



Universidad de Jaén

Facultad de Trabajo Social

TRABAJO SOCIAL, INTERVENCIÓN EN HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS PENITENCIARIOS EN ESPAÑA Y SOLUCIONES ALTERNATIVAS

Autor: Belén Vílchez Ramírez

Grado en Trabajo Social

Director: Esther Pomares Cintas

Departamento del director: Derecho Penal, Filosofía del Derecho, Filosofía Moral y Filosofía

Fecha: 27/06/2024

CREA

Este Trabajo Fin de Grado tiene una extensión de 11400 palabras, sin contar portada, índice, bibliografía ni posibles anexos.

ÍNDICE

ABREVIATURAS.....	1
RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	3
I. INTRODUCCIÓN.....	3
II. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.....	5
III. OBJETIVOS.....	6
IV. METODOLOGÍA.....	6
V. ¿NECESIDAD DE HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS PENITENCIARIOS COMO MEDIDA DE SEGURIDAD?.....	7
1. Antecedentes.....	7
2. Perfil de las personas internas en Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios: inimputabilidad, semiinimputabilidad.....	12
3. Trabajo Social y Salud Mental en el ámbito penitenciario: marcos comparativos.....	15
3.1 Trabajo Social, Programa PAIEM y Prisión.....	15
3.2 Trabajo Social y Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios.....	17
4. Necesidad de un enfoque asistencial multidisciplinar: ¿Hospital Psiquiátrico Penitenciario como método?.....	23
VI. ALTERNATIVA AL INTERNAMIENTO EN HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS PENITENCIARIOS DESDE UNA PERSPECTIVA SOCIAL: MODELO VASCO.....	25
VII. <i>PRAXIS</i> DEL TRABAJO SOCIAL EN EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR DE SALUD MENTAL COMUNITARIO, <i>VS</i> TRABAJO SOCIAL PENITENCIARIO.....	26
VIII. CONCLUSIONES.....	29
BIBLIOGRAFÍA.....	31
REFERENCIAS DOCUMENTALES.....	35
REFERENCIAS LEGALES.....	37
ANEXOS.....	37

ABREVIATURAS

AEN: Asociación Española de Neuropsiquiatría

ART: Artículo

CEDH: Convenio Europeo de Derechos Humanos

CIS: Centro de Inserción Social

CP: Código Penal

CPO: Centro penitenciario ordinario

CPT: Comité para la Prevención de la Tortura

GEPC: Grupo de Estudios de Política Criminal

JVP: Juez de Vigilancia Penitenciaria

LOGP: Ley Orgánica General de Prisiones

MEI :Programa de Duración Media para Evaluación e Intervención

MPTSIP: Manual de Procedimiento de Trabajo Social en Instituciones Penitenciarias

OMS: Organización Mundial de la Salud

PAIEM: Programa de atención integral a los enfermos mentales

PMA: Penas y Medidas Alternativas

RD: Real Decreto

RP: Reglamento Penitenciario

PAIEM: Programa Marco para la Atención Integral de Enfermos Mentales

PIR: Plan Individualizado de Rehabilitación

SAER: Servicio de Asistencia a la Reinserción

SGIP: Secretaría General de Instituciones Penitenciarias

TAEVI: Taller de Evaluación Inicial

TBC: Trabajo en Beneficio de la Comunidad

TEDH: Tribunal Europeo de Derechos Humanos

TMG: Trastorno Mental Grave

UNODC: Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito

UPL: Unidad de Psiquiatría Legal

RESUMEN

Uno de los problemas más relevantes que enfrenta actualmente el sistema penitenciario, es el número de personas con trastornos mentales graves que cumplen medidas de seguridad privativas de libertad en Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios. El Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario, artículo 209.2.1 establece que:

“La asistencia especializada a personas con enfermedad mental se asegurará, preferentemente, a través del Sistema Nacional de Salud.”

Sin embargo, en la actualidad, a pesar de que la ley establece que estas personas pueden ser atendidas en recursos sanitarios comunitarios, lo más común es que terminen cumpliendo las medidas de seguridad que le sean impuestas en los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios, que dependen de instituciones penitenciarias, o incluso, en algunos casos, en centros penitenciarios ordinarios debido a la escasez de plazas en los anteriores centros. No obstante, en ambas instituciones, se presenta una intervención similar hacia las personas con trastorno mental grave, en la cual, el aislamiento, juega un papel fundamental, y, dificulta trabajar desde la perspectiva terapéutica y resocializadora que necesitan los internos/as con esta afección.

Es por este motivo, por el que en este trabajo buscaremos soluciones alternativas para estas personas. Enfocándonos en modelos penitenciarios que permitan a la persona con trastorno mental grave una rehabilitación lo más cercana posible a su entorno, que favorezca su autonomía personal y el desarrollo de sus competencias a través de la figura del trabajador/a social del Equipo Multidisciplinar de Salud Mental Comunitario, en sustitución a la figura del trabajador/a social penitenciario.

PALABRAS CLAVE: Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios, Trastorno Mental Grave, Aislamiento, Rehabilitación, Trabajo Social.

ABSTRACT

One of the most relevant problems currently facing the penitentiary system is the growing number of people with serious mental disorders who comply with custodial security measures in Penitentiary Psychiatric Hospitals. Royal Decree 190/1996, of February 9, which approves the Penitentiary Regulations, article 209.2.1 states that:

“Specialized assistance for people with mental illness will be ensured, preferably, through the National Health System.”

However, currently, although the law establishes that these people can be treated in community health resources, the most common thing is that they end up complying with the security measures imposed on them in Penitentiary Psychiatric Hospitals, which depend on institutions, prisons, or even in some cases in ordinary penitentiary centers due to the shortage of places in the previous centers. However, in both institutions, a similar intervention is presented towards people with serious mental disorders, in which isolation plays a fundamental role, and makes it difficult to work from the therapeutic and resocializing perspective that inmates with disabilities need. this condition.

It is for this reason that in this work we will look for alternative solutions for these people. Focusing on penitentiary models that allow the person with a serious mental disorder rehabilitation as close as possible to their environment, which favors their personal autonomy and the development of their skills through the figure of the social worker of the Multidisciplinary Mental Health Team. Community, replacing the figure of the prison social worker.

KEY WORDS: Penitentiary Psychiatric Hospitals, Serious Mental Disorder, Isolation Rehabilitation, Social Work.

I. INTRODUCCIÓN

Actualmente el incremento significativo de personas con TMG en instituciones penitenciarias, es uno de los problemas más importantes al que se enfrenta el sistema penal (RODRÍGUEZ YAGÜE, 2019). Debido a esto, existen diversos recursos en función del perfil de los internos/as, pudiendo ser personas penadas, inimputables o semiimputables.

En primer lugar, aquellas personas con enfermedad mental que se encuentren penadas, cumplirán la condena en un CPO en el cual disponen del programa PAIEM. Este programa tiene entre sus objetivos, la reinserción social a través de medidas terapéuticas. Para conseguir la reinserción es de vital importancia ofrecer una atención integral a los internos/as. El PAIEM tiene tres funciones características: detectar a aquellas personas con trastornos mentales que se encuentran en prisión para poder intervenir con ellas, así como asegurarse de que son correctamente diagnosticadas y tratadas; aumentar su calidad de vida a través del desarrollo de su autonomía personal y el ajuste a su entorno, además de favorecer la reincorporación social y derivarlas a los recursos sociosanitarios que le sean pertinentes. Para ello, el PAIEM, realizará actividades de intervención terapéuticas comunes a toda la población reclusa, así como otras más específicas dedicadas solo a aquellas personas con enfermedad mental (RODRÍGUEZ YAGÜE, 2019).

Por otro lado, continuando con los penados/as, en los CIS, se dispone del Programa “Puente de Mediación Social”. Este programa tiene como fin mejorar la reinserción social de aquellas personas que se encuentren cumpliendo su pena, en régimen abierto. El Programa Puente se estableció en el 2012 por parte de la SGIP, a modo de continuación del ya mencionado programa PAIEM (MATEO SOLER ET AL., 2017).

Mientras que, para aquellas personas con TMG, destinadas a cumplir PMA, existe el Programa “Puente Extendido”. El Programa Puente Extendido trata de detectar la presencia de personas con TMG que se encuentren cumpliendo PMA. A estas personas se les ofrece realizar el cumplimiento de estas, a través del TAEVI (<60 jornadas de TBC) y el MEI (>60 jornadas de TBC). Además, también se facilita la comunicación de la persona con los servicios socio-sanitarios, con el objetivo de mejorar su salud mental y evitar un incumplimiento de las medidas judiciales que tengan como consecuencia el ingreso en CPO (MATEO SOLER ET AL., 2017).

Por último, y como tema principal que se abordará a lo largo de este trabajo de investigación, se encuentran aquellas personas inimputables con enfermedad mental, que tienen que cumplir medidas de seguridad privativas de libertad, en un centro psiquiátrico. La medida de seguridad podrá cumplirse tanto a través del propio sistema penitenciario, como a través de centros socio-sanitarios que se encuentren fuera del sistema penal. Sin embargo, no es habitual el uso de recursos socio-sanitarios extrapenitenciarios para ejecutar el cumplimiento de dichas medidas (ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA [AEN], 2022).

Así pues, el cumplimiento de medidas de seguridad del sistema penitenciario, se reduce a los centros psiquiátricos recogidos en los arts. 183-191 del RP, entre los que se encuentran los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios, los cuales no poseen competencias propias y dependen de Instituciones Penitenciarias (AEN, 2022).

Sin embargo, la existencia de estas instituciones, contradice a la Ley General de Sanidad en España, aprobada en el año 1986, a través de la cual se empieza a incorporar la atención

psiquiátrica en el sistema comunitario para aquellas personas con enfermedad mental (MINISTERIO DEL INTERIOR, 2011).

Actualmente, el aislamiento está contraindicado, según la psiquiatría comunitaria para la recuperación de la persona con TMG, y por lo tanto se propone en su lugar una atención a través de los recursos socio comunitarios que favorezcan la socialización de la persona, así como su asistencia terapéutica (MINISTERIO DEL INTERIOR, 2011).

Es por ello que, será de vital importancia para mejorar la situación socio-sanitaria de estas personas, la búsqueda de alternativas para la ejecución de la medida de seguridad de los internos/as con TMG en Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios, desde una perspectiva socializadora, y mediante la figura del trabajador/a social.

II. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Según la SGIP, en 2021, se registran a nivel nacional 514 personas que se encuentran cumpliendo medidas de seguridad privativas de libertad en Instituciones Penitenciarias (incluidos los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios). De ellas, 51 se reparten entre Cataluña y el País Vasco, Comunidades autónomas con competencias propias en el ámbito penitenciario (ETXEBARRIA ZARRABEITIA, 2023). Este porcentaje se mantiene en 2023.

Conviene subrayar que, según la CPT, los pacientes que cumplen medidas de seguridad tanto en Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios como en CPO, reciben un tratamiento muy similar basado en la farmacoterapia, ya que ambas instituciones carecen de una separación institucional (COMITÉ PARA LA PREVENCIÓN DE LA TORTURA [CPT], 2021).

Posiblemente esta forma de afrontar la problemática de salud mental en el medio penitenciario se deba a la escasez de profesionales socio-sanitarios, desembocando en una pérdida del enfoque terapéutico de estos centros. Además, los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios carecen de módulos separados en función del perfil de las personas. Todo ello dificulta que se les pueda proporcionar un tratamiento individualizado y de calidad (CPT, 2021).

Ante esto el CPT (2021) manifiesta que:

“las personas con un trastorno mental que requieran tratamiento y atención psiquiátrica continuada y/o aguda no deben ser retenidas en prisión, sino trasladadas a un centro sanitario adecuado.” (p.73)

Específica además que los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios carecen del enfoque terapéutico, y de las características adecuadas que permitan el adecuado tratamiento de las personas con TMG (CPT, 2021).

Atendiendo a estas deficiencias, se podrían defender soluciones alternativas más adecuadas a través de los recursos socio-sanitarios de la comunidad, los cuales disponen de medios, recursos y profesionales que facilitan la intervención con estas personas. Permitiendo así reducir considerablemente el número de internamientos y recursos residenciales en instituciones penitenciarias (ETXEBARRIA ZARRABEITIA, 2023).

III. OBJETIVOS

- **OBJETIVO GENERAL:**

- Analizar y mejorar la situación de las personas con TMG, que se encuentran internas en los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios, desde una perspectiva social.

- **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Conocer la realidad social de los Hospitales psiquiátricos penitenciarios, y la figura que el trabajador/a social desempeña en estos.
- Buscar alternativas que favorezcan la resocialización del interno/a, y disminuyan el aislamiento a través de instituciones sanitarias comunitarias.
- Fomentar la figura del trabajador/a social en los equipos multidisciplinares de Salud Mental, en lugar de la del trabajador/a social penitenciario.
- Favorecer alternativas rehabilitadoras desde el ámbito socio-sanitario.

IV. METODOLOGÍA

Para la realización del presente trabajo, emplearemos una metodología sustentada en la disciplina del Trabajo Social, a través de una investigación que estará enfocada en la intervención social (CASTRO GUZMÁN ET AL., 2017). Para ello, indagaremos sobre los problemas de índole rehabilitadora que afectan a las personas internas en los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios, las cuales se consideran personas en riesgo de exclusión y sujetos de intervención en Trabajo Social, a consecuencia del aislamiento que provoca el internamiento en ellos.

Esta metodología implementa procedimientos novedosos para analizar, distinguir, examinar e intervenir en los problemas sociales, implementando nuevas formas de actuación, a través del análisis científico de los problemas sociales (CASTRO GUZMÁN ET AL., 2017).

El Trabajo Social es una disciplina fundamental en el campo de las Ciencias Sociales, puesto que, no solamente se limita a intervenir en los problemas sociales, sino porque además, primero analiza e investiga sobre problemas y necesidades sociales antes de intervenir (CASTRO GUZMÁN ET AL., 2017).

Así pues, se llevará a cabo una investigación aplicada (práctica empírica), caracterizada por emplear los datos obtenidos en el marco teórico, para llevar a cabo una acción destinada a transformar la realidad. Es decir, busca que aquellos conocimientos obtenidos en la investigación tengan un fin práctico (MUNTANÉ RELAT, 2010).

Para ello, emplearemos en la elaboración del presente trabajo, en su mayoría una metodología cualitativa, ya que esa nos permitirá interpretar cuestiones sociales de manera más compleja. Para ello necesitaremos un marco teórico, que nos permita analizar la realidad social (SÁNCHEZ SILVA, 2005) de las personas internas en los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios .

La metodología cualitativa se caracteriza por tener normalmente un carácter inductivo (SÁNCHEZ SILVA, 2005). En el método inductivo, se observan e investigan casos específicos de la realidad, para posteriormente establecer teorías generales (HYDE ,2000).

Para la construcción del marco teórico, se utilizará una revisión bibliográfica, de aquellos documentos escritos por otros autores, que consideremos más relevantes para la investigación. Para esta revisión bibliográfica utilizaremos informes, artículos de revista, libros y documentación publicados en distintas bases de datos (Dialnet, Google Académico....) (MUNTANÉ RELAT, 2010).

Emplearemos además un estudio exploratorio, que nos permitirá abordar los principales aspectos que caracterizan la intervención social (MUNTANÉ RELAT, 2010) en los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios. Además, esta metodología facilitará una investigación posterior que incidirá en los aspectos más relevantes del estudio (MUNTANÉ RELAT, 2010).

V. ¿NECESIDAD DE HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS PENITENCIARIOS COMO MEDIDA DE SEGURIDAD?

1. Antecedentes

Ya en el siglo XVIII, John Howard filántropo y reformista de prisiones criticó que los presos/as con enfermedad mental permanecieran junto al resto de la población penitenciaria. Ya que, en España durante la primera mitad del siglo XIX, esta convivencia era común en el ámbito penal (BARRIOS FLORES, 2007).

Con el CP de 1848, surgen algunos cambios, y, se establece que los enfermos mentales de aquella época considerados “locos” o “dementes”, no eran responsables de aquellos delitos que hubiesen cometido, sin embargo, cuando el delito cometido fuera grave, se ordenará su internamiento en hospitales destinados a ellos (HAVA GARCÍA, 2021).

En 1886, en Madrid se sugiere crear un manicomio penitenciario, a través de un RD, en diciembre de ese mismo año, sin embargo, esta idea no se materializó hasta mucho más tarde (BARRIOS FLORES, 2007).

En aquel entonces, el destino tanto de las personas que eran declaradas no responsables de su delitos por enfermedad mental, como el de aquellas que sí habían entrado a un centro penitenciario pero habían desarrollado aquí dentro un trastorno mental, era el manicomio de la provincia de origen de la persona (BARRIOS FLORES, 2000).

Por lo que, ante la falta de recursos para estas personas surge en 1894, lo que se consideraría el primer Psiquiátrico penitenciario en España, la Penitenciaría Hospital, “El Puerto de Santa María”, donde a pesar de la necesidad de crear una institución adecuada, se seguía utilizando como un “manicomio penitenciario provisional” (BARRIOS FLORES, 2007).

Solo en el caso de que la pena fuera larga, o grave se ingresaba en la anterior institución. Aunque el sistema de funcionamiento de esta Penitenciaría Hospital, era similar al de cualquier otro manicomio (LÓPEZ LÓPEZ, 2006).

En la Penitenciaría Hospital y en el resto de manicomios que podíamos encontrar en las ciudades, se presentaban características de suciedad y abandono y hacinamiento similares (HAVA GARCÍA, 2021).

Es decir, hasta el siglo XX, las personas con enfermedad mental en el ámbito penitenciario podían ser encontradas tanto en cárceles como en manicomios, ya que, no había instituciones adecuadas para estas personas (BARRIOS FLORES, 2007).

En 1944, empezó la construcción del Centro Asistencial Psiquiátrico Penitenciario de Madrid, cuya función era cubrir las necesidades terapéuticas de las personas penadas. Este establecimiento era masculino, solo acogida a enfermos presos varones, y recibió fuertes críticas por parte de Comisión de Legislación de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, la cual acusó a la institución de obsolescencia en sus tratamientos, con un trato hacia los presos/as sumamente inquisidor, obligatoriedad para tomar medicamentos, falta de terapia ocupacional... Todo esto hacía que el proceso terapéutico no fuera realmente efectivo. Por lo que, en 1990, junto con otras instituciones psiquiátricas penitenciarias de la época, se procedió a su cierre, y se unificó con el Centro Penitenciario Preventivo de Madrid (BARRIOS FLORES, 2007).

Junto a este, otros establecimientos de la época que fueron cerrados por mala praxis son: El Departamento de Oligofrénicos de León; El Departamento de Oligofrénicos de Sevilla, que

se convirtió en el Hospital Psiquiátrico de Sevilla; El Centro de Psicópatas de Huesca, cuyos pacientes fueron trasladados al Hospital Psiquiátrico de Alicante (BARRIOS FLORES, 2007).

En 1986, se aprueba la Ley General de Sanidad en España y con ella se incorpora la atención psiquiátrica en el sistema sanitario general, además se transfieren las competencias en materia de sanidad a las Comunidades Autónomas. A partir de entonces, se va a considerar a las personas que padecen enfermedades mentales, cómo sujetos de derechos y obligaciones, haciendo hincapié en las intervenciones técnicas, psicológicas y sociales. Es entonces, cuando empieza a considerarse que una persona está sana, según la OMS, cuando alcanza un completo bienestar físico, psicológico y social. Es por ello, que el Trabajo Social comienza a centrarse en conseguir que el ambiente social de las personas con enfermedad mental sea el idóneo (GARCÉS TRULLENQUE, 2010).

Con el RP de 1996, las personas presas con enfermedad mental pasan a ser tratadas sobre todo en dos instituciones, que se encuentran dentro del régimen penitenciario, los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios de Alicante y Sevilla, inaugurados en 1983 y en 1990 respectivamente (ARROYO COBO ET AL., 2021).

Para comenzar a definir los principales problemas de los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios, es necesario clasificar este tipo de establecimientos. Según el art. 7 de la LOGP los establecimientos penitenciarios comprenderán:

“a) Establecimientos de preventivos. b) Establecimientos de cumplimiento de penas. c) Establecimientos especiales.”

Según el art. 11 de esta misma ley dentro de estos centros especiales tenemos:

“ a) Centros hospitalarios. b) Centros psiquiátricos. c) Centros de rehabilitación social, para la ejecución de medidas penales, de conformidad con la legislación vigente en esta materia.”

Sin embargo, actualmente, a pesar de los varios tipos de establecimientos especiales que distingue el art. 11, los centros especiales se limitan a los centros psiquiátricos, y se restringen normalmente, a los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios (FERNÁNDEZ ARÉVALO, 2006).

Según el art. 183 del RP, los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios son:

“Aquellos centros especiales destinados al cumplimiento de las medidas de seguridad privativas de libertad aplicadas por los Tribunales correspondientes.”

Son instituciones cerradas, cuyo fin es rehabilitar a las personas que padecen alguna enfermedad mental. La estancia en estos centros, es decretada por los tribunales, y el fin es evitar que la persona sentenciada vuelva a cometer un delito igual o de similar naturaleza (ARROYO COBO ET AL., 2021).

Las personas que se encuentran en esta estancia son inimputables en gran parte, aunque también puede abordar a penados/as con trastornos psiquiátricos, según que circunstancias (FERNÁNDEZ ARÉVALO, 2006).

Así pues, los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios cumplen dos funciones. Por una parte, son instituciones penitenciarias que ejercen el resguardo y vigilancia de los internos/as y por otro, actúan como entidades sanitarias (RP, 1966).

Sin embargo, esto contradice al RD 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el RP, art. 209.2.1 establece que:

“la asistencia especializada se asegurará, preferentemente, a través del Sistema Nacional de Salud.”

Esto daría lugar a una pérdida de esa competencia por parte de los establecimientos penitenciarios (FERNÁNDEZ ARÉVALO, 2006).

Actualmente, en España, contamos solo con dos Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios, los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios de Sevilla y Alicante nombrados anteriormente. Esto hace que muchas personas con enfermedad mental cumplan su medida de seguridad en un CPO. Además, los centros penitenciarios ordinarios, no cuentan con unidades psiquiátricas específicas en ellos. Por lo que, los internos/as con enfermedad mentales se encuentran por lo general en los departamentos de enfermería (LACAL CUENCA ET AL.,2018).

El Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla, abarca a las personas de género masculino las comunidades autónomas de Andalucía, Extremadura, Canarias, Ceuta y Melilla. Además, cuenta con 158 plazas (CEREZO DOMÍNGUEZ y DÍAZ SÁNCHEZ , 2016).

Por otro lado, el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante, atiende a la totalidad de las comunidades autónomas de España, (a excepción de las anteriormente nombradas), y Cataluña, País Vasco, y Navarra (puesto que estas comunidades autónomas tienen transferidas las competencias en materia penitenciaria), así como, atiende a toda la población femenina con trastornos psiquiátricos de cualquier comunidad. Sin embargo, solo cuenta con 35 plazas para mujeres entre un total de 371 plazas (MINISTERIO DEL INTERIOR , 2011).

Datos de Actividad de ambos centros , en % de internos ingresados	Alicante	Sevilla
Año de inauguración	1984	1990
Capacidad máxima (camas residenciales)	371	158
% Ocupación media	105%	117%

% de ingresos residentes en la propia CCAA del HP	39%	72%
% de internos que tienen antecedentes penales	36.5%	41%
%que han estado en centros ordinarios	67%	49%
% de antecedentes de ingreso en psiquiátrico penitenciario	18%	16%
% cumple más de una medida de internamiento	15%	30%
% inimputables	71%	62%
% semiimputables	26%	31%
% con salidas al exterior	82%	90%
% que cumple con medida de seguridad menores de 5 años	32%	53%

Fuente: Ministerio del Interior, Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (2011).

A través de un análisis de ambas instituciones podemos manifestar que existen tres problemas en ambas instituciones (MINISTERIO DEL INTERIOR , 2011):

- Sobreocupación(MINISTERIO DEL INTERIOR, 2011).

Un hecho clave ha sido la Reforma Psiquiátrica, que ha tenido como consecuencia una disminución de los Hospitales Psiquiátricos Comunitarios (CASTEJÓN BELLMUNT ET AL., 2010). Así pues, a partir del año 1960, en Europa, muchos de los Hospitales Psiquiátricos Comunitarios han sido cerrados. Se adquiere una nueva visión en la que las personas con enfermedad mental no necesitan largas estancias en centros hospitalarios, sino más bien atención ambulatoria proporcionada a través de unidades hospitalarias (ARROYO COBO ET AL., 2021). En la actualidad los Hospitales Psiquiátricos Comunitarios están casi extinguidos, y solamente, se construyen en Europa Occidental cuando necesitamos atender personas con TMG y/o con alto grado de dependencia (BABALOA ET AL., 2014, COMO SE CITÓ EN ARROYO COBO ET AL., 2021).

Esto da lugar a que muchas personas con trastornos mentales diagnosticadas antes, durante o después del proceso judicial hayan terminado en Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios, puesto que no hay alternativas para ellos. Como consecuencia, los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios atienden a más personas de las que tienen capacidad. Esto origina que muchas personas con enfermedad mental estén en régimen ordinario penitenciario, a la espera de que quede alguna plaza libre para poder ingresar en esta institución (CASTEJÓN BELLMUNT ET AL., 2010).

- Una configuración organizativa inadecuada, que se asemeja más a la de una institución correccional que a un centro de salud, así como cierta imprecisión en el desempeño de los cargos de los trabajadores y trabajadoras de la institución (MINISTERIO DEL INTERIOR , 2011).

Existe un desajuste entre las mejoras en la infraestructura que el sistema penitenciario ha estado desempeñando en los últimos años y las producidas en los propios Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios (MINISTERIO DEL INTERIOR , 2011).

Por otro lado, se necesitaría, una mayor especialización por parte de los trabajadores de los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios, los cuales desempeñan las mismas funciones que las que realizan los profesionales de los CPO. Por lo tanto debería de proporcionarse una formación especializada, centrada en el enfoque terapéutico a todo el personal (MINISTERIO DEL INTERIOR, 2011).

- Desafíos en la contratación del personal técnico requerido, especialmente preocupantes en ciertas áreas profesionales (MINISTERIO DEL INTERIOR, 2011).

Es importante mencionar que existe una carencia de profesionales asistenciales, en comparación al número de profesionales de vigilancia y seguridad que poseen estos centros. Entre los profesionales que mayor carencia se reporta, destacan: psiquiatras, seguidos de auxiliares de enfermería, terapeutas ocupacionales y celadores (MINISTERIO DEL INTERIOR, 2011).

2. Perfil de las personas internas en Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios: inimputabilidad, semiimputabilidad

Por otro lado, es importante conocer el perfil de las personas que se encuentran en estos establecimientos siendo en su mayoría personas inimputables y semiimputables (MINISTERIO DEL INTERIOR, 2011)

De este modo, si una persona con enfermedad mental delinquiró, como consecuencia de esta, se le declarará inimputable (no culpable) (HAVA GARCÍA, 2021). Una persona es declarada en el sistema penal inimputable, cuando se considera que en el momento del delito, la persona no tenía capacidad para ser consecuente de sus actos. Tener una enfermedad mental, sin diagnosticar o cuyos efectos no se encuentran controlados se encuentra como uno de los supuestos según el art. 20.1º del CP por los que se puede declarar la inimputabilidad (POMARES CINTAS,2016).

En el caso en el que se considere, que existe probabilidad de que el sujeto, vuelva a delinquir, efectuando el mismo delito o uno de similar naturaleza (peligrosidad criminal) se aplicará una o varias medidas de seguridad (HAVA GARCÍA, 2021).

Para implantar las medidas de seguridad, el juez/a debe decretar que existe dicha peligrosidad criminal. Además las medidas de seguridad, que se apliquen deberán de ser proporcionales en tiempo, a la pena que le hubiese sido aplicada en caso de haber sido penado (GRUPO DE ESTUDIOS DE POLÍTICA CRIMINAL [GEPC], 2021). Según el art.96 del CP, existen dos tipos de medidas de seguridad: las privativas de libertad y las no privativas de libertad (BARRIOS FLORES,2015).

En el caso de la persona con enfermedad mental, la medida de seguridad privativa de libertad, destinada a estas personas, es el internamiento en un centro psiquiátrico (POMARES CINTAS,2016).Según el art. 20 del Real Decreto 840/201:

“Las medidas de seguridad se cumplirán en los centros adecuados, públicos o concertados de las Administraciones públicas competentes por razón de la materia y del territorio.”

Sin embargo lo más común es que estas personas cumplan sus medidas de seguridad de internamiento en Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios o en su defecto en CPO (BARRIOS FLORES,2015).

Las medidas de seguridad deberán tener un carácter post delictual según el art. 6.1 CP , es decir sólo podrán aplicarse después de que la persona haya efectuado un delito. Esto, es importante, ya que hasta hace poco las personas con enfermedad mental considerados “peligrosos sociales” podían cumplir medidas de seguridad predelictuales, según la “Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social” de 1970, derogada en 1995 y antes conocida como la “Ley de Vagos y Maleantes” de 1933 (POMARES CINTAS, 2016).

Por otro lado, tenemos la semiimputabilidad, en estos casos se considera que aunque la enfermedad mental si influyó al sujeto a la hora de cometer el delito, no se puede demostrar que en el momento del delito el sujeto no tenía capacidad de delinquir. Por lo tanto en estos casos se dará prioridad al cumplimiento de la medida de seguridad impuesta, que dará opción posterior a que la pena impuesta pueda ser suspendida si se considera perjudicial para el desarrollo de la persona (HAVA GARCÍA , 2021).

Sin embargo, las personas que han sido sentenciadas a medidas de seguridad privativas de libertad no son las únicas personas a las que se atienden en los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios, ya que según el art. 184 del RP, también pueden ingresar: población penitenciaria ordinaria con alguna enfermedad mental para la elaboración de un informe psiquiátrico por solicitud judicial, o penados/as en régimen penitenciario que necesiten de asistencia psiquiátrica especializada (FERNÁNDEZ ARÉVALO, 2006).

En cuanto al tratamiento, y , debido a que gran parte de las personas ingresadas en estos centros se les considera , exentos de culpa por falta de capacidad para comprender y/o cometer el delito del que se les acusaba, no existe una Comisión Disciplinaria en los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios (FERNÁNDEZ ARÉVALO,2006), ya que según el 188.4 del RP :

“Las disposiciones de régimen disciplinario contenidas en este Reglamento no serán de aplicación a los pacientes internados en estas instituciones.”

Por lo tanto, no existen las Juntas de Tratamiento ni los Equipos Técnicos, puesto que, se considera que estas personas no son penadas, por lo que, tampoco es necesaria la clasificación en grados de tratamiento (FERNÁNDEZ ARÉVALO, 2006).

En general, las personas con enfermedad mental que acaban en el sistema penal, lo terminan haciendo por delitos leves, que son cometidos como consecuencia y manifiesto de su enfermedad (AEN, 2009).

En cuanto al perfil de las personas internas en los Hospital Psiquiátrico Penitenciarios: los internos/as suelen tener una edad que oscila en su mayoría entre los 41-50 años de edad; la mayoría están solteros y su estancia en el Hospital Psiquiátrico suele tener una duración de 5,3 años de media (RUIZ ARIAS, 2021).

Por otra parte, en cuanto a, las circunstancias de la población interna en Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios, destaca la presencia de conflictos interfamiliares entre los internos/as y sus respectivas familias.El contexto familiar es un factor decisivo para delinquir, puesto que aquellos hogares que presentan padres/madres violentos o que ejercen un modelo educacional ausente o autoritario, son más propensos a que sus hijos/as presentes conductas delictivas. Además, otro dato clave, es que, algunos de los internos/as de estas instituciones, manifestaron presentar antecedentes psiquiátricos familiares (IÑIGO BARRIO ET AL.,1999).

Por otro lado, algunos de los factores sociales que más caracterizan a estas personas, es que destacan aquellas que pertenecen a una clase social baja, donde además influye, el contexto, barrio, o comunidad, en la que viven puesto que, las enfermedades y trastornos psicológicos suelen ser más frecuentes en barrios y/o zonas marginales.Muchos de ellos/as carecen de empleo y algunos/as se han visto obligados/as a ejercer la mendicidad (IÑIGO BARRIO ET AL.,1999).

En tercer lugar, tenemos el contexto clínico, con las enfermedades mentales más comunes que padecen estas personas. Destacan la esquizofrenia, la esquizotipia y las enfermedades delirantes, seguidas de, los trastornos de personalidad y por último, los trastornos mentales surgidos a causa de la consecuencia del consumo de sustancias psicotrópicas (IÑIGO BARRIO ET AL.,1999).

Un factor clave, teniendo en cuenta este último dato, es que el consumo de drogas por parte de estas personas. Esto es fundamental para abarcar el ámbito socio-sanitario, ya que en muchas ocasiones, el abuso de ciertas sustancias no sólo es el origen del desarrollo de diversas patologías mentales, sino que además, es también la causa de la comisión del delito (IÑIGO BARRIO ET AL.,1999).

3. Trabajo Social y Salud Mental en el ámbito penitenciario: marcos comparativos

3.1 Trabajo Social, Programa PAIEM y Prisión

Del total de personas que se encuentran en instituciones penitenciarias se considera, que aproximadamente ocho de cada diez internos han padecido en algún momento, una enfermedad mental, de los cuales alrededor de un 8% se consideraba un TMG (RODRÍGUEZ YAGÜE,2019).

Además, una vez en el sistema penal, es muy probable , que aquellos individuos que previamente, no estaban afectados por una o varias enfermedades mentales, puedan desarrollarlas a consecuencia, de ciertas circunstancias de la vida penitenciaria como lo son: carencia de intimidad, vigilancia constante, deterioro de los vínculos afectivos de la persona penada con amigos/as y familiares externos, frustración, y relaciones interpersonales basadas en la agresividad y la desconfianza (ARROYO COBO Y ORTEGA MARTÍNEZ , 2009).

Por lo tanto es fundamental intervenir con estas personas a través del programa PAIEM mencionado anteriormente. El PAIEM es un programa de atención integral dirigido hacia las personas con trastorno mental en CPO, cuya finalidad es alcanzar la reinserción social y el bienestar psicológico de estas personas (SECRETARÍA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS [SGIP], 2009).

El trabajador/a social de PAIEM, formará parte de un Equipo Multidisciplinar de Salud Mental formado por: el personal sanitario, psicólogo/a, educador/a y trabajador/a social (SGIP, 2009). Los trabajadores/as sociales de PAIEM, participarán junto a un Equipo Multidisciplinar en la elaboración del programa de rehabilitación del usuario/a. El trabajador/a social trabajará, atendiendo los déficits causados a consecuencia del trastorno mental , que origine problemas sociales, potenciando las capacidades individuales de cada persona (SGIP, 2009).

Por lo tanto, diseñarán junto al Equipo Multidisciplinar, para cada interno/a y, con el objetivo de favorecer la reinserción social, el PIR. Mediante el PIR, se persigue completar el diagnóstico de la enfermedad mental; establecer cómo se intervendrá con la persona interna, teniendo en cuenta sus habilidades y discapacidades; crear los objetivos y/ o actividades a realizar durante su estancia; la atribución de una persona del Equipo Multidisciplinar, que trabajará a modo de tutor/a con él o ella, y, además en el caso de que se estime oportuno,

también se le asignará un compañero/a que trabajará con la persona interna a modo de apoyo; así como se desarrollará un proceso de seguimiento y evaluación del programa (SGIP, 2009).

Para conseguir lo anteriormente nombrado el trabajador/a social del programa PAIEM, que intervenga con personas que padecen TMG, y se encuentre en un CPO deberá (SGIP, 2009):

- Tramitar las posibles prestaciones socioeconómicas que le correspondan a la persona.
- Promover la cohesión familiar, para favorecer su integración social.
- Derivar a instituciones y ONGs que proporcionan apoyo a las personas con enfermedad mental y facilitan su reinserción social.
- Tramitar el traslado a un centro socio-sanitario comunitario para cumplimentar una medida de seguridad, en sustitución de su cumplimiento en instituciones penitenciarias.
- Realizar derivaciones a instituciones socio-sanitarias a aquellas personas que finalicen su estancia en el establecimiento penitenciario (SGIP, 2009).

Atendiendo al último punto, tenemos que incidir en la finalización de la estancia en los establecimientos penitenciarios y la labor del trabajador/a social. El proceso de desinstitucionalización de cualquier persona que se encuentre en una institución penitenciaria, es un proceso que supone mucha carga emocional para todas las personas internas. Pero es de especial relevancia, cuando atendemos a personas con TMG, puesto que son más vulnerables (SGIP, 2009).

Existe además, la necesidad de cambiar el doble estigma originado por la comisión del delito y por el propio trastorno, que padecen las personas con TMG, insertas en el sistema penal, que presentan problemas para acceder a los recursos de la comunidad, una vez puestos en libertad (CASTEJÓN BELLMUNT ET AL., 2010). En muchas ocasiones solo se cuenta con el apoyo de las familias, y, a veces las derivaciones al núcleo familiar se dificultan debido a que el interno/a cometió el delito en este ámbito (MINISTERIO DEL INTERIOR , 2011).

Por lo tanto es fundamental que las derivaciones socio-sanitarias, que se establecen antes de finalizar la estancia en el centro penitenciario, comiencen a planificarse con bastante antelación a la puesta en libertad del interno/a, y se realicen de manera gradual y paulatina (SGIP, 2009).

Para facilitar la reincorporación social el trabajador/a social del programa PAIEM, se pondrá en contacto anticipado con la familia de la persona, así como con las instituciones a las que el interno será derivado. Será de gran ayuda que se vaya favoreciendo de manera gradual la inserción en el medio social a través de salidas terapéuticas u otros tipos de permisos (SGIP, 2009).

3.2 Trabajo Social y Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios

Las funciones y responsabilidades del trabajador/a social en Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios se divide en ocho bloques:

- Actuaciones a realizar en el ingreso de la persona al Hospital Psiquiátrico Penitenciario
- Actividades enfocadas en la atención a los internos/as.
- Atención a los familiares
- Administración de la documentación pertinente
- Implementar programas de la SGIP.
- Enfoque y trabajo multidisciplinario
- Cooperación con los recursos sociales/comunitarios de las Administraciones Públicas.
- Proporcionar asistencia y acción social penitenciaria. (MANUAL DE PROCEDIMIENTO DE TRABAJO SOCIAL EN INSTITUCIONES PENITENCIARIAS [MPTSIP], 2018)

Sin embargo, en la administración de la documentación, la implementación de programas de la SGIP, la cooperación con los recursos sociales/comunitarios de las Administraciones Públicas, y la administración de asistencia y acción social penitenciaria, se sigue el mismo procedimiento que el llevado a cabo por trabajadores/as sociales, que se encuentren en centros penitenciarios de régimen ordinario (MPTSIP, 2018)

Por lo tanto, para especificar y diferenciar la función del trabajador/a social en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario, abordaremos a lo largo del presente trabajo, las funciones restantes. Que nos permitirán concretar en particular la labor del trabajador/a social en Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios.

A) Acciones del trabajador/a social en la fase de ingreso de la persona

a.1. Entrevistar a la persona en el ingreso para obtener información sobre su situación social y laboral. En la entrevista se abordarán (MPTSIP, 2018)

- Datos personales/Familiares.
- Si la persona está capacitada civilmente, en caso de no estarlo, obtener información sobre quién ejerce su tutela.
- Situación Laboral.
- Datos toxicológicos.
- Datos socioeducativos.
- Situación penitenciaria.
- Datos relativos a residencia/vivienda.
- Número telefónico.
- Datos sanitarios/discapacidad/dependencia (MPTSIP, 2018).

En el caso, de que la persona haya ingresado por traslado procedente de otro Establecimiento Penitenciario, el trabajador/a social, completará los datos de su Ficha Social, con aquellos aspectos que considere oportunos (MPTSIP, 2018). La Ficha Social (Anexo 1), es aquel instrumento, que permite recopilar y analizar información, de la historia social del usuario/a. (CONSEJO GENERAL DEL TRABAJO SOCIAL, 2012), es por lo tanto, un documento estándar que recoge los datos de cualquier usuario/a de los servicios sociales. (BREZMES NIETO, 2001).

a.2. Terminar de completar la Ficha Social de Ingreso, además de iniciar el Registro de Intervenciones ,y, poner en marcha el Protocolo Social, basado en la información obtenida en la entrevista inicial (MPTSIP, 2018). El Registro de Intervenciones (Anexo 2), es aquel documento en el que el trabajador/a social registra cada una de las actuaciones profesionales que desempeña con el interno/a. A través de este documento, se permite al trabajador/a social evaluar y analizar sus propias intervenciones, así cómo también ayudan a que otros profesionales que puedan recibir el caso, conozcan las actuaciones realizadas con los internos/as (DE DIOS SÁNCHEZ y FILARDO LLAMAS, 2019).

a.3. Informar a la persona durante la primera entrevista con el trabajador/a social, sobre la documentación que deberá aportar, para verificar la información reflejada en la Ficha Social (MPTSIP, 2018).

a.4. Reconocer en la primera entrevista las demandas sociales de la persona interna, derivando posteriormente a esta, al profesional que le corresponda para su cometido, en caso de ser necesario (MPTSIP, 2018).

a.5. Gestionar con la persona interna,(siempre que esta tenga capacidad jurídica),la autorización para poder transmitir información sobre su situación actual, a determinadas personas y/o entidades.Tanto en el caso, de que se autorice, como de que no se autorice, se deberá especificar a qué personas y/o entidades, va dirigida la acción.

En caso de que la persona no posea capacidad jurídica, esta actuación , será realizada por la persona que disponga de su tutela (MPTSIP, 2018) .

a.6. Consultar a la persona interna si tiene impuesta alguna Orden de Alejamiento (MPTSIP, 2018).

a.7. Comunicarse, en caso de que se estime oportuno, con la familia de la persona interna, para corroborar la información facilitada por esta (MPTSIP, 2018).

a.8. Proporcionar al subdirector/a de tratamiento de la conclusión obtenida en la entrevista para valorar una propuesta de separación interior (MPTSIP, 2018).

a.9. Comprobar la recepción y envío de los “Protocolos Sociales”, esta acción será realizada en colaboración con el Departamento de Régimen o Gestión.

Además, se corroborará, que los protocolos sociales estén presentes en el expediente penitenciario de los individuos trasladados de otros Establecimientos Penitenciarios (MPTSIP, 2018).

a.10. Intervenir, en la práctica de los distintos métodos de actuación en relación a los ingresos (MPTSIP, 2018).

a.11. Registrar las acciones realizadas (MPTSIP, 2018).

B) Actuaciones de atención dirigidas a los internos/as por parte del trabajador/a social

b.1. Solucionar, guiar, y derivar a otros profesionales las demandas sociales del interno/a (MPTSIP, 2018).

b.2. Comunicar, cuando sea pertinente, las demandas sociales del interno/a al subdirector/a de tratamiento (MPTSIP, 2018).

b.3. Promover la coordinación necesaria, entre las instituciones externas destinadas a el tratamiento, rehabilitación y ayuda de las personas con enfermedad mental, y las actuaciones del Hospital Psiquiátrico Penitenciario (MPTSIP, 2018).

b.4. Dar información a los internos/as acerca de las prestaciones económicas a las que pueden acceder según la normativa vigente.(Orden INT/3688/2007, de 30 de noviembre) (MPTSIP, 2018).

b.5. Fomentar la participación activa de la persona interna, y familiares de esta, para resolver su situación-problema (MPTSIP, 2018).

b.6. Facilitar y agilizar la tramitación de la documentación (MPTSIP, 2018).

b.7. Registrar las acciones realizadas (MPTSIP, 2018).

b.8. Elaborar la Historia Social, de las personas internas, a través de entrevistas, que les permitan recabar información sobre su situación socio-familiar (MPTSIP, 2018). La Historia Social (Anexo 3) es aquel documento que permite analizar el recorrido del caso a intervenir, así como recopilar toda la información sobre este. (PONCE DE LEÓN ROMERO y MATEOS DE LA CALLE, 2016). En otras palabras es un registro detallado, que recopila información personal, familiar, sanitaria, de vivienda, económica, laboral, educativa y otros datos relevantes sobre la situación socioeconómica de una persona, y que además, incluye la demanda del usuario/a, el diagnóstico, la intervención y la evolución del caso (COLOM MASFRET, 2005).

b.9. Incorporar datos de los internos/as extranjeros en el Protocolo Social en relación a los siguientes aspectos:

- Arraigo familiar en España.
- Tiempo de permanencia en España.
- Identificar si se encuentra en el país en una situación irregular o regular. Especificando, cuando sea pertinente si se encuentra en situación de estancia temporal o permanente.
- Expediente de expulsión (MPTSIP, 2018).

b.10. Comprobar el lugar al que volverá el interno/a al finalizar su estancia en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario. Para ello, se estudiará su situación laboral, social y familiar. Si la situación lo requiere, se iniciará un proceso de cooperación, con entidades con competencias en salud mental. Para asegurarse, de que la atención psiquiátrica continúa tras su salida (MPTSIP, 2018).

- Se intentará insertar a los ex-internos/as en programas de rehabilitación comunitaria cuando no posean el apoyo comunitario necesario. Para ello, el trabajador/a social tramitará la dependencia, para introducirlo en el recurso asignado tras su estancia (MPTSIP, 2018).
- Garantizar, en caso de retorno al ámbito familiar , los seguimientos periódicos por parte del centro de salud mental comunitario (MPTSIP, 2018).

C) Actividades del trabajador/a social en la atención a los familiares de los internos/as.

c.1. Entrevista a familiares de la persona interna con el fin de conocer datos socio/familiares, que le permitan completar la historia social de la persona. Esta entrevista podrá realizarse tanto en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario, como en el domicilio familiar (MPTSIP, 2018).

c.2. Comunicar a la persona interna, como establecer contacto con el trabajador/a social, así como, crear un Plan de Atención, en el que se especifique los horarios destinados a la atención familiar por parte del trabajador/a social (MPTSIP, 2018).

c.3. Informar a los familiares de la situación de la persona interna, (salvo en caso de disconformidad del interno), con el fin de ofrecerles recursos y recabar información. Si la persona interna está incapacitada jurídicamente, esta entrevista será realizada a su tutor/a legal, sin embargo, podrán estar presentes en esta otros miembros de la familia (MPTSIP, 2018).

c.4. Proporcionar orientación social y/o socio-laboral a las familias y/o tutores legales de la persona interna, y derivarlas a otros profesionales o recursos especializados si es pertinente (MPTSIP, 2018).

c.5. Establecer y fortalecer la comunicación entre los diferentes Servicios Sociales Comunitarios especialmente con aquellas entidades externas (centros de salud, ONGs, Entidades Tutelares) destinadas a brindar apoyo integral a las personas con TMG y facilitar su rehabilitación y recuperación (MPTSIP, 2018).

c.6. Intervenir con las familias, de la persona interna para involucrarse en el proceso de rehabilitación/recuperación, asesorándolos sobre visitas, salidas terapéuticas.....Será importante igualmente, coordinarse con los Servicios Sociales Comunitarios, que trabajen con las familias desde fuera. Es importante, además derivar a los familiares a Programas de Intervención y apoyo familiar, que serán desarrollados por entidades externas (MPTSIP 2018).

c.7. Realizar entrevistas durante el proceso de valoración de acogida para salidas terapéuticas, programas de salida de larga duración y convivencias familiares a los familiares o instituciones pertinentes. Además, también se valorará la sustitución de medidas privativas de libertad por medidas no privativas de libertad. En este último caso el seguimiento recaerá en el centro de salud mental comunitario, y la familia deberá acompañar y guiar a la persona para cumplir con esta nueva medida (MPTSIP, 2018).

c.8. Gestionar, cuando los familiares de la persona interna, no resida en la provincia en la que se encuentra el Hospital Psiquiátrico Penitenciario, ni pueda desplazarse hasta este, medios para realizar los trámites necesarios, relacionados con sus competencias, (Acta de Acogida, Acta de Libertad Condicional....) en el Establecimiento Penitenciario más cercano a su lugar de residencia (MPTSIP, 2018).

c.9. Fortalecer los vínculos familiares y promover la normalización de la unidad de convivencia (MPTSIP, 2018).

c.10. Cooperar y coordinar las acciones del trabajador/a social, con las actuaciones de los centros de salud mental comunitarios, entidades tutelares, e instituciones externas que apoyen a las personas con enfermedad mental y sus familias (MPTSIP, 2018).

c.11. Registrar las acciones realizadas (MPTSIP, 2018).

D) Enfoque trabajo multidisciplinario

En los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios y en los CPO encontramos además: un Equipo Multidisciplinar de Salud Mental que trabaja con las personas con TMG, y favorecen su autonomía y la calidad de vida de las personas, la derivación a otras instituciones de apoyo, cooperación y coordinación con centros sanitarios y sociales (SGIP, 2009).

Las funciones del trabajador/a social junto al resto del Equipo Multidisciplinar serán:

d.1. Elaborar informes, sugerencias sobre el diagnóstico y evolución, detectados en la intervención, que irán dirigidos a algunos órganos como, el Órgano Judicial competente (JVP cada 6 meses, juzgado de instrucción...), Órgano Colegiado Penitenciario, Brigada de Extranjería de la Policía Nacional(MPTSIP, 2018).

d.2. Establecer el juicio pronóstico que se prevé (RUIZ ARIAS Y GIRÁLDEZ RAMÍREZ, 2024).

d.3. Evaluar la necesidad de continuar, terminar o cambiar la medida de seguridad impuesta y/o el cambio a otra institución o Unidad psiquiátrica (RUIZ ARIAS Y GIRÁLDEZ RAMÍREZ, 2024).

d.4. Elaborar el PIR (RUIZ ARIAS Y GIRÁLDEZ RAMÍREZ, 2024).

d.5. Evaluar la implementación de medidas especiales de ayuda o tratamiento, dentro y fuera del establecimiento a solicitud de la directiva del Hospital Psiquiátrico Penitenciario (RUIZ ARIAS Y GIRÁLDEZ RAMÍREZ, 2024).

d.6. Elaborar el Informe Social, de la persona usuaria en las salidas terapéuticas con la familia, en las propuestas de alternativas a la medida de internamiento, en el proceso de solicitud de la incapacidad civil (MPTSIP 2018). El Informe Social (Anexo 4), es un documento de carácter técnico e informativo, perteneciente al área de Trabajo Social (CONSEJO GENERAL DEL TRABAJO SOCIAL, 2012). El objetivo del informe social, es reflejar la situación social del sujeto, para promover recursos sociales alternativos y/o promocionar los establecidos (PONCE DE LEÓN Y MATEOS DE LA CALLE, 2016).

d.7. Realizar Informes Sociales de acuerdo al estudio inicial del paciente, creación de un programa individualizado de rehabilitación, evaluaciones periódicas, protocolo de derivación, estudio de libertades, salidas terapéuticas y promoción del procedimiento de la solicitud de la incapacitación civil (MPTSIP, 2018).

Por lo tanto, una vez analizadas y comparada las funciones del Trabajo Social tanto en el programa PAIEM de los CPO, como en Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios podemos concluir que ambas formas de intervención son muy similares ya que en ambos modelos se desarrolla un enfoque asistencial (SALIZE Y DRESSING, 2019, COMO SE CITÓ EN BARRIOS FLORES, 2015). Esto es debido a la poca separación institucional que encontramos entre ambas instituciones debido a que los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios se rigen por la normativa general penitenciaria y solo se diferencian de los CPO a través del art. 11 de la Ley Orgánica General Penitenciaria, y arts. 183-191 del RP, que actúan como normativas complementarias (BARRIOS FLORES, 2015).

4. Necesidad de un enfoque asistencial multidisciplinar: ¿Hospital Psiquiátrico Penitenciario como método?

El Equipo Multidisciplinar tendrá un enfoque rehabilitador y se enfocará en proporcionar atención médica especializada y llevar a cabo los programas pertinentes que favorezcan la recuperación de los internos/as (RUIZ ARIAS y GIRÁLDEZ RAMÍREZ, 2024).

Por lo tanto en todos estos procedimientos será de vital importancia adoptar un “Modelo Trieste”. Es decir no abordar a los/as internos/as bajo una perspectiva médica sino desde una perspectiva más amplia desde la perspectiva biopsicosocial, la cual considera aspectos biológicos, psicológicos y sociales (ARROYO COBO ET AL., 2021).

El “Modelo Trieste”, será un modelo de intervención que tendrá entre sus objetivos: aplacar la “peligrosidad criminal” de la persona; conseguir estabilizar su situación clínica; favorecer el desarrollo de sus competencias personales, incluida la autonomía a través de la disposición de recursos asistenciales, que impulsen una mayor independencia, y que faciliten su integración y reinserción social (RUIZ ARIAS y GIRÁLDEZ RAMÍREZ, 2024).

Sin embargo, existen factores inherentes a los propios Hospitales Psiquiátricos que dificultan implementar el anterior modelo y que dificultan su reinserción social. Uno de los factores clave, es el desarraigo familiar a causa de la insuficiencia de Hospitales Psiquiátricos en España. Lo cual origina en muchos casos, una gran distancia entre el núcleo familiar del usuario y la persona. Esta diferencia es especialmente problemática en el caso de las mujeres, puesto que solo pueden ser destinadas al Departamento de mujeres del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante (BARRIOS FLORES, 2015).

Por lo tanto, es común que en muchas ocasiones estas personas se encuentren aisladas, ya que no solo se les dificulta el contacto con personas de su círculo exterior a la prisión por el motivo anteriormente nombrado, sino que, además, también se limita a través de la normativa interna que rige la propia institución (LACAL CUENCA ET AL.,2018).

Más concretamente el art. 190 RP, establece que:

" Las Comunicaciones con el exterior de los pacientes fijarán en el marco del programa individual de rehabilitación de cada uno de aquéllos, indicando el número de comunicaciones y salidas, la duración de las mismas, las personas con quienes los pacientes puedan comunicar y las condiciones en que se celebren las mencionadas comunicaciones."

Sin embargo, se considera que mantener el contacto con su entorno es indispensable para su recuperación (LACAL CUENCA ET AL.,2018). Además,lo anterior contradice los objetivos

de los programas de rehabilitación, los cuales deben ser los menos aislados posibles (OLAUSSEN ET AL.,2019).

Por lo tanto trabajar en una institución de índole cerrada, dificulta desinstitucionalizar a la persona, a través de un correcto tratamiento terapéutico y social que permita a los sujetos ser parte activa del proceso y evitar la cronificación del problema (ARROYO COBO ET AL.,2021).

Un aspecto clave, es la reforma psiquiátrica, la cual considera que una buena rehabilitación social de la persona con enfermedad mental se basa en “la rehabilitación psicosocial”.No obstante, la estancia en estas instituciones de índole cerrada dificulta su alcance (MINISTERIO DEL INTERIOR, 2011).

Sin embargo, analizando las intervenciones del Equipo Multidisciplinar, podemos concluir que no es necesario que sean desarrolladas en el ámbito penitenciario, si no que podrían ser realizadas por equipos multidisciplinarios de otros ámbitos menos aislantes como a través del Equipo Multidisciplinar de Salud Mental Comunitario. Por lo tanto, podemos decir que sí es necesario, un Equipo Multidisciplinar, pero que trabaje desde una perspectiva externa al sistema penal (UNIVERSITY OF NEWCASTLE, 2024).

El Equipo Multidisciplinar deberá de este modo acompañar a la persona a través de un tratamiento personalizado. Todo ello favorecerá un tratamiento adecuado basado en la empatía y en la comprensión de las circunstancias personales de cada usuario/a (TOBÓN MARULANDA, 2005).

Es decir, el Equipo Multidisciplinar funciona como una herramienta y un medio, para conseguir un objetivo común (la reinserción del usuario/a), y no como un fin en sí mismo (GARCÉS TRULLENQUE, 2010).

De este modo, el contexto en el que se desarrolle la intervención del Equipo Multidisciplinar es esencial. Así pues la OMS destaca cinco elementos clave, que dificultan una correcta intervención con personas que se encuentran en establecimientos penitenciarios:la aglomeración de personas en sus instalaciones, la violencia, la carencia de privacidad, y la dificultad para contactar con sus redes sociales externas (ARROYO COBO, 2011). Además, el reclutamiento genera síntomas negativos en el desarrollo de la persona que generan malestar emocional y desembocan en un deterioro de las competencias sociales de la persona interna (NIÑO ASIRI ET AL., 2017). Es por ello que, la prisionalización, jugará un papel esencial, puesto que la persona experimentará cambios en su conducta originados por el entorno privativo de libertad en el que se encuentran (URIBE RODRÍGUEZ ET AL.,2012).

Por lo tanto, podemos concluir que la intervención en los Hospitales Psiquiátricos no es el contexto más adecuado para desarrollar una intervención multidisciplinar. Ya que, el contexto penitenciario, no es el más adecuado para favorecer el mantenimiento de una buena salud

mental de las personas internas (ARROYO COBO, 2011), puesto que no solo se les aísla de sus redes sociales y familiares como se comentó anteriormente, sino que además favorece los prejuicios y la marginación hacia este colectivo (OFICINA DE LAS NACIONES UNIDAS CONTRA LA DROGA Y EL DELITO [UNODC], 2011).

VI. ALTERNATIVA AL INTERNAMIENTO EN HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS PENITENCIARIOS DESDE UNA PERSPECTIVA SOCIAL: MODELO VASCO

Existen tres formas en las que las personas con TMG, inimputables o semiimputables pueden cumplir medidas de seguridad privativas de libertad: A través de los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios, en CPO, y en centros psiquiátricos no penitenciarios. Las dos primeras son las más frecuentes en el sistema penitenciario español, la última, sin embargo, no es tan común pero si es adoptada en la práctica de la Comunidad Autónoma del País Vasco (la cual posee competencias propias en materia penitenciaria) (ETXEBARRIA ZARRABEITIA, 2023).

En la Comunidad Autónoma del País Vasco, se implementó un modelo de cumplimiento de la medida de seguridad privativa de libertad por enfermedad mental, a través de centros psiquiátricos públicos o concertados. *“Tras el RD 894/2011, de 24 de junio, sobre traspaso de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Comunidad Autónoma del País Vasco en materia de sanidad penitenciaria”* (ETXEBARRIA ZARRABEITIA, p. 101), se creó en el 2013 la UPL de Aita Menni en Arrasate-Mondragón. Esto ha favorecido una reinserción social de las personas con TMG, evitando el ingreso innecesario en el sistema penitenciario (ETXEBARRIA ZARRABEITIA, 2023).

A partir del RD 894/2011 de 24 de junio, la Comunidad autónoma del País Vasco se convierte en la encargada de proporcionar atención sanitaria primaria y especializada a todos sus centros penitenciarios. Por lo tanto es el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco y el Servicio vasco de Salud (Osakidetza), el que asume las competencias. Gracias a ello, Osakidetza no solo dispuso que las medidas de seguridad privativas de libertad se cumplieran en centros psiquiátricos públicos, debido a que estas personas eran primordialmente pacientes; si no que además estableció centros de salud en cada uno de sus centros penitenciarios, en los que se proporciona atención psiquiátrica a través de la Red de Salud Mental (ETXEBARRIA ZARRABEITIA, 2023).

Antes de que el País Vasco asumiera las competencias respecto a la sanidad penitenciaria, y hasta el 2009, era común que las personas que debían cumplir medidas de seguridad privativas de libertad, por cuestiones psiquiátricas, ejecutarán el cumplimiento de estas en los Hospitales Públicos de Bermeo, Zamudio y Zaldívar. El fin era impedir, que los enfermos tuvieran que cumplir sus medidas en CPO, u en Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios. Para que esto fuera posible, contaba con la intervención del Juzgado de Vigilancia Penitenciaria de Bilbao (ETXEBARRIA ZARRABEITIA, 2023).

Sin embargo, la carencia de hospitales públicos, en el territorio vasco, provocó que en el año 2009, se estableciera un protocolo entre la Dirección de Ejecución Penal del Departamento de Justicia, Empleo y Seguridad Social y el Jefe de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental de Osakidetza, para la ejecución de las medidas de seguridad psiquiátricas privativas de libertad. El propósito del protocolo era que ninguna persona del País Vasco tuviese que ingresar en el sistema penal, para ejecutar dichas medidas (ETXEBARRIA ZARRABEITIA, 2023).

De este protocolo surgió el SAER, este órgano recibe información sobre las medidas de seguridad de internamiento psiquiátrico que deben cumplimentarse, y junto con Osakidetza y los centros hospitalarios, valorar si esa persona puede cumplimentar su medida en instituciones públicas, privadas o concertadas (ETXEBARRIA ZARRABEITIA, 2023).

Recapitulando a la actualidad, la UPL está administrada por El Departamento de Salud del Gobierno Vasco y el Hospital Aita Menni, de las Hermanas Hospitalarias de San Juan de Dios. (ETXEBARRIA ZARRABEITIA, 2023)

La UPL, tiene 20 habitaciones individuales para aquellas personas internas. En cuanto al tiempo de internamiento dependerá, por un lado de la duración de la medida de seguridad impuesta judicialmente, y de la evolución del usuario/a (ETXEBARRIA ZARRABEITIA, 2023).

Uno de los principales motivos que lleva a las comunidades autónomas a rechazar la implantación de centros comunitarios similares a la UPL, es que la implantación de estas unidades supondría implantar unos mayores niveles de seguridad y vigilancia en las instalaciones sanitarias muy difíciles de alcanzar (ETXEBARRIA ZARRABEITIA, 2023).

Sin embargo, esto no tiene por qué ser necesario, ya que el órgano directivo de la UPL, no cuenta con personal de seguridad. La UPL, aboga por otras técnicas basadas sobre todo en las cuestiones arquitectónicas de la institución *“todos los ángulos de todos los espacios comunes, son visibles desde otras zonas comunes”* (ETXEBARRIA ZARRABEITIA, 2023, p. 103), además de la videovigilancia, y lo más importante la actuación del personal socio sanitario del centro (ETXEBARRIA ZARRABEITIA, 2023).

VII. PRAXIS DEL TRABAJO SOCIAL EN EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR DE SALUD MENTAL COMUNITARIO, VS TRABAJO SOCIAL PENITENCIARIO

Como ya hemos mencionado anteriormente, la reforma psiquiátrica de la Ley General de Sanidad (1986) manifiesta la necesidad de que las personas con trastorno mental reciban una atención que les permita continuar en contacto con la comunidad para mejorar su autonomía y favorecer su bienestar social (MINISTERIO DE INTERIOR, 2011). Para ello contamos con

una figura clave la del trabajador/a social del Equipo Multidisciplinar de Salud Mental Comunitario.

Según GARCÉS TRULLENQUE (2010), en el año 2006, “ *la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad en coordinación con las Comunidades Autónomas, las sociedades científicas y las asociaciones de familiares, impulsa la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud.*” (p. 336)

Esta Estrategia se fundamenta en la Declaración de Helsinki en Salud Mental, en la cuál se fundamenta el carácter prioritario de la salud mental en las esferas económica, sanitaria, y social. A partir de esta estrategia se fomenta la creación de nuevas estrategias en salud mental, que fomenten la promoción y prevención de los elementos de riesgo relacionados con la enfermedad mental. Estas estrategias incluyen intervenciones terapéuticas, rehabilitación, cuidados y apoyo social, fortaleciendo la atención comunitaria y las redes de cuidados integradas. Asimismo, se trabajará activamente para disminuir los prejuicios que rodean a la enfermedad mental, y que afectan a los pacientes y sus familias (GARCÉS TRULLENQUE, 2010).

Para intervenir con personas que padezcan algún trastorno mental, será necesario un Equipo Multidisciplinar (como ya se ha comentado anteriormente), dentro del cual, encontraremos al trabajador/a social. Todos los miembros del equipo contribuirán en la intervención del paciente, aunque de manera diferente en función de su rol profesional. Cada uno de los miembros establecerá sus intervenciones en función de la singularidad y gravedad de la problemática del caso a tratar (GARCÉS TRULLENQUE, 2010).

La composición del equipo puede variar según las necesidades de la población que atiende el dispositivo. En concreto, el trabajador/a social traslada la vertiente ambiental, relacional, cultural, económica, etc. que se incorpora a lo biológico y a lo psicológico para realizar la valoración global del enfermo/a y el plan de tratamiento (DÍAZ PALACIOS, 2002).

Actualmente, la atención sanitaria, respecto a cuestiones relacionadas con la Salud Mental, se proporciona en Centros de Salud Mental, hospitales, hospitales de día, Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (es de decir se proporciona a través de instituciones comunitarias)(GARCÉS TRULLENQUE, 2010).

Así pues, podemos considerar que el Trabajo Social Clínico, es el que desempeña un profesional del Trabajo Social en Salud Mental, sin embargo, este último, está dirigido a una población concreta (MIRANDA ARANDA Y GARCÉS TRULLENQUE, 1998).

En función de las circunstancias psicopatológicas del usuario/a, existen dos tipos de pacientes, los atendidos de forma puntual por algún tipo de crisis, y los usuarios/as prolongados de los servicios de salud mental (GARCÉS TRULLENQUE, 2010).

En el caso de los usuarios/as continuos, se encuentran aquellas personas que padecen TMG, y en las cuales nos centraremos. Estas personas requieren una atención diferenciada por parte del trabajador/a social, en comparación con aquellas personas que acuden por crisis puntuales. Por lo tanto, el tipo de intervención que efectuará el trabajador/a social estará centrado en (GARCÉS TRULLENQUE, 2010):

- Abordar las problemáticas socio-familiares de la persona usuaria.
- Atender las consecuencias psicosociales provocadas a causa de la enfermedad crónica, que padece el usuario/a, las cuales dificultan el transcurso de su vida cotidiana (GARCÉS TRULLENQUE, 2010).

Es especialmente importante la acción que el trabajador/a social de salud mental ejecuta con las personas con TMG, puesto que estos trastornos, pueden desembocar en numerosas consecuencias que alterarán la vida del enfermo/a como, limitaciones o dificultades para ejecutar el desarrollo de una función (disfunciones), diversidad funcional y/o dependencia. Además de otras consecuencias que perturben su red social de apoyo, cómo la sobrecarga familiar, o la ausencia de ésta y/o redes de apoyo (GARCÉS TRULLENQUE, 2010).

Por lo tanto, el TMG, influye en la esfera social de los/as pacientes, cuya vida cotidiana, así cómo relaciones sociales se ven afectadas por la enfermedad, provocando dificultades en la interacción con su entorno. En consecuencia, será de vital importancia trabajar sobre estas consecuencias sociales, para favorecer la rehabilitación a través de la integración social del usuario/a (GARCÉS TRULLENQUE, 2010).

Con la inserción de la persona en la red-socio comunitaria estaremos evitando la ruptura social que de manera irremediable se produce cuando una persona ingresa en el sistema penal. Así pues, tras la inserción en los establecimientos penitenciarios es común que las personas empeoren su situación personal, ya que se ven obligadas a separarse de su familia y amigos/as para ingresar en un entorno más hostil (MARCUELLO-SERVÓS Y GARCÍA MARTÍNEZ,2011).

Otra de las consecuencias, que plantea evitar el trabajo social en los equipos de salud mental comunitarios frente al trabajo social desarrollado en centros penitenciarios es: la desconexión de la vida cotidiana que origina este último (MARCUELLO-SERVÓS Y GARCÍA MARTÍNEZ,2011).

Esto es ocasionado, debido a la índole cerrada de las instituciones penitenciarias, las cuáles dificultan conseguir el objetivo de reinserción social de la persona enferma (ESTACIO RODRÍGUEZ, 2019).

Por lo tanto, es importante favorecer la socialización del enfermo en dispositivos comunitarios, ya que los establecimientos penitenciarios cuentan con una paradoja, la cual consiste en que mientras que su principal objetivo es la rehabilitación social, su efecto contrario es la desocialización. Puesto que, a pesar de los cambios y los esfuerzos por

mejorar, el sistema carcelario sigue manteniendo su carácter marginal y excluyente (MARCUELLO-SERVÓS Y GARCÍA MARTÍNEZ,2011).

VIII. CONCLUSIONES

Según el TEDH, hay ocasiones en las que la privación de la persona de su libertad, es contraproducente para la enfermedad de la persona, cuando atenta con una atención adecuada y en condiciones de dignidad, basándose en el art. 3 del CEDH. (TEDH,2001, COMO SE CITÓ EN RODRÍGUEZ YAGÜE,2019), y cuando su estado de salud no es compatible con el régimen de internamiento. (TEDH,2002, COMO SE CITÓ EN RODRÍGUEZ YAGÜE,2019)

Además, según el CPT, los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios, deberían ser instituciones mayor diferenciadas de los CPO, de lo que lo son actualmente, puesto que dependen institucionalmente del sistema penal y desarrollan un funcionamiento similar al de los CPO. Esto lleva a que su función rehabilitadora y resocializadora no se cumpla (CPT, 2021).

Para solucionar esto, habría que limitar la actuación del sistema penal a solamente aquellas personas constituyan con claridad un peligro para la seguridad pública, y cuya intervención sea conveniente para evitar un mayor deterioro en su salud mental. Se acotará la peligrosidad criminal, y sólo se actuará por el medio penal cuando se determine que los bienes jurídicos más significativos están en riesgo, y no puedan ser protegidos a través de medidas menos corrosivas, por lo tanto la derivación a los establecimientos psiquiátricos penitenciarios, sólo deberá producirse en situaciones excepcionales. Además, las medidas de seguridad nunca deberían cumplimentarse en los CPO (GEPC, 2024).

Según los cambios que se sugieren en cuanto a la Ley Orgánica General Penitenciaria, al RP y al RD 840/2011, del 17 de junio, el sistema sanitario tendría un papel protagonista para asegurar la ejecución de las medidas de seguridad de la personas que presenten algún trastorno mental (GEPC, 2024).

Así pues, la intervención con estas personas recaería en su mayoría en las instituciones sanitarias públicas, para prevenir el desarraigo familiar y social, con el propósito de no obstaculizar el desarrollo de su autonomía ni el acompañamiento de estas. Se asegurará además el respeto a su dignidad, así como se fomentará la participación social de estas personas (GEPC, 2024).

Por lo tanto, las personas con enfermedad mental por norma general, deberían cumplir su medida de seguridad privativa de libertad en los establecimientos sanitarios, salvo en aquellas circunstancias excepcionales, en las que se considere que el sistema penal debe hacerse cargo (GEPC, 2024).

Aunque las medidas de seguridad, sean ejecutadas en instituciones sanitarias comunitarias, es de vital importancia recalcar que las administraciones penitenciarias serán las encargadas de

verificar el cumplimiento de estas medidas, así como a los juzgados de vigilancia penitenciaria les corresponderá el control jurisdiccional de su ejecución y velar por el cumplimiento de los derechos de las personas con enfermedad mental (GEPC, 2024).

Para que todo esto sea posible, es importante que el sistema sanitario habilite medios residenciales, que dispongan de medidas de seguridad pertinentes. Por ello es muy importante consolidar un sistema de recursos, que permita una respuesta sanitaria rehabilitadora y humana para las personas con trastornos mentales (GEPC, 2024).

También, será de vital importancia distinguir el momento en el que se presenta la enfermedad mental, con el fin de facilitar procedimientos que sean acordes. Por lo tanto estas nuevas medidas serán aplicadas tanto a personas inimputables y semiimputables, como aquellas personas cuya enfermedad mental sea sobrevenida (GEPC, 2024).

En cuanto a la duración de la medida, se defiende al igual que en el sistema actual, que la duración será establecida partiendo de la duración abstracta de la pena que se le aplicaría a la persona en caso de ser declarada imputable. Sin embargo, si se regula la duración de aquellas medidas que supongan el internamiento, estableciendo que la duración deberá establecerse durante el tiempo que se estime oportuno (GEPC, 2024).

La atención que reciban las personas con enfermedad mental en los centros sanitarios, deberá estar conformada por un equipo de profesionales de la Salud Mental. La OMS hace hincapié en utilizar el término Salud Mental, por encima al de Psiquiatría. Esto es debido a que la Salud Mental, exige la participación de otros profesionales además de los psiquiatras (GUIMON UGARTECHEA, 2008).

Una buena salud mental requiere una perspectiva integral, que englobe la calidad de vida, una correcta relación afectiva y emocional, la inteligencia, el trabajo, y la habilidad para adaptarse y formar parte de la sociedad y la cultura. Por lo tanto, es necesario un Equipo Multidisciplinar de Salud Mental que trabaje, no sólo desde la perspectiva clínica, sino además, desde la reinserción y rehabilitación social, así como la prevención. Es por ello, que la figura del/de la profesional del Trabajo Social será fundamental, y trabajará conjuntamente en este ámbito, junto con otros profesionales como psiquiatras, psicólogos/as, enfermeros/as (BARG, L, 2006).

El Trabajo Social en este ámbito estará centrado en entender cómo interactúan los factores biológicos, psicológicos y sociales en las personas. Para ello hay que tener en cuenta que el entorno social, así como los posibles cambios en los problemas surgidos en él. Una vez analizados todos estos factores, el/la trabajador/a social puede comenzar a trabajar con la personas y/o las familias (GARCÉS TRULLENQUE, 2010).

Es decir, el Trabajador/a social deberá intervenir teniendo en cuenta tanto la situación social, como personal de la persona. (ITUARTE TELLAECHÉ, 1982)

Existen tres pilares en los que el trabajador/a social del Equipo Multidisciplinar de Salud Mental Comunitario, interviene para mejorar las condiciones de vida de la persona con enfermedad mental, y los cuales serán fundamentales para mejorar su calidad de vida. El trabajador/a social intervendrá: A través de cambios en las relaciones interpersonales del usuario/a, la alteración positiva de su situación social, y por último mediante modificaciones en las relaciones con personas importantes dentro de su entorno cercano (GARCÉS TRULLENQUE, 2010).

Por lo tanto, es fundamental que las medidas de seguridad impuestas para su cumplimiento en centros psiquiátricos se desarrollen en centros comunitarios, que se encuentren fuera del sistema penal, con el fin de facilitar la resocialización de la persona con su entorno (ETXEBARRIA ZARRABEITIA, 2023). Para ello, será de vital importancia la intervención de el/la trabajador/a social que trabaje con el Equipo Multidisciplinar de Salud Mental Comunitario (BARG, L, 2006).

BIBLIOGRAFÍA

- ARROYO COBO, J.M. y ORTEGA MARTÍNEZ, E. (2009). Los trastornos de personalidad en reclusos como factor de distorsión del clima social de la prisión. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, (11), 11-15. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202009000100002
- ARROYO COBO, J.M. (2011). Estrategias asistenciales de los problemas de salud mental en el medio penitenciario, el caso español en el contexto europeo. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, (13), 100-111. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202011000300005
- BARG, L. (2006). *Lo interdisciplinario en salud mental: niños, adolescentes, sus familias y la comunidad*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- BATES, V. (2018). 'Humanizing' healthcare environments: architecture, art and design in modern hospitals. *Design for health*, (2), 5-19. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6030677/>
- BARRIOS FLORES, L.M. (2000). Un siglo de psiquiatría penitenciaria. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, (2), 23-30. <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/174/711>
- BARRIOS FLORES, L.M. (2007). Origen, evolución y crisis de la institución psiquiátrica penitenciaria. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*,

(27), 473-500.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352007000200016

- BARRIOS FLORES, L. F. (2015). La internación psiquiátrica por razón penal en España: ejecución de la medida en el ámbito penitenciario. *Revista Criminalidad*, 57 (1), 45-60.
- BREZMES NIETO, M. (2001). *La intervención en trabajo social: una introducción a la práctica profesional*. Villares de la Reina Salamanca: Hespérides.
- CASTRO GUZMÁN, M., REYNA TEJADA, C.Y. y MÉNDEZ CANO, J. (2017). *Metodología de intervención en Trabajo Social*. Shaad. <https://www.acanits.org/assets/img/libros/Metodologia%20TS.pdf>
- CEREZO DOMINGUEZ, A. y DÍAZ SÁNCHEZ, D. (2016). El enfermo mental en el medio penitenciario español. *International e-Journals of Criminal Science*, (10), 1-24. https://www.uma.es/instituto-andaluz-de-criminologia/navegador_de_ficheros/publicaciones-/descargar/El-enfermo-mental-en-el-medio-penitenciario-espanol.pdf
- COLOM MASFRET, D. (2005). *Libro verde del Trabajo Social: Instrumentos de documentación técnica*. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales Diplomados en Trabajo Social y Asistencia Social.
- DE DIOS SÁNCHEZ, M. y FILARDO LLAMAS, C. (2019). El trabajo social penitenciario: un acercamiento teórico a la praxis de l@s trabajador@s sociales en los centros penitenciarios españoles. *Documentos de Trabajo Social*, (62), 157-172.
- DÍAZ PALACIOS, E. (2002). *Trabajo Social en el sistema sanitario público. Balance, análisis y perspectivas*. KRK ediciones.
- ESTACIO RODRÍGUEZ, J.G. (2019). La cárcel: ¿resocialización del delincuente? . *Revista Nueva Época*, (52), 139-152. https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/nueva_epoca/article/view/6098
- ETXEBARRIA ZARRABEITIA, X. (2023). Internamiento psiquiátrico penal en centros sociosanitarios. *Norte de Salud Mental*, (19), 91-108. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9372276>
- FERNÁNDEZ ARÉVALO, L. (2006). Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios y actividad penitenciaria. *Revista de estudios penitenciarios*, (252), 249-264. <https://www.interior.gob.es/opencms/pdf/archivos-y-documentacion/documentacion-y-publicaciones/publicaciones-descargables/publicaciones-periodicas/revista->

de-estudios-penitenciarios/Revista_de_estudios_penitenciarios_extra_2006_126110903.pdf#page=250

- GARCÉS TRULLENQUE, E.M^a. (2010). El Trabajo Social en Salud Mental. *Cuadernos de Trabajo Social*, (23), 333-352. https://sga.unemi.edu.ec/media/archivomateria/2022/07/13/archivomaterial_202271375629.pdf
- GIRÁLDEZ RAMÍREZ, I. y RUIZ ARIAS, S. (8 de marzo de 2024). *Conversando con los profesionales de la salud mental en el ámbito penitenciario*. [Presentación de una Conferencia]. Ciclo de encuentros de las Universidades de Jaén, Cádiz, Málaga y Pablo de Olavide de Sevilla, Jaén, España.
- GRUPO DE ESTUDIOS DE POLÍTICA CRIMINAL [GEPC]. (2024). *Una propuesta alternativa para un nuevo régimen penal aplicable a personas con enfermedad o con discapacidad intelectual*. Tirant lo Blanch
- GUIMÓN UGARTECHEA, J. (2008). *Salud Mental basada en las pruebas*. Universidad del País Vasco, Servicio Editorial.
- HAVA GARCÍA, E. (2021). Enfermedad mental y prisión: análisis de la situación penal y penitenciaria de las personas con trastorno mental grave (TMG). *Estudios penales y criminológicos*, (41), 59-135. <https://revistas.usc.gal/index.php/epc/article/view/7075>
- HYDE, K. (2000). Recognising deductive process in qualitative research. *Qualitative Market Research An International Journal*, (3), 82-89. https://www.researchgate.net/publication/235260463_Recognising_deductive_process_in_qualitative_research
- IÑIGO BARRIO, C., PÉREZ-CÁRCELES, M.D., OSUNA CARRILLO-ALBORNOZ, E., CABRERO CABRERO, E. y LUNA MALDONADO, A. (1999). Perfil clínico y delictivo de los enfermos ingresados en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante. *Revista española de Sanidad Penitenciaria*, (2), 25-31. <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/134>
- ITUARTE TELLAECHÉ, A. (1992). Procedimiento y proceso en trabajo social clínico. *Madrid: Siglo XXI Editores*.
- LACAL CUENCA, I., PEÑARANDA DEL RÍO, J. y SOLAR CALVO, P. (2018). ¿Debe un enfermo mental estar en prisión? Situación actual y cuestiones que plantea la STC 84/2018, de 16 de julio. *Revista General de Derecho Penal* (30), 1-36

- LÓPEZ LÓPEZ, A. (2006). El enfermo mental en prisión: perspectiva psiquiátrica, en “La respuesta judicial ante la enfermedad mental”, Venturas Mas, S., Santos Urbaneja, F. (dirs.), en *Estudios de Derecho Judicial*, nº 92, Madrid: Consejo General del Poder Judicial.
- MIRANDA ARANDA, M. y GARCÉS TRULLENQUE, E. (1998). Trabajo Social en salud mental. En D. COLOM MASFRET y M. MIRANDA ARANDA (Eds.), *Organizaciones de bienestar* (pp. 67-88). Mira Editores.
- MARCUELLO-SERVÓS, C. y GARCÍA MARTÍNEZ, J. (2011). La cárcel como espacio de de-socialización ciudadana: ¿fracaso del sistema penitenciario español?. *Portularia*, (11), 49-60.
- MUNTANÉ RELAT, J. (2010). Introducción a la investigación básica. *Revista andaluza de patología digestiva [RAPD]*. (33), 221-227. https://www.researchgate.net/profile/Jordi-Muntane/publication/341343398_Introduccion_a_la_Investigacion_basica/links/5ebb9e7d92851c11a8650cf9/Introduccion-a-la-Investigacion-basica.pdf
- NIÑO ASIRI, C. N., DÍAZ M, D. C., y RAMÍREZ N, L. F. (2017). Trastorno mental en el contexto carcelario y penitenciario. *Carta Comunitaria*, (25), 77-88. <https://doi.org/10.26752/ccomunitaria.v25.n143.85>
- OLAUSSON, S. DANIELSON, E. BERGLUND JOHANSSON, I y WIJK, H. (2019) The meanings of place and space in forensic psychiatric care - A qualitative study reflecting patients' point of view. *International Journal of Mental Health Nursing*, (28), 516-526. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/inm.12557?casa_token=vF4qeLtCHBsAAAAA%3AdSa5k-DBXDHEZ6RYxOZKvsBIHsd3KP4p8NOQPG4VDdnqbkfxiufHOI-N2PSfVIX6YgXQdZrTIMNNYQ
- POMARES CINTAS, E. (2016). “Derecho penitenciario 2”. Disponible en: http://dv.ujaen.es/goto_docencia_file_699056_download.html
- PONCE DE LEÓN ROMERO, L. y MATEOS DE LA CALLE, M. J. (2016). Principales técnicas e instrumentos aplicados en trabajo social judicial. En MATEOS DE LA CALLE, M. J. y PONCE DE LEÓN ROMERO, L. (Eds.), *El trabajo social en el ámbito judicial* (pp. 63-96). Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid.
- RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, A. (2002). *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Ediciones Pirámide
- RODRÍGUEZ YAGÜE, C. (2019). Cuando los centros psiquiátricos se convierten en hospitales, psiquiátricos, y asilos: aspectos regimentales y tratamientos de la gestión

de la enfermedad y ancianidad en prisión. *Revista General de Derecho Penal*, (32), 1-32. <https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w25098w/R7.pdf>

- RUIZ ARIAS, S. (2021). *Situación de las personas con enfermedad mental sujetas a medida de seguridad privativa de libertad*.
- SÁNCHEZ SILVA, M. (2005). La metodología en la investigación cualitativa. Mundo Siglo XXI. *Revista del Centro de Investigaciones Económicas, Administrativas y Sociales del Instituto Politécnico Nacional*, (1), 115-118. <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/7413/1/REXTN-MS01-08-Sanchez.pdf>
- TOBÓN MARULANDA, F.A. (2005). La salud mental: una visión acerca de su atención integral. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, (23), 1-12.
- UNIVERSITY OF NEWCASTLE (2024). *Intervenciones en salud mental en prisión: una revisión sistemática*.
- URIBE RODRÍGUEZ, A.F. MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, J.M. y LÓPEZ ROMERO, K.A. (2012). Depresión y ansiedad estado/ rasgo en internos adscritos al “Programa de Inducción al Tratamiento Penitenciario” en Bucaramanga, Colombia. *Revista Criminalidad*, (54), 47-60.
- ÜSTÜN, T.B. (1996). *ICD-10 Casebook : The Many Faces of Mental Disorders. Adult Case Histories According to ICD-10*. American Psychiatric Association Publishing

REFERENCIAS DOCUMENTALES

- ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA [AEN], *Por una atención integral a las personas con trastornos graves de salud mental basada en el respeto de sus derechos*, Madrid, enero de 2009.
- ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA [AEN], *Salud Mental, Derechos y Sistema Penal Penitenciario*, Madrid, octubre de 2022.
- ARROYO COBO, J.M., ACEDO RAMIRO, M.R., RUIZ ARIAS, S. y GIRÁLDEZ RAMÍREZ, P.I. (2021). *Institución penitenciaria y salud mental: la última frontera*. Ministerio de Interior-Secretaría General Técnica. https://www.interior.gob.es/opencms/pdf/archivos-y-documentacion/documentacion-y-publicaciones/publicaciones-descargables/instituciones-penitenciarias/Institucion_penitenciaria_y_salud_mental_PVK_126220457_web.pdf

- CASTEJÓN BELLMUNT, M. A, PALLARÉS NEILA , J. y LÓPEZ FERNÁNDEZ , J. M., “Las personas con TMG en el ámbito penal y penitenciario. Situación actual y propuestas de intervención psicosocial”, *Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental*, 2010, pp. 14-24.<https://consaludmental.org/publicaciones/Personasconenfermedadmentalpenitenciario.pdf>
- CONSEJO DE EUROPA: COMITÉ EUROPEO PARA LA PREVENCIÓN DE LA TORTURA Y DE LAS PENAS O TRATOS INHUMANOS O DEGRADANTES [CPT], (2021) *Informe al Gobierno Español sobre la visita a España realizada por el Comité Europeo para la prevención de la tortura y de las penas o tratos inhumanos o degradantes del 14 al 28 de septiembre 2020*, CPT/Inf (2021) 27 .<https://rm.coe.int/1680a47a78>
- CONSEJO GENERAL DEL TRABAJO SOCIAL. (9 de junio de 2012). *Código Deontológico*. Páginas - Portal del Consejo General del Trabajo Social (cgtrabajosocial.es)
- GRUPO DE ESTUDIOS DE POLÍTICA CRIMINAL[GEPC].(20 de noviembre de 2021).*Manifiesto para un nuevo régimen penal aplicable a las personas con enfermedad mental o con discapacidad intelectual* [Manifiesto].Madrid, España.
- MATEO SOLER,M., GÓMEZ DE TOJEIRO ROCE, J., ÁLVAREZ CRESPO, R., FERNÁNDEZ MODAMIO, M., BENGOCHEA IBACETA, J.,FERNÁNDEZ IGLESIAS P., GURRÍA FLORES, G., GIL SANZ, D., RÍOS MARTÍNEZ, J. y GAITE PINDADO, L. (2017).*Programa puente extendido: Salud Mental en penas y medidas alternativas*.(18). Ministerio del Interior-Secretaría General Técnica. https://www.interior.gob.es/opencms/pdf/archivos-y-documentacion/documentacion-y-publicaciones/publicaciones-descargables/instituciones-penitenciarias/Programa_Puente_Extendido_126181012_web.pdf
- MINISTERIO DEL INTERIOR, SECRETARÍA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS. (2011) *Hospitales Psiquiátricos dependientes de la Administración Penitenciaria: Propuesta de acción*.<https://consaludmental.org/publicaciones/Hospitalespsiquiatricosadministracionpenitenciaria.pdf>
- MINISTERIO DEL INTERIOR, SECRETARÍA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS. (2018). *Manual de procedimiento de trabajo social en Instituciones Penitenciarias*.
- OFICINA DE LAS NACIONES UNIDAS CONTRA LA DROGA Y EL DELITO [UNODC]. (2009). *Manual sobre reclusos con necesidades especiales*.

- SECRETARÍA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS, DIRECCIÓN GENERAL DE COORDINACIÓN TERRITORIAL Y MEDIO ABIERTO.(2009). *Protocolo de aplicación del programa marco de atención integral a enfermos mentales en centros penitenciarios [PAIEM]*.

REFERENCIAS LEGALES

- Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 239, de 25 de enero de 1979.<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1979-23708>
- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 283, de 24 de noviembre de 1995. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-25444>
- Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 40, de 15 de febrero de 1996. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1996-3307>

ANEXOS

ANEXO 1: FICHA SOCIAL AL INGRESO

FICHA SOCIAL AL INGRESO

FECHA INGRESO: _____ FECHA ENTREVISTA: _____ NIS: _____
 PROCEDENCIA: LIBERTAD _____ / CENTRO PENITENCIARIO _____

APELLIDOS Y NOMBRE			
FECHA DE NACIMIENTO		LUGAR	

1. ÁREA FAMILIAR

Estado civil: _____ Número de hijos: _____

Convive con:

____ Familia de origen: _____

____ Familia adquirida: _____

____ Otros (amigos, etc.): _____

Domicilio y lugar de residencia: _____

Domicilio y lugar de residencia (familia origen): _____

Teléfono y persona de contacto: _____

Situación socio-familiar (red de apoyo): _____

2. SITUACIÓN PENAL PENITENCIARIA

Detenido: _____ Preso: _____ Penado/a: _____ Delito: _____

Pena: _____ Primario: _____ Clasificado: _____ Entradas: _____

Refiere Orden de alejamiento: Sí__ No__

3. ÁREA DE DOCUMENTACIÓN

3.1 ESPAÑOLES

DNI: _____

Documentación que aporta:

DNI		PASAPORTE		PERMISO CONDUCIR		LIBRO FAMILIA	
-----	--	-----------	--	------------------	--	---------------	--

OBSERVACIONES: En el caso de no ingresar con el DNI especificar:

Extraviado: _____ Comisaría: _____ Domicilio: _____

3.2 EXTRANJEROS

NIE _____ Año de llegada: _____ Nacionalidad: _____

Regular _____ / Irregular _____ Indocumentado: SI__ / NO__

Tipo de Residencia: Temporal en vigor _____ / Temporal caducada _____

Residencia de larga duración (permanente) _____ / Comunitario o familiar de comunitario _____

Documentación que aporta: _____

Familia en España: SI__ / NO__ ¿Quién y dónde?: _____

OBSERVACIONES: En el caso de no ingresar con documentación especificar:

Extraviado: _____ Comisaría: _____ Domicilio: _____

Conoce el idioma español: Sí__ No__

4. ÁREA EDUCATIVA

Analfabeto: _____ Educación primaria: Incompletos (Neolectores) _____ / Completos (Cert.º Escolaridad) _____

Educación secundaria: Primera etapa (Grad. Esc.) _____ / Segunda etapa (Grad. Esc. Sec., Bachillerato y Ciclo Formativo Grado Medio) _____

Enseñanza de FP Grado Superior y Universitaria: _____ CFGS y Primer Ciclo (Diplomado): _____
Segundo Ciclo (Licenciado): _____ Tercer Ciclo (Doctorado) _____

5. ÁREA LABORAL

Profesión habitual: _____
Trabajos desempeñados: _____

Situación laboral al ingreso: _____
Años cotizados: _____

6. ÁREA SANITARIA

Seguridad Social: SI _____ NO _____ Otras Mutualidades _____

Nº De Afiliación: _____

Documentación que aporta: _____

☐ Tarjeta sanitaria

OBSERVACIONES: En el caso de no ingresar con documentación especificar:

Extraviado: _____ Comisaría: _____ Domicilio: _____

7. CONDUCTAS ADICTIVAS

Tipo: _____

Inicio consumo: _____

Tratamiento: _____ Dónde: _____

Inicio: _____ Fin: _____ Tipo Trat.: _____

8. ÁREA DISCAPACIDAD Y DEPENDENCIA

Discapacidad: SI _____ NO _____

Tipo de discapacidad: _____

☐ Psíquica ☐ Intelectual ☐ Sensorial ☐ Física ☐

Grado de discapacidad: _____

Tiene certificado discapacidad: SI _____ NO _____

Dependencia: SI _____ NO _____

Grado y nivel: _____

Capacidad/ Incapacidad civil _____ Tutela _____

9. ÁREA PRESTACIONES SOCIALES

Pensionista: SI _____ NO _____

Tipo: Incapacidad _____ Discapacidad _____ Jubilación _____ Desempleo _____

Otras: _____

Prestación: _____

Concepto: _____ Cuantía: _____

Duración: _____ Renovación: _____

Meses percibidos/por percibir: _____

10. OBSERVACIONES

11. PROPUESTA DE SEPARACIÓN INTERIOR

MÓDULO

Firma del Trabajador/a Social

ANEXO 2: REGISTRO DE INTERVENCIONES

REGISTRO DE INTERVENCIONES

APELLIDOS Y NOMBRE: _____ Hoja N° _____

NIS: _____

En el caso de SGPMA, N° EJECUTORIA Y JUZGADO: _____

TIPO DE PENA/MEDIDA ALTERNATIVA IMPUESTA

<u>FECHA</u>	<u>REGISTRO DE INTERVENCIONES</u>

ANEXO 3: HISTORIA SOCIAL

HISTORIA SOCIAL

Establecimiento Penitenciario: _____ Fecha: ____/____/____

NIS: _____ DNI/NIE: _____

1.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Apellidos/ Nombre: _____ / _____

Hijo de _____ y de _____

D.N.I./NIE/Tarjeta Identidad Extranjero (Tarjeta Residencia)/Pasaporte: _____ En vigor: _____ Tipo: _____

Fecha nacimiento: ____/____/____ y lugar (localidad y provincia) _____

Nacionalidad: _____ Estado civil: _____ N.º de hijos: _____

Domicilio: _____ Localidad: _____

Provincia: _____ D.P.: _____ Teléfono: _____

Persona de contacto: _____

2.- NÚCLEO FAMILIAR

2.1. Familia de origen: _____

2.2. Familia adquirida: _____

3.- DINÁMICA FAMILIAR/COMUNICACIONES (Factores más sobresalientes que caracterizan y definen al núcleo de convivencia)

4.- SITUACIÓN AMBIENTAL. Datos vivienda/entorno

4.1. Tipo: _____

4.2. Régimen de tenencia: _____

4.3. Condiciones: _____

4.4. Observaciones: _____

5.- ÁREA EDUCATIVA-FORMATIVA

5.1. Edad en que inició la escolarización: _____ 5.2. Estudios y cursos de formación: _____

5.3. Títulos que posee: _____ 5.4. Edad en que dejó los estudios y motivo: _____

5.4 Observaciones: _____

6.- ÁREA DE SALUD

6.1. N° Tarjeta Sanitaria: _____ 6.2. Centro de Salud en libertad: _____

6.3. ¿Tiene algún tipo de discapacidad? SI / NO Tipo y Porcentaje _____ Fecha Caducidad _____

6.4. ¿Tiene reconocido algún tipo de dependencia?: SI / NO Grado _____ Fecha Caducidad _____

6.5. Conductas adictivas: Edad de inicio _____ Drogas consumidas _____

6.6. Tratamiento de deshabituación/Centros Terapéuticos: _____

6.7. Centros Salud Mental/CAD/Día: _____

6.8. Observaciones: _____

7.- ÁREA LABORAL

7.1. Experiencia (entre otros, edad de inicio de trayectoria laboral, etc.): _____

7.2. Cualificación: _____

7.3. Situación laboral al ingreso: _____

7.4. Prestación / Subsidio de desempleo: _____

7.5. Observaciones: _____

8.- EXTRANJERÍA

8.1. Situación legal/documental: _____

8.2. Tipo documentación/vigencia: _____

8.3. Observaciones: _____

9.- DATOS ECONÓMICOS (Niveles de renta de la unidad familiar)

10. - OTROS DATOS DE INTERÉS

11.- INTERPRETACIÓN DIAGNÓSTICA

12.- INTERVENCIÓN SOCIAL

12.1. Problemas a tratar: _____

12.2. Motivación-Compromiso del usuario/a: _____

12.3. Objetivos: _____

12.4. Recursos y prestaciones a utilizar: _____

13.- OBSERVACIONES

ANEXO 4 : INFORME SOCIAL

INFORME SOCIAL

A petición de: _____

Nombre	Primer apellido		Segundo apellido	
Fecha de nacimiento		DNI/NIE		NIS
Sexo		Nacionalidad		
Domicilio:				
Localidad: Provincia:				
Teléfono				

Situación familiar

--

Vinculación familiar/redes de apoyo

--

Datos ambientales

--

Nivel socio-económico

--

Nivel educativo

--

Nivel laboral

--

Conductas adictivas

--

Discapacidad/Dependencia

--

Dictamen Técnico/Diagnóstico

--

En _____ a _____ de _____ de _____

Firma Trabajador/a Social

OBSERVACIONES/DIAGNÓSTICO

--

En _____, a _____ de _____ de _____

Firma Trabajador/a Social