰ La problemática sanitaria de los ancianos en prisión ha sido objeto de estudio específico. Puede verse en Concepción Yagüe Olmos (Coord.), *Análisis de la ancianidad en el medio penitenciario*, Ed. Ministerio del Interior. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, Madrid, 2009.

a) Necesidad de tener una ocupación, pues subrayan que se aburren. Una vida sin nada que hacer, es una forma de perder la vida. De ahí que la necesidad de ocupar la mente en algo y poder completar la cuantía de sus pensiones con algún trabajo por horas, en la medida que lo permitan las prestaciones que cobran, es una de sus demandas.

- *“Estoy aburrío, el día es mu largo”* (Recluso 53 años, Esquizofrenia Paranoide).

b) Necesidad de encontrar trabajo. Al salir de prisión en libertad condicional o total, la mayoría sólo tienen el subsidio de 18 meses que se les corresponde.

- *“Esa es la carencia principal que tengo, que no tengo trabajo y yo quisiera sentirme realizado cada día y meterme pues en cosas, en ilusiones que tengo. El estar trabajando es esencial para una persona que sale de prisión”* (Recluso 44 años, trastorno de la emotividad y depresión).

c) Necesidad de llenar los vacíos que la vida detenida en prisión genera en todos los internos (recuperar el tiempo perdido y a uno mismo):

- *“Dedicar un poco tu tiempo, tu vida y dedicarla a algo y querer ser algo, ya aparte de estar aquí en la vida ésta, pero intentar sentirte de otra manera y llenar los espacios esos de lo que no hacías anteriormente, pues hacerlo y que se llene. No sé si mi vida estará, hay mucha carencia no está plena en muchos aspectos, en muchos aspectos no está llena, está vacía”* (Recluso 44 años, trastorno de la emotividad y depresión).

d) Necesidad de aceptación por parte de la familia y de afrontar el miedo al rechazo.

- *“Siempre están ahí los comentarios, los dichos para que te recuerden algún hecho, siempre están ahí”* (Recluso 44 años, trastorno de la emotividad y depresión).

- *“También en el ámbito familiar te llevas mucho desengaño y ves muchas cosas. Nunca lo han comprendido, la única que me ha apoyado es mi madre, la más comprensiva siempre ha sido ella, con la que más he estado hablando, en la que más he confiado para contarle mis problemas, mis dificultades”* (Recluso 44 años, trastorno de la emotividad y depresión).
- e) Necesidad de recuperar la confianza en sí mismo y en los demás. Una de las consecuencias del *proceso de prisionalización* sabemos que es el estado de sobre alerta y desconfianza constantes, algo que también les hace estar fuera de prisión “con los barrotes encima”.
- *“Yo ahora bueno estoy viviendo, estoy con altibajos, altibajos emocionalmente de que ahora mismo no confío en nadie de verdad, ahora mismo no confío en nadie es lo que siento. Ahora estoy hablando contigo, no te conozco de hace nada, hace 10 minutos y estoy haciendo un esfuerzo porque yo no entiendo, y bueno”* (Recluso 44 años, trastorno de la emotividad y depresión).

Estas personas necesitan apoyo psicológico fuera de prisión, para cualquier recluso la readaptación al medio abierto nunca es fácil.

CAPÍTULO 3

La extrema vulnerabilidad de los reclusos con discapacidad intelectual.

Los reclusos con discapacidad intelectual comparten algunas de las variables características del perfil de los reclusos con enfermedad mental y con el de la población reclusa común; tales como, el bajo estatus socioeconómico, entornos sociales empobrecidos, rango de edad, escasos niveles de formación, defensas de oficios, etc. Los delitos, también, son como los de la población reclusa general, delitos contra la salud pública, robos, conductas relacionadas con el tema sexual: *“Evidentemente, no hay robos a bancos, ni FIES, porque eso implica un nivel de planificación y de tal, que no lo va a tener ¡claro!”* (Psicóloga Entidad).

En este capítulo, analizaremos aquellas situaciones y factores de vulnerabilidad existentes en el Centro Penitenciario que les afectan, diferencialmente, o que se dan intensificadas en los reclusos con discapacidad intelectual. Nos hemos basado en la información proporcionada en las entrevistas realizadas a un exrecluso con discapacidad intelectual, a funcionarios de prisiones, a

una Psicóloga y una Educadora Social de una Entidad del Tercer Sector de la Discapacidad dedicada a personas con discapacidad intelectual, que intervienen específicamente en uno de los pocos Módulos existentes que acoge sólo personas con discapacidad intelectual. Estas profesionales, no obstante, realizan valoraciones en todas las cárceles que les requieren, cuando se sospecha que un interno pudiera tener discapacidad intelectual o retraso en el desarrollo, gestionan su derivación y, en su caso, colaboran en la tramitación del correspondiente certificado.

El primer problema que encuentran con esta población, es que no es fácil derivar, porque hay mucha confusión respecto de donde está la discapacidad intelectual, la enfermedad mental, el deterioro cognitivo producido por el consumo de drogas o el analfabetismo: *“No es fácil derivar, porque se confunde mucho con la mental o con el deterioro cognitivo por el consumo de tóxicos. Hay mucha confusión de donde está la discapacidad intelectual, donde está la enfermedad mental, donde está el tema del deterioro cognitivo por consumo y todo lo que implican los analfabetismos e historias sociales tan complejas que hacen que pueda parecer que alguien tiene discapacidad y a lo mejor no tenga”* (Psicóloga Entidad).

Todo ello hace que esta población no siempre sea detectada y, por lo tanto, que no puedan cumplir condena en uno de los pocos Módulos específicos existentes, más tranquilos, donde hay un trato, en la medida de lo posible, más individualizado por parte de los profesionales. Por otra parte, derivar a los reclusos con discapacidad intelectual al Módulo especial del Centro Penitenciario donde intervienen estas profesionales específicamente, no siempre es posible. Hay familias que prefieren que no trasladen a sus familiares, pues no podrían verlos con asiduidad; y otras, optan porque estén más supervisados, aunque no puedan, por la lejanía del Centro Penitenciario de sus lugares de residencia, visitarlos tan frecuentemente.

Debemos referirnos a la situación que hemos encontrado en los Centros Penitenciarios de Extremadura y Andalucía. En Extremadura, esta población recibe (en el Centro Penitenciario que hemos visitado) la atención de una Técnica de Plena Inclusión. Y, en Andalucía, se estaba haciendo un trabajo muy importante y serio, desde hace más de una década, pero funcionarios de los Centros Penitenciarios de Andalucía que hemos entrevistado, nos han comunicado que ya no se realiza porque se ha suprimido la financiación que la Junta de Andalucía tenía asignada para esta intervención.

Estos reclusos con discapacidad intelectual reciben visitas de voluntarios de Cruz Roja, de Cáritas, de las Iglesias católica y evangélica, pero no de profesionales que puedan llevar a cabo las intervenciones que, desde Instituciones Penitenciarias se programan y que los funcionarios de prisiones (Trabajadores Sociales, Educadores Sociales, Psicólogos) se ven desbordados para cubrir: por el volumen de trabajo que conllevan sus tareas diarias, por la carencia de formación concreta y porque no tienen información ni siquiera de qué hacen los voluntarios.

Recogemos un testimonio que informa de estos hándicaps: *“Con respecto a las personas con discapacidad intelectual, había una persona experta, muy buena Psicóloga, de repente le han retirado la subvención la Junta de Andalucía. Pues tú imagínate qué pasa con esta población, que no es que sea, es un tanto por ciento pequeño el que hay pero se han quedado totalmente, y esta persona llevaba 10 o 12 años trabajando con esta población, ahora te quedas sin recursos. Vienen muchos voluntarios por la tarde, lo que pasa es que nosotros, este es un problema quizás de coordinación, que nosotros los profesionales no nos coordinamos con los voluntarios, nos coordinamos con el capellán... por la tarde cuando vienen de Cruz Roja, nosotros no tenemos ni idea de cuando vienen. Entonces a lo mejor se puede hacer un programa, se puede estar solapando y tú no, que yo qué sé que yo no te*

puedo hablar de todas las cosas que hacen por la tarde que eso informan a la Subdirectora de Tratamiento que vienen los de tal y, vienen los evangelistas y no sé cuánto” (Trabajadora Social de prisiones).

1. Desventajas durante el proceso judicial y penal penitenciario.

El primer aspecto que debemos plantear es que la mayoría de las personas con discapacidad intelectual que cometen un delito son consideradas imputables. A diferencia de los discapacitados mentales que, en un momento dado, la enfermedad podríamos decir “se apodera de la persona”, la persona con discapacidad intelectual no está enferma, no tiene un brote, no pierde la realidad por así decirlo; sino que, si hace algo sabe que lo está haciendo y distingue el bien o el mal, sabe que si roba está mal.

Lo que no está tan claro es que estas personas conozcan todas las consecuencias o efectos que puede tener el delito y esta falta de consciencia es un primer nivel de vulnerabilidad; aunque no, desde la perspectiva penal, un eximente. Sin embargo, hay delitos que estas personas pueden realizar sin saber que los están cometiendo, engañados e inducidos por otros; hablamos del caso típico de la maleta en el aeropuerto: *“El engaño en Barajas con una maleta, es algo más sutil y te describen, no me dijeron que entonces yo llevaba, yo iba, yo hacía, entonces claro esa picaresca de cuidado con la maleta que parece que, a lo mejor no se tiene. No hay una intencionalidad, cuando alguien te llega y te cuenta y te dice que tal, pues seguramente se quedan en ese plano, dinero/maleta ¿por qué no?. No todo lo que puede suponer, todo lo que implica. ¿Qué pasa?, que eso es muy difícil de demostrar en el juicio. En el juicio, tú has cogido la maleta, sí. Nadie va a reconocer que sabía que le estaban engañando, nadie” (Psicóloga Entidad).*

Es muy difícil, pues, en un juicio demostrar que esta persona ha

sido engañada y, por lo tanto, que su discapacidad intelectual sea considerada una eximente total o parcial del delito. Pero, incluso si se hubiera tenido en cuenta su discapacidad como eximente o atenuante y la persona fuera considerada no imputable, con ellos pasa lo que con los reclusos con enfermedad mental: que no hay centros especiales donde puedan cumplir la condena. Así expone una técnica entrevistada este aspecto: *“Vale, una eximente, reconocemos que esta persona tiene una discapacidad intelectual y que no es conocedora de todo lo que está pasando, pero tiene que pagar por lo que ha hecho, ¿Dónde paga?, no hay, no hay sitio para ella, pues a prisión”* (Psicóloga Entidad).

Resulta inconcebible para los profesionales y funcionarios entrevistados que haya gente que tenga una discapacidad intelectual que, a veces, no sabe apenas ni leer ni escribir y tiene certificado de discapacidad, que pase por un proceso penal en el que no se haya tenido en cuenta dicha discapacidad, o haya pasado inadvertida -como ocurre con la enajenación en el caso de las personas con problemas de salud mental-. Que nadie a lo largo del proceso penal se haya dado cuenta de que se trata de una persona con discapacidad intelectual, o que se ha detectado y, al final, ni siquiera le corresponda un eximente. Según datos del Proyecto REHABILITAREX, el 69,7% de las personas con discapacidad no tienen señalada en la sentencia la condición de discapacitados⁷¹.

La vulnerabilidad e indefensión durante el proceso judicial se manifiestan en distintos aspectos. Desde el inicio del procedimiento si el abogado no evita la merma de derechos al no indicar la discapacidad y explicar al imputado, para que comprenda, las formalidades de las rutinas procesales y también en la fase de la calificación del delito, si no recibe ayuda en la fase del juicio oral por parte de abogados, funcionarios judiciales, Fiscales, Jueces,

⁷¹ Torcuato Recover e Inés de Araoz (coords.), *Las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo ante el proceso penal. Análisis sobre la intervención de la persona con discapacidad intelectual o del desarrollo en el proceso penal y el cumplimiento de condenas y medidas de privación de libertad derivadas de éste*, Ed. FEAPS, Madrid, 2014, p. 17.

etc. Las personas con discapacidad intelectual son también en su inmensa mayoría, como ocurre con las que padecen enfermedad mental, juzgadas en los denominados *Enjuiciamientos rápidos para determinados delitos menores*, es decir, aquellos cuyas penas privativas de libertad están en torno a los cinco años de condena. “Un procedimiento rápido en el que la actuación de la policía y cuerpos de seguridad y del propio juzgado se combinan para lograr la celebración del juicio en un tiempo inmediato. Este es el cauce a través del cual llegan a la presencia judicial buena parte de las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo que se verán ante la justicia criminal”⁷².

Un cauce procesal que no siempre asegura la mejor defensa y que hace que, en muchos casos, como hemos comprobado en los enfermos mentales, los abogados lleguen a los juicios diez minutos antes sin haber hablado, ni conocido al acusado. Como nos comenta una Psicóloga especialista en intervención con estas personas, es impensable que a una persona sorda en un juicio no se le ponga un traductor, es decir no se le busque una adaptación a su discapacidad para que se entere de lo que se le dice y de lo que firma. Sin embargo esa garantía procesal, no se asegura en el caso de las personas con discapacidad intelectual que firman acuerdos sin saber lo que firman, porque no se han enterado de lo que se les dice. En sus propias palabras: *“El juicio rápido es peligrosísimo para esta población. Llega el abogado, con la venia, tal, tal, no te enteras de la mitad de lo que están hablando y le dicen a la persona ¿estás de acuerdo y tal?, firmamos. No hay ninguna garantía de que esa persona se esté enterando de lo que está pasando ahí. Yo lo he visto ¿eh?, y he visto que la persona no se estaba enterando, porque conocía a la persona y percibía una serie de cosas. Para una persona sorda es impensable que se le haga un juicio sin que se le adapte a esa persona. Yo te puedo decir que las personas que ahora mismo tengo en el Módulo, más*

⁷² Íbidem, p. 58.

de la mitad no se ha enterado del juicio. No ha entendido la mitad de la expresión, te lo puedo garantizar” (Psicóloga Entidad).

Las personas con discapacidad intelectual que están en prisión preventiva a la espera de juicio deberían tener derecho a que se les concedan adaptaciones, es decir, apoyos que les permitan ir preparados a los juicios y conocer algo tan básico como los términos de los acuerdos que el abogado les pide que firmen. En definitiva, poder garantizarles una tutela judicial efectiva, algo muy grave cuando no se da.

Por otra parte, a veces, la buena voluntad de los asesores jurídicos de las prisiones no sólo no facilita que las personas con discapacidad intelectual entiendan lo que se les está diciendo, sino que además les genera mucha ansiedad: *“Una asesora jurídica con toda su buena fe que les explique, ¡sí no me entero yo!, (cuando hablamos con el abogado, me pierdo yo, eso a todos nos pasa) pero un asesor jurídico que le dice veinte y cinco cosas a la vez y le da veinte y cinco papeles, a veces, es hasta una fuente de conflictos, porque se genera una ansiedad tremenda. Esa figura tiene que estar, tiene que ir, pero no vale para todos igual” (Psicóloga Entidad).*

Es muy necesaria la presencia en todo el proceso penal penitenciario del especialista en discapacidad intelectual, como soporte que garantice la plena ciudadanía de estos reclusos. Tienen desventajas frente al resto de la población penitenciaria, en todo momento, incluso hasta para comprender lo que se dice en su sentencia: ni tienen claro de qué se les acusa o qué dice ahí que hicieron en realidad, o que pena tienen que cumplir. De ahí que esta Psicóloga entrevistada se encargue, expresamente, de adaptar la sentencia de estos reclusos a lectura fácil, pero la mayoría de estas personas no cuentan con esta ayuda: *“Estoy en algunos casos adaptando la sentencia a lectura fácil. Y es coger tres ideas, si las sentencias son tremendamente largas y rollo, si yo tengo que saber: ¡qué dicen que hice, qué hay demostrado que he hecho, porqué estoy penado y cuánto tiempo!. Es que, a veces, al*

final ni eso tienen muy claro: no porque dicen que tal, ¿pero por qué fue?, no sé, decían que luego fue... No les queda claro o sea imagínate lo demás” (Psicóloga Entidad).

2. La desatención previa a la entrada en prisión.

Además de la carencia de apoyo técnico suficiente (adaptaciones) a lo largo del proceso judicial y penal como garantía de los derechos fundamentales de la persona con discapacidad intelectual a una tutela judicial efectiva y a una asesoría jurídica que sea tal para ellos; se produce también la circunstancia de que muchas personas con discapacidad intelectual (por ejemplo, tres de las cuarenta personas que atiende la siguiente entrevistada en el Módulo para discapacitados intelectuales donde interviene) no han recibido ninguna atención de los Servicios Sociales especializados, antes de entrar en prisión: *“Con los que yo he estado, te diría que solamente dos, tres personas, tres de cuarenta, estaban en un proceso habitual de tener una buena consideración de discapacidad intelectual y han sido atendidos por Centros y Servicios de Discapacidad Intelectual desde que eran pequeños”* (Educatora Social Entidad).

De tal forma que es a partir de las valoraciones de la Junta de Tratamiento, de los Médicos de prisión (también entran estas personas, en algunos casos, con Patología Dual, es decir, consumo de tóxicos asociado o discapacidad intelectual y enfermedad mental) o de los profesionales del Tercer Sector que intervienen en prisión, cuando se les presta una primera atención y, en algunos casos, se detecta la discapacidad. Se da la paradoja, como ha visibilizado Clarisa Ramos Feijóo, de que para estas personas la cárcel viene a cumplir en alguna medida una “función integradora”⁷³.

Según nos indicó la Educatora Social entrevistada, hay un número importante de estas personas que tienen dificultades inte-

⁷³ Vid., Clarisa Ramos Feijóo, “Las personas con discapacidad intelectual en el sistema penal-penitenciario. Algunas paradojas de la integración en la exclusión” en Boletín del Real Patronato sobre Discapacidad, abril 2011, pp. 8-14.

lectuales desde la infancia y que jamás nadie les dijo que eso era una discapacidad intelectual, por lo que no están calificadas. Ya hemos hecho referencia a este problema, pero debemos subrayar que cuando estas personas son detectadas en prisión, a veces, no es fácil valorar la discapacidad -aunque esté presente desde la infancia-, porque:

- *“Cuando tú conoces a la persona ya de adulta y que ha pasado, imagínate, por mucho consumo de tóxicos o por un ambiente empobrecido, pues claro hay factores ambientales y sobrevenidos, digamos, que hacen que esas personas tengan una merma en sus habilidades o en sus competencias intelectuales”* (Educatora Social Entidad).
- *“Hay gente con discapacidad intelectual de ambientes muy empobrecidos que han tenido más fracaso escolar, no sólo por su discapacidad sino por el entorno, quizás si hubieran tenido otra trayectoria con más apoyos...”* (Educatora Social Entidad).

La entrada de estas personas en prisión -también como la resultante final de un itinerario exclusógeno-, conlleva, en la mayoría de los casos, un fracaso en otras Políticas previas de Servicios Sociales, Educativas y Sanitarias. Aunque, como nos informa esta profesional entrevistada: *“Hay personas que tienen discapacidad intelectual y que han estado siempre en la red de Servicios Sociales y Servicios de Discapacidad Intelectual, pero que han cometido unos delitos y pues bueno que no siempre ha sido detectada o salvada, de forma suficiente, la consideración de su discapacidad intelectual en su proceso penal”* (Educatora Social Entidad).

3. Ausencia de accesibilidad cognitiva en el medio carcelario.

Una parte importante de la información existente en el Centro Penitenciario es inaccesible, cognitivamente, para los reclusos

con discapacidad intelectual. Este es uno de sus mayores problemas en prisión. No sólo están en desigualdad de condiciones en relación a los demás reclusos sino en situación de indefensión, dado que no pueden cumplir, por ejemplo, determinadas instrucciones, sencillamente, porque no las entienden.

Por lo tanto, si para los discapacitados mentales, el entorno carcelario es hostil, podríamos decir que para las personas con discapacidad intelectual es, además, laberíntico y enmarañado. Así nos plantea este problema una entrevistada: *“En prisión si de por sí la comunicación con el interno está limitada, pues para mí el principal problema que tiene la gente con discapacidad es que tienen vulnerados sus derechos en el sentido de que no entienden o no se les transmite o no tienen accesible una parte de la información de lo que ocurre en prisión”* (Psicóloga Entidad).

Como nos explicó esta profesional, el que en el Módulo se ponga una hoja informativa con instrucciones o cualquier aviso, no es garantía de que el recluso con discapacidad intelectual sepa lo que ponga ahí, lo que realmente significa; no sólo por un tema de lectura, sino por comprensión, por la manera de escribirlo, por el argot (peculio, vis a vis) utilizado en la cárcel que no es fácil, al principio, ni para las personas sin discapacidad, etc. Ello hace que no estén, activamente, informados como el resto de los reclusos y que se vean obligados a pedir ayuda a otros internos para que le echen una mano y puede, como subraya la entrevistada, que *“le echen una mano de las buenas o de las malas, eso es una incógnita”* (Psicóloga Entidad).

La accesibilidad cognitiva, por lo tanto, no existe y esto afecta, también, a la manera en la que los funcionarios se relacionan con ellos para el tratamiento del delito. Con todos los reclusos se trabaja, desde la Junta de Tratamiento, sobre el delito cometido para que haya, por expresarlo de manera simple, una asunción por parte de la persona de la conducta que le ha llevado a prisión. En el caso de los reclusos con discapacidad intelectual, este modelo de interven-

ción es cuestionable, porque el recluso puede mantener, durante años, su argumento de, por ejemplo en un tema de comportamiento sexual, “*es que fulanito no dijo que no*” y eso ser interpretado por el Psicólogo de prisiones como que esta persona no ha evolucionado y valorar que tiene un índice de reincidencia altísimo. Esto disminuirá también la posibilidad de obtener beneficios penitenciarios y la posibilidad de disfrutar de los permisos de salida. Incluimos algunas manifestaciones sobre esta importante cuestión.

- *“Se está utilizando una comparación con la población normal y no es el caso. El trabajo con el delito de gente con sus capacidades mermadas o afectadas pues es peor, porque la gente que trabaja con ellos no está formada en trabajar sus delitos de manera especializada”* (Psicóloga Entidad).
- *“A lo mejor a esa persona tendríamos que valorar, previamente, que ha hecho y explicarle que es el No (es que es todo muy subjetivo). En ese sentido partimos de dos planos paralelos, y que si el Psicólogo va a valorar con su, muy bien formado y con buen criterio como se valora a un agresor sexual, si hay un perfil de alguien con discapacidad en la segunda pregunta va a chirriar por todos los lados”* (Psicóloga Entidad).
- *“Todas estas cosas de la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual, pues debería tener un tratamiento diferente, porque tu nivel de cómo eres de consciente de lo que estás haciendo o no, hace que eso sea un abuso, que una persona esté abusando, sino es consciente de lo que está haciendo”* (Educatra Social Entidad).

No se puede aplicar la misma pauta de intervención con una persona que tiene un cociente intelectual de 180, que con una que le tiene de 50. De ahí que, haya sido subrayada la falta de cualificación de los funcionarios de prisiones para intervenir con estas personas: *“la gente que está en prisión no está preparada para intervenir con esos casos que lo entiendo ¿eh?, que es razonable,*

tampoco pueden estar preparados para todas las variables que hay dentro de prisión” (Psicóloga de Entidad).

Sería recomendable la contratación de Técnicos para realizar, con este perfil de reclusos, un tratamiento específico sobre el delito cometido. En algunas Comunidades Autónomas, como hemos mencionado, la tendencia está siendo la contraria, la de prescindir de los pocos profesionales preparados que trabajaban, desde las entidades del Tercer Sector, con esta población. Plena Inclusión hace un importante esfuerzo en prisiones para detectar reclusos con discapacidad intelectual, orientar y asesorar a funcionarios y abogados en el trato con estas personas, apoyar dentro de prisión a estos reclusos en sus necesidades y elaborar materiales que faciliten la vida de las personas con discapacidad en el medio penitenciario. Con el objetivo de ofrecer un soporte para ayudar estos reclusos se elaboró la Guía de Intervención para personas con discapacidad intelectual afectadas por el régimen penal penitenciario⁷⁴.

La adaptación de la información en la prisión no sólo es una necesidad de los reclusos, sino un derecho. De la misma forma que la persona que tiene su silla de ruedas tiene que tener su rampa y tiene que tener todo adaptado para que pueda tener su movimiento dentro, hay que adaptar la información de la prisión a la gente con discapacidad intelectual para que estén en la misma condición que el resto de los reclusos. La información puede mostrarse en forma de cartel, de pictograma, adaptarla con lectura fácil (como algunos profesionales de Plena Inclusión hacen con las sentencias), hasta elegir la forma en que los asesores jurídicos y los funcionarios tienen de explicarles las cosas⁷⁵.

⁷⁴ VV.AA., *Guía de Intervención para personas con discapacidad intelectual afectadas por el régimen penal penitenciario*, Ed. Confederación Española de Organizaciones en Favor de las Personas con Discapacidad Intelectual (FEAPS), Madrid, 2011.

⁷⁵ Vid., *La prisión paso a paso. Guía para reclusos con discapacidad intelectual*, Confederación Española de Organizaciones en Favor de las Personas con Discapacidad Intelectual (FEAPS), Madrid, 2009.

4. Exclusión de los programas de intervención en prisión y restricción de acceso a los permisos de salida.

Para poder participar en algunos programas de intervención que se desarrollan en prisión, se pone como requisito tener un determinado cociente intelectual. De ahí que, los reclusos con discapacidad intelectual estén excluidos de muchos de ellos. Así ocurre con el programa de agresores sexuales: *“en el programa de agresores sexuales, uno de los requisitos para entrar es tener un CI superior a 90, entonces toda esta población queda fuera y no se hace nada”* (Psicóloga Entidad).

Todos los Centros Penitenciarios tienen también escuela, pero estos reclusos no pueden participar porque los contenidos académicos no están adaptados y, por lo tanto, no pueden seguirlos. Esto les afecta negativamente, no sólo porque no pueden recibir esa oportunidad de aprendizaje u ocupación significativa y auto-realizadora, sino porque participar en estas actividades formativas, o en otros programas, como el anteriormente mencionado, también puede favorecer el acceso a determinados beneficios penitenciarios.

Como ocurre en el caso de los reclusos con enfermedad mental, hay muchas probabilidades de que los reclusos con discapacidad intelectual también acaben cumpliendo íntegras sus condenas. Influyen similares factores a los expuestos en el capítulo sobre los reclusos con discapacidad mental. En la concesión de los permisos de salida derivados de la progresión de grado, vimos que una variable importante era, como ocurre también para los reclusos sin discapacidad, que los reclusos tuvieran un lugar de acogida. Si esto no es fácil para los reclusos sin discapacidad, pues en la misma circunstancia y además con una persona que por su discapacidad tiene una conducta “extraña”, o hace cosas raras o no entiende, “da más miedo”, pues se le deja dentro. En la base de la cuestión está también, como ya sabemos, la falta de recursos apropiados para acoger y atender a estas personas, como

señala la siguiente entrevistada: *“Es, a veces, un tema de miedo, de falta de conocimiento o de recursos para ellos, entonces como no sabemos cómo se va a comportar, porque no está en todas sus capacidades digamos, pues se queda aquí dentro. ¡Qué va a hacer solo él fuera, sino puede estar solo!, mejor dentro. Creo que es por falta de conocimiento y por falta de recursos apropiados o de apoyos para esas personas para que puedan tener sus derechos”* (Psicóloga Entidad).

5. La desprotección de los reclusos con discapacidad intelectual dentro de prisión.

Los reclusos con discapacidad tienen muchas dificultades para para manejarse en un ámbito tan arduo como el de la prisión y son las personas más vulnerables. Por un lado, no tienen la accesibilidad cognitiva necesaria para desenvolverse en el Centro Penitenciario, para comprender las normas e instrucciones como los demás internos. Por otro, no tienen la capacidad de los reclusos comunes para convivir con los demás reclusos y defenderse de posibles abusos; por ejemplo, analizar quien es quien en el Módulo, si viene conmigo sólo para sacarme dinero o para que haga algo que no se puede hacer -“guárdame un móvil y si te lo pillan en un cacheo, dices que es tuyo”- y si lo descubren los funcionarios, pues le cae a él la sanción.

Tanto las profesionales entrevistadas como los Funcionarios, han manifestado esta preocupación sobre la desprotección de estos reclusos ante los abusos que pueden sufrir por parte de otros internos, porque no tienen capacidad de autodefensa o por no comprender, por ejemplo, las dobles intenciones. Esto hace que la vida para ellos en prisión, pueda llegar a ser muy difícil. Exponemos algunos testimonios de este factor de vulnerabilidad:

- *“Con discapacidad intelectual, el primer problema es que los otros internos les engañan. Si, por ejemplo, tienen tarjeta con*

peculio, les sacan dinero, les roban, ese tipo de cosas, les engañan, les toman el pelo. Entonces cuando se detecta, que uno le estaba sacando dinero a otro, pues ya le sacan y le pasan al Módulo terapéutico” (Trabajadora Social de prisiones).

- *“Claro tu puedes tener un teléfono móvil que es algo prohibidísimo y muy grave, pero claro si es algo que es tuyo pero no lo tienes tú, a lo mejor utilizas a una persona con discapacidad o con un trastorno de estos que piensas que los funcionarios van a desconfiar menos de él y él te lo guarda. Estás utilizando a esa persona, porque si le pillan con el teléfono, al final se va a comer él la responsabilidad de tener ese teléfono, aunque no sea suyo” (Funcionario de Vigilancia Unidad Terapéutica Educativa).*

Muchos Funcionarios de Vigilancia, con sensibilidad, son conscientes de la vulnerabilidad de estos reclusos, pero no pueden intervenir directamente. Así percibe la indefensión de estas personas, también antes de entrar en prisión, un Funcionario que trabaja en la Unidad Terapéutica Educativa en contacto con ellos y nos cuenta el abuso concreto que un discapacitado intelectual estaba recibiendo por parte de reclusas, que le manipulan haciéndole creer que están enamoradas de él para sacarle el dinero:

- *“El interno con retraso intelectual que llamamos el tontito del barrio, el tonto del pueblo y, a veces, hablando nosotros los funcionarios dices yo no sé este chaval hasta qué punto haría lo que ha hecho o por lo que dicen que está condenado. A veces, te da la sensación de que son, de que están en desventaja social y son hechos que han ocurrido en grupo y al final este se ha comido la condena mayor, no sabemos si inducido por otros o, da la sensación de que a veces es eso. ¡No que éramos unos pocos que íbamos a robar para comprarnos unos porros!. Pero, luego al final, el que acaban condenado es este. Entonces, nosotros a veces tenemos la sospecha*

de que es producto de la desventaja social y que ¡es este!, mucho más fácil que a lo mejor otro que se puede defender” (Funcionario de Vigilancia Unidad Terapéutica Educativa).

- *“Por ejemplo, hay un caso de ellos que tiene, claramente, un comportamiento obsesivo con el tema de la mujer. Claro si a ese interno le dejas salir a trabajar a un sitio de estos o tal sería un peligro andante, pues le vemos nosotros que cada día recibe cartas de varias mujeres, de varias internas (cartas que van de Módulo a Módulo). Tú no sabes lo goloso que es para una interna un interno de éstos, que tiene una pensión no contributiva de lo que sea de 400 o de 500 euros, porque te puede surtir a ti semanalmente de tu dinero para tabaco, champú o lo que te quieras comprar, comida o lo que sea o si te quieres comprar un porro. Entonces nosotros, como funcionarios alguna vez, hablábamos oye cómo podemos intervenir (porque no podemos intervenir porque es atentar contra la intimidad del interno) para que dejen de aprovecharse de este interno, porque le están sacando el dinero descaradamente las chicas. Él cree que están profundamente enamoradas de él, pero obviamente no. Claro este señor está, en ese sentido, desprotegido (Funcionario de Vigilancia Unidad Terapéutica Educativa).*

Tienen que tener también los Funcionarios mucho cuidado con los internos de apoyo que ponen para proteger a estos internos, ya que también han detectado abusos por parte de los mismos y los reclusos con discapacidad intelectual se ven obligados a denunciarlos (“te chivatean”) ante los funcionarios: *“A veces, los internos de apoyo hay que tener mucho cuidado con ellos, porque el zorro se viste de cordero. Aparentemente está ayudando, mira nos ha pasado algún caso y luego se destapa que lo que estaba era aprovechándose de, bueno pues a ti te escribo las cartas o te hago las instancias y cada vez que te las hago me das dos o*

cuatro cigarros o lo que sea o con tu dinero compro mi pequeña china de chocolate para tener mi porro y tal, es muy delicado eso, pues eso se aprovechan de ellos, también es muy fácil, bueno fácil no, rápido se detecta, porque hay un porcentaje que es un perfil muy infantil, entonces te vienen y te chivatean todo, a escondidas claro, para protegerse” (Funcionario de Vigilancia Unidad Terapéutica Educativa).

Este funcionario también es consciente de que el trato o las instrucciones que reciben estos reclusos son las mismas para todos y que, a veces, no son conscientes de que la persona no es que no quiera hacer las cosas, sino que no las entiende o se le dice en el mismo tono que a los demás y eso puede desequilibrar mucho al recluso con discapacidad intelectual. Recogemos su declaración al respecto: *“La manera de trabajar, en general, de los funcionarios a lo mejor a ellos les afecta negativamente, en el sentido de que si son unas personas un poco distintas creo que en general el funcionario no está específicamente preparado para trabajar con estas personas, me refiero al funcionario de vigilancia y observación. Entonces, pues a lo mejor hay que tratar un poco de otra manera, no más blando, sino adaptándote a, o sea conocer las capacidades o darte cuenta de que tú a lo mejor das por supuesto cosas y el interno no las está entendiendo o no las ha entendido”* (Funcionario de Vigilancia Unidad Terapéutica Educativa).

Determinado trato de los Funcionarios puede dar lugar a conductas disruptivas por parte de los reclusos con discapacidad intelectual. Porque cuando no entienden algo, se ponen nerviosos, cuando se lo explicas de otra manera evitas que les suba la ira o la ansiedad. Así expone esta problemática la siguiente entrevistada: *“Tenemos una población que ha tenido problemas de conducta, en un Módulo, a veces, generados por la ansiedad, por la tensión, por no entender, por no conseguir organizar lo que pasa a mi alrededor. Hay veces que a las personas cuando se les explican las cosas o se les dicen las cosas para que lo entiendan, pues algo*

evitamos en algunos casos, no digo que en todos. Pues hay gente que es muy conflictiva y lo va a ser toda su vida esté donde esté... hemos visto que cuando se lo explicas de otra manera, a ver como lo vemos, como lo hacemos, qué no has entendido, haces un escrito para que él lo tenga, para que pueda ir a su celda y repetirle lo que hemos hablado para que le quede claro si sabe leer o por algún pictograma o por algún material. Pues claro, estás facilitando que esa persona gestione mejor lo que está pasando, porque la celda, la soledad, pues ese rum, rum, lo que hace, a veces, es crecer la ira, crecer el enfado y luego que estallen de alguna manera” (Psicóloga Entidad).

El exrecluso con discapacidad intelectual que hemos podido entrevistar nos ha relatado, en primera persona, esta situación: *“Ha habido algún problema que he tenido yo por mis nervios, que vale me he portado algunas veces mal, he faltado al respeto a algún funcionario eso, casi me ponen un parte”* (Exrecluso 37 años, discapacidad intelectual).

El problema es que una funcionaria le amenazó con tirarle todas sus cosas, si no hacía la cama antes de salir de la celda a las ocho. La idea de que le tirara sus cosas le puso muy nervioso y se encaró con la funcionaria: *“Soy un poco desordenado, eso sí lo sé, muchas veces pos me bajaba sin hacer la cama, sin hacer na, pero porque se me olvidaba o a lo mejor nos abrían la puerta, porque a las 8 hay que estar ya de pie, antes, pasan a las 7 y pico pa levantarte, mientras que te duchas y todo no te da tiempo mucho, si te despiertas bien, sí, pero si no, deprisa y corriendo. A las 8 te abren las puertas, pos bajas deprisa y corriendo, no te da tiempo a hacer todo, entonces pos ese día se me olvidó y me dice, ¡pues súbete ahora mismo a hacer la cama y como el próximo día la vea así, ¡te echo todas las cosas!”* (Exrecluso 37 años, discapacidad intelectual).

La discapacidad intelectual no sólo es una cuestión de cociente intelectual, sino que, como nos han explicado las profesionales

entrevistadas, se manifiesta en habilidades adaptativas: *“en recordar tus propias rutinas, pues para tener limpia la celda, o para recordar tus horarios, ser consciente del espacio-tiempo en una prisión, autorecordarte a qué hora tienes que bajar o cuáles son las normas de respeto y como seguirlas”* (Educadora Entidad).

Estos reclusos necesitan mucho apoyo, acompañamiento psicológico diario, para ajustar su comportamiento a las exigencias de la prisión: apoyos visuales y/o de personas concretas que les recuerden cómo y cuándo deben hacer las cosas. La dependencia de estas personas, por ejemplo, para seguir las normas en prisión es alta, en la mayoría de los casos. Como nos indica la misma entrevistada: *“no es lo mismo no bajar a tiempo porque no te da la gana, que porque no recuerdas el tiempo”* (Educadora Entidad).

De la misma forma que ocurre con los reclusos con discapacidad psíquica, los funcionarios de vigilancia no reciben formación para tratar con este perfil de reclusos con necesidades especiales o diversidad funcional y ni siquiera se les da información sobre la discapacidad que tienen. En el mejor de los casos, si son sensibles, la captan y actúan como mejor pueden, otros no tienen ese nivel de concienciación. Como ocurre con los reclusos con discapacidad psíquica, estos reclusos también se ven muy afectados por la rigidez de la dinámica de pautas y horarios establecidos, cuya observancia les producen estrés, ansiedad y tienen muchas dificultades para seguirlos por sí mismos, lo que puede dar lugar a conductas, que si no hay intermediación de los profesionales especializados en esta población, pueden conllevar partes o sanciones.

6. Complejidad de los procesos de excarcelación y necesidades detectadas.

Los reclusos con discapacidad intelectual se enfrentan como el resto de reclusos al difícil momento de la excarcelación. Un proceso muy complicado, como sabemos, si el recluso no cuenta con apoyo familiar, un lugar dónde estar y unos recursos económicos

que le permitan vivir dignamente, porque la cuantía de la prestación que reciben a su salida de prisión es de 400 euros durante unos dos años. Ya hemos hecho referencia a cómo afecta el *proceso de prisionalización* a la hora de volver a adaptarse a la vida en el medio abierto: la pérdida de habilidades sociales, el miedo al rechazo, el estado de sobre alerta, las consecuencias personales, emocionales, laborales, sociales, etc., que el apartamiento de la vida normalizada genera, el doble estigma, el empobrecimiento personal, la pérdida de autonomía, etc.

La especial vulnerabilidad de estos reclusos requeriría preparar con antelación y, adecuadamente, la excarcelación, dado que tienen dificultades para autogestionarse sus vidas. Entre las carencias que tienen estas personas a su salida de prisión, algunas comunes a las detectadas en los reclusos con discapacidad mental, estarían las siguientes:

- Ausencia de recursos residenciales.
- Necesidad de programas de acompañamiento.
- Atención sanitaria si padecen problemas de Patología Dual, enfermedad mental u otras patologías orgánicas.
- Tratamiento terapéutico o psicoeducativo si se han dado, por ejemplo, conductas sexuales delictivas, o de otro tipo, que requieren intervención u orientación. A veces, las personas con discapacidad intelectual no han tenido la posibilidad de desarrollar su sexualidad de manera normalizada.
- Realizar actividades ocupacionales y laborales que no sólo prevengan la reincidencia, sino que les permitan construir un proyecto de vida.

Recogemos algunos testimonios ilustrativos de estas conclusiones en torno a las necesidades de los reclusos con discapacidad intelectual a su salida de prisión:

- *“El proceso de excarcelación es muy complicado para todo el mundo, sí que hay un trabajo muy importante para intentar bus-*

car recursos para estas personas, pero es que tampoco los hay fuera y el trabajo en prisión llega hasta donde llega la prisión. Cuando salen fuera el que ha podido encontrar algo, bien; el que no, pues hasta donde pueda llegar” (Psicóloga Entidad).

- *“El acompañamiento a la persona, primero que tengan una ocupación claro, salen de la prisión que no tengas la nada o sea que tengas una ocupación todos los días, pues para formarte o para intentar conseguir un trabajo o reciclándote, para tu estado de ánimo, la autoestima de que tú estás teniendo una trayectoria, teniendo un proyecto de vida que incluye relaciones personales, incluye que tiene un sentido tu vida, porque vas a desempeñar un trabajo, vas a aprender, te estás preparando para algo. Que luego tengas la atención sanitaria que te corresponde y si tienes una discapacidad intelectual y un trastorno dual, pues quizás no te valga cualquier Psiquiatra, sino que requieres un especialista o si estás ahí por un delito sexual porque tampoco te has podido desarrollar, claro las personas con discapacidad intelectual no siempre tienen las oportunidades de tener una sexualidad como los demás, entonces a veces, más que un delito ahí lo que ha habido es una serie de falta de apoyos para desarrollar la sexualidad con más naturalidad, entonces bueno que eso no vuelva a pasar ¿no?, y que eso se encauce con un especialista en sexualidad y discapacidad, o sea que tengan para cada persona los recursos fuera que necesitan; económicos, también” (Educatra Social Entidad).*
- *“Algunos chavales que tenemos dentro y que salían, les decíamos bueno y ahora dónde vas a ir, pues con mi familia a tal sitio y ¿qué vas a hacer?, pues nada estar con mi madre, estar con mi padre. Y decías, ¡madre mía como estés todo el día en casa!, los padres trabajarán con lo cual vas a estar solo o tal, en cuanto pises la calle vas a ser un chico fácil para el tipo trapicheo de droga, pues es fácil que a él le utilicen o*

que a él le convenzan más fácilmente que a otro, te da miedo en ese sentido” (Funcionario de Vigilancia Unidad Terapéutica Educativa).

7. Experiencias y percepciones de un exrecluso con discapacidad intelectual.

Este perfil de recluso es el que más nos ha costado tener acceso en el trabajo de campo realizado y ha sido posible gracias a la ayuda de la Confederación Española de Organizaciones en Favor de las Personas con Discapacidad Intelectual. A lo largo de la entrevista estuvo siempre presente el autoestigma que, también, las personas con discapacidad intelectual interiorizan al pasar por la cárcel. Constatamos en todo momento, el pudor que este hombre sentía al recordar su condición de recluso y que se percibía en el hilo de voz con el que nos comentaba diversos aspectos de su experiencia; bajaba el tono de voz tanto que costaba entenderle.

Recogemos, primeramente, los motivos por los cuales entró en prisión y la manera en la que él lo explica para poder conocer, en primera persona, rasgos del perfil descrito por las profesionales y los funcionarios entrevistados y, a su vez, aproximarnos a la comprensión del carácter de determinado tipo de delitos de carácter sexual en estos reclusos; por lo tanto, la necesidad también de no darles el mismo tratamiento que a una persona sin esta discapacidad. En las siguientes palabras expone los motivos por los cuales estuvo en prisión: *“Por culpa de otros, me juntaba con gente que no me tenía que juntar, con personas normal, no con discapacidad, entonces pos me, se juntaron eso, se habían metido ya en mi casa ellos, se metieron y yo cuando llego, llegué de una entrevista y me lo encuentro, me encuentro a dos ahí ñacañaca, dos chicos, entonces como eran menores y yo era mayor, me probó, entonces me hicieron que eso, que me mataban a mí, mataban a mi madre*

y tal, pues tuve que hacerlo sin yo querer” (Exrecluso 37 años, discapacidad intelectual).

Se pone muy nervioso al contarlo, respira entrecortadamente, cuesta entenderle porque habla susurrando. La pregunta sobre qué pasó para que estuviera en prisión, le genera pesadumbre, percibimos el trauma que ha supuesto para él este hecho y su ingreso en prisión.

Común también a otros reclusos y exreclusos, los hombros hacia adelante, la seriedad en el rostro y la actitud evasiva al hablar de su experiencia en prisión, le supone un gran esfuerzo y deben plantearse las cuestiones con mucho tacto, permanece serio, triste y silencioso durante el tiempo que dura la entrevista. Es asociado de una Entidad y tiene bien asumida su discapacidad. Así describe su discapacidad: *“A mí a lo mejor me mandan a la compra y tengo que llevarlo apuntao ¿por qué?, porque a lo mejor me mandas tres cosas sí te lo traigo. Pero, si me mandan 4 o 5 cosas tengo que llevarlo apuntao, pues sino la mitad de las cosas se me olvidan. Pues aquí se me quedan más las canciones, las canciones y otras cosas que las cosas que se tienen que quedar”* (Exrecluso 37 años, discapacidad intelectual).

7.1. Dificultades de la vida en prisión.

Esta persona distingue su experiencia en el Módulo terapéutico, de la que tuvo en otros Módulos ordinarios previos: *“Muy bien en el Módulo ese, pero los demás Módulos no”* (Exrecluso 37 años, discapacidad intelectual).

Para él, lo que más difícil de estar en prisión es, como para todas las demás personas, el tiempo que pasan encerrados. Recogemos sus palabras: *“Pos, cuando estás encerrao. ¿Muchas horas verdad?, Sí. Lo único que cuando eso, pos te ponías a hacer talleres y cosas de esas, así se te pasaba el tiempo. Yo cuando comunicaba con mi madre, pues me llevaba cinta aislante de esa de, para hacer dibujos de hilo, hacía un montón de dibujos*

de hilo, un montón de cosas” (Exrecluso 37 años, discapacidad intelectual).

Esta persona tuvo la oportunidad de una ocupación en prisión, algo muy importante no solo porque están entretenidos, sino porque obtienen algo de dinero y cotizan a la Seguridad Social. En concreto, este exrecluso estuvo colaborando en cocina: *“Pos ayudaba a cortar las patatas, a cortar las zanahorias y los pepinos, todas esas cosas. Y luego lo empaquetábamos al frigorífico partido y todo y así” (Exrecluso 37 años, discapacidad intelectual).*

La ventaja de estar en un Módulo específico para personas con discapacidad intelectual es que tienen una serie de actividades que en los comunes no tienen y que es mucho más pequeño, con lo cual están en una celda solos (al menos, en este caso). Ya hemos comentado la importancia de tener cierto nivel de intimidad en una prisión, sobre todo en la celda: *“Yo estaba solo, cada uno estábamos solos. Es el único Módulo que estábamos solos. Ha habido algunos que han tenido que compartir alguna vez, porque estaban un poco nerviosos por la ansiedad y eso por no chinarse por no hacerse nada, porque un día se chinaron, decidieron que se juntaran con un apoyo, así hasta que se volvió otra vez pues ellos solos” (Exrecluso 37 años, discapacidad intelectual).*

Al ser menor número de personas, también están más controlados de cara a prever el tipo de abusos que pueden sufrir estos reclusos, sobre todo si están mezclados con reclusos comunes en Módulos ordinarios. Este Módulo del Centro Penitenciario de... es una excepción entre los Centros Penitenciarios. Le pregunté si eran muchos compañeros, pero contestó que no se acordaba.

Diferencia también el trato que los funcionarios dan en este Módulo especial frente a lo que él ha conocido de otros Módulos. Esta persona también hace referencia a que los funcionarios pegan, según él, a veces tan violentamente que pueden llegar a matar y que lo ocultan, inventándose falsos motivos para justificar esas muertes. Así explica este hecho, el propio exrecluso: *“En nuestro*

Módulo bien, pero había en otros lados que mu mal. Porque allí ha habido muertes por ellos, pero se han tapao entre ellos y se han callado como putas. Y yo lo he visto que desde enfrente del nuestro como les pegaban unas palizas, pero con las porras pero es que encima las mojan y son eléctricas algunas y les hicieron así y se quedaron así y luego le mataron allí, y luego cuando vino la policía dijeron que le había dado un papatús y que se había quedado ahí” (Exrecluso 37 años, discapacidad intelectual).

Subraya también como otra de las cosas más difíciles de estar en prisión -una carencia afectiva común que prevalece en todos los reclusos y exreclusos entrevistados-, no estar con la familia y amigos. Sobre todo, no poder estar en esos momentos importantes de la vida como la muerte de un ser querido: *“Pues, no poder estar con la familia, por ahí estar con la gente, perdí a mi tío estando yo allí y no poder ir al entierro. He perdido a mi abuelo y ahí sí he podido porque ya estaba fuera”* (Exrecluso 37 años, discapacidad intelectual).

7.2. Necesidades y demandas.

Exponemos en este subepígrafe una relación de las necesidades que tuvo en prisión y algunas propuestas que, según el entrevistado, mejorarían la vida de los reclusos.

- a) Su ordenador: *“He necesitado mi ordenador. Así por el ordenador podría haber estado hablando con mis amigas, con gente de mi barrio”* (Exrecluso 37 años, discapacidad intelectual).
- b) Como él conoció a una chica dentro de prisión y se hicieron novios, propone que se hagan Módulos para parejas, para que estén más unidos: *“Que se pudiera la gente pos los que son pareja, porque están más unidos y que tengan Módulos para parejas. Los que tengan parejas que los junten en el mismo Módulo, porque es que yo me he enterado de que, hay en otras cárceles que los matrimonios que tienen hijos y eso justo*

ahí dentro de la cárcel, los dejan juntos en otras cárceles. Lo sé porque me lo han dicho, en una de por aquí de España, no sé en cual, pero sé que las parejas están juntas cuando tienen a los bebés y eso” (Exrecluso 37 años, discapacidad intelectual).

c) También dijo haber echado en falta la *playstation*.

d) *“Que los funcionarios no fueran tan brutos”* (Exrecluso 37 años, discapacidad intelectual). En este punto se queda muy serio y se le pregunta si le hablaban mal, responde que *“algunos”* y permanece en silencio hasta que dice: *“Bueno, te están hablando como a ellos les da la gana muchas veces”*. En esta cuestión se le ve afectado y resentido: *“Ya te llega a tus casillas y ya tienes que saltar”*. A partir de ahí cuenta el suceso, que ya hemos esbozado, de la funcionaria que le amenazó con tirarle sus cosas si no ordenaba la celda y cómo reaccionó él, con ansiedad y nervios. En este caso, pudo intervenir el Educador a su favor. Nos narra la situación: *“Le dijo el Educador a ella, es que era verdad, tú tienes que hablarle, son personas con discapacidad, tenéis que hablarles bien. Ellos si os saltan así, tenéis que decirnoslo a nosotros, nosotros les castigamos o le hablamos de otra forma porque nosotros somos más tranquilos y hablamos con ellos de tranquilidad. Pero, vosotros tenéis que hablar con ellos más tranquilos, porque ellos tienen el problema que tienen y tenéis que tratarlos con, porque van a saltar, ellos van a saltar”* (Exrecluso 37 años, discapacidad intelectual).

Después del tiempo pasado, todavía rememora el suceso con dolor y resentimiento: *“Claro y una vez le dije yo, la pena es que vosotros podéis salir y nosotros no, porque si yo pudiera salir, es que ya me cabréo”* (Exrecluso 37 años, discapacidad intelectual).

Esta persona ha tenido mucho apoyo de la familia y de sus redes sociales, por lo que durante el tiempo que estuvo en prisión ha recibido las visitas no sólo de su madre, sino de los sacerdotes de su parroquia, de otros miembros del centro ocupacional al que

asistía antes de entrar, de los técnicos de la Entidad en la que está asociado y de sus amigos. Nunca ha dejado de estar atendido y ha podido cumplir condena en uno de los pocos Módulos destinados a personas con discapacidad intelectual existentes. Es una persona afable e integrada. No ha tenido que pasar tampoco por los muchos problemas que estas personas suelen tener con la excarcelación.

Es importante subrayar que la naturaleza de sus necesidades y demandas también permite conocer no sólo el perfil de estos reclusos, sino comprender lo que puede suponer para estas personas vivir dentro de una prisión. Si tomamos como ejemplo que *“les dejen tener la play”*, es suficiente indicador de sus rasgos infantiles o de su nivel de desarrollo cognitivo y afectivo, y por lo tanto, del grado de vulnerabilidad que tienen en el medio penitenciario.

La manera en que, el exrecluso con discapacidad intelectual entrevistado, considera que puede resolverse un tema, como el relativo al ocultamiento de los motivos de la supuesta muerte de un recluso a causa de una paliza propinada por los funcionarios, también es un indicador de su especial interpretación de los hechos: *“Porque se lo inventan, dicen eso y ya está, tenía que haber como esto del CSI que investigaran más a menudo, ellos lo sacan con pruebas de esas películas porque yo tengo la serie, cuando hay una muerte de eso pasan así un algodón y saben de qué ha muerto y todas esas cosas”* (Exrecluso 37 años, discapacidad intelectual).

Esta forma de abordar la cuestión, junto a las características de las necesidades y demandas planteadas, también nos muestra otros aspectos indicativos de la extrema vulnerabilidad de estos reclusos. De ahí la importancia de que sean, especialmente, protegidos dentro de los Centros Penitenciarios; un entorno en el que están, porque la sociedad no establece otras alternativas de atención y, en su caso, de reeducación de la conducta delictiva en que hayan incurrido.

CAPÍTULO 4

Adaptabilidad de los Centros Penitenciarios para los reclusos con discapacidad física

1. Problemas derivados de las barreras arquitectónicas y otros déficits asistenciales para los reclusos con discapacidad física.

Los Centros Penitenciarios no se han diseñado con criterios de confort, ergonomía o terapéutico-ambientales, sino que se han creado para garantizar la función de vigilancia, seguridad y control de los reclusos. De ahí que no se hayan tenido en cuenta, suficientemente, las necesidades físicas o emocionales de las personas en la planificación de los ambientes, ni en el caso de las prisiones más antiguas, ni en las de reciente construcción. En el caso de las celdas, donde pasan un gran número de horas, comenta un funcionario lo siguiente: *“Las celdas las pueden dar por saco, un habitáculo que está todo el día al sol, tienen la puerta cerrada y solo la ventana, pues el aire no corre por ningún lado entonces, la verdad es que es caluroso, se acostumbrarán, eso el que puede luego ponerse abajo porque está negro ¿no?,*

las celdas eran individuales, pero la mayoría están ocupadas por dos, casi todas son de dos, sí porque no hay capacidad” (Funcionario de prisiones).

Las condiciones son duras, a pesar de las mejoras con respecto a otros tiempos históricos. Tampoco se ha pensado, sobradamente, en aquellas personas con diversidad funcional que puedan ingresar en prisión con problemas de movilidad u otras discapacidades sensoriales. Así se expresa uno de los entrevistados, que utiliza silla en ruedas, sobre esta cuestión: *“Una visita que hicimos a la cárcel de...que siendo de las últimas que se han construido pudimos verificar que las barreras arquitectónicas fluían por todas partes. Hicimos una visita a dónde podíamos pasar que fui yo y como voy en silla de ruedas es un poco complicado. De primera mano comprobé aquello y podíamos pasar por pocos sitios, pero pudimos empezar a ver como, por ejemplo, la discapacidad física no se contempla” (Presidente Federación Asociaciones).*

Exponemos en este epígrafe los déficits generales detectados en este aspecto. En el caso de las prisiones antiguas, la situación es más seria, no sólo no hay adaptación sino que las instalaciones están muy envejecidas, lo que supone peores condiciones de vida para todos los reclusos, como nos relatan los entrevistados:

- *“Mira en...te digo ya que no, prisiones súper antiguas, muy viejas, como que allí tiene que ser malísimo cumplir una condena ¡vamos!, porque estar allí en ese ambiente” (Trabajadora Social Asociación).*
- *“La Enfermería tiene 20 años, se cae a cachos, como digo yo. Ahora están de obras, han tenido que desalojar un Módulo por el sistema de prevención de incendios. Pero, sí que hicieron una obra, la Enfermería son dos Enfermerías y una está adaptada, tiene ascensores, todo lo que tienen los Médicos está ahí, pues digamos que está adaptada, pero claro esto lleva 20 años abierto” (Psicóloga Asociación).*

- *“No están adaptadas las cárceles, no. Un Módulo común no, porque cuando subes para los chabolos ¿no?, tienes una puer-tita así, con una escalera así muy estrecha, ahí no podría subir una persona en silla de ruedas”* (Educatadora Social Asociación).

Esta primera conclusión sobre la ausencia de adaptación de las instalaciones también se repite en los Centros Penitenciarios más modernos, las actuales macro-cárceles. Ha sido subrayada esta variable por los profesionales y funcionarios entrevistados y, a su vez, otros funcionarios han insistido en que los reclusos con dificultades de movilidad no pueden participar en las actividades formativas, porque no hay ascensor de acceso a la zona donde están las aulas en las que se imparten los cursos de panadería, de manualidades, etc.: *“Adaptación cero, se construyeron en los 80 y accesibilidad nada y no se ha invertido en que haya eso. No sé si las nuevas prisiones que se están construyendo ahora tendrán. Las actividades de formación que están en todos los Módulos son todas con escaleras, sin ascensor, imposible para una persona con silla de ruedas”* (Terapeuta Ocupacional de Asociación). Salvo que cuenten con reclusos de apoyo, no tienen posibilidad física y autonomía para poder asistir a ellas.

Lo mismo ocurre en los locutorios cuando los reclusos van a comunicarse con los familiares; de ahí que, los presos discapacitados que están en silla de ruedas deban ser subidos por internos de apoyo, sino no pueden acceder.

Por otra parte, los baños no están adaptados para personas con movilidad reducida, con alguna excepción en el Módulo de Enfermería de algunos Centros Penitenciarios más recientes, pero no en la mayoría de estos Módulos de Enfermería. En palabras de una entrevistada: *“Las duchas no las he visto, pero muy adaptada la Enfermería no la he visto, es que tienes que subir en ascensor para arriba, pero que no hay rampas ni nada de eso, los baños no los he visto, pero abajo no he visto yo baños adaptados”* (Trabajadora Social de prisiones).

La ausencia de baños adaptados genera muchos problemas que nos han explicado los reclusos con discapacidad física entrevistados. Pero no parece haber suficiente consciencia de lo que implica, entre algunos funcionarios: *“Hay un baño allí, no tipo pie de ducha sino con bañera donde los auxiliares pueden asearlo, eso no plantea graves problemas”* (Médico de prisiones).

Los auxiliares suelen ser reclusos de apoyo, según nos indican los reclusos con discapacidad física entrevistados, pero no siempre reciben de éstos, el mejor trato.

Al ser el Módulo de Enfermería el único que tiene ascensor, los reclusos con discapacidad física, que van en silla de ruedas, pasan su tiempo de condena en estos Módulos: *“Si la discapacidad física es importante sí suelen estar aquí en Enfermería. Porque en los Módulos las celdas están en la primera planta y tendrían que subir. Entonces aquí hay ascensor y para los reclusos que están en silla de ruedas, pues sí suelen estar aquí, para ancianos y demás”* (Subdirectora Médica de prisiones).

El hándicap de este Módulo es que viven junto a reclusos con todo tipo de situaciones: discapacidades psíquicas, intelectuales, problemas de consumo de tóxicos, enfermedades infecciosas y todo tipo de delitos. Es un espacio incómodo y complicado, como lo reconocen los siguientes Funcionarios entrevistados:

- *“En la Enfermería es más incómodo porque compartes espacios con gente con otro tipo de enfermedades, enfermedades que pueden ser contagiosas o tal”* (Funcionario de Vigilancia Unidad Terapéutica Educativa).
- *“En Enfermería hay gente con distintas situaciones y tienes que tratar de evitar como se junten o sea que debes controlar como se mueven”* (Funcionario de Vigilancia).

La separación de reclusos que hemos encontrado es que en las Enfermerías con más de un ala, los enfermos mentales están por un lado y todos los demás por otro, en otra ala del Módulo.

Las actuaciones que se están realizando, según cada prisión, para mejorar las condiciones de accesibilidad son puntuales, no estructurales, tales como poner rampas de acceso a los Módulos: *“Ahora sí, se están poniendo rampas. Claro a las celdas es difícil, tienen que ir a un Módulo de Enfermería”* (Funcionaria Servicios de prisiones).

En las prisiones construidas hace pocos años, tampoco se ha cuidado la accesibilidad física o la adaptación, ni siquiera de dos o tres celdas en Módulos ordinarios para que no estén obligados los reclusos con discapacidad a estar en la Enfermería. Nos explica esta situación un funcionario: *“En un departamento no hay ascensores, son todo escaleras. El único departamento que tiene ascensor es la Enfermería y es donde están la mayoría de los discapacitados. Nosotros en el Centro hay, así evidentes que reconozco, hay una mujer con unos problemas de movilidad físicos muy importantes, no sé la enfermedad que tiene, pero va siempre con dos muletas y la movilidad en las dos piernas súper restringida. Ella está en Enfermería claro, porque en un Módulo normal ¿cómo puede una persona moverse así? y no están concebidos los centros, ni siquiera éste en el que yo estoy que es la última promoción. Es el estereotipo de todos los que se hacen ahora o que se han hecho antes de que empezara la crisis son este modelo... tiene ocho años”* (Funcionario de Vigilancia).

Este funcionario nos explica las limitaciones que, aun en un Centro Penitenciario de reciente construcción, tienen los reclusos en una celda, espacios no concebidos con criterios ergonómicos, ajustado para asegurar que quepan dos personas (dos literas, donde debería haber una) y que no haya problemas de seguridad con el mobiliario. Algo que en el caso de una persona con discapacidad física hace muy incómoda la estancia e imposible si la persona va en silla de ruedas: *“A nivel de limitaciones físicas hay muchas, todas. Una celda normal es una estancia concebida en un principio para una persona, pero que está ocupada por dos y eso en una*

litera, una persona con problemas físicos ¿qué posibilidades tiene para acceder a la segunda litera?, ninguna. Lo que es el lavabo es un elemento de acero inoxidable anclado en la pared, el armario es un armario de obra para que no haya ningún elemento del que tú puedas extraer algo con lo que se pueda hacer algo que no debes. O sea que es un mobiliario concebido con otra finalidad, no para facilitar a alguien con problemas de movilidad, el poder usar una ducha, usar un retrete, un lavabo, y en unos espacios reducidos. Yo si soy sincero entrar con una silla de ruedas en una celda tiene que ser muy complicado...se supone que este Centro Penitenciario es el top, no puede haber mejores, porque esto es lo último que se ha construido con muchos, muchos recursos porque se han volcado mucho. El coste empleado en estos Centros, el mantenimiento de los mismos es una salvajada” (Funcionario de Vigilancia).

El tipo de adaptación de las instalaciones que tiene el Módulo de Enfermería de este Centro Penitenciario más moderno consiste en puertas más amplias, duchas sin ningún tipo de escalón y ascensor:

- *“En Enfermería sí, la Enfermería que conozco sí, son Enfermerías con las puertas más amplias, la ducha no tiene ningún tipo de escalón, no nada. La Enfermería tiene dos ascensores o tres y hay gente que anda mal o está en silla de ruedas y sube y baja por el ascensor, por ejemplo, ahí está un poquito más adaptado. Lo que es la Enfermería, pero el resto de los Módulos no” (Funcionario de Vigilancia Unidad Terapéutica Educativa).*
- *“Las celdas en Enfermería son un poco distintas, son celdas más grandes, de cuatro o cinco personas, muy parecido a lo que es una habitación de hospital con un baño completo dentro y separado por puerta y tal” (Funcionario de Vigilancia Unidad Terapéutica Educativa).*

Los Módulos de Enfermería son los únicos que han sido objeto de alguna adaptación, pero no podemos olvidar que incluso en

Centros Penitenciarios construidos hace pocos años, hay otros Módulos a los que también pueden ir reclusos discapacitados por el delito cometido (Primeros Grados) o por alteraciones de conducta y no están adaptados. Los Módulos de Aislamiento son especialmente duros para todos los reclusos, sobre todo porque la prisión ya es en sí una institución discapacitante, pero recogemos la descripción que hace el siguiente entrevistado de las características arquitectónicas, de iluminación, color y de rutinas de vida en un Módulo, en el que no están exentos de ingresar personas con alguna discapacidad: *“Módulo de aislamiento, primer grado creo que es una hora por la mañana en el patio, un patio más reducido que los de otros Módulos con suelo rojo chillón. Es tan inhumano, ¿quién ha defendido esto?, ¿quién lo ha pensado así?, ¿con qué argumentos?. Son espacios para volverse locos, con unas paredes de 7 metros, una verja en el techo o sea ni siquiera tienes visión del cielo abierto, no, no, tienes una verja porque piensan que van a saltar por los muros de 7 metros y eso con cero estímulos”* (Terapeuta Ocupacional Asociación).

Hemos podido comprobar en las visitas a prisión realizadas para el trabajo de campo, la forma en que han sido construidas las prisiones: pasillos con techos bajos, con escasa luz y pintados, por ejemplo, en naranja intenso. No es de extrañar, pues, los posibles efectos que, incluso estas zonas comunes de tránsito, pueden generar en la salud física y psicoafectiva de los encarcelados durante años. La falta de luz y distancias cortas provoca pérdidas de agudeza visual; los colores chillones son estimulantes y generan intranquilidad; los techos bajos restringen además del horizonte visual, el emocional.

Veremos en el siguiente epígrafe como afectan estas circunstancias a los reclusos con discapacidad física, sensorial y orgánica entrevistados; así como también abordaremos, las especiales necesidades y dificultades que han tenido en prisión.

2. Insuficiente adaptación del Módulo de Enfermería y trato abusivo por parte de los reclusos de apoyo que les “asisten”.

Los reclusos con discapacidad física que han cumplido sus condenas en los Módulos de Enfermería de las prisiones, nos aportan información más detallada sobre las barreras que también han encontrado en estos Módulos cuya adaptación es, -en el mejor de los casos como hemos expuesto-, ascensor, puertas un poco más anchas y un plato de ducha. Sin embargo, el recluso entrevistado que usa silla de ruedas (piernas amputadas) y el que se apoya en dos muletas por padecer poliomielitis en las piernas, nos indican la insuficiencia de estas adaptaciones que no cuentan con asientos dentro del plato de ducha o agarraderas, lo que hace necesaria la ayuda de otros reclusos: *“Hay baños, pero a mí me ponían una silla de plástico y, por lo menos, ahí en el plato de ducha y me ayudaban los compañeros”* (Recluso 40 años, discapacidad física).

En el caso de algunos reclusos, como el exrecluso con poliomielitis, el aseo personal lo vivía con mucho sufrimiento porque en las duchas de Enfermería al no haber asas donde sujetarte, al menos, con una mano, sólo podía ducharse si otros presos le ayudaban. Esta dependencia de los reclusos de apoyo implica no sólo una merma más en el derecho a la intimidad, sino tener que aguantar algunas situaciones vejatorias para la persona, como las mostradas en esta declaración: *“Me llevaron a Enfermería, ahí sí que tienes más intimidad porque el baño está aparte, pero tampoco tienes asa, a mí me duchaban los mismos presos. Me tenía que desnudar y a mí me daba un corte que delante de la gente, de los presos: quédate ahí, ponte ahí, me daban en la espalda y muchas veces el cachondeo, ¡pues mira como tienes las piernas jájá!”* (Exrecluso 48 años, discapacidad física).

No hay un enfoque de accesibilidad o de ergonomía ni siquiera en un Módulo como el de Enfermería en el que están personas con necesidades especiales o, simplemente, un recluso que

esté encamado por enfermedad común no dispone de un timbre cercano a la cama para llamar y pedir ayuda: *“El timbre está en la puerta y de la cama a la puerta hay como dos metros o tres, si pasa algo claro tienes que llamar”* (Recluso 40 años, discapacidad física).

El momento del aseo personal también puede ser duro para aquellos reclusos con discapacidad física que están en el Módulo de ingresos (la misma problemática en los Módulos ordinarios) y tienen que ducharse en los aseos comunes, lo que significa: subir escalones, hacerlo con la bolsa del aseo, la de ropa y sujetarse, en el caso del recluso cuya experiencia exponemos, con las muletas: *“Yo para ir al baño lo pasaba fatal. Nada más entrar, te dan una bolsa, te cambias de ropa y tú llevas tu bolsa. Por ejemplo, ahí era la primera planta, ahí hay el comedor, el patio y eso, pues a mí me tocó la primera planta. Menos mal, porque si me toca la segunda peor. Un funcionario le dijo al compañero ¡cógele la bolsa!, porque si no yo no puedo subir con la bolsa por las escaleras. Eran casi 20 peldaños para subir y una vez que entras es un wáter y un plato de ducha que como no eso te resbalas y si te has matado como sí, no hay nada ni para agarrarte, ni para nada”* (Exrecluso 48 años, discapacidad física).

Las dificultades son manifiestas y es complicado acceder a las duchas si alguien no te lleva la bolsa. Por otra parte, ciertamente no se piensa en adaptaciones mínimas para las personas con discapacidad, como es poner un plato de ducha no deslizante o una simple asa para agarrarse.

Una carencia que hemos detectado es la de personal especializado (Auxiliares de Clínica) que se ocupe de las tareas de aseo y de cuidados de los reclusos enfermos o dependientes, lo que hace que éstas recaigan en los reclusos de apoyo. A éstos, se les da un tipo de curso de primeros auxilios o de atención básica, pero no son profesionales y esta falta de cualificación la sufren, sobre manera, aquellos reclusos que se encuentran en una situación

de vulnerabilidad extrema, porque padecen esclerosis o parálisis. Exponemos esta problemática en el cuadro del Caso nº. 8.

La falta de profesionales que atiendan a estas personas es una carencia importante en casos como el que acabamos de describir, así como en otros que nos ha transmitido el recluso en libertad condicional que aún con las piernas amputadas y en silla de ruedas era el encargado de lavar, cambiar la bolsa e, incluso, la sonda de un recluso encamado del que nadie quería ocuparse por ser un asesino a sueldo. Este recluso hizo el curso de “primeros auxilios”, ser recluso de apoyo le permitía tener la posibilidad de acceder a algunos beneficios penitenciarios. Esta persona también nos contó el maltrato que le daban los internos de apoyo a este recluso enfermo: *“Ese que estaba de...con varios asesinatos, le tiraban al suelo, le trataban fatal. Aun estando enfermo es un ser humano, haya hecho lo que haya hecho. Nadie quería lavarle y le cambiaban la sonda tirando de ella. Eso yo no lo podía ver, no podía levantarse con la bolsa llena y yo se la quitaba, así empecé, yo no podía ver al hombre con la bolsa llena y la mierda en el pa-*

Cuadro Caso número 8

Caso 8: Allí había un chavalito que es marroquí, pero es español, lleva mucho tiempo en España y no podía moverse nada y le tienen que limpiar el eso, porque está en silla de ruedas y sólo mueve las manos y esto un poco así. Yo le tenía que partir el pollo, yo le tenía que esto y los mismos presos bañarlo, allí *no había funcionarios que le bañen* y, les da lo mismo si estás cagao, con perdón, les da lo mismo. ¡Tenía unas llagas!, que *si tú les ves las llagas son unos agujeros, agujeros de estar todo el día sentado* y llegaban los mismos presos y le cambiaban el pañal, *le ponían en una camilla y con una manguera, con la ducha, lavándole y ya está* (Exrecluso 48 años, discapacidad física)

ñal y el otro durmiendo ahí, yo es que no valgo” (Recluso 40 años, discapacidad física).

No podemos dejar de visibilizar las situaciones de maltrato y abusos, por parte de los reclusos de apoyo, que pueden experimentar los reclusos con discapacidad física -indefensos ante estas agresiones- y de las que se ha hecho, especial, eco el siguiente entrevistado:

- *“Yo he visto hasta presos de estos que cuidaban a uno que le falta una pierna y quitarle la comida o hasta quemarle con un cigarro en el brazo y es un tío más grande que yo, si quieres bien y sino también”* (Exrecluso 48 años, discapacidad física).
- *“En Enfermería había uno que tenía a su cargo uno en silla de ruedas, a ese le he visto yo darle unos golpes en la cabeza y el hombre tenía que aguantar, tenía mi edad. Y ¡bum!, ¡bam!, le quitaban el dinero y le quitaban esto, claro en silla de ruedas cuando se quería mover ya...”* (Exrecluso 48 años, discapacidad física).

Un maltrato del que tampoco escapan los reclusos con discapacidad mental, en el Módulo de Enfermería, por parte de algunos reclusos de apoyo: *“he visto yo casos que una persona un poquito psíquica ha empezado a chillar y al mismo preso no le ha dejado dormir y la ha levantado y la ha dado dos hostias o la ha tirado una silla ¡que te calles que me tienes harto!”* (Exrecluso 48 años, discapacidad física).

Nos han hecho muchas referencia los reclusos y exreclusos con discapacidad física entrevistados, no sólo a la vulnerabilidad de los reclusos con discapacidad y a los malos tratos que les dan los reclusos comunes, sino a que están abandonados y no hay nada para ellos: *“es que te lo ponen muy bonito, pero allí no hay nada. Allí Médico o Enfermero de fijo no hay. Si te ponías malo, bueno mañana viene el Médico y es lo que te decían. Las heridas, las enfermeras no le curaban las heridas, eran los propios presos que le habían dado un curso y le curaban a ese hombre y estaba y ¡qué*

te calles!, unos tortazos y ya está, y te tenías que callar y verle llorar y yo también lloraba. Me vine to abajo” (Exrecluso 48 años, discapacidad física).

3. Consecuencias físicas y personales de la ausencia de ascensor en los Módulos ordinarios, incomprensión de los funcionarios y dificultades en el comedor.

Para las personas con discapacidad física el simple hecho de desplazarse por el Módulo para realizar las rutinas de la vida cotidiana supone un hándicap, por las condiciones estructurales de inadaptación de las instalaciones. Por ejemplo, moverse en una prisión sin ascensor para una persona con muletas es complicado y le acarrea no sólo cansancio, sino dolor físico. Así nos contaba esta cuestión el exrecluso con dos muletas: *“Yo tenía que ir con las muletas para arriba, para abajo con las muletas y es un esfuerzo claro. Por la mañana, bajas a las 8 de la mañana, comes a la una y a la una y media parriba, a las 4:30 se abren otra vez, pabajo, y ya no subes hasta las 8 que te meten y no sales más, y subir y bajar y subir y bajar”* (Exrecluso 48 años, discapacidad física).

Una dificultad no siempre bien comprendida por algunos funcionarios, como muestra el hecho de que ante la solicitud de visita al Médico, por parte del recluso con este problema, para pedir un analgésico, le respondieron que no se quejara, que él ya era así cuando llegó a prisión. En palabras de esta persona: *“quería ver al Médico y uno de los funcionarios me dijo: ¡tú cómo viniste!, ¿así?, digo sí, pues entonces de qué te quejas”* (Exrecluso 48 años, discapacidad física).

Esta falta de sensibilidad y desconocimiento de lo que puede suponer padecer una discapacidad de estas características, también nos fue señalada por el Presidente de una Federación de Asociaciones de Discapacitados Físicos que consideraba como

una de las intervenciones necesarias a hacer: dar formación a los funcionarios. Esto es, *“dar formación a los funcionarios para saber qué patologías son las más prevalentes y su sintomatología. Por ejemplo, una ataxia; los problemas de equilibrios que son, a veces, muy semejantes a una persona que pueda estar en estado de embriaguez; los espasmos naso-medulares; como agarrar una silla. En fin, como subir un escalón, todo ese tipo de cosas que les decimos a los funcionarios”* (Presidente Federación de Asociaciones).

La inexistencia de ascensor obstaculiza, a los reclusos con movilidad reducida o en silla de ruedas, el acceso a las comunicaciones con los familiares y los vis a vis íntimos con las parejas: *“Otra dificultad es que para el vis a vis con los familiares es que hay escaleras, una escalera para la zona donde tienen el vis a vis con los familiares y otra escalera más para los vis a vis personales (íntimos), esto es una dificultad muy grande”* (Recluso 40 años, discapacidad física).

De la misma manera, una rutina diaria como coger la bandeja con la comida en el comedor e ir a sentarte para comer, es un problema muy grande para una persona con muletas, sólo salvable si otros reclusos le ayudan. Así nos expone esta dificultad un entrevistado: *“A ellos les da lo mismo, lo único que agradezco a los presos que había allí que eran encargados, que a la hora del comedor, porque sí a mí me decían tú entra uno de los primeros, yo me sentaba en la mesa y porque llegaba y me ponían ahí la comida, allí no hay opción. Yo llevaba las muletas y a ver como sueltas las muletas para coger la bandeja, no podía. Entonces, yo esperaba y cuando el hombre, era un preso, pero era encargado de poner la fila y to, pues yo llegaba, para ...pum, pum, pum, me lo echaban y ya está. Y luego los mismos compañeros eran los que te la quitaban y no te preocupes yo te la tiro”* (Exrecluso 48 años, discapacidad física).

4. Necesidades de los reclusos con discapacidad física derivadas de la carencia de recursos económicos.

Mencionar, por último, entre las necesidades de los reclusos con discapacidad física entrevistados, aquellas que se deben a la falta de recursos económicos para hacerles frente. En el caso del recluso con las piernas amputadas, va en silla de ruedas porque no tiene dinero para unas prótesis. Esta es una necesidad que tendría cualquier persona con su misma discapacidad y que debería hacerse frente, por la cuantía que supone, por los mismos cauces de financiación pública que para el resto de la población de discapacitados con esta misma situación carencial.

Hemos detectado, no obstante, otras carencias cuya cobertura implica muy poco gasto, pero que serían de gran ayuda para la persona con discapacidad sin recursos económicos. Nos referimos a la situación de un recluso que tiene un problema en una cadera, que le genera mucho dolor y que se resolvería con tener unas zapatillas nuevas en las que poder poner un alza. Estas prestaciones supondrían muy poco dinero para Instituciones Penitenciarias y podrían considerarse un tipo de ayuda social, dentro de los programas de intervención con discapacitados físicos que aun requieren dotarse de contenido y desarrollo. Así nos comenta esta necesidad, el recluso afectado: *“Tengo el alza, pero como no tengo para comprarme unas zapatillas, me lo tienen que poner más alto y el dolor es continuo todos los días, po lo que es la cadera dolor continuo. Está más delgaína esta pierna que...”* (Recluso 47 años, discapacidad física, sensorial y orgánica).

Pudimos comprobar que las zapatillas estaban completamente rotas, la suela despegada; o sea que al andar, no tiene ni el alza, ni sujeto el pie.

CAPÍTULO 5

Situaciones de especial necesidad de los reclusos con discapacidad sensorial

1. Ámbitos afectados por las inadaptaciones del entorno penitenciario e implicaciones de la alta dependencia de los internos de apoyo.

Los reclusos con discapacidad sensorial enfrentan muchas dificultades para desenvolverse en el medio penitenciario. Entre las más evidenciables están, para los reclusos con discapacidad visual, el acceso a las comunicaciones: los teléfonos no están adaptados en braille y dependen de los internos de apoyo para que les marquen los números del teléfono de sus familiares. Los desplazamientos por el Módulo tampoco son viables sin la ayuda de otros internos o el acceso-localización de la propia celda. La realización de las múltiples gestiones, solicitudes, instancias que conlleva la vida en un Centro Penitenciario, no pueden efectuarlas con autonomía. Por lo tanto, lo primero que debemos subrayar es la alta dependencia que los reclusos con discapacidad visual tienen de los reclusos de apoyo, para cumplir las rutinas básicas

que genera la vida en una prisión. En relación a este aspecto, comentaba una funcionaria sobre un recluso con discapacidad visual lo siguiente: *“Tenía un interno de apoyo para llevarle al baño, para llevarle a las gestiones que tenga que hacer él”* (Funcionaria Servicios de prisiones).

Las dificultades que una persona ciega tiene en un Centro Penitenciario sin ninguna adaptación y muchísimas barreras arquitectónicas, no sólo requiere la ayuda constante de un interno de apoyo, sino que siempre existe el peligro para estas personas de ser engañados o abusados; como narra una Trabajadora Social entrevistada: *“Esto no está preparado para una persona ciega en absoluto. Barreras arquitectónicas, pues muchísimas, de todo. Si tú no puedes acceder a muchas cosas, pues evidentemente ahí te engañan”* (Trabajadora Social de prisiones).

2. Limitaciones vivenciadas por los reclusos con discapacidad visual grave.

Las entrevistas realizadas, a los reclusos con discapacidad visual grave, nos han permitido conocer éstas y otras múltiples limitaciones que exponemos a continuación:

- a) No pueden realizar la mayoría de los trabajos que en el Centro Penitenciario posibilitan el disfrute de beneficios penitenciarios y la obtención de recursos económicos.
- b) Imposibilidad de leer, lo que conlleva que otro recluso debe leerle, por ejemplo, las cartas que reciben. No sólo es un tema de dependencia, sino que estos reclusos ven afectada su intimidad personal en un ámbito más, de los que ya tienen comprometidos todos los reclusos. Así comenta este hecho un recluso entrevistado: *“Leer, pues no puedo leer. Me tienen que leer siempre las cartas que me mandan, se las tengo que dar siempre a un compañero para que me las lean, eso quieras o no pues”*

me afecta un poquillo, cosa que no puedo depender de mí solo, siempre tengo que pedir ayuda a un compañero” (Recluso 28 años, discapacidad sensorial-visual).

- c) No pueden acceder a actividades formativas o de otro tipo, por falta de materiales adaptados.
- d) La televisión es el mayor entretenimiento que tienen los reclusos para pasar las horas de encierro en la celda. Este último recluso, con un 85% de discapacidad visual, no puede: *“ver la tele, por ejemplo, me cuesta un montón, la tele la veo fatal me tengo que arrimá mucho a ella, me canso” (Recluso 28 años, discapacidad sensorial-visual).*
- e) Cuando se tiene una discapacidad visual tan importante, como la de este recluso cuyas limitaciones y necesidades estamos planteando, es peligroso estar en el patio con los demás reclusos, porque no puedes ver qué pasa, ni defenderte en una pelea, tienen mayor grado de indefensión: *“Ahí un patio con ciento y pico de personas, pues una persona con discapacidad no puede estar, estamos hablando de un 85% de discapacidad visual que prácticamente no veo casi nada, yo la veo a usted y veo borroso y esto para estar aquí en prisión no. Si hay problemas, peleas o cosas de esas yo me tengo que echar para atrás, tenga culpa o no tenga culpa, me tengo que echar para atrás y solucionarlo hablándolo. Aquí dejar una persona con discapacidad visual no, es que no funciona. No porque aquí hay mucho tipo de personas, hay traficantes, hay atracadores, hay quienes están por muerte, asesinato y es muy difícil convivir con todo el mundo o que te lleves bien” (Recluso 28 años, discapacidad sensorial-visual).*
- f) El Módulo de Enfermería presenta limitaciones para las personas con discapacidad visual, porque el del Centro Penitenciario en el que este recluso cumple condena no tiene ascensor y tiene que ir agarrándose a la barandilla, porque no ve para subir a

las celdas: *“Aquí en Enfermería está mu mal también, porque no tienen ascensores para subir arriba. Me tengo que ir agarrando por la barandilla y subo parriba”* (Recluso 28 años, discapacidad sensorial-visual).

Este recluso necesitaría, algo así, como unas gafas-lupa que le permitiera moverse por el Centro Penitenciario en mejores condiciones y también para poder leer y escribir, una de sus principales necesidades. Su demanda de ayuda gira en torno a esta dificultad: *“Alguna ayuda para que yo pueda leer, algún aparato o algo que pueda leer, pueda escribir, escribir escribo, pero no sé lo que voy poniendo de cabeza, sé lo que pongo, pero por la cabeza. Pero, yo leerlo pa tras no puedo, voy escribiendo ya, porque yo sé escribir y escribo muy bien, pero muchas veces me confundo y rompo la hoja y tengo que empezar de nuevo, porque no voy a ir a uno a ¿qué pone aquí?. Hay muchas veces que son cartas privadas, cosas tuyas y entonces a mí me gustaría tener tipo gafas-lupa...aquí escribir da vida, aquí escribir es una cosa que te distrae mucho la mente, porque hay momentos duros”* (Recluso 28 años, discapacidad sensorial-visual).

Sería necesario facilitar a estas personas soportes que no sólo les ayudaran a leer y escribir, sino que les permitieran el acceso a los recursos formativos que hay en la prisión. Asimismo, las bibliotecas de los Centros Penitenciarios deberían contar con una dotación de recursos didácticos adaptados, libros en braille y audiolibros para estos reclusos.

En el caso de otro recluso con discapacidad visual entrevistado, también hizo referencia a lo poco que puede hacer para entretenerse en prisión, porque tiene 22/23 dioptrías en cada ojo y sus gafas estaban muy deterioradas, pero no tiene dinero para comprar otras porque valen 800 euros. Es la misma persona que no puede pagarse unas zapatillas para adaptar un alza y compensar la desviación de cadera que padece, una carencia que como vimos le generaba mucho dolor físico. Sin duda, pobreza y disca-

pacidad unidas, dificultan la vida de estas personas en prisión e intensifican sus impactos.

En lo que respecta a los discapacitados auditivos, los funcionarios entrevistados nos han informado de que las celdas no están adaptadas para personas con sordera. De tal forma que una de las dificultades detectadas es que no pueden oír la sirena para proceder al recuento y dependen de que otros internos les avisen. No hemos podido realizar ninguna entrevista a un recluso con esta discapacidad.

CAPÍTULO 6

Reclusos con discapacidad orgánica

1. Dificultades a las que se enfrentan los reclusos con discapacidad orgánica.

Las instalaciones en una prisión también son un hándicaps para aquellos reclusos con muchos problemas de salud. Es el caso de una exreclusa entrevistada, con afecciones tan serias como esclerosis remitente, artrosis, reuma, diabetes y dos micro-infartos. Vivir en una celda, sobre todo si se trata de una cárcel antigua, puede agravar sus enfermedades: *“Yo tengo el cuerpo lleno de manchas de la humedad, de estar en una celda con humedad, he llorado mucho (se emociona). Le digo a la doctora: ¡me está comiendo la cabeza eso!. Pero, es que no puedes denunciar, porque como ellos son los que mandan, pues ya está, no hay más”* (Exreclusa 59 años, discapacidad física y orgánica).

Las condiciones de vida existentes en un Centro Penitenciario pueden no sólo agravar las patologías orgánicas que ya padecen los reclusos, sino generar otras. En este sentido se pronuncia el

siguiente entrevistado, sobre cómo le ha afectado a su estado de salud estar en prisión: *“Me ha afectado mal, a mí me ha afectado, de momento mi enfermedad se me ha agudizado. Yo tenía el virus C y el hígado inflamado y tocado, yo he salido con cirrosis, eso de momento. Yo he salido de la cárcel con cirrosis cuando yo podría haber tenido otro tipo de controles y de tratamientos y eso con informes Médicos, con pruebas y todo. Yo pedí no sé cuántísimo, que me dieran la libertad condicional, vamos que me pusieran una pulsera, que me pusieran algo, aunque me tuviera que presentar, por mis patologías y mis enfermedades”* (Exrecluso 57 años, discapacidad orgánica).

Este exrecluso considera que, no llevar el suficiente seguimiento especializado de determinados tratamientos, unido a una alimentación inadecuada, son las causas de que no sólo sus discapacidades se agravarán en prisión, sino que contrajera otras patologías como un problema de huesos derivado de la falta de sol: *“Mal, por las comidas y por las defensas y no sé cuántos, también tenía alergia en la piel. He tenido la pierna que se me puso y resulta que era de la cadera. Luego fui al Médico de aquí y no esto no es de la cadera, te vamos a hacer una radiografía o no sé qué me hizo. Resulta que era la columna, la tengo totalmente desgastada por falta de sol, falta de sol que el calcio no lo absorbía y luego encima no te dan una comida equilibrada ¿me entiendes?”* (Exrecluso 57 años, discapacidad orgánica).

Por otro lado, el desconocimiento por parte de los funcionarios de los síntomas de determinadas discapacidades hace que, en algunas ocasiones, cuando éstos se agudizan, los reclusos no encuentren la receptividad o credibilidad que merecen y puedan no recibir, en su caso, la atención inmediata que necesitan. Exponemos esta problemática, vivida por la exreclusa con esclerosis remitente, cuando tuvo un brote dentro de prisión: *“El día que me dio uno fuerte, me gritó... Me decía que me levantara, pero a gritos y le dije yo a gritos, ¡no puedo!, Subdirector de, el don...se me*

ponía a chillar ¡que te levantes!, ¡que no puedo!. Es que no estás viendo que estoy muerta, me quedé así, por más que intentaba no había manera...cuando vino me dijo perdóname, no pasa nada aquí el que manda es usted. Si dices algo ¡ay!, y te comen viva” (Exreclusa 59 años, discapacidad física y orgánica).

La necesidad de programas de intervención formativos, para funcionarios, o de asesoría específica por parte de los profesionales de las Entidades del Tercer Sector de la Discapacidad, según el tipo de patología que padezca la persona que entra en prisión, se vuelve a presentar como una línea de actuación a seguir en este problema.

2. Referencia particular a los trastornos emocionales detectados en los reclusos con discapacidad física, sensorial y orgánica.

Los reclusos con discapacidad física, sensorial y orgánica entrevistados han manifestado, diferencialmente, muchos problemas de carácter psicoemocional. Como hipótesis podemos plantear que, frente a los reclusos con discapacidad mental que están recibiendo un tratamiento farmacológico, o los reclusos con discapacidad intelectual con menor desarrollo cognitivo, estas personas no tienen, por decirlo de alguna manera, los mismos mecanismos de evasión, compensación y/o defensa que ellos. Tampoco se enfrentan al encarcelamiento en las mismas condiciones de salud, de accesibilidad y de autonomía, que los reclusos comunes, lo que también muestra su alto nivel de vulnerabilidad. Recogemos testimonios de este sentir o estado emocional y, también, de las secuelas que a los exreclusos les ha dejado su paso por prisión:

- *“Aquí la ilusión la pierdes toda...Bajo de ánimo mucho, mucho”* (Recluso 47 años, discapacidad física, sensorial y orgánica).

- *“Estoy con Psicólogos. Me ha dejado unas secuelas enormes, aparte de que yo en la calle no he tenido ayuda de nadie y es como si estuviera yo, muchas veces me pongo a llorar, ¡si es que parece que estoy en... me da una rabia, porque es que no salgo de mi cuarto. Hace ya un año que estoy completamente libre, pero me está costando adaptarme un huevo”* (Exreclusa 59 años, discapacidad física y orgánica).

El recluso con discapacidad, en peor estado emocional que hemos entrevistado, es un recluso que se encontraba en huelga de hambre y dentro del programa de prevención de suicidios. Distintas entradas y salidas de prisión a lo largo de más de veinte años, le encontramos profundamente deprimido y en huelga de hambre, porque no le habían concedido ningún permiso en los últimos ocho años y medio. Muy emocionado, no paró de llorar en la entrevista:

- *“Hace tiempo que no hablo con gente de la calle, entonces me emociono, ocho años y medio sin ver a una persona de la calle, más que a mi madre una vez al mes o cada dos meses”* (Recluso 52 años, discapacidad física y mental).
- *¡Eso!, es que tengo que acostumbrarme a hablar, porque es que ocho años y medio aquí, el hablar. ¡Madre mía!, me estaría de lujo tomar un café, el ir al dentista, el ir a, tener un móvil que hace tiempo que no llamo a amigos, a mi primo, a mi prima”* (Recluso 52 años, discapacidad física y mental).
- *“Muchas emociones, entonces lo que he visto aquí es lo que he vivido toda la vida. Yo estoy hartado de esta vida”* (Recluso 52 años, discapacidad física y mental).

Tantos años de prisión terminan con la energía vital de cualquier ser humano y las declaraciones de este recluso nos hacen reflexionar sobre el sentido último o utilidad de la prolongación en el tiempo de las condenas en determinados casos: *“Ahora mismo te vas, me desconecto de una persona de la calle, en este caso de ti y ya en el talego, en la cárcel otra vez y yo estoy cansado ya. Son*

veintitantos años en la cárcel y he dado, mucho, mucho, he dado a la cárcel mucho, he estado en los sitios peores, en sitios mejores, me han humillado, he hecho de todo... En fin, lo que te decía, te vas y ya vuelvo a mi casa, a dos por tres, a dos metros por tres (vuelve a llorar)” (Recluso 52 años, discapacidad física y mental).

CAPÍTULO 7

Diagnóstico general de las situaciones de necesidad de las personas con discapacidad en Centros Penitenciarios.

En este capítulo se expone una relación de los resultados obtenidos en la investigación abordada. Esta información permite establecer un diagnóstico de las situaciones de necesidad y dificultades de distinto tipo que padecen las personas con discapacidad internadas en Centros Penitenciarios de nuestro ámbito de estudio, Andalucía, Extremadura y Madrid, pero probablemente serán similares en otros Centros Penitenciarios de la Administración General del Estado, dado que comparten la misma estructura organizativa, normativa, presupuestaria y funcional.

1. Factores de vulnerabilidad de los reclusos con discapacidad mental.

1.1. Previos al ingreso en prisión.

- Padecer un Trastorno Mental Grave (*Esquizofrenia en distinto espectro, Trastorno Bipolar y Psicosis*) de larga duración.

- Consumir tóxicos: drogas, pastillas, alcohol. El perfil mayoritario tiene Patología Dual (enfermedad mental y drogadicción).
- Insuficiente atención de los Servicios de Salud Mental, mala adherencia a los tratamientos farmacológicos, inexistencia de prestaciones terapéuticas y carencia de seguimiento de los enfermos.
- Incapacidad de las familias para hacer frente a los síntomas y cuidados que requiere un enfermo mental y desbordamiento ante las conductas disruptivas violentas.
- Denuncias familiares y órdenes de alejamiento como vía de salida a los conflictos y agresiones familiares, también como medio para que el enfermo reciba atención por parte de las Instituciones.
- Familias con bajo estatus socioeconómico, en algunos casos, con más de un hijo afectado por discapacidad y/o drogadicción.
- Problemáticas familiares asociadas a malos tratos y consumo de alcohol en alguno de los progenitores. Alto nivel de desestructuración familiar.
- Bajo nivel de formación, estudios inacabados, analfabetismo.
- Inexistente inserción laboral y, en su caso, en puestos de trabajo precarizados y no cualificados.
- Pensiones por discapacidad de baja cuantía (en torno a los 360 euros).
- Mala asistencia jurídica: se ven perjudicados por las condiciones en las que se realizan las Defensas de Oficio, por las circunstancias limitantes de los Juicios rápidos, por la no consideración de la enfermedad mental como eximente total o parcial, por las enajenaciones inadvertidas.
- Carencia de recursos residenciales, terapéuticos, asistenciales alternativos a la prisión, en casos de imputabilidad o con

eximentes por causa de su discapacidad. Las cárceles como único recurso: los Módulos de Enfermería acaban siendo “el asilo” y mini-psiquiátricos encubiertos.

1.2. Durante el cumplimiento de la condena.

a) Aspectos positivos de la entrada en prisión:

- Reciben tratamiento farmacológico, lo que permite la compensación de los síntomas y la estabilización del enfermo mental.
- Se le aplica un control de la medicación y se le obliga al cumplimiento de unas rutinas de vida que les posibilita una mejoría de su estado de salud, también, física: se asea, come y duerme.
- Para muchos de estos reclusos, procedentes de entornos de exclusión social, la entrada en prisión es su primer contacto con el sistema sanitario: nunca se habían hecho una analítica. Esto permite detectar y tratar muchas otras patologías orgánicas contraídas, generalmente, por el consumo prolongado de tóxicos y de alcohol: colesterol, hepatitis, diabetes, cirrosis, etc.

b) Aspectos negativos de la encarcelación:

- Al menos, hasta la compensación de los síntomas, los reclusos con enfermedad mental son ingresados en el Módulo de Enfermería del Centro Penitenciario. Lo que implica que están mezclados con reclusos de otras patologías y delitos. En algunos Centros, al ser un importante volumen de población, son agrupados en una única ala de dicho Módulo, que puede llegar, según la información disponible, a albergar hasta 40 reclusos con enfermedad mental.
- Pueden tener mucha ansiedad en el Módulo de Enfermería, están más solos en cuanto a la vigilancia. En algunos casos, hay brigadas (celdas) de cuatro o cinco camas, su-

fren amenazas por parte de otros reclusos para que les den por ejemplo, tabaco, tienen que dormir con la tarjeta del peculio o el tabaco encima del pecho por miedo a los robos y, a veces, si por su enfermedad gritan durante la noche, los reclusos de apoyo⁷⁶ les pegan para que se callen y les dejen dormir.

- La carencia de estímulos y tratamientos terapéuticos hace que estos enfermos entren en la fase anhedónica de su enfermedad: un fuerte estado depresivo que les lleva a no querer comer o ducharse, a no hacer nada y que puede desembocar en intentos de suicidio. A mayor tiempo de reclusión, más deterioro.
- A falta de tratamiento terapéutico, en general, se les ultra-medica. Los Médicos de las prisiones son Médicos de atención primaria, no pueden hacer mucho más.
- No hay Psiquiatras ni Psicólogos clínicos, en plantilla, en los Centros Penitenciarios, con la excepción de aquellos Centros que los contratan ellos mismos, pero realizan visitas cada quince días y no tienen posibilidad de atenderlos con terapia (hablamos de prisiones de 1.800 reclusos; prácticamente la mitad, presenta trastornos mentales de algún tipo). En general, van una o dos veces al mes y, en algunos Centros Penitenciarios, el Psiquiatra visita a estos enfermos por amistad con los Médicos de la prisión, por solidaridad y con carácter altruista. Tanto el Psiquiatra, como el Odontólogo trabajan gratis, desde hace años, en uno de los Centros Penitenciarios visitados para el trabajo de campo.

⁷⁶ Según datos del último Informe de Instituciones Penitenciarias, un total de 120 reclusos trabajan como internos de apoyo de los reclusos con trastorno mental. Han realizado un curso de "Auxiliar de Enfermería en Salud Mental y Toxicomanía" de 300 horas. *Vid.*, Informe General de Instituciones Penitenciarias 2015, <http://www.institucionpenitenciaria.es>, p.211.

- La inexistencia de terapias para estos reclusos es uno de los más importantes déficits detectados. Estas personas necesitan mucha atención, ocupación y estímulos.
- La no dotación de personal cualificado para atender a estos enfermos, como necesitan, resta operatividad al Programa Marco de Atención Integral a los Enfermos Mentales en prisión (PAIEM). Se pretende que los Médicos, Enfermeros/as y Psicólogos/as (que no son clínicos, sino jurídico-sociales) que trabajan en prisión se hagan cargo, además de las tareas que tienen asignadas, de la puesta en marcha de actuaciones para este colectivo de personas, pero sin contratación de profesionales especializados (Psiquiatras, Psicólogos Clínicos, Terapeutas Ocupacionales, etc.) para ello. De ahí que se considere que, por ejemplo, cuando una enfermera pone (porque no se les ocurre otra cosa, dado que no son terapeutas) a los enfermos mentales a hacer pajaritas de papel se le llame intervención. No saben qué hacer con ellos, según los profesionales entrevistados, para poder ajustarse al obligado cumplimiento del Programa Marco de Atención Integral a los Enfermos Mentales en prisión (PAIEM) y ocuparse de todas las demás tareas que conllevan sus puestos de trabajo.
- Destacan, en la atención a los reclusos con enfermedad mental, las escasas, pero valiosas intervenciones que les permiten realizar, en virtud del Programa Marco de Atención Integral a los Enfermos Mentales en prisión (PAIEM), a las Entidades del Tercer Sector de la Discapacidad. Entre ellas, hemos conocido las llevadas a cabo por las Entidades Salud Mental España y la Fundación Manantial.
- Merecen un reconocimiento en la atención de estas personas, el personal sanitario, los miembros de la Junta

de Tratamiento de los Centros Penitenciarios, Trabajadores Sociales, Psicólogos/as, Educadores, etc., que hacen su trabajo con pocos medios, pero con una firme ética profesional y un alto grado de humanista implicación personal.

- Los pocos reclusos que estaban siendo atendidos por Psiquiatras antes de entrar en prisión tienen vulnerado el derecho a recibir este tratamiento sanitario especializado externo, porque los tiempos de espera en la organización de la salida a consulta, en ocasiones, supera el año y son dados de baja en su Centro de Salud Mental. Las condiciones en que consiguen tener la consulta no son las convenientes, terapéuticamente hablando; tiene lugar con las esposas puestas y acompañados, también, dentro del despacho, por dos Guardias Civiles.
- La rigidez del funcionamiento de la prisión les provoca estrés, ansiedad y eso les descompensa.
- Son un blanco fácil para ser abusados por parte de los demás reclusos. Un problema detectado es la constante presión que sufren para que “trapicheen” con la medicación.
- Los Funcionarios de Vigilancia no son informados de las discapacidades que padecen estos reclusos y les tratan como a los demás; de ahí que, a veces, el trato no sea el que necesita este perfil de personas. Además, no tienen formación para asociar determinadas conductas disruptivas a síntomas de un determinado trastorno, ni cómo actuar en esas u otras situaciones críticas por brotes. Ellos argumentan, con razón, que han hecho una oposición a Fuerzas de Seguridad, no a un Psiquiátrico.
- Falta de actividades ocupacionales.
- Carencia de intimidad.

- El impacto de los cacheos físicos para estos reclusos, sobre todo, si conllevan desnudez, es alto.
- La soledad afectiva de estos reclusos y, en algunos casos, la inhibición para comunicar a los sanitarios el estado emocional en el que se encuentran, por miedo a la sedación excesiva.
- Las conducciones, los traslados de prisión, la ausencia de medicación durante días en los Módulos de ingresos, los desajustes y cambios de la misma en los nuevos Centros Penitenciarios de destino.
- Muchos de ellos cumplen íntegras sus condenas. Si los miembros de la Junta de Tratamiento consideran que el recluso no tiene suficiente apoyo familiar, o lugar de acogida, como para que se le supervise la toma de la medicación, no se le conceden los permisos de salida que les correspondería. El estigma “enfermedad mental-peligrosidad” juega en contra de los derechos de estos reclusos con discapacidad mental.

1.3. En el proceso de excarcelación.

- Los profesionales entrevistados consideran que el mayor problema de estos reclusos, en su excarcelación, es tener un lugar donde vivir. Si hay apoyo familiar la salida de prisión es más fácil, pero en la mayor parte de los casos los vínculos familiares están muy deteriorados.
- No hay, en general, recursos residenciales ni programas de intervención, de tratamiento y seguimiento para los reclusos con discapacidad mental a su salida de prisión, ni mecanismos de coordinación entre Instituciones Penitenciarias, los Servicios Sociales y los de Salud Mental de las Comunidades Autónomas que se materialicen en recursos para cubrir las necesidades de estas personas. Un caso excepcional, la Fundación

Andaluz para la Integración Social de las Personas con Enfermedad Mental, cuenta con un programa residencial que acoge a exreclusos con enfermedad mental, a reclusos en libertad condicional y aquellos que cumplen con medidas alternativas de seguridad, en pisos supervisados por monitores. El problema es que hay pocas plazas y necesitan tener concedida la prestación por Dependencia. No se permite a los técnicos entrar a valorar en prisión.

- La carencia de alojamiento a la salida de prisión les afecta a niveles tan importantes como que, a pesar de tener receta del Médico de prisiones para adquirir su medicación, se le niegue ésta en la Farmacia, porque no disponen de la Tarjeta Sanitaria: si no tienen una casa dónde vivir, no pueden empadronarse y, por lo tanto, no se les da la Tarjeta Sanitaria, sin ella no pueden conseguir la medicación.
- Las exigencias de cuidados que conlleva un Trastorno Mental Grave requieren no sólo la toma regular y correcta de la medicación, sino un seguimiento terapéutico y psicoeducativo que refuerce constantemente a la persona en las razones por las cuales no debe abandonar el tratamiento, aprender a reconocer los pródromos que preceden a un brote o crisis, manejar los importantes efectos secundarios de los tratamientos farmacológicos, etc. En definitiva, Terapia y Psicoeducación, pero estos tratamientos o prestaciones son muy caros y, en la mayoría de los casos, las familias no pueden costearlos.
- La falta de recursos económicos de las familias para proporcionar atención terapéutica y la carencia de programas de intervención públicos, explican el alto riesgo de recaída que tienen estas personas a su salida de prisión, pues regresan al mismo contexto personal y social en el que se dio la conducta delictiva.

- El miedo a la recaída, al rechazo de la familia y de la sociedad, la obligada confrontación con la vivencia del doble estigma de preso y enfermo mental, la desadaptación social, la pérdida de relaciones sociales, el parón curricular son, entre otros, factores de vulnerabilidad muy fuertes que dificultan su reincorporación social.
- Una de las preocupaciones que más afectan a los reclusos recién excarcelados es que los incapaciten sus familiares, como forma de protección y de control, para evitar el riesgo de reincidencia. Un tema muy serio que, en el caso de estas personas con Trastornos Mentales Graves, a veces, se “resuelve” con una sobre medicación. De ahí que ellos teman, mucho más a la *cárcel química* que a la *cárcel física*.
- La realización de actividades ocupacionales y formativas orientadas a la inserción laboral son una de sus principales necesidades y demandas, una vez que salen de prisión: se aburren, necesitan un proyecto de vida, no dejar pasar la vida sin hacer nada como cuando estaban “en el patio”.
- Estas personas, como en general todos los reclusos, necesitan hacer un *ejercicio de resiliencia*, una reconstrucción de la propia identidad después de la dura y alienante experiencia de prisión: un proceso de recuperación de la propia vida para el que estas personas necesitan mucho apoyo.

2. Problemática de los reclusos con discapacidad intelectual.

- Uno de los problemas más graves que hemos detectado en la población reclusa con discapacidad intelectual es la merma de garantías procesales para el derecho a una Tutela Judicial efectiva. Una indefensión que se manifiesta en:
 - La falta de detección de la discapacidad en el juicio.

- La no consideración de la discapacidad intelectual como eximente total, parcial, o atenuante.
 - La inexistencia de adaptaciones expresivas, visuales o de lectura fácil para que las personas con esta discapacidad comprendan qué está pasando, por ejemplo, de qué se le acusa, qué está firmando o qué pone su sentencia. Algo impensable, si el acusado es sordo o no habla el idioma en el que se le juzga, ya que se les proporcionan traductores de lengua de signos o del tipo que sea necesario.
- Como ocurre con los reclusos con discapacidad mental, muy pocas personas con discapacidad intelectual que ingresan en prisión estaban recibiendo algún tipo de atención por parte, en este caso, de los Servicios Sociales. Personas que tienen dificultades cognitivas desde la infancia y que nadie les ha dicho que eso era una discapacidad. La entrada de estas personas en prisión no deja de ser una consecuencia del fracaso de políticas sociales, educativas y sanitarias previas.
 - La carencia de Centros de Educación Especial con carácter residencial explica que, incluso si la persona con discapacidad intelectual es declarada inimputable, acabe cumpliendo condena en un Centro Penitenciario ordinario o, en el mejor de los casos, tener la posibilidad de ser derivado a uno de los pocos Centros Penitenciarios que tienen un Módulo específico para personas con discapacidad intelectual.
 - Los reclusos con discapacidad intelectual tienen muy difícil desenvolverse en la dinámica de vida de prisión, porque no cuentan con ningún tipo de accesibilidad cognitiva. De ahí su extrema vulnerabilidad:
 - No entienden las instrucciones, ni las normas, por eso no pueden cumplirlas o ni siquiera saben que existen. El que haya colgado un aviso, no garantiza que el recluso con discapacidad entienda que dice.

- Necesitan de la ayuda de otros reclusos para manejarse en prisión, algo que algunos internos utilizan para engañarles, robarles o utilizarles para hacer algo que no deberían.
 - Reciben sanciones al no llevar a cabo determinadas rutinas, porque olvidan que tienen que hacerlas.
 - Tienen conductas disruptivas (nervios, gritos, crisis de ansiedad, descontrol en las contestaciones, etc.) porque los funcionarios se dirigen a ellos como a los reclusos sin discapacidad.
- Se ven perjudicados en sus progresiones de Grado, porque los Psicólogos trabajan con el tratamiento del delito y estos reclusos son tratados con los mismos parámetros que los reclusos sin discapacidad. De tal manera que, les cuesta asumir el delito o arrepentirse, porque no tienen consciencia plena de lo que han hecho o tienen una comprensión del hecho cometido, muy particular, en consonancia con su discapacidad. Por ejemplo, el mantenimiento del mismo mensaje, durante años “es que fulanito no dijo que no”, es interpretado por los Psicólogos como no evolución del recluso. No evolucionan, no salen de permiso. No se les explica o trabaja, adecuadamente, sobre que es No, siguen con la misma concepción del hecho; por lo tanto, se deduce que no hay asunción o arrepentimiento. Estas personas necesitan un tratamiento diferente, porque si no su proceso penitenciario entra en un bucle.
- No son admitidos para realizar determinados programas, como los destinados a agresores sexuales, porque para participar en ellos se exige un determinado cociente intelectual y no todos lo poseen. Sin embargo, no hay programas alternativos adaptados a su discapacidad.
- No pueden tampoco acceder a las actividades formativas de la escuela del Módulo, porque no hay adaptación de contenidos para ellos.

- Se ha producido un retroceso en la atención a los reclusos con discapacidad intelectual en los Centros Penitenciarios de Andalucía, ya que la Junta de Andalucía no ha firmado el convenio que permitía a las Entidades pertenecientes a Plena Inclusión seguir ocupándose de las necesidades de esta población reclusa, como venía haciendo con gran implicación y buen saber hacer profesional, desde hacía más de una década.
- También se ven limitados los reclusos con discapacidad intelectual en el disfrute de beneficios penitenciarios, como los permisos de salida. Los frenos que la Junta de Tratamiento puede encontrar para su concesión son, entre otros, los siguientes: dificultad para encontrar un lugar de acogida, miedo ante una conducta que parece extraña porque se desconoce que es la discapacidad intelectual, hay una incomprensión de la concepción que estas personas tienen sobre la sexualidad (no hay intervenciones específicas o adaptadas a su nivel de desarrollo intelectual) y temor a la reincidencia, etc. Variables que hacen que estos reclusos tengan, como en el caso de los reclusos con discapacidad mental, muchas probabilidades de cumplir íntegras sus condenas.
- Necesidad constante de acompañamiento psicológico y de adaptación cognitiva de la información dentro de prisión, pero también posteriormente en su proceso de reincorporación social.

3. Necesidades y condiciones sufridas padecidas por los reclusos con discapacidad física, sensorial y orgánica.

Salvo elementos puntuales, las instalaciones de los Centros Penitenciarios ni siquiera los de reciente construcción, están adaptadas para personas con discapacidad. Indicamos las carencias detectadas y sus consecuencias para las personas con distintas discapacidades.

3.1. Reclusos con discapacidad física:

- El tamaño de las celdas es muy reducido (dos metros por tres), están diseñadas para una sola persona, pero la mayoría de ellas están ocupadas por dos y tienen literas. Lo que hace que sea muy difícil para una persona con movilidad reducida o en silla de ruedas poder acceder a la segunda litera o entrar con la silla en la celda, esto les impide cumplir el tiempo de condena en un módulo ordinario.
- Las duchas de los baños comunes no están adaptadas con suelos antideslizantes o asas para agarrarse. Tampoco disponen de inodoros adaptados, ni en los aseos comunes ni en determinadas celdas que pudieran reservarse, si existieran, para estos casos.
- La carencia de accesibilidad hace que las personas con movilidad reducida, que utilizan muletas o vayan en silla de ruedas, deban estar en los Módulos de Enfermería, únicos que cuentan (en la mayoría de los Centros) con ascensor de acceso a las celdas, las puertas de las celdas son más anchas para que pueda caber una silla de ruedas y los baños están dentro de las celdas; aunque se han indicado déficits de adaptación, como inexistencia de asas para agarrarse o banqueta para sentarse si la persona no puede estar en pie.
- Entre las consecuencias negativas que tiene estar en el Módulo de Enfermería, destacan las siguientes:
 - Todos los reclusos están “mezclados” independientemente de la discapacidad, patología o el delito cometido.
 - Inexistencia de las actividades que hay en los Módulos Ordinarios, brigadas o celdas colectivas, menos control de los reclusos porque están más solos, pueden sufrir por parte de otros internos, robos, agresiones, etc.
 - No hay timbre al lado de las camas, que permita a los re-

clusos con dificultades de movilidad o con enfermedad común encamados, llamar si necesitan algo y no pueden levantarse.

- Al no haber las adaptaciones necesarias en los baños, ni siquiera en los de Enfermería, como suelos antideslizantes (según la experiencia de las personas entrevistadas), asas para agarrarse, banquetas para sentarse mientras la persona se asea si no puede estar de pie, los reclusos con discapacidad física tienen que ser ayudados por otros. Hemos conocido distintas situaciones en este aspecto: mientras la persona se apoya con las manos en la pared del baño, otros reclusos les “riegan” con una manguera o les enjabonan o tienen que apoyarse en otros para enjabonarse ellos mismos. Esta dependencia no solo vulnera su derecho a la intimidad, a la autonomía personal, sino que les genera, sentimientos de pudor, impotencia y vulnerabilidad.
- Están vigentes todavía, entre los reclusos comunes, unos estereotipos, mayoritariamente superados en la sociedad actual, que reflejan una mentalidad peyorativa hacia los discapacitados, que incita un trato arcaico, vejatorio, humillante y que, muchos discapacitados, viven como maltrato psicológico. Hemos expuesto esta cuestión a partir de la experiencia narrada por un exrecluso con muletas por poliomielitis en ambas piernas y que necesitaba ayuda para ducharse, los sentimientos al verse desnudo ante varias personas y oír las descalificaciones que le proferían los reclusos de apoyo le hicieron pasarlo muy mal.
- Malos tratos físicos, por parte de los reclusos de apoyo, a los discapacitados impedidos en el Módulo de Enfermería: pegarles, robarles la comida, quemarles con cigarrillos, no cambiarles el pañal durante horas, no lavarles, lavarles con una manguera encima de una camilla, no moverles

para evitar llagas y no curar adecuadamente éstas, convertidas en “agujeros”, cambiarles la sonda tirando de ella y arrancándosela en el caso de reclusos con delitos de homicidios que no están bien considerados por los demás reclusos y están impedidos, etc.

- Al no haber personal específico que realice las tareas correspondientes a los auxiliares de clínica (los hay, pero no se quedan con ellos en el Módulo, salvo la atención en consulta, en su caso) ni acompañamiento dentro del Módulo en las celdas por Enfermeros o Médicos (recordar que no es un hospital, sino que solo se realizan prestaciones propias de la atención primaria), los reclusos enfermos o con discapacidad reciben cuidados tales como, lavarles, cambiarles sondas, pañales, bolsas, vendas, incluso poner inyecciones, cambiarles la cama, etc., por parte de reclusos comunes, llamados internos de apoyo, a los que se les forma con un curso tipo primeros auxilios. Los motivos por los cuales realizan estas tareas no son, en general, altruistas, sino que reciben beneficios penitenciarios por ellas.
- También hay solidaridad entre algunos reclusos que ayudan a otros compañeros, por ejemplo, en esos casos en los que por esclerosis, o por llevar muletas, la persona con discapacidad no puede ni portar la bandeja con la comida en el comedor o necesita que alguien le lleve la comida a la boca. Nos han narrado todo tipo de situaciones sobre la buena o no tan buena mano, que los reclusos de apoyo echan a los que tienen discapacidades.
- El acceso a todas las zonas comunes de los Módulos, incluidos los aseos, se realiza por escaleras lo que supone un enorme esfuerzo físico para reclusos con muletas. Estos reclusos necesitan de otros reclusos para cuestiones tan básicas, como

ir a ducharse (no pueden subir portando a la vez la bolsa de aseo, la ropa y manejar, por ejemplo, unas muletas).

- La ausencia de ascensores afecta también:
 - Al ejercicio del derecho a las comunicaciones en la visita de los familiares, no hay ascensores de acceso a los locutorios, ni a la zona de las comunicaciones íntimas. Por lo que el recluso con dificultades de movilidad, en silla de ruedas, tenga que contar con la ayuda de dos reclusos que les porten y suban.
 - Y a la participación en los cursos y talleres de formación también les están restringidos, porque se imparten en una zona a la que solo se accede por escaleras.
- La combinación entre las necesidades que tienen los reclusos derivadas de su discapacidad, junto a la pobreza económica que padecen, hace que algunos de estos reclusos vivan situaciones dolientes por el mero hecho de no tener dinero, para poder comprar unas zapatillas nuevas a las que adaptar un alza.

3.2. Reclusos con discapacidad sensorial:

- No hay adaptaciones en las instalaciones para los discapacitados sensoriales.
- En el caso de las personas con discapacidad visual, se ha detectado la problemática siguiente:
 - Imposibilidad de moverse solos por el Centro Penitenciario.
 - La ausencia de ascensor también afecta a los discapacitados visuales graves que, en el mejor de los casos y con muchas dificultades, pueden llegar a las zonas comunes por la escalera, agarrándose a la barandilla.
 - Dificultad de acceso a las comunicaciones sin ayuda, no hay teléfonos en braille.

- No hay tampoco ninguna señalización en braille en los pasillos para poder orientarse, diferenciar estancias, localizar su celda, etc.
 - Las personas con discapacidad visual están muy indefensas en un ambiente hostil y difícil para cualquiera. Por ejemplo, las salidas al patio pueden ser peligrosas, porque no están en las condiciones que se requieren para prever agresiones o desenvolverse en conflictos que puedan surgir en un Centro Penitenciario.
 - La ausencia de apoyos específicos, de carencia de recursos didácticos o lúdicos, de materiales adaptados, etc., hace que los reclusos con problemas de visión no puedan ni escribir a sus familiares sin ayuda de otros, leer o estudiar.
 - La articulación entre seguridad y necesidad del recluso hace, a veces, difícil que se le proporcione al recluso una lupa auxiliar.
 - También tienen limitaciones estas personas de cara a realizar ocupaciones productivas dentro de la prisión que les permitan ganar algo de dinero, cotizar en la Seguridad Social o, simplemente, entretenerse.
 - La carencia de recursos y el elevado coste de determinadas gafas hace que hayamos constatado la imposibilidad de cambiar gafas rotas en el caso de un recluso con discapacidad visual grave entrevistado. No reciben ninguna ayuda social para esta necesidad.
 - Intensa dependencia de los reclusos de apoyo en todos los aspectos de la dinámica de vida en prisión: movilidad, comunicaciones, gestiones, acceso a la comida, etc.
- En el caso de las personas con discapacidad auditiva, necesitan que otros presos le avisen para los recuentos, porque no pueden oír las sirenas. No hay ninguna adaptación luminosa

o visual alternativas, que permita esta información, u otra que pudieran necesitar como apoyo.

3.3. Reclusos con discapacidad orgánica:

- Determinadas condiciones de las instalaciones, sobre todo en las cárceles antiguas, afectan a las personas con determinadas discapacidades orgánicas que ven agravarse, por la existencia de humedad en las celdas o por exceso de calor en verano.
- La alimentación ha sido mencionada, por los reclusos y exreclusos con discapacidades orgánicas entrevistados, como causa del empeoramiento de sus enfermedades de hígado, diabetes, sistema inmune o de su dentadura.
- La atención sanitaria recibida es valorada, en general, positivamente por los reclusos. En el caso de los reclusos que padecen alguna discapacidad orgánica que requiere determinada atención especializada externa, ésta se ve afectada, según los reclusos y exreclusos entrevistados, por las dificultades de la organización de las salidas.
- La Telemedicina está siendo, en algunos Centros Penitenciarios, un buen soporte para recibir atención especializada externa, sobre todo, de Traumatología y Dermatología. Sin embargo, la situación es variable según los Centros Penitenciarios que hemos visitado, en algunos funciona sin problemas, en otros no funciona y no se utiliza.
- La existencia de dos Sistemas de Sanidad, la Penitenciaria por un lado y la de las Comunidades Autónomas por otro, genera según el personal sanitario de prisiones:
 - Problemas de gestión y coordinación en la asistencia a los reclusos.
 - Y, además, segrega como colectivo a los sanitarios de prisiones, cuyos derechos, salarios y posibilidades de promoción están en peores condiciones que las de los Médicos

o Enfermeros/ras integrados en el Sistema de Salud de la Comunidad Autónoma correspondiente. Una petición, por parte de estos profesionales, sería su trasferecia, como ya se hizo con los maestros de prisiones, a las Comunidades Autónomas en las que se encuentran los Centros Penitenciarios en los que trabajan.

- Mencionar, en último lugar, la presencia de importantes trastornos emocionales (tristeza, ansiedad, cuadros depresivos profundos) en todos los reclusos con discapacidad física, sensorial y orgánica entrevistados. Posibles hipótesis explicativas para este nivel diferencial, en el peor estado emocional y afectivo encontrado en estos reclusos, podrían ser (a falta de comparativa con los reclusos sin discapacidad) las siguientes:
 - No tienen los tratamientos farmacológicos que, en el caso de los discapacitados mentales contribuyen no sólo a controlar la sintomatología de su enfermedad sino que, indirectamente, amortiguan el impacto de la vida en prisión.
 - No tienen los probables “mecanismos de evasión” (juegos, entretenimientos de carácter infantil, ensoñaciones, particular nivel de consciencia, etc.) de los discapacitados intelectuales o del desarrollo cognitivo.
 - Tienen que asumir las condiciones limitantes de la prisión que vive todo recluso (espacios reducidos, poca iluminación, pasillos de colores chillones sin horizonte visual, nula intimidad, condicionado control del propio cuerpo, restringido acceso a las comunicaciones, escasa autonomía personal, limitada capacidad de respuesta, nula adaptabilidad, etc.) con la desventaja que conllevan sus discapacidades para afrontarlas y experimentándolas con plena lucidez mental.

CONCLUSIONES

La magnitud de la problemática que tienen las personas con discapacidad sometidas a régimen penitenciario es compleja. Requiere, sobre todo en el caso de los reclusos con discapacidad psíquica e intelectual, un abordaje múltiple que va más allá de las funciones de una prisión. Un Centro Penitenciario no es, según los resultados obtenidos en la investigación que presentamos en este libro, el lugar apropiado para estas personas, ni para otras con diverso tipo de discapacidad.

Los reclusos con enfermedad mental que ingresan en prisión parten de unas condiciones de vulnerabilidad personal, familiar y social previas que, en sí mismas, son factores de riesgo. Hemos comprobado que la mayoría de ellos, padecen Patología Dual, es decir, tienen enfermedad mental y consumo de tóxicos. En el caso de la población reclusa entrevistada, las enfermedades prevalentes son Esquizofrenia, Trastorno Bipolar y Psicosis, esto es, Trastornos Mentales Graves que padecen desde la adolescencia. Una de las características de estos enfermos, es que la mayo-

ría de ellos no estaba recibiendo atención suficiente por parte de los Servicios de Salud Mental, o no tenían asunción o adherencia al tratamiento antes de su conducta delictiva. Las enfermedades mentales necesitan tratamiento terapéutico y seguimiento constante en la toma de la medicación. Ello supone, por un lado, inversión económica (las terapias son muy caras) y cuidadores. Los reclusos con discapacidad mental entrevistados pertenecen a familias con escasos recursos económicos y bajos niveles de formación, por lo que, muchas veces, los familiares no tienen capacidad para hacer frente a las necesidades que tiene una persona con enfermedad mental grave y se ven desbordados ante sus comportamientos o sintomatología. Las primeras carencias que hemos detectado, antes de la entrada en prisión, son el déficit en la atención a la salud mental de estos enfermos, la falta de apoyo a la familia de los mismos y la inexistencia de recursos de acogida para ser atendidos adecuadamente. De ahí que cuando muchas familias se ven sobre pasadas porque sus maridos, padres o hijos, comienzan por ejemplo a agredirles, no encuentren otra solución que denunciarles, para conseguir que esa persona sea tratada. Es, en situaciones como ésta, cuando se produce el primer encuentro del enfermo mental con la justicia. En otros casos, la llegada al proceso judicial penitenciario se produce por robos para sufragar el consumo de drogas o por otras conductas disruptivas. Al ser considerados delitos menores, la mayoría de estas personas son juzgadas mediante los denominados “juicios rápidos”, un sistema que les perjudica porque, como ocurre con los discapacitados intelectuales, su discapacidad puede pasar inadvertida y ser juzgados como personas “normales”. También puede darse la circunstancia de que sean considerados inimputables por causa de su enfermedad, pero tengan que cumplir una medida privativa de libertad; aun con esta consideración (o con eximentes parciales) acaban cumpliendo esta medida en un Centro Penitenciario ordinario, porque no hay Centros de Tratamiento o Educativos es-

peciales en los que puedan ser ingresados. Por lo tanto, una intervención prioritaria debería ser: la apertura de Centros de Acogida y Tratamiento de carácter cerrado o semiabierto, donde estas personas puedan ser atendidas y, paralelamente, apoyo económico y asistencial para las familias.

Los Módulos de Enfermería de los Centros Penitenciarios se han convertido en los nuevos Asilos del siglo XXI, *mini-psiquiátricos encubiertos* donde van a ir a parar los enfermos mentales que tienen conductas disruptivas y cometen delitos, en la mayoría de los casos, en periodos de brotes o crisis de enfermedades no adecuadamente tratadas. De ahí que cuando estas personas ingresan en prisión, llegan muy descompensadas y son atendidas, a veces, por primera vez de sus patologías. Este es el aspecto positivo de su entrada en prisión, se les mide, se duchan, comen, duermen y se estabilizan. Pero, la cárcel no es un Hospital Psiquiátrico y no cuenta con los medios y recursos que estas personas requieren. Los reclusos con enfermedad mental en prisión, no reciben la asistencia terapéutica necesaria, ni las intervenciones (psicoeducación y actividades ocupacionales) que precisan para: aprender a manejar los síntomas de su enfermedad, no caer en las fases negativas de la misma y sobre llevar la vida en un entorno rígido, estresante y hostil como es el penitenciario. En este aspecto, la principal actuación debería ser la contratación de profesionales especializados para atender a estos enfermos. Al menos, Psiquiatras, Psicólogos Clínicos y Terapeutas Ocupacionales y, por lo tanto, la puesta en marcha de actuaciones terapéuticas, formativas y ocupacionales específicas. Ha sido expuesta esta importante carencia en el segundo capítulo de esta obra; en la mayoría de los Centros Penitenciarios, no hay profesionales en plantilla con esta cualificación. Se pretende que el mismo personal sanitario del Centro Penitenciario realice (sumada a sus tareas ordinarias) esta atención establecida en el Programa de Atención Integral a los Enfermos Mentales en prisión. Las pocas activida-

des que hay las realizan, en general, los profesionales del Tercer Sector de la Discapacidad con escasos recursos y precarias condiciones contractuales.

Otra de las conclusiones a las que se ha llegado en el diagnóstico establecido, es que los reclusos con enfermedad mental son muy vulnerables en relación al trato que reciben de los funcionarios y también de los propios reclusos. Los Funcionarios de Vigilancia no tienen información sobre si los reclusos tienen o no discapacidad, no comprenden, en un momento dado, determinadas reacciones, desconocen los síntomas de la enfermedad mental, no saben cómo hacerles frente y, a veces, necesitan recurrir a la fuerza física para controlarles, acabando amarrados en una cama hasta que se les pasa el brote. De ahí que, sería conveniente informar y formar a los funcionarios sobre las características de determinados perfiles de reclusos con discapacidad para que puedan saber cómo tratarlos o actuar. Si no se invierte en crear Centros específicos donde acoger a estos enfermos, habrá que destinar recursos para formar al personal de los Centros Penitenciarios o ampliar la plantilla con profesionales cualificados. Por otra parte, los reclusos con enfermedad mental en prisión hemos visto que son un blanco fácil para el abuso por parte de otros reclusos, que les presionan para poder obtener su medicación. Los reclusos con discapacidad mental deben estar suficientemente protegidos en este aspecto. Nos consta que, desde los Centros Penitenciarios, se vela en todo lo posible para que así sea.

Respecto al proceso de reincorporación social de estos reclusos, todos los funcionarios y profesionales entrevistados nos han comentado que el mayor problema que enfrentan es: encontrarles un lugar donde vivir. Muchos de estos reclusos pertenecen a familias desestructuradas, o han perdido el vínculo con sus familiares; en definitiva, por distintos motivos recogidos en el epígrafe titulado “Principales factores de vulnerabilidad en la excarcelación” del segundo capítulo, se encuentran solos y con pensiones de escasa

cuantía que no les permiten pagar un alquiler y mantenerse por sí mismos. Por otra parte, necesitan un control o seguimiento de sus tratamientos, porque si no los abandonan. El problema de la carencia de vivienda no solo les afecta en la excarcelación, sino en el disfrute de los beneficios penitenciarios: la mayor parte de estas personas cuando salen de prisión, lo hacen habiendo cumplido íntegras sus condenas. Cómo están solos y no tienen donde vivir, el equipo de tratamiento no concede los permisos. Eso sí, cuando la condena termina, toda esa situación carencial no importa y son puestos en la calle. Es necesario establecer un Protocolo de atención coordinado entre Instituciones Penitenciarias, los Servicios Sociales y de Salud Mental Comunitaria para preparar la salida de las personas que no tienen apoyo familiar o donde vivir y proporcionar los recursos residenciales y de tratamiento que estos enfermos necesitan. La inexistencia, con carácter general, de estas actuaciones y suficientes recursos, explica la alta probabilidad de reincidencia, pues la persona dejará de tomar la medicación, se descompensará y volverá a tener trastornos de conducta disruptivos, y/o delictivos, que le lleven nuevamente a prisión.

Por otro lado, estas personas necesitan integrarse social y laboralmente, para no seguir “dejando pasar la vida”. Todos los reclusos con enfermedad mental entrevistados tanto en prisión, como en libertad condicional o con medidas alternativas de seguridad, e incluso los exreclusos/sa entrevistados, nos han comentado la necesidad de ocuparse en algo que les permita tener un proyecto de vida y estar activos. De ahí la importancia de la realización de programas formativos y ocupacionales orientados a la inserción laboral de estas personas. Hemos visto que la mayoría cobran pensiones mínimas, pero ni estas prestaciones son suficientes para cubrir con plena autonomía sus necesidades económicas, ni sólo eso basta para llenar los espacios existenciales que tiene un ser humano.

Respecto a las situaciones de necesidad y vulnerabilidad de las personas con discapacidad intelectual en prisión hemos de-

tectado, en primer lugar, una problemática previa a la entrada en prisión, similar a la de los reclusos con discapacidad mental. Nos referimos a que durante el juicio, no se haya tenido en cuenta la discapacidad como eximente, o no sea advertida en el juicio (se camufla con otros estados emocionales, con consumo de drogas, no se presenta por parte del abogado el certificado de discapacidad, nunca ha sido diagnosticada, etc.) o que sean considerados inimputables, pero no haya recursos alternativos a la prisión donde cumplir la medida privativa de libertad o una medida alternativa de seguridad. No hay Centros de Acogida o Educativos especiales donde llevar a estas personas.

Sin embargo, un problema diferencial, con respecto a las personas con problemas de salud mental, que afecta seriamente a las personas con discapacidad intelectual durante el proceso penal penitenciario, es el menoscabo de las garantías procesales. Los profesionales entrevistados nos han explicado que estas personas no reciben ningún soporte, ayuda, o adaptación cognitiva que les permita entender lo que está pasando, de qué se les acusa o qué acuerdo están firmando. De la misma manera que es impensable que a una persona sorda sometida a juicio, no se le ponga un especialista en lengua de signos, para que le traduzca lo que se está diciendo; es un hecho grave, que no se adapte cognitivamente la información del proceso penal para que las personas con discapacidad intelectual comprendan lo que está ocurriendo.

El mismo problema se da dentro de la prisión, que no hay accesibilidad cognitiva y el recluso con discapacidad intelectual está, no solo indefenso, sino que no tiene capacidad para cumplir los requerimientos de sistema normativo de la prisión, lo que le genera, como hemos analizado en el capítulo tercero, muchos inconvenientes. Por lo tanto, la primera intervención debería ser la puesta en marcha de un programa de accesibilidad cognitiva a la información, durante el proceso penal penitenciario y dentro de prisión. Las actuaciones deben incluir: apoyo comunicativo en todas las fases del proceso judi-

cial, traducción a lectura fácil de las sentencias, información dentro del Centro Penitenciario en forma visual (pictogramas, ilustraciones, etc.) y expresiva adaptadas. Este trabajo, en algunos aspectos, ya lo está realizando Plena Inclusión pero con recursos muy limitados, sólo en determinados Centros Penitenciarios y no en el nivel de desarrollo que sería necesario hacer⁷⁷. De ahí que consideramos importante que éstas y otras intervenciones reciban un mayor apoyo, mejor dotación de recursos y se reestablezcan en aquellos Centros Penitenciarios que han dejado de contar con la colaboración de estas Entidades por ausencia de un convenio de financiación.

El desconocimiento de los funcionarios de qué es la discapacidad intelectual o que determinado recluso padece una discapacidad intelectual es, a veces, la causa del trato inadecuado que pueden recibir estos reclusos. Los funcionarios se relacionan con ellos siguiendo las mismas pautas que con los demás, lo que provoca, por parte de los reclusos con discapacidad intelectual, conductas susceptibles de sanción (se ponen nerviosos, gritan, se rebelan, etc.). Es necesario, como ocurre en el caso de los reclusos con discapacidad psíquica, informar a los funcionarios de la discapacidad que padecen estos reclusos y proporcionarles pautas para tratar con personas que, al tener afectado su desarrollo cognitivo, se encuentran en situación de vulnerabilidad y desprotección.

La información proporcionada por el trabajo de campo realizado, también nos indica que estos reclusos con discapacidad intelectual están en condiciones de desventaja y discriminación frente a otros

⁷⁷ La labor de los profesionales de Plena Inclusión, no se limita a las intervenciones técnicas en Centros Penitenciarios, sino que sus materiales editados son un referente para todos los interesados en la cuestión. En este sentido, destacan las siguientes obras: *La prisión paso a paso. Guía para reclusos con discapacidad intelectual*, Ed. Confederación Española de Organizaciones en Favor de las Personas con Discapacidad Intelectual (FEAPS), Madrid, 2009. VV.AA., *Guía de Intervención para personas con discapacidad intelectual afectadas por el régimen penal penitenciario*, Ed. Confederación Española de Organizaciones en Favor de las Personas con Discapacidad Intelectual (FEAPS), Madrid, 2011. Torcuato Recover e Inés de Araoz (coords.), *Las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo ante el proceso penal. Análisis sobre la intervención de la persona con discapacidad intelectual o del desarrollo en el proceso penal y el cumplimiento de condenas y medidas de privación de libertad derivadas de éste*, Ed. FEAPS, Madrid, 2014.

reclusos en diferentes aspectos. Por un lado, se les aplica el mismo criterio de tratamiento del delito que al resto de los internos, sin realizar un trabajo previo con ellos que les permita comprender lo que han hecho. Eso conlleva que los Psicólogos de prisiones no puedan, a menudo, valorar positivamente una progresión de grado, o la concesión de un permiso penitenciario, al no ver evolución en la postura mantenida por el recluso con discapacidad intelectual sobre el delito cometido. Por otro, no pueden participar en los programas de agresores sexuales, porque no tienen un cociente intelectual mínimo de 90, lo que también repercute no sólo en el no aprovechamiento de los recursos de intervención existentes, sino que no les cuenta positivamente para optar a los beneficios penitenciarios. Igualmente, se ven perjudicados en el acceso a la formación impartida en la escuela del Módulo, porque los contenidos no están adaptados. No hay recursos alternativos y la concepción de los criterios para la concesión de beneficios y permisos, son inalcanzables para ellos por su discapacidad intelectual.

En suma, están discriminados y sus condiciones dentro de prisión son desventajosas. Las intervenciones a realizar, en este aspecto, deberían ir orientadas a garantizar el disfrute de prestaciones que otros reclusos sí tienen. Entre ellas, un tratamiento del delito específico a su tipo de discapacidad intelectual, programas de tratamiento sobre conducta sexual accesibles, adaptación de los contenidos formativos de la escuela de los Centros Penitenciarios a los reclusos con discapacidad intelectual, etc. También se ha detectado en el análisis, la necesidad de profesionales que ofrezcan acompañamiento psicológico y educativo, tanto dentro como fuera de prisión. Dentro, esencialmente, para hacer accesible cognitivamente la información, para mediar ante situaciones producidas por el desconocimiento de la discapacidad y la falta de sensibilización de los funcionarios, para proteger a los reclusos con discapacidad intelectual de los posibles abusos que se dan por parte de otros reclusos. Fuera del Centro Penitenciario, es

necesario prepararles para que la reincorporación social sea lo menos traumática posible después de su paso por prisión; además, el acompañamiento/seguimiento de estos exreclusos, puede ayudar a prevenir variables del contexto personal, familiar y social que podrían provocar la reincidencia.

Hemos abordado en los capítulos cuarto, quinto y sexto las condiciones en las que cumplen condena los reclusos con discapacidad física, sensorial y orgánica, respectivamente. De la misma forma que las cárceles no se han concebido como Instituciones Terapéuticas y Educativas, tampoco se han diseñado con criterios de adaptabilidad para reclusos con diverso tipo de discapacidades, ni siquiera las cárceles españolas de reciente construcción. Las pocas adaptaciones existentes se dan en el Módulo de Enfermería y consisten en un ascensor, las puertas de las celdas más anchas para que pueda entrar una persona en silla de ruedas o plato de ducha sin escalón. No hay inodoros adaptados, ni asas en las duchas, o asientos para que los reclusos que no pueden estar de pie puedan asearse por sí mismos. Estas carencias hacen que dependan de otros reclusos que, según la información proporcionada en el trabajo de campo, a veces, dan un trato vejatorio y humillante a los reclusos con discapacidad física que asisten.

Pervive una concepción caduca y peyorativa de la discapacidad entre los reclusos comunes. La información obtenida en las entrevistas nos ha permitido visibilizar la vulnerabilidad de los reclusos con discapacidad física y sensorial. No sólo son objeto de calificativos despectivos, sino que reciben malos tratos por parte de los demás reclusos: golpes, quemaduras con cigarrillo, robo de comida, etc. Los reclusos discapacitados dependientes, impedidos o enfermos son atendidos por reclusos comunes, los denominados apoyos, que reciben un curso para aprender a lavarles, cambiarles la sonda, ponerles inyecciones, etc. La manera en que algunos de estos reclusos realizan esta atención, que correspondería a Auxiliares de Clínica cualificados, lleva a situaciones como: reclusos

discapacitados con heridas y llagas por no ser movidos o curados adecuadamente, sondas que son arrancadas de cualquier manera, tortazos si el recluso se queja, pañales que no se cambian, etc. No nos extendemos en estas variables que han sido analizadas, pero deben tomarse medidas al respecto. Las intervenciones prioritarias que deben hacerse en relación a los reclusos discapacitados físicos, o dependientes, es que sean atendidos en todo lo posible por Auxiliares de Clínica cualificados. Por otra parte, los reclusos de apoyo que se encargan de ayudar, en el aseo, la comida o la ropa, a los reclusos que no pueden cubrir por sí mismos estas necesidades (en silla de ruedas, con esclerosis, encamados, etc.) deben estar más intensamente supervisados por los funcionarios y el personal sanitario del Módulo de Enfermería, para que los reclusos dependientes no vivan las situaciones sufrientes detectadas.

Un problema que afecta a todos los reclusos discapacitados físicos y sensoriales, que tienen que estar en el Módulo de Enfermería por inexistencia de adaptaciones, es que conviven (también los reclusos con discapacidad psíquica como hemos explicado) con reclusos, independientemente, de las patologías que tengan o los delitos cometidos. Por ello, una actuación básica sería: que en todos los Centros Penitenciarios hubiera algunas celdas adaptadas para personas con movilidad reducida -y otras discapacidades como las sensoriales- en Módulos ordinarios. Instalación de ascensores, también con adaptaciones en braille, de uso restringido (mediante código personal) para los reclusos con discapacidad y el personal de prisiones. Los reclusos con discapacidad física (por ejemplo, en silla de ruedas, con muletas) que no pueden subir escaleras, no pueden acceder a las comunicaciones en los locutorios, a los vis a vis o a los cursos de formación, porque se realizan en zonas donde no hay ascensor, salvo que otros reclusos les suban. Somos conscientes de los problemas de seguridad que pueden conllevar los ascensores, de ahí las limitaciones de uso. O bien, como alternativa, un cambio de ubicación de las zonas en las

que se realizan las actividades formativas y las comunicaciones. Las celdas específicas para reclusos con discapacidad, en Módulos Ordinarios, deberían tener: rampa de acceso al Módulo, ducha adaptada dentro de la celda e inodoro también con adaptaciones, cama y no litera, señal luminosa para que los reclusos sordos pudieran “oír” las sirenas para los recuentos y otros avisos, indicaciones en braille para que los reclusos ciegos pudieran moverse por el Módulo e identificar su celda, sin depender de otros reclusos. Entre otras adaptaciones necesarias para los reclusos con discapacidad física y sensorial que se encuentran en el Módulo de Enfermería estarían: duchas con asas y asiento, inodoros adaptados, timbre en la cabecera de la cama para poder pedir ayuda, etc.

Los reclusos con discapacidad visual grave que hemos entrevistado también nos han subrayado carencias que pueden cubrirse, sin excesivo coste económico, para facilitar sus vidas en prisión, la mayor parte de ellas referidas a soportes y recursos visuales: gafas-lupa, recursos didácticos adaptados, audiolibros, etc. La falta de estos soportes adaptados les impiden acceder a la formación, a talleres ocupacionales, a trabajos dentro de prisión, tener independencia para escribir cartas a sus familiares, o poder entretenerse viendo la televisión. Mencionar también que las instalaciones envejecidas de algunas prisiones agravan el estado de salud de algunos reclusos con discapacidad orgánica, así como una alimentación no ajustada, en general, a sus patologías.

En este último apartado de conclusiones, hemos recogido de manera sintética cual es la problemática que viven los reclusos con discapacidad y los aspectos en los que se ven afectados, según la discapacidad que padecen.

Demandar a los Centros Penitenciarios que sean edificaciones ergonómicas y ámbitos de carácter sanitario, psiquiátrico, educativo y laboral, para atender todas las necesidades que los reclusos con discapacidad presentan, supone un reenfoque de la, en sí, ambiciosa función rehabilitadora y de reinserción social, asignada

constitucionalmente a la Institución Penitenciaria, pero difícilmente realizable con la escasez de medios que tiene. Los Centros Penitenciarios no pueden ocuparse de todo aquello en lo que han fallado las políticas sanitarias, sociales y educativas previas, sobre todo cuando no se les dota de los recursos económicos y humanos precisos para ello. Muchas de las situaciones de necesidad que viven los reclusos con discapacidad revisten la naturaleza de derechos sociales básicos; no pueden dejar de abordarse, pero implican niveles de responsabilidad que van más allá de los muros de una prisión. Son necesarias políticas preventivas de atención a las personas con enfermedad mental e intelectual que eviten su ingreso en un Centro Penitenciario y, si llegara el caso, ser derivados a pisos tutelados u otros recursos residenciales donde puedan recibir el apoyo terapéutico y educativo que requieren. Los reclusos altamente dependientes, como los enfermos de esclerosis, parálisis, ceguera, ancianos con demencia senil, etc., deberían ser internados en residencias en las que puedan recibir tratamientos adecuados.

Si las Instituciones Políticas y la Administración Pública no arbitran opciones a la cárcel, para las personas con discapacidad que han cometido un delito, deben crearse espacios adaptados, dentro de la misma, para reclusos con necesidades especiales y que sean atendidos por personal cualificado contratado ex profeso para ello. O bien, seguir una política social similar a la inspiró la implantación de los Centros de Inserción Social y erigir Centros específicos para que las personas con discapacidad puedan cumplir las medidas privativas de libertad impuestas, en las condiciones que hacen falta y que un Centro Penitenciario, por mejor voluntad y actitud de servicio que pongan sus funcionarios, no puede proporcionar.

BIBLIOGRAFÍA

- Arroyo Cobo, J.M., “Estrategias asistenciales de los problemas de salud mental en el medio penitenciario, el caso español en el contexto europeo” en Revista Española Cabrera, P., “Cárcel y exclusión” en Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, MTAS, Madrid, nº 35, 2002.
- Arroyo Cobo, J.M., (coord.), *Atención primaria de la patología psiquiátrica dual en prisión*, Grupo de Trabajo sobre Salud Mental en prisión (GSMP), Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP) y Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), 2006, www.sesp.es.
- Bartolomé Sanz, M^a. J., y Roca Poveda, M., *Intervención penitenciaria con discapacitados intelectuales. El Módulo de discapacitados del Centro Penitenciario de Segovia*, Ministerio del Interior, Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2009.
- Cabrera, P., “Exclusión Social y Prisión: algunas propuestas para combatirla” en César Manzanos (coord.), *Políticas Sociales para abolir la prisión*, Ed. IKUSBIDE, Vitoria-Gasteiz, 2011.
- Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI), *Derechos humanos y discapacidad. Informe España 2010*, www.cermi.es.

- Confederación Española de Organizaciones en Favor de las Personas con Discapacidad Intelectual (FEAPS), *La prisión paso a paso. Guía para reclusos con discapacidad intelectual*, Ed. Confederación Española de Organizaciones en Favor de las Personas con Discapacidad Intelectual (FEAPS), Madrid, 2009.
- De Diego Arias, J.L., *El derecho a la intimidad de las personas reclusas*, Ed. Ministerio del Interior, Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, Madrid, 2016.
- Del Val Cid, C., “Encierro y derecho a la salud” en Consuelo del Val Cid y Antonio Viedma Rojas (eds.), *Condenadas a la desigualdad. Sistema de indicadores de discriminación penitenciaria*, Ed. Icaria, Barcelona, 2012.
- Defensor del Pueblo de España, *Informes, Estudios y Documentos. Estudio sobre la situación penitenciaria y los depósitos municipales de detenidos 1988-1996*, www.defensordelpueblo.es.
- Defensor del Pueblo de España, *Informe Anual a las Cortes Generales 2011*, www.defensordelpueblo.es.
- Defensor del Pueblo de España, *Informe Anual a las Cortes Generales 2013*, www.defensordelpueblo.es.
- Emeric Meáulle, D., y Martín Fernández de la Cueva, C., “El valor de las ocupaciones en prisión: planteamientos éticos y críticos para una intervención transformadora” en Revista TOG (A Coruña), Vol.10, núm., 17, Mayo 2013.
- Estrategia española sobre discapacidad 2012-2020*, www.msssi.gob.es.
- Foucault, M., *Vigilar y castigar. El nacimiento de la prisión*, Ed. Siglo XXI, México, 1976.
- Fisher, D.B, y Ahern, L., *Asistencia personal para la vida en comunidad. Guía para recobrar la vida*, National Empowerment Center, Inc. 2006, www.power2u.org.
- Gallego, J.M., “Drogodependencia en prisión y exclusión social en España: tendencias de futuro” en Revista Sistema, Madrid, Enero 2012, nº. 224.
- Goffman, E., *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1970.

- Huete García, A. y Díaz Velázquez, E. (coords.), *Las personas con discapacidad en el medio penitenciario*, CERMI y Ediciones Cinca, Madrid, 2008.
- Informe Extraordinario de la Institución del Ararteko al Parlamento Vasco, *La atención sociosanitaria a la salud mental de las personas privadas de libertad en la CAPPV*, Vitoria-Gasteiz, 2014, www.ararteko.net.
- Íñigo, C., y Márquez, I., (coords.), *Guía de atención primaria de la salud Mental en prisión*, Grupo de Trabajo sobre salud Mental en prisión (GSMP), 2011, www.sesp.es.
- Marín Basallote, N. y C. Navarro Repiso, C., “Estudio de la prevalencia de trastorno mental grave (TMG) en los centros penitenciarios de Puerto I, II y III del Puerto de Santa María (Cádiz): nuevas estrategias en la asistencia psiquiátrica en las prisiones” en Revista Española de Sanidad Penitenciaria, Madrid, Vol.14, nº 3, 2012.
- Memoria del Proyecto Aula Digital-PREDIS, Programa de reinserción para Personas con Discapacidad, www.famma.org.
- Memoria de Actividades (Salud Mental en España), 2014, <http://www.saludmental.org>.
- Memoria de Actividades (Salud Mental en España), 2016, <http://www.saludmental.org>.
- Memoria Plena Inclusión, 2012, <http://www.plenainclusión.org>.
- MMemoria Plena Inclusión,, 2014, <http://www.plenainclusión.org>.
- Mora Grande, M^a. I., *Modelo de atención sanitaria en las prisiones ordinarias. Diferencias en la coordinación en Andalucía y en la asunción de responsabilidades de las Administraciones implicadas*, Asociación ProDerechos Humanos de Andalucía (APDHA), 2008, www.apdha.org.
- Naciones Unidas, *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*, Nueva York y Ginebra, 2006.
- Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), *Handbook on Prisoners with special needs*, Criminal Justice Handbook Series, United Nations, New York, 2009.
- O.M.S., *Informe sobre la salud en el mundo 2001, Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*, www.oms.org.

- O.M.S., *Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas: informe compendiado*, 2004, www.oms.org.
- Ortiz González, A. L., “Naturaleza jurídica de las medidas de seguridad. Aspectos prácticos más relevantes. Novedades de la reforma que se anuncia”, Jornadas ASAV, Leganés, Abril 2013.
- Pallarés Neila, J., Calero Gallo, L.M., y López Fernández, J.M., *Plan de Atención Integral a personas con Trastorno Mental Grave y persistente en el ámbito penal y penitenciario*, Ed. Fundación Manantial, Madrid, 2011, www.fundacionmanantial.org.
- Pereda, C., Ángel de Prada, M. y Actis, W., (Colectivo IOÉ), *Discapacidades e Inclusión Social*, Fundación “la Caixa”, Barcelona, 2012.
- Plena Inclusión, Informe Anual 2015, www.plenainclusion.org.
- Quevedo Rodríguez, J.L., “Análisis de experiencias de colaboración entre las administraciones penitenciarias y de servicios sociales con el movimiento asociativo” en *Jornadas estatales sobre atención a personas con discapacidad intelectual en centros penitenciarios*, Sevilla 22-24 octubre 2007, Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía.
- Ramos Feijóo, C., “Las personas con discapacidad intelectual en el sistema penal-penitenciario. Algunas paradojas de la integración en la exclusión” en Boletín del Real Patronato sobre Discapacidad, abril 2011.
- Recover, T., y Araoz, I. (coords.), *Las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo ante el proceso penal. Análisis sobre la intervención de la persona con discapacidad intelectual o del desarrollo en el proceso penal y el cumplimiento de condenas y medidas de privación de libertad derivadas de éste*, Ed. FEAPS, Madrid, 2014.
- Reviriego Picón, F., “Los derechos de los reclusos” en Sánchez González, S., *Dogmática y práctica de los derechos fundamentales*, Ed. Tirant lo Blanch, Valencia, 2006.
- Sánchez Monge, J.M., “Salud Mental y Exclusión: ¿Sinónimos?” en Sistema Digital, semana del 16 al 22 de diciembre de 2013, <http://w.w.w.sistemadigital.es/Info/Item/Details/4992>.
- Sánchez Monge, J.M., “Contra el estigma que asocia enfermedad mental con peligrosidad”, Salud Mental España, www.saludmental.org.

- Santos Urbaneja, F., “Marco legal de las personas con discapacidad en el proceso penal: varias cuestiones relativas a las primeras etapas del proceso” en *Jornadas estatales sobre atención a personas con discapacidad intelectual en centros penitenciarios*, Sevilla 22-24 octubre 2007, Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía.
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, Informe General Instituciones Penitenciarias 2013, 2015, <http://www.institucionpenitenciaria.es>.
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, Programas específicos de intervención, Ministerio del Interior, www.interior.gob.es.
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, Protocolo de Aplicación del Programa Marco de Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios (PAIEM), Dirección General de Coordinación Territorial y Medio Ambiente, Madrid, 2009, <http://www.institucionpenitenciaria.es>.
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, *PAIEM Renovado. Protocolo de Aplicación del Programa Marco de Atención Integral de Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios*, Ministerio del Interior, 2013, www.institucionespenitenciarias.es.
- Tezanos, J.F., Sotomayor, E., Sánchez Morales, R. y Díaz, V., *En los bordes de la pobreza. Las familias vulnerables en contextos de crisis*, Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, 2013.
- Valverde Molina, J., *La cárcel y sus consecuencias*, Ed. Popular, Madrid, 1991.
- VV.AA., *Guía de Intervención para personas con discapacidad intelectual afectadas por el régimen penal penitenciario*, Ed. Confederación Española de Organizaciones en Favor de las Personas con Discapacidad Intelectual (FEAPS), Madrid, 2011.
- VV.AA., *Guía para la Promoción de la Salud Mental en el Medio Penitenciario*, Ed. Ministerio del Interior, Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2011.
- VV.AA., *Estudio comparativo de la calidad de vida de los discapacitados intelectuales y del desarrollo en los Centros Penitenciarios de Cataluña*, Centre d’Estudis Jurídics i Formació Especialitzada. Generalitat de Catalunya, 2015, www.cejfe.cat.

Yagüe Olmos, C., (Coord.), *Análisis de la ancianidad en el medio penitenciario*, Ed. Ministerio del Interior. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, Madrid, 2009.

ÍNDICE DE TABLAS Y CUADROS

Tabla 1. Evolución de la población reclusa en España según sexo (2006-2016).....	18
Tabla 2. Población reclusa penada por grupos de edad en España según sexo (2016).....	19
Tabla 3. Distribución de la población reclusa por Comunidades Autónomas Españolas según sexo (2016).....	21
Cuadro Caso nº.1	40
Cuadro Caso nº.2	86
Cuadro Caso nº.3	87
Cuadro Caso nº.4	95
Cuadro Caso nº.5	100
Cuadro Caso nº.6	101
Cuadro 7. Fases del itinerario: vulnerabilidad/exclusión social, enfermedad y prisión.....	105
Cuadro Caso nº.7	109
Cuadro Caso nº.8	178



**Grupo de Estudio sobre Tendencias Sociales.
Universidad Nacional de Educación a Distancia.
Fundación Sistema.**