



Revisión Bibliográfica:

**ANÁLISIS DEL IMPACTO QUE TIENE LA
RECLUSIÓN EN UN CENTRO PENITENCIARIO
SOBRE LAS PERSONAS QUE PADECEN
ESQUIZOFRENIA**

Grado de Psicología

Autora: Andrea Jordán Ruiz

Tutora: Esther Sitges Maciá

Convocatoria Junio

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	3
2. JUSTIFICACIÓN.....	4
3. INTRODUCCIÓN.....	6
4. APROXIMACIÓN A LA ESQUIZOFRENIA.....	7
4.1 Epidemiología.....	7
4.2 Factores Causales.....	8
4.3 Diagnóstico.....	9
5. LEGISLACIÓN DE LAS ENFERMEDADES MENTALES	10
6. MÉTODO.....	13
7. RESULTADOS.....	15
8. CONCLUSIONES.....	26
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	28
- <i>Tabla 1.....</i>	<i>14</i>
- <i>Tabla 2.....</i>	<i>16</i>
- <i>Tabla 3.....</i>	<i>17</i>
- <i>Tabla 4.....</i>	<i>18</i>
- <i>Tabla 5.....</i>	<i>28</i>
- <i>Tabla 6.....</i>	<i>29-30</i>
- <i>Gráfico 1.....</i>	<i>20</i>
- <i>Esquema 1.....</i>	<i>24</i>
ANEXOS.....	33-36

ANÁLISIS DEL IMPACTO QUE TIENE SOBRE LA ESQUIZOFRENIA LA RECLUSIÓN EN UN CENTRO PENITENCIARIO.

1. RESUMEN

Este trabajo pretende analizar de forma crítica, a través de los diferentes estudios realizados en la última década, el impacto que tiene la reclusión en los Centros u Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios de las personas que padecen esquizofrenia.

Sabemos que para que el tratamiento de la esquizofrenia sea eficaz, es necesario que se elaboren programas de rehabilitación psicosocial que lleven a cabo una integración en el entorno y recuperación de las capacidades perdidas de forma que se refuerce la adaptación y el funcionamiento familiar, social y formativo-laboral de estas personas. Estos programas promueven la alianza y la relación terapéutica y proporcionan un mejor autoconocimiento mejorando las relaciones interpersonales y la capacidad de hacer frente a los síntomas psicóticos (Gisbert, C. 2002).

Según el Jurista del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante J. Cáceres, el sistema penitenciario no es un instrumento de integración social, ni sirve para cubrir carencias de salud, pues solo contribuye parcialmente a las políticas de seguridad al inocuizar temporalmente a enfermos; por lo que estar en prisión, hace que surjan nuevas patologías mentales por las propias condiciones del encarcelamiento. (Cáceres, 2012).

Con todo ello, nos planteamos como principal objetivo de este trabajo analizar, a través de una revisión bibliográfica, como la reclusión en un Centro u Hospital Psiquiátrico Penitenciario afecta a la evolución de la Esquizofrenia.

PALABRAS CLAVE: esquizofrenia, sistema penitenciario, rehabilitación psicosocial, integración.

2. JUSTIFICACIÓN

Esta propuesta de revisión bibliográfica pretende estudiar de forma crítica la necesidad de mejorar la asistencia de las personas que padecen Esquizofrenia que están afectadas por el Sistema Judicial y Penal tras haber cometido algún delito.

Según la Directora General de Instituciones Penitenciarias M. Gallizo, la prisión constituye muchas veces la única alternativa realmente disponible ante las deficiencias de las políticas preventivas o de los dispositivos asistenciales comunitarios que, en general, deberían ser los utilizados como de primera elección (Gallizo, 2006).

“La prisión por sí misma es un factor estresante que aumenta los niveles de ansiedad dando lugar en ocasiones, a largos periodos de aislamiento que derivan en sentimientos de frustración y rabia que empeoran el estado mental del paciente” (Vicens, 2003).

Teniendo en cuenta lo anterior, en el presente trabajo se articula la hipótesis de que en prisión no se lleva a cabo la rehabilitación psicosocial de estas personas, y por tanto no se facilita su recuperación, sino más bien una evolución negativa.

Para ello se va a realizar una revisión bibliográfica de los trabajos de investigación en los que se analice la repercusión que tiene sobre esta enfermedad la reclusión en Centros u Hospitales Penitenciarios contrastando datos y conclusiones de diferentes artículos.

GLOSARIO DE SIGLAS

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima versión de los Trastornos Mentales y del Comportamiento.

DSM-V: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

FEAPS: Confederación Española de Organizaciones a favor de las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo.

COPE: Cognitively-oriented psychotherapy for early psychosis

STOPP: Tratamiento sistemático de la psicosis persistente (Systematic Treatment of Persistent Psychosis)

IPT: Terapia Psicológica Integrada

AMP: Asociación Mundial de Psiquiatría

LOGP: Ley Orgánica General Penitenciaria

CE: Constitución Española.

ART: Artículo.

RD: Real Decreto.

CP: Código Penal.

STS: Sentencia Tribunal Supremo.

TS: Tribunal Supremo.

DP: Derecho Penal

3. INTRODUCCIÓN

“La ciencia no nos ha enseñado aún si la locura es o no lo más sublime de la inteligencia”. Edgar Allan Poe.

La Esquizofrenia fue identificada por primera vez por Emil Kraepelin a finales del siglo XIX (en 1896) con el nombre de demencia precoz por su carácter deteriorante y su inicio temprano. Sin embargo fue Eugen Bleuer en 1911 quien acuñó el término Esquizofrenia con el fin de designar la descoordinación entre las diversas funciones psicológicas, pues es uno de sus rasgos fundamentales. Este autor la definió de la siguiente manera:

“Con el término “demencia precoz” o “esquizofrenia” designamos un grupo de psicosis de curso a veces crónico, a veces en brotes que pueden detenerse o retroceder en cualquier estadio, pero que no permite una completa “restitutio ad integrum”. Se caracteriza por un tipo de alteración específica del pensamiento, del sentimiento y de las relaciones con el medio exterior, que no se presenta en ninguna otra parte” (Bleuer, 1911).

Para abordar esta enfermedad, según la Estrategia General en Salud Mental del Sistema Nacional en España, las reformas Psiquiátricas de los años 80 transformaron los modelos de atención en salud mental, pasando a un modelo comunitario que promoviese la autonomía personal, y modificando así mismo, la forma de analizar y valorar la problemática y posibilidades del enfermo mental desde una perspectiva comunitaria.

Sin embargo, tal y como se contempla en la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias existen hospitales psiquiátricos penitenciarios donde las personas enfermas, después de haber cometido un delito deben permanecer retenidas y custodiadas sin mucho éxito, ya que en la prisión no se promueve la autonomía personal de estas personas, por lo que no se elimina la probabilidad de cometer nuevos hechos delictivos. (Cáceres, 2014).

Por ello en España, es especialmente llamativo el problema suscitado con los enfermos mentales sometidos a medidas de seguridad, por tanto declarados no

responsables de su conducta delictiva. Los tribunales pretenden con esas medidas, asegurar un correcto tratamiento y por tanto, alcanzar la rehabilitación de estos enfermos, que sin embargo agotan el tiempo de la medida de seguridad privativa de libertad hasta el último día, en un recurso asilar de bajo perfil rehabilitador como es un Hospital Psiquiátrico Penitenciario (J. M. Arroyo, 2011).

4. APROXIMACIÓN A LA ESQUIZOFRENIA

Según el CIE-10 la esquizofrenia es un trastorno caracterizado por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones. En general, se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognoscitivos. El enfermo cree que sus pensamientos, sentimientos y actos más íntimos son conocidos o compartidos por otros y pueden presentarse ideas delirantes en torno a la existencia de fuerzas naturales o sobrenaturales capaces de influir, de forma a menudo bizarra, en los actos y pensamientos del individuo afectado.

4.1 EPIDEMIOLOGÍA

Tal y como afirman Moreno, Martín y Almenara (2014) respecto a la prevalencia de la esquizofrenia se destacan las siguientes limitaciones:

- Resulta difícil recabar la información de los casos en un instante determinado pues la esquizofrenia es una enfermedad de larga evolución que se presenta de forma insidiosa.
- En los estudios epidemiológicos, la detección de los casos se realiza habitualmente en la población general. Sin embargo, la baja frecuencia de la esquizofrenia hace que este tipo de estudios sea poco apropiado para el cálculo de tasas de prevalencia.
- Puede existir un sesgo de selección ya que un grupo importante de personas con trastornos mentales graves pueden estar residiendo en instituciones o alojamientos protegidos y es difícil acceder a este grupo de población.
- Las personas con esquizofrenia y trastornos afines no son muy proclives a contestar encuestas extensas por lo que se puede dar un sesgo de información.

Una vez destacadas las limitaciones se puede decir que la prevalencia de la esquizofrenia a lo largo de la vida es variable; la mayoría de los estudios establecen una tasa ligeramente inferior a un caso por cada cien habitantes. Según la OMS la esquizofrenia afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo, pero no es tan común como muchos otros trastornos mentales. Es más frecuente en hombres (12 millones) que en mujeres (9 millones). Asimismo, los hombres desarrollan esquizofrenia generalmente a una edad más temprana (entre los 10 y los 25 años) mientras que las mujeres la suelen desarrollar entre los 25 y los 35 años. Es más común en estas últimas expresar más sintomatología afectiva, ideas paranoides y alucinaciones mientras que los hombres tienden a expresar más síntomas negativos (aplanamiento afectivo, falta de voluntad, retraimiento social...). Por otro lado, según el DSM-V la incidencia de la esquizofrenia a lo largo de la vida parece ser aproximadamente del 0,3 al 0,7 % habiendo variaciones según el grupo étnico, el país y el origen geográfico en los inmigrantes e hijos de inmigrantes.

A pesar de la gravedad del trastorno, sólo la mitad de pacientes con esquizofrenia reciben tratamiento. Por último, es conveniente considerar la mortalidad en la esquizofrenia desde una perspectiva epidemiológica, ya que la mortalidad en pacientes esquizofrénicos es consistente y significativamente más alta, en una proporción entre dos y tres veces mayor que la población general (Kaplan y Sadock, 2012).

4.2 FACTORES CAUSALES

Los estudios epidemiológicos han establecido que existen numerosos factores que confieren riesgo de esquizofrenia. Muchos de estos actúan durante el período temprano del desarrollo cerebral pero otros son más comunes durante la adolescencia y la edad adulta como, por ejemplo, el abuso de la marihuana (Gejman y Sanders, 2012).

Zubin y Spring (1977) autores del modelo de vulnerabilidad-estrés como explicación de la esquizofrenia, sugieren que ésta es el resultado de factores endógenos de predisposición o vulnerabilidad, genética o adquirida durante el neuro-desarrollo, y que la manifestación de los síntomas de enfermedad viene desencadenada por la presencia de estresores ambientales; por lo que la psicosis es el resultado de la acción

conjunta de estresores ambientales y de la vulnerabilidad personal (Lemos, Vallina, Fernández y Fonseca, 2010).

La mayoría de los factores de riesgo ambientales actúan durante el embarazo o el parto siendo los siguientes.

- Factores de riesgo durante el embarazo: virus herpes simplex tipo 2, gripe, rubéola, toxoplasmosis, niveles de vitamina D, y las hambrunas.
- Factores de riesgo durante el parto: incompatibilidad de Rh, extracción con asistencia de aspiradora, hipoxia, pre-eclampsia, la muerte de un familiar cercano durante el primer trimestre del embarazo (probablemente reflejando un efecto del estrés grave), y la deficiencia materna de hierro.

Además de ello, el lugar de nacimiento urbano confiere riesgo así como el nacimiento en invierno, posiblemente vinculado a exposiciones infecciosas (Gejman y Sanders, 2012).

Por otro lado, Bordones, Malavé, Grimón y Monguet (2009) afirmaron que el factor de riesgo individual más grande es la historia familiar de esquizofrenia señalando que el riesgo es más elevado (diez veces superior al de la población general) si un paciente tiene un familiar de primer grado que padece esquizofrenia, que si el afectado por el trastorno es un familiar de segundo o tercer grado. A pesar de la evidencia de la heredabilidad de la esquizofrenia, y según Miranda, Lopez, García y Ospina (2003) la investigación actual estima que el entorno juega un considerable rol en la expresión de los genes involucrados en el trastorno, lo que significa que poseer una carga genética importante no significa que la esquizofrenia vaya a desarrollarse necesariamente (Miranda, et al 2003).

No obstante, según el modelo de vulnerabilidad-predisposición a la esquizofrenia otros factores biológicos o psicosociales del entorno podrían prevenir o provocar el trastorno en las personas que son genéticamente vulnerables (Bolaños, 2003).

4.3 DIAGNÓSTICO

En la actualidad no se dispone de un instrumento técnico que permita diagnosticar la esquizofrenia de forma clara y objetiva, por lo que es fundamental que para diagnosticarla se tenga en cuenta la historia clínica del paciente, donde se reflejan tanto los antecedentes familiares como los acontecimientos sufridos por éste y los

tratamientos prescritos, así como la realización de entrevistas a las personas que forman parte del entorno del paciente. Estos criterios clínicos pueden reforzarse en determinados casos y como complemento al diagnóstico con pruebas de neuroimagen. Además es conveniente que se realicen pruebas médicas y un análisis de sangre, para excluir que los síntomas sean producidos por drogas. (Martinez, Rosero y Fernanda, 2015).

Junto a la exploración psicopatológica a través de la entrevista con el paciente, el Psiquiatra debe valorar si éste cumple o no los criterios diagnósticos de esquizofrenia según la Clasificación Internacional de Esquizofrenia (CIE-10) o del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V). Además, existen escalas estandarizadas que se usan para el diagnóstico y evaluación del tratamiento en Esquizofrenia, dentro de las que se encuentran: La Escala breve de Evaluación Psiquiátrica - Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) y la Escala de Síntomas Positivos y Negativos para la Esquizofrenia – Positive and Negative Symptom Scale (PANSS). (Martinez et al, 2015).

Los criterios diagnósticos de la esquizofrenia contemplados en el DSM-V y el CIE-10 se encuentran en el ANEXO I.

Finalmente respecto a la diagnosis de la esquizofrenia conviene señalar que, según el DSM-V, los síntomas característicos comprenden todo un abanico de disfunciones cognitivas, conductuales y emocionales, aunque ningún síntoma concreto es patognomónico del trastorno. El diagnóstico conlleva la identificación de una constelación de signos y síntomas asociados con un deterioro del funcionamiento laboral o social. Los sujetos con este trastorno variarán de manera sustancial en la mayoría de las características, ya que la esquizofrenia es un síndrome clínico heterogéneo.

5. LEGISLACIÓN DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, establece en su artículo 20 la total equiparación de los enfermos mentales a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales y su plena integración en el sistema sanitario general.

En cuanto al Derecho Penal, éste protege los bienes jurídicos fundamentales, controla y sanciona conductas desviadas, por lo que el concepto de imputabilidad resulta clave: solo se puede imputar a quien reviste características biológicas y psíquicas que le hacen responsable de sus actos. El inimputable, por el contrario, no es culpable en sentido jurídico-penal de sus actos (Fundación Abogacía Española, 2012).

En el capítulo II del Código Penal Español se habla de las causas que eximen de la responsabilidad criminal y en su artículo 20 se recoge que está exento de responsabilidad criminal:

- El que al tiempo de cometer la infracción penal, a causa de cualquier anomalía o alteración psíquica, no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión.
- El que, por sufrir alteraciones en la percepción desde el nacimiento o desde la infancia, tenga alterada gravemente la conciencia de la realidad.

A su vez, también se considera exento de responsabilidad según el artículo 60 del CP a la persona “Cuando, después de pronunciada sentencia firme, se aprecie en el penado una situación duradera de trastorno mental grave que le impida conocer el sentido de la pena, siendo el Juez de Vigilancia Penitenciaria quien suspenderá la ejecución de la pena privativa de libertad, garantizando que reciba la asistencia médica precisa, para lo cual podrá decretar la imposición de una medida de seguridad privativa de libertad de las previstas en este Código que no podrá ser, en ningún caso, más gravosa que la pena sustituida.”

A pesar de lo expuesto anteriormente, y considerando al enfermo mental como exento de responsabilidad (y por tanto inimputable) en la actualidad, el art.184 del Reglamento Penitenciario contempla como supuestos para ingresar en establecimientos o unidades psiquiátricas penitenciarias (medida de seguridad privativa de libertad) a los siguientes:

- Los detenidos o presos con patología psiquiátrica, cuando la autoridad judicial decida su ingreso para observación, de acuerdo con lo establecido en la Ley de Enjuiciamiento Criminal, durante el tiempo que requiera la misma y la emisión del oportuno informe.

- Personas a las que por aplicación de las circunstancias eximentes establecidas en el Código Penal les haya sido aplicada una medida de seguridad de internamiento en centro psiquiátrico penitenciario.
- Penados a los que, por enfermedad mental sobrevenida, se les haya impuesto una medida de seguridad por el Tribunal sentenciador en aplicación de lo dispuesto en el Código Penal y en la Ley de Enjuiciamiento Criminal que deba ser cumplida en un Establecimiento o Unidad psiquiátrica penitenciaria.

Por otro lado, la regulación del internamiento psiquiátrico de origen penal establece en su art. 101 los siguientes términos: Al sujeto que sea declarado exento de responsabilidad criminal conforme al art. 20, se le podrá aplicar, si fuera necesaria, la medida de internamiento para tratamiento médico o educación especial en un establecimiento adecuado al tipo de anomalía o alteración psíquica que se aprecie o cualquier otra de las medidas previstas en el apartado 3 art. 96.

Con todo ello, en la XII reunión de Jueces de Vigilancia Penitenciaria (2003), el criterio 51 señalaba que “el tratamiento psiquiátrico de los internos que lo precisen debe guiarse por criterios de racionalización, profesionalidad y optimización de recursos, dando preferencia a la utilización de los servicios comunitarios sobre los específicamente penitenciarios y limitando en la mayor medida posible el internamiento en unidades u hospitales psiquiátricos penitenciarios”. Teniendo en cuenta lo anterior el Jurista del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante J. Cáceres concluye lo siguiente:

“Evidentemente, se trataba de una declaración de buenas intenciones por cuanto que el sistema penitenciario no es un instrumento de integración social, ni sirve para cubrir carencias de salud, y solo contribuye parcialmente a las políticas de seguridad al inocuizar temporalmente a enfermos, discapacitados, toxicómanos y alcohólicos” (Cáceres, 2012).

En relación a lo anterior, tal y como se alude en la Confederación Española de Organizaciones a favor de las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo, resulta un fracaso del sistema imponer penas o medidas privativas de libertad a quienes padecen una enfermedad mental. (Ríos, 2014).

Por último, queremos destacar la resolución 46/119, de 17 de diciembre de 1991, adoptada por la Asamblea General de Naciones Unidas donde se recogen los Principios de la protección de los enfermos mentales y la mejora de la atención de la salud mental. Este documento destaca el trascendental papel que desempeña la actividad de rehabilitación para la salud mental y señala que por atención de la salud mental se entenderá “el análisis y diagnóstico del estado de salud mental de una persona, y el tratamiento, el cuidado y las medidas de rehabilitación aplicadas a una enfermedad mental real o presunta”. En el Principio 13.2.d, se establece que las instituciones psiquiátricas han de permitir “aplicar medidas apropiadas de rehabilitación para promover su reintegración en la comunidad”; razón por la cual los recursos de elección deberían ser los comunitarios, no los penitenciarios (L, Barrios. 2007).

6. MÉTODO

Para llevar a cabo este estudio de carácter descriptivo, se han establecido tres fases de trabajo diferenciadas:

1 Fase. Búsqueda inicial: Esta primera fase ha permitido una aproximación a la cantidad de información publicada sobre el tema de estudio, así como su calidad y las bases de datos más apropiadas. La búsqueda inicial se ha realizado a través del buscador Google incluyendo en él los términos: esquizofrenia y Centros Penitenciarios. Esta primera búsqueda ha reflejado la existencia de numerosos documentos (entre ellos artículos y revistas) donde se habla del tema objeto de estudio.

2 Fase. Búsqueda sistemática: La segunda fase comprende la consulta en las siguientes bases de datos: Scielo España, Redalyc, CSIC, Psicothema y Google Académico. La búsqueda se ha realizado a partir de las siguientes palabras clave (seleccionadas según los Descriptores de Ciencias de la Salud):

Tabla 1. Bases de datos y palabras clave utilizadas para la revisión.

BASES DE DATOS y WEB	PALABRAS CLAVE
❖ Scielo España http://scielo.isciii.es	Esquizofrenia
❖ Redalyc http://redalyc.uaemex.mx/	Hospitales Psiquiátricos
❖ CSIC http://www.csic.es/	Centros Penitenciarios
❖ Psicothema http://www.psicothema.com	Rehabilitación y Tratamiento
❖ Google Académico http://scholar.google.es	

Teniendo en cuenta que la mayoría de las bases de datos incluyen los denominados Tesoros (herramientas para el control del vocabulario) se han utilizado descriptores que permiten clasificar la información bibliográfica.

Al buscar en Internet contenidos de las bases de datos se han utilizado los siguientes operadores lógicos entre los términos descriptores:

- AND (Y): Este operador booleano se utiliza en Castellano para recuperar registros que contengan ambos términos presentes (Esquizofrenia y Centros Penitenciarios, Hospitales Psiquiátricos y Esquizofrenia).
- OR (O): Al utilizar este operador se han incluido documentos que contuviesen cualquiera de los dos términos (Esquizofrenia o Centros Penitenciarios, Hospitales Psiquiátricos o Esquizofrenia...).
- NOT (NO): Este operador se ha utilizado entre dos términos para excluir uno de ellos de forma que se obtengan documentos que contengan uno y no el otro (Esquizofrenia y Centro Penitenciario no epidemiología...).

3 Fase. Revisión Bibliográfica: Se realiza una búsqueda de artículos y estudios con todo lo que se ha investigado desde hace una década sobre el impacto de los Centros

Penitenciarios en las personas que tienen esquizofrenia. Esta búsqueda ha reunido diferentes criterios guiados por el objetivo planteado en el trabajo.

Criterios de inclusión:

- Año de publicación: Se limita el año de publicación a los últimos 10 años, por lo que los artículos más antiguos corresponderán como mucho al año 2006. (Para complementar la información respecto al tema se han revisado artículos anteriores a esa fecha).
- Idioma: Se usarán publicaciones únicamente en Castellano.
- Las publicaciones, ya sean artículos o revistas, deben tener acceso gratuito a sus textos completos.
- Población: Se incluyen publicaciones y estudios realizados a personas con esquizofrenia (de cualquier tipo) de sexo masculino y femenino y sin límite en el rango de edad.
- Tema de revisión: Se usan publicaciones que contengan principalmente relación entre la esquizofrenia y los centros penitenciarios u hospitales psiquiátricos; así como aquellas que estudian la rehabilitación psicosocial de estas personas.

Criterios de exclusión:

- Publicaciones anteriores al año 2006.
- Publicaciones en otro idioma que no sea Castellano.
- Artículos y/o revistas de acceso no gratuito.
- Publicaciones con una temática diferente a la relacionada con el objeto de estudio de este trabajo (repercusión de centros penitenciarios en esquizofrenia o rehabilitación psicosocial de ésta).

7. RESULTADOS

A continuación se detalla el número de artículos encontrados en las diferentes bases de datos (éstos aparecen contemplados en el apartado de referencias bibliográficas):

Tabla 2. Nº inicial de publicaciones seleccionadas para la revisión.

BASE DE DATOS	FRASE O PALABRAS DE BÚSQUEDA	RESULTADOS OBTENIDOS	APLICANDO CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	TOTAL			
SCIELO	ESQUIZOFRENIA	93		APLICANDO CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	13		
	ESQUIZOFRENIA (AND) CENTRO PENITENCIARIO	2					
	ESQUIZOFRENIA (AND) REHABILITACIÓN	13					
REDALYC	ESQUIZOFRENIA	191			APLICANDO CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	9	
	ESQUIZOFRENIA (OR) CENTRO PENITENCIARIO	0					
	ESQUIZOFRENIA (AND) REHABILITACIÓN	13					
CSIC	ESQUIZOFRENIA	164				APLICANDO CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	6
	ESQUIZOFRENIA (OR) CENTRO PENITENCIARIO	0					
	ESQUIZOFRENIA (AND) TRATAMIENTO	15					
PSICOTHEMA	ESQUIZOFRENIA	31	APLICANDO CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN				1
GOOGLE ACADÉMICO	ESQUIZOFRENIA Y CENTROS PENITENCIARIOS Y TRATAMIENTO	1560		9			
Nº TOTAL DE ARTÍCULOS SELECCIONADOS PARA LA REVISIÓN				APLICANDO CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN			38

Una vez obtenido el número total de publicaciones relevantes para la revisión bibliográfica (38) se comprobó si había duplicados por la utilización de diferentes bases de datos. Se encontraron 7 publicaciones duplicadas por lo que finalmente quedaron 31.

Éstas a su vez, están divididas por un lado, en artículos o revisiones en las cuales se analiza la relación entre esquizofrenia y centros penitenciarios (11 publicaciones); y por otro, la importancia de la rehabilitación psicosocial como tratamiento de esta enfermedad (20 publicaciones). De las 31 publicaciones 8 no han sido utilizadas por no aportar información relevante al tema objeto de estudio, por lo que finalmente se han analizado los resultados de 23 artículos:

- A) Publicaciones sobre esquizofrenia e instituciones penitenciarias (11).
- B) Publicaciones sobre tratamiento y rehabilitación psicosocial de la esquizofrenia (12).

En relación al año de publicación es interesante apreciar que los 23 artículos relacionados con el tema objeto de estudio han sido publicados por lo general en los últimos años tal y como puede apreciarse en la tabla 3.

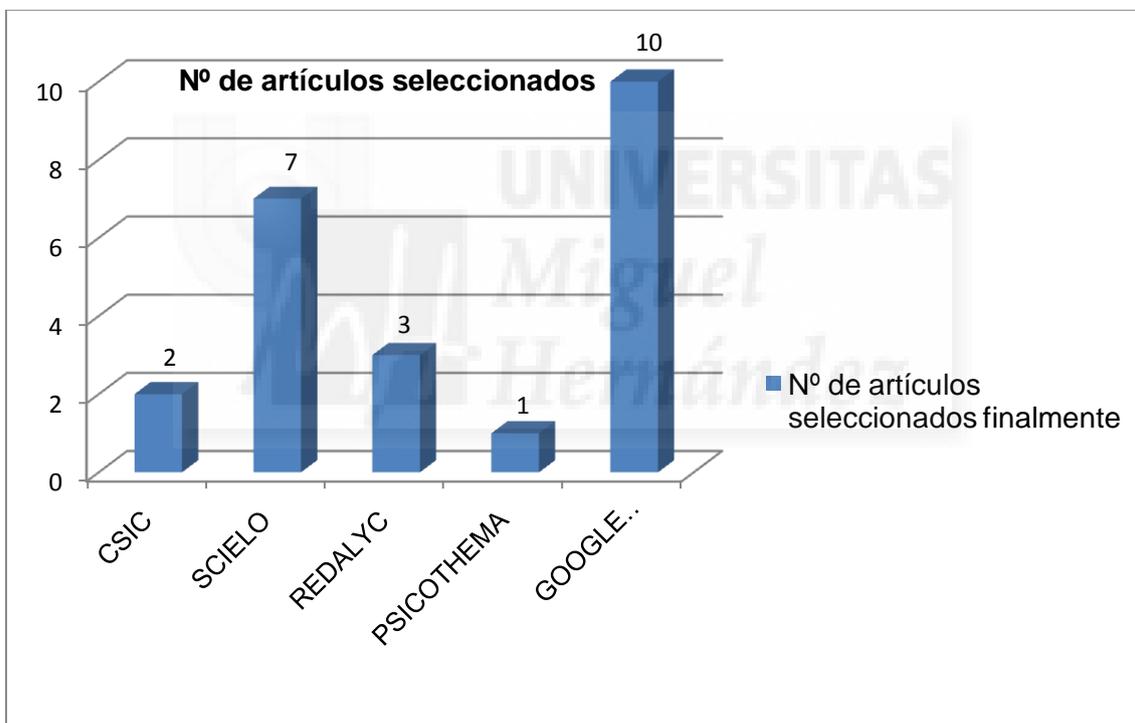
Tabla 3. Relación de artículos y año de publicación.



Como puede apreciarse en la tabla anterior, el número de artículos sobre esquizofrenia e instituciones penitenciarias aumento tras el año 2010 coincidiendo con un gran número de artículos que estudiaban la importancia de la rehabilitación psicosocial de estos enfermos como tratamiento. Esto se debe por un lado, a la eficacia demostrada de la rehabilitación psicosocial para potenciar la adhesión de los pacientes con esquizofrenia a otros tratamientos (González y Rodríguez, 2010) y por otro, a la inexistencia o escasez de ésta en los centros penitenciarios. (Gallizo, 2013).

A continuación en la tabla 4 se muestra la distribución de los 23 artículos que se han seleccionado tras la revisión bibliográfica en las diferentes bases de datos.

Tabla 4. Nº de artículos seleccionados finalmente en las diferentes bases de datos.



En relación a la distribución de los artículos seleccionados en las diferentes bases de datos puede apreciarse que el 43% pertenecen a Google Académico frente a un 30% que son de Scielo. Un 13% son de Redalyc, mientras un 8% pertenecen a Csic; y por último un 4% de Psicothema.

A) De las publicaciones sobre esquizofrenia e instituciones penitenciarias que se observan en la tabla 4 (Referencias bibliográficas) se concluye lo siguiente:

Si consideramos a las personas con esquizofrenia con un mayor grado de vulnerabilidad, la cárcel no es precisamente el mejor de los lugares para ellas. La masificación, los conflictos cotidianos, la relación de la persona con el propio delito cometido, la distancia con los familiares, o las dificultades para la comunicación, son factores estresantes y propicios para el empeoramiento de los síntomas psicopatológicos. Del empeoramiento se pasa a disrupciones conductuales que no serán fácilmente interpretadas por el personal no sanitario, por lo que la necesidad de una correcta y cuidadosa evaluación se convierte en una tarea imprescindible. (Szerman, Álvarez y Casas, 2007).

En relación a lo anterior, tal y como afirma J. Arroyo (2011), la compleja organización de la vida en un centro penitenciario, siempre presidida por el control y la disciplina, por las restricciones de todo tipo y la convivencia forzada, por los horarios rígidos y la monotonía, por el aislamiento emocional y la frustración, hacen muy difícil la construcción de espacios terapéuticos adecuados para el tratamiento de determinados enfermos mentales.

“La prisión por sí misma es un factor estresante que aumenta los niveles de ansiedad dando lugar en ocasiones, a largos periodos de aislamiento que derivan en sentimientos de frustración y rabia que empeoran el estado mental del paciente.” (Vicens, 2003).

A su vez, al hablar de hospital psiquiátrico penitenciario nos referimos a una prisión donde ocurren las mismas malas rutinas que en el resto de prisiones: violencia física y verbal, robos, tráfico de drogas y de medicamentos. La persistencia de la subcultura carcelaria hace inviable, desde la estancia como preventivos de estas personas, cualquier intento de rehabilitación serio y científico (Cáceres, 2012).

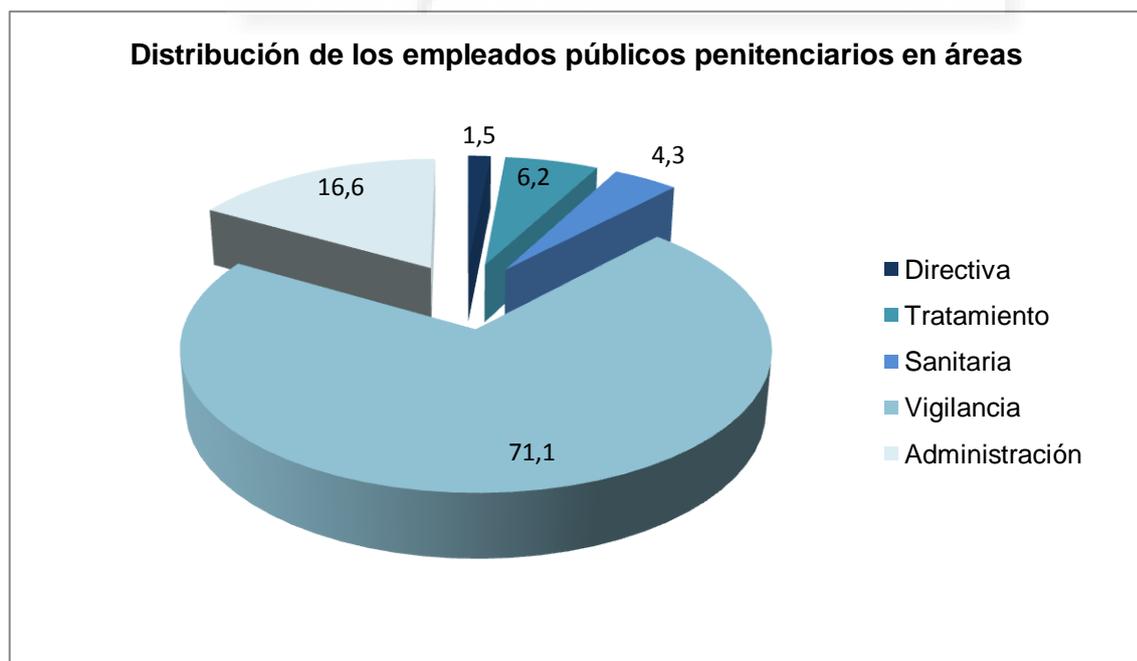
Esta idea se refuerza en un informe realizado por la Comisión Europea sobre las personas con trastornos mentales que se encuentran en las prisiones europeas donde se concluye lo siguiente:

- No existe un modelo uniforme de coordinación entre las administraciones con responsabilidad en el manejo de estos enfermos (justicia, interior, sanidad).

- El precio que la sociedad debe pagar al dedicar insuficientes recursos a la atención psiquiátrica en las prisiones es un aumento de la reincidencia entre esos enfermos, con el consiguiente aumento del gasto de los servicios psiquiátrico-asistenciales en la comunidad y del gasto de los servicios jurídicos y penales, sin hablar del coste social provocado por el daño a las posibles víctimas directas, a familiares y a los propios enfermos (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2011).

- Los cuidados psiquiátricos en las prisiones no están suficientemente cubiertos. No existen procedimientos rutinarios de evaluación de internos para descartar enfermedad mental, ni programas asistenciales específicos (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2011). Ésta última idea se refleja en un artículo sobre el Sistema Penitenciario Español (2010) donde se detalla el número de empleados públicos penitenciarios según las diferentes áreas de trabajo, siendo el área dedicada a la salud una de las que menos trabajadores tiene.

Gráfico 1. Distribución de empleados públicos penitenciarios según las áreas.



Tal y como se aprecia en el gráfico anterior, de los 22011 empleados públicos penitenciarios con los que se contaba en España en 2010, sólo un 6,2% pertenecen al área de salud, mientras la vigilancia ocupa un 71,1%. Por consiguiente, al carecer de recursos, tener insuficiente personal dedicado al ámbito sanitario y estar dotadas, no para el tratamiento, sino para la represión y el control (número de empleados mayor en el área de vigilancia), las prisiones y las cárceles se transforman así en meros almacenes de enfermos mentales (Asociación Mundial de Psiquiatría, 2003).

Por otro lado, César Manzanos, Doctor en Sociología, elaboró un modelo compuesto por cinco etapas que resume el proceso de reeducación desocializadora que se pone en marcha con el ingreso en la cárcel. Según Manzanos (1991) se distinguen las siguientes etapas:

- Ruptura con el mundo exterior: El preso entra a formar parte de un mundo distinto, en el que no solo se aleja físicamente del resto de la sociedad sino que también se separa de sus referencias personales y de los valores presentes en el exterior, creando un fuerte sentimiento de debilidad y abandono.
- Desadaptación social y desidentificación personal: El interno experimenta una verdadera “mutilación del yo”, que le hace perder su identidad inicial y experimentar un proceso de despersonalización y desindividualización que le conduce a integrarse como un número más dentro del colectivo masificado y sin perfiles particulares de los centros penitenciarios.
- Adaptación al medio carcelario. Se produce una adaptación al nuevo contexto, conocido como proceso de prisionización en el que se incorporan actitudes y valores nuevos, es decir, se produce una incorporación del interno a la subcultura carcelaria.
- Desvinculación familiar. Los problemas que los presos tienen para el contacto y el encuentro interpersonal, debido a diferentes circunstancias hacen que se produzca un deterioro en las relaciones familiares y con el exterior.
- Desarraigo social. De la cárcel no se sale siendo un hombre libre, sino convertido en un ex presidiario, con todo lo que esto trae consigo.

“La prisión es un lugar de exclusión temporal que imprime sobre los detenidos la marca de un estigma”. Rostaing (1996) siendo ésta exclusión doble en el caso de los internos con enfermedad mental, pues si ya de por sí son un colectivo que sufre el rechazo de la mayoría de la sociedad, la entrada en prisión no hace otra cosa más que agravar su situación de exclusión social.

A su vez, según un informe del Parlamento Vasco (2014) se produce un importante deterioro de la salud mental en las personas presas como consecuencia de las deficiencias en la atención a su enfermedad durante el tiempo que permanecen privadas de libertad.

Además de lo expuesto anteriormente, existen otros factores que impiden la rehabilitación de estas personas en los centros penitenciarios como la dualidad asistencial-pericial y la consecuente pérdida de la imparcialidad. El motivo de esta dualidad es que al psiquiatra penitenciario le corresponde emitir los informes que le sean solicitados por las autoridades judiciales y actuar como Perito ante los Tribunales de Justicia si fuera requerido (art. 284.6.ª RP 1981), por lo que tiene un doble rol asistencial-pericial. Tal y como afirma el Doctor en Derecho Luis Fernando Barrios (2007) el doble rol perjudica, cuando no anula, una idónea relación terapéutica y que incluso contamina el proceso penal de ejecución.

Como señala Green (2006) la mayor parte de los psiquiatras concuerdan en que todas las formas de tratamiento psiquiátrico (incluyendo los tratamientos somáticos) dependen en gran parte de la relación médico-paciente. Y esa relación dependerá mucho de la capacidad de confianza intercambiada entre el paciente y el profesional. Se ha dicho justificadamente que la principal razón por la cual el paciente elige un determinado médico es un título de confianza particular. Y, sin embargo, al paciente recluido en un psiquiátrico penitenciario se le “impone” al médico asistencial y al perito, unidos en la misma persona. Lo que contraría el carácter de la medicina como relación personal fundada en la confianza, en calidad de realización interhumana de consentimiento mutuo. La confianza es una necesidad humana y un ingrediente esencial de las relaciones sociales, cuya importancia y problemática se acentúan en situaciones de especial dependencia y vulnerabilidad de la persona, como en la relación clínica.

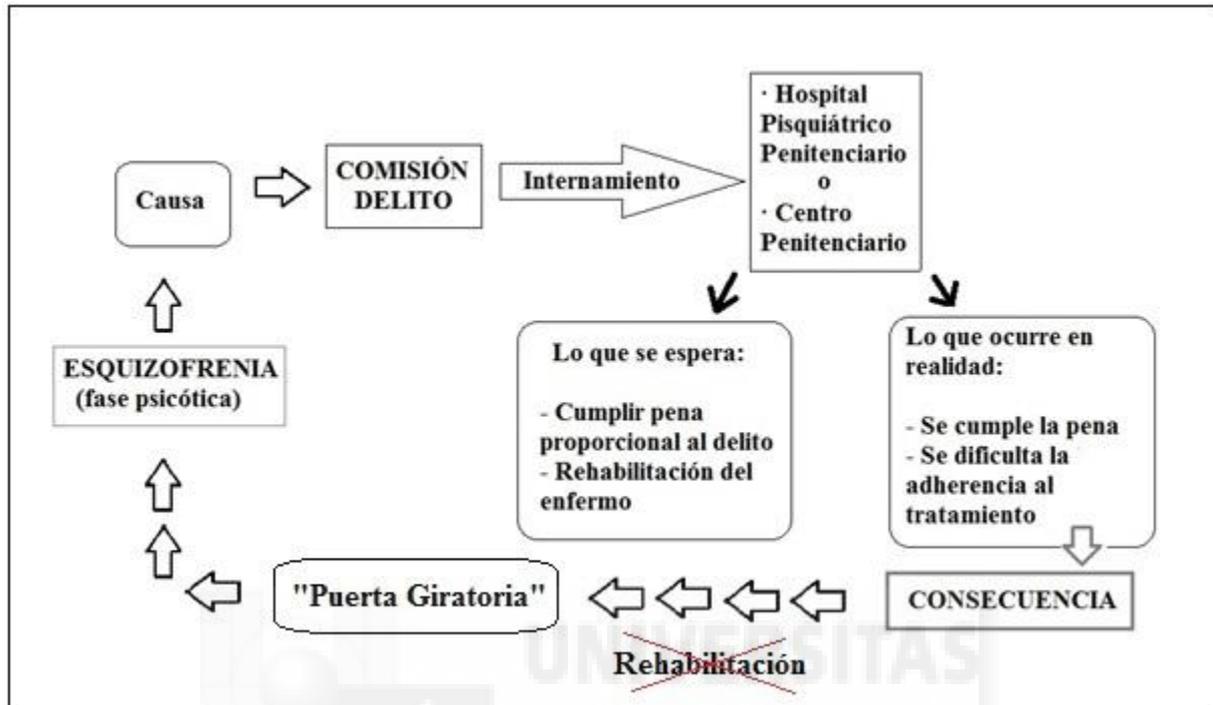
En consecuencia, esta dualidad profesional de los psiquiatras penitenciarios contamina tanto los informes periciales como la propia relación terapéutica médico-paciente desvirtuando el propio resultado del tratamiento (L, Barrios.2007).

Por consiguiente, todos estos procesos de constante despersonalización (fruto de las dinámicas de dependencia creadas por la institución penitenciaria), conllevan de forma inexorable el establecimiento de lo que sería “el principio de retroalimentación de la reincidencia penitenciaria”; dando lugar al fenómeno de la “puerta giratoria” o reingreso de la persona en prisión (C, Marcuello y J, García. 2011).

En relación a lo anterior y según la evidencia publicada, un 81% de los enfermos mentales sometidos a medidas de seguridad, son reincidentes en la comisión de actos delictivos, por lo que el fenómeno de la "puerta giratoria" de enfermos que entran y salen del sistema penitenciario es frecuente. (Fundación Abogacía Española, 2012). Estas recaídas o reagudizaciones de la sintomatología psicótica en la esquizofrenia están asociadas generalmente a una mala adhesión terapéutica y al incumplimiento de la terapia farmacológica (Perlick, 2001). Como consecuencia del incumplimiento de la terapia, pueden surgir implicaciones clínicas graves como el suicidio y las conductas autolesivas, así como las conductas heteroagresivas hacia el entorno y personas (Travis, 2002).

A modo de esquema, se puede resumir el principal efecto que tiene la reclusión en un centro penitenciario para las personas que tienen esquizofrenia de la siguiente forma:

Esquema 1. Explicación de la reincidencia delictiva en personas con esquizofrenia.



El éxito en la reducción de la reincidencia está claramente asociado a una adecuada derivación que asegure la continuidad del tratamiento del enfermo en un recurso asistencial (Fundación Abogacía Española).

- B) De las publicaciones sobre tratamiento y rehabilitación psicosocial de la esquizofrenia que se observan en la tabla 5 (Referencias bibliográficas) se concluye lo siguiente:

El abordaje terapéutico de las personas que padecen esquizofrenia debe estar basado en la integración de todos los aspectos (biológicos, psicológicos, familiares, sociales) que están implicados en la producción de esta patología (Silvestre et al, 2013).

Si bien el uso de antipsicóticos atípicos, que producen menos efectos secundarios, contribuye a mejorar el funcionamiento social de los pacientes con esquizofrenia (Addington, 2008) el desarrollo de intervenciones psicosociales son primordiales para

la reinserción social y el mantenimiento en la comunidad de los pacientes (Caqueo-Urizar y Lemos-Giráldez, 2008).

Ésta intervención psicosocial tiene como objetivo fundamental facilitar la integración del individuo afectado por la enfermedad a su entorno natural. Para lograrla:

- En primer lugar, se debe impedir la desvinculación social de la persona, procurando un tratamiento cercano a su entorno, ecológico en su planteamiento, y que favorezca el mantenimiento de los diferentes roles sociales que el usuario ejercía antes del debut de su enfermedad. Se debe evitar además, la pronta sustitución de todos ellos por el único rol de enfermo, y en lo posible, el progresivo deterioro de sus habilidades, reduciendo la discapacidad y el estigma.

- En segundo lugar, el profesional debe por un lado, conocer la comunidad de donde procede su paciente; y por otro ser capaz de identificar los elementos de protección y de riesgo que en ella coexisten para tenerlo en cuenta a la hora de realizar una adecuada planificación de las intervenciones. El plan de tratamiento debe incorporar tanto las redes existentes en la comunidad que están más cerca y tienen algún significado en la vida de la persona (amigos, vecinos, trabajo, iglesias, asociaciones, etc.) como los recursos sociales, públicos y privados que puedan colaborar y contribuir a su recuperación (M, Laviana. 2006).

En relación a lo anterior, se ha visto que las personas con esquizofrenia que poseen relaciones sociales de apoyo muestran mejores condiciones de vida, menor presencia de síntomas y menos ingresos hospitalarios que aquellos que carecen de dicho apoyo contribuyendo todo ello a mejorar su funcionamiento social y su adaptación a la comunidad (Norman, 2005).

Así pues, respecto al tratamiento de la esquizofrenia, tal y como se aprecia en las tablas del ANEXO II se ha visto que dependiendo de la fase en la que se encuentra, resultan más eficaces unas intervenciones u otras (M. Ruiz, K. Salaberria, E. Echeburúa, 2013), siendo indispensables las intervenciones psicoeducativas, a familiares y a usuarios, el entrenamiento en habilidades sociales, los tratamientos cognitivo-conductuales, dirigidos tanto hacia los síntomas positivos de la enfermedad como a las alteraciones de los procesos cognitivos básicos subyacentes, y los paquetes integrados multimodales (Vallina y Lemos, 2001) así como la rehabilitación

social, pues se ha visto que activa habilidades de afrontamiento, desarrolla procesos cognitivos no deteriorados y mejora el autoconcepto. (Hodel y Brenner, 1994).

8. CONCLUSIONES

Tal y como se ha mostrado en los diferentes estudios analizados, resulta muy conveniente que sea un equipo multidisciplinar el que de manera coordinada se encargue del tratamiento de este tipo de enfermos. Pero tal y como muestran los resultados de la revisión, la peculiar organización de la vida en un centro penitenciario presidida por el control, la disciplina, las restricciones, la convivencia forzada, los horarios rígidos, la monotonía, el aislamiento emocional y la frustración hace muy difícil la construcción de espacios terapéuticos adecuados para el tratamiento de determinados enfermos mentales (Fundación Abogacía Española, 2012).

Si bien el objetivo formal de la reclusión en prisión es la rehabilitación social, lo que termina por imponerse es la consolidación de las identidades “prisionizadas” a modo de una “desocialización ciudadana”. (C, Marcuello y J, García. 2011).

Podemos concluir al igual que M, Arroyo (2011) que las causas de esta derivación inadecuada son múltiples, descoordinación entre la administración judicial, penal y socio-asistencial, estigmatización de estos enfermos, que causa rechazo en los recursos comunitarios de los que podrían beneficiarse, presión social ante la enfermedad mental para que prime la seguridad frente a la rehabilitación, ausencia de políticas de prevención y control de la enfermedad mental en pacientes crónicos con una red de apoyo social deficitaria, lo que provoca que esos enfermos acaben empeorando y teniendo comportamientos antisociales, en ocasiones reiterados y finalmente graves (M, Arroyo 2011).

Estamos de acuerdo con la afirmación de Smith y Stewart (1996) al decir que “La prisión es la forma más categórica de exclusión que permite la ley” y aunque el artículo 25.2 de la Constitución dice claramente que “Las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad estarán orientadas hacia la reeducación y reinserción social”, lo cierto es que en la cárcel coexisten y entran en contradicción dos principios difícilmente conciliables: el punitivo, con su énfasis en la seguridad y el control, y el rehabilitador, que aboga por la reeducación social del preso. (P, Cabrera .2002).

Por último, es importante señalar que tras la revisión a numerosos artículos y la falta de información actualizada respecto al tema, sería interesante la realización de un

estudio comparativo sobre la evolución de los enfermos mentales en Hospitales Psiquiátricos, Centros Socio-Asistenciales, y Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios durante al menos un año, para analizar de forma más crítica el impacto de éstos últimos en las personas que padecen esta enfermedad.

Así mismo, me parece imprescindible desde la propia profesión, desarrollar campañas de sensibilización social dirigidas tanto a la opinión pública, como a los profesionales socio-sanitarios y judiciales que contrarresten la doble estigmatización que sufren los enfermos mentales que están sometidos a un proceso judicial. Este estigma es responsable en parte, de que se piense primero en estas personas como en delincuentes, más que como enfermos, lo que les discrimina gravemente a la hora de acceder a los tratamientos rehabilitadores que necesitan. Esto es especialmente grave en el caso de aquellos pacientes que han sido declarados no responsables de los delitos que cometieron y que afrontan medidas de seguridad, se diría que impuestas más como un castigo que como un tratamiento.

Con todo ello queda claro tras esta revisión que en un régimen de vida privado de libertad, donde todo está absolutamente parametrizado y regulado, no existen oportunidades para el ejercicio de tomas de decisión responsables y consecuentes que permitan una efectiva rehabilitación y preparación para la excarcelación de los enfermos mentales (C, Marcuello y J, García. 2011).

“La vida es muy peligrosa. No por las personas que hacen el mal, sino por las que se sientan a ver lo que pasa” (Albert Einstein).

“La delincuencia como fenómeno y el delito como manifestación, son el resultado de una construcción social en la que intervienen múltiples actores” (Torrente, 2001).

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Tabla 5. Publicaciones revisadas sobre esquizofrenia e instituciones penitenciarias.

ARTÍCULOS SOBRE ESQUIZOFRENIA E INSTITUCIONES PENITENCIARIAS	
BASE DE DATOS	ARTÍCULOS Y REVISTAS
SCIELO	Arnau Peiró, F.(2012). Descripción de la consulta psiquiátrica en centros penitenciarios de la Comunidad Valenciana. <i>Sanidad Penitenciaria Española</i> , vol.14, no.2, p.20-31.
GOOGLE ACADÉMICO	Arroyo, J .M. (2011). Estrategias asistenciales de los problemas de salud mental en el medio penitenciario, el caso español en el contexto europeo. <i>Sanidad Penitenciaria Española</i> , vol13.
GOOGLE ACADÉMICO	Barrios Flores, L.F. (2015). La internación psiquiátrica por razón penal en España: ejecución de la medida en el ámbito penitenciario. Recuperado el 28 de Marzo de 2016.
GOOGLE ACADÉMICO	Barrios Flores, L.F. (2007). Origen, evolución y crisis de la institución psiquiátrica penitenciaria. Recuperado el 5 de Abril de 2016.
GOOGLE ACADÉMICO	Cáceres García, J.M. (2012). El juez de vigilancia penitenciaria y las medidas de seguridad. <i>Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante</i> . Recuperado el 12 de Abril de 2016.
GOOGLE ACADÉMICO	Desviat, M. (2011).La reforma psiquiátrica 25 años después de la ley general de sanidad. <i>Centro de Salud Mental de Tetuán. Madrid</i> . Recuperado el 15 de Abril de 2016.
GOOGLE ACADÉMICO	Fernández Arévalo, L. (2010). Hospitales psiquiátricos penitenciarios y actividad penitenciaria. Recuperado el 12 de Abril de 2016.
GOOGLE ACADÉMICO	Fundación Abogacía Española. (2012). Los enfermos mentales en el sistema penitenciario. Recuperado el 4 de Abril de 2016.
GOOGLE ACADÉMICO	Gallizo Llamas, M. (2006). Estrategia Global de actuación en Salud Mental. Recuperado el 15 de Abril de 2016.
REDALYC	Marcuello, C. y García, M. (2011). La cárcel como espacio de desocialización ciudadana: ¿fracaso del sistema penitenciario español?. <i>Universidad de Zaragoza</i> . Recuperado el 1 de Abril de 2016.
GOOGLE ACADÉMICO	Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (2011). Hospitales psiquiátricos dependientes de la administración penitenciaria. Propuesta de acción. Recuperado el 28 de Marzo.

Tabla 6. Publicaciones revisadas sobre tratamiento y rehabilitación psicosocial de la esquizofrenia.

ARTÍCULOS SOBRE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL DE LA ESQUIZOFRENIA	
BASE DE DATOS	ARTÍCULOS Y REVISTAS
REDALYC	Casas, E., Escandell, M. J., Ribas, M. y Ochoa, S.(2010). Instrumentos de evaluación en rehabilitación psicosocial. <i>Asociación Española de Neuropsiquiatría</i> , 105.
REDALYC	Gabaldón, O. Ruiz, M. Bilbao, A. Burguera, J. García, A. Erkizia, B. y Sakara, M. (2010). Rehabilitación cognitiva en trastornos psiquiátricos graves: aplicación de los subprogramas cognitivos de la terapia psicológica integrada (IPT). <i>Asociación Española de Neuropsiquiatría</i> , 110.
SCIELO	Giraldez, N. (2010). Bases Clínicas para un Nuevo Modelo de Atención a las Psicosis. <i>Clínica y Salud</i> , vol.21, no.3, p.299-318.
SCIELO	González, S., Rodríguez, J., y Abelardo, G. (2010). Programas de Rehabilitación Psicosocial en la Atención Comunitaria a las Personas con Psicosis. <i>Clínica y Salud</i> , vol.21, no.3, p.319-332.
PSICOTHEMA	Gutiérrez, J., Caqueo, A., Ferrer, M., y Fernández, P. (2012). Influencia de la percepción de apoyo y del funcionamiento social en la calidad de vida de pacientes con esquizofrenia y sus cuidadores. <i>Psicothema</i> , Vol. 24, nº 2, p.255-262.
CSIC	Gutiérrez, M., y Díaz, L. (2015). La psicoterapia de orientación psicodinámica en el tratamiento integral de pacientes con esquizofrenia y sus familias. <i>Clínica contemporánea</i> . Recuperado el 4 de Mayo de 2016.
GOOGLE ACADÉMICO	Laviana Cuetos, M. (2006). La atención a las personas con esquizofrenia y otros trastornos mentales graves desde los servicios públicos: una atención integral e integrada en un modelo comunitario. <i>Apuntes de Psicología</i> , Vol. 24, número 1-3, págs. 345-373.
SCIELO	Muñoz, N. (2009). Evaluación de la Atención a las Personas con Enfermedad Mental Grave y Persistente: la Experiencia de Madrid. <i>Clínica y Salud</i> , vol.20, no.1, p.43-55.
SCIELO	Ochoa,S. (2011). Estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia. <i>Asociación Española de Neuropsiquiatría</i> , vol.31, no.3, p.477-489.

Tabla 6. Publicaciones revisadas sobre tratamiento y rehabilitación psicosocial de la esquizofrenia.

ARTÍCULOS SOBRE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL DE LA ESQUIZOFRENIA	
BASE DE DATOS	ARTÍCULOS Y REVISTAS
CSIC	Ruiz, M., Salaberria, K., y Echeburúa, E. (2013). Análisis y tratamiento psicológico de la esquizofrenia en función de los estadios clínicos. <i>Actas Españolas de Psiquiatría</i> . Recuperado el 2 de Mayo de 2016.
SCIELO	Silvestre,S., Fernández, I., y García, J. (2013). Propuesta de un enfoque dinámico grupal para el tratamiento combinado de los trastornos esquizofrénicos. <i>Asociación Española de Neuropsiquiatría</i> , vol.33, no.118, p.289-300.
SCIELO	Villagrán, J., Ruiz, L., y González, I. (2014). El proceso de decisión compartida en el tratamiento del paciente psiquiátrico: estudios empíricos y evaluación de la capacidad. <i>Asociación Española de Neuropsiquiatría</i> . vol.34, no.123, p.491-506.

OTRAS REFERENCIAS (algunas no cumplen los criterios de inclusión)

- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5), Washington, D.C. American Psychiatric Association.
- Arce, R., Pampillon, M. C., y Fariña, F.(2002). Desarrollo y evaluación de un procedimiento empírico para la detección de la simulación de enajenación mental en el contexto legal. *Anuario de Psicología*, Vol. 33.
- Cabrera, P.J. (2002) Cárcel y exclusión. *Revista del ministerio de trabajo y asuntos sociales*.
- Caravaca, F., Falcón, M., y Luna, A. (2014). Agresiones físicas en prisión, la enfermedad mental como factor de riesgo asociado. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, vol.16 no.3.
- Carrasco, J. y MAZA, J. (2003). Psiquiatría Legal y Forense. 2ª ed. *Trastornos de la Personalidad*, Madrid.
- Descriptores en Ciencias de la Salud. (2012) Edición Digital. Consultado el 7 de Abril de 2016 desde <http://www.decs.bvs.br/E/homepagee.htm>.

- Fresán, A., Tejero, J., Apiquian, R., Lozaga, C., García, M., y Nicolini, N. (2002). Aspectos penales y características clínicas de la criminalidad en la esquizofrenia. *Salud mental*, vol 25 nº5.
- García, I., Granada, J., Leal, M., Sales, R., Lluch, M., y Fornés, J. (2010). Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia: Consenso de enfermería en salud mental. *Actas Españolas de Psiquiatría*, vol 38: 1-45.
- González, F. (2010). Legislación penitenciaria básica: comentarios y referencias prácticas.
- González, T., y Sánchez, M. (2011) Psicopatía y medidas de seguridad. *Estudios Penales y Criminológicos*. Vol 34.
- Iñigo, C., Pérez, D., Osuna, E., Cabrero, E., y Luna, E. (1999). Perfil clínico y delictivo de los enfermos ingresados en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante. *Sanidad Penitenciaria Española*, 2: 25-31.
- Jimenez, I., Martinez, S., Rosero, C., y Fernanda, M. (2015). Guía de práctica clínica esquizofrenia. *Clínica Monserrate*.
- Martín del Río, B. (2012). Historia de la Psicología. *Unidad didáctica 1. Documentación en Psicología*.
- Moreno, B. (2004). La esquizofrenia: déficits y tratamiento. *Cuadernos de Psiquiatría comunitaria*, vol 4: nº2.
- Moreno, B., Martín, C., y Almenara, J. (2014) Revisión crítica de las fuentes de variabilidad en la medición de la prevalencia de esquizofrenia. *Salud Mental*, vol 37:127-138.
- Moriana, J., Alarcón, E., y Herruzo, J. (2004) Tratamiento combinado de la esquizofrenia aplicado en el ámbito domiciliario. *Psicothema*, Vol. 16, nº 3, pp. 436-441.
- Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria. Boletín Oficial del Estado de Boletín Oficial del Estado: 5 de octubre de 1979, Núm. 239.
- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Boletín Oficial del Estado: 24 de Noviembre de 1995. Núm. 281.
- La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Organización Mundial de la Salud. CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico. Madrid: Meditor; 1992.

- Resolución 46/119, de 17 de diciembre de 1991. Asamblea General de Naciones Unidas donde se recogen los Principios de la protección de los enfermos mentales y la mejora de la atención de la salud mental.
- Vallina, O., y Lemos, S. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. *Psicothema*. Vol. 13, nº 3, pp. 345-364.
- Vicens, E y Tort, V. (2005). El cumplimiento de la medicación y las implicaciones clínicas a largo plazo en la esquizofrenia en el ámbito penitenciario. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, vol7 nº2.
- Zapata, P., Mauricio, A., Martínez, R., y García, J. (2015). Psicoeducación en esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol 44:143–149.



ANEXO I

- **DSM-V.** Criterios diagnósticos que se han de cumplir para hablar de esquizofrenia:

A. Dos o más de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un período de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3):

1. Delirios.
2. Alucinaciones.
3. Discurso desorganizado (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente).
4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico.
5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia).

B. Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o cuando comienza en la infancia o la adolescencia, fracasa la consecución del nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico o laboral).

C. Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses. Este período de seis meses ha de incluir al menos un mes de síntomas (o menos si se trató con éxito) que cumplan el Criterio A (es decir, síntomas de fase activa) y puede incluir períodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos del trastorno se pueden manifestar únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el Criterio A presentes de forma atenuada (p. ej., creencias extrañas, experiencias perceptivas inhabituales).

D. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque 1) no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de fase activa, o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de fase activa, han estado presentes sólo durante una mínima parte de la duración total de los períodos activo y residual de la enfermedad.

E. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o medicamento) o a otra afección médica.

F. Si existen antecedentes de un trastorno del espectro autista o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de los otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de un mes (o menos si se trató con éxito)

- **CIE-10.** Criterios generales para hablar de esquizofrenia tipo paranoide, hebefrénica, catatónica e indiferenciada son los siguientes:

Debe ocurrir al menos uno de los síntomas incluidos en el apartado 1, o al menos dos de los síntomas incluidos en el apartado 2.

Apartado 1:

- a) Eco, inserción, robo o difusión del pensamiento.
- b) Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad, referidas claramente al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos, acciones o sensaciones específicas y percepciones delirantes.
- c) Voces alucinatorias que comentan la propia actividad o que discuten entre sí acerca del enfermo, u otro tipo de voces alucinatorias procedentes de alguna parte del cuerpo.
- d) Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son propias de la cultura del individuo y que son completamente imposibles (por ejemplo, ser capaz de controlar el clima o estar en comunicación con seres de otro mundo).

Apartado 2:

- a) Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se presentan a diario durante al menos un mes, cuando se acompañan de ideas delirantes (que pueden ser fugaces o poco estructuradas) sin un contenido afectivo claro, o cuando se acompañan de ideas sobrevaloradas persistentes.
- b) Neologismos, interceptación o bloqueo del curso del pensamiento, que dan lugar a un discurso incoherente o irrelevante.
- c) Conducta catatónica, tal como excitación, posturas características o flexibilidad cética, negativismo, mutismo y estupor.

d) Síntomas "negativos", tales como marcada apatía, pobreza del discurso y embotamiento o incongruencia de las respuestas emocionales (debe quedar claro que estos síntomas no se deben a depresión o a medicación neuroléptica).

ANEXO II

Tabla 1. Tratamiento psicológico de la esquizofrenia en función de los estadios clínicos (María Ruiz-Iriondo, et al).

	FASE AGUDA	PERIODO CRÍTICO
SÍNTOMAS	SÍNTOMAS POSITIVOS: (DELIRIOS, ALUCINACIONES...)	SÍNTOMAS POSITIVOS, DETERIORO COGNITIVO MODERADO, ASILAMIENTO SOCIAL Y SÍNTOMAS NEGATIVOS.
OBJETIVO TERAPEÚTICO	CAPTACIÓN DEL PACIENTE Y CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO PARA LOGRAR LA ESTABILIDAD SINTOMÁTICA
TRATAMIENTO	USO DE ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS Y TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL TANTO INDIVIDUAL COMO GRUPAL	EVALUAR LA PRESENCIA DE SINTOMATOLOGÍA AFECTIVA E INTERVENIR SOBRE LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS POSITIVOS Y NEGATIVOS
PROGRAMAS	-COPE -STOPP -TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA PSICOSIS DE FOWLER; -TERAPIA DE AFRONTAMIENTO PARA ALUCINACIONES Y DELIRIOS DE YUSUPOFF	- STOPP; - TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL DE KINGDON Y TURKINTON

ANEXO II**Tabla 2.** Tratamiento psicológico de la esquizofrenia en función de los estadios clínicos (María Ruiz-Iriondo, et al).

	FASE SUBCRÓNICA	FASE CRÓNICA
SÍNTOMAS	SÍNTOMAS POSITIVOS ATENUADOS, SÍNTOMAS NEGATIVOS O RESIDUALES MODERADOS Y DETERIORO CÍNICO PROGRESIVO	MALA EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD. SÍNTOMAS NEGATIVOS Y RESIDUALES GRAVES, EMPOBRECIMIENTO DE LA EXPRESIÓN DE EMOCIONES, LIMITACIÓN DEL PENSAMIENTO Y DEL LENGUAJE, FALTA DE ENERGÍA...
OBJETIVO TERAPEÚTICO	ESTABILIZAR AL PACIENTE Y FAVORECER SU READAPTACIÓN SOCIAL	MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA Y LOGRAR INDEPENDENCIA
TRATAMIENTO	PROGRAMAS DE TRATAMIENTO MULTIMODALES, RECURSOS PSICOSOCIALES Y REDUCCIÓN DEL CONSUMO DE TÓXICOS	- USO DE ANTIPSICÓTICOS - PROGRAMAS DE TRATAMIENTO INTEGRADO - TERAPIA GRUPAL QUE INTEGRA REHABILITACIÓN COGNITIVA Y SOCIAL.
PROGRAMAS	- IPT - TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL DE KINGDON Y TURKINTON	- IPT (TERAPIA PSICOLÓGICA INTEGRADA).