

Estrategias asistenciales de los problemas de salud mental en el medio penitenciario, el caso español en el contexto europeo

JM Arroyo-Cobo

Coordinación de Sanidad Penitenciaria.
Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio de Interior

RESUMEN

Introducción: Se ha revisado la literatura científica sobre estrategias de atención a los problemas de salud mental en el medio penitenciario.

Se aportan datos de las principales actuaciones puestas en práctica por las administraciones penitenciarias para responder a las preocupantes cifras que señalan los más recientes estudios epidemiológicos de trastornos mentales en prisión, con tasas que comparadas con la población general, duplican los Trastornos Mentales Comunes (TMC) y cuadruplican los Trastornos Mentales Graves (TMG) entre las personas que se encuentran en prisión.

Material y métodos: Se han revisado las bases de datos bibliográficas más importantes sobre las políticas asistenciales a los problemas de salud mental en el medio penitenciario, que han sido publicadas por los responsables de las administraciones penitenciarias en los últimos 10 años. Estos datos se han completado con datos obtenidos con el análisis de los indicadores disponibles en la Coordinación de Sanidad sobre las estrategias propias en materia de asistencia a problemas de salud mental en centros dependientes de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, en España.

Resultados: Hay poca literatura científica donde se enuncien las políticas asistenciales de las diferentes administraciones sobre la asistencia a problemas de salud mental en el medio penitenciario. Las que lo hacen están de acuerdo en una serie de afirmaciones: se debe ofrecer una respuesta terapéutica de igual calidad a la recibida por los enfermos en la comunidad, debe ser un equipo multidisciplinar el encargado de atender a este tipo de pacientes, es preciso un esfuerzo de coordinación entre las administraciones que en un momento determinado deben atender a estos pacientes, la asistencial, la social, la judicial y la penitenciaria.

Palabras clave: salud mental; prisiones; estrategias nacionales; España; calidad de la atención de salud; equidad en salud; trastornos mentales; terapéutica.

HEALTH CARE STRATEGIES FOR MENTAL HEALTH PROBLEMS IN THE PRISON ENVIRONMENT, THE SPANISH CASE IN A EUROPEAN CONTEXT

ABSTRACT

Introduction: A review was carried out of scientific literature on health care strategies for mental health problems in the prison environment.

Data is given about the main activities put into practice by prison administrations as a response to the worrying information that has come to light in recent epidemiological studies on mental disorders in prison, with figures that, when compared to the general population, give results of double the number of cases of Common Mental Illness (CMI) and four times the number of cases of Severe Mental Illness (SMI) amongst prison inmates.

Materials and methods: A review was made of the most important bibliographical databases containing health care policies for mental health problems in prison published by prison administrations in the last 10 years.

This information was completed with other data obtained from an analysis of the indicators available in Health Care Coordination on its health care strategies for mental health in centres run by the Secretary General of Prisons, in Spain.

Results: There is little in the way of scientific literature that clearly states health care policies for mental illness in the prison environment. Those that do tend to agree with a number of affirmations that include the obligation to offer a therapeutic response of equal quality to that received by patients in the community, the need for a multi-disciplinary team responsible for caring for this type of patient, along with a coordinated effort between the medical, social, legal and prison administrations that at a given time have to care for them.

Key Words: mental health; prisons; national strategies; Spain; quality of health care; equity in health; mental disorders; therapeutics.

Texto recibido: 23/06/2011

Texto aceptado: 10/09/2011

INTRODUCCIÓN

En la última memoria de la Estrategia en Salud Mental¹, aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, se establece la importancia sanitaria y social de los trastornos mentales en España y se desarrollan los principios y valores básicos para el abordaje y la adecuada atención de estos problemas en todo el sistema asistencial público.

Los trastornos mentales son la causa más frecuente de carga de enfermedad en Europa², constituyen un desafío creciente por su dimensión en términos sanitarios y por sus efectos sociales sobre la prosperidad, solidaridad y respeto por los derechos fundamentales y dignidad de los enfermos³. En la conferencia de Helsinki en enero de 2005 los 52 estados participantes suscribieron la Declaración Europea de Salud Mental. Esta Declaración considera la salud mental, como una prioridad sanitaria, económica y social y en consecuencia, insta a los sistemas sanitarios europeos a formular estrategias en salud mental, que integren la promoción y prevención de los factores determinantes y de riesgo, asociados a los trastornos mentales, las intervenciones terapéuticas, la rehabilitación, los cuidados y el apoyo social, potenciando la atención comunitaria y las redes integrales de cuidados y trabajando eficazmente para reducir el estigma asociado a la enfermedad, el enfermo y su entorno familiar.⁴

La OMS estima que en las sociedades occidentales, la incidencia de alteraciones psiquiátricas es hasta siete veces mayor en la población penitenciaria que en la población general⁵, tal y como se recoge en las Recomendaciones del Comité de Ministros del Consejo de Europa⁶, en los últimos años y coincidiendo con el aumento de la población penitenciaria, se ha observado un sensible incremento de algún tipo de trastorno mental en las personas que ingresan en prisión. Este

hecho no es solamente debido a un efecto específico de la prisión sobre las personas internas, sino a un conjunto de razones entre las que se encuentra de manera principal la desaparición de los manicomios como espacio que durante dos siglos ha albergado a una buena cantidad de personas socialmente problemáticas (trastornos de la personalidad, oligofrenias) y al considerable aumento de población general que carece de recursos de todo tipo o está simplemente marginada, entre la que hay que contar con un buen número de personas con trastornos mentales, en especial psicosis crónicas, que de una manera u otra acaban con facilidad en prisión. Sin contar claro está, con los trastornos mentales provocados por el consumo de sustancias tóxicas^{1, 7-9}.

Los servicios sanitarios de las prisiones deben atender por tanto, un gran número de internos con trastornos mentales, bien porque los presentaran ya a su ingreso, porque se han exacerbado a consecuencia de su estancia en prisión, o porque han debutado tras el encarcelamiento. La propia OMS¹⁰⁻¹², la ONU¹³, la Unión Europea⁶ y el Ministerio de Sanidad de nuestro país¹ han editado recomendaciones generales para impulsar, coordinar y orientar los esfuerzos de las instituciones sanitarias públicas de manera que se garanticen en prisión, las mismas oportunidades de tratamiento que tienen los enfermos mentales fuera de los centros penitenciarios.

El objetivo de este documento responde a la necesidad de reflexionar sobre la manera más eficiente, de utilizar los recursos penitenciarios disponibles con el objetivo de alcanzar los estándares adecuados de calidad, en la asistencia a los trastornos mentales en prisión. Todo ello siendo respetuosos con las recomendaciones y las estrategias promovidas por las mencionadas autoridades sanitarias, tanto nacionales como internacionales.

La Ley Orgánica General Penitenciaria (LOGP) establece la organización de la asistencia primaria en prisión y aun de la especializada y hospitalaria ya que su reglamento establece que cuando sea necesario, “*los tratamientos se efectuarán en centros dependientes de otras administraciones públicas no penitenciarias*”¹⁴. La Ley General de Sanidad garantizó que el Sistema Nacional de Salud prestara la atención a todos los pacientes en la misma red asistencial, y en el caso de los pacientes mentales, integró los diferentes servicios y recursos de asistencia psiquiátrica en una sola red pública. Precisamente la asistencia sanitaria penitenciaria, que por el momento ha quedado fuera de esa integración, es contemplada específicamente por la Ley de Cohesión y Calidad de 2003, donde se insiste en la necesidad de que el dispositivo asistencial de la atención primaria en el medio penitenciario, sea definitivamente transferida a los dispositivos asistenciales de las comunidades autónomas con lo que se ganaría en coordinación, en equidad, continuidad, justicia y accesibilidad del usuario a los servicios sanitarios. En el Código Penal español, tras la reforma de 1995, se estipula que cuando una persona haya cometido un delito penal y sea considerada inimputable por causa de enfermedad mental, el tribunal tiene la posibilidad de someterle a un tratamiento ambulatorio, o podrá imponerle internamiento psiquiátrico involuntario, en una institución apropiada, por un periodo que en ningún caso será superior al de la pena que hubiera podido corresponderle. Un importante flujo de enfermos psiquiátricos graves en el sistema penitenciario, tiene este origen judicial y una serie de implicaciones médico-legales que influyen en su evolución, diagnóstico y rehabilitación.

Las personas que están en prisión forman parte de la sociedad, el éxito en su rehabilitación garantizará la reducción del riesgo de reincidencia de sus comportamientos antisociales. En la medida en la que estos comportamientos tengan relación con un trastorno mental, el adecuado tratamiento de éste evitará aquella. La organización del tratamiento de los trastornos mentales en prisión debe poder garantizar su equivalencia y continuidad con el recibido para la misma enfermedad en la comunidad¹⁵⁻¹⁷. Los trastornos que se observan comúnmente en el medio penitenciario, se caracterizan por su complejidad, su cronicidad y por su relación con factores sociales y físicos que empeoran su pronóstico y su manejo, como por ejemplo su asociación con la adicción a drogas o con dificultades de aprendizaje. Por esta razón y por la oportunidad del abordaje conjunto en prisión de todos estos aspectos del trastorno, es por lo que resulta muy conveniente que sea un equipo multidisciplinar el que de

manera coordinada se encargue del tratamiento de este tipo de enfermos¹⁸.

La compleja organización de la vida en un centro penitenciario, siempre presidida por el control y la disciplina, por las restricciones de todo tipo y la convivencia forzada, por los horarios rígidos y la monotonía, por el aislamiento emocional y la frustración, hacen muy difícil la construcción de espacios terapéuticos adecuados para el tratamiento de determinados enfermos mentales. A pesar de ello, estos espacios existen, en determinados módulos de la prisión, en la enfermería, en talleres ocupacionales, en dispositivos en los que se facilita la compañía de mediadores o de terapeutas voluntarios. La potenciación de estos espacios y la formación de todos los funcionarios de los centros el manejo de personas con trastornos mentales, es una pieza importante en la construcción de ambientes positivos, donde se fomenten las relaciones de respeto entre los internos, de seguridad y de empatía. Es importante crear la atmósfera necesaria para cultivar la resiliencia protectora de la enfermedad y donde se puedan poner en marcha terapias específicas para la rehabilitación y la autonomía de los enfermos. Estos espacios deben ponerse a disposición de los pacientes sin que se conviertan en ghettos donde agruparlos y separarlos del resto de internos de la prisión para que no “entorpezcan” la vida normal del centro.

En 1998 se publicó en el Reino Unido uno de los estudios más completos hasta entonces, sobre la morbilidad psiquiátrica en los internos de las prisiones de Inglaterra y Gales¹⁹. Este informe fue consecuencia de un artículo en el que dos años antes Lord Ramsbotham, principal responsable de la Inspección de las prisiones, denunciaba un trato discriminatorio de la administración británica en el manejo que se daba a los enfermos por el hecho de estar internados en prisión.²⁰ Este artículo, generó en Inglaterra y Gales una corriente de opinión entre diferentes grupos sociales de presión, que provocó el inicio del proceso de transferencia de la asistencia sanitaria dependiente del Servicio de Prisiones, al Sistema Público de Salud, un proceso que culminó en abril de 2006.²¹

Como ya se ha dicho, los países de nuestro entorno vienen experimentando desde los años ochenta un aumento de presos con trastornos psiquiátricos. En 1989-1990, en Holanda se realizó una investigación sobre la prevalencia de trastornos psíquicos entre presos con penas breves, de entre 18 y 24 años en el establecimiento penitenciario Nieuw Vossenveld. Los presos fueron entrevistados poco después de su ingreso. Esta investigación arroja que el 79,9% de los presos, durante el año de la investigación o el año anterior a la investigación cumplen los criterios

para un diagnóstico DSM-III eje-I o eje-II (los trastornos del eje-I incluyen adicciones a las drogas o al alcohol). El 32% ha padecido un año antes o durante la investigación un trastorno del eje-I (excluidos los problemas de adicción), el 10% un trastorno afectivo, el 17% un trastorno de ansiedad y el 8% un trastorno de esquizofrenia/esquizofreniforme. Estas prevalencias son claramente superiores a las de la población general²².

En el último informe realizado en 2007 por la Comisión Europea sobre las personas con trastornos mentales que se encuentran en las prisiones europeas²³ se advierte que alrededor del 12% de los reclusos necesitan tratamiento psiquiátrico especializado y esta cifra va en aumento. Hacer frente a las necesidades que plantean estos enfermos en prisión, es un problema que no está resuelto adecuadamente en ningún país europeo. Para los autores del informe, la raíz de este problema está en la deficiente interacción entre la psiquiatría comunitaria, la psiquiatría forense y las autoridades sanitarias penitenciarias. La propia psiquiatría comunitaria adolece ya de falta de recursos. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) los trastornos mentales y del comportamiento representan el 12% de la carga de morbilidad en el mundo; sin embargo, el presupuesto para salud mental de la mayoría de los países es inferior al 1% del gasto total en salud. La relación entre carga de

morbilidad y gasto en salud es claramente desproporcionada²⁴.

En España, se han realizado dos estudios para conocer el número y el tipo de enfermos mentales que se encuentran en prisión, el primero de los estudios se hizo en 2006, a partir de 1.000 historias clínicas de internos elegidas de forma aleatoria en todas las prisiones del Estado y el otro estudio epidemiológico se realizó en 2009 sobre una muestra de 707 internos utilizando entrevistadores específicamente entrenados y la misma metodología empleada por los estudios más prestigiosos de epidemiología de patología mental en población general²⁵. Los resultados han sido muy similares en ambos trabajos, en el último se obtuvieron antecedentes de trastorno mental común en el 84.4% de los internos, trastornos por abuso o dependencia a drogas en el 76.2%. En el momento de la entrevista un 41.2% de los internos presentó algún tipo de trastorno mental, en concreto Trastorno de Ansiedad el 23.3%, Abuso o Dependencia a drogas el 17.5%, Trastorno Afectivo, generalmente depresivo, el 14.9% y Trastorno Psicótico el 4.2%²⁶ (Figura 1).

La respuesta a esta situación que la administración penitenciaria en España puso en marcha para el territorio nacional, salvo Cataluña, se concentró en el "Protocolo de actuación del PAIEM", Programa de Atención Integral a los problemas de Salud Mental en prisión²⁷.

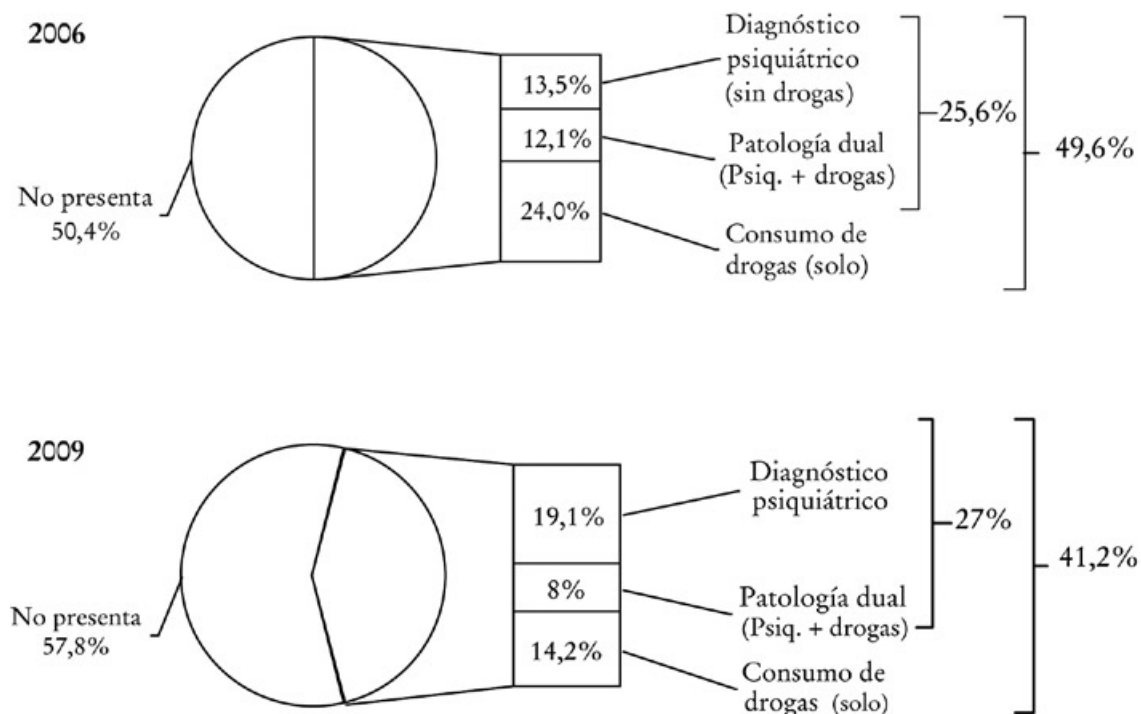


Figura 1. Comparación de los dos estudios epidemiológicos realizados en prisiones españolas.

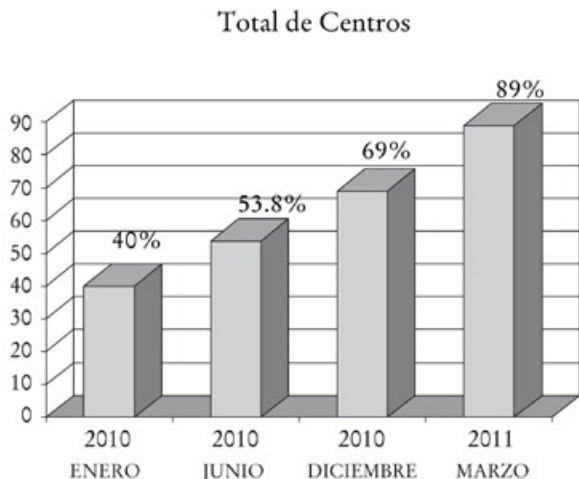


Figura 2. Número total de centros que disponen del PAIEM en los diferentes cortes temporales hechos hasta el momento.

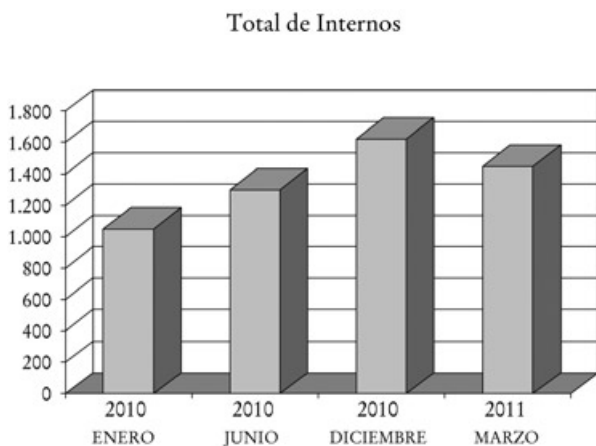


Figura 3. Número total de internos incluidos en el programa PAIEM en los diferentes cortes temporales hechos hasta el momento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha hecho una revisión bibliográfica en las principales bases de datos (PubMed, Scielo, Cochrane) y otras fuentes como los índices bibliográficos online del Ministerio de Sanidad, del de Interior o el buscador general Google, para revisar documentos sobre las políticas asistenciales a los problemas de salud mental en el medio penitenciario, publicadas por los responsables de las administraciones penitenciarias en los últimos 15 años. La búsqueda bibliográfica se ha hecho con los términos: Prisons (and) mental health (and) programmes (or) strategies, tanto en inglés como en español. Se han descartado trabajos que describen tratamientos y/o resultados concretos sobre una muestra de pacientes sometidos a la jurisdicción de los tribunales. Los trabajos considerados para su revisión

debían describir y/o evaluar programas o estrategias aplicadas sobre el total de la población penitenciaria para procurar asistencia a problemas de salud mental.

Estos datos se han completado con el análisis de los documentos de la Secretaría General de IIPP sobre su estrategia de atención a los problemas de salud mental^{27, 28}.

Se han aportado también los indicadores disponibles en la Coordinación de Sanidad sobre el despliegue del PAIEM y con los datos disponibles sobre la situación de los Hospitales Psiquiátricos dependientes de Instituciones Penitenciarias. Por tanto, este trabajo se ha construido como una revisión sistemática de la evidencia científica disponible, publicada en las bases de datos más específicas y acreditadas y en las más extensas, sobre las estrategias que las administraciones públicas han desplegado para abordar las necesidades de los enfermos mentales que se encuentran en el sistema penitenciario.

RESULTADOS

Respecto a la revisión sistemática de la bibliografía disponible sobre políticas asistenciales de los problemas de salud mental en el medio penitenciario, existe poca literatura publicada (Tabla 1). Además de las recomendaciones de los Organismos Internacionales, como la Unión Europea^{3, 6}, la OMS^{4, 18}, o los ministerios de sanidad¹, la mayor parte de los documentos disponibles corresponden a Europa, sobre todo al Reino Unido.

Nº de trabajos	País al que se refiere	Base de datos
7	Inglaterra y Gales	Medline
2	España	Medline
1	Nueva Zelanda	Medline
1	Canada	Medline
1	Europa	Medline
1	Usa	Medline
2	España	Scielo
1	Inglaterra y Gales	Scielo
1	Inglaterra y Gales	Cochrane
5	Inglaterra y Gales	Otras Bases
2	Usa	Otras Bases
7	España	Otras Bases
11	Unión Europea	Otras Bases
1	Kenia	Otras Bases
43	TOTAL	

Tabla 1. Documentos considerados aptos para entrar en la revisión, país de origen y tipo de base de datos en la que se encontró.

Las políticas enunciadas parten del análisis de unas necesidades cuya descripción se repite de manera consistente en todos los documentos consultados:

- Los primeros datos referidos a la presencia de un porcentaje de enfermos mentales entre los reclusos, superior al encontrado en la comunidad, datan ya de hace más de dos siglos²⁹. Este dato se mantiene y va en aumento a día de hoy. Las razones para explicarlo son múltiples:
 - Unas de índole cultural, como la influencia de una corriente de pensamiento en la sociedad actual que pone más énfasis en la protección y en la seguridad y menos en el cuidado y la curación³⁰, en parte provocada por el tratamiento alarmista que los medios de comunicación dan a los crímenes cometidos por enfermos mentales³¹.
 - Otras de gestión asistencial, como el cierre de los hospitales psiquiátricos sin dar alternativas a los enfermos necesitados de ese tipo de recurso. Es consistente la relación inversa entre la disminución del número de camas psiquiátricas hospitalarias y el aumento del número de presos con trastornos mentales²⁹.
 - Otra razón es la inadecuada gestión de políticas públicas que no fomentan la coordinación entre las administraciones encargadas del manejo de estos pacientes^{32, 33}, lo que provoca una relación aparentemente irreconciliable entre los puntos de vista de la administración de justicia, que persigue el cumplimiento estricto de la ley y de la administración sanitaria que busca la curación y la rehabilitación como objetivo principal. Este sería el argumento fundamental para explicar actuaciones erráticas de la administración con estos enfermos, a los que se les debería mantener al cuidado de terapeutas especializados que procuraran su rehabilitación social y al tiempo sometidos a la tutela de los tribunales algo que hoy en día es extraordinariamente raro.
 - La relación entre delincuencia y marginación explica en parte la presencia de mayor porcentaje de trastornos mentales en prisión que tradicionalmente se describen asociados a la exclusión social. La relación entre delincuencia y drogadicción, añade este otro e importante factor de desequilibrio mental a la población penitenciaria, el de los trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas.
- Todos estos factores, actuando en conjunto, pueden explicar en gran parte los elevados porcentajes de antecedentes de trastorno mental de

las personas que ingresan en prisión, si los comparamos con la población general.

- Los cuadros observados requieren generalmente abordajes combinados de manera simultánea, debido al componente de cronicidad y comorbilidad que presentan³³.
- El medio penitenciario no es el adecuado para tratar trastornos mentales graves, es un entorno cuya finalidad es el control y la seguridad, no la curación y la rehabilitación³³.
- Respecto a la cobertura de estas necesidades, las propuestas que las estrategias hacen, tienen un común denominador en los documentos publicados:
- La respuesta terapéutica debe ser de igual calidad a la recibida por los enfermos en la comunidad^{6, 18, 30, 33}. Puesto que el derecho a la salud no se encuentra afectado por la condena, debe poder ejercerse con pleno vigor. (principio de equivalencia asistencial)³⁴. Respecto a la metodología para asegurar la equidad en la prestación asistencial, las opiniones de los autores varían, por una parte se sostiene la necesidad de que sea la misma institución que presta la asistencia a las personas cuando están en libertad, la que la preste cuando están en prisión, lo que sin duda aseguraría un trato equivalente, por tanto se fomenta la trasferecia del personal asistencial desde la administración penitenciaria a la administración sanitaria de la comunidad como método ideal para asegurar la equidad en la prestación de este importante derecho^{29, 31}. Esto es así en países de nuestro entorno como Francia, Inglaterra y Gales o Noruega y está en proceso en Escocia y en nuestro país, muy avanzado en Cataluña. Por otra parte, se defiende la actuación de equipos asistenciales especializados, que ya trabajan con colectivos de exclusión y con cuadros complejos en la comunidad, para que actúen en el medio penitenciario, los grupos de Psiquiatría Asertiva Comunitaria, por ejemplo. En todo caso se sostiene la necesidad de que la misma organización especializada de la sanidad pública que actúa en los problemas de salud mental con los enfermos en libertad, lo haga con los enfermos en prisión³⁰.
- Debe ser un equipo multidisciplinar el encargado de atender a este tipo de pacientes con necesidades de tratamiento complejas junto a un problema de falta de soporte social. Se combinan además diferentes diagnósticos de trastorno mental, que han evolucionado en el tiempo sin adecuado tratamiento o sin conciencia de enfermedad, casi en el 100% de estos enfermos hay asociado un problema de adicción a drogas. Es necesario buscar

espacios terapéuticos dentro de prisión para tratar estas adicciones, el modelo más defendido es el de Comunidad Terapéutica, modificando aquellos aspectos que sea necesario, para adaptar su funcionamiento al medio penitenciario^{31, 35-37}.

- Se valora la utilidad de los recursos asistenciales en prisión como los únicos capaces de actuar con eficiencia en la lucha contra las desigualdades sociales en salud. Son dispositivos capaces de detectar tempranamente las patologías asociadas a la marginación social, rescatando a enfermos crónicos de una espiral de deterioro y conflictos reiterados con la justicia. Los enfermos son detectados y estabilizados en prisión y tienen la oportunidad de reincorporarse a la sociedad con mejor nivel de salud, siendo derivados a dispositivos asistenciales en la comunidad que tratarán su trastorno reduciendo el riesgo de recaídas y por tanto de reincidencia en comportamientos antisociales a causa de su enfermedad^{28, 38}.
- La necesidad de un entendimiento entre las administraciones, la de justicia, la administración socio-asistencial, la penitenciaria, junto a la obligación de atender el punto de vista del usuario y de la sociedad, hace que se mencione reiteradamente en los documentos consultados, la obligación de todas las instituciones y representantes sociales de entenderse y coordinarse^{30, 31}. Sólo con un trabajo organizado y ágil de todos estos agentes, será posible poner a disposición de los pacientes, los recursos necesarios y en el momento adecuado, en la evolución de su proceso mental.
- Es importante desarrollar una campaña de sensibilización social dirigida tanto a la opinión pública, como a los profesionales, socio-sanitarios y a los actores judiciales, que contrarreste la doble estigmatización que sufren los enfermos mentales que están sometidos a un proceso judicial. Este estigma es responsable en parte, de que se piense primero en estas personas como en delincuentes, más que como enfermos, lo que les discrimina gravemente a la hora de acceder a los tratamientos rehabilitadores que necesitan³⁹. Esto es especialmente grave en el caso de aquellos pacientes que han sido declarados no responsables de los delitos que cometieron y que afrontan medidas de seguridad, se diría que impuestas más como un castigo, que como un tratamiento³⁰.
- Las razones económicas pueden estar en el fondo de una escasez de recursos para estos enfermos. Aunque podría parecer que la estancia por persona en un recurso penitenciario es más barata que en un recurso asistencial, es preciso mostrar a los

gestores económicos de las cuentas públicas, que destinar a estos pacientes de manera temprana al recurso sociosanitario adecuado, reduce el riesgo de comportamientos antisociales, con lo que se evitarán los gastos reiterados derivados de los arrestos e investigaciones policiales, de los procesos judiciales, de las estancias en prisión, por no hablar del coste social que soportarán las víctimas de los posibles delitos, los familiares del enfermo y el propio paciente³⁴.

- Es necesario resolver las controversias y dilemas éticos y legales que determinan la actuación clínica en casos concretos, como por ejemplo, las condiciones de aplicación del tratamiento en contra de la voluntad del enfermo, los protocolos de traslado urgente desde los lugares de detención y custodia del enfermo mental, como las comisarías o los centros penitenciarios, a recursos socio-asistenciales, tanto para diagnóstico de un cuadro agudo como para la derivación y seguimiento una vez que el paciente sale del sistema penitenciario^{31, 33, 40, 41}. Se acaba de publicar un análisis de la situación de estos hospitales dependientes del sistema penitenciario en el que se trata en profundidad este problema²⁸. El Justicia de Aragón ha dado a conocer un informe en el que se debaten soluciones para resolver estas controversias, entre lo estrictamente jurídico y lo estrictamente clínico, a la hora de decidir sobre el futuro del tratamiento de estos enfermos mentales que entran en contacto con el sistema judicial³⁵.
- Es importante establecer un programa de formación continuada, tanto de los funcionarios de vigilancia, como de los profesionales dedicados a la intervención terapéutica en las prisiones. La mejora de sus capacidades les permitirá tomar conciencia de la situación de estos enfermos en el medio penitenciario y de la influencia que todos los trabajadores penitenciarios tienen en la creación de ambientes terapéuticos en prisión⁴². También facilitará su labor para evitar el estigma y la discriminación con estos enfermos en prisión³³.

Respecto a la estrategia desplegada por la Secretaría General de IIPP para abordar la asistencia a los problemas de salud mental en el medio penitenciario, el análisis de necesidades es compartido en su mayor parte con las premisas ya enunciadas en la bibliografía. La respuesta a estas necesidades comenzó a plantearse en Junio de 2007 cuando se publicó el "Plan de Salud Mental de IIPP". Después de un periodo de pilotaje de las actuaciones que se proponían en el plan, y tras la evaluación de los resultados, se llegó al Protocolo de

Aplicación del Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales en centros penitenciarios (PAIEM), publicado en Septiembre de 2009²⁷. En este documento se resumen las directrices de la Secretaría General sobre la asistencia a los problemas de salud mental en el medio penitenciario que son básicamente los siguientes:

- Como la asistencia especializada y hospitalaria depende de las instituciones sanitarias de las CCAA, su colaboración es indispensable para garantizar una igualdad en la prestación, en tanto no se cumpla la Ley de Cohesión y Calidad que establece la transferencia a las instituciones sanitarias de cada Comunidad Autónoma de la asistencia sanitaria de atención primaria en los centros penitenciarios, hasta hoy cubierta por el Ministerio de Interior.
- El PAIEM prevé la creación de equipos multidisciplinares en los centros, impulsados por el director y los subdirectores de tratamiento y de sanidad, pero compuestos por todos aquellos profesionales que pueden intervenir en las actividades asistenciales con estos enfermos en su vida diaria en prisión: personal sanitario, psicólogos, educadores, trabajadores sociales, profesionales de Asociaciones u ONGs, juristas, maestros, monitores deportivos u ocupacionales y funcionarios de vigilancia.
- Toda la Estrategia de Salud Mental de la Secretaría General no podría desarrollarse sin potenciar la formación continuada de aquellos profesionales que desarrollan una labor más asistencial con estos enfermos, médicos, enfermeros y psicólogos. Para estos profesionales se convoca un curso de 60 horas cada seis meses desde hace cuatro años. Desde este año, hay también convocatorias de formación en línea sobre el funcionamiento y objetivos del PAIEM para todos los funcionarios que se integran en los equipos multidisciplinares en los centros.
- El PAIEM establece el punto de unión para el abordaje de los problemas de salud mental, a menudo complejos y cambiantes, que se observan entre los internos que están en un centro penitenciario cumpliendo una pena o a la espera de juicio. Sirve de conexión con otros programas específicos de tratamiento, por el ejemplo el de las adicciones en prisión, que proporciona el Grupo de Atención a los Drogodependientes (GAD) o el programa de Discapacitados Intelectuales. A partir del PAIEM se puede establecer un diagnóstico temprano, un plan de tratamiento individualizado y un seguimiento tutorizado de las disfunciones adaptativas. De igual forma, es posible ver cómo el enfermo evoluciona dentro del programa rehabilitador. La actividad de los profesionales externos a la institución penitenciaria como los especialistas en psiquiatría, o los terapeutas y trabajadores sociales que participan desde las ONGs, se canaliza y coordina con el resto de actividades que proporciona el equipo multidisciplinar, en las reuniones del equipo PAIEM²⁷.
- Las controversias entre los planteamientos estrictamente jurídicos y los fundamentados en criterios clínicos respecto a la derivación, tratamiento y custodia de alguno de estos enfermos mentales sometidos a la tutela de los tribunales, se mantienen en nuestro país, como se señalaba también en los documentos de los países de nuestro entorno consultados de la bibliografía. En España, es especialmente llamativo el problema suscitado con los enfermos sometidos a medidas de seguridad, por tanto declarados no responsables de su conducta delictiva. Los tribunales pretenden con esas medidas, asegurar un correcto tratamiento y por tanto, alcanzar la rehabilitación de estos enfermos, que sin embargo agotan el tiempo de la medida de seguridad privativa de libertad hasta el último día, en un recurso asilar de bajo perfil rehabilitador como es un Hospital Psiquiátrico Penitenciario.
- Los hospitales psiquiátricos dependientes del sistema penitenciario se encuentran sobreocupados porque soportan una excesiva derivación de enfermos que han entrado en el sistema judicial pero que no encajan en el perfil clínico de un enfermo mental que precisa asistencia hospitalaria. Las causas de esta derivación inadecuada son múltiples, descoordinación entre la administración judicial, penal y socio-asistencial, estigmatización de estos enfermos, que causa rechazo en los recursos comunitarios de los que podrían beneficiarse, presión social ante la enfermedad mental para que prime la seguridad frente a la rehabilitación, ausencia de políticas de prevención y control de la enfermedad mental en pacientes crónicos con una red de apoyo social deficitaria, lo que provoca que esos enfermos acaben empeorando y teniendo comportamientos antisociales, en ocasiones reiterados y finalmente graves.
- Se han recopilado una serie de reflexiones aportadas por expertos que han venido trabajando en los últimos dos años, en grupos multidisciplinares que de manera multicéntrica se han reunido periódicamente en algunas CCAA para debatir sobre enfermos de su comunidad sometidos a medidas de seguridad e ingresados en los Psiquiátricos Penitenciarios, en lo que se ha denominado "Comisiones de Análisis de Casos" (CAC):
 - No se han aportado datos que demuestren un aumento del riesgo para la seguridad en la co-

munidad, al actuar primando la derivación del enfermo mental sometido a medidas de seguridad hacia recursos con alto potencial asistencial sobre recursos con alto potencial de control, si se elige el perfil adecuado de enfermo.

- Una adecuada derivación reduce la reincidencia.
- Una adecuada derivación ahorra costes sociales y económicos.
- Una adecuada derivación precisa la creación de mecanismos estables de coordinación entre administraciones, que sean capaces de afrontar de manera flexible y ágil todas las distintas necesidades asistenciales que la, a menudo, caótica carrera psicosocial de un enfermo complejo, pueda plantear a lo largo de su vida. La eficiencia en la respuesta permitirá que el sistema jurídico no se verá obligado a intervenir.
- La adecuada derivación implica, al menos, el correcto entendimiento de dos complejas administraciones, la sanitaria y la judicial. Ambas trabajan sobre una misión, visión y valores muy distintos, con una cultura muy diferente, por lo que los acuerdos entre sus representantes son laboriosos.
- Según la evidencia publicada un 81% de los enfermos sometidos a medidas de seguridad, son reincidentes en la comisión de actos delictivos, generalmente menores, por lo que el fenómeno de la “puerta giratoria” de enfermos que entran y salen del sistema penitenciario es frecuente.
- Estas altas tasas de reincidencia se asocian con la presencia de enfermedad mental junto a Trastorno por Uso de Sustancias Psicoactivas (Patología Dual).
- Los delitos cometidos por enfermos mentales graves se relacionan con un abandono de la medicación. No hay reincidencia en este tipo de enfermos.
- El éxito en la reducción de la reincidencia está claramente asociada a una adecuada derivación que asegure la continuidad del tratamiento del enfermo en un recurso asistencial. Un mecanismo que haga una búsqueda activa del enfermo en su entorno y facilite su adherencia terapéutica asegura esta continuidad.
- Recursos asistenciales de este tipo trabajando en coordinación con las autoridades penitenciarias y judiciales, en el caso de enfermos que están sometidos a medidas de seguridad, o incluso han cumplido una pena, pero necesitan un seguimiento de su enfermedad, garantizan una adecuada derivación y evitan la reincidencia.

- No hay evidencias de relación entre enfermedad mental y criminalidad. La enfermedad mental puede causar comportamiento delictivo, en la medida en la que contribuye a un estilo de vida caótico, vulnerable socialmente, estigmatizante y marginal. En otros casos la perniciosa influencia individual de un proceso mental grave o crónico está en el antecedente de un acto incomprensible, impulsivo e impredecible que conduce a una conducta delictiva.

DISCUSIÓN

Hace ya unos años que todos los responsables de instituciones penitenciarias de los países occidentales y especialmente en Europa, han llamado la atención de la sociedad sobre el elevado número de personas con trastornos mentales que se encuentran en los sistemas penitenciarios, los datos más fiables multiplican por cuatro la presencia de trastornos mentales graves entre internos si se comparan con población general, por dos, si la comparación es con cualquier tipo de trastorno mental, y si comparamos la adicción a drogas de los ingresos en prisión con la población general, por quince o incluso por cien, en sustancias como la cocaína o la heroína respectivamente. El hecho de encontrar un crecimiento de la proporción de trastornos mentales entre las personas que están en prisión, no debe hacer pensar en la correlación trastorno mental y delincuencia, o prisión y deterioro mental, estamos hablando de enfermos mentales crónicos, con varios años de evolución de sus procesos, cuyo deterioro acaba por desembocar en un fracaso de su capacidad de adaptación social entrando en comportamientos delictivos propios de la exclusión social, drogadicción, hurtos, lesiones, robos^{43, 44}. En casos excepcionales de enfermedad mental, generalmente con la presencia de signos premonitorios claros, se comenten delitos extremadamente violentos e irracionales, con resultado de muerte. La Institución Penitenciaria en nuestro país, ha debido reorganizarse para hacer frente al reto de tratar este contingente de enfermos dentro de las prisiones. En los centros penitenciarios de todo el Estado salvo Cataluña, que tiene transferida la responsabilidad de la Administración Penitenciaria, esto se ha hecho poniendo en marcha un Programa de actuación específico, el PAIEM, que reúne todas las directrices sobre las que los expertos están de acuerdo a la hora de abordar la asistencia de los problemas de salud mental en prisión, la multidisciplinariedad, abriendo la participación a todos los profesionales de la prisión interesados en los enfermos y con trato directo con ellos, la equidad, haciendo de enlace con los servicios especiali-

zados de psiquiatría de la comunidad para que puedan actuar dentro de la prisión desde el primer momento, de igual modo las ONGs e instituciones del tercer sector que tienen un papel de mediación insustituible en la labor de reinserción social encuentran en el PAIEM el soporte necesario para su trabajo en los centros. El PAIEM pone a disposición de los enfermos todos los espacios terapéuticos del centro, talleres, módulos de respeto, GAD, programa de discapacitados, deportes, terapias específicas, habilidades sociales, etc. y lo hace en base a la construcción de un programa individualizado de tratamiento y rehabilitación. El programa permite un seguimiento tutorizado del proceso rehabilitador de cada interno y responsabiliza de su funcionamiento a las máximas autoridades gestoras de los centros, desde el equipo directivo mismo a los máximos responsables de sanidad y tratamiento de las prisiones. Probablemente el manejo plenamente equitativo de estos pacientes hubiera estado más asegurado si la misma institución sanitaria que atiende a estos enfermos fuera de prisión, los atendiera también dentro, es decir, si se hubiera materializado la transferencia sanitaria ordenada por la Ley de Calidad y Cohesión de 2003. Desgraciadamente y a día de hoy, un servicio de atención primaria, como el que presta la sanidad penitenciaria, aislado del resto de la estructura asistencial de la que es dependiente para prestar una asistencia integral, es decir de la asistencia especializada y hospitalaria, debe salvar los problemas estructurales de organización y coordinación con esa institución que le es ajena, la institución encargada en cada Comunidad de la prestación sanitaria, para procurar a las personas que están en prisión, la misma calidad asistencial que reciben cuando están en libertad.

Por tanto, la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias se está esforzando en seguir las estrategias aceptadas mayoritariamente por todos los expertos, a la hora de abordar los problemas de salud mental entre los reclusos, si bien lo hace afrontando graves problemas estructurales, no se olvide que no hablamos de una institución sanitaria y que por tanto depende de la colaboración del resto de la sanidad pública para alcanzar sus objetivos en esta materia.

Sin embargo, quizá sea la relación con la institución judicial lo que establece definitivamente la especificidad de los servicios sanitarios penitenciarios respecto a otros servicios asistenciales. A la hora de tratar a los enfermos que se encuentran en prisión y sobre todo si hablamos de los enfermos mentales, la opinión de los jueces es especialmente necesaria y frecuentemente controvertida cuando estamos decidiendo el manejo de enfermos inimputables sometidos a medidas de seguridad. No olvidemos que la psiquiatría tuvo su ori-

gen en la necesidad de establecer la responsabilidad de los actos delictivos, separando la responsabilidad de los enfermos de la de los criminales.

La tutela de los tribunales sobre la evolución de la enfermedad mental de los reclusos y muy especialmente de los enfermos declarados no responsables de su delito y sometidos a medidas alternativas a la prisión, marca una delicada parte de las actuaciones asistenciales en el sistema penitenciario. Es preciso fomentar una labor de compenetración de las instancias judiciales y sanitarias a través de la comunicación de los distintos puntos de vista y de la construcción de los puentes necesarios para establecer una mutua comprensión de dos universos con esquemas de pensamiento y objetivos muy diferentes. Uno, el cumplimiento de lo legalmente establecido, el otro, el beneficio del paciente. Debemos ser capaces de conseguir ambas metas.

Respecto a las actuaciones que las administraciones públicas tienen con los enfermos mentales que son declarados no responsables de determinadas conductas delictivas, en ocasiones graves, y que son sentenciados a someterse a tratamiento para conseguir su recuperación y evitar cualquier riesgo de reincidencia, la impresión obtenida por este informe es que los resultados obtenidos hasta el día de hoy son muy mejorables. A la espera de las conclusiones definitivas de las seis CAC, por el momento cabe decir que resulta muy necesario que se establezcan espacios de coordinación entre todas las administraciones que en algún momento tienen responsabilidades en la actuación con este tipo de enfermos. Es preciso mejorar mediante una actitud de sincera corresponsabilidad y colaboración, la eficacia de la respuesta que, por el momento, se le está dando por parte de los poderes públicos a estas situaciones.

CORRESPONDENCIA

JM Arroyo-Cobo
Talleres Editoriales Cometa, S.A.
Ctra. Castellón, Km. 3,400
50013 Zaragoza

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad. Centro de publicaciones; 2011 [citado 2011 abr 15]. Disponible en: <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/SaludMental2009-2013.pdf>.

2. Andlin-Sobocki P, Rössler W. Cost of psychotic disorders in Europe. *Eur J Neurol*. 2005; 12: 74-7.
3. Libro Verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. [Internet] Bruselas: Comisión de las Comunidades Europeas; 2005 [citado 2007 mar 17]. Disponible en: http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/es/com/2005/com2005_0484es01.pdf.
4. Mental health: facing the challenges, building solutions: report from the WHO European Ministerial Conference [Internet]. Helsinki: WHO; 2005 [citado 2007 marzo 18]. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96452/E87301.pdf.
5. Mendelson EF. A survey of practice a regional Forensic Service: what do Forensic Psychiatrists do? Part I-II: Characteristics of cases and distribution of work. *Br. J. Psychiatry*. 1992; 160: 769-776.
6. Recommendation No. R (98) of the Committee of Ministers to members states concerning the ethical and organisational aspects of health care in prison. [Internet]. Strasbourg: Council of Europe Committee of Ministers. 1998 [citado 2011 feb 28]. Disponible en: <https://wcd.coe.int/wcd/ViewDoc.jsp?id=475927&Site=CM>.
7. Hernández-Monsalve M, Espinosa-Iborra J. La atención a pacientes con trastornos mentales en las prisiones. [Ponencia]. Estrasburgo: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 1999.
8. Hills H, Siegfried C, Ickowitz A. Effective Prison Mental Health Services: Guidelines to expand and improve treatment. [Internet]. Washington: National Institute of Corrections; 2004 [citado 2011 en 22]. Disponible en: <http://static.nicic.gov/Library/018604.pdf>.
9. Muñoz M, Vázquez C, Bermejo M, Vázquez JJ, Sanz J. Trastornos mentales (DSMIII- R) de las personas sin hogar en Madrid: un estudio utilizando la CIDI. (Composite International Diagnostic Interview). *Arch. Neurobiol*. 1996; 59: 270-282.
10. Mental health : facing the challenges, building solutions: report from the WHO European Ministerial Conference of Helsinki.[Internet]. Copenhagen: WHO; 2005 [citado 2007 marzo 18]. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96452/E87301.pdf.
11. Mental Health Promotion in Prisons: Report on a WHO Meeting; 1998 nov 18-21; The Hague, Netherlands. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe; 1998.
12. Icrc.org[Internet]. Ginebra: Comité Internacional de la Cruz Roja; c2000-01 [actualizado 2007 feb 16; citado 2007 mar 27]. Disponible en: www.icrc.org.
13. United Nations. Basic Principles for the Treatment of Prisoners 45/111: Ginebre: General Assembly; 1998.
14. Gamir-Meade R. Los facultativos de sanidad penitenciaria: evolución perspectivas y notas sobre su régimen jurídico. Madrid: Dykinson; 1995.
15. Wilson S. The principle of equivalence and the future of mental health care in prisons. *Br J Psychiatry*. 2004;184: 5-7.
16. Penal reform international: making standards work: an international handbook on good prison practice. The Hague: United Nations; 1995.
17. Declaration. Prison health as part of public health [Internet]. Moscow: WHO; 2003 [citado 2011 abr 10]. Disponible en : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/98971/E94242.pdf.
18. Background paper for Trencin statement on prisons and mental health [Internet]. Trencin: WHO; 2007 [citado 2011 abr 11]. Disponible en: http://www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/Background_paper_Trencin_Statement.pdf.
19. Singleton N, Meltzer H, Gatward R, Coid J, Deasy D. Psychiatric morbidity among prisoners: summary report. London: Stationery Office; 1998.
20. Her Majesty's Inspectorate of Prisons, patient or prisoner? A new strategy for health care in prisons. London: Home Office; 1996.
21. Joint Prison Service and National Health Service Executive, Working Group. The future organization of prison health care [Internet]. London: Home Secretary and the Secretary of State for Health; 1999 [citado 2011 abr 12]. Disponible en: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4006944
22. Van 't Hoff G, De Looff J, Latooj H. Asistencia de los reclusos con problemas de salud mental en Holanda. *Rev Esp Sanid Penit*. 2009; 11: 35-41.
23. Salize H J, Drefling H, Kief C. Mentally Disordered Persons in European Prison Systems: needs, programmes and outcome (EUPRIS). [Internet]. Mannheim: European Commission. Central Institute of Mental Health; 2007 [citado 2010 ag 10]. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2004/action1/docs/action1_2004_frep_17_en.pdf.
24. Gómez-Tato I. Atención sociosanitaria y atención mental *Rev Adm Sanit*. 2005; 3 (2): 273-86.

25. Haro J. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Med Clin*. 2006; 126 (12): 445-451.
26. Vicens E, Tort V, Dueñas RM, Muro A, Pérez-Arnanau F, Arroyo JM, et al. The prevalence of mental disorders in Spanish prisons. *Criminal Behaviour and Mental Health*. 2011 jun 15. doi: 10.1002/cbm.815.
27. Protocolo de aplicación del programa marco de atención integral a enfermos mentales en centros penitenciarios (PAIEM) [Internet]. Madrid: Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Dirección General de Coordinación Territorial y Medio Abierto. 2009 [citado 2011 may 29]. Disponible en: http://www.iipp.es/web/export/sites/default/datos/descargables/descargas/Protocolo_PAIEM.pdf.
28. Hospitales psiquiátricos dependientes de la administración penitenciaria: propuesta de acción [Internet]. Madrid: Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Dirección General de Coordinación Territorial y Medio Abierto. 2011 [citado 2011 may 30]. Disponible en: http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/bEpidemiologicos/PROPUESTA_DE_ACCIxn_HOSPITALES_PSIQUIxTRICOS_PENITENCIARIOS.pdf.
29. Reed J. Mental health care in prisons. *Br J Psychiatry*. 2003; 182: 287-8.
30. Wilson AB, Draine J. Collaborations Between Criminal Justice and Mental Health Systems for Prisoner Reentry. *Psychiatr Serv*. 2006 jun; 57(6): 875-8.
31. Gunn J. Future directions for treatment in forensic psychiatry. *Br J Psychiatry*. 2000; 176: 332-8.
32. Steel J, Thornicroft G, Birmingham L, Brooker C, Mills A, Harty M, et al. Prison mental health inreach services. *Br J Psychiatry*. 2007; 190: 373-4.
33. Coid J, Bebbington P, Jenkins R, Brugha T, Lewis G, Farrell M, et al. The National Survey of Psychiatric Morbidity among prisoners and the future of prison healthcare. *Med Sci Law*. 2002 Jul; 42 (3): 245-250.
34. Earthrwl M, O'Grady J, Birmingham L. Selective literature review and expert consultation exercise. *Br J Psychiatry*. 2003 Apr; 182: 299-302.
35. Bradley K. Lord Bradley's review of people with mental health problems or learning disabilities in the criminal justice system [Internet]. London: COI for the Department of Health; 2009 [citado 2011 abr 15]. Disponible en: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_098698.pdf.
36. Kiima D, Jenkins R. Mental health policy in Kenya: an integrated approach to scaling up equitable care for poor populations. *Int J Ment Health Syst*. 2010; 4:19. doi: 10.1186/1752-4458-4-19
37. Walker H. Using psychosocial interventions within a high-security hospital. *Nurs Times*. 2004; 100 (31): 36-9.
38. Diversion. A better way for criminal justice and mental health. [Internet]. London: Sainsbury Centre for Mental Health; 2009 [citado 2011 may 29]. Disponible en: <http://www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/Diversion.pdf>.
39. Blank-Wilson A, Draine J. Collaborations Between Criminal Justice and Mental Health Systems for Prisoner Reentry. *Psychiatr Serv* [Internet]. 2006 jun [citado 2011 jun 26]; 57: [3 p.]. Disponible en: <http://ps.psychiatryonline.org/cgi/content/full/57/6/875#top#top>.
40. Civeira Murillo JM, Dolado Pérez A, Querol Nasarre P. Necesidades asistenciales de la población con alto riesgo de delincuencia en Aragón. Problemas y alternativas en el cumplimiento penitenciario: Aspectos judiciales, forenses y sanitarios. Informe especial 2010 El Justicia de Aragón. [Internet]. Zaragoza: El Justicia de Aragón; 2011 [citado 2011 may 28]. Disponible en: http://www.eljusticiadearagon.com/gestor/ficheros/_n004630_INFORME%20%20NECESIDADES%20ASISTENCIALES%20POBLACION%20RECLUSA.pdf.
41. Campbell LA, Kisely SR. Directivas terapéuticas por adelantado para pacientes con enfermedades mentales graves. *Biblioteca Cochrane Plus* [Internet]. 2009 [citado 2011 may 31]; 2: [sobre 20 p.]. Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%202185708&DocumentID=CD005963>.
42. Arroyo JM, Ortega E. Un programa de mejora de la calidad asistencial de los problemas de salud mental en prisión. Evaluación de resultados después de 6 años (2000-2005). *Rev. Esp. Sanid. Penit*. 2007; 9: 11-20.
43. Hernandez-Monsalve M, Herrera-Valencia R.†. La atención a la salud mental de la población reclusa. Madrid: AEN. Estudios; 2003.
44. Davis S. An overview: are mentally ill people really more dangerous? *Soc Work*. 1991 Mar; 36 (2): 174-80.