

# **La intervención social con pacientes judicializados en la Unidad de Psicosis Refractaria de Álava**

---

*Un análisis desde el Trabajo Social Clínico*

## **TRABAJO DE FIN DE GRADO**

AUTORA: Raquel Alija Durán

DIRECTORA: Miren Ortubay Fuentes

**Grado en Trabajo Social**

*Facultad de Relaciones Laborales y Trabajo Social*

*Universidad del País Vasco*

**Convocatoria de julio de 2018**

## **Agradecimientos**

*Me gustaría dar las gracias en primer lugar a Miren Ortubay Fuentes, que con gran implicación ha dirigido este trabajo, por el tiempo y esfuerzo dedicado a orientarme y a resolver mis dudas, y por ayudarme a calmar los nervios gracias a la confianza que ha puesto en mí, haciendo este proceso más llevadero.*

*También tengo que agradecer a Juan Jordana, mi instructor de prácticas, por facilitarme la información que necesitaba para realizar este trabajo y ayudarme a superar los contratiempos surgidos, por posicionarse siempre al lado de las personas más vulnerables y en contra de las injusticias sociales, y contagiarme su espíritu crítico siempre orientado al cambio y la mejora.*

*Por último quiero agradecer a todas aquellas personas que han estado a mi lado durante este proceso, por confiar en mí y por animarme cuando más lo necesitaba, por apoyarme en los momentos más difíciles, y por celebrar conmigo los momentos más felices. A estas personas además de darles las gracias les pido perdón porque sé que en algunas ocasiones la convivencia conmigo no ha sido fácil, y aun así se han mantenido cerca de mí.*

*Muchas gracias a todas.*

# ÍNDICE

---

1. INTRODUCCIÓN .....	1
2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS .....	2
3. METODOLOGÍA .....	4
4. MARCO TEÓRICO.....	6
4.1. ENFERMEDAD MENTAL.....	6
4.1.1. Conceptos y definiciones.....	6
4.1.2. Modelo de atención en salud mental en la Comunidad Autónoma Vasca .....	9
4.1.2.1. Servicios hospitalarios .....	10
4.1.2.2. Servicios Extrahospitalarios .....	11
4.1.2.3. Recursos sociales .....	11
4.1.3. La Unidad de Psicosis Refractaria .....	12
4.2. TRABAJO SOCIAL EN SALUD MENTAL.....	14
4.2.1. El procedimiento metodológico de intervención en TS Clínico .....	16
4.2.2. El Trabajo Social en la Unidad de Psicosis Refractaria .....	23
4.3. EL TRATAMIENTO PENAL DE LA ENFERMEDAD MENTAL.....	25
4.3.1. La responsabilidad penal desde el concepto de delito.....	26
4.3.1.1. La imputabilidad.....	27
4.3.2. La medida de seguridad como respuesta penal.....	28
4.3.2.1. Tipos de medidas y supuestos en los que se aplican.....	29

4.3.2.2. Aspectos sobre el cumplimiento de las medidas.....	31
4.3.3. La realidad de las personas con enfermedad mental en procesos penales ....	31
5. ANÁLISIS.....	34
5.1. ESTUDIO CUANTITATIVO DE CASOS EN LA U.P.R.....	35
5.2. ANÁLISIS DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN A TRAVÉS DE DOS CASOS REALES.....	38
5.2.1. Caso 1.....	38
5.2.2. Caso 2.....	45
5.2.3. Análisis de las intervenciones en base al TS Clínico.....	50
6. CONCLUSIONES.....	54
7. BIBLIOGRAFÍA.....	63

# 1. INTRODUCCIÓN

---

La idea de realizar este trabajo surge durante mi periodo de prácticas realizado en el curso 2016-2017 en la Unidad de Psicosis Refractaria (U.P.R.), ubicada en el Hospital Psiquiátrico de Álava. Esta unidad hospitalaria está caracterizada por la complejidad de las realidades sociales con las que se trabaja, ya que se relaciona la presencia de enfermedades mentales refractarias al tratamiento, con el uso abusivo de sustancias y en algunos casos episodios delictivos, dando lugar a situaciones difíciles de analizar e intervenir en ellas. Durante mi estancia allí pude observar que las situaciones se complicaban cuando las personas ingresadas estaban inmersas en procesos penales, ya que los planteamientos de intervención eran condicionados por el posible cumplimiento de alguna pena o medida judicial.

Esta problemática me suscitó un especial interés y, al centrar mi atención en ella, pude identificar dos aspectos que considero importantes. En primer lugar, cuando se creó la U.P.R, la existencia de un proceso judicial era un criterio de exclusión para el ingreso, pero debido al gran número de personas que ingresaban con esta circunstancia se eliminó este criterio, sin realizar un posterior trabajo de análisis para cuantificar y comprender este cambio de la realidad social. Así pues, se detectó un desconocimiento acerca del alcance e importancia del fenómeno y de los factores sociales que pueden influir en él, además de la existencia de prejuicios por parte de algunas<sup>1</sup> y algunos profesionales. En segundo lugar, observé que cuando se atendía a una persona judicializada se dedicaba una gran cantidad de tiempo a gestionar sus situaciones penales, quedando un tiempo más reducido para establecer una relación terapéutica con la persona, que es la base del Trabajo Social Clínico (TS Clínico), el tipo de Trabajo Social que se desempeña en el campo de la salud mental, y especialmente en el ámbito hospitalario.

Ambas percepciones me hicieron pensar en la necesidad de diseñar una investigación basada en un análisis cualitativo con el objetivo de estudiar de qué forma se atiende en la U.P.R. a las personas judicializadas a través de la sistematización de procesos de

---

<sup>1</sup> Con el objetivo de hacer un uso no sexista del lenguaje, durante el desarrollo de este trabajo aparecerán los artículos femenino y masculino cuando se haga referencia al género de las personas.

intervención en base al TS Clínico, no sin antes realizar un estudio cuantitativo que permita conocer la importancia de esta problemática y algunos datos sociales sobre las personas que la sufren. Se pretende que ambos análisis tengan una utilidad práctica tanto para los y las profesionales de la estructura hospitalaria como para otras personas que trabajen con pacientes en esta misma situación, y que puedan ser ampliados si resultan de interés.

Como base teórica para fundamentar el análisis de la realidad, se ofrecen algunos conceptos relacionados con la enfermedad mental y se explica el modelo de atención en salud mental en la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV), como forma de contextualizar la U.P.R., servicio en el que se enmarca este trabajo. A continuación, se expone el Trabajo Social en Salud Mental, detallando especialmente el procedimiento metodológico en TS Clínico, ya que será la base para guiar el análisis de los procesos de intervención, y se realiza un repaso a través de los conceptos jurídicos que relacionan la enfermedad mental con el Derecho Penal.

Seguidamente, se exponen los resultados obtenidos del análisis, basado como se ha mencionado, en un estudio cuantitativo de personas atendidas en la U.P.R. entre enero de 2013 y abril de 2018 que servirá de contexto para posteriormente sistematizar dos intervenciones llevadas a cabo por el profesional<sup>2</sup> y analizar su contenido en base al modelo en TS Clínico. Finalmente, se ofrecerán las conclusiones extraídas de ambos análisis y algunas propuestas de investigación e intervención.

## **2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS**

---

Durante mi estancia en prácticas, la constatación de que una gran proporción de las personas ingresadas en la U.P.R. tenían uno o varios procesos penales en curso me suscitó un gran interés por ahondar en el fenómeno y tratar de comprenderlo, en relación tanto a las causas o factores que podrían influir en él, como a la intervención que se lleva a cabo con estas personas. Al tener la oportunidad de participar en algunas de las intervenciones, pude recoger algunos datos de forma no sistematizada en mi diario de campo, de los cuales se extraen las siguientes hipótesis para este trabajo:

---

<sup>2</sup> A lo largo de este trabajo, cuando me expreso solo en masculino me refiero directamente al trabajador social de la U.P.R., que es varón.

- Las personas con enfermedad mental que no cuentan con una red familiar de apoyo tienen más probabilidades de entrar en contacto con el sistema penal.
- El consumo de tóxicos es una patología comórbida que aumenta el riesgo de las personas con enfermedad mental de entrar en contacto con el sistema penal.
- Las personas con enfermedad mental que tienen procesos penales son en su mayoría jóvenes.
- La gestión de los asuntos penales de las y los pacientes abarca una gran parte del proceso de intervención.
- En los casos en los que los y las pacientes tienen procesos penales es más complicado seguir los principios básicos de la metodología del TS Clínico.

A partir de estas hipótesis, se han establecido los siguientes objetivos.

**- Objetivo general:**

Analizar la intervención del trabajador social en casos de personas con enfermedad mental afectadas por procesos penales a través de la sistematización de la práctica profesional en dos casos reales de la U.P.R., y comprobar si se siguen los fundamentos de la metodología del TS Clínico.

**- Objetivos específicos:**

- Realizar un estudio cuantitativo centrado en los casos de personas que en el momento de su ingreso en la U.P.R. se encontraban inmersas en procesos penales, para contextualizar el posterior análisis de las intervenciones y conocer el alcance del fenómeno.
- Analizar las variables establecidas para conocer qué factores sociales inciden en el fenómeno.
- Conocer las actividades que se han realizado durante los procesos de intervención, los objetivos de estas y las técnicas empleadas.
- Analizar las funciones que se han desempeñado por parte del profesional durante los procesos de intervención.
- Identificar las fases del procedimiento en TS Clínico en las intervenciones.
- Analizar el contenido de cada fase de intervención en base a los fundamentos del TS Clínico.

### 3. METODOLOGÍA

---

Para la realización de este trabajo, se han empleado fuentes de información primaria y secundaria. Respecto a las fuentes secundarias, se ha realizado un trabajo de búsqueda y revisión documental, mediante el cual se ha consultado bibliografía básica sobre la enfermedad mental y la atención socio-sanitaria en este campo, se ha recurrido a autores expertos en la materia del Trabajo Social en salud mental y especialmente del método en TS Clínico, y se ha estudiado la interpretación doctrinal de los preceptos penales relacionados con la enfermedad mental, mediante diversa bibliografía jurídica. A través de esta labor documental se han podido conocer los diferentes conceptos necesarios para comprender la cuestión planteada y guiar el análisis de la realidad.

Respecto a las fuentes de información primaria, se ha escogido un tipo de investigación de carácter mixto, basado en un análisis cuantitativo de tipo descriptivo y otro cualitativo, planteados en el marco de la U.P.R. Para el análisis cuantitativo se ha empleado una técnica de revisión de casos que ha permitido dar respuesta a los dos primeros objetivos específicos, al conocer algunas características de las situaciones sociales de las personas que ingresaron entre enero de 2013 y abril de 2018 teniendo algún proceso penal<sup>3</sup> en curso. La realización de este tipo de análisis previo al cualitativo ha venido motivada porque durante la estancia en prácticas se detectó un desconocimiento acerca de la problemática y la existencia de prejuicios a la hora de aceptar los ingresos de personas con procesos penales por parte de ciertos profesionales con puestos de responsabilidad. Se ha considerado que el análisis de datos cuantitativos puede demostrar el alcance y gravedad del fenómeno y la necesidad de iniciar un cambio institucional que implique no solo no discriminar la entrada de estas personas en las unidades hospitalarias, sino ofrecer una atención adecuada a esta realidad. El proceso que se ha seguido para la realización del análisis cuantitativo es el siguiente:

1. Tras contactar con el trabajador social para proponerle la investigación, se solicita al personal informático del área de admisión del Hospital Psiquiátrico de Álava la elaboración de un listado de todas las personas ingresadas en la U.P.R. en el

---

<sup>3</sup> Se entenderá por proceso penal en curso cualquier expediente judicial que tenga la persona por la comisión de delitos, pudiendo suponer cumplimientos de medidas de seguridad, juicios pendientes, condenas a trabajos en beneficio de la comunidad, etc.

periodo de tiempo escogido, en formato hoja de cálculo. El documento obtenido contiene los datos: fecha de ingreso y de alta, fecha de nacimiento, nombre, localidad y diagnóstico.

2. Se seleccionan las variables en base a las hipótesis (edad, consumo de tóxicos, apoyo familiar), y se incluye una variable solicitada por el trabajador social (incapacitación judicial). Se insertan las variables en la hoja de cálculo.
3. Se identifican las fuentes de información de donde se extraerán los datos que se necesitan para rellenar la hoja de cálculo. Se revisará el Informe Social de cada persona, y en caso de no haberlo, el Evolutivo Social<sup>4</sup>.
4. Se elabora la muestra, descartando a las personas cuya Historia Clínica no contiene una carpeta denominada “procesos judiciales”, y se completa la hoja de cálculo a través de las fuentes de información establecidas.

Por otro lado, el análisis cualitativo pretende dar respuesta al objetivo principal de este trabajo, y se ha utilizado principalmente una técnica de sistematización y análisis de dos intervenciones llevadas a cabo por el trabajador social de la U.P.R. con dos personas que tenían procesos judiciales en activo en el momento de su ingreso hospitalario. El hecho de elegir un único modelo en TS Clínico que sirva como base teórica sobre la cual comparar los procesos de intervención ha sido complicado, ya que los y las autoras se centran más en una u otra fase del proceso, sin llegar a concretar de forma más objetiva las técnicas y actividades realizadas a lo largo de todo el proceso. Finalmente se ha escogido el modelo en TS Clínico de la experta en la materia Amaya Ituarte de 1992<sup>5</sup>, ya que se ha considerado personalmente como el más completo a nivel teórico-práctico. Para realizar este tipo de análisis se han seguido las siguientes fases:

1. De forma conjunta con el trabajador social, se seleccionan los dos casos a analizar siguiendo los criterios: cantidad suficiente de información, duración similar del ingreso hospitalario y fecha de ingreso reciente.

---

<sup>4</sup> El Evolutivo Social es un documento digital donde el trabajador social recoge a diario todos los hechos acontecidos respecto a cada persona: gestiones realizadas, actividades llevadas a cabo y su contenido, conversaciones de relevancia con la persona y familiares, etc. Se guarda en la Historia Clínica junto con los informes y demás documentación y tiene acceso al mismo todo el equipo interdisciplinar.

<sup>5</sup> Soy consciente de que puede considerarse como un modelo antiguo por el año de elaboración, por lo cual se ha revisado su libro “Prácticas del TS Clínico” de 2017, sin encontrar variaciones significativas.

2. Se seleccionan las fuentes de información para extraer los datos sobre los procesos de intervención. La fuente principal será el Evolutivo Social, aunque se acudirán también a los documentos judiciales disponibles y al Informe Social.
3. Se identifican las cuestiones que se querían analizar respecto al modelo en TS Clínico escogido, y se sistematizan los casos estructurándolos por fases del método, y recogiendo en cada fase actividades, objetivos específicos, técnicas y funciones.
4. Se analizan los dos procesos de intervención en base a las cuestiones teórico-prácticas que caracterizan al modelo en TS Clínico.

En ambos análisis, se ha considerado prioritario garantizar el anonimato preservando la identidad de cada persona. Para ello, el análisis cuantitativo se ha realizado íntegramente dentro del Hospital Psiquiátrico, siendo el primer paso eliminar los nombres de la hoja de cálculo sustituyéndolos por “hombre” o “mujer”, con el fin de no manejar datos personales fuera del entorno hospitalario. Respecto al análisis cualitativo, en la exposición sistematizada de los casos se han alterado aquellos datos que pudiesen facilitar de alguna forma la identificación de la persona.

## **4. MARCO TEÓRICO**

---

Para poder analizar de qué manera se interviene desde el Trabajo Social con las personas con enfermedad mental que están afectadas por procesos penales y han sido atendidas en la U.P.R. del Hospital Psiquiátrico de Álava, es preciso comprender algunos conceptos relacionados tanto con la enfermedad mental y el Trabajo Social en Salud Mental, como con la normativa que regula la responsabilidad penal de estas personas.

### **4.1. ENFERMEDAD MENTAL**

#### **4.1.1. Conceptos y definiciones**

Elaborar una única definición de enfermedad mental resulta complicado, ya que no existe un diagnóstico unitario sino un grupo de trastornos que comparten algunos rasgos en común (OMS, 2006, p.23).

A nivel internacional, una de las definiciones más consensuadas y que aparece con mayor frecuencia en la literatura relacionada con el ámbito de la salud mental es la

ofrecida en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) elaborada por la Asociación Americana de Psiquiatría (A.P.A) (2013), que indica que:

Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes (...) (p. 5).

Según esta definición, se entiende por trastorno mental una conducta considerada fuera de lo normal, que posee una importancia clínica, y que trasciende en la vida de las personas requiriendo consulta y atención médica (Ramos, 2014, p. 16). A su vez, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992) indica en el manual CIE-10 que el término trastorno mental se emplea para definir:

La existencia de un conjunto de síntomas y conductas clínicamente reconocibles, asociado en la mayoría de los casos con el malestar y con la interferencia con el funcionamiento personal. La desviación o el conflicto, tomados aisladamente y sin estar ligados a disfunciones personales, no deberían incluirse en la noción de trastorno, tal como se la define aquí (citado en OMS, 2006, p. 23).

Al igual que en la definición aportada por la A.P.A., al considerar un trastorno o enfermedad mental se excluyen aquellos comportamientos que son considerados anómalos según las normas conductuales socialmente establecidas, siempre y cuando el origen de estos no sea una disfunción personal de carácter clínico.

A nivel nacional, una de las definiciones de enfermedad más representativas y elaboradas desde una perspectiva más social es la aportada por la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES) (2008), que indica que:

Podemos definir un trastorno o enfermedad mental como una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o del comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, el aprendizaje, el lenguaje, lo cual dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo (p. 26).

Resulta interesante analizar conceptos más amplios como el concepto de salud mental, que es definido como un “estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2013). Los términos salud mental y enfermedad mental, sin embargo, no son

conceptos que se pueden definir el uno como la ausencia del otro, sino que existen diferentes grados o niveles tanto de bienestar mental como de deterioro psicológico (FEAFES, 2008, p. 20). Como se puede comprobar, y tal y como afirman Gómez y Zapata (2000, p. 69), la definición de salud mental emplea el término “bienestar” para reflejar que además de la ausencia de enfermedad, la salud mental también incluye la adaptación del ser humano al mundo. En este sentido, es preciso destacar que la salud mental se ha de valorar teniendo en cuenta la dinámica del proceso de realización personal, un proceso que no está solamente condicionado por factores genético-ambientales y biológicos, sino también por el sistema de valores en el cual está inmersa la persona (Gómez y Zapata, 2000, p. 69).

Centrando el análisis en las enfermedades mentales que presentan los y las pacientes de la unidad hospitalaria en la que se va a realizar el estudio, cabe destacar que estas son de tipo grave y crónico. Debido a que el término cronicidad tiene connotaciones negativas y estigmatizantes, actualmente se emplea el concepto de enfermedad mental grave, que hace referencia a las personas afectadas por trastornos mentales de duración prolongada que como consecuencia sufren distintos grados de discapacidad y disfunción social, lo que a su vez provoca dificultades para desenvolverse de forma autónoma e integrarse en la comunidad (Ortiz et al., 2010, p. 6). Tal y como indica el Instituto Nacional de Salud Mental de EE.UU. (1987, citado por Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, 2009, p. 31) para que una enfermedad mental sea considerada grave se han de contemplar tres dimensiones: el diagnóstico clínico, la duración del trastorno y el nivel de discapacidad social, familiar y laboral de la persona.

Las clasificaciones diagnósticas que se incluyen en trastorno mental grave según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 (OMS, 1992, citado por Ortiz et. Al., 2010, p. 6) son las siguientes:

- F20: Esquizofrenia.
- F21: Trastorno esquizotípico.
- F22: Trastorno de ideas delirantes persistentes.
- F24: Trastorno de ideas delirantes inducidas.
- F25: Trastorno esquizoafectivo.
- F28: Otros trastornos psicóticos no orgánicos.
- F29: Psicosis no orgánica sin especificar.

- F30: Trastornos del humor.
- F31: Trastorno bipolar.
- F32.3: Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.
- F33.3: Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos.

#### **4.1.2. Modelo de atención en salud mental en la Comunidad Autónoma Vasca**

Para comprender el modelo actual de atención en salud mental en la CAPV es necesario remontarse a las décadas de los 60 y 70, cuando se comienza a cuestionar el modelo de atención psiquiátrica tradicional ante la necesidad de crear un sistema asistencial que no se basara en el hospital psiquiátrico como institución principal sino que se centrara en la rehabilitación y el tratamiento en servicios integrados en la comunidad (Ararteko, 2000, p. 34).

La base legislativa que sustenta la reforma psiquiátrica en España es la Ley General de Sanidad (L.G.S.), que en su artículo 20 establece que los problemas de salud mental se atenderán en el ámbito comunitario potenciando recursos de rehabilitación y reinserción social que reduzcan al máximo la necesidad de hospitalización y ofrezcan una atención integral, y estableciendo una coordinación efectiva con los servicios sociales (L.G.S., 1986, art. 20).

Un año después de la formulación de dicha ley, se crea en el País Vasco la “Comisión para la reforma de los servicios de salud mental de la CAPV”, que establece la atención en la CAPV se basaría en tres líneas generales: psiquiatría comunitaria, sectorización y red de salud mental (Chicharro, 2001, p. 132). La psiquiatría comunitaria se refiere a la atención a la persona en su entorno de convivencia, la sectorización implica la asunción de una población determinada permitiendo un mayor conocimiento de la población a atender, y la red de salud mental permite ofrecer una continuidad de cuidados en los diferentes dispositivos de salud mental existentes (Ararteko, 2000, p. 38). Sin embargo, la reforma psiquiátrica en la CAPV no consistió en el cierre de hospitales psiquiátricos como ocurrió en otras comunidades autónomas, sino que se basó en desarrollar una red de recursos comunitarios de salud mental, que coexisten con las anteriores instituciones psiquiátricas (Chicharro, 2001, p. 131).

Desde la formulación del “Plan de asistencia psiquiátrica y salud mental” en 1982, atención en salud mental en la CAPV se ha planificado mediante planes estratégicos, cuyas bases son la formulación positiva de la salud mental, el modelo asistencial comunitario y la prevención, asistencia e investigación en salud mental (Osakidetza, 2010, p. 5). Actualmente, el plan estratégico vigente es la “Estrategia en salud mental de la CAPV ESM-2010”, que se basa en el modelo comunitario europeo denominado *Community based mental-health model*, que establece que las líneas a seguir en la atención en salud mental son la autonomía, continuidad, accesibilidad, atención integral, equidad, recuperación personal, responsabilización y calidad (Osakidetza, 2010, pp. 11-17).

En la CAPV existen tres Redes de Salud Mental que ofrecen una atención orientada a mejorar las capacidades psíquicas para conseguir una mejor adaptación personal, familiar, social y laboral, evitando en la medida de lo posible la institucionalización de pacientes y propiciando la atención en comunidad (Villaño, 2012). Para ello, cuentan con una serie de servicios de carácter hospitalario y extrahospitalario que aunque varían en cada una de las tres provincias, es posible clasificarlos<sup>6</sup> en función del tipo de atención que prestan.

#### **4.1.2.1. Servicios hospitalarios**

Los servicios hospitalarios son aquellos que se prestan en las tradicionales instituciones psiquiátricas. En la provincia de Vizcaya<sup>7</sup>, la atención psiquiátrica hospitalaria se presta en tres hospitales psiquiátricos: el Hospital Bermeo, Zamudio y Zaldibar. En el caso de Guipúzcoa, no existen instituciones psiquiátricas públicas; cuentan con el Hospital San Juan de Dios, de carácter privado-concertado. Sin embargo, por su interés para la problemática a tratar en este trabajo, es preciso destacar el hospital Aita Menni<sup>8</sup> (de carácter privado-concertado), ya que cuenta con una Unidad de Psiquiatría Legal

---

<sup>6</sup> La exposición de los recursos de la Red de Salud Mental de la CAPV es de elaboración propia, empleando los criterios de clasificación aportados por Gotzon Villaño (2012) en el documento inédito Red de Salud Mental de Araba: Funcionamiento y acceso.

<sup>7</sup> La información acerca de los recursos pertenecientes a la Red de Salud Mental de Vizcaya, Álava y Guipúzcoa ha sido extraída del sitio web de Osakidetza. Obtenido de: [https://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-ckcent04/es/contenidos/informacion/salud\\_mental\\_osk/es\\_5601/salud\\_mental.html](https://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-ckcent04/es/contenidos/informacion/salud_mental_osk/es_5601/salud_mental.html)

<sup>8</sup> Información sin fecha de publicación, disponible en: <http://www.aita-menni.org/es/psiquiatria/psiquiatria-legal/unidad-psiquiatria-legal.html>

destinada a que las personas con enfermedades mentales cumplan las medidas judiciales en un entorno hospitalario en vez de en prisión, donde no recibirían la asistencia psiquiátrica especializada que requieren.

En Álava, el servicio psiquiátrico hospitalario es el Hospital Psiquiátrico de Álava, desde donde se gestionan todos los servicios, donde se ubica la U.P.R. lugar en el que se llevará a cabo el presente estudio, y que se analizará más detalladamente en el siguiente apartado.

#### ***4.1.2.2. Servicios Extrahospitalarios***

Este tipo de servicios y estructuras se encuentran situados en la comunidad, con el objetivo de evitar al máximo posible la institucionalización psiquiátrica de los y las pacientes, ofreciendo para ello una atención en su entorno de residencia (Villaño, 2012). Dentro de este tipo de servicios se encuentran las siguientes estructuras:

- **Centros de salud mental de adultos:** prestan servicios destinados al tratamiento de diversas patologías psiquiátricas basados en la atención e información, atención socio-sanitaria en consulta, coordinación y/o apoyo con otros servicios y atención urgente en consulta (Villaño, 2012).
- **Centros de salud mental infanto-juvenil:** son los servicios de atención primaria en salud mental orientados a niños y adolescentes hasta los 17 años (Villaño, 2012).
- **Servicios monográficos:** consisten en programas de atención especializada a problemáticas concretas como son el servicio de Primeros Episodios (Vizcaya) y el Centro de Orientación y Tratamiento de Adicciones (Álava) (Villaño, 2012).
- **Estructuras intermedias:** se orientan a potenciar las habilidades psicosociales como paso previo al comienzo de la vida autónoma (Villaño, 2012). Dentro de esta clasificación, se incluyen las Unidades Terapéutico-Educativas, los Tratamientos Asertivo-Comunitarios y los Hospitales y Centros de Día.

#### ***4.1.2.3. Recursos sociales***

En la atención en enfermedades mentales graves, el objetivo no sólo es el tratamiento clínico de la enfermedad sino también la mejora de aquellas áreas personales y sociales que hayan podido quedar afectadas, considerando las necesidades de alojamiento, alimentación, capacitación cultural y laboral, de integración social... (Ararteko, 2000, p.

24). Esta visión responde al denominado “espacio sociosanitario”, que en la CAPV se gestiona mediante el Gobierno Vasco (atención sanitaria) y las Diputaciones Forales y Ayuntamientos (atención social) (Ararteko, 2000, p.24).

A continuación, se mencionarán brevemente los recursos sociales más empleados en la U.P.R.<sup>9</sup> para continuar el proceso de rehabilitación de los pacientes en la comunidad tras recibir el alta en dicha unidad, abarcando recursos de las tres provincias.

- **Recursos de alojamiento:** ofrecen un servicio residencial de carácter psicoeducativo, atendiendo a personas que requieren de apoyo en algunas áreas personales como la responsabilización sobre el tratamiento y la adopción de hábitos saludables.
- **Centros ocupacionales y de empleo protegido:** son un paso previo a la entrada de la persona en el mercado laboral, ofreciendo espacios en los que sea posible desarrollar capacidades técnicas y laborales. Los centros de empleo protegido ofrecen puestos de empleo normalizados y remunerados a personas con discapacidad.
- **Fundaciones tutelares:** se encargan de asumir la tutela de las personas incapacitadas jurídicamente, a través de personas nombradas como referentes tutelares, que servirán de apoyo para la persona en algunas áreas de su vida como puede ser la gestión de los bienes económicos o la toma de tratamiento.
- **Tejido asociativo:** ofrecen actividades y programas dedicados tanto al apoyo de las personas afectadas por patologías mentales y sus familias como a la eliminación del estigma hacia el colectivo mediante actividades de prevención y sensibilización.

#### 4.1.3. La Unidad de Psicosis Refractaria

La estructura en la que se ubica este estudio sobre las personas afectadas por procesos penales y la práctica profesional desde el Trabajo Social es la U.P.R., situada en la planta baja del Hospital Psiquiátrico de Álava. Esta unidad se crea en 2001 como respuesta a una resolución del Parlamento Autonómico del 8 de marzo de 1996 que insta al Departamento de Sanidad a crear una unidad psiquiátrica que atendiese a las

---

<sup>9</sup> La información ofrecida sobre los recursos sociales ha sido extraída del diario de campo elaborado personalmente durante el periodo de prácticas en la U.P.R.

personas cuya patología mental requiere cuidados más específicos e intensivos que los que se ofrecen en unidades convencionales (Hospital Psiquiátrico de Álava, 2003, p. 5).

Se trata de la única unidad con estas características en la CAPV, por lo que atiende a personas de las tres provincias desde una orientación rehabilitadora, ofreciendo una atención intensiva durante un tiempo preferiblemente corto pero integrado en un proyecto terapéutico a largo plazo, con el fin de que la persona pueda volver a la comunidad o al servicio del que hubiese sido derivada (Hospital Psiquiátrico de Álava, 2003, p. 3).

Las personas atendidas en esta unidad están afectadas por trastornos de tipo psicótico que implican la pérdida de contacto con la realidad en mayor o menor medida, presentando síntomas como pensamientos confusos, falsas creencias, alucinaciones, cambios afectivos y de percepción y cambios conductuales (Ortiz de Zárate, et al., 2010, p. 4). El término refractario hace referencia a que presentan además diversos factores que influyen negativamente en el curso de la enfermedad y dificultan el proceso asistencial, como son (Ortiz de Zárate y Grivé, 2004, pp. 4-5):

- Psicosis resistente a tratamientos convencionales.
- Mala adherencia e implicación en los cuidados.
- Incumplimiento terapéutico reiterado, con descompensaciones frecuentes que pueden implicar riesgos para sí mismos o su entorno.
- Necesidad de contención terapéutica y física.
- Violencia durante las descompensaciones.
- Abuso de sustancias (patología dual).
- Inestabilidad y precariedad psicosocial.

La presencia de estos factores implica que una de las problemáticas más frecuentes entre estas personas sea el fracaso de los itinerarios de inserción social, con el consiguiente reingreso de las mismas a las estructuras hospitalarias, en un fenómeno que se conoce como régimen de puerta giratoria (Buckley y cols. 2001, citado en Hospital Psiquiátrico de Álava, 2003, p. 4).

El acceso a esta unidad lo determina el servicio de referencia de la persona, desde donde se realiza la propuesta de ingreso a la Comisión de Ingresos y Seguimiento, con el objetivo de que valoren si la persona cumple los criterios de admisión y exclusión

establecidos (Hospital Psiquiátrico de Álava, p. 6). Es interesante mencionar, que cuando nació la unidad, uno de los criterios de exclusión era que las personas estuvieran sentenciadas, condenadas o sometidas a condena penal, un factor que con el transcurso del tiempo<sup>10</sup> se modificó, pasando a ser un criterio de admisión, debido al elevado número de personas con esta circunstancia. Otro dato importante a tener en cuenta es que todos los ingresos que se producen son involuntarios, por lo que es necesario que desde el Hospital Psiquiátrico se informe al Juzgado antes de las 48 horas de que se ha producido el ingreso, con el objetivo de que el o la Juez otorgue su autorización.

Cuando se produce el ingreso de una persona en la unidad, se realiza una completa valoración de la misma, con el fin de ajustar el tratamiento farmacológico y establecer un Plan Individual de Cuidados, mediante la realización de actividades individuales y grupales que tienen como objetivo:

mejorar la inestabilidad y la precariedad psicosocial, aumentando el soporte social, actuando sobre el riesgo de conductas agresivas, proporcionando técnicas de autocontrol, disminuyendo el consumo de tóxicos, proporcionando herramientas para el manejo de su enfermedad y evitando un mayor deterioro cognitivo o retrasándolo en la medida de lo posible (Hospital Psiquiátrico de Álava, 2003, p. 4).

## **4.2. TRABAJO SOCIAL EN SALUD MENTAL**

La enfermedad mental ha pasado de plantearse desde una perspectiva individual de naturaleza clínica a ser considerada como un fenómeno de carácter social tanto en su efecto como en sus síntomas, lo que ha permitido una concepción más amplia y profunda de la enfermedad mental y por tanto, de sus posibilidades de abordaje terapéutico (Gómez y Zapata, 2000, p. 15). Los fenómenos de tipo social que aparecen asociados a la enfermedad mental son, por un lado, una alteración de la relación de la persona enferma con su medio implicando un proceso de desinserción social, y por otro lado, una disminución de su autonomía social (Gómez y Zapata, 2000, p. 15).

La labor del Trabajo Social psiquiátrico surge a partir de esta consideración de la enfermedad mental como una problemática no sólo médica sino también social, entendiéndose que ha de ser abordada desde un equipo interdisciplinario capaz de trabajar también las áreas psicosociales de la persona que se ven afectadas por la enfermedad

---

<sup>10</sup> No ha sido posible encontrar la fecha en que se modificó dicho criterio de exclusión.

(Ramírez, 1992, p. 23). Esta idea de equipo psiquiátrico especializado llega importada de Estados Unidos en 1954, y dentro de este equipo, el o la profesional de Trabajo Social atendía aspectos sociales como la relación con la familia, el trabajo y las ayudas económicas y de servicios, aplicando generalmente la metodología del Trabajo Social de casos (Ramírez, 1992, p. 23). En la década de los 60, la preocupación de los y las trabajadoras sociales psiquiátricas se centraba en la necesidad de adquirir una formación teórico-práctica que les permitiese definir sus funciones y trabajar con los equipos interdisciplinarios desde la igualdad (Ramírez, 1992, p. 24).

Cuando el Trabajo Social comienza a introducirse en los sanatorios psiquiátricos, uno de sus objetivos principales fue mejorar la situación de las y los pacientes dentro de la institución, programando actividades orientadas a estimular sus capacidades, al ser conscientes de las repercusiones negativas que conlleva el internamiento psiquiátrico prolongado (Ramírez, 1992, p. 24). En los años 70, el colectivo de psiquiatras comienza a reconocer que es necesario tratar algo más que la enfermedad, entendiendo que los factores sociales influyen en su tratamiento y su pronóstico, lo cual posibilitó que los y las trabajadoras sociales se integrasen de forma completamente activa tanto en el estudio y tratamiento de los casos, como en la toma de decisiones y en el diseño de programas de rehabilitación (Alonso, 2000, p. 9)

A raíz del concepto amplio de salud mental definido por la OMS, la Ley General de Sanidad y los comienzos de la Reforma Psiquiátrica, la década de los 80 estuvo marcada por una gran implicación y discusión teórica de las y los profesionales, compartiendo la idea de que la atención a la persona con enfermedad mental no se puede ofrecer únicamente desde el sistema de salud sino que la participación del sistema de servicios sociales es imprescindible (Castanyer y González, 2000, p. 26). Los objetivos del Trabajo Social comienzan a estar relacionados con el proceso de normalización de las personas afectadas en su entorno social, algo que continúa teniendo en cuenta en la década de los años 90 y especialmente a partir del año 2000, con el desarrollo de las redes de recursos de atención comunitaria en salud mental (Garcés, 2010, p. 335).

Definir con precisión el perfil profesional del Trabajo Social en la salud mental es una tarea complicada, ya que se trata de un campo que aún no está muy concretado a nivel teórico-metodológico y el ejercicio profesional variará dependiendo de la institución en la que se desarrolle, del tipo de atención que se preste en ella y de las opciones

personales del trabajador o trabajadora social. Por ello, se mencionarán únicamente las funciones propias de este campo, y a continuación se expondrá el procedimiento metodológico que constituirá la base teórica para el análisis de los procesos de intervención. Respecto a las funciones que desempeñan los y las trabajadoras sociales en las estructuras de salud mental, Garcés (2010, pp. 341-342) establece tres tipos:

En primer lugar, la función de **atención directa** se refiere a las actividades realizadas en contacto directo con la persona y su familia y orientadas a trabajar sus propios recursos personales. Se llevan a cabo durante todas las fases del proceso y se pueden concretar en actuaciones como el acompañamiento, las entrevistas, la información y orientación sobre distintas alternativas y recursos, las visitas a domicilio, etc.

En segundo lugar, la autora menciona la función **preventiva, de promoción e inserción social**, cuya finalidad es lograr la adecuación de la persona al entorno social y familiar mediante el acceso e integración en distintas organizaciones de ayuda y recursos sociales tanto normalizados como específicos, como son las alternativas de alojamiento, ocupacionales, laborales, etc. (Garcés, 2010, pp.341-342).

En tercer lugar, se destaca la función de **coordinación**, que puede ser tanto interna (en el equipo interdisciplinar) como externa (con distintos agentes o instituciones relacionados) y que consiste en aportar la perspectiva social en la atención y los recursos necesarios para la inserción social de la persona, además de identificar y evaluar tanto los posibles riesgos como las capacidades de la persona, que servirán como apoyo para orientar el plan de intervención (Garcés, 2010, pp. 341-342).

#### **4.2.1. El procedimiento metodológico de intervención en TS Clínico**

El Trabajo Social que se desarrolla en las diferentes estructuras de atención en Salud Mental, especialmente en las de carácter hospitalario, es fundamentalmente un TS Clínico, lo que implica que las intervenciones se llevan a cabo desde distintas concepciones del **proceso terapéutico**, valorando la interacción entre la experiencia biológica, psicológica y social de la persona y empleando una metodología que combina aspectos psicoterapéuticos personales junto con otras intervenciones relacionadas con la situación social de la persona (Garcés, 2010, pp. 338-339).

Una de las autoras que más ha contribuido a la construcción de conocimiento en este ámbito, a nivel tanto teórico como práctico, es Amaya Ituarte (1992), quien define el TS Clínico como:

(...) un proceso relacional psicoterapéutico que trata de ayudar a un cliente a afrontar sus conflictos psicosociales, superar su malestar psicosocial y lograr unas relaciones interpersonales más satisfactorias, utilizando sus capacidades personales y los recursos de su contexto socio-relacional (p. 20).

Esta actividad profesional, en tanto que se considera clínica, debe tener como fundamento la relación terapéutica, ya que de no ser así, la dimensión clínica pierde su sentido, y por ende, no pueden alcanzarse las metas de cambio (Ituarte, 2017, p. 68). Tal y como afirma Fombuena (2017, p. 239), el Trabajo Social comienza a ser Clínico cuando la propia disciplina trasciende y se convierte en terapéutica. Esta esencia terapéutica, a su vez, conlleva que un planteamiento fundamental de esta actividad sea **la práctica centrada en el cliente**, lo que implica centrar la atención en la persona y sus contextos relacionales, permitiendo comprender el verdadero significado que el malestar tiene en su vida, y las capacidades y recursos de los que dispone para afrontarlo, siguiendo para ello un procedimiento metodológico específico (Ituarte, 2017, p. 31). A través de este enfoque, se considera a la persona como un ser bio-psico-social en constante interacción con su medio o contexto, que será un elemento imprescindible para que pueda lograr el máximo desarrollo de sus capacidades (Ituarte, 1992, p. 6). Esta consideración supone asumir que cualquier acción que realicemos para mejorar el contexto, repercutirá de forma preventiva y positiva en el bienestar de la persona (Ituarte, 1992, p. 8).

Así pues, el TS Clínico queda configurado por tres elementos necesarios (Ituarte, 1992, p. 28):

- Una persona en interacción con su medio, que se encuentra en una situación conflictiva que se manifiesta en problemas psicosociales.
- Una persona profesional del Trabajo Social que trata de dar respuesta a esa situación conflictiva y a los problemas psicosociales, principalmente a través de:
- Una relación transferencial no analítica basada en la comunicación, que permite la expresión libre de sentimientos y emociones.

El citado procedimiento metodológico sigue las fases del método científico, ya que la complejidad del objeto de conocimiento requiere ser abordado desde un enfoque científico que permita elaborar una explicación estructurada de los elementos que componen dicho objeto y sus interrelaciones (Ituarte, 1992, p. 18). En el esquema que aparece a continuación se muestra cómo las fases del proceso clínico de intervención coinciden con las fases del método científico.

Figura 1. Fases del método científico aplicadas al proceso en TS Clínico.

MÉTODO CIENTÍFICO	PROCESO EN TS CLÍNICO
1. Identificación del problema	1. Estudio o investigación
2. Construcción de un modelo teórico	2. Interpretación diagnóstica
3. Deducción de consecuencias particulares	
4. Prueba de las hipótesis	3. Tratamiento psicosocial
5. Introducción de conclusiones en la teoría	4. Evaluación

Fuente: elaboración propia a partir de Ituarte (1992, pp. 20-21).

A continuación, se expondrán los aspectos teórico-prácticos que caracterizan cada fase de intervención en TS Clínico, según el modelo propuesto por Ituarte (1992, pp. 21-53).

#### ***A) FASE DE ESTUDIO O INVESTIGACIÓN***

Esta fase puede comenzar bien porque el o la profesional haya detectado alguna situación problemática que requiera atención, o bien con una **demanda** verbalizada por la persona o su familia, que constituiría el primer elemento de información con el que contaría el o la trabajadora social (Ituarte, 1992, p. 22). Si existe esa demanda, se debe analizar el contexto vital de la persona para poder comprender y valorar la demanda de forma adecuada y que la intervención responda realmente a la situación problemática de la persona (Ituarte, 1992, p. 24).

En cualquiera de los dos supuestos, el proceso de intervención comienza recabando la información suficiente como para construir una imagen de la realidad social de la persona, que incluya detalladamente las diferentes áreas o piezas que la componen y la forma en que estas se interrelacionan entre sí, para lo cual, se puede acudir a diversas fuentes de información (Ituarte, 1992, pp. 23). No obstante, las técnicas imprescindibles son aquellas que permitan la **observación** y la **escucha**, debido a que ofrecen

información aportada directamente por la persona, quien ha de ser la fuente de información principal durante todo el proceso, y suponen el comienzo de la relación terapéutica de comunicación entre el o la profesional y la misma (Ituarte, 1992, pp. 24-25). Así pues, el proceso terapéutico se desarrolla esencialmente a través de la palabra mediante la relación con la persona, y en segundo plano, en circunstancias específicas, mediante la utilización de servicios y/o recursos materiales (Ituarte, 1992, p. 28).

Tras recabar y analizar la información suficiente, se establecen una o varias **hipótesis** de tipo relacional, que permitirán relacionar entre sí todos los elementos que configuran el problema para decidir la dirección en que se orientará la intervención (Ituarte, 1992, p. 29). La o las hipótesis deberán vincular todos los aspectos presentes en el caso (Ituarte, 1992, pp. 29-30):

- La persona en sí misma, considerada en sus aspectos internos y externos.
- Su entorno social y las relaciones que mantiene con los elementos que lo componen.
- El problema psicosocial o demanda planteada (en caso de haberla), correctamente contextualizada.
- Las expectativas que tiene respecto a la forma y medida en que cree que el o la trabajadora social puede ayudarle.
- La forma y nivel de compromiso que la persona está dispuesta a adquirir en el proceso.

Aunque la fase de estudio o investigación es la primera que debe realizarse, y la que da inicio al proceso de intervención, tanto esta fase como las siguientes pueden solaparse unas con otras a menudo, siendo posible retomar una o varias fases en diversos momentos del proceso (Ituarte, 1992, p. 31).

### ***B) FASE DE DIAGNÓSTICO***

La elaboración del diagnóstico en TS Clínico es **compleja**, ya que debe relacionar múltiples aspectos vitales de la persona, como son la persona en sí misma (a nivel físico, psicológico y social), el medio o contexto social (desde el medio más próximo a la persona al más extenso, y sus relaciones con esos contextos), y el problema psicosocial (Ituarte, 1992, p. 32). Debido a esta complejidad, su elaboración no puede ser realizada en una primera entrevista, sino que precisa de varias para lograr una

comprensión adecuada de la situación de la persona de forma integral (Ituarte, 1992, p. 30).

Establecer categorías diagnósticas exactas no es posible, ya que, aunque siempre se ha de atender a una serie de factores específicos, la importancia relativa de cada uno de ellos y su peso en el conjunto de la situación varían en cada caso y en los distintos momentos del proceso (Ituarte, 1992, p. 33). El hecho de emplear un método científico de trabajo, requiere pensar en la necesidad de emplear **clasificaciones diagnósticas**, como las elaboradas por la A.P.A, cuyo equipo interdisciplinar ofrece en el Manual Diagnóstico y Estadístico DSM-V una codificación de factores sociales asociados al trastorno mental, como son los problemas de relación, problemas educativos y laborales, problemas de vivienda y económicos, problemas relacionados con delincuencia, etc. (Ituarte, 1992, p. 34).

Se trata además de un proceso **flexible** que continua en el tiempo y en el que **participa la persona**, ya que a medida que avanza la intervención, nuestro conocimiento sobre la misma, sus circunstancias y su modo de enfrentarse a las dificultades va incrementando, por lo cual el diagnóstico inicial se ha de ir complementando con los nuevos descubrimientos que vayan surgiendo (Ituarte, 1992, p. 31).

Tras la elaboración del diagnóstico, el o la trabajadora social debe **poner en conocimiento** de la persona las interpretaciones diagnósticas que haya realizado, explicándole los aspectos en los que cree que se debe centrar el tratamiento y cómo se debería llevarse a cabo, siendo necesario que la persona no sólo comprenda los objetivos y tratamiento propuestos sino que **se muestre de acuerdo** con ello (Ituarte, 1992, p. 36). El hecho de no hacerlo implicaría infantilizar a la persona, algo que va en contra de los fundamentos básicos del TS Clínico (Ituarte, 1992, p. 36).

### ***C) FASE DE TRATAMIENTO***

Para iniciar esta fase en unas condiciones favorables, se ha de **informar adecuadamente** a la persona sobre los elementos formales del tratamiento, concretando aspectos como la frecuencia de las entrevistas, la duración, horario, lugar y duración total prevista del tratamiento, aclarando todas las posibles dudas que puedan surgirle, ya que a menudo, al ser una experiencia nueva, el tratamiento puede ser afrontado con temor y ansiedad (Ituarte, 1992, p. 37).

El o la trabajadora social puede lograr cambios interviniendo de tres formas principales. La forma fundamental es mediante la **relación trabajadora social-persona**, ya que supone la base sobre la que se desarrolla la acción terapéutica del TS Clínico, y requiere por parte del o la profesional, una gran capacidad de escucha y comprensión empática libre de juicios (Ituarte, 1992, p. 37). Esta relación ha de tener dos elementos imprescindibles: la aceptación de la persona tal y como es, permitiendo que pueda mostrar sus sentimientos de forma más profunda al sentirse valorada y no juzgada; y la autenticidad, que supone no crear falsas expectativas respecto a sí misma como profesional, respecto a la intervención, o respecto la situación problemática (Ituarte, 1992, p. 38).

La segunda forma de intervenir es a través de la **utilización de recursos**, que pueden ser materiales, económicos o humanos, y que han de emplearse sólo en la medida en que respondan a las necesidades reales de la persona, teniendo que estar en consonancia con los objetivos terapéuticos (Ituarte, 1992, p. 44). En el caso de que el o la trabajadora social considere adecuado el empleo de un recurso, será necesario que analice junto con la persona sus problemas psicosociales y los relacione con los aspectos de dicho recurso para averiguar en qué medida es conveniente, y el uso que la persona pretende hacer de él, así como sus expectativas hacia el mismo (Ituarte, 1992, p. 44).

La tercera forma de intervenir, es mediante la consecución de **cambios en el contexto** de la persona. En algunas ocasiones es preciso actuar para mejorar las condiciones de uno o varios de los sistemas que componen el contexto, realizando previamente una valoración de las consecuencias o cambios que supondrá dicha intervención en la propia persona, en el problema psicosocial y en el proceso terapéutico, y exponiendo el planteamiento a la persona, quien deberá mostrarse de acuerdo para iniciar dicha actuación contextual (Ituarte, 1992, p. 46). Si la persona acepta, lo ideal sería que participase activamente del proceso, pero en caso de no poder hacerlo por alguna circunstancia, habría que mantenerla constantemente informada de todo lo que vaya aconteciendo en el mismo (Ituarte, 1992, p. 46).

La finalización del tratamiento puede suscitar temor o angustia en la persona, especialmente en aquellos casos en los que se haya creado una relación terapéutica que haya permitido la expresión libre y abierta de sentimientos, emociones, temores, etc. (Ituarte, 1992, p. 42). Para que la terminación del tratamiento no sea traumática, es

preciso realizarla de forma **estructurada y planificada**, para lo cual se proponen dos formas de actuar. Por un lado, se pueden acordar una o varias entrevistas finales, que reducirán el nivel de angustia de la persona al saber que esta será recibida por el o la profesional, y a su vez esta o este podrá valorar la situación de la persona y la incidencia que ha tenido en ella el tratamiento (Ituarte, 1992, p. 48). Por otro lado, en combinación o no con la estrategia anterior, es posible realizar una valoración final del proceso terapéutico con la persona, analizando todo lo acontecido, apreciando los esfuerzos realizados por ella para la consecución de los objetivos propuestos y señalando las capacidades desarrolladas, con el objetivo de que pueda tomar conciencia de que no se encuentra en la misma situación en la que se encontraba al inicio del tratamiento (Ituarte, 1992, p. 49).

#### ***D) FASE DE EVALUACIÓN***

El concepto de evaluación se refiere a la comparación entre los objetivos que se habían propuesto y el resultado que se ha obtenido, aunque en TS Clínico se han de analizar también cada una de las fases del procedimiento de intervención y el proceso como tal, incluyendo la participación de la persona y la actuación profesional de la o el trabajador social (Ituarte, 1992, p. 49).

La no consecución de los objetivos puede deberse a muchos motivos: que estos no se adecuasen a la situación real de la persona, que no se obtuvieron suficientes datos en la fase de estudio, que se realizó un diagnóstico incorrecto, que hubiese errores en la fase de tratamiento respecto al contenido emocional de la relación con la persona, etc. (Ituarte, 1992, pp. 50-51).

Aunque metodológicamente esta sea la última fase del procedimiento, es importante que se realicen labores de **evaluación de forma continua** en todo el proceso, analizando especialmente las actuaciones en las que se haya atendido de forma directa a la persona, a fin de corregir posibles errores a tiempo y reducir las posibilidades de que el tratamiento fracase (Ituarte, 1992, p. 51). Para lograr una correcta evaluación se precisa de un buen **sistema de recogida de información**, que es a su vez un elemento requerido en la labor científica, y en este ámbito concreto se traduce en herramientas como fichas de identificación o historias clínicas (Ituarte, 1992, p. 52). El hecho de contar con estas herramientas y recoger en ellas todo el contenido de las actuaciones, los

incidentes que surjan, y la evolución detallada de la persona, es imprescindible tanto para realizar una buena intervención como para facilitar el inicio de investigaciones sobre el TS Clínico, un tipo de Trabajo Social que cuyos instrumentos de análisis cualitativo, especialmente los de aplicación práctica, se encuentran aún poco desarrollados (Ituarte, 1992, p. 52).

#### **4.2.2. El Trabajo Social en la Unidad de Psicosis Refractaria**

Como ya se ha explicado, la U.P.R. atiende a pacientes que necesitan unos cuidados muy específicos debido a que están afectados por algunas problemáticas sociales que dificultan el proceso asistencial. La atención que se presta en esta estructura hospitalaria tiene una orientación fundamentalmente rehabilitadora, con el fin último de que la persona pueda volver a la comunidad (Hospital Psiquiátrico de Álava, 2003, p. 2).

Para lograr el objetivo mencionado es necesaria, no sólo una intervención psiquiátrica para ajustar el diagnóstico y adecuar el tratamiento, sino también una intervención social integral, que considere a la persona como el centro de la actuación y abarque todas las áreas de la misma, a fin de lograr una mejora a nivel tanto clínico como psicosocial. Esta intervención es realizada por el equipo interdisciplinar con el que cuenta la unidad, que está compuesto por dos psiquiatras, una psicóloga, un trabajador social, una terapeuta ocupacional, una enfermera supervisora, doce enfermeras y enfermeros especializados en salud mental y doce auxiliares de enfermería (Ortiz et al., 2004). Es importante mencionar que para la U.P.R. hay asignado el puesto de medio trabajador social, que se encarga también a la unidad 7 de gerontopsiquiatría.

Este equipo presta su atención a un máximo de 14 personas, sumándole otras 20 plazas que pueden ser ocupadas por personas en régimen de hospital de día (Osakidetza, 2013). El régimen de ingreso hospitalario es cerrado, y funciona mediante distintos grados de permisos de salida, que se van obteniendo a medida que la persona comienza a mejorar y estabilizarse a nivel psicopatológico y conductual.

Respecto a las funciones a desempeñar por la figura del profesional de Trabajo Social dentro de la unidad, el Boletín Oficial del País Vasco N° 187, del jueves 28 de septiembre de 2000 establece que son las siguientes (Osakidetza, 2013):

- Coordinaciones con el Juzgado para informar de todos los datos que sean necesarios.
- Proponer procesos de Incapacitación, Tutoría, o Curatela al Ministerio Fiscal o a los órganos correspondientes.
- Velar por los derechos de los pacientes, en base a lo establecido en la Constitución, el Convenio Europeo para la protección de los Derechos Humanos y Libertades Fundamentales y la Normativa Sanitaria en vigor, desde el momento de ingreso hasta el alta hospitalaria y durante el periodo posterior de seguimiento.
- Elaborar documentos evolutivos de resultados sociales junto con informes clínicos proporcionados por el o la psiquiatra responsable.
- Realizar los trámites necesarios para preparar la derivación de las personas atendidas a los distintos recursos disponibles.

A efectos prácticos, las actuaciones llevadas a cabo por el trabajador social de la unidad para ejercer estas funciones son variadas, yendo desde la realización de acompañamientos a pacientes con distintos objetivos, dirigir el Grupo Psicoeducativo de Familias que se realiza en la unidad, entrevistas individuales y familiares, tramitar recursos y prestaciones sociales, realizar distintos tipos de informes sociales, coordinaciones continuas con los diferentes organismos relacionados con las personas atendidas, acudir a citaciones judiciales como testigo en casos de incapacitación, tutela o curatela, etc.

Para finalizar, es preciso tener en cuenta que existen algunas características institucionales que pueden condicionar o limitar la práctica profesional del Trabajo Social en la U.P.R. Se ha identificado<sup>11</sup> que estos factores son:

- El hecho de ser una unidad hospitalaria de corta estancia (de 1 a 3 meses, máximo 6), reduce el tiempo que se le puede dedicar a la intervención, y dificulta la elaboración de planteamientos a medio-largo plazo.
- Los ingresos hospitalarios son involuntarios, lo que dificulta que exista una predisposición de la persona para participar activamente en el tratamiento, y en algunas ocasiones se traduce en desconfianza hacia el profesional y negativas a

---

<sup>11</sup> Estos condicionantes institucionales, fueron identificados personalmente durante la estancia en prácticas y han sido extraídos del análisis D.A.F.O. reflejado en mi Memoria de Prácticas Externas.

colaborar durante el proceso. Todo ello hace que llegar a la persona sea una tarea en algunas ocasiones compleja.

- Muchas de las personas ingresan derivadas de otras estructuras para estabilización diagnóstica, lo que implica que al llegar a la unidad se encuentran en situaciones de descompensación psicopatológica. Esto supone que no sea posible intervenir de forma directa con las personas justo al comienzo del ingreso, ya que en estos casos no se encuentran clínica ni conductualmente abordables.
- Esta unidad atiende a personas de toda la CAPV, por lo cual el profesional ha de realizar numerosos desplazamientos, casi a diario, a las distintas localidades para la realización de acompañamientos a recursos, entrevistas con otros y otras profesionales, juicios de incapacitación, etc. Estos desplazamientos suponen una dedicación importante de tiempo.

Es labor de cada profesional de Trabajo Social, realizar un análisis del campo profesional que identifique de qué forma condicionan el ejercicio profesional las características tanto de la estructura institucional como de las situaciones de la población que se atiende, y adecuar la práctica profesional a dichas características, a fin de ofrecer una atención de la mayor calidad posible dentro de las posibilidades detectadas.

### **4.3. EL TRATAMIENTO PENAL DE LA ENFERMEDAD MENTAL**

Los actos delictivos cometidos por personas que padecen una enfermedad mental suscitan un gran interés debido a la alarma social que se genera a través de los medios de comunicación tras algunos hechos violentos graves y al miedo asociado a determinadas etiquetas diagnósticas (Echeburúa et al., 2011, p. 422). Sin embargo, teniendo en cuenta los estudios existentes respecto a la enfermedad mental asociada al delito, a pesar de lo difícil que resulta establecer el grado de contribución de la enfermedad mental a dichos comportamientos, no es posible afirmar que la enfermedad mental se comporte como una variable independiente en la aparición de conductas delictivas (Hernández, 2011, p. 142). Tal y como afirma Alberto Fernandez (citado en Salomone, 2008), presidente de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, las personas que padecen enfermedades mentales graves representan un 3% de la población, pero cometen un porcentaje mucho menor del 3% de los delitos. Asimismo,

el estudio realizado por Peterson et al. (2014, citado por De la Villa y Vicario, 2016, p. 257) analiza 429 delitos y concluye que tan sólo el 7,5% de ellos se asociaban con los síntomas de la enfermedad. Además es importante destacar que el 90% de los delitos cometidos están relacionados con incidentes y disputas ocurridas en sus entornos de convivencia (Roig et al., 2014, p.153). Estos datos desmienten el estereotipo público de la enferma mental como persona violenta y con tendencia a delinquir, ya que realmente tienen más riesgo de ser víctimas de un acto delictivo que de cometerlo; “además de sufrir la estigmatización o el miedo basado en el desconocimiento sobre su enfermedad, son con mayor facilidad víctimas de actos violentos, de abusos, o de su utilización como instrumento para cometer delitos a manos de personas de su entorno o desconocidos” (Echeburúa et al., 2011, p. 422).

Lo cierto es que la enfermedad mental y el delito son fenómenos de distinta naturaleza, que cuando se vinculan dan lugar a dilemas relacionados con aspectos tanto teórico-conceptuales, como es la responsabilidad jurídica de la persona con enfermedad mental, como prácticos, como es la respuesta penal, planteándose entonces la disyuntiva entre pena o tratamiento (Hernández, 2011, p. 135).

A continuación se expondrán los elementos del Derecho Penal que es preciso analizar cuando se considera la influencia de una enfermedad mental en la comisión de un delito.

#### **4.3.1. La responsabilidad penal desde el concepto de delito**

Para comprender las implicaciones de la responsabilidad penal en relación con la enfermedad mental, es necesario partir del concepto de delito, un término que aparece definido en el artículo 10 del Código Penal (CP) como todas “las acciones y omisiones dolosas o imprudentes penadas por la ley”. El delito también es definido como toda aquella conducta que la legislación sanciona con una pena, aunque para afirmar la existencia de un delito no basta únicamente con comprobar si la conducta lleva asociada una pena ni con afirmar que se trata de una acción u omisión dolosa o imprudente penada por la ley (Muñoz y García, 2010, pp. 201-202). Para ello, es preciso comprender que los requisitos necesarios para que una conducta se considere delito, se articulan en una doble perspectiva que hace alusión, por un lado, a la conducta en sí, y por otro lado, al sujeto autor de la conducta. Respecto a la conducta injusta, aparte de ser una acción típica (descrita en la ley penal como delito), ha de poder ser identificada

como antijurídica: se ha de constatar que no concurre ninguna causa de justificación para haber actuado de esa forma (Muñoz y García, 2010, pp. 201-202). Respecto a las características de la o el autor, se ha de poder considerar que existe culpabilidad, es decir, que tenga capacidad para poder atribuirle el acto y hacerle responsable del mismo, en base a sus facultades psíquicas (Muñoz y García, 2010, pp. 202-203). Cuando una persona es declarada autora del hecho (o cómplice o partícipe) pero no puede ser declarada culpable debido a que carece de responsabilidad, se considera que no puede ser **imputable**. Este es uno de los elementos jurídicos principales para comprender la responsabilidad criminal de las personas con enfermedad mental y su tratamiento penal.

#### ***4.3.1.1. La imputabilidad***

La imputabilidad se define como el conjunto mínimo de facultades psíquicas que se requieren para considerar a una persona culpable de haber cometido un delito, lo que se conoce como capacidad de culpabilidad (Muñoz y García, 2010, p. 361). Este elemento jurídico se basa en dos capacidades: la capacidad de comprensión (intelectiva); y la capacidad de querer realizar la conducta (volitiva) (Leganés, 2010, p. 522). A estas capacidades hay que añadirles la capacidad de motivar su conducta en base a las normas del grupo al que pertenece: “en la medida en que esa capacidad no haya llegado a desarrollarse por falta de madurez, por defectos psíquicos de cualquier origen o por trastornos transitorios, no podrá hablarse de culpabilidad” (Muñoz y García, 2010, p. 362).

Las causas que eximen al sujeto de la responsabilidad criminal y que por tanto conducen a una situación jurídica de **inimputabilidad** aparecen reguladas en el artículo 20 CP:

- Cualquier anomalía o alteración psíquica que impida al sujeto comprender que está realizando un hecho ilícito o actuar en base a esa comprensión (art. 20, 1º).
- El estado de intoxicación por consumo de bebidas alcohólicas o sustancias tóxicas que no haya sido buscado con el propósito de cometer el acto, así como la influencia de un síndrome de abstinencia, que al igual que en el primer supuesto le impida comprender la ilicitud del acto o actuar en base a esa comprensión (art. 20, 2º).

- El padecimiento de alteraciones en la percepción desde el nacimiento o la infancia que provoquen una alteración grave de la conciencia de la realidad (art. 20, 3º).

También puede ocurrir que los trastornos mentales no afecten lo suficiente las facultades de la persona como para eximir la culpabilidad, aunque sí para disminuirla, aplicándose entonces la **semiimputabilidad** (Leganés, 2010, p. 524). Las principales alteraciones mentales que plantean en el Derecho Penal como supuestos de inimputabilidad o imputabilidad atenuada son, siguiendo a Vega (2004, p. 1), las psicosis, oligofrenias, psicopatías y neurosis.

Las consecuencias jurídicas por la comisión del delito, variarán dependiendo del grado de imputabilidad que se valore en cada caso. De esta forma, a las personas imputables se les aplicará una pena, entendiendo esta como “la privación o restricción de bienes jurídicos, establecida por la Ley e impuesta por un Órgano Jurisdiccional competente” (Molina, 1996, p. 15). Esta pena, según su naturaleza puede ser privativa de libertad, pena privativa de otros derechos o pena de multa (Segovia, 2011, p. 125). Respecto a las declaradas inimputables o semiimputables en sentencia, la legislación penal contempla la **medida de seguridad (MS)** como medidas alternativas a la pena, una consecuencia jurídica que se analizará en profundidad en el apartado siguiente.

#### **4.3.2. La medida de seguridad como respuesta penal**

Tal y como afirma Barreiro (2000, p. 177), a finales del siglo XIX y principios del XX la pena deja de ser la única solución para hacer frente a la delincuencia, ya que desde un sentido retributivo no se debería aplicar a personas con enfermedades mentales ni a menores de edad. En España, el CP de 1995 refleja un nuevo sistema de las MS, que deroga la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social de 1970, que suponía grandes deficiencias como que la peligrosidad apareciese como concepto abstracto, o como los supuestos en los que se consideraba a algunas personas peligrosas sin haber cometido un delito (Barreiro, 2000, p. 178).

Las MS son las medidas alternativas a la pena que la ley contempla para aquellas personas que podrían haber sido condenadas en caso de haber sido consideradas culpables o responsables (Campos, 2013, 651). Aparecen reguladas en el título IV del CP, y su principal diferencia respecto a las penas, es que mientras éstas se basan en la culpabilidad y buscan la prevención general mediante la intimidación, las MS se

orientan a la prevención en una persona concreta y se fundamentan en su peligrosidad, siendo el objetivo que no vuelva a delinquir aplicando tratamientos asistenciales o educativos (Leal, 2002, p. 59). Es importante conocer los principios en los que se fundamentan las MS, ya que estos principios suponen las garantías penales respecto a la aplicación de la ley. Siguiendo a Muñoz y Conde (2010, pp. 588-589) es posible dividir estos principios en tres premisas:

- **La post-delictualidad:** aparece en el artículo 6,1 del CP e implica que no es posible condenar a una MS a una persona que no haya cometido un delito, ni se aplicarán a las faltas [ahora delitos leves] (Muñoz y Conde, 2010, pp. 588-589).
- **El pronóstico de peligrosidad criminal:** se refleja en el artículo 95, 1,2ª y supone que es necesario elaborar un pronóstico de comisión de delitos futuros, lo que se conoce como juicio de peligrosidad, que indicará el grado restringirá la libertad la MS (Muñoz y Conde, 2010, pp. 588-589).
- **La proporcionalidad de la medida:** el artículo 6,2, se establece que las MS no pueden ser ni más gravosas ni tener mayor duración que la pena que se habría aplicado, ni superar el límite de lo necesario para prevenir su peligrosidad (Muñoz y Conde, 2010, pp. 588-589).

#### ***4.3.2.1. Tipos de medidas y supuestos en los que se aplican***

Tal y como establece el CP en el artículo 96,1 las MS pueden ser privativas y no privativas de libertad. Las medidas privativas de libertad (art. 96,2), consisten en:

- 1ª internamiento en centro psiquiátrico.
- 2ª internamiento en centro de deshabitación.
- 3ª internamiento en centro educativo especial.

Las medidas no privativas de libertad (art. 96,3) pueden ser:

- 1ª inhabilitación profesional.
- 2ª expulsión del territorio nacional de extranjeros no residentes legalmente en España.
- 3ª libertad vigilada.
- 4ª custodia familiar.
- 5ª privación del derecho a conducir vehículos a motor y ciclomotores.
- 6ª privación del derecho a la tenencia y porte de armas.

Respecto a las medidas privativas de libertad, la medida a la que es necesario prestar especial atención en este trabajo es la medida de internamiento en centro psiquiátrico, que según el artículo 101 CP, puede imponerse a aquellas personas declaradas inimputables conforme al número 1º del artículo 20 (anomalía o alteración mental), siendo necesario que el centro sea adecuado al tipo de alteración psíquica que presente.

En aquellos supuestos en los que los sujetos hayan sido declarados semiimputables en base a los números 1º, 2º y 3º del artículo 20 CP, el artículo 104 establece que además de la pena correspondiente, se le podrán aplicar las medidas previstas en los artículos 101, 102 y 103 CP, aunque la medida de internamiento solo sería impuesta si la pena fuese privativa de libertad. La posibilidad de acumular una pena y una MS se denomina sistema vicarial y se regula en el artículo 99 CP, consistiendo en comenzar aplicando la medida y computar el periodo de internamiento como cumplimiento de la pena, y en caso de que la MS se alzase y quedase pena por cumplir, cabría la posibilidad de suspenderla o imponer una medida no privativa de seguridad (Muñoz y García, 2010, p. 591).

Respecto a las medidas no privativas de libertad, conviene destacar la medida de libertad vigilada. Antes de la reforma del CP de 2010, la medida consistente en “la sumisión a tratamiento externo en centros médicos o establecimientos de carácter sociosanitario” aparecía en el artículo 96, y actualmente ha pasado a ser una de las medidas que integran la libertad vigilada, apareciendo en la letra k) del artículo 106.1, enunciada como “la obligación de seguir tratamiento médico externo o de someterse a control médico periódico” (Otero, 2015, p. 109). Esta medida está especialmente dirigida a personas con problemáticas asociadas al consumo de alcohol y sustancias, aunque también puede aplicarse en los supuestos de alteración mental, cuando se presente un bajo índice de peligrosidad, pudiendo ser impuesta como medida principal para delitos de baja gravedad y en los casos en los que la privación de libertad estuviera contraindicada para la enfermedad (Leal, 2002, p. 79). En estos casos es posible que reciban diferentes tipos de asistencia como el tratamiento ambulatorio en centros de salud primaria, la hospitalización diurna o nocturna o el acogimiento en pisos y residencias protegidas (Leal, 2002, p. 79).

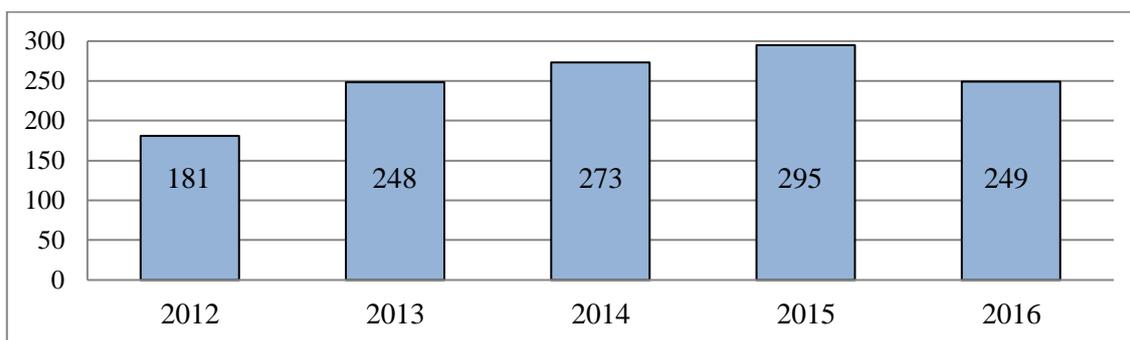
#### ***4.3.2.2. Aspectos sobre el cumplimiento de las medidas***

El artículo 97 CP establece que durante la ejecución de la sentencia, el o la Juez o Tribunal puede mantener la ejecución de la medida (a), decretar su cese si desaparece la peligrosidad criminal (b), sustituir la medida por otra que se considere más adecuada pudiendo volver a ella si la persona no evoluciona favorablemente (c), o suspender la ejecución de la medida si se ha obtenido el resultado para el que fue aplicada (d). Durante el cumplimiento de la MS, el artículo 98 indica que anualmente se ha de emitir una propuesta de mantenimiento, cese, sustitución o suspensión en función de los supuestos citados (1,2). Respecto al quebrantamiento de la medida, el artículo 100 establece que si la medida es de internamiento, es posible que se ordene el reingreso de la persona al mismo centro en el que estuviese o a otro según su estado (1), y si la medida es no privativa de libertad se podría imponer una medida de internamiento (2).

#### **4.3.3. La realidad de las personas con enfermedad mental en procesos penales**

Como se ha visto en el apartado anterior, la MS es la respuesta principal que contempla la ley penal para las personas que por padecer una enfermedad mental no son consideradas responsables del delito. En la CAPV, gran parte de estas medidas son gestionadas por el Servicio Vasco de Gestión de Penas (SVGP), que se implementa en el año 2011 sustituyendo al Servicio de Asistencia a la Ejecución y Reinserción Social (SAER) y cuya función es garantizar la ejecución de las MS, las penas de trabajo en beneficio de la comunidad y las formas de sustitución y suspensión de condenas (Gobierno Vasco, 2017). Para ello, llevan a cabo diversas actuaciones como la elaboración de planes de intervención y seguimiento, entrevistas con las personas afectadas por el proceso penal, búsqueda de recursos alternativos y derivación a ellos, o coordinaciones con los servicios penitenciarios (Gobierno Vasco, 2017).

Figura 2. MS gestionadas por el SVGP en la CAPV desde el año 2012 al 2016.



Fuente: elaboración propia a partir de las memorias anuales del SVGP de los años 2012-2016.

El Real Decreto 840/2011 de 17 de junio, en el que se regulan las circunstancias de ejecución de las diversas medidas alternativas a la pena, obliga a las administraciones públicas a poner a disposición centros de carácter penitenciario o comunitario para el cumplimiento de las MS (Ararteko, 2014, p. 44). Sin embargo, existe una grave carencia de recursos, especialmente en el caso de las medidas privativas de libertad, ya que solo existen dos centros psiquiátricos penitenciarios para todo el Estado, situados en Sevilla y en Alicante, que presentan problemas de superpoblación y de escasez de personal sanitario, prevaleciendo el tratamiento penitenciario sobre el sanitario (Ararteko, 2014, p. 44). A nivel autonómico, en la CAPV existe la unidad de psiquiatría legal del hospital privado-concertado Aita Menni.

Respecto a la escasez de recursos para cumplir las MS comunitarias, desde el Ministerio de Sanidad (2014, p. 33) se considera que los recursos existentes serían suficientes si en los centros de salud mental, se permitiese acudir a personas que están sometidas a procesos penales, para lo cual sería necesario eliminar los prejuicios por parte de gestores de recursos y profesionales.

Tal y como afirman Muñoz y García (2010), hacer cumplir la ley penal de forma estricta a aquellas personas que por razones de enfermedad mental no están en condiciones de ser culpables de sus actos, supone “una infracción clara de las bases de la responsabilidad penal en un Estado social y democrático de Derecho” (p. 354). No obstante, estudios como el Informe PRECA (Prevalencia Cárceles), revelan que aproximadamente la mitad de las personas presas padecen un trastorno mental, siendo la prevalencia de enfermedad mental unas 5 veces superior a la población general (Vicens, et al., 2011, p. 9-11). El Ararteko extrapola estos datos para afirmar que en ese mismo

año en la CAPV, de las 1.430 personas que se encontraban presas, aproximadamente 600 de ellas tenían un trastorno mental, de las cuales 100 podrían padecer trastornos mentales graves (Ararteko, 2015, p. 2)

Las causas que explican por qué algunas personas con enfermedad mental acaban cumpliendo condenas en prisiones ordinarias son variadas, pero es posible concretarlas en tres circunstancias: que nadie haya detectado la enfermedad mental durante el procedimiento judicial (enajenación inadvertida), que se haya detectado pero que no se considere que afecte a su imputabilidad (enajenación advertida no apreciada como causa de inimputabilidad), o que la propia enfermedad se haya generado durante la estancia en prisión (enajenación sobrevenida) (Santos, 2003, p. 291).

Son varios los factores que pueden provocar las situaciones anteriormente mencionadas, como puede ser la ausencia de apoyo familiar, que provoca que la familia no informe a los órganos judiciales y a los y las abogadas de la existencia de una enfermedad mental; la escasez de recursos económicos, debido a la que se atribuye la defensa a la abogacía de oficio complicando la preparación de la misma; o la inexistencia de una asistencia sanitaria continuada que permita una correcta adhesión al tratamiento y que favorezca la conciencia de enfermedad de la persona (Sánchez, 2001, pp. 143-144).

Cuando finalmente una persona con enfermedad mental ingresa en una prisión, el primer principio que se ve afectado es el de igualdad, que debería garantizar el mismo derecho de acceso a la asistencia en salud mental para la persona presa que para el resto de la ciudadanía, ya que la estructura de la cárcel no puede ofrecer este servicio (Hernández, 2011, p. 146). Esta asistencia ha mejorado desde la puesta en marcha del Programa de Apoyo Integral al Enfermo Mental (PAIEM), que ha contribuido, según los y las profesionales que han participado en el programa, al tratamiento de la persona desde un punto de vista más personalizado, a la mejora de su adaptación al medio penitenciario, a la colaboración entre profesionales y a la mejora de la calidad de vida (Sanz et al., 2014, p. 97). Además, la transferencia de la sanidad penitenciaria a la CAPV en 2011 pretende mejorar la coordinación y la calidad de la asistencia ofreciendo un servicio más equitativo al integrar cada centro penitenciario en la comarca de atención primaria correspondiente (Zulaika et al., 2012, pp. 97-98).

No obstante, diversos informes a nivel europeo sostienen que el entorno penitenciario no es el adecuado para tratar enfermedades mentales, ya que su finalidad no es la mejoría o la rehabilitación sino el control y la seguridad (Arroyo-Cobo, 2015, p. 4). Este entorno implica consecuencias como la sensación de aislamiento y apatía, una visión pobre y parcializada de la realidad debido a la disminución del contacto con el exterior, o un decrecimiento de la autonomía, la resolución de problemas y la toma de decisiones (Abad, Rincón y García, 2003, p. 124).

Para finalizar, es preciso destacar que las consecuencias de la estancia en prisión se agravan en el caso de las mujeres, ya que socialmente se les asigna un papel de gran responsabilidad en el ámbito familiar, a nivel tanto afectivo como económico, y su encarcelación conlleva un gran estigma socio-familiar y una alteración en los roles (Herrera y Expósito, 2010, p. 236). Además, las mujeres en prisión presentan psicopatologías de carácter más grave y tienen mayor dificultad para acceder a los recursos de la red comunitaria (Ararteko, 2014, p. 17). El encierro en casos de mujeres que padecen una enfermedad mental da lugar a una triple discriminación por su condición de mujer, “enferma mental” y presa, lo que puede dar lugar a más situaciones de desprotección y vulnerabilidad social.

## **5. ANÁLISIS**

---

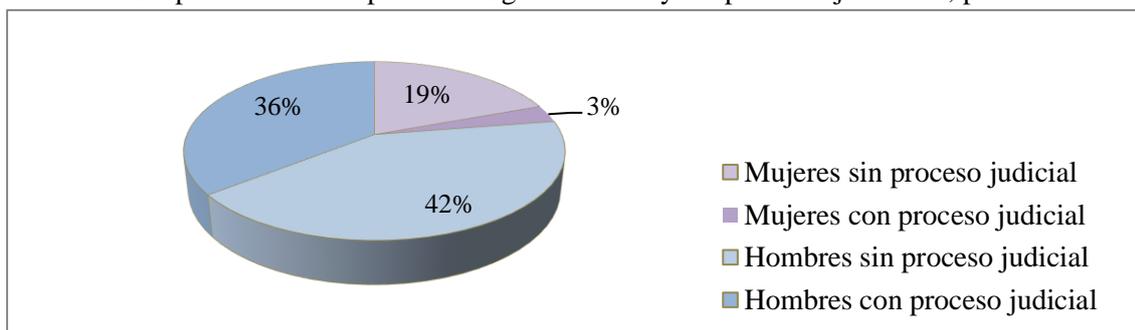
Como se ha indicado en el apartado de metodología, el análisis de la realidad en este trabajo se centra en las personas ingresadas en la U.P.R. que se encuentran inmersas en procesos penales, y consiste en un estudio cuantitativo de casos y un análisis de la intervención social realizada con dos personas. La combinación de ambos enfoques, nos permitirá por un lado, cuantificar el fenómeno y conocer algunos datos sociales sobre las situaciones de estas personas, y por otro lado, analizar cómo influye el hecho de tener procesos penales a la hora de intervenir con ellas, empleando el enfoque del TS Clínico. Aunque la finalidad principal de este trabajo sea analizar las intervenciones a través del método en TS Clínico, se expondrá primero el análisis cuantitativo a modo de contexto. A continuación, se exponen los resultados de ambos análisis.

## 5.1. ESTUDIO CUANTITATIVO DE CASOS EN LA U.P.R.

El estudio que se presenta a continuación está realizado sobre una muestra compuesta por todas aquellas personas que en el momento de su ingreso en la U.P.R., entre enero de 2013 hasta abril de 2018, tenían uno o varios procesos judiciales en curso por la comisión de delitos, incluyendo los casos en los que la notificación del inicio de un proceso judicial llegó a lo largo del ingreso.

Para obtener la muestra, tal y como se explica en el apartado de metodología, se ha accedido al listado de personas que fueron ingresadas en ese periodo, que contenía ya algunos datos relevantes, y se ha revisado el contenido de la Historia Clínica de cada paciente a fin de identificar qué personas no tenían procesos judiciales, para excluirlas del estudio. Estos dos primeros pasos, han permitido conocer la proporción de hombres y mujeres con procesos penales respecto a las personas que no tenían relación con el sistema judicial a nivel penal, y otros datos como la localidad de procedencia y los diagnósticos psiquiátricos.

Gráfico 1: Proporción total de personas ingresadas con y sin procesos judiciales, por sexo.



Desde enero de 2013 hasta abril de 2018, ingresaron en la U.P.R. un total de 160 personas<sup>12</sup>, de las cuales 36 eran mujeres y 124 hombres. Del total de 160 personas ingresadas, se contabilizó que 62 de ellas tenían procesos judiciales penales. Es decir, el 38'7% de personas ingresadas tenían procesos judiciales penales. De esas 62 personas con procesos judiciales, 5 eran mujeres (8%) y 57 eran hombres (92%), de los cuales 4 eran ingresos penitenciarios, provenientes de la cárcel de Zaballa, en Álava. Con estos datos, se puede establecer que un 13'5% del total de mujeres tenían procesos judiciales, y del total de hombres, tenían procesos judiciales el 42'85%.

<sup>12</sup> Las personas que habían ingresado varias veces, se han contabilizado como nuevos ingresos, sin tener en cuenta que son la misma persona.

Centrándonos a partir de este momento en la muestra de 62 personas con procesos penales, el 100% de las personas provenían de la CAPV, más concretamente, 38 personas (61%) procedían de Vizcaya, 20 personas (32%) procedían de Álava y 4 personas (6'4%) venían de Guipúzcoa.

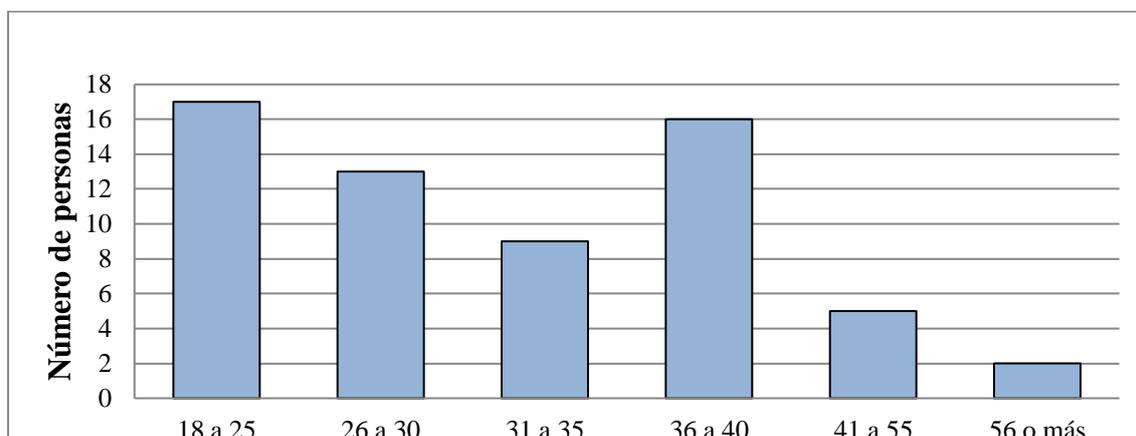
El diagnóstico más frecuente ha sido la esquizofrenia paranoide, padecida por 28 personas (46%), seguido por la esquizofrenia con 12 personas (20%), y por el trastorno bipolar, que estaba representado por 11 personas (18%). Los trastornos menos frecuentes han sido el trastorno esquizoafectivo que afectaba a 4 personas (6%), el trastorno de la personalidad con 3 personas (5%), el trastorno psicótico con 2 personas (3%), y el Síndrome de Asperger, y el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, ambos con una persona respectivamente

Respecto a la incapacitación judicial, variable analizada por petición expresa del trabajador social, se ha obtenido que 34 personas (55%) no se encontraban incapacitadas en el momento de su ingreso, 16 personas (26%) se encontraban ya incapacitadas cuando ingresaron, y 12 personas (19%) se encontraban en trámites de incapacitación iniciados, o bien de forma previa al ingreso, o iniciados desde la U.P.R.

A continuación, el análisis se centra en el estudio de las variables escogidas personalmente a través de las hipótesis de investigación: edad, consumo de tóxicos y vínculo familiar.

La media de **edad** de las personas con procesos judiciales ha sido de 32'1 años, y la frecuencia de las edades se ha distribuido por intervalos, arrojando los siguientes resultados.

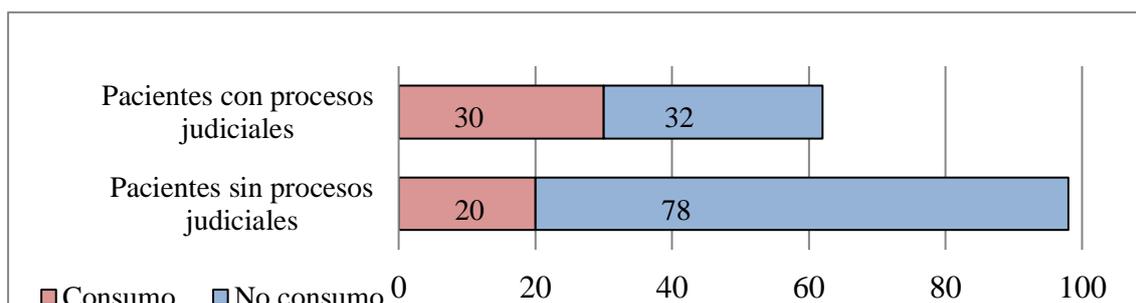
Gráfico 2: Número de personas por rangos de edades.



Las edades más frecuentes han sido las comprendidas entre los 18 y los 25 años (17 personas), y las comprendidas entre los 36 a los 40 años (16 personas).

El **consumo de tóxicos** por parte de las personas con procesos judiciales ha supuesto un 48'38%. Al tratarse de un porcentaje elevado, se ha considerado especialmente interesante analizar también el consumo por parte de las personas que no tenían procesos judiciales y comparar las cifras para observar si hay diferencias destacables.

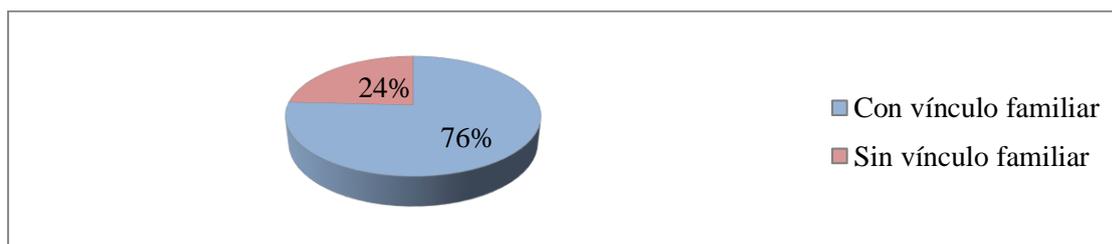
Gráfico 5: Consumo de tóxicos en pacientes con y sin procesos judiciales.



En el gráfico se puede apreciar que mientras el consumo en pacientes con procesos judiciales ha representado un 48'3%, en pacientes sin procesos judiciales ha supuesto un 20'4%, algo menos de la mitad que en los casos judiciales.

A continuación se presenta la proporción de personas que mantenían **vínculos con la familia** en el momento del ingreso.

Gráfico 6: Personas con y sin vínculo con la familia.



La mayoría de personas mantenían vínculos familiares en el momento del ingreso, siendo 47 personas de 62 (76%), e identificándose 15 personas de 62 (24%) sin vínculos familiares. La variable que se quería analizar en un principio era “apoyo familiar”, pero ante las dificultades<sup>13</sup> para valorar esa condición, se han contabilizado las personas que

<sup>13</sup> Para valorar si las relaciones familiares son positivas y suponen un verdadero apoyo para la o el paciente, habría sido necesario analizar en detalle todos los informes sociales y evolutivos sociales de cada persona.

tenían familiares de referencia, sin entrar a analizar la calidad de las relaciones. Así pues, las personas sin relaciones familiares son aquellas que no tenían familiares de referencia ni ningún tipo de contacto con la familia.

## **5.2. ANÁLISIS DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN A TRAVÉS DE DOS CASOS REALES**

Para facilitar la comprensión de los procesos de intervención, se ofrecerá en primer lugar una presentación del caso, en la que se recogerán algunos datos de la situación socio-sanitaria de la persona extraídos de los respectivos Informes Sociales elaborados por el trabajador social de la U.P.R. A continuación, se expondrán ambos procedimientos de intervención de manera sistematizada, estructurándolos según las fases de intervención del método en TS Clínico de Ituarte (1992), y reflejando las actividades, objetivos específicos, técnicas o herramientas empleadas y funciones desempeñadas. Para identificar las funciones, se han utilizado las propuestas por Garcés (2010), ya que en el modelo de Ituarte aparecen muy poco desarrolladas, y se ha considerado un aspecto útil a valorar de cara al análisis en base al TS Clínico.

Tras la exposición de los procesos de intervención, se ofrecerá un análisis de los mismos en forma de preguntas basadas en los aspectos que caracterizan cada fase del método en TS Clínico, a fin de valorar en qué medida se siguen los principios y fundamentos teórico-prácticos que caracterizan este tipo de práctica profesional.

### **5.2.1. Caso 1**

#### ***A) PRESENTACIÓN DEL CASO***

Se trata de un varón de 33 años con diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide que ingresa en la U.P.R. el 20 de diciembre de 2015 para su estabilización psicopatológica tras sufrir un nuevo brote psicótico debido a una recaída en el consumo de tóxicos. A nivel familiar cuenta con el apoyo de su madre y su hermano, pero no mantiene ningún tipo de relación social, ni cuenta con una actividad laboral debido a que ha permanecido dos años siendo ingresado de forma intermitente en el Hospital de Zaldibar, en Vizcaya. Actualmente vive de una herencia que percibió hace dos años, aunque no ha sido capaz de gestionarla correctamente. Tiene reconocido un porcentaje de discapacidad del 45%.

A nivel judicial tiene varios expedientes en activo. El paciente cometió un delito de exhibicionismo y provocación, por el cual en julio de 2015, tras ser considerado **inimputable** fue condenado por sentencia a cumplir una **MS privativa de libertad** consistente en 9 meses de internamiento hospitalario (desde diciembre de 2015 hasta agosto de 2016). En septiembre de 2015, ante su mejoría clínica, la unidad en la que se encontraba ingresado en el hospital de Zaldibar y el SVGP solicitan modificar su Plan de Ejecución proponiendo una medida de tratamiento ambulatorio, que es negada debido a que el paciente se fuga de dicha unidad cinco días antes de comenzar el cumplimiento de la medida. Tras notificar la fuga y localizar al paciente, es ingresado el 20 de diciembre en la U.P.R. para su estabilización psiquiátrica, comenzando a cumplir la MS en dicha unidad. Además, tiene pendiente un juicio por un presunto delito de robo cometido en Madrid y en el área civil se encuentra en un proceso de incapacitación judicial que afecta al área económica y sanitaria, iniciado desde la unidad en la que se produjo su ingreso anterior.

### ***B) PROCESO DE INTERVENCIÓN***

En este caso, el proceso de intervención comienza el día después de producirse el ingreso de la persona, cuando el trabajador social de la anterior unidad, realiza una llamada al trabajador social de la U.P.R., para comunicarle que tiene temas judiciales que precisan intervención urgente. En ese momento, el trabajador social inicia la fase de estudio-investigación, que se concreta en las siguientes actuaciones:

<b>1. FASE DE ESTUDIO O INVESTIGACIÓN</b>			
<b>ACTIVIDAD</b>	<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>	<b>TÉCNICA</b>	<b>FUNCION</b>
Estudia el informe social de derivación y el informe médico emitidos por la unidad hospitalaria anterior	Conocer datos sobre la situación socio-sanitaria del paciente	Análisis documental	Coordinación externa
Realiza llamada al TS que elaboró el informe	Verificar datos e investigar si hay planteamientos de intervención comenzados	Contacto telefónico	Coordinación externa
Realiza llamada al abogado del paciente	Conocer situación judicial actual del paciente	Contacto telefónico	Coordinación externa
Realiza llamada al SVGP			

Una vez recabados los datos, el profesional procede a su interpretación diagnóstica. Debido a que no se ha identificado ninguna actividad concreta referida al diagnóstico, ni

ningún documento en el que se plasme el mismo, se ha contactado con el trabajador social como informante clave en este trabajo para consultarle de qué forma lleva a cabo esta fase. Este ha afirmado que, tras la recopilación de datos, establece las hipótesis y las refleja en su cuaderno de campo personal, pero no deja constancia de esta actividad en el evolutivo social ni elabora un diagnóstico social como tal. La interpretación diagnóstica se realiza mediante una reunión interdisciplinar, en la que se concreta en planteamiento de intervención.

<b>2. FASE DE DIAGNÓSTICO</b>			
<b>ACTIVIDAD</b>	<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>	<b>TÉCNICA</b>	<b>FUNCIÓN</b>
Reunión con el psiquiatra referente del paciente en la U.P.R.	<p>Poner en común los datos recabados y las hipótesis del TS</p> <p>Establecer los objetivos de intervención en base a situación social y clínica</p>	Reunión interdisciplinar	Coordinación interna

En esta actividad, se establece que durante la estancia del paciente en la unidad se trabajarán los siguientes objetivos de intervención:

- ✓ Gestionar correctamente el proceso de preparación del juicio pendiente, y lograr que se celebre en el mismo hospital psiquiátrico mediante videoconferencia, a fin de evitar el traslado del paciente a Madrid y reducir así las posibilidades de que recaiga en una descompensación psiquiátrica, pudiendo contar con el apoyo de su familia y de las y los profesionales de la U.P.R.
- ✓ Modificar el Plan de Ejecución de la MS para que en vez de continuar cumpliéndola en la U.P.R., el paciente sea trasladado a la Unidad de Media Estancia de Zaldibar (desde donde fue derivado), con el objetivo de que pueda tener un mayor grado de libertad y autonomía y que los y las profesionales puedan trabajar con él su futura salida a la comunidad. El fundamento de este planteamiento es que en la U.P.R. no es posible realizar intervenciones a medio-largo plazo ya que es una unidad de corta estancia, con una estructura normativa rígida, y situada en otra localidad distinta al entorno habitual de residencia del paciente.

- ✓ Mejorar la empleabilidad del paciente y garantizar su derecho al acceso a distintos recursos sociales y económicos a través de la revisión de su Grado de Discapacidad, debido a que no tiene ingresos económicos y subsiste de la inadecuada gestión de una herencia.

Las actuaciones orientadas a conseguir estos objetivos, constituyen la fase de tratamiento, en la cual se dio prioridad a la intervención en los asuntos penales del paciente, debido a que el proceso de comunicación con los órganos judiciales se caracteriza por demorarse en el tiempo y requerir la elaboración de múltiples documentos formales.

Para facilitar la comprensión del proceso de tratamiento, se exponen a continuación las actividades que se realizaron para trabajar de forma específica cada objetivo de intervención.

<b>3. FASE DE TRATAMIENTO</b>			
<b>OBJETIVO DE INTERVENCIÓN 1: Gestionar el juicio pendiente y evitar el traslado del paciente a Madrid, logrando la realización de juicio mediante videoconferencia desde el hospital</b>			
<b>ACTIVIDAD</b>	<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>	<b>TÉCNICA</b>	<b>FUNCIÓN</b>
Realiza llamada al abogado del paciente	Informarse de si realizar el juicio por videoconferencia supondrá repercusiones para el paciente	Contacto Telefónico	Coordinación externa
Realiza llamada al SVGP: Bajo solicitud del SVGP realiza un escrito que recopila toda la información relativa al juicio y se lo envía al mismo	Solicitar información sobre si se podrá realizar el juicio mediante videoconferencia (ante la demora de la contestación del juzgado) <sup>14</sup>	Contacto telefónico y elaboración documental	Coordinación externa
Se reúne con el paciente en el despacho	Recoger una documentación que el paciente desea aportar en su defensa en el juicio y enviársela a su abogado	Entrevista individual	Atención directa
Acompaña al paciente bajo petición del mismo, para comprar una tarjeta de móvil (objetivo explícito)	Conocer la situación emocional del paciente debido a la proximidad del juicio y prestarle apoyo	Acompañamiento	Atención directa
Acompaña al paciente durante el juicio	Prestar apoyo social al paciente y resolver dudas sobre el proceso	Acompañamiento	Atención directa

<sup>14</sup> La solicitud de realización del juicio mediante videoconferencia la realizó el psiquiatra referente del paciente mediante un informe clínico enviado al juzgado competente.

<b>3. FASE DE TRATAMIENTO</b>			
<b>OBJETIVO DE INTERVENCIÓN 2: Modificación del Plan de ejecución de la MS para el traslado del paciente a unidad de media estancia Zaldibar</b>			
<b>ACTIVIDAD</b>	<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>	<b>TÉCNICA</b>	<b>FUNCIÓN</b>
Se reúne con el psiquiatra	Revisar el planteamiento al alta (en base a situación clínica) para tomar decisiones sobre el régimen de permisos de salida del paciente durante el cumplimiento de la MS en Zaldibar	Reunión interdisciplinar	Coordinación interna
Realiza llamada al SVGP: Elabora la solicitud de permiso de salidas y la envía al SVGP (contenido clínico, firma el documento el psiquiatra)	Informarles del planteamiento al alta y de que se solicitarán permisos de salida durante el cumplimiento de la MS	Contacto telefónico y elaboración documental	Coordinación externa

<b>3. FASE DE TRATAMIENTO</b>			
<b>OBJETIVO DE INTERVENCIÓN 3: Mejorar empleabilidad del paciente y conseguir acceso a recursos mediante las prestaciones de Discapacidad</b>			
<b>ACTIVIDAD</b>	<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>	<b>TÉCNICA</b>	<b>FUNCIÓN</b>
Envía el Informe Médico y Psicológico a la Diputación Foral de Vizcaya	Lograr la revisión del grado de discapacidad del paciente	Recopilación documental y envío de documentación	Prevención, de promoción e inserción social
Acompaña al paciente a extraer dinero bajo petición del mismo (objetivo explícito)	Indagar sobre las expectativas del paciente al alta, y trabajar con él la posibilidad de obtener un empleo en el mundo laboral normalizado, o bien mediante el grado de discapacidad	Acompañamiento	Atención directa

Durante el proceso, se llevaron también a cabo las siguientes actividades que no estaban orientadas específicamente a un solo objetivo de intervención sino que se trabajaron varios objetivos simultáneamente.

<b>3. FASE DE TRATAMIENTO</b>			
<b>ACTIVIDADES EN LAS QUE SE TRABAJARON VARIOS OBJETIVOS</b>			
<b>ACTIVIDAD</b>	<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>	<b>TÉCNICA</b>	<b>FUNCIÓN</b>
Realiza entrevista conjunta con el psiquiatra a la que acuden la madre y el hermano	<b>Objetivos intervención: 1 y 2</b> Informar a la familia de: -se ha solicitado la realización del juicio mediante videoconferencia -el paciente ha sido visto por el Equipo Forense - el planteamiento de modificación de la M.S. en Zaldibar + Hospital de Día + vuelta al domicilio	Entrevista Familiar	Atención directa
Realiza entrevista con el hermano, la madre, el psiquiatra, y el paciente (quien entra después a la entrevista)	<b>Objetivos intervención: 2 y 3</b> Informar a la familia de: - se ha decidido solicitar permisos de salida durante el cumplimiento de la M.S. - se ha orientado al paciente hacia la búsqueda de empleo (solicitar apoyo de la familia en ese sentido)  Trabajar las resistencias de la familia a que el paciente vuelva a casa tras la finalización del planteamiento terapéutico	Entrevista Familiar	Atención directa
Atiende llamadas de la madre y el hermano del paciente	<b>Objetivos de intervención: 1 y 2</b> Aclarar dudas y mantener informada a la familia de todos los procesos y del estado del paciente	Contacto telefónico	Atención directa
Atiende llamadas del abogado y del SVGP	<b>Objetivos de intervención: 1 y 2</b> Mantener un flujo de comunicación correcto con los agentes implicados para mejorar la coordinación entre los mismos	Contacto telefónico	Coordinación externa
Recopila en la Historia Clínica todos los documentos judiciales	<b>Objetivos de intervención: 1 y 2</b> Conseguir un seguimiento correcto del proceso judicial y dejar constancia del mismo	Recopilación documental	Coordinación interna y externa
Redacta a diario todos los hechos, gestiones y actuaciones realizadas	<b>Objetivos de intervención: 1, 2 y 3</b> Dejar constancia de las intervenciones realizadas y facilitar el seguimiento del caso	Redacción en documento evolutivo	Coordinación interna y externa

Elabora el Informe Social de Derivación que será archivado y enviado al TS de Zaldibar	<b>Objetivos de intervención: 1, 2 y 3</b> Informar al TS receptor de: - la situación socio-sanitaria y familiar -la situación judicial y todo el proceso y gestiones llevadas a cabo  Procurar que se continúen los objetivos de intervención planteados (gestión del juicio, permisos de salida, empleo, relación familiar)	Informe Social de Derivación	Coordinación externa
--	--	------------------------------	----------------------

La fase de tratamiento finaliza cuando el paciente abandona la unidad, habiendo transcurrido tres meses. En este caso, fue posible lograr el primer objetivo de intervención, ya que el juicio se realizó mediante videoconferencia y acompañado del trabajador social. El segundo objetivo tuvo una variación, ya que el SVGP informó al trabajador social de que no era necesario realizar ninguna gestión ni solicitar ninguna autorización para modificar la MS y que la cumpliera en Zaldibar, sino que era suficiente con derivar al paciente a dicha unidad e informar del traslado al órgano judicial. Por ello, el trabajador social se centró en solicitar permisos de salida desde la U.P.R. para que el paciente pudiese disfrutarlos durante el cumplimiento de la medida en Zaldibar. El tercer objetivo se trabajó de una manera superficial, revisando el grado de discapacidad del paciente y orientando tanto a la familia como al trabajador social que atendería al paciente en la unidad receptora para que continuasen y apoyasen al paciente respecto a la búsqueda de empleo y al acceso a distintos recursos sociales.

Además, durante la fase de tratamiento se identificó otro posible objetivo de intervención, al detectar que tanto la madre del paciente como el hermano se mostraban reacios a que este volviese al domicilio familiar llegando a manifestar que preferían que su ingreso se alargase lo máximo posible. Ante esta situación, no fue posible intervenir en profundidad con la familia para conocer el origen de esa resistencia y trabajarla debido a la falta de tiempo, por lo cual el trabajador social informó al siguiente profesional de dicha problemática a fin de orientarle a iniciar una intervención ese sentido.

No obstante, no es posible saber con precisión en qué medida se lograron los objetivos, debido a que no se ha identificado ninguna actividad orientada a analizar y valorar el

proceso de intervención. Por este motivo, se ha omitido la última fase del procedimiento que corresponde a la evaluación.

## **5.2.2. Caso 2**

### ***A) PRESENTACIÓN DEL CASO***

Se trata de un varón de 21 años que ingresa en la U.P.R. el 20 de julio de 2016 para estabilización psicopatológica, clarificación diagnóstica y ajuste de tratamiento, habiendo sido derivado de la unidad de psiquiatría del Hospital Santiago Apóstol de Vitoria-Gasteiz, donde ingresó por un brote psicótico producido por el consumo de cannabis y alcohol.

El paciente es hijo único de padres separados y convive con su madre, sin mantener ambos ningún tipo de contacto con el padre desde los 12 años ni con la familia extensa. Con su madre mantiene una relación correcta, aunque esta muestra una conducta excesivamente sobreprotectora hacia él, limitando su autonomía en las diversas áreas de su vida, algo que se ha intensificado desde la reciente aparición de su sintomatología psiquiátrica hace 2 años. El joven reconoce que padece un problema de salud mental, pero la madre no muestra conciencia de la enfermedad de su hijo, considerando que su comportamiento se debe a una necesidad de llamar la atención a causa de haber sufrido una adolescencia complicada por la ausencia de una figura paterna.

Habiendo transcurrido cinco días desde el ingreso en la U.P.R., llega un auto por el cual se condena al paciente al cumplimiento de una **MS privativa de libertad** consistente en 7 meses de internamiento hospitalario (desde julio de 2016 hasta enero de 2017), por la comisión de un delito de desorden público y atentado contra la autoridad, habiendo sido considerado **inimputable**.

### ***B) PROCESO DE INTERVENCIÓN***

El trabajador social comienza a intervenir cuando el auto judicial llega a la unidad. En este caso, no hay Informe Social de Derivación de su ingreso anterior debido a que no fue atendido por ninguna profesional del Trabajo Social.

<b>1. FASE DE ESTUDIO O INVESTIGACIÓN</b>			
<b>ACTIVIDAD</b>	<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>	<b>TÉCNICA</b>	<b>FUNCIÓN</b>
Realiza llamada al SVGP	Recabar información sobre la carga penal de la persona	Contacto telefónico	Coordinación externa
Realiza llamada al abogado del paciente			
Se reúne con la madre del paciente	Recabar datos sociales y judiciales. Identificar posibles áreas de intervención	Entrevista individual	Atención directa

Al igual que en el caso anterior, no hay una elaboración de diagnóstico como tal que dé lugar a un planteamiento de intervención, sino que el planteamiento se establece durante una reunión interdisciplinar con el psiquiatra del paciente, en base a las hipótesis elaboradas por el trabajador social a partir de los datos obtenidos.

<b>2. FASE DE DIAGNÓSTICO</b>			
<b>ACTIVIDAD</b>	<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>	<b>TÉCNICA</b>	<b>FUNCIÓN</b>
Se reúne con el psiquiatra referente del paciente en la U.P.R.	Poner en común los datos recabados del paciente y las hipótesis del trabajador social  Establecer los objetivos de intervención en base a situación social y clínica	Reunión interdisciplinar	Coordinación interna

Los objetivos de intervención que se establecen durante esta actividad son los siguientes:

- ✓ Lograr que el paciente pueda disfrutar de los diferentes grados de permisos de salida de los que dispone la U.P.R. durante su ingreso. Esta unidad hospitalaria es cerrada, pero se otorgan permisos de salida de forma progresiva cuando los y las pacientes comienzan a estabilizarse y a mejorar clínica y conductualmente. Debido a que este paciente se encuentra cumpliendo una MS judicial durante su ingreso, será preciso solicitar autorizaciones al Juzgado de Vigilancia Penitenciaria (Juzgado V.P.) para que permita las salidas a las que tiene derecho el paciente.
- ✓ Modificar el Plan de Ejecución de la MS de ingreso hospitalario para cambiarlo por una medida no privativa de libertad consistente en el alta clínica con seguimiento ambulatorio, control de tóxicos y tratamiento en Hospital de Día. La base de este planteamiento es que la persona reciba atención sociosanitaria en el entorno

comunitario, evitando los efectos perjudiciales que podría implicar el ingreso prolongado en un hospital psiquiátrico.

- ✓ Favorecer que la madre del paciente tome conciencia de que su hijo tiene una enfermedad mental que requiere tratamiento, para que pueda prestarle el apoyo necesario tanto en el proceso de intervención como a lo largo del curso de su enfermedad. Este objetivo no se estableció en la reunión de diagnóstico, sino que el trabajador social lo detectó durante la fase de tratamiento.

Al igual que en el caso anterior, se comenzó a intervenir en los temas judiciales del paciente, realizando tanto actividades específicas para cada objetivo como actividades orientadas a varios objetivos. A continuación, se expone el contenido del proceso de tratamiento.

<b>3. FASE DE TRATAMIENTO</b>			
<b>OBJETIVO DE INTERVENCIÓN 1: lograr que el paciente pueda disfrutar de diferentes grados de permisos de salida durante su ingreso en la U.P.R.</b>			
<b>ACTIVIDAD</b>	<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>	<b>TÉCNICA</b>	<b>FUNCIÓN</b>
Envía Informe Clínico al Juzgado V.P. y al SVGP	Solicitar autorización para que el paciente pueda realizar permisos de salida por el recinto hospitalario acompañado por el personal de la unidad	Recopilación y envío de documentación	Coordinación externa
Realiza llamada al SVGP	Asegurarse de que no suponga repercusiones penales que el paciente pueda salir acompañado por el recinto hospitalario	Contacto telefónico	Coordinación externa
Se reúne con el paciente	Informarle de los trámites judiciales realizados y de que no podrá salir de la unidad hasta que el Ministerio Fiscal revise la solicitud de permisos de salida	Entrevista individual	Atención directa
Realiza llamada al SVGP	Agilizar los trámites para que el paciente pueda salir lo antes posible	Contacto telefónico	Coordinación externa
Realiza llamada al abogado			
Se reúne con el psiquiatra	Conocer el estado clínico del paciente y analizar la pertinencia de solicitar permisos fuera del recinto hospitalario acompañado por familia y personal	Reunión interdisciplinar	Coordinación interna

Envía Informe Clínico al Juzgado V.P. y al SVGP	Solicitar permisos de salida fuera del recinto hospitalario acompañado de familia y personal	Envío de documentación	Coordinación externa
Se reúne con la madre del paciente y el psiquiatra	Informarle de que han autorizado las salidas fuera del recinto. Valorar con ella la posibilidad de solicitar salidas terapéuticas de fin de semana en su domicilio	Entrevista individual	Atención directa
Envía Informe Clínico al Juzgado V.P. y al SVGP	Solicitar salidas terapéuticas que permitan pernoctar al paciente durante los fines de semana en domicilio materno	Envío de documentación	Coordinación externa
Llama a la madre del paciente	Informarle de las condiciones para realizar las salidas terapéuticas (supervisarle respecto a medicación y consumo de tóxicos)	Contacto telefónico	Atención directa

### 3. FASE DE TRATAMIENTO

#### OBJETIVO DE INTERVENCIÓN 2: Cambiar la MS de ingreso hospitalario en centro especializado por medida no privativa de libertad

ACTIVIDAD	OBJETIVO ESPECÍFICO	TÉCNICA	FUNCIÓN
Se reúne con el psiquiatra	Conocer el estado psicopatológico y conductual del paciente para valorar la modificación de la medida	Reunión interdisciplinar	Coordinación interna
Redacta Informe y lo envía al Juzgado V.P. y al SVGP (informe de contenido clínico, elaborado por TS y firmado por psiquiatra)	Solicitar cambio de la ejecutoria de cumplimiento de MS de ingreso en centro hospitalario especializado por alta clínica con seguimiento ambulatorio, control de tóxicos y Hospital de Día	Elaboración y envío documentación	Coordinación externa
Envía Informe Médico e Informe Psicológico al Juzgado V.P. y al SVGP	Argumentar la pertinencia de sustituir medida privativa de libertad por medida ambulatoria	Envío y recopilación documental	Coordinación externa
Se reúne con el paciente y el psiquiatra	Informarle de las condiciones impuestas en el auto judicial para mantener la modificación de la medida. Que firme el documento de aceptación de condiciones	Entrevista individual	Atención directa

Elabora documento con los datos del Hospital de Día y lo envía al Juzgado V.P. y al SVGP junto con copia del documento de compromiso firmado por psiquiatra y paciente	Ofrecer datos sobre el Hospital de Día al Juzgado y cumplir los protocolos establecidos para la modificación de ejecutorias	Elaboración y envío de documentación	Coordinación externa
--	---	--------------------------------------	----------------------

### 3. FASE DE TRATAMIENTO

#### OBJETIVO DE INTERVENCIÓN 3: Mejorar la conciencia de enfermedad por parte de la madre hacia su hijo

ACTIVIDAD	OBJETIVO ESPECÍFICO	TÉCNICA	FUNCIÓN
Se reúne con la madre del paciente	Mejorar la aceptación de la enfermedad mental que de su hijo.	Entrevista individual	Atención directa
Elabora documento que recopila información sobre tejido asociativo de apoyo a personas con enfermedad mental y familiares	Aportar información a la madre sobre los recursos sociales a los que puede acudir para solicitar apoyo	Elaboración documental	Prevención, promoción e inserción social

### 3. FASE DE TRATAMIENTO

#### ACTIVIDADES EN LAS QUE SE TRABAJARON VARIOS OBJETIVOS

ACTIVIDAD	OBJETIVO ESPECÍFICO	TÉCNICA	FUNCIÓN
Se reúne con la madre del paciente	<b>Objetivos intervención: 1 y 3</b> Informarle de que el paciente podrá salir fuera de la unidad. Ahondar en las resistencias de la madre a aceptar la enfermedad de su hijo	Entrevista individual	Atención directa
Se reúne con la madre del paciente	<b>Objetivos intervención: 1 y 3</b> Informarle sobre las condiciones del compromiso de modificación de la MS Entregarle el documento sobre asociaciones de apoyo	Entrevista individual	Atención directa. Prevención, promoción e inserción social
Atiende llamadas de la madre del paciente	<b>Objetivos intervención: 1, 2 y 3</b> Aclarar dudas y mantener a la familia informada de todos los procesos y del estado del paciente.	Contacto telefónico	Atención directa

Atiende llamadas del abogado y del SVGP	<b>Objetivos intervención: 1, 2</b> Mantener un flujo de comunicación correcto con los agentes implicados para mejorar la coordinación de los mismos	Contacto telefónico	Coordinación externa
Recopila en la Historia Clínica del paciente todos los documentos recibidos de los órganos judiciales	<b>Objetivos intervención: 1 y 2</b> Conseguir un seguimiento veraz del proceso judicial y dejar constancia del mismo	Recopilación y clasificación documental	Coordinación interna y externa
Redacta a diario todos los hechos, gestiones y trámites realizados respecto al paciente	<b>Objetivos intervención: 1, 2 y 3</b> Dejar constancia de las intervenciones realizadas y facilitar el seguimiento del caso	Redacción en documento evolutivo	Coordinación interna y externa
Elabora Informe Social de Derivación	<b>Objetivo intervención: 2 y 3</b> Informar al TS receptor de: - su situación socio-sanitaria - su situación judicial y los trámites llevados a cabo - la necesidad de apoyo de la madre para ser consciente de la enfermedad de su hijo  Orientar al TS en su futura intervención	Informe Social de Derivación	Coordinación externa

El ingreso del paciente tuvo una duración de 4 meses, durante el cual, las actuaciones llevadas a cabo respecto a sus aspectos judicial posibilitaron que se lograsen el primer y el segundo objetivo, ya que pudo disfrutar de los diferentes grados de permisos durante el tiempo que duró su estancia en la unidad, y pudo cumplir una parte de la MS mediante un tratamiento de tipo ambulatorio en vez de en ingreso hospitalario. Respecto al tercer objetivo, ocurre lo mismo que en el caso anterior, ya que no fue posible trabajar en profundidad la conciencia de enfermedad de la madre hacia su hijo, orientando al profesional de Trabajo Social que atendería posteriormente al paciente en el Hospital de Día sobre la pertinencia de intervenir en ese sentido.

En este caso, también se ha omitido la fase de evaluación debido a que no se llevó a cabo ninguna actividad orientada a valorar la consecución de objetivos ni el proceso de intervención.

### 5.2.3. Análisis de las intervenciones en base al TS Clínico

Para poder analizar en qué medida se sigue el procedimiento metodológico que caracteriza al TS Clínico en los procesos de intervención anteriormente estudiados, se

responderá una serie de preguntas elaboradas en base al contenido de cada fase del modelo ofrecido por Amaya Ituarte (1992).

### ***A) FASE DE ESTUDIO O INVESTIGACIÓN***

**A.1. ¿Se han empleado técnicas que consideren a la persona como la fuente de información principal y que permitan la observación y escucha activa?**

En el caso 1, las fuentes de información principales han sido diversos agentes implicados en el caso, por lo cual no se han utilizado técnicas que impliquen el contacto directo con la persona ni se ha obtenido información aportada por la propia persona.

En el caso 2, además del contacto con agentes relevantes en el caso, se ha empleado la técnica de la entrevista individual, que se llevó a cabo con la madre del paciente y que permite la observación y la escucha activa. No obstante, tampoco se obtuvo información aportada directamente por el paciente.

**A.2. ¿Se han elaborado una o varias hipótesis relacionales en base a la información recabada?**

En ambos casos se han elaborado hipótesis tras la fase de estudio o investigación. Sin embargo, no ha sido posible plasmarlas en este trabajo ni sistematizar su elaboración al igual que el resto de actividades del proceso de intervención, debido a que el profesional las refleja en su cuaderno personal, cuyo acceso es privado.

### ***B) FASE DE DIAGNÓSTICO***

**B.1. ¿Se ha hecho uso de categorías diagnósticas preestablecidas como las que aparecen en el DSM-V en relación con los factores sociales asociados a la enfermedad mental?**

Se ha consultado esta cuestión al profesional, quien afirma que conoce las categorías diagnósticas del DSM-V y que se ajustan adecuadamente a las distintas realidades sociales de las personas con enfermedad mental, pero no las emplea para la elaboración del diagnóstico.

**B.2. ¿Se ha realizado más de una entrevista para la elaboración del diagnóstico?**

En ninguno de los dos casos se han realizado entrevistas orientadas a la elaboración del diagnóstico.

**B.3. ¿La interpretación diagnóstica se ha realizado de forma continua en el tiempo, retomándola en algún momento del proceso?**

En el primer caso, se puede observar que durante el proceso de tratamiento, y respecto al objetivo de intervención de modificar el Plan de Ejecución de la MS para trasladar al paciente a una unidad de media estancia, se realiza nuevamente una actividad de diagnóstico consistente en una reunión interdisciplinaria en la que participan el trabajador social y el médico psiquiatra, para valorar, interpretando la situación clínica del paciente, la conveniencia de solicitar permisos de salida para el paciente durante el cumplimiento de la medida.

En el caso 2 se identifican dos actividades orientadas a la reinterpretación diagnóstica durante la fase de tratamiento y en los dos objetivos de intervención relacionados con la carga penal del paciente, consistentes también en una reunión interdisciplinaria para valorar, por un lado, la pertinencia de solicitar permisos de salida fuera del hospital y por otro lado, la modificación de la MS de ingreso en centro hospitalario por una no privativa de libertad.

**B.4. ¿Se ha informado a la persona tanto del contenido de su interpretación diagnóstica como de los aspectos y objetivos en los que se basaría el planteamiento de tratamiento?**

En ninguno de los dos casos se han realizado actividades orientadas a informar a la persona del resultado de la interpretación diagnóstica.

**B.5. ¿Se ha consultado a la persona si estaba de acuerdo con el planteamiento propuesto?**

No se ha consultado a la persona si estaba de acuerdo con el planteamiento de tratamiento, habiéndose iniciado sin el consentimiento expreso de la misma.

### ***C) FASE DE TRATAMIENTO***

**C.1. ¿Se ha informado a la persona sobre los elementos formales del tratamiento, resolviendo todas sus dudas al respecto (actividades, frecuencia, horario, etc.)?**

No se han identificado actividades orientadas a informar a la persona sobre los elementos formales que configurarían el proceso de tratamiento.

**C.2. ¿La intervención ha consistido fundamentalmente en la acción terapéutica a través de la relación entre el profesional y la persona?**

Para responder a esta cuestión, es preciso analizar las actividades realizadas mediante la función de atención directa, ya que son las que permiten la acción terapéutica a través

de la relación profesional-persona. En base a ellas, es posible afirmar que el fundamento principal no ha sido la acción terapéutica a través de la relación, ya que el número de actividades de atención directa es escaso en relación con las actividades a nivel indirecto.

En el caso 1, se aprecia que el profesional ha basado la atención directa al paciente en la técnica del acompañamiento, llevada a cabo en tres ocasiones en todo el proceso: días antes del juicio para que el paciente pudiera expresar sus emociones; durante el juicio para prestarle su apoyo y resolver dudas; y respecto al objetivo de mejora de empleabilidad y acceso a recursos sociales, para conocer sus expectativas al alta y trabajar la motivación del paciente hacia el empleo. Además, se realizó una entrevista familiar con el paciente, en la que también se trabajaron cambios a través de la relación. A nivel cuantitativo, implica que se realizaron cuatro actividades terapéuticas basadas en la relación profesional-paciente, de un total de veintidós actividades realizadas desde el inicio del procedimiento.

En el caso 2, las actividades de atención directa con el paciente son aún más reducidas, realizándose dos entrevistas: una con un objetivo básicamente informativo para aportarle datos sobre los trámites judiciales y las autorizaciones de permisos de salida, y otra para darle a conocer las condiciones que lleva aparejadas la modificación de la MS y que firme el documento de acuerdo con dichas condiciones. No obstante, el objetivo orientado a mejorar la conciencia de enfermedad por parte de la madre, sí que se ha basado en la relación directa con ella, aunque ha sido trabajado a nivel superficial mediante una única entrevista orientada específicamente a ello. Las actividades de relación directa con la persona ingresada han sido dos de un total de veintiocho.

Así pues, siguiendo la teoría respecto a las formas de intervención en TS Clínico, se podría afirmar que las intervenciones se han realizado fundamentalmente a través de la consecución de cambios en uno de los sistemas que componen el contexto de las dos personas, en ambos casos, el sistema judicial.

### **C.3. ¿La fase de tratamiento se ha finalizado de forma estructurada y planificada?**

No se han identificado actividades dirigidas al cierre de la fase de tratamiento.

## ***D) FASE DE EVALUACIÓN***

**D.1. ¿Se han valorado los distintos aspectos relativos al tratamiento (consecución de objetivos, proceso de intervención, actuación profesional, participación de la persona)?**

No se han valorado estos aspectos.

**D.2. ¿Se han realizado labores de evaluación de forma continua a lo largo de todo el proceso?**

No se ha evaluado de forma continua.

**D.3. ¿Se dispone de un buen sistema de recogida de información? ¿Es empleado para evaluar?**

El sistema de recogida de información es adecuado, consistiendo en la recopilación de documentos en la Historia Clínica del paciente, y en la redacción diaria y exhaustiva de todos los acontecimientos, gestiones y trámites en el evolutivo social, que se guarda también en la Historia Clínica. La existencia de este sistema de recogida de información es lo que me ha permitido realizar este trabajo, pero en la actividad profesional no es empleado para llevar a cabo tareas de evaluación.

## **6. CONCLUSIONES**

---

La combinación de la metodología cuantitativa y cualitativa ha permitido, en primer lugar, conocer algunas características sociales de las personas que en el momento de su ingreso en la U.P.R. estaban inmersas en procesos judiciales, y en segundo lugar, analizar en profundidad el proceso de intervención que se lleva a cabo con ellas, tomando como modelo de referencia el TS Clínico. Ambos estudios tienen una utilidad práctica al incitar a los y las profesionales a reflexionar en torno a la importancia de esta problemática, y a implementar mejoras a nivel metodológico en la atención a los y las pacientes mentales con procesos penales. No obstante, han existido una serie de limitaciones en los análisis que es preciso mencionar. Respecto al estudio cuantitativo, a pesar de que ha sido posible analizar una muestra amplia formada por personas atendidas durante casi 6 años, han quedado pendientes de analizar las siguientes cuestiones que no era posible abordar en una investigación de estas características:

- Análisis de las mismas variables respecto a las personas atendidas que no tenían procesos penales para comprobar si existían diferencias significativas.

- Análisis de la evolución y tendencia del fenómeno, ya que faltaban algunos datos en el listado proporcionado por el personal informático.
- Análisis sobre si el vínculo familiar detectado es positivo y supone un verdadero apoyo o se trata de relaciones conflictivas.
- Análisis sobre si las incapacitaciones eran totales o afectaban al área económica y/o sanitaria.

Respecto al estudio cualitativo de los dos procesos de intervención, se han encontrado dos dificultades principales:

- La falta de concreción que existe en la bibliografía disponible sobre el procedimiento en TS Clínico ha dificultado la extracción de indicadores para analizar las intervenciones en base a dicho modelo y comprobar si se cumplen los fundamentos del mismo.
- No ha sido posible contrastar las intervenciones con pacientes sin procesos judiciales.

#### ***A) CONCLUSIONES DEL ESTUDIO CUANTITATIVO***

- El hecho de que el 38'7% de las personas ingresadas desde enero de 2013 hasta abril de 2018 tuvieran procesos penales iniciados reafirma la pertinencia de este trabajo, y conlleva la necesidad de que desde la institución se comience a dar importancia a esta problemática y a profundizar tanto en sus causas como en el tipo de atención que se les ofrece.
- No es posible confirmar la hipótesis de la edad como factor influyente en el contacto con el sistema penal, ya que las edades más frecuentes han sido entre los 18 y los 25 años (17 personas), pero también había muchas personas entre los 36 y los 40 años (16 personas). No obstante, considero importante centrar la atención en las personas más jóvenes, ya que si no se lleva a cabo un trabajo de prevención con ellas, existe el riesgo de entrar en una dinámica de puerta giratoria respecto al sistema penal, que empeoraría el curso de la enfermedad y aumentaría la probabilidad de ser sometidos a encierros psiquiátricos e incluso penitenciarios.

- La hipótesis del consumo de tóxicos como factor influyente en la entrada en contacto de las personas con enfermedad mental con el sistema penal se ha confirmado, ya que ha resultado muy elevado en las personas con procesos judiciales. El número de personas con procesos judiciales que consumían tóxicos ha resultado ser el doble que las que no tenían procesos judiciales (un 48'3% frente al 20'4%). El factor consumo de tóxicos podría ser una de las principales líneas de investigación e intervención para elaborar estrategias a nivel preventivo.
- No es posible confirmar ni refutar la hipótesis del apoyo familiar, ya que aunque la mayoría de personas sí que contaban con familiares de referencia (76%) no se ha podido valorar si los vínculos familiares suponen un verdadero apoyo o no.
- Respecto a los diagnósticos, resulta interesante el predominio de la esquizofrenia y la esquizofrenia paranoide ya que son dos de los trastornos que más se tienen en cuenta en las valoraciones sobre la imputabilidad.
- Respecto al total de personas ingresadas en la U.P.R, se ha comprobado que los hombres entran en contacto con el sistema penal tres veces más que las mujeres (42,85% de los hombres frente al 13,5% de las mujeres). Por otra parte, de las 62 personas con procesos judiciales, 5 eran mujeres (8%) y 57 eran hombres (92%), unas cifras que resultan muy similares a las que se dan en la población en general.
- El hecho de que un 61% de las personas provenga de Vizcaya implica destinar una parte del tiempo que dura la intervención al desplazamiento del profesional para la realización de diversas gestiones, trámites y acompañamientos.
- Respecto a la incapacitación, que afectaba al 55% de las personas que componían la muestra, sería interesante contrastar los datos con las personas sin procesos judiciales, ya que es posible que la comisión de un delito sea un factor por el cual se tienda a iniciar más procesos de incapacitación.

## ***B) CONCLUSIONES DEL ANÁLISIS DE PROCESOS DE INTERVENCIÓN***

Durante el análisis, se han identificado evidencias que conducen a pensar que en ninguno de los dos casos se cumplen los fundamentos del TS Clínico según este modelo concreto, que son la atención centrada en el paciente y la acción terapéutica a través de la palabra y de la relación trabajador social-paciente. Así pues, se ha detectado cierta distancia respecto a dicho modelo en las cuatro fases del proceso de intervención:

- El hecho de que la fase de estudio se realice principalmente a través de datos secundarios, sin que la persona sea la fuente de información principal, puede deberse a que al ser al principio del ingreso, la persona podría encontrarse en una situación de desequilibrio psicopatológico y/o conductual que impidiese mantener una comunicación con ella. Sin embargo, no se ha retomado esta actividad en ningún momento posterior estando ya la persona en una situación más estable. Al no hacerlo, pueden no obtenerse datos suficientes como para tener una imagen completa de la situación social de la persona, lo que puede dar lugar a diagnóstico que no se adecue correctamente a la situación social real de aquella.
- En la fase de diagnóstico se observa un vacío metodológico, ya que no se ha identificado que exista una fase como tal, sino que la actividad que responde a labores de diagnóstico es en ambos casos una reunión interdisciplinar en la cual se establece el planteamiento de tratamiento en base a las hipótesis del trabajador social y a las consideraciones clínicas del psiquiatra. Tampoco existe un documento de diagnóstico, ni se emplean categorías diagnósticas preestablecidas. A pesar de que durante la fase de tratamiento se ha retomado en alguna ocasión la labor de diagnóstico mediante reuniones interdisciplinarias, no se ha realizado ninguna entrevista con el paciente para elaborar el diagnóstico, lo cual, al igual que la fase anterior, puede provocar que el planteamiento de tratamiento no esté adecuado a la problemática real de la persona, a sus posibilidades de mejora, sus recursos personales y sociales, etc. Asimismo, el hecho de no informar a la persona del contenido del diagnóstico y no consultarle si está de acuerdo con el planteamiento, son dos aspectos que se distancian de los principios ético-metodológicos del TSC.

- La fase de tratamiento no se puede decir que se base en la acción terapéutica a través de la relación con la persona sino que se interviene a través de la modificación de su contexto social, en estos casos, el contexto judicial, para que sea más favorable para ella y para que afecte lo mínimo posible al curso de la enfermedad. El hecho de que no se finalice esta fase de manera estructurada y planificada no sólo supone una carencia a nivel metodológico sino que puede dañar la relación con la persona al no realizar ninguna actividad de cierre del proceso ni hacer un trabajo de recopilación de los logros conseguidos por la misma que permita poner fin a su ciclo en la unidad.
- El hecho de que no se realicen labores de evaluación implica que puede haber errores en alguna de las fases que no se detecten ni se corrijan a tiempo y que pongan en peligro el éxito del tratamiento, además de no saber si se han conseguido los objetivos que se habían propuesto. Al ser una unidad de corta estancia se deberían tratar de subsanar los posibles errores de forma rápida para que no afecten al tratamiento y rehabilitación de la persona. Además, se puede estar desaprovechando la oportunidad de evaluar correctamente las informaciones y contribuir al conocimiento en el ámbito del TS Clínico al tener un buen sistema de recogida de información pero no utilizarlo con estos fines. Por ello, el hecho de que existan vacíos metodológicos en fases como la de diagnóstico o la de evaluación, implica no solo que las intervenciones pueden no estar correctamente adecuadas a la realidad, sino que se resta calidad científica a la intervención, al alejarse del modelo científico de investigación en el que se basa el Trabajo Social en general y el TS Clínico en específico.
- Es preciso destacar que gracias a la sistematización de las intervenciones, ha sido posible observar con claridad las funciones desempeñadas por el profesional, algo muy interesante en el campo de la salud mental, ya que tradicionalmente ha predominado el enfoque clínico sobre el social y desde su origen han existido dificultades para delimitar las funciones de las y los trabajadores sociales respecto al resto de profesionales del equipo interdisciplinar. En este sentido, se ha detectado que el trabajador social lleva a cabo una función que excede de sus atribuciones, al elaborar y enviar al órgano judicial dos informes de contenido clínico cuya autoría

no se hace constar. No se entrará a analizar esta cuestión puesto que no es el objetivo de este trabajo, solo mencionar que este hecho no hace más que resaltar la importancia de la labor llevada a cabo por el profesional, quien tiene la capacidad para influir en las decisiones judiciales con sus propuestas de tratamiento.

### ***C) VALORACIÓN GENERAL***

Tras analizar ambos procesos de intervención, se podría afirmar que el objetivo general desde el Trabajo Social cuando ingresa una persona con procesos judiciales, es velar por que prevalezca su derecho a recibir un tratamiento socio-sanitario adecuado, por encima del estricto cumplimiento penal. Para ello, el profesional realiza una intervención que parece orientada por el principio básico que sustenta tanto la reforma psiquiátrica como el modelo actual de atención en salud mental en la CAPV, que es el tratamiento de las personas en el ámbito comunitario reduciendo al máximo las estancias en hospitales psiquiátricos (art. 20 L.G.S.). Este planteamiento se observa en ambos casos, cuando el profesional centra la intervención en procurar que las responsabilidades penales de los pacientes sean cumplidas de la forma menos perjudicial para ellos; realizando las tareas necesarias para garantizar que tuvieran el máximo grado de libertad posible y evitando el ingreso prolongado en centros cerrados, que puede afectar negativamente al curso de la enfermedad.

La intervención en el área penal supone una importante dedicación de tiempo y esfuerzos, por lo que requiere una gran implicación por parte del profesional, quien parece que actúa como mediador entre las personas afectadas y el sistema judicial. Como se ha comprobado en el análisis, esta labor requiere continuas actividades de tipo indirecto, basadas principalmente en la elaboración y envío de documentos y en la coordinación con los agentes implicados, quedando un tiempo muy limitado para establecer una verdadera relación de ayuda con la persona, que es el pilar fundamental de cualquier intervención en Trabajo Social, y uno de los elementos que nos diferencia de otras disciplinas.

Esta unidad hospitalaria tiene unas características muy específicas que suponen limitaciones reales a la hora de intervenir, como su carácter de corta estancia y de ingreso involuntario, las condiciones psiquiátricas en las que se encuentran las personas al inicio del ingreso o el hecho de que el trabajador social se encargue de otra unidad a

la vez. Estas dificultades estrechan el margen de actuación para el profesional, lo que se agrava cuando las personas se encuentran inmersas en procesos judiciales que condicionan los planteamientos de intervención. Sin embargo, son precisamente estas dificultades las que indican la necesidad de seguir un modelo metodológico que guíe la intervención, ya que tal y como afirma Ituarte (1992, p. 18), cuanto más complejo es el objeto de conocimiento, más necesario es abordarlo desde una metodología científica que permita conocer los elementos que lo componen y actuar en base a ello.

El modelo en TS Clínico propuesto por Ituarte puede ser un procedimiento interesante para aplicar en esta estructura hospitalaria y especialmente en esta problemática concreta, puesto que al considerar a la persona como el centro de la intervención, puede suponer recuperar la relación con ella, que queda en un segundo plano en estos casos, y rescatar la parte más humana y personal de la atención. Además, el hecho de estructurar la intervención en base a las fases de un modelo dotaría al proceso de un mayor grado de planificación, lo que puede posibilitar que se compagine de manera más efectiva la gestión del área penal con la atención directa. De esta forma se lograría que las personas que tengan procesos penales reciban una atención de similares características que el resto de pacientes.

No obstante, soy consciente de que puede ser complicado emplear este modelo tanto por su falta de concreción como por el margen de actuación tan específico que caracteriza a esta unidad hospitalaria. Escoger un modelo adecuado a la realidad social con la que se trabaja requiere un análisis profundo de esta y de las posibilidades que ofrece la institución para lograr una atención más efectiva a nivel técnico. Es habitual que algunos y algunas profesionales consideren que seguir un modelo teórico en Trabajo Social, y especialmente en TS Clínico, es algo utópico, ya que en la realidad diaria se enfrentan con duras situaciones sociales, tensiones institucionales, agotamiento, frustraciones... Es posible que este ritmo de trabajo nos absorba y dificulte la labor de investigación y reflexión sobre el ejercicio profesional, pero no podemos quedarnos en lo cotidiano; hemos de detenernos y tomar perspectiva, y reservar tiempo y energías para analizar las prácticas que llevamos a cabo. La motivación por ofrecer una atención de calidad, adecuada a una realidad social en constante cambio, debe ser algo inherente al ejercicio profesional del Trabajo Social.

#### ***D) PROPUESTAS DE INVESTIGACIÓN E INTERVENCIÓN***

Teniendo en cuenta las limitaciones de este trabajo, sería interesante ampliar en primer lugar el estudio cuantitativo, añadiendo otros indicadores que puedan ofrecer una visión más integral de esta problemática, y profundizar en los factores sociales que pueden incidir en que las personas con enfermedad mental entren en contacto con el sistema penal, para poder elaborar estrategias preventivas que reduzcan esa probabilidad. En este sentido, y en base a los datos arrojados por el estudio cuantitativo, sería importante prestar especial atención a la población más joven, en áreas como el consumo de tóxicos que ha resultado tan elevado en las personas afectadas por procesos penales. Además, considero interesante profundizar en el tema de la incapacitación, ya podría ser preferible realizar labores rehabilitadoras para facilitar la toma de conciencia sobre la enfermedad en relación con la toma de medicación y capacitadoras para que puedan adquirir responsabilidades que les permitan gestionar correctamente sus bienes económicos, con el fin de evitar en la medida de lo posible un proceso de incapacitación en personas tan jóvenes.

Asimismo, y como se ha comentado anteriormente, sería interesante que se continuase el análisis de los procesos de intervención, complementando los resultados con un análisis institucional, que detecte las limitaciones y oportunidades que ofrece la estructura en la que se prestan los servicios, con la finalidad de identificar en qué aspectos se podrían incluir cambios en la atención de manera que las posibilidades que ofrece este ámbito estén aprovechadas al máximo. De esta forma, se podría lograr una intervención más planificada y estructurada a nivel metodológico, que permitiese seguir los principios básicos del TS Clínico, pudiendo además identificar las funciones llevadas a cabo dentro del equipo interdisciplinar y delimitarlas con mayor claridad.

La combinación de ambos análisis podría demostrar el alcance y la importancia que tiene la problemática que relaciona la enfermedad mental con el sistema penal, e incitar a la realización de cambios institucionales para eliminar los prejuicios aun existentes y evitar la discriminación a la hora de aceptar la entrada de estas personas en las estructuras hospitalarias, además de ofrecer una atención basada en el conocimiento de la realidad. Para ello, considero importante que los resultados de ambas líneas de investigación se habrían de compartir no sólo con las y los profesionales de distintas disciplinas dentro del Hospital Psiquiátrico de Álava, sino con la Red de Salud Mental

de Álava, para transmitir un conocimiento que puede orientar al personal de otras estructuras que atienda a personas con la problemática penal, tanto a nivel de conocimiento de la realidad como a nivel de intervención social.

Otra línea de investigación relacionada con la anterior sería la contribución a la epistemología en el ámbito del TS Clínico, que permitiría crear conocimiento sobre la aplicación práctica de esta metodología en problemáticas complejas como es la de los y las pacientes mentales judicializadas, y en estructuras con unas características institucionales que estrechan el margen de actuación. Esta contribución, si se reivindica y distribuye con la suficiente fuerza, podría generar cambios en esferas más amplias, instando a que se incluya materia de Trabajo Social en el ámbito sanitario durante el Grado, y a crear estudios de especialización en TS Clínico de carácter público.

Para finalizar, me gustaría ensalzar la labor realizada por el profesional de esta unidad, quien se posiciona firmemente en contra de las condiciones que generan vulnerabilidad social como es el sistema penal y especialmente el penitenciario, e interviene con gran implicación para lograr que el sometimiento de los y las pacientes a un proceso judicial no afecte a su derecho a recibir un tratamiento socio-sanitario adecuado, influyendo con sus actuaciones en las decisiones judiciales. Gracias al análisis de su labor, se demuestra que es posible otorgar validez profesional al Trabajo Social en un campo tradicionalmente caracterizado por la jerarquía profesional y el predominio del criterio clínico sobre el social.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

---

- Abad, Alicia; Rincón, Montse y García, Virginia (2003). Experiencia de adaptación y puesta en marcha de un programa de rehabilitación psicosocial dirigido a personas reclusas que padecen enfermedad mental crónica en el centro penitenciario de cumplimiento Madrid IV (Navalcarnero). En Hernández, Mariano y Herrera, Rafael (coords.) *La atención a la salud mental de la población reclusa*. (pp. 290-312). Oviedo: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Alonso, Cristina (2000). 25 años de profesión en Salud Mental. *Trabajo Social hoy: el Trabajo Social en Salud Mental*, 28, 6-22.
- Ararteko (2000). *Atención comunitaria de la enfermedad mental. Las personas con enfermedad mental crónica que reciben atención no hospitalaria en la CAPV*. Vitoria-Gasteiz: Ararteko.
- Ararteko (2014). *La atención sociosanitaria a la salud mental de las personas privadas de libertad en la CAPV*. Vitoria-Gasteiz: Ararteko.
- Ararteko (2015). Presentación ante la Comisión de derechos humanos, igualdad y participación ciudadana del Parlamento Vasco del informe extraordinario del Ararteko. *La situación de la atención socio-sanitaria de la salud mental de las personas privadas de libertad en la CAPV*. Recuperado de: [http://www.ararteko.net/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0\\_3816\\_3.pdf](http://www.ararteko.net/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_3816_3.pdf)
- Arroyo-Cobo, José Manuel (2015). Medida de seguridad y sanidad penitenciaria. Recuperado de: [https://www.fiscal.es/fiscal/PA\\_WebApp\\_SGNTJ\\_NFIS/descarga/Ponencia\\_JMArroyo.pdf?idFile=ec263fc0-d462-471c-8829-16574af43a01](https://www.fiscal.es/fiscal/PA_WebApp_SGNTJ_NFIS/descarga/Ponencia_JMArroyo.pdf?idFile=ec263fc0-d462-471c-8829-16574af43a01)
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Campos, Fabián (2013). La enfermedad mental en el Derecho Penal. En Ansean, Andoni (director y coord.), *Manual de gestión clínica y sanitaria en salud mental* (pp. 649-658). Madrid: Edicomplet.
- Castanyer, Montserrat y González, Elia (2000). La Reforma Psiquiátrica de Madrid: un itinerario a través de la memoria. *Trabajo Social hoy: el Trabajo Social en Salud Mental*, 28, 23-27.
- Chicharro, Francisco (2001). Salud Mental en Euskadi. *Norte de Salud Mental*, 4, 131-138.
- De la Villa, María y Vicario, Ana (2016). Actitudes hacia los trastornos mentales y su asociación percibida con delito: estigma social. *Salud y Sociedad*, 3, 254-269.

- Echeburúa, Irureta y Loinaz (2011). Trastornos mentales como factor de riesgo de victimización violenta. *Psicología Conductual*, 2, 421-438.
- FEAFES (2008). Salud Mental y Medios de Comunicación: Guía de Estilo.
- Fombuena, Josefa (2017). Aportaciones del modelo contextual al TS Clínico: justicia familiar y lealtades. En Ituarte, Amaya (coord.) *Prácticas del Trabajo Social Clínico* (p. 227-251). Valencia: Nau Llibres.
- Garcés, Eva María (2010). El Trabajo Social en salud mental. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 333-352.
- Gobierno Vasco (18 de febrero de 2018). Servicio Vasco de Gestión de Penas (SVGP). Recuperado de: <https://www.justizia.eus/gestion-de-penas>
- Gobierno Vasco (2012, 2013, 2014, 2015, 2016). Servicio Vasco de Gestión de Penas: Memorias. Recuperado de: <https://www.justizia.eus/gestion-de-penas/texto?id=1290077257795>
- Gómez, Carmen y Zapata, Ricardo (2000). *Psiquiatría, Salud Mental y Trabajo Social*. Pamplona: Ediciones Eunete.
- Hernández, Mariano (2011). Enfermedad mental y delito. Una perspectiva europea. *Documentación Social*, 166, 133-152.
- Herrera, M<sup>a</sup> Carmen y Expósito, Francisca (2010). Una Vida entre Rejas: aspectos Psicosociales de la Encarcelación y Diferencias de Género. *Intervención Psicosocial*, 3, 235-241.
- Hospital Psiquiátrico de Álava (2003). Intervenciones terapéuticas intensivas: influencia en pacientes con refractariedad al tratamiento psiquiátrico. (Inédito).
- Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (2009). *Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Sanidad y Política Social.
- Ituarte, Amaya (1992). *Procedimiento y proceso en Trabajo Social Clínico*. Madrid: Siglo XX de España.
- Ituarte, Amaya (2017). Actualidad y pertinencia del Trabajo Social Clínico. En Ituarte, Amaya (coord.) *Prácticas del TS Clínico* (p. 19-43). Valencia: Nau Llibres.
- Leal, Julio (2002). Las MS como consecuencias jurídicas del delito. *Revista de Estudios Penitenciarios*, 249, 49-87.

- Leganés, Santiago (2010). Drogas, delincuencia y enfermedad mental. *Revista Española de Drogodependencias*, 35, 513-536.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014). Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud: Documento de Consenso de las Comisiones de Análisis de Casos de Personas con Enfermedad Mental sometidas a Penas y Medidas de Seguridad. Recuperado de: [http://www.aepp.net/arc/Estrategia\\_Consenso\\_ACCESIBLE.pdf](http://www.aepp.net/arc/Estrategia_Consenso_ACCESIBLE.pdf)
- Molina, M<sup>a</sup> Concepción (1996). *La aplicación de la pena: estudio práctico de las consecuencias jurídicas del delito*. Barcelona: Bosch Casa Editorial.
- Muñoz, Francisco y García, Mercedes (2010). *Derecho Penal, Parte General*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Organización Mundial de la Salud (2006). *Manual de recursos de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y legislación*. Ginebra: Ediciones de la OMS.
- Ortiz de Zárate, Amaya; Carlos, Antonio, y Grivé, Nuria (2004). Trayectoria del paciente dual en la unidad de Psicosis Refractaria. 5º Congreso Virtual de Psiquiatría.
- Ortiz, Amaia; Alonso, Isabel; Ubis, Aitziber y Ruiz de Azúa, M<sup>a</sup> Ángeles (2010). *Guías de cuidados de enfermería en salud mental. Trastorno mental grave de larga evolución*. Barcelona: Editorial Masson.
- Ortiz, Amaia; Alonso, Isabel; Ubis, Aitziber y Ruiz de Azúa, M<sup>a</sup> Ángeles (2010). *Guías de cuidados de enfermería en salud mental. Trastornos psicóticos*. Barcelona: Editorial Masson.
- Osakidetza (2010). *Estrategia en salud mental de la CAPV*. Álava: Osakidetza.
- Osakidetza (2012). Guía de información general del Hospital Psiquiátrico de Álava. (Inédito)
- Osakidetza (2013). Patología dual: Unidad de Psicosis Refractaria. (Inédito).
- Osakidetza (2015). Cartera de Servicios. Recuperado de: [http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85gkhpsq02/es/contenidos/informacion/hpsq\\_cartera\\_servicios.html](http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85gkhpsq02/es/contenidos/informacion/hpsq_cartera_servicios.html)
- Osakidetza (2016). Organización del modelo sanitario público Vasco. Recuperado de: [http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85skprin02/es/contenidos/informacion/organizacion\\_modelo\\_sanitario.html](http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85skprin02/es/contenidos/informacion/organizacion_modelo_sanitario.html)
- Otero, M<sup>a</sup> del Pilar (2015). *La libertad vigilada aplicada a ¿imputables? Presente y futuro*. Madrid: Dykinson.
- Ramírez, Isabel (1992). *El Trabajo Social en los Servicios de la Salud Mental*. Madrid: Eudema.

- Roig, Alicia; Moreno, Ana; González, Onésimo; Díez, M<sup>a</sup> Eugenia; Hernández, Mariano; Leal, José y Santos, Fernando (2014). Comentario sobre el proyecto de modificación del CP en relación a las medidas de seguridad. Grupo de “ética y legislación” Asociación Española de Neuropsiquiatría. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34, 149-172.
- Salomone, Mónica (19 de abril de 2008). El enfermo mental no es más violento que el sano. *El País*. Recuperado de: [https://elpais.com/diario/2008/04/19/sociedad/1208556001\\_850215.html](https://elpais.com/diario/2008/04/19/sociedad/1208556001_850215.html)
- Sánchez, José M<sup>a</sup> (2001). Los pacientes mentales en prisión. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 78, 139-153.
- Santos, Fernando (2003). El enfermo mental privado de libertad como consecuencia de la comisión de un hecho delictivo. En Hernández, Mariano y Herrera, Rafael (coords.) *La atención a la salud mental de la población reclusa*. (pp. 290-312). Oviedo: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Sanz, Julián; Gómez-Pintado, Pilar; Arroyo, José Manuel; Pozuelo, Florencia y Ruiz, A. (2014). Programa de Atención Integral al Enfermo Mental en las prisiones españolas (PAIEM). Valoración tras cuatro años de funcionamiento. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 16, 91-102.
- Segovia, José Luis (2011). *Código Penal a tu alcance: intervención social, sistema penal y penitenciario*. Madrid: Editorial Popular.
- Vega, Zamyra (2004). Las alteraciones o perturbaciones psíquicas como causas de inimputabilidad: especial problemática de la psicopatía. *Revista de derecho*, 9, 39-55.
- Vicens, Enric; Tort, Viçens; Dueñas, Rosa María; Muro, Álvaro; Pérez-Arnau, Francesc; Arroyo, José Manuel y Sardá, Pilar (2011). *Informe Prevalencia de Trastornos Mentales en centros penitenciarios españoles (Estudio PRECA)*.
- Villaño, Gotzon (2012). Red de Salud Mental de Araba: Funcionamiento y Acceso. (Inédito).
- Zulaika, Daniel.; Etxeandía, Paulina; Bengoa, Arantza; Caminos, J. y Arroyo-Cobo, José Manuel (2012). Un nuevo modelo asistencial penitenciario: la experiencia del País Vasco. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 14, 91-98.