



Àmbit social i criminològic

CENTRE D'ESTUDIS JURÍDICS
I FORMACIÓ ESPECIALITZADA

Ausiàs March, 40
08010 Barcelona
TEL. 93 207 31 14
FAX: 93 207 67 47

 Generalitat de Catalunya
Departament de Justícia

D O C U M E N T S D E T R E B A L L

INVESTIGACIÓ
(Recerca pròpia)

Salut mental i execució penal

Autors

Manel Capdevila
Marta Ferrer

Any 2007

Salut mental i execució penal

Avis legal

Els continguts d'aquesta investigació estan subjectes a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada 2.5 Espanya de Creative Commons, el text complet de la qual es troba disponible a <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/legalcode.ca>. Així, doncs, se'n permet còpia, distribució i comunicació pública sempre que se citi l'autor del text i la font (Generalitat de Catalunya. Departament de Justícia. Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada), tal com consta en la citació recomanada inclosa a cada article. No se'n poden fer usos comercials ni obres derivades.

Resum en català:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/deed.ca>

Investigadors principals

Manel Capdevila i Capdevila
*Responsable d'Investigació de l'Àrea Social i Criminològica,
Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada*

Marta Ferrer Puig
*Cap de l'Àrea d'Investigació i Formació Social i Criminològica,
Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada*

Col·laboradors

Rafael Alonso Guerrero Moreno
*(Responsable de l'Àrea de Sanitat Penitenciària,
Direcció General de Recursos i Règim Penitenciari)*

Griselda Baldrís Catafau
(Coordinadora de l'equip de camp, recerca quantitativa i treball de camp)

Laura Gilabert Pinal
(Coordinadora de l'equip de camp, recerca qualitativa i treball de camp)

Alícia Alcaide Luque *(treball de camp)*
Marta Carrasco Moreno *(treball de camp)*
Núria Cassà Torrente *(treball de camp)*
Meritxell Collado Moliner *(treball de camp)*
Cristina Figueras Cuadrillero *(treball de camp)*
Magda Gomà Knorn *(treball de camp)*
Judith González Núñez *(treball de camp)*
Estefania Molina Arasa *(treball de camp)*
Sílvia Papiol Pérez *(treball de camp)*

Juan Antonio López Cañete *(suport tècnic)*
Nerea Marteache Solans *(suport tècnic)*
Eugènia Ustrell Mussons *(suport tècnic)*

Núria Plass Rodellas *(suport administratiu)*
Núria Capdevila Seix *(suport administratiu)*

Lluís Sáez Giol *(Professor de Sociologia, Universitat Autònoma de Barcelona.
Supervisor de metodologia de la recerca, part quantitativa)*
Clara Riba Romeva *(Professora del Departament d'Economia i Empresa,
Universitat Pompeu Fabra. Col·laboradora metodològica de la tècnica Delphi,
aplicada a la part qualitativa de la recerca)*

Grup d'experts en els centres penitenciaris

Vicenç Alujas *(Coordinador, UHPP CP Brians)*
Mercè Rovira *(Psicòloga, Unitat Polivalent de Salut Mental CP Quatre Camins)*
Montserrat Escribano *(Infermera, CP Homes Barcelona)*
Mercedes Izquierdo *(Coordinadora sanitària, UHPP CP Brians)*
Eduard Riba *(Treballador Social, UP Salut Mental CP Quatre Camins)*
David Garcia *(Jurista, CP Brians)*

Valentina Mejías (*Cap d'Infermeria, CP Quatre Camins*)
Pilar Casaus (*Psiquiatra, CP Tarragona*)
Carles Marí (*Coordinador, Centre PINEL*)
Anna Cabanes (*Coordinadora Treball Social, CTASP Barcelona*)
Xavier Roca (*Cap de Secció Tractament, Direcció General de Recursos i Règim Penitenciari*)

Participants en el Delphi

Veure llistat específic en el capítol 9

Agraïments

Agraïm la col·laboració dels senyors Carles Soler, César García i Ferran Espanyol per les explicacions en els moments inicials de la recerca respecte a la seva metodologia de treball en el seu centre penitenciari.

També al Dr. Jordi Medallo, de l'Institut de Medicina Legal de Catalunya, pel seu interès en proporcionar-nos informants clau per a la recerca.

A la professora Clara Riba, de la Universitat Pompeu Fabra, per la seva tutorització efectiva i desinteressada del mètode Delphi que hem seguit en una part de la recerca.

A la senyora Corine Buers, per les seves aportacions i comprovacions estadístiques, i especialment al seu tutor i company nostre, el senyor Ed Hilterman, que ens ha orientat i animat en determinats procediments d'anàlisi estadística i en altres moments de presa de decisions en l'avenç de l'estudi.

Al senyor Marc Ceron, de la Secretaria de Serveis Penitenciaris, Rehabilitació i Justícia Juvenil, per la seva perseverança en l'aclariment de l'encàrrec, i als senyors Pius Fransoy, Toni Jiménez i el seus respectius equips, per les facilitats donades en l'accés als expedients i a la informació necessària per complimentar el treball de camp. Sense la seva paciència i col·laboració inestimable no hagués resultat tan eficaç la feina de les nostres treballadores de camp. Malgrat la invasió d'espais i ordinadors que hem protagonitzat, així com la considerable mobilització d'expedients i documentació que ha generat la pròpia dinàmica de treball, el cert és que en tot moment les nostres col·laboradores s'han sentit acollides i acompanyades en tots els mesos que ha durat aquesta part de la recerca. A tots ells, doncs, moltes gràcies.

I especialment volem fer esment de la feina desenvolupada per les nostres becàries Griselda Baldrís i Laura Gilabert, que han estat unes col·laboradores inestimables en molt moments del llarg procés que ha suposat el desenvolupament de la recerca. El seu entusiasme i el seu rigor en la feina diària ens han acompanyat en els gairebé dos anys que han estat amb nosaltres.

Aquesta ha estat una recerca on la participació dels professionals i dels experts en la temàtica que ens ocupa ha esdevingut un element clau per donar-li el valor afegit que tenen l'exposició de continguts, resultats, conclusions i propostes que presentem a continuació.

Volem agrair la col·laboració desinteressada de totes aquestes persones que han participat en la recerca i sense les quals no hagués estat possible assolir el grau d'especificitat i concreció que finalment s'ha pogut obtenir.

ÍNDEX

Introducció.....	10
1. El marc teòric.....	17
1.1. El concepte de trastorn mental.....	18
1.1.1. Definició de trastorn mental.....	18
1.1.2. Agrupacions de trastorns mentals.....	19
1.1.3. Dades sobre trastorns mentals en la població general.....	24
1.2. Els trastorns mentals en el medi penitenciari.....	30
1.2.1. Les recomanacions per a la identificació i el tractament.....	30
1.2.2. Les dades de trastorns mentals en la població penitenciària.....	33
1.2.3. L'impacte de la presó i el risc de suïcidi.....	36
1.3. Els estudis sobre salut mental i execució penal.....	41
2. La recerca.....	45
2.1. Finalitat.....	45
2.1.1. Objectius.....	45
2.1.2. Hipòtesis.....	47
2.2. Metodologia.....	51
2.2.1. Estudi quantitatiu.....	51
2.2.2. Estudi qualitatiu.....	52
2.2.3. Fitxa tècnica.....	52
2.2.4. Calendari de la recerca.....	53
2.2.5. Font de les dades.....	54
2.2.6. Les variables.....	55
2.2.7. El treball de camp.....	60
2.2.8. Anàlisi de les dades.....	61

RESULTATS: PART QUANTITATIVA

3. Les problemàtiques de salut mental a les presons.....	63
3.1. Nombre de persones amb trastorns mentals.....	63
3.2. Nombre de diagnòstics i ingressos a unitats de psiquiatria.....	65
3.3. Les prevalences segons les patologies mentals.....	66
3.4. El coneixement de la malaltia mental: abans, en el moment o després de l'ingrés penitenciari.....	70
3.4.1. El temps que es triga a saber un diagnòstic de trastorn mental en els interns a presó.....	70

3.4.2. S'ha tingut en compte el trastorn mental en la sentència judicial?.....	72
3.5. El perfil dels interns amb trastorns mentals.....	73
3.5.1. El perfil personal i sociodemogràfic.....	73
3.5.2. El perfil penal.....	77
3.5.3. El perfil penitenciari.....	79
3.6. Els incidents dels malalts mentals dins de la presó.....	90
3.6.1. Suïcidis i temptatives de suïcidi.....	92
3.6.2. Agressions.....	94
3.7. Comparació entre el perfil de la població penitenciària ordinària i el del malalt mental penitenciari.....	96
4. Les diferències entre categories de trastorns mentals a presó.....	99
4.1. Els interns diagnosticats: variables que els diferencien	100
4.1.1. Comparació dels interns.....	100
4.1.2. Medicació i tipus de diagnòstic.....	105
4.2. Els no diagnosticats: variables que els diferencien.....	106
4.3. La relació entre diagnòstic, consum de drogues i delicte.....	110
4.3.1. Consum de drogues i diagnòstic.....	110
4.3.2. Els trastorns mentals deguts a substàncies.....	113
4.3.3. Droga i delicte.....	115
4.4. Resum de les característiques dels diversos tipus de trastorn.....	117
4.4.1. Els trastorns mentals severos.....	117
4.4.2. Els trastorns de personalitat.....	118
4.4.3. Els altres trastorns.....	119
5. Les mesures de seguretat a Catalunya.....	121
5.1. El perfil de les persones amb mesures de seguretat a Catalunya.....	125
5.1.1. El perfil personal i sociodemogràfic.....	125
5.1.2. El perfil penal.....	131
5.1.3. Comparació entre la mostra de mesures de seguretat i la de psiquiatria de presons.....	132
5.1.4. Mesures de seguretat, consum de drogues i delicte.....	134
5.2. El perfil dels que compleixen simultàniament mesures de seguretat i mesures de presó.....	136
6. Perspectiva de gènere: dona, salut mental i execució penal.....	138
6.1. Les diferències entre homes i dones.....	138
6.2. Els diagnòstics de malaltia mental en les dones.....	139

6.3. Medicació i gènere.....	141
6.4. Hàbits tòxics i gènere.....	143
6.5. Malaltia, tipus de delictes i gènere.....	145
6.6. Les diferències entre les dones segons el lloc de compliment de la pena (presó o mesures de seguretat).....	146
7. Estrangers, salut mental i execució penal.....	147
7.1. Les diferències amb els autòctons.....	148
7.2. Els diagnòstics de malaltia mental.....	151
7.3. La medicació.....	152
7.4. Hàbits tòxics.....	154
7.5. Malaltia i tipus de delictes.....	156
7.6. Les diferències segons l'estada a la presó o en mesures de seguretat.....	156
8. Conclusions.....	158
8.1. Resum: síntesi de resultats.....	158
8.1.1. Característiques dels malalts mentals interns a presó.....	158
8.1.2. Respecte a les mesures de seguretat.....	166
8.1.3. Característiques específiques de les dones estudiades.....	168
8.1.4. Característiques específiques dels estrangers (diferents de les dels espanyols).....	171
8.2. Comprovació de les hipòtesis inicials.....	173
RESULTATS: PART QUALITATIVA. L'opinió dels experts	
9. El mètode Delphi en la recerca de salut mental.....	182
9.1. Objectius del Delphi.....	182
9.2. Metodologia	183
9.3. Els participants.....	186
9.3.1. La taxa de respostes.....	186
9.3.2. El perfil dels participants.....	190
9.3.3. La llista de participants.....	193

9.4. El grup d'experts.....	196
9.5. Cronograma.....	198
10. Resultats: les respostes dels professionals.....	200
10.1. Idoneïtat de les presons per al tractament dels problemes de salut mental.....	200
10.2. El diagnòstic dels trastorns mentals a les presons.....	206
10.3. El tractament dels trastorns mentals a les presons.....	210
10.4. La sortida i derivació dels pacients de les presons.....	219
10.5. Sobre el personal: perfil i formació.....	226
10.6. Estimacions de present i previsions de futur.....	237
10.7. Les conclusions i les propostes de millora.....	245
11. Referències bibliogràfiques.....	253

ANNEXOS

Annex 1. Taules complementàries	260
Annex 2. Plantilla de recollida de dades.....	301
Annex 3. Primer qüestionari tècnica Delphi.	306
Annex 4. Segon qüestionari tècnica Delphi.....	319

Introducció

El Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada (CEJFE, a partir d'ara) dependent del Departament de Justícia de la Generalitat de Catalunya, té, entre altres funcions fonamentals, la de dur a terme i promoure estudis i recerques dirigits a la millora dels diferents serveis que l'esmentat Departament presta a la ciutadania. Una de les principals competències del Departament de Justícia català és la planificació, organització i gestió dels centres penitenciaris ubicats en el territori d'aquesta comunitat autònoma i l'execució de les mesures alternatives a l'empresonament que dicten els jutges. Conseqüentment, el CEJFE té una important línia de recerca en aquests àmbits.

L'any 2006, la Secretaria de Serveis Penitenciaris, Rehabilitació i Justícia Juvenil (SSPRJJ, a partir d'ara), organisme específic del Departament de Justícia que es fa càrrec dels serveis penitenciaris i de les mesures alternatives, va manifestar al CEJFE la seva preocupació per delimitar i conèixer més a fons una problemàtica que s'advertia creixent en els darrers anys: la de les persones sotmeses a sancions penals que pateixen algun tipus de trastorn mental. L'interès de la Secretaria era delimitar l'abast del fenomen de la salut mental en l'execució penal a nivell quantitatiu i conèixer més a fons les característiques i particularitats del col·lectiu afectat, per tal de poder millorar la seva atenció des dels serveis d'execució penal i la seva derivació un cop finalitzat el compliment de la pena o mesura.

La complexitat del tema al qual s'aproxima aquesta recerca és evident: trastorn mental i perillositat social és quelcom que el prejudici col·lectiu relaciona tot sovint; i, a cops, de forma més o menys directa, ho trobem també relacionat en l'enfocament de determinades notícies per part dels mitjans de comunicació. D'altra banda, bona part de la literatura científica recomana mantenir fora del sistema penal les persones amb trastorns mentals que cometen delictes (posant l'atenció en el seu trastorn per sobre de la resposta punitiva). Ens trobem, però, que la realitat que s'imposa és que les persones amb trastorns mentals que cometen delictes acaben sent majoritàriament tractades des del sistema penal i, molt sovint, dins de centres penitenciaris, però que un dia

acaben el compliment de la pena i tornen a ser ciutadans lliures. Això genera preguntes com ara:

- Realment les persones amb trastorns mentals presenten un nivell de risc més elevat que altres persones amb problemes amb la justícia?
- És la presó un lloc adequat per tractar-los? És sempre adient que el jutge imposi una mesura de seguretat¹ com a alternativa a la presó?
- Si estan a presó, han de rebre un tracte diferenciat? En què ha de ser diferent? Poden accedir a permisos, al tercer grau o a la llibertat condicional igual que qualsevol altre intern?
- Com s'està gestionant actualment aquesta situació per part del sistema judicial i del sistema penal? Cap a on caldria caminar en un futur immediat i a mig i llarg termini per tractar aquesta qüestió de manera adequada?

La recerca que hem titulat *Salut mental i execució penal* i els presentem en aquest informe consta de dues parts ben diferenciades.

La primera part és un estudi quantitatiu que s'aproxima al col·lectiu de persones afectades per trastorns mentals que es troben complint una pena de presó o una mesura de seguretat a Catalunya durant un període determinat de temps. S'analitzen nombroses variables que descriuen aquest col·lectiu i la manera com s'adapten al compliment de la pena. També es compara aquest grup de persones amb altres col·lectius de penats sense problemes mentals declarats.

La segona part de l'estudi i d'aquest informe recull una recerca de tipus qualitatiu, centrada en la tècnica Delphi i que s'ha desenvolupat paral·lelament a la part quantitativa. En aquesta part s'ha donat veu a professionals i experts vinculats al tema salut mental i execució de penes, i se'ls ha demanat la seva opinió sobre diverses qüestions clau. Concretament se'ls ha preguntat pel diagnòstic de les persones penades amb trastorns mentals, el seu tractament,

¹ Les mesures de seguretat són les respostes que el sistema penal dona a les persones que han comès un delictes del qual no poden ser imputats penalment, degut a la seva malaltia o

les propostes de derivació i les perspectives de futur en aquest tema. S'ha posat especial èmfasi en les previsions i estimacions que fan els experts sobre les possibilitats futures de la sanitat penitenciària i les propostes de solució i millora dels principals problemes detectats per ells mateixos.

L'informe de la recerca s'estructura en deu capítols, dels quals hi ha tres dedicats a contextualitzar la recerca i a explicar-ne el contingut, i set dedicats a explicar-ne els resultats. D'aquests set, un capítol recull resumidament les conclusions de la primera part o part quantitativa de la recerca, mentre que l'últim apartat del darrer capítol recull resumidament les conclusions de la segona part o part qualitativa.

El primer capítol es dedica sencera a situar el marc teòric i contextualitzar el tema: s'explica el concepte de trastorn mental que hem fet servir i les recomanacions que fan els experts per a la identificació i el tractament d'aquests trastorns. A continuació, s'expliquen les dificultats i l'impacte que té la presó en una persona amb malaltia mental i el risc de suïcidi com l'indicador més visual del patiment que tot això li comporta. Per acabar, es presenten dades sobre els estudis consultats i dades estadístiques d'Espanya i de Catalunya que ajuden a situar l'abast del fenomen.

En el capítol 2 expliquem en detall la recerca, amb les seves dues parts molt ben diferenciades: la part quantitativa i la part qualitativa. El lector trobarà una explicació metodològica exhaustiva de com s'ha desenvolupat cadascuna.

La població de l'estudi quantitatiu la componen els interns penitenciaris de les presons ubicades a les comarques de Barcelona que durant l'any 2005 van passar com a mínim un dia en una unitat de psiquiatria dels centres penitenciaris inclosos a l'estudi: CP Homes Barcelona, CP Quatre Camins, CP Brians² i UHPP (Unitat Hospitalària Penal Penitenciària). Les presons petites, com són CP Figueres, CP Tarragona, CP Girona, CP Dones BCN, no disposen d'unitats de psiquiatria diferenciades. D'altra banda, la població objecte d'estudi

trastorn que, si el jutge considera provat, li eximeix total o parcialment de la seva responsabilitat en els fets, atès que no sabia el que es feia.

² En el moment d'iniciar l'estudi només existia el que ara es coneix com a Brians1 amb el nom de CP Brians. De manera que sempre ens referirem a aquesta presó. Dins de la mateixa s'ubica la UHPP, amb vida absolutament independent.

en la part quantitativa de la recerca són les persones sotmeses a mesures de seguretat durant l'any 2005 a les comarques de Barcelona.

Els capítols del 3 al 8 recullen els resultats de la part quantitativa de l'estudi.

En el capítol 3 el lector trobarà una descripció de les problemàtiques de salut mental a les presons catalanes. Es donen prevalences i perfils dels interns amb trastorns mentals i es comparen amb els de la població penitenciària ordinària.

El capítol 4 es dedica íntegrament a explicar els diferents tipus de malaltia mental que es troben en el medi penitenciari i a analitzar les associacions trobades entre delictes, consum de drogues i tipus de trastorn.

El capítol 5 es dedica íntegrament a les mesures de seguretat.

En el capítol 6 el lector trobarà una anàlisi específica del grup de dones que forma part de la població estudiada. D'aquesta manera es vol aportar una visió específica del tema objecte d'estudi des de la perspectiva de gènere. Es troben resultats interessants que no es donen en el col·lectiu dels homes.

D'altra banda, en el capítol 7 s'aborda el col·lectiu de població estrangera amb problemàtica mental. La població estrangera ha arribat a ser ja el 40% de la població interna de les presons catalanes i acostuma a presentar, respecte a diferents variables, un comportament específic.

Finalment, el capítol 8 recull la síntesi dels diferents resultats de la part quantitativa, dispersos en diversos capítols, per tal de facilitar al lector la visió integrada. També es fa un resum dels resultats obtinguts respecte als plantejaments inicials de les hipòtesis de la recerca.

La part qualitativa es troba explicada en els capítols 9 i 10. Atesa la complexitat del treball desenvolupat amb els experts i professionals consultats en aquesta part, un capítol sencer (el 9) detalla els diferents qüestionaris i rondes d'opinió que s'han anat desenvolupat.

També s'inclou en aquest capítol el nom, càrrec i lloc de treball de tots els participants perquè el lector tingui constància de l'alta qualificació dels experts

consultats i de la seva realitat interdisciplinària, interdepartamental i multiterritorial.

Tots els resultats d'aquesta part qualitativa es recullen en el capítol 10, si bé tractats de manera diferenciada en 7 subapartats: el primer presenta els resultats sobre la idoneïtat de les presons per al tractament dels problemes de salut mental, segons els experts en el tema; el segon recull les propostes sobre el diagnòstic de malaltia; el tercer, explica les propostes sobre el tractament dels trastorns mentals en el medi penitenciari; el quart es refereix a la sortida i derivació de les persones un cop han complert la pena; el cinquè, recull les propostes de perfil que haurien de complir els professionals que treballessin amb aquesta població, i la formació inicial i permanent que haurien de tenir aquests funcionaris penitenciaris; en el sisè subapartat s'ha demanat als experts estimacions de present i previsions de futur sobre cap a on anirà el treball de la salut mental penitenciària. En el setè apartat trobem les conclusions i les propostes de millora.

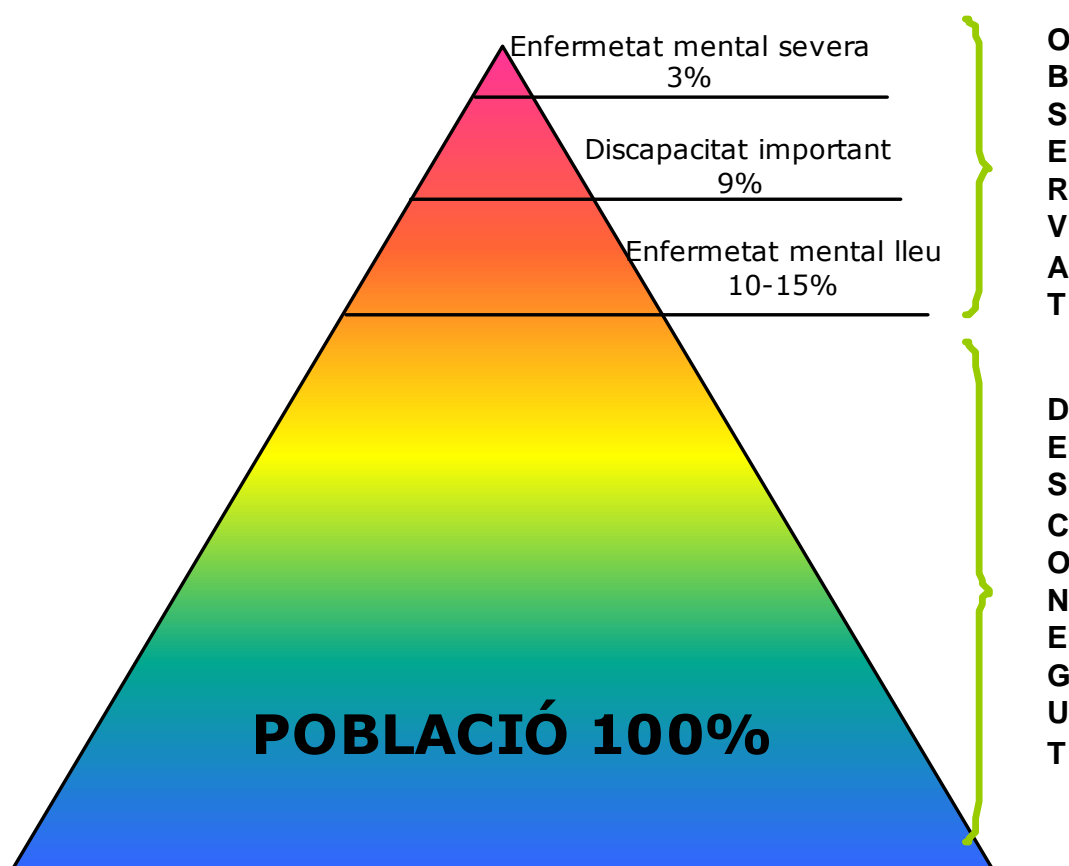
Finalment, es troben un seguit d'annexos amb les taules complementàries de dades que poden ser d'utilitat per al lector si vol aprofundir en la explotació de dades o replicar alguna part de l'estudi. També es recullen en la part d'annexos els qüestionaris Delphi emprats en la recerca qualitativa.

Malgrat aquest gran desplegament de dades i de resultats que el lector trobarà en els propers capítols, com deia el professor Arboleda-Flórez (2007), la part de dades que presentem és la part observable d'una realitat que és encara molt desconeguda. Diu el professor que estudiar els trastorns mentals de qualsevol societat es com veure el cim d'una muntanya que sobresurt de la boirina espessa que envolta la resta de la muntanya, i que, per tant, no sabem quin perfil conté. Els trastorns mentals més severos són els que podem observar, algunes discapacitats i poca cosa més, quedant la resta de població ordinària amagada a la nostra quantificació i observació. Durant la vida de qualsevol persona es produeixen impactes de major o menor transcendència en la seva salut mental, sense que la quantitat i la qualitat d'aquests impactes estigui prou determinada en el conjunt de tota la societat. Alguns dels estudis que trobarà el lector referenciats en el capítol 1 parlen d'una prevalença per a qualsevol

trastorn i qualsevol edat al llarg de la vida dels europeus del 21,61% per als homes i del 28,25% per a les dones.

Arboleda-Flórez ho explica amb un gràfic similar al que reproduïm a continuació, en el qual posa números al coneixement que la ciència té de la problemàtica de salut mental en la població general.

Gràfic 1. Coneixement científic respecte a la malaltia mental de la població en general



Adaptació pròpia del gràfic reproduït per Arboleda-Flórez (2007), estret de National Advisory Mental Health Council (1993). "Health Care Reform for Americans With Severe Mental Illnesses: Report of the National Advisory Mental Health Council". *American Journal of Psychiatry*, 150:10, pàg. 1.447-1.465.

Aquesta explicació que acabem de fer pot donar compte de les limitacions de generalització que impliquen els estudis sobre aquestes qüestions. En el nostre treball, no ens hem volgut limitar als casos coneguts i ja diagnosticats en entrar a presó i hem considerat qualsevol cas que hagués tingut una atenció psiquiàtrica a presó que pogués significar una manifestació externa del seu

malestar/malaltia. Malgrat això, som plenament conscients, com explica el professor Arboleda-Flórez, que només hem mostrat aquella part de la realitat que s'ha volgut evidenciar, i així ho volem advertir al nostre lector.

1. El marc teòric

La salut mental és essencial per desenvolupar una vida activa, mantenir relacions socials, tenir la capacitat d'adaptar-se als canvis i fer front a l'adversitat. Des de la infància i l'adolescència fins al final de la vida, la salut mental és un element imprescindible per desenvolupar el pensament, les habilitats de comunicació, l'aprenentatge, el creixement emocional, la capacitat de resposta i l'autoestima.³

Les ràpides transformacions socials que s'estan produint, incideixen en una major prevalença dels trastorns de la salut mental. Podríem parlar d'infinitat de circumstàncies a nivell macrosocial que contribueixen a augmentar aquestes prevalences: les tensions econòmiques, les tensions polítiques, les tensions ètniques, les tensions ambientals, les migracions que tot això provoca, la pobresa, l'atur, la manca de suport familiar, la manca de suport social, la soledat, la ruptura de les xarxes socials de la persona, etc. Tots aquests factors incideixen de manera més incisiva en determinats col·lectius i expliquen, en part, els comportaments disruptius que es poden desenvolupar com a resposta: augment de les conductes antisocials, de la violència, de la depressió, del desig de suïcidi, de les autolesions o de les addiccions a drogues, així com l'aparició i el desenvolupament d'altres problemàtiques de salut mental.

A les presons, les tensions o elements estressants hi són encara més presents. Precisament, aquesta concentració de problemàtica de tot tipus, i molt més aguditzada del que seria normal trobar en l'entorn social de referència dels interns, és una característica que defineix molt clarament la problemàtica de treball en els centres penitenciaris.

En aquest context, un dels dilemes que apareix reiteradament en la revisió bibliogràfica fa referència a quin àmbit de la xarxa de serveis públics ha de ser responsable de l'atenció, tractament i gestió de les persones que han comès infraccions penals i a la vegada presenten simptomatologia de malaltia mental: l'àmbit penal o l'àmbit sanitari.

³ Pla de Salut de Catalunya. *Problemes de salut mental*. Generalitat de Catalunya, pàg. 260.

Avui per avui, en el nostre país, independentment del discurs ideològic que hi hagi al darrere, la realitat ens diu que és a l'àmbit penal on van a parar. Des del marc del dret penal s'estableix el grau de responsabilitat que tenen els processats que han comès delictes i a més tenen una malaltia mental o estan sota els efectes d'un consum abusiu de tòxics i/o d'una addicció, i si aquests factors han actuat com a eximents complets de la seva responsabilitat, com a eximents incomplets o com a atenuants. Paral·lelament, també s'estableix qui ha de ser el responsable de l'atenció, el tractament i la gestió de tot allò que afecta aquella persona i la temporalitat amb què s'ha d'intervenir.

La recerca que té el lector entre les mans pretén partir d'aquesta realitat i descriure quina és la situació actual de les persones amb problemàtica mental a les presons catalanes i també la de totes aquelles a qui s'han aplicat mesures de seguretat a Catalunya.

Per fer-ho, hem pres com a referència l'any 2005. D'una banda, hem analitzat totes les persones que tenien donat d'alta un programa de mesures de seguretat aquell any; d'altra banda, hem analitzat una mostra de la població encarcerada, del mateix any, que complia el requisit d'haver passat com a mínim un dia a les unitats de psiquiatria de tres presons catalanes: CP Homes, CP Quatre Camins, CP Brians i la Unitat Hospitalària Penal Penitenciària (UHPP, a partir d'ara). Amb aquest procediment volíem garantir la possibilitat de "captar" en la recerca persones encarcerades que no tinguessin oficialment diagnòstic de malaltia mental o que no estigués recollit en sentència, ja fos perquè s'havia manifestat amb posterioritat a la seva entrada a la presó o bé perquè no havia estat detectada en el moment d'imposar-se la condemna.

1.1. El concepte de trastorn mental

1.1.1. Definició de trastorn mental

El Pla de Salut de Catalunya defineix els trastorns mentals com a *alteracions del pensament, de l'estat d'ànim o del comportament (o una combinació d'aquests) que tenen un important impacte en la vida familiar, laboral i social.*

Són causa de patiment i incapacitat en la població alhora que representen una important càrrega social i econòmica per a les persones que els pateixen, les seves famílies i la societat. L'OMS ressaltava la importància de la prevalença dels TM en la població i preveu que un de cada quatre habitants del planeta patirà alguna forma de trastorn mental o neurològic al llarg de la seva vida. També assenyala que dues terceres parts dels afectats per un TM no arriben a demanar ajuda a un professional sanitari.

El Consell d'Europa (2004)⁴ defineix el tractament com *una intervenció (física o psicològica) sobre una persona amb un trastorn mental que, considerant la dimensió social de la persona, té un propòsit terapèutic amb relació a aquest trastorn. El tractament pot incloure mesures per millorar la dimensió social de la vida de la persona.*

1.1.2. Agrupacions de trastorns mentals

No pretenem fer cap descripció exhaustiva ni detallada dels tipus de trastorns mentals i les seves possibles agrupacions, atès que no és l'objectiu de la recerca, però sí que hem considerat oportú incloure una breu descripció dels grups de malalties amb què hem treballat per situar mínimament el lector en allò que després es trobarà explicat. Algunes definicions de les agrupacions de trastorns mentals, que en la recerca utilitzarem posteriorment per explicar els resultats, les hem extret del DSM-IV.⁵

El primer grup de malalties mentals amb què hem treballat, segons les agrupa el DSM-IV, inclou el delírium, la demència, els trastorns amnèsics i altres trastorns cognoscitius. L'alteració predominant en tots ells és un dèficit clínicament significatiu de les funcions cognitives o de la memòria, que representa un canvi del nivell previ d'activitat.

El *delírium* presenta com a *característica principal una alteració de la consciència que s'acompanya d'un canvi de les funcions cognoscitives que no pot ser explicat per la preexistència o desenvolupament d'una demència.*

⁴ Consell d'Europa. Recomanacions Rec(2004)10 sobre la protecció dels drets humans i la dignitat de les persones amb problemes de salut mental.

⁵ DSM-IV, 1995. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Les definicions estretes del manual les hem marcat en cursiva en el text.

L'alteració es desenvolupa al llarg d'un breu període de temps, i tendeix a fluctuar al llarg del dia. L'alteració de la consciència es manifesta per una disminució de la capacitat d'atenció a l'entorn. Els canvis de les funcions cognoscitives es manifesten en el deteriorament de la memòria, desorientació o alteracions del llenguatge i/o existeixen alteracions de la percepció.

Quant a la demència, la característica essencial consisteix en el desenvolupament de múltiples dèficits cognoscitius que inclouen un deteriorament de la memòria i almenys una de les següents alteracions cognoscitives: afàsia, apràxia, agnòsia o una alteració de l'execució. L'alteració és suficientment greu com per interferir de forma significativa en les activitats laborals i socials i pot representar un dèficit respecte al major nivell previ d'activitat del subjecte.

Els trastorns amnèsics suposen un deteriorament de la capacitat per aprendre nova informació i no són capaços de recordar esdeveniments passats o informació apresada prèviament.

El segon grup amb què hem treballat és el de l'esquizofrènia i altres trastorns psicòtics.

L'esquizofrènia es definiria com una alteració persistent almenys 6 mesos i inclou com a mínim 1 mes de símptomes de la fase activa. Aquests símptomes comporten un ventall de disfuncions cognoscitives i emocionals que impliquen la percepció, el pensament inferencial, el llenguatge i la comunicació, l'organització comportamental, l'afectivitat, la fluïdesa i productivitat del pensament i la parla, la capacitat hedònica, la voluntat i la motivació, i l'atenció. El diagnòstic implica el reconeixement d'una constel·lació de signes i símptomes associats a un deteriorament de l'activitat laboral o social. Es poden trobar símptomes positius o negatius: els símptomes positius semblen reflectir un excés o distorsió de les funcions normals (idees delirants, al·lucinacions, llenguatge desorganitzat, comportament desorganitzat o catatònic), mentre que els símptomes negatius semblen reflectir una disminució o pèrdua de les funcions normals (aplanament afectiu, alògia, abúlia).

El tercer grup de malalties amb què hem treballat és el dels trastorns de l'estat d'ànim, tal com vénen agrupats al DSM-IV.

La característica principal d'aquests trastorns és una alteració de l'humor. Els criteris de la majoria dels trastorns de l'estat d'ànim exigeixen la presència o absència dels episodis afectius (episodi depressiu major, episodi maníac, episodi mixt, episodi hipomaníac). Els trastorns de l'estat d'ànim estan dividits en trastorns depressius (depressió unipolar), trastorns bipolars i trastorns basats en l'etiologia.

El quart grup amb què hem treballat és el dels trastorns relacionats amb substàncies. L'interès de treballar aquest grup per separat consisteix a saber les seves prevalences i com d'important és la seva problemàtica en un entorn del qual es pressuposa que és factible que tingui molts afectats.

El cinquè grup amb què hem treballat és el dels trastorns de personalitat.

Un trastorn de personalitat és un patró permanent i inflexible d'experiència interna i de comportament que s'aparta acusadament de les expectatives de la cultura del subjecte i que es manifesta en almenys 2 de les següents àrees: cognoscitiva, afectiva, de l'activitat interpersonal o del control dels impulsos. Té el seu inici en l'adolescència o principi de l'edat adulta, és estable al llarg del temps i comporta malestar o perjudicis per al subjecte.

Si el trastorn de personalitat és paranoide, parlaríem d'un patró de desconfiança i suspicàcia que fa que interpretin maliciosament les intencions dels altres.

Si el trastorn de personalitat és esquizoide, parlaríem d'un patró de desconexió de les relacions socials i de restricció de l'expressió emocional.

Si el trastorn de personalitat és esquizotípic, parlaríem d'un patró de malestar intens en les relacions personals, distorsions cognoscitives o perceptives i excentricitats del comportament.

Si el trastorn de personalitat és límit, parlaríem d'un patró d'inestabilitat en les relacions interpersonals, l'autoimatge i els afectes, i d'una notable impulsivitat.

Si el trastorn de personalitat és histriònic, parlariem d'un patró d'emotivitat excessiva i demanda d'atenció.

Si el trastorn de personalitat és narcisista, parlariem d'un patró de grandiositat, necessitat d'admiració i manca d'empatia.

Si el trastorn de personalitat és per evitació, parlariem d'un patró d'inhibició social, sentiments d'incompetència i hipersensibilitat a l'avaluació negativa.

Si el trastorn de personalitat és per dependència, parlariem d'un patró de comportament sumís i enganxós relacionat amb una excessiva necessitat de ser cuidat.

Si el trastorn de personalitat és obsessiu-compulsiu, parlariem d'un patró de preocupació per l'ordre, el perfeccionisme i el control.

Si parlem del trastorn antisocial de personalitat, ens referiríem a un patró de menyspreu i violació dels drets dels altres. Els estudis de prevalences troben aquest trastorn en poblacions clíniques en percentatges amplis que van del 3% al 30%, però que en llocs on es fa tractament d'abús de substàncies, a la presó o en el marc forense, aquestes xifres de prevalença poden ser encara més elevades.

Finalment, el sisè grup amb què hem treballat engloba la resta de trastorns que són: els trastorns d'ansietat; els trastorns somatomorfs; els trastorns ficticis; els trastorns dissociatius; els trastorns sexuals i de la identitat sexual; els trastorns de la conducta alimentària; trastorns del son; trastorns del control dels impulsos no classificats en altres apartats.

En els trastorns d'ansietat poden aparèixer crisis d'angoixa i agorafòbia. La crisi d'angoixa es caracteritza per l'aparició sobtada de símptomes d'aprensió, por o terror, acompanyats habitualment de sensació de mort imminent. Durant aquestes crisis també apareixen símptomes com falta de respiració, palpitations, opressió o malestar toràcic, asfíxia i por a "tornar-se boig" o perdre el control. L'agorafòbia es caracteritza per l'aparició d'ansietat o comportament d'evitació en llocs o situacions on escapar pot resultar difícil, o bé on sigui impossible trobar ajuda en el cas que aparegui una crisi d'angoixa.

La característica comuna dels trastorns somatomorfs és la presència de símptomes físics que suggereixen una malaltia mèdica i que no poden explicar-se completament per la presència d'una malaltia, pels efectes directes d'una substància o per un altre trastorn mental. Els símptomes físics no són intencionats. Aquests trastorns s'observen amb força freqüència en els centres hospitalaris.

Els trastorns ficticis es caracteritzen per símptomes físics o psicològics fingits o produïts intencionadament, amb la finalitat d'assumir el rol de malalt. Els trastorns ficticis s'han de distingir dels actes de simulació. En la simulació, el pacient també produeix els símptomes de forma intencionada, però el seu objectiu es pot reconèixer fàcilment quan es coneixen les seves circumstàncies.

Els trastorns dissociatius tenen com a principal característica una alteració de les funcions integradores de la consciència, la identitat, la memòria i la percepció de l'entorn. Aquesta alteració pot ser sobtada o gradual, transitòria o crònica.

Els trastorns sexuals i de la identitat sexual es caracteritzen per una alteració del desig sexual, per canvis psicofisiològics en el cicle de la resposta sexual i per la provocació de malestar i problemes interpersonals.

Entre els trastorns de la conducta alimentària trobem l'anorèxia nerviosa i la bulímia nerviosa.

Els trastorns del control dels impulsos no classificats en altres apartats es caracteritzen per la dificultat de resistir un impuls, una motivació o una temptació de fer un acte perjudicial per a la persona o per als altres. En la majoria dels trastorns d'aquesta secció, l'individu percep una situació de tensió o activació interior abans de cometre l'acte, i després experimenta plaer, gratificació o alliberació en el moment de fer-ho. La cleptomania, la piromania o el joc patològic serien alguns dels trastorns d'aquest grup.

En la recerca també s'han fet anàlisis més simples, agrupant encara més les malalties mentals en classificacions més genèriques. Així, moltes de les comparacions que s'exposen utilitzen tres grups.

El primer grup recull els *trastorns mentals severos (TMS)*, que segons la classificació del CIE-10 inclou: l'esquizofrènia i altres trastorns psicòtics; el trastorn delirant; el trastorn psicòtic compartit; el trastorn esquizoafectiu; el trastorn psicòtic no especificat; els trastorns bipolars; els trastorns depressius majors, episodi únic greu amb símptomes psicòtics, i els trastorns depressius majors, episodi recidivant greu amb símptomes psicòtics.⁶

Hem mantingut els *trastorns de personalitat* com a segon grup, atès que els mateixos experts (Gisbert, 2002) confirmen el debat que hi ha entorn a si considerar-los o no com a TMS. La nostra elecció no està basada en criteris mèdics, sinó propis de la recerca. Atesa la prevalença que es pressuposa que té aquest grup dins de les presons, ens interessava poder estudiar-lo específicament.

Finalment, el tercer grup inclouria els *altres trastorns*, no inclosos en el grup de TMS o de trastorns de personalitat, que agrupa en el nostre cas: els trastorns mentals deguts a malaltia mèdica; els trastorns relacionats amb substàncies; la resta de trastorns depressius; altres trastorns de l'estat d'ànim; els trastorns d'ansietat; els trastorns somatomorfs; els trastorns ficticis; els trastorns dissociatius; els trastorns de la conducta alimentària; els trastorns sexuals; les parafílies; els trastorns de la identitat sexual; els trastorns adaptatius; els trastorns del son i els trastorns del control dels impulsos no classificats en altres apartats i altres.

1.1.3. Dades sobre trastorns mentals en la població general

1.1.3.1. Dades d'Espanya

El Ministerio de Sanidad y Consumo ha publicat les dades⁷ del ESEMED (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders) amb les taxes de prevalença per a Espanya dels trastorns mentals comuns. Els presentem en les taules següents.

⁶ C. Gisbert *et al.* (2002). *Trastorno mental severo. Definición y consideraciones*. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid, pàg. 6.

⁷ Ministerio de Sanidad y Consumo (2006). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*, pàg. 42-45.

Taula 1. Taxa de prevalença de qualsevol trastorn mental a Espanya. Any 2000

	Homes	Dones	Total
Prevalença per a tota la vida	15,67%	22,93%	19,46%
Prevalença a 1 any	5,25%	11,44%	8,48%

Taula 2. Taxa de prevalença a un any de qualsevol trastorn mental en funció de característiques sociodemogràfiques. Espanya. Any 2000

	Característica sociodemogràfica	Taxa de prevalença a 1 any
Sexe	Homes	5,2%
	Dones	11,4%*
Edat	18-24 anys	10,1%
	25-34 anys	8,5%*
	35-49 anys	8,4%*
	50-64 anys	9,1%*
	> 65 anys	6,6%*
Estat civil	Casat o viu amb parella	7,7%
	Prèviament casat	12,9%*
	Mai casat	8,8%
Nivell d'estudis	0-4 anys d'estudis	9,1%
	5-8 anys d'estudis	8,5%
	9-12 anys d'estudis	8,5%
	> 13 anys d'estudis	8,2%
Grandària del municipi de residència	< 10.000 habitants	7,9%
	10.000 – 15.000 habitants	8,4%
	50.000 – 500.000 habitants	8,0%
	> 500.000 habitants	10,1%
Situació laboral	Treball remunerat	7,4%
	Treballador a l'atur	14,7%*
	Jubilat	6,2%*
	Mestressa de casa	9,7%
	Estudiant	7,3%
	Baixa maternal	7,3%
	Baixa per malaltia	15,4%*
	Discapacitat	19,4%*
	Altres	12,9%
Ns/nc	2,8%	

* Diferències significatives al 0,05.

A Espanya, els trastorns mentals greus afecten un 2,5-3% de la població adulta. La taxa per al trastorn esquizofrènic se situa a Espanya entre 16 i 42 per cada 100.000 habitants.⁸

A Espanya, els trastorns de l'estat d'ànim s'associen amb el gènere. Les dones tenen 2,8 vegades més probabilitats de patir aquests trastorns que els homes.⁹

També passa el mateix amb els trastorns d'ansietat, on les dones doblen pràcticament els homes.

1.1.3.2. Dades de Catalunya

Quant a la prevalença de problemes de salut mental en la població general, a Catalunya es disposa d'informació poblacional procedent de dos estudis: l'enquesta de salut de Catalunya¹⁰ (ESCA, 1994 i 2002) i l'estudi MEDEA/SAMCAT.¹¹

La prevalença per a qualsevol trastorn i qualsevol edat, al llarg de la vida és de 20,34% per als homes i de 26,92% per a les dones a Catalunya. Si mirem la prevalença a un any, per als homes és del 7,42% i del 14,17% per a les dones.

En el següent gràfic reproduïm aquesta prevalença recollida en el Pla Director de Salut Mental i Addiccions¹² i en la qual es compara Europa, Espanya i Catalunya, per sexes. També el Pla Director recull diferents taules de taxes de prevalença dels trastorns mentals en diferents estudis europeus.¹³

⁸ Ministerio de Sanidad y Consumo (2006). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*, pàg. 52.

⁹ Ministerio de Sanidad y Consumo (2006). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*, pàg. 48.

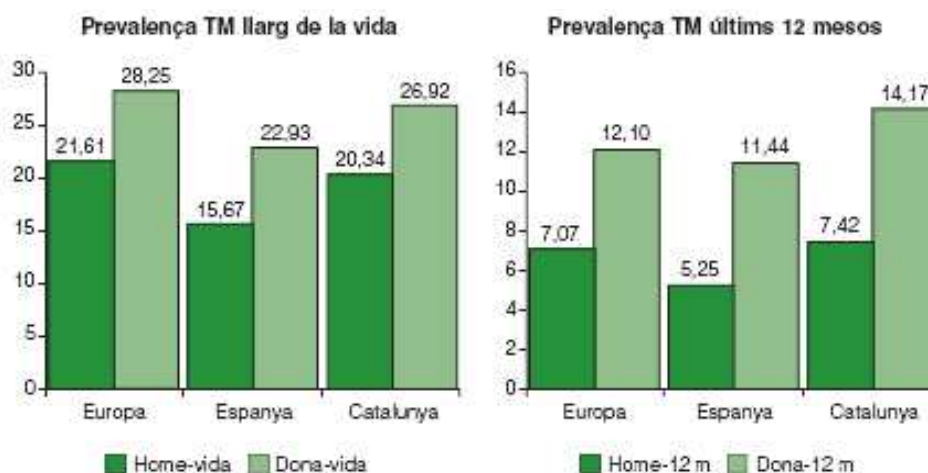
¹⁰ Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social (2003). *La salut i els serveis sanitaris a Catalunya: la visió dels ciutadans l'any 2002*. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Barcelona.

¹¹ Haro *et al.* "La epidemiologia de los trastornos mentales en España: métodos y participación en el proyecto ESEME-España". *Actas Españolas de Psiquiatría*.

¹² Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. *Pla Director de Salut Mental i Addiccions de Catalunya*. www.gencat.cat/salut, pàg. 41.

¹³ Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. *Pla Director de Salut Mental i Addiccions de Catalunya*. www.gencat.cat/salut, pàg. 36 i 160 i ss.

Gràfic 2. Prevalença de trastorn mental en la població general per sexe a Europa, Espanya i Catalunya



Gràfic d'elaboració pròpia. Font: ESEMeD, 2002.

Com es pot veure, en tots els casos la prevalença de les dones és superior a la dels homes.

Catalunya està per sobre d'Espanya en totes les comparatives i és més propera a la mitjana europea. La mitjana europea és superior a la catalana en tots els casos, excepte en la prevalença dels trastorns mentals en els últims 12 mesos en el cas de les dones, en el qual Catalunya supera en 2 punts la mitjana europea.

Si concretem una mica més detalladament, ara per trastorns i per sexes, com es distribueixen les malalties mentals al llarg de la vida i en la prevalença als 12 mesos, les dades per a Catalunya són les que s'exposen en la taula 3.¹⁴

Els trastorns d'ànim i la depressió major són els dos tipus de trastorns amb més prevalença per als homes, tant al llarg de la vida com en els darrers 12 mesos.

En les dones, aquesta importància es manté en la prevalença al llarg de la vida, si bé en els darrers 12 mesos, els trastorns d'ansietat ocupen en les dones el segon lloc en importància de prevalença.

¹⁴ Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. *Pla Director de Salut Mental i Addiccions de Catalunya*. www.gencat.cat/salut, pàg. 42.

En les dones, els trastorns d'ànim doblen en prevalença als homes, tant al llarg de la vida com en els darrers 12 mesos. I passa exactament el mateix amb els trastorns d'ansietat. Es manté la mateixa tendència que a Espanya.

Taula 3. Prevalença de trastorns mentals al llarg de la vida i als dotze mesos. Catalunya 2002

	Al llarg de la vida			Als 12 mesos		
	Home	Dona	Total	Home	Dona	Total
Qualsevol trastorn mental	20,34 (16,87-23,81)	26,92 (23,62-30,21)	23,73 (1,27-26,19)	7,42 (5,18-9,66)	14,17 (11,42-16,92)	10,9 (9,1-12,69)
Qualsevol trastorn d'ànim	11,31 (8,8-13,83)	20,39 (17,48-23,3)	15,99 (14,05-17,93)	4,14 (2,53-5,74)	9,23 (7-11,46)	6,76 (5,37-8,15)
Qualsevol trastorn d'ansietat	7,6 (5,11-10,09)	14,85 (12,18-17,52)	11,34 (9,45-13,22)	3,41 (1,79-5,03)	9,22 (7,04-11,4)	6,41 (5,02-7,79)
Depressió major	10,83 (8,33-13,33)	19,24 (16,46-22,03)	15,17 (13,29-17,05)	3,94 (2,35-5,53)	8,92 (6,71-11,12)	6,51 (5,14-7,87)
Trastorn distímic	3,07 (1,72-4,41)	7,08 (5,29-8,86)	5,13 (4-6,27)	0,91 (0,18-1,63)	3,15 (1,78-4,51)	2,06 (1,25-2,87)
Trastorn d'ansietat generalitzada	1,96 (0,79-3,13)	5,36 (3,81-6,91)	3,71 (2,75-4,67)	0,33 (0-0,73)	3,15 (1,92-4,38)	1,78 (1,13-2,43)
Fobia social	1,28 (0,12-2,44)	2,05 (0,89-3,22)	1,68 (0,81-2,55)	0,79 (0-1,84)	1,33 (0,38-2,27)	1,07 (0,29-1,84)
Fobia específica	2,4 (1,08-3,71)	4,51 (3,08-5,95)	3,49 (2,48-4,49)	0,82 (0,07-1,57)	2,83 (1,64-4,02)	1,86 (1,15-2,57)
Trastorn per estrès posttraumàtic	1,12 (0,19-2,04)	2,2 (0,98-3,43)	1,68 (0,92-2,44)	0,65 (0-1,35)	0,9 (0,08-1,72)	0,78 (0,25-1,32)
Agorafobia	0,55 (0-1,14)	1,41 (0,49-2,32)	0,99 (0,45-1,54)	0,55 (0-1,14)	1,32 (0,42-2,22)	0,95 (0,41-1,49)
Trastorn d'angoixa	1,46 (0,61-2,3)	4,98 (3,39-6,57)	3,27 (2,36-4,18)	0,46 (0,04-0,89)	2,94 (1,71-4,18)	1,74 (1,07-2,41)
Abús d'alcohol	6,8 (4,56-9,04)	1,52 (0,59-2,46)	4,08 (2,82-5,34)	1,33 (0,34-2,32)	0,19 (0-0,56)	0,74 (0,23-1,26)
Dependència d'alcohol	2,05 (0,74-3,36)	0,42 (0-0,95)	1,21 (0,51-1,9)	0,32 (0-0,71)		0,16 (0-0,35)

* Proporcions ajustades i intervals de confiança.

Font: Epidemiología de los trastornos mentales en España: métodos y participación en el proyecto ESEME-España. Actas Españolas de Psiquiatría (en premsa).

En la taula 4 ens fixarem en la distribució dels pacients atesos als centres de salut mental ambulatoris d'adults de Catalunya. Es donen nombres absoluts de 2004 i 2005, la qual cosa ens permet comparar l'augment de demandes i visites que s'ha produït d'un any a l'altre, que es recull en la columna d'increment.

A més, de l'any 2005, que hem pres com a referent per al nostre estudi a les presons, es dona la taxa per cada 100.000 habitants, per poder comparar-la posteriorment, amb la que obtinguem a les presons catalanes.¹⁵ Finalment la

¹⁵ Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. *Activitat assistencial de la xarxa sanitària de Catalunya. Any 2005*, pàg. 61. Les dades de població han estat estretes d'IDESCAT, <http://www.idescat.net/territ/>, consultat el 05/03/2007.

darrera columna ens aporta la dada de gènere respecte al trastorn principal diagnosticat.

Taula 4. Distribució dels pacients atesos als centres de salut mental ambulatoris d'adults per diagnòstic principal seleccionat segons CIM 9 MC. Anys 2004 i 2005

Diagnòstic principal	Any 2004	Increment 2004 2005	Any 2005		
	N		N	Taxa per a cada 100.000 habitants	% dones
Trastorns neuròtics	36.700	8,5%	39.812	569,1	71,4%
Depressió neuròtica	15.343	6,4%	16.321	233,3	81,9%
Estats d'ansietat	13.955	4,0%	14.514	207,5	62,6%
Reacció d'adaptació	25.852	11,8%	28.912	413,3	67,6%
Reacció d'adaptació amb característiques emocionals mixtes	15.573	-12,8%	13.584	413,3	70,2%
Reacció depressiva breu	4.145	9,3%	4.530	194,2	68,2%
Psicosis afectives	18.379	17,4%	21.573	308,4	64,7%
Trastorn depressiu major, episodi únic, lleu, moderat o inespecificat	7.192	4,7%	7.532	107,7	64,8%
Trastorn depressiu major, episodi recurrent, lleu, moderat o inespecificat	6.519	14,6%	7.468	106,8	67,8%
Trastorns esquizofrènics	11.667	13,1%	13.199	188,7	37,5%
Tipus paranoide	5.786	13,8%	6.586	94,2	32,8%
Tipus esquizoafectiu	1.669	17,1%	1.954	27,9	53,2%
Trastorns de personalitat	6.764	12,0%	7.577	108,3	56,2%
Trastorns de personalitat inespecificats	1.795	17,3%	2.106	30,1	48,8%
Altres trastorns de personalitat	1.645	11,7%	1.838	26,3	61,4%
Trastorn depressiu no classificat a cap altre lloc	2.732	25,7%	3.433	49,1	67,8%
Altres psicosis no orgàniques	2.713	19,2%	3.234	46,2	47,5%
Psicosi inespecificada	1.964	19,9%	2.355	33,7	44,9%
Estats paranoies	2.068	13,1%	2.338	33,4	57,7%
Paranoia	1.504	13,3%	1.704	24,4	59,5%
Estat paranoide simple	320	-8,4%	293	4,2	55,6%
Síntomes i síndromes especials, no classificats en cap altre lloc	2.126	6,3%	2.261	32,3	79,8%
Altres trastorns del menjar i trastorns inespecificats del menjar	606	13,2%	686	9,8	90,6%
Bulímia	521	-2,3%	509	7,3	93,7%
Anorèxia nerviosa	303	3,0%	312	4,5	93,9%
Trastorn de conducta no classificat en cap altre lloc	1.181	3,1%	1.218	17,4	25,9%
Joc patològic	379	-5,8%	357	5,1	13,2%
Trastorns de control de l'impuls, no classificats a cap altre lloc	546	12,3%	613	8,8	38,6%
Altres diagnòstics	10.914	13,4%	12.374	176,9	50%
Diagnòstic desconegut o erroni	17.490	-15,2%	14.830	212,0	58,4%
Total	138.586	8,8%	150.761	2.155,2	62%

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del Departament de Salut.

D'aquestes dades es poden extreure algunes conclusions que ens han de servir per a les posteriors anàlisis:

- El nombre de pacients atesos als centres ambulatoris d'adults a Catalunya s'ha incrementat un 8,8% de mitjana d'un any a l'altre.
- L'increment més gran entre un any i l'altre quant a diagnòstic principal l'ha experimentat el *trastorn depressiu no classificat a cap altre lloc*, que ha augmentat un 25,7% del 2004 al 2005.
- El decrement més significatiu entre un any i l'altre pel que fa a diagnòstic principal s'ha donat en el *diagnòstic desconegut o erroni*, que ha baixat un 15,2% del 2004 al 2005.
- La taxa de malaltia mental per cada 100.000 habitants per a qualsevol tipus de diagnòstic se situa en el 2.155,2.
- Per gènere, les dones suposen el 62% de mitjana dels que tenen algun tipus de trastorn. Destaquen els *trastorns alimentaris*, que superen el 90%, i les *depressions neuròtiques*, que superen el 80%. En l'altre extrem, els *trastorns per joc patològic*, que no arriben al 15% del total, o els *trastorns de conducta no classificats en cap altre lloc*, que no arriben al 26%.

1.2. Els trastorns mentals en el medi penitenciari

1.2.1. Les recomanacions per a la identificació i el tractament

Malgrat les dificultats de diagnosticar diferencialment la malaltia mental que pugui patir una persona, molts dels estudis consultats recomanen com a important una detecció precoç a la presó (Comitè de Ministres Consell d'Europa, 2006; Vicens, 2006; Hernández, 2006; Lavoie, 2005; Mouquet, 2005; Arroyo, 2005; Aut. div., 2005; Síndic, 2005; Hills, 2004; Massaro, 2004; Consell d'Europa, 2004; Ministère de la Santé, 2003; Council of State Governm., 2003; Generalitat de Catalunya, UHPP 2003; Consensus Project, 2002; Bobes, 2001; Sánchez Bursón, 2001; Defensor del Pueblo Andaluz, 2000; Hernández, 1999).

Els motius d'aquesta recomanació són diversos. En primer lloc, motius humanitaris: per evitar el patiment dels malalts que, per exemple, puguin provocar les descompensacions; o per ajudar-los a adaptar-se a la institució o a evitar que es converteixin en víctimes dins de la presó degut a la seva malaltia que els fa més vulnerables.

En segon lloc perquè el diagnòstic ha d'ajudar a la institució a determinar el tipus de recurs especialitzat que es necessita per atendre els interns amb trastorns mentals.

En tercer lloc, per prevenir els conflictes i reduir-ne el nombre, tant els que es puguin donar entre els interns com amb el personal que se n'ocupa. Això explícitament contribueix a la seguretat dels centres penitenciaris.

I en quart lloc, el diagnòstic precoç ha d'ajudar a la prevenció del risc de reincidència en el delictes, un cop el subjecte tingui opció de sortides de la presó, ja que pot activar els mecanismes que han de tendir a minimitzar els riscos.

En canvi, no identificar i no tractar de manera eficaç aquestes persones suposa la probabilitat de causar-los danys irreparables, sovint lligats a l'estrès de l'empresonament.

Per a les famílies pot implicar molt patiment pensar en el membre que no és tractat convenientment i en les conseqüències que això tindrà en acabar la pena.

Per als funcionaris del centre penitenciarí implica greus dificultats de tractament i de control d'aquestes persones.

Per a la comunitat implica assumir un elevat risc de reincidència d'aquestes persones.

El Consell d'Europa, a través del seu Comitè de Ministres va redactar la *Recomanació Rec(2006)2 sobre les Regles Penitenciàries Europees* que han de regular els principis rectoris de treball en els centres penitenciaris. Recollim

aquí aquelles regles que afecten específicament l'atenció dels malalts mentals en els centres penitenciaris.

Recomanació 12.1. *“Les persones que pateixin malalties mentals l'estat de salut mental de les quals sigui incompatible amb la detenció a presó hauran d'estar detingudes dins d'un establiment concebut a aquest efecte.”*

Recomanació 12.2. *“Tanmateix, si excepcionalment aquestes persones estan detingudes a una presó, la seva situació i les seves necessitats s'han de regir per normes especials.”*

Recomanació 40.4. *“Els serveis mèdics de la presó han d'esforçar-se a seguir i a tractar les malalties psíquiques o mentals, així com les deficiències que eventualment sofreixin els malalts.”*

Recomanació 42.3.e. *“Quan examini un pres, el metge, o un/a infermer/a qualificat/ada dependent d'aquest metge, ha de posar una atenció especial: (...) a la identificació de tota pressió psicològica (...) a una alta tensió emocional a causa de la privació de llibertat.”*

Recomanació 42.3.h. *“(...) a la identificació de problemes de salut física o mental que puguin obstaculitzar la reinserció de l'interessat després del seu alliberament.”*

Recomanació 42.3.j. *“(...) a la conclusió d'acords amb els serveis de la col·lectivitat per tal que tot tractament psiquiàtric o mèdic indispensable per a l'interessat es pugui seguir després del seu alliberament, si el pres dóna el seu consentiment a aquest acord.”*

Recomanació 47.1 *“Les institucions o seccions especialitzades situades sota control mèdic han d'estar organitzades per a l'observació i el tractament de presos que pateixin afeccions o trastorns mentals que no estiguin previstos necessàriament en les disposicions de la Norma 12.”*

Recomanació 47.2. *“El servei mèdic en el medi penitenciari ha d'assegurar el tractament psiquiàtric de tots els presos que requereixin aquesta teràpia i ha de posar una atenció especial en la prevenció del suïcidi.”*

1.2.2. Les dades de trastorns mentals en la població penitenciària

La literatura científica sol estar bastant d'acord en afirmar que els símptomes de malaltia mental augmenten quan una persona està empresonada (Lavoie, 2005; Corrections Nzealand, 1999).

La prevalença de trastorns sever¹⁶ observats a la presó és més gran que a la població general. Els interns estan més exposats a patir una malaltia psicòtica i una depressió major, i gairebé 10 vegades més a tenir un trastorn de personalitat antisocial que no pas la població general (Lavoie, 2005).

Consensus Project (2002) concreta que als EUA existeix una sobrerepresentació de malalties mentals a les presons. Mentre que en la població general és del 5%, a les presons és d'un 16%. Holly Hills (2004) recull les mateixes dades i concreta que d'aquests el 59% va cometre el delictes havent abusat d'alcohol o drogues i el 34% té una història de dependència de l'alcohol.

Autors diversos (2005) recull que un de cada quatre o cinc interns necessitarien serveis de salut mental i/o d'un lloc especialitzat on ser tractats als EUA. Si se sumen als interns amb problemes mentals els d'abús de substàncies, parlen d'un 50-75% de la població reclusa (Council of State Governm., 2003).

Massaro (2004) dóna les xifres de presos dels EUA amb trastorns mentals sever^s (TMS) de 6,4% d'homes i 12,2% dones.

Holly Hills (2004) estimava que el 19% de dones preventives està diagnosticada de trastorns mentals sever^s. Aquesta xifra baixa al 9% d'homes preventius.

Els trastorns de personalitat en els estudis dels EUA i el Canadà situen la prevalença al voltant del 50-75% (Vicens, 2006).

¹⁶ Per definir els trastorns mentals sever^s hem seguit els criteris de definició l'Organització Mundial de la Salut (OMS, 1992), recollits per C.Gibert *et al.* Segons la classificació CIE-10 es consideren trastorns mentals sever^s (TMS): l'esquizofrènia i altres trastorns psicòtics; el trastorn delirant; el trastorn psicòtic compartit; el trastorn esquizoafectiu; el trastorn psicòtic no especificat; els trastorns bipolars; el trastorn depressiu major, episodi únic greu amb símptomes psicòtics, i el trastorn depressiu major, episodi recidivant greu amb símptomes psicòtics.

Fazel i Danesh (2002), que recullen estudis més globals de 12 països d'occident en una metaanàlisi que estudiava 62 treballs sobre població penitenciària, concreten que un 3,7% pateix un quadre psicòtic, un 10% una depressió major i el 42% un trastorn de la personalitat. Entre els presos hi ha una probabilitat de 2 a 4 vegades més elevada de patir un quadre psicòtic i una depressió major que en la població general, i 10 vegades més de patir un trastorn de personalitat antisocial.

Aquests autors han detectat que hi ha una variabilitat del 2% al 5% en els estudis sobre trastorns psicòtics, degut als diferents sistemes diagnòstics que s'utilitzen, i que aquesta variabilitat en la prevalença encara és major quan es parla del trastorn antisocial de la personalitat.

Bugha (2005) dóna les xifres de la població ordinària anglesa amb trastorns psicòtics que situa en un 4,5% enfront del 52% de les presons angleses.

Singleton, citat per Vicens (2006), diu que 9 de cada 10 presos a Anglaterra i País de Gal·les presentaven algun tipus d'alteració en el seu estat mental. Quasi el 25% de presos preventius presentava 4 o 5 trastorns comòrbids.

Kjelsberg, citat per Arroyo (2006), va trobar un 35% dels interns amb algun tipus de trastorn mental a les presons noruegues, en una mostra de 2.617 interns.

Fotiadou, citat pel mateix autor (Arroyo, 2006) trobava un 78% de patologia mental en una mostra aleatòria de 80 interns d'una presó grega.

França estima l'any 1997 que entre un 14% i un 25% de les noves entrades d'homes a presó presenta un trastorn psiquiàtric patent; en dones arriba a un 30% (Ministère de la Santé, 2003).

Mouquet (2005) recull que un 10% dels interns ingressats a França el 2003 en entrar a la presó rebia prescripció per anar a l'especialista en psiquiatria. Un de cada deu ingressats declarava haver visitat regularment un psiquiatra o psicòleg abans de l'ingrés. La mateixa proporció, una persona de cada deu entrades a la presó, referia com a mínim un intent de suïcidi l'any anterior a l'encarcerament.

Al nostre país les dades són poc clares. Com a exemple, es poden agafar els trastorns de la personalitat on la forquilla dels estudis parla de percentatges d'entre el 30% i el 65% dels interns (Arroyo, 2004). Aquesta manca de dades crea confusió entre els professionals i l'opinió pública, i a la vegada impedeix una planificació dels recursos assistencials.

En un altre estudi, Arroyo (2006) recull dades dels pacients ingressats al mòdul d'infermeria del centre penitenciari de Zuera (Saragossa) i les prevalences que va obtenir en set mesos de registre van ser que el 7% de la població penitenciària de la presó passava per la infermeria (114 interns). D'aquests, el 50% va tenir una causa psiquiàtrica. Distribuïts per grups, el 30% eren quadres psicòtics de diferent naturalesa; el 43%, deguts a trastorns greument adaptatius; el 8% eren trastorns psiquiàtrics de tipus orgànic, i el 19% deguts a trastorns greus afectius depressius.

El mateix Arroyo (2002) ha trobat a la presó de Zuera (Saragossa) un 31% de trastorns de personalitat sobre una mostra de 60 individus. Un 2% presentava trastorn depressiu i un 27% problemes de toxicomania.

Rodríguez-Arrebola (2005) obté en el seu estudi que, el 1992, un 28% de la població reclusa de les presons de Saragossa i Daroca presentava un o varis diagnòstics de trastorn de personalitat (TP).

Marset (2004) diu en el seu estudi que el 50% dels malalts amb trastorn per ús de substàncies té al menys un diagnòstic de trastorn de personalitat, oscil·lant entre el 46%, en el cas dels alcohòlics, i el 65-68%, en el cas dels dependents d'opiacis.

Bugha (2005) xifra en quasi un 5% la població penitenciària espanyola que pateix trastorns mentals psicòtics.

Vicens (2006) recull que, per al conjunt dels trastorns mentals, el 40% de les dones i el 20% dels homes presentaven algun antecedent psiquiàtric; el 22% havia estat ingressat en centres psiquiàtrics previs a l'entrada a la presó, i el 6% dels ingressos s'havia prolongat per més de 6 mesos.

El mateix autor diu que un 27% de les dones havia realitzat una temptativa autolítica durant l'any previ a l'ingrés a presó. Un cop ingressats en els CP, els episodis d'autolesions eren superiors en les dones (15%) que en els homes (5%).

A Catalunya, el 3% dels reclusos presenta trastorns mentals greus i el 30% dels interns pren algun tipus de tractament psicofarmacològic (Toxicomanies Brians, 2006). El mateix estudi recull que la població interna penitenciària amb problemes de toxicomania se situa entre el 50 i el 70%.

Totes aquestes dades serviran de marc inicial de treball per contrastar en el present estudi, malgrat que, com es pot veure, la disparitat és força alta.

1.2.3. L'impacte de la presó i el risc de suïcidi

Massaro (2004) explica l'estrès que l'entrada a presó implica per a qualsevol persona, ja que ha de desenvolupar un procés d'aprenentatge de noves regles de conducta. Aquest estrès es multiplica en persones amb dificultats de comprensió, imitació, adaptació i/o aprenentatge, producte de la seva malaltia mental.

Els malalts mentals que passen llargues i/o freqüents temporades a la presó aprenen tot un seguit de comportaments necessaris per preservar-se en aquest medi. Fins i tot, quan posteriorment s'incorporen a programes en la comunitat, aquests comportaments es poden interpretar com a falsos símptomes de perillositat: no confiar en els altres, sempre semblar fort, exigir respecte, mantenir en secret informació personal, etc., són aprenentatges fets a presó que hauran de desaprendre perquè els serveis de salut mental els demanen tot el contrari.

En tornar a la comunitat després d'una estada relativament llarga, els malalts experimenten un dramàtic xoc cultural i un intens estrès de readaptació sense l'ordre, les regles i les rutines de la presó.

Lavoie (2005) recull com a factors estressants dins de la presó que fan augmentar la probabilitat que un intern que tingui propensió acabi patint

malalties mentals són: la separació de la família, la manca de privacitat, la pèrdua d'autonomia, la massificació, la por a ser assaltat i l'avorriment.

Un dels indicadors més acceptats per la literatura científica per detectar el grau d'aquest estrès i d'aquesta situació de fragilitat mental dins de les presons són els suïcidis o intents de suïcidis. Massaro (2004) recull una nombrosa llista d'estudis recents que demostren que els problemes de salut mental correlacionen significativament amb els suïcidis i intents de suïcidis.

A l'hora de donar xifres, també és freqüent trobar referències en la literatura científica internacional sobre la desproporció entre els percentatges de suïcidis entre la població general i la població penitenciària. Consensus Project (2002) situa la taxa de suïcidis a presó als EUA en 52 per cada 100.000 habitants, mentre que en la població general aquesta xifra és d'11 suïcidis per cada 100.000 habitants. Hills (2004) amplia aquesta informació d'EUA recollint que augmenta fins a 107 suïcidis cada 100.000 habitants en el cas dels centres de preventius, i concreta que el 95% d'aquests són homes.

Massaro (2004) també incideix en aquest aspecte i exposa que els preventius doblen les taxes de suïcidis dels condemnats, i especifica que les dones encarcerades al Canadà presenten un significatiu risc superior al dels homes d'intentar un suïcidis, mentre que els homes presenten més risc que les dones per completar un suïcidis.

Mouquet (2005) explica en el seu estudi que a França un de cada deu encarcerats declara haver fet una temptativa de suïcidis l'any anterior a l'encarcerament i tres de cada deu dels encarcerats amb problemàtica psicològica ja detectada ho han intentat al llarg del darrer any dins de la presó.

Singleton (1998)¹⁷ xifrava que a les presons angleses un 27% de les dones havia realitzat una temptativa autolítica l'any previ a l'ingrés a presó, mentre que, un cop ingressats en els centres penitenciaris, els episodis autolesius arribaven al 15% entre les dones i al 5% entre els homes.

¹⁷ Citat per Vicens i Tort (2005). "El cumplimiento de la medicación y las implicaciones clínicas a largo plazo en la esquizofrenia en el ámbito penitenciario". *Revista Española Sanidad Penitenciaria*, vol. 7, pàg. 69.

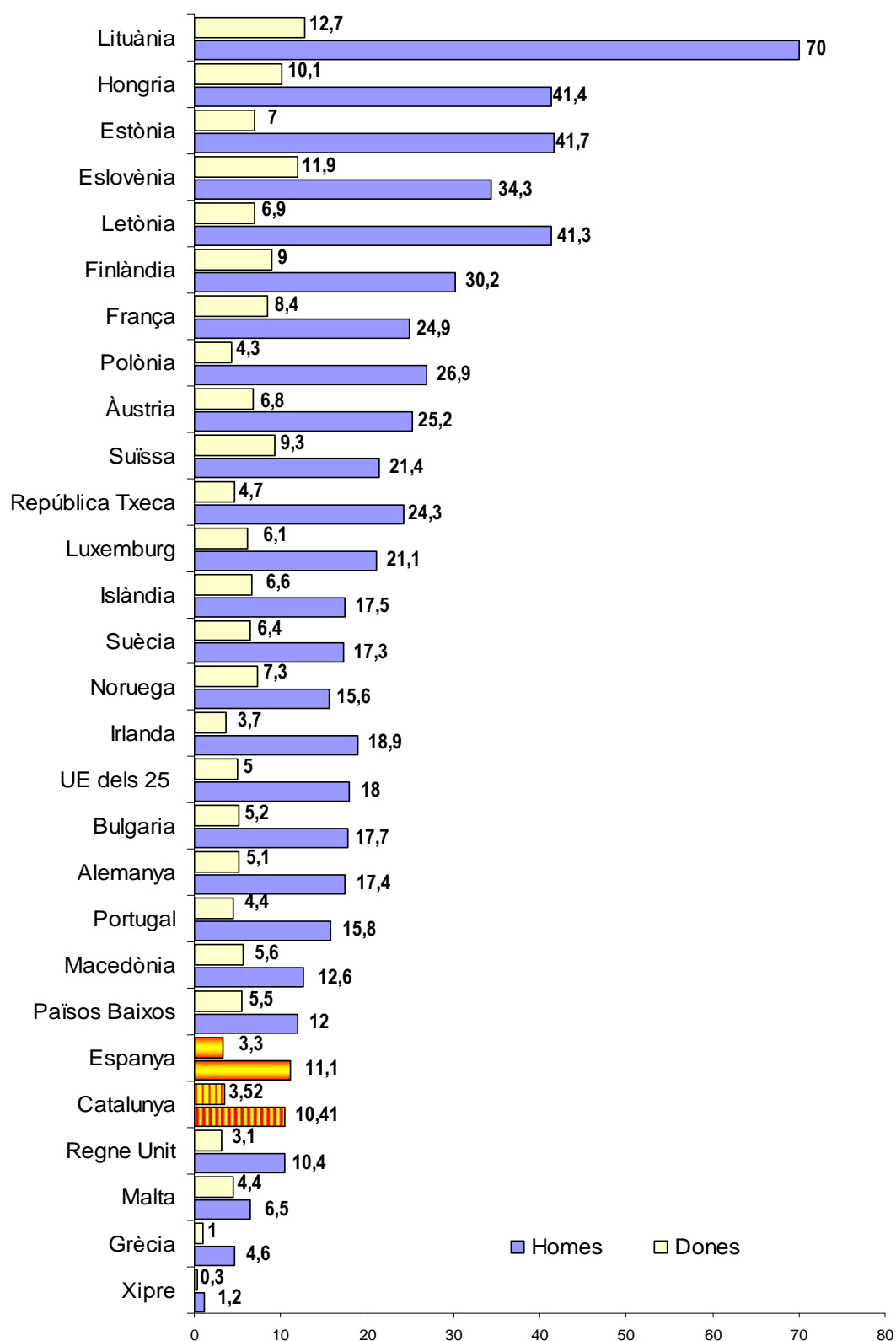
En les dues taules següents presentem una comparativa europea de les dades de suïcidi en la població general i també a les presons, perquè el lector tingui una referència clara d'aquesta comparació per països.

Taula 5. Taxa de suïcidis a les presons europees i comparativa amb la població general. Any 2004

	Suïcidis a presó		Suïcidis població general
	N	Taxa 100.000 interns	Taxa 100.000 habitants
Suïssa	13	216	15,0
França	115	204	16,2
Dinamarca	7	186	-
Luxemburg	1	182	13,2
Noruega	5	168	11,4
Portugal	22	162	9,6
Finlàndia	5	145	-
Anglaterra i País de Gal·les	95	128	-
Escòcia	8	116	-
Països Baixos	21	105	8,7
Letònia	8	103	22,3
Alemanya	81	102	11,0
República Txeca	16	93	14,0
Itàlia	52	93	-
Bèlgica	8	87	-
Suècia	6	82	11,8
Espanya	48	81	8,1
Irlanda del Nord	1	77	-
Estònia	3	66	22,7
Eslovàquia	6	63	-
Catalunya	8	59	7,0
Lituània	4	51	38,9
Polònia	32	40	15,1
Hongria	6	37	24,3
Grècia	2	23	2,8
Bulgària	2	18	11,0
Romania	7	17	-
Xipre	0	0	0,7
Malta	0	0	5,4
Eslovènia	0	0	22,7
Àustria	-	-	8,7
Irlanda	-	-	11,3
Regne Unit	-	-	6,7
Europa dels 25 països	-	-	11,2

Font: SPACE I per a les dades penitenciàries. http://www.coe.int/t/f/affaires_juridiques/
EUROSTAT per a les dades de suïcidi de la població general. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/>

Gràfic 3. Taxa de suïcidis a Europa per cada 100.000 habitants. Any 2004



Les dades són del 2004 ja que són les darreres proporcionades pel Consell d'Europa en estadística penal anual SPACE 1¹⁸ en el cas dels serveis penitenciaris.

Com es pot veure en les taxes europees, la taxa dels suïcidis és sensiblement més elevada a les presons que en la població ordinària en pràcticament tots els països de la Unió Europea.

Més a prop, a casa nostra, la taxa de suïcidis i autolesions que dona el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya¹⁹ per a l'any 2003 és de 6,95 per cada 100.000 habitants a la població catalana (aquesta taxa és quasi tres vegades superior en els homes: 10,45 enfront de 3,56 en les dones).

Portades aquestes xifres a presons, en el mateix any 2003 a les presons catalanes es van produir 8 suïcidis,²⁰ que traduït a taxa implica el 63,04 per cada 100.000 habitants (9 vegades superior que la de la població general catalana). L'any que hem pres com a referència per a l'estudi, el 2005, la taxa de suïcidi a les presons catalanes ha baixat una mica, situant-se en 58,10 per cada 100.000 habitants.

Quant a la resta de l'Estat espanyol, la taxa de suïcidis l'any 2003 per a la població general era de 8,10 per cada 100.000 habitants,²¹ i per a les presons la taxa era de 60,9 per cada 100.000 habitants.²² L'any 2005 la taxa de suïcidis a la resta de presons de l'Estat es mantenia en 63,84 per cada 100.000 interns.²³

¹⁸ Conseil d'Europe. SPACE 1 (Statistique Pénal annuelle du Conseil de l'Europe). Consulta en web. http://www.coe.int/t/f/affaires_juridiques/ Reference: SPACE 2005.15.

¹⁹ Departament de Salut. *Pla Director de Salut Mental i Addiccions*, pàg. 54.

²⁰ Departament de Justícia (2007). *Butlletí Semestral d'Informació Estadística Bàsica*, núm. 5 (gener), pàg. 22.

²¹ Instituto Nacional de Estadística. <http://www.ine.es/inebase/cgi/axi> (consultada el 15-03-07).

²² Ministerio del Interior. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. *Informe General 2004*, pàg. 216.

Justidata 44. *Evolució de la població penitenciària a Catalunya i al conjunt de l'Estat espanyol 1999-200*, pàg. 2.

²³ Dades de suïcidis 2005 als centres penitenciaris de la resta de l'Estat espanyol facilitades al CEJFE mitjançant ofici de la Direcció General de Instituciones Penitenciarias en data 22 de desembre de 2006.

Taula 6. Comparativa de taxes de suïcidi per cada 100.000 habitants en la població general i en la població encarcerada catalana i espanyola

	2003	2004	2005	2003	2004	2005
	Població general			Presons		
Catalunya	6,95	7,0		63,04	59,0	58,10
Espanya	8,10	8,1		60,91	81,0	63,84

Els estudis consultats assenyalen com a factors d'alerta més comuns per a la prevenció de suïcidis als centres penitenciaris els següents:

- Presència d'un trastorn mental.
- Història prèvia d'intents de suïcidi.
- Tenir una condemna llarga (de més de 20 anys).
- Tenir entre 31 i 40 anys (franja d'edat en què es donen més suïcidis).
- Problemes institucionals.
- Internament en solitari.
- Ser home.

En general, les primeres hores de detenció es consideren les de més alt risc.

1.3. Els estudis sobre salut mental i execució penal

Arroyo (2005) recollia en un estudi intern fet per una comissió d'experts en salut mental a les presons, publicat per la *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, la preocupació dels seus lectors per la manca de dades epidemiològiques sobre patologia mental a les presons espanyoles.²⁴ El segon tema d'interès eren els problemes pel tractament de salut mental dins dels centres penitenciaris. El motiu de l'interès dels subscriptors de la revista per aquests temes es fonamentava en la percepció de la gravetat i la freqüència amb què es donaven aquests problemes entre els reclusos del nostre país. Aquest mateix autor recollia l'estimació de l'OMS conforme a les societats occidentals la incidència d'alteracions psiquiàtriques és 7 vegades més gran en

²⁴ Arroyo (2005). "El grupo de trabajo sobre salud mental en prisiones. Actividades y funcionamiento". *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, vol. 7, pàg. 88.

la població penitenciària que en la general. La conclusió a la qual arriben és que l'ingrés a presó afavoreix la morbiditat en salut mental.

En general, hem trobat en els estudis consultats dues grans línies de treball com a eina sustentadora de la recerca sobre salut mental i execució penal.

Per una banda, hi ha els estudis de prevalença, que situen a cada comunitat les taxes de morbiditat de cadascuna de les malalties, si bé també és comú reconèixer les dificultats de diagnosticar diferencialment i més quan es barreja el tema de consum de drogues. El consum de substàncies fa que la simptomatologia es diversifiqui i es dispari l'aparició de simptomatologia secundària.

Per l'altra banda, la segona gran línia de treball es refereix al tractament de les persones que han estat condemnades o si més no han passat per un procediment judicial penal. Des d'aquest plantejament, trobem estudis que qüestionen ja d'entrada si la presó és el millor lloc on atendre aquestes persones,²⁵ fins a altres plantejaments més clarament alineats a favor que la presó sigui responsable de l'atenció, tractament i gestió de delinqüents amb malalties mentals, però que ho faci amb condicions.²⁶

Els estudis que tracten la salut mental en el medi penitenciari fan molt èmfasi en les grans deficiències de coneixement que hi ha respecte a com abordar totes les etapes d'estada dels malalts mentals en aquestes institucions. Ja hem esmentat que la manca i variabilitat dels diagnòstics és un dels temes que més preocupen, però també la manera de tractar aquestes persones.

Un altre tema que se sol abordar és si es pot parlar d'una major violència en la forma de comportar-se que tenen els interns amb problemes de salut mental i si aquesta violència augmenta si, a més, hi ha consum de tòxics. La majoria dels autors consultats coincideixen a afirmar que el risc de violència no és quelcom permanent, sinó que varia segons els trets individuals i les circumstàncies de la persona, de manera que el nivell de risc depèn de diversos factors no exclusius de la malaltia mental. De fet, hem trobat que un conjunt d'aquests estudis

²⁵ Defensor del Pueblo Andaluz, 2000; Síndic de greuges, 2005; Heglin, 2006.

²⁶ Autors diversos, 2005; Articles diversos, 2002; Consensus Project, 2002; Hills, 2004.

arriben a conclusions semblants respecte a la similitud de perillositat entre les persones afectades de malalties mentals i altres grups en la societat, i, en canvi, sí que són aquells més sovint víctimes que actors de violència.

Com a causes que provoquen aquest tipus de creences, alguns autors veuen en els mitjans de comunicació la manera més ràpida d'amplificar i promoure la creació d'estereotips i de vincular la malaltia mental amb la violència. Teplin (1984), esmentat per Massaro (2004), feia referència a la probabilitat més gran de ser arrestats que tenien els sospitosos de cometre un delictes si mostraven símptomes de malaltia mental.

Un altre punt que surt de manera recurrent en els estudis consultats com una preocupació a resoldre són les dificultats de derivació i de trobar recursos assistencials adients en la xarxa sanitària per continuar tractant aquestes persones un cop compleixen la pena. En aquest punt, els plantejaments són molt crítics respecte a la gestió i repartiment de recursos que fan els gestors públics.

A continuació, en les taules 7 i 8, es recull el buidatge bibliogràfic que s'ha fet per a la recerca, identificant els objectius que majoritàriament es proposen els estudis, la metodologia que fan servir i les variables que controlen. També la població amb la qual treballen i el concepte de trastorn mental que se sol utilitzar.

Taula 7. Estudis sobre salut mental i medi penitenciari

Objectius dels estudis	Metodologia emprada
<ul style="list-style-type: none"> ■ Conèixer la prevalença de persones amb trastorn mental i el perfil que presenten (1)(4)(10)(22)(24) ■ Tractament a les presons (3)(19)(21)(22)(29)(33)(34)(49)(50)(52)(53) ■ Respecte dels professionals (23)(43)(46) ■ Factors de risc (39)(40)(24) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Qüestionaris escrits dirigits a professionals (1)(23)(32) ■ Escales i tests dirigits a professionals sobre actituds, condicions de treball (46) ■ Entrevistes i consultes en profunditat a experts (4) ■ Enquestes poblacionals (7) ■ Recollida de dades secundàries (10)(19)(33)(34) ■ Estudis bibliogràfics (13) ■ Estudi de camp a usuaris (25)(39)(40)(45)

Variables estudiades	Població / mostra
<ul style="list-style-type: none"> ■ Sociodemogràfiques (1)(3)(4)(10)(13)(24)(25)(32)(39)(40)(45)(50)(51)(52) ■ Història clínica (1)(4)(10)(13)(24)(25)(32)(39)(40)(45) ■ Drogues (1)(4)(39)(40) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 82 interns d'Andalusia (1) ■ Metaanàlisi (3)(13) ■ 35 funcionaris de presó (23) ■ 327 reclusos que han passat per unitats psiquiàtriques penitenciàries l'any 2003 (10) ■ 83 professionals de diferents presons (46) ■ 135 interns atesos per assistència psiquiàtrica (21) ■ 799 presos de 20 presons franceses (45)

Taula 8. Relació d'estudis consultats

Arroyo 2004 (23)	Fazel, Danesh 2002 (13)	Massaro 2004 (52)
Arroyo 2005 (32)	Fiscalia 5/1999 2006 (11)	Memòria Dept. Just. '01. 2003 (14)
Articles diversos 2002 (35)	Fort et al. 2005 (44)	Memòria Dept. Just. '02. 2003 (15)
Articles diversos 2002 (41)	García Brea 2006 (20)	Memòria Dept. Just. '03. 2004 (16)
Bobes, Martínez 2001 (6)	Guerrero 2004 (10)	Memòria Dept. Just. '04. 2005 (17)
Bugha 2005 (24)	Guerrero, Cardona 2006 (37)	Ministère de la Santé 2003 (18)
Carles Soler, C. Mari 2006 (36)	Heglin 2006 (54)	Mouquet 2005 (7)
CGPJ-CEJFE 2000 (30)	Henderson 1998 (25)	Prison Mental Health 2002 (19)
Comité Ministres 2006 (5)	Hernández 2006 (3)	Rodríguez-Arrebola 2005 (33)
Consell d'Europa 2004 (53)	Hernández, Espinosa 1999 (34)	Sáiz 2004 (40)
Consensus project 2002 (49)	Hills 2004 (27)	Sánchez Bursón 2001 (4)
Corrections NZealand 1999 (21)	Informe Institu. Penitenc. 2004 (9)	Sindic de greuges 2005 (2)
Council of State Govrnm. 2003 (28)	James et al. 2006 (47)	Toxicomanies Brians 2006 (8)
Defensor Andaluz 2000 (1)	Laishes 2002 (48)	UHPP Generalitat Cat. 2003 (43)
Dept. Justícia Circular 3/04 (26)	Lavoie et al. 2005 (46)	Vicens, Tort 2006 (12)
DSM-IV 1995 (31)	Leguay 2006 (51)	VVAA 2005 (50)
Elbogen 2000 (29)	Markovitz 2006 (42)	Young et al. 2006 (39)
Falissard 2006 (45)	Marset 2004 (22)	Zein 2006 (38)

2. La recerca

2.1. Finalitat

Aquesta recerca respon a una demanda de la Secretaria de Serveis Penitenciaris Rehabilitació i Justícia Juvenil (SSPRJJ) del Departament de Justícia al Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada (CEJFE). L'interès de la Secretaria se centrava a tenir una primera aproximació descriptiva de les característiques de les persones ingressades en els centres penitenciaris que patissin algun tipus d'alteració psíquica que els fes estar de manera provisional o permanent en les unitats d'infermeria d'aquests centres o en les unitats d'internament psiquiàtric específiques.

La finalitat de la recerca és servir per millorar l'atenció a la problemàtica de salut mental d'aquestes persones durant tot el compliment de la pena de presó. Aquesta finalitat implica un diagnòstic de la situació actual centrat en tres aspectes bàsics:

1. Conèixer més a fons i quantificar les problemàtiques de salut mental que es donen en l'àmbit penitenciar i el perfil de les persones que les pateixen.
2. Detectar aspectes que cal millorar en l'atenció que reben els interns respecte a tres qüestions principals: diagnòstic, tractament i derivació (dins del mateix sistema o a l'exterior).
3. Comparar aquesta situació amb la de les persones sotmeses a mesures de seguretat.

2.1.1. Objectius

Els objectius que defineixen aquestes finalitats s'han concretat a:

1. Quantificar les problemàtiques de salut mental que es troben en l'àmbit penitenciar i el perfil de les persones que les pateixen.

- 1.1. Saber el nombre de persones amb problemes de salut mental a les presons catalanes.
 - 1.2. Saber les prevalences segons les patologies mentals detectades.
 - 1.3. Saber en quin moment del pas per la presó s'ha conegut o s'ha manifestat la problemàtica mental: abans de l'ingrés, en el moment de l'ingrés o amb posterioritat a l'ingrés.
 - 1.4. Conèixer el perfil personal, sociofamiliar, penal i penitenciari de les persones amb problemes de salut mental, fent especial esment a l'anàlisi per grups de diagnòstic.
 - 1.5. Comparar el perfil de la persona amb problemes de salut mental amb el perfil general de la població penitenciària.
2. Saber les particularitats de l'estada a presó dels interns amb problemàtica de salut mental.
- 2.1. Conèixer les diferències entre les diverses problemàtiques de salut mental detectades, respecte a les variables recollides en l'estada a la presó: classificacions regimentals, ubicacions penitenciàries, activitats, sortides i permisos, incidents, sancions, faltes, regressions de grau, classificació en tercer grau, etc.
 - 2.2. Conèixer les diferències entre les persones que han passat per psiquiatria segons que tinguin diagnòstic o no en tinguin (estabilitat de grup de convivència, medicació, toxicomania, sortides, mitjana d'incidentes, tipus de sancions, etc.).
 - 2.3. Conèixer el nombre de suïcidis i intents de suïcidi de les persones amb problemàtica mental. Saber-ne les característiques específiques pel que fa a perfil personal, penal i penitenciari.
 - 2.4. Saber el perfil de les persones amb problemàtica mental detectada que tenen incidents violents dins de la presó (agressions a funcionaris i/o a interns) i comparar-lo amb els que no en provoquen.
3. Saber el nombre de mesures de seguretat decretades a Catalunya. Conèixer el perfil personal, penal i penitenciari de les persones sotmeses a mesures de seguretat. Comparar-lo amb els perfils de la població penitenciària (interns en general i interns amb trastorns mentals).

4. Conèixer el perfil personal, penal i penitenciari de col·lectius específics amb problemes de salut mental.

4.1. Dones.

4.2. Estrangers.

5. Identificar les propostes més vàlides fetes pels experts i professionals de la salut mental en el medi penitenciari per a l'abordatge dels trastorns mentals a les presons i les propostes de derivació més consensuades.

5.1. Establir prediccions respecte a increments o decrements en taxes, problemàtiques, necessitats futures, etc.

5.2. Identificar dificultats diagnòstiques més comunes. Propostes de millora.

5.3. Analitzar el tractament de la salut mental en un context de privació de llibertat: integració o separació respecte a altres interns, activitats, règim disciplinari, etc. Propostes de millora.

5.4. Examinar les possibles derivacions a recursos externs: limitacions i possibilitats.

5.5. Conèixer les necessitats de formació dels professionals per a la intervenció més adequada en aquesta població.

2.1.2. Hipòtesis

Hipòtesis vinculades a l'objectiu 1

1. Hi ha un percentatge superior de persones amb trastorns mentals entre la població penitenciària catalana que entre la població catalana en general.
2. Les persones afectades per un trastorn de personalitat presentaran un perfil caracteritzat pels següents trets:
 - Hi haurà un percentatge superior de consumidors de drogues que en la resta de grups de patologies. Aquesta diferència es farà especialment evident en el consum via parenteral (només els que presenten trastorns per consum de substàncies presentaran un percentatge equiparable de consum per aquesta via).

- Acumularan més causes, anteriors i posteriors a la pena base.
 - Acumularan més temps d'estada a presó anteriorment a la pena base.
 - Seran el grup en què menys eximents hagi tingut en compte el jutge en l'aplicació de la sentència.
 - Seran els que acumulin major proporció de delictes violents.
3. Les persones afectades per un TMS presentaran un perfil caracteritzat pels trets següents:
- Hi haurà un percentatge més alt de persones amb retard mental, disminució psíquica i incapacitació legal que en els altres col·lectius.
 - Es tractarà del grup més freqüentment diagnosticat amb anterioritat a l'entrada a presó per la pena base.
 - Protagonitzaran un baix percentatge de delictes violents amb relació a altres col·lectius.
 - Seran els que tindran més sentències amb eximents complets.
4. Les persones afectades per "altres trastorns" presentaran un perfil diferent segons les patologies.
- En el cas de les persones que pateixin un trastorn de l'estat d'ànim, seran majoritàriament dones i el tipus de delicte serà contra la propietat i contra la salut pública.
 - Quant a les persones afectades per "trastorns per substàncies", hi haurà una proporció superior de consumidors de tòxics via parenteral que en els altres grups (excepte TP), els delictes més freqüents seran contra la propietat i contra la salut pública, i formaran part del grup de patologies que cometen major nombre de delictes violents.

5. Les persones amb trastorns mentals cometran un percentatge superior de delictes contra les persones i contra la llibertat sexual que la població general encarcerada i un percentatge inferior de delictes de la categoria “altres” (econòmics, etc.).

Hipòtesis vinculades a l'objectiu 2

6. Els interns amb trastorns mentals protagonitzaran més incidents que la població general encarcerada.
7. Les persones afectades per un TP presentaran un comportament més inadaptat al medi penitenciari i significativament diferent al dels interns amb la resta de trastorns: més incidents, faltes i sancions; més regressions de grau i classificacions en primer grau; major nombre de canvis d'ubicació en una mateixa presó o canvis de presó; etc.
8. Els interns que han arribat a qualsevol unitat de psiquiatria sense diagnòstic presentaran un perfil més conflictiu en l'entorn penitenciari que els que estiguin diagnosticats: més problemàtica de consum de drogues; més incidents, faltes i sancions; més canvis d'ubicació i de règim penitenciari; etc.
9. Els homes encarcerats presentaran una taxa més alta de suïcidis, i les dones una taxa més alta d'intents de suïcidi i autolesions.

Hipòtesis vinculades a l'objectiu 3

10. A les persones amb un TMS jutjades per una causa penal se'ls aplicarà amb major proporció una mesura de seguretat que la pena de presó. Per contra, a les que pateixin un TP se'ls imposarà més freqüentment la pena de presó.
11. Les persones amb trastorns mentals que compleixin mesures de seguretat hauran protagonitzat menys delictes violents que les que es trobin a presó.

12. Conèixer la malaltia mental en el moment de la sentència fa que es tingui en compte per atenuar la pena o eximir el processat. Es trobaran més casos de reducció de condemna entre les mesures de seguretat que a presó.

Hipòtesis vinculades a l'objectiu 4

13. El percentatge d'estrangers diagnosticats amb trastorns mentals dins de presó serà proporcionalment inferior al percentatge general d'estrangers empresonats.

14. La problemàtica de salut mental en els estrangers es concentrarà fonamentalment en la categoria "altres trastorns", i en concret en trastorns per consum de substàncies i en trastorns de l'estat d'ànim.

2.2. Metodologia

La recerca consta de dos procediments de treball ben diferenciats, en funció dels objectius perseguits. Hi ha una primera part, centrada en els 4 primers objectius, formada per una recerca retrospectiva i de caràcter quantitatiu, en la qual s'han recollit dades dels expedients dels interns ingressats als centres penitenciaris i també dels que compleixen mesures de seguretat. I hi ha una segona part, centrada en el darrer objectiu, que es basa en una recerca prospectiva que ha utilitzat la tècnica Delphi com a mètode d'estudi i que ha anat dirigida als professionals que treballen o tenen contacte amb el tema de salut mental en el medi penitenciari.

2.2.1. Estudi quantitatiu

La població objecte d'estudi està composta per totes aquelles persones que durant l'any 2005 o bé tenien com a mínim un diagnòstic relacionat amb problemàtica mental o bé, en el seu defecte, la seva ubicació durant algun moment de l'any va ser, com a mínim per un dia, en unitats de psiquiatria o unitats hospitalàries dels centres penitenciaris de la província de Barcelona, per problemàtica relacionada amb la salut mental. Els centres d'on hem estat la població per fer l'estudi han estat aquells que tenen unitats especialitzades per al tractament d'aquestes problemàtiques: psiquiatria del CP Brians; UHPP (Unitat Hospitalària Penal Penitenciària) també ubicada al CP Brians; psiquiatria del CP Quatre Camins; i psiquiatria del CP d'Homes de Barcelona.²⁷ En total, la població penitenciària inclosa en aquest grup ha estat de 342 persones.

En el cas de les mesures de seguretat, s'han inclòs en l'estudi tots aquells expedients de la província de Barcelona que durant el 2005 estiguessin donats d'alta administrativa, ja sigui perquè van ser iniciats, perquè estaven en curs o perquè finalitzaven durant algun moment d'aquell any. En total, la població de mesures de seguretat inclosa en aquest grup ha estat de 308 persones.

²⁷ El CP de Joves de BCN no disposa d'unitat de psiquiatria específica i, per tant, no hi havia manera de saber si hi havia algun cas. Pel que fa al CP de Dones de BCN, les internes que tenen problemàtica de salut mental les trobarem derivades al CP Brians.

Un total de 63 persones han compartit ambdues possibilitats. És a dir, van estar ingressades en algun centre penitenciari i en algun dels seus serveis de psiquiatria durant l'any 2005, i d'altra banda també van complir durant aquell any alguna mesura de seguretat, fora o dintre d'un centre penitenciari. Per a l'estudi, aquests casos s'han inclòs dins del grup de mesures de seguretat.

Les diferents anàlisis descriptives i explicatives recollides a partir del capítol següent, s'han fet per donar resposta als objectius plantejats en la recerca i per contrastar les hipòtesis de treball.

2.2.2. Estudi qualitatiu

Per dur a terme l'estudi qualitatiu, que s'explica extensament en la segona part d'aquest informe de recerca, es van consultar, a través de la tècnica Delphi, diferents experts i professionals del camp de la salut mental en el medi penitenciari. A aquests experts els vam demanar la seva opinió sobre la situació de l'atenció a les problemàtiques mentals en aquest medi: els punts més destacats, els més conflictius i les propostes de millora que es podien fer des del punt de vista sanitari, de tractament de conducta i també amb relació a alguns aspectes de seguretat.

El nombre de participants final en el qüestionari Delphi fou de 119 persones de diferents categories professionals. Com hem dit, en la segona part de l'estudi s'explica més en detall qui són i com van estar seleccionats.

2.2.3 Fitxa tècnica

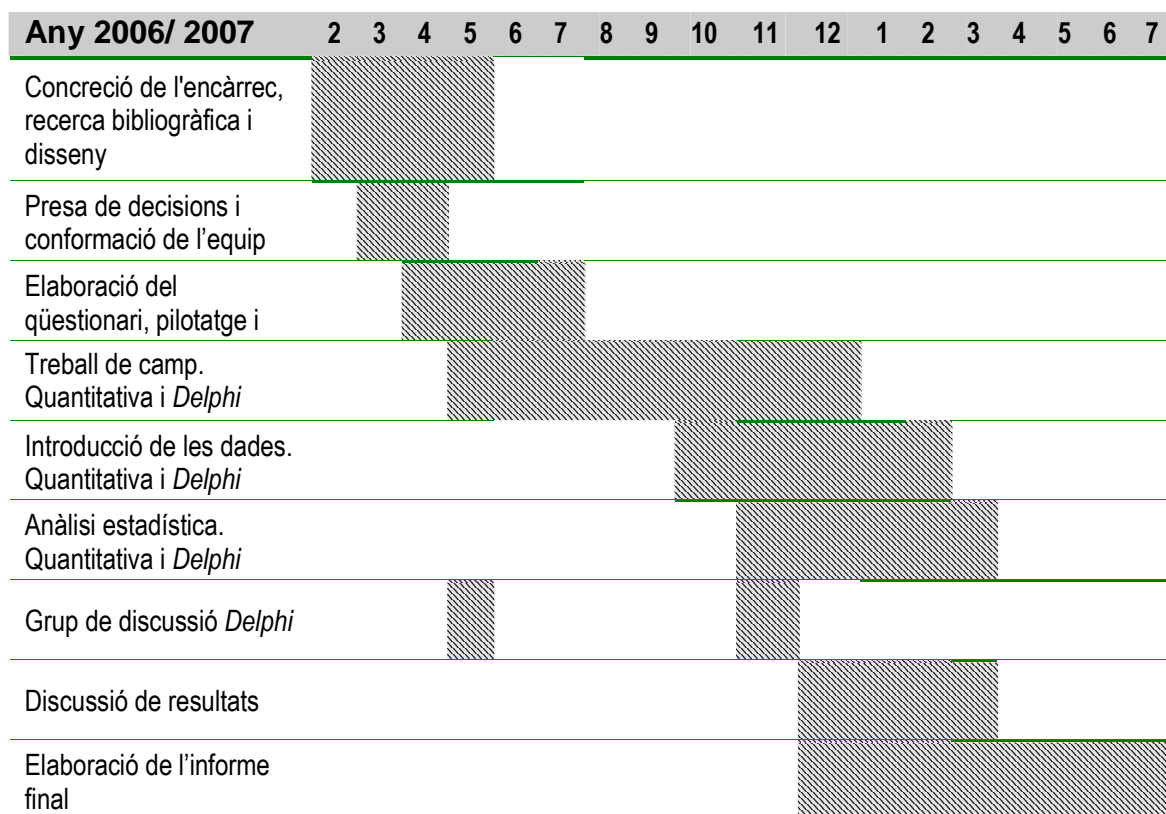
El resum de les característiques tècniques de la recerca queda recollit en la taula següent.

Taula 9. Fitxa tècnica

Àmbit territorial	Barcelona (estudi quantitatiu) Catalunya i resta d'Espanya (estudi Delphi)
Univers	<u>Estudi quantitatiu</u> <i>Mesures privatives de llibertat</i> : totes les persones que durant l'any 2005 tinguessin un diagnòstic o haguessin passat per una unitat de psiquiatria dels

	<p>centres penitenciaris de Barcelona, exceptuant CP Joves i CP Dones. En total són 342 persones.</p> <p><i>Mesures de seguretat:</i> totes les persones que durant l'any 2005 tinguessin expedient obert pel compliment d'alguna mesura de seguretat a la província de Barcelona. En total són 308 persones.</p> <p><u>Estudi Delphi</u> Professionals de tots els àmbits relacionats amb el món de la salut mental en el medi penitenciari de tota Espanya, si bé la majoria d'enquestats són catalans. En total són 119 experts.</p>
Temporalitat	<p><u>Estudi quantitatiu</u> Any 2005.</p> <p><u>Estudi Delphi</u> Estimació de la situació actual (2006) i previsions per als propers 10 anys.</p>

2.2.4. Calendari de la recerca



2.2.5. Font de les dades

Les dades utilitzades en la recerca quantitativa són secundàries, obtingudes de tres bases de dades:

En primer lloc, del SIPC (Sistema Informàtic Penitenciari Català) per a les dades recollides en els expedients informàtics dels interns penitenciaris. Específicament s'ha consultat també la base de dades sanitària, per a la detecció d'ingressos psiquiàtrics, malalties, diagnòstics psiquiàtrics i medicació prescrita.

En segon lloc, per completar la informació de la recerca s'han revisat tots els expedients físics dels interns penitenciaris per recollir el testimoni de sentència de la *pena base*,²⁸ i tota aquella altra informació complementària de tipus social, personal o sanitària que no queda recollida en la base informàtica.

En tercer lloc, s'han revisat tots els expedients de mesures de seguretat donats d'alta l'any 2005 i, en el cas que tinguessin antecedents penitenciaris, la informació continguda en el SIPC.

Les dades es recollien en una plantilla específicament dissenyada a tal efecte i que s'adjunta en l'annex 2.

El contingut d'aquesta plantilla es va traspasar posteriorment a una base de dades Acces específicament creada per a aquesta recerca on es van incloure els 650 expedients resultants d'aquesta part de l'estudi.

Les dades d'Acces van ser importades a l'SPSS 15.0 per al seu tractament estadístic, a partir del qual s'han fet totes les anàlisis.

En el tractament de les dades s'han tingut en compte totes les indicacions recollides en les lleis de protecció de dades. En l'explotació s'ha suprimit qualsevol referència que pogués identificar individualment els subjectes, i els resultats s'han presentat de manera agregada.

²⁸ S'entén per *pena base* la pena principal amb més temps de condemna per la qual està complint l'any 2005, ja sigui com a condemnat o en qualsevol altra circumstància.

2.2.6. Les variables

Les variables de l'estudi corresponen a la descripció i codificació que es recull en la taula següent.

Taula 10. Variables recollides per a l'estudi

Dades personals i sociodemogràfiques

Variable	Descripció	Codificació de la variable
Grup d'estudi		1 Mesures privatives de llibertat 2 Mesures de seguretat
Lloc del grup	Lloc on ha desenvolupat més temps la mesura imposada	1 CP Homes BCN 2 CP Brians 3 UHPP ²⁹ 4 CP Quatre Camins 5 Internament en centre psiquiàtric 6 TTA ³⁰
Identificació	Número d'identificació expedient al SIPC o al JOVO (mesures seguretat)	
Data naixement		ddmmaaaa
Nacionalitat	País del qual té la nacionalitat	Segons la relació de països
Estrangeria	Construïda a partir de nacionalitat	0 Espanyol 1 Estranger
Àrea geogràfica de procedència	Construïda a partir de nacionalitat	1 Espanya 2 UE 3 Resta d'Europa 4 Magrib 5 Resta d'Àfrica 6 Amèrica Central i del Sud 7 Àsia 8 Resta del Món 9 Ns/nc
Sexe		(1) Home (2) Dona
Residència	Comarca catalana on declara viure segons la pàgina inicial del SIPC	Segons la relació de comarques
Idioma castellà	Coneixement del castellà, segons SIPC	0 No l'entén 1 L'entén 2 El parla 3 L'escriu 9 Ns/nc
Idioma català	Coneixement del català segons SIPC	0 No l'entén 1 L'entén 2 El parla 3 L'escriu 9 Ns/nc
Professió	Declarada en el moment d'omplir la fitxa del SIPC	1 Feines a casa 2 Feines de llar / de neteja 3 Vendes / venda ambulat 4 Minería/electricitat

²⁹ UHPP: Unitat Hospitalària Penal Penitenciària. Està ubicada al CP Brians.

³⁰ TTA: Tractament terapèutic ambulatori. És una mesura de seguretat on el malalt compleix en un centre de dia, ambulatori, hospital de dia, etc., el tractament ordenat pel jutge, residint a casa seva.

		5 Tèxtil/calçat 6 Construcció/oficis 7 Hostaleria/comerç 8 Transports/xofers/comunica. 10 Serveis en general 11 Agricultura/ramaderia 12 Sanitat/ensenyament 13 Forces de seguretat 14 Automoció/mecànic 15 Administratiu/secretariat 16 Funcionaris 17 Altres professions 18 Sense ofici 19 Pensionista 9 Nc
Nombre de fills	Nombre declarat en la pàgina inicial SIPC	
Estudis	Nivell que figura en la pàgina inicial SIPC	1 Analfabet 2 1r nivell etapa instrumental 3 2n nivell etapa instrumental 4 3r nivell etapa instrumental 5 ESO/equivalent 6 Batxilletat/equivalent 7 Universitat/equivalent 8 Formació no reglada / altres 9 Ns/nc

Dades sobre la salut de l'individu

Variable	Descripció	Codificació de la variable
Diagnòstic 1 malaltia mental	Patologia diagnosticada per escrit per professionals	Segons la relació de patologies de salut mental DSM-IV
Diagnòstics 2 al 7 malaltia mental	Patologia diagnosticada per escrit per professionals. Es repeteix tants cops com nous diagnòstics tingui	Segons la relació de patologies de salut mental DSM-IV
Data primer diagnòstic	Data del diagnòstic més antic conegut	ddmmaaaa
Retard mental	Consta en l'expedient retard mental com a problema afegit	0 No 1 Sí
Disminució psíquica	Consta informe de valoració de l'EVO amb un percentatge de disminució reconeguda	0 No 1 Sí
Incapacitació legal	Consta sentència judicial d'incapacitació legal per raons mentals	0 No 1 Sí
Relació malaltia mental / delictes	Queda recollida en el testimoni de sentència la relació entre la malaltia mental i la comissió del delictes	0 No 1 Sí 9 Ns/nc
Conseqüència malaltia en la sentència	Es recull en els arguments del testimoni de sentència la problemàtica psiquiàtrica i es té en compte	0 No 1 Sí, com a atenuant 2 Sí, com a eximent incomplet 3 Sí, com a eximent complet 4 Sí, com a altres
Medicació	Medicació prescrita i controlada que pren, segons el que consta a l'historial mèdic o als informes del psiquiatra	0 No 1 Antidepressius

		2 Antipsicòtics 3 Ansiolítics 4 Malaltia orgànica 5 Eutimitzants 6 Metadona 7 Altres addiccions 8 Antiretrovirals 9 Altres
Hàbits tòxics	Consta consum de drogues diferents del tabac en la seva biografia	0 No 1 Alcohol 2 Cànnabis 3 Cocaïna 4 Heroïna 5 Drogues de disseny 6 Fàrmacs 7 Inhalants 8 altres 9 Nc
Drogues via parenteral	Consta consum de drogues en algun moment de la seva biografia per via endovenosa	0 No 1 Sí
Any inici consum	Any en què consta el primer inici del consum de drogues	aaaa
Consum actual	Consta en l'expedient dependència de toxicomanies	0 No 1 Sí

Dades penals i criminològiques

Variable	Descripció	Codificació de la variable
Ingressos anteriors	Consten ingressos a presó per altres delictes anteriors	0 No 1 Sí, un 2 Sí, dos 3 Sí, tres o més
Temps de compliment anterior	Sumatori dels anys passats a presó per causes anteriors a la pena base ³¹	0 Cap 1 Menys de 2 anys 2 Entre 2 i 5 anys 3 Més de 5 anys
Data primer ingrés a la presó		ddmmaaaa
Delicte pena base	Delicte principal pel qual té més condemna en la pena base o, si és preventiu, el més greu amb criteris de violència	Segons llistat de delictes
Delicte pena base agrupat	Agrupat per facilitar l'estudi	1 Contra les persones 2 Contra la llibertat sexual 3 Contra la propietat 4 Contra salut pública (drogues) 5 Altres
Data delicte pena base	Data en què consta que va cometre el delicte principal de la pena base	ddmmaaaa
Temps de	Temps acumulat de totes les condemnes	Numèrica (en dies)

³¹ S'entén per *pena base* aquella pena principal amb més temps de condemna per la qual està complint l'any 2005, ja sigui com a condemnat o en qualsevol altra circumstància.

condemna	que compleix a la pena base	
Altres CP per on ha passat pel compliment	Presons per on ha passat pel compliment de la pena base, incloent el temps de preventiu, si és el cas	0 No 1 Sí, un 2 Sí, dos 3 Sí, tres o més
Data d'ingrés pena base	Data del primer ingrés a presó per complir la pena base, encara que fos com a preventiu	ddmmaaaa
Nombre de classificacions penitenciàries	Nombre de canvis de règim penitenciari que ha viscut al llarg del compliment de la pena base	Numèrica
Nombre d'ubicacions diferents	Nombre total de canvis d'ubicacions viscudes per l'intern que han implicat variacions en el règim de vida	Numèrica
Ubicacions diferents	Llocs en què ha estat, definit per la peculiaritat de la galeria/mòdul i nombre de cops	1 Mòduls/galeries presos comuns 2 Mòduls/galeries presos perillosos 3 Mòduls/ galeries especial protecció 4 Mòduls/galeries tipus DERT 5 Mòduls/galeries psiquiatria 6 Mòduls/galeries tipus DAE 7 Mòduls/galeries obert 3r grau 8 Hospitalització externa 10 Infermeria
Nombre de regressions	Nombre de regressions de grau viscudes al llarg de la pena base	Numèrica
Classificacions en 1r grau	Nombre de cops que ha estat sancionat i classificat en aquest règim de vida	Numèrica
Nombre d'activitats que fa	Nombre total d'activitats que ha fet durant la pena base	Numèrica
Tipus d'activitat que fa	Tipus d'activitats desenvolupades durant la pena base i nombre de cadascuna d'elles	0 No en fa 1 Animació sociocultural 2 Operari i aux. oficina 3 Educació reglada 4 Programa específic de tractament 5 Educació física i esports 6 Formació ocupacional 7 Altres 9 Nc
Permisos	Ha gaudit de permisos durant el compliment de la pena base	0 No 1 Sí, ordinaris 2 Sí, extraordinaris 3 Sí, ordinaris i extraordinaris
Incidents durant els permisos	Consten incidències durant el gaudiment de permisos de la pena base	0 No 1 Sí, no retorn 2 Sí, nou delictes 3 Sí, retard en la reincorporació 4 Sí, consum drogues
Sortides programades	Ha fet sortides en activitats programades amb educador durant el darrer any 2005	0 No 1 Sí, entre 1 i 3 al llarg del darrer any 2 Sí, més de tres en el darrer any
Nombre total d'incidents	Total d'incidents que ha protagonitzat durant la pena base	Numèrica
Nombre total de faltes	Total de faltes que ha protagonitzat durant la pena base	Numèrica

Nombre total de sancions	Total de sancions que ha rebut durant la pena base	Numèrica
Incidents 1 al 7	Descripció dels incidents	Segons llistat d'incidents
Faltes 1 a la 7	Descripció de les faltes	Segons llistat de faltes
Sancions 1 a la 7	Descripció de les sancions	Segons llistat de sancions
3r grau	Ha accedit en algun moment de la pena base al règim obert	1 No hi té dret 2 Hi té dret però no ha accedit 3 Sí, art. 82 4 Sí, art. 83 5 Sí, art. 104.4 6 Sí, art. 182 7 Sí, art. 86.4 9 Sí, no consta
Llibertat condicional	Ha accedit a la llibertat condicional durant el compliment de la pena base	1 No hi té dret per temps de condemna 2 No hi té dret per no estar en 3r grau 3 Compleix condicions però no hi ha accedit 4 LLC 2/3 5 LLC ¾
Acumulació de causes	Acumula altres causes a la pena base	0 No 1 Sí, una 2 Sí, dues 3 Sí, tres o més
Delictes 2 al 6 acumulats a la pena base	Descripció dels delictes 2 al 6 agrupats en categories que acumula en la pena base (de menys entitat que el delicte principal)	1 Contra les persones 2 Contra la llibertat sexual 3 Contra la propietat 4 Contra la salut pública (drogues) 5 Altres
Compliment de la mesura de seguretat	Consta que compleix definitivament la mesura de seguretat imposada	1 Compleix presó perquè no hi ha recurs socio sanitari adient 2 No compleix i a presó 3 No compleix i no a presó 4 Compleix 5 Pendent d'iniciar/finalitzar
Lloc de residència al compliment de la mesura de seguretat	On va un cop finalitza la mesura	1 Domicili familiar 2 Centre crònics 3 Tutelat per Fundació 4 Fugida 5 Carrer 9 Es desconeix on va

S'han descartat un seguit de variables que ja no hem inclòs en la taula per estar insuficientment informades o per estar mal recollides en la font original.

En el primer apartat, hem descartat el *nombre d'ingressos en unitats de psiquiatria* que han tingut els usuaris. També el *nombre de dies que hi han*

estat ingressats. Malgrat que ambdues variables ens semblaven força rellevants per configurar la biografia clínica, a la pràctica hem observat que les dades estaven irregularment recollides en la base original, la qual cosa no permetia extreure'n conclusions.

En el segon apartat, hem descartat la variable sobre la *relació entre la malaltia mental i el delicte*: resultava molt poc informada directament i malgrat que es podia deduir per part dels investigadors de camp mitjançant el contingut del testimoni de sentència, hem detectat que el recull ha estat fet amb criteris diferents segons cada investigador de camp. Per aquest motiu l'hem descartat de l'estudi.

Les variables: *causa-efecte droga / salut mental i relació drogues amb el delicte actual* les hem descartat perquè la recollida ha continuat essent excessivament interpretativa, malgrat que el criteri entre els investigadors ha estat molt més homogeni.

D'altra banda, en aquest punt cal fer un comentari relatiu a les dificultats metodològiques que implica treballar amb dades secundàries extretes de bases de dades pensades per a la gestió administrativa, i no per a la recerca: moltes de les dades que podrien resultar significatives per al coneixement d'una temàtica com la que ens ocupa no estan recollides o ho estan de manera inconsistent o amb criteris diferents segons la font que genera les dades. Aquest punt és una constatació que només pretén fonamentar les limitacions d'aquests tipus d'estudis retrospectius que han d'informar a partir d'allò que ja es té, i no d'aquelles dades que convindria tenir des del punt de vista de l'investigador.

2.2.7. El treball de camp

El treball de camp corresponent a l'estudi quantitatiu es va dur a terme entre el mes de juliol i el mes de desembre de 2006. L'estudi Delphi es va iniciar un parell de mesos abans, el maig de 2006, i va concloure en les mateixes dates.

La selecció de l'equip d'investigadors de camp per a l'estudi quantitatiu es va realitzar entre llicenciats i estudiants de darrer any de les carreres de

psicologia, educació social i criminologia. En total van participar 11 investigadors específicament contractats per al desenvolupament de la recerca, a part de l'equip estable d'investigació del CEJFE.

En primer lloc, es va procedir a preparar els investigadors: es va fer una instrucció individualitzada respecte al procediment a seguir i de familiarització amb les bases de dades d'on s'extrauria la informació. També es va fer una formació específica per preparar-los mínimament sobre la temàtica de la recerca i la nomenclatura específica. Un procediment similar es va seguir per treballar amb ells el protocol de localització d'expedients físics dels individus al centre directiu, ubicat al carrer Aragó de Barcelona, i per a la lectura ordenada de la documentació que contenien aquests expedients, complexa segons els casos. Diàriament durant els primers dos mesos i setmanalment la resta del temps, es dedicava un temps de la sessió a repassar dubtes i situacions més complexes. Per assegurar la fiabilitat interna de la recollida de dades es van comprovar 30 expedients que van ser buidats de manera paral·lela per un investigador de camp i pel responsable de la recerca; aproximadament un 5% del total d'individus inclosos en l'estudi.

2.2.8. Anàlisi de les dades

Per a l'anàlisi de dades s'ha mantingut la diferenciació entre el grup d'interns a presó i el grup de mesures de seguretat.

Atesa la multiplicitat de diagnòstics que hem detectat en cadascun dels subjectes inclosos en l'estudi, hem agrupat els diagnòstics en dos tipus de classificacions diferents, de manera que facilitessin alguns dels resultats que es volien contrastar.

La primera agrupació va reduir la multiplicitat de diagnòstics a 6 categories o grups:

Grup 1: trastorns per *delírium*, *demència*, *trastorns amnèsics* i *altres trastorns cognoscitius*.

Grup 2: *esquizofrènia* i *altres trastorns psicòtics*.

Grup 3: *altres trastorns* que no pertanyessin a cap dels grups.

Grup 4: *trastorns per substàncies*.

Grup 5: *trastorns de l'estat d'ànim*.

Grup 6: *trastorns de personalitat*.

La segona agrupació encara va intentar reduir més els grups i va fer les anàlisis agrupant els diagnòstics en 3 categories:

Grup 1: *trastorns mentals severos (TMS)*, segons la descripció feta per l'OMS.³²

Grup 2: *trastorns de personalitat (TP)*.

Grup 3: *resta de trastorns*.

També s'ha donat un tracte diferencial al grup de dones i al col·lectiu d'estrangers. Com sempre passa al fer aquests grups, el baix nombre de subjectes inclosos, encara que es treballi amb població i no amb mostra, mediatitza els tipus d'anàlisi. Amb tot i això, considerem molt valuosos els tractaments diferencials amb perspectiva de gènere i de lloc de procedència per acostar-nos a l'especificitat d'aquests col·lectius. Aquesta metodologia de treball la venim mantenint de manera sistemàtica en tots els estudis generalistes del CEJFE des de fa uns anys.

Juntament amb les anàlisis de freqüències, s'han dut a terme anàlisis de contingència en funció de les variables estudiades, el T-test de comparació de mitjanes per a grups independents, l'ANOVA (anàlisi de varianza) i anàlisi de resposta múltiple, així com altres anàlisi puntuals, si bé sense incidència en l'informe (anàlisi discriminant, anàlisi de regressió logística).

El paquet estadístic emprat per a l'explotació i anàlisi de dades ha estat l'SPSS 15.0.

³² En el capítol 1 ja ho hem definit, però ho reproduïm aquí per comoditat del lector: es consideren trastorns mentals severos (TMS): l'esquizofrènia i altres trastorns psicòtics; el trastorn delirant; el trastorn psicòtic compartit; el trastorn esquizoafectiu; el trastorn psicòtic no especificat; els trastorns bipolars; el trastorn depressiu major, episodi únic greu amb símptomes psicòtics, i el trastorn depressiu major, episodi recidivant greu amb símptomes psicòtics.

Resultats: part quantitativa

3. Les problemàtiques de salut mental a les presons

3.1. Nombre de persones amb trastorns mentals

Com ja hem comentat en la introducció, les dades que presentem són la part observable d'una realitat que és encara molt desconeguda. Per la mateixa construcció de l'objecte d'estudi, una recerca retrospectiva (que estudia allò que s'ha recollit) aportarà dades sistematitzades, globals o relacionades d'aquells fenòmens que la recerca permeti descobrir. Però la limitació més gran de la recerca ve donada pel registre que s'hagi pogut fer de les dades. Esdevé una condició prèvia: allò que no s'ha registrat amb previsió i de manera sistemàtica, després no pot esdevenir objecte d'estudi. D'una altra manera, només una recerca prospectiva (que comença a recollir dades d'aquell moment endavant) pot permetre recollir de manera sistemàtica les dades que es volen esbrinar i que fins aquell moment no hi eren. La gran dificultat d'aquests tipus de recerques és que són molt cares econòmicament i molt llargues de duració en el temps.

No és el nostre cas, i com ja hem comentat en el capítol 2, la recerca inclou com a població objecte d'estudi totes aquelles persones que l'any 2005 havien passat com a mínim un dia a les unitats psiquiàtriques dels centres penitenciaris de la província de Barcelona: CP Homes BCN, CP Quatre Camins, CP Brians i la UHPP (Unitat Hospitalària Penal Penitenciària, ubicada dins del mateix CP Brians).³³

Amb aquesta manera de seleccionar la població garantíem incloure en l'estudi les persones diagnosticades d'algun tipus de trastorn mental, però també aquelles que per un motiu o un altre ingressaven en aquestes unitats psiquiàtriques, tinguessin o no diagnòstic.

No obstant això, van quedar fora de l'estudi les persones que poguessin patir alguna malaltia mental que no hagués estat diagnosticada i que no haguessin

tingut una manifestació de la malaltia prou evident per haver requerit la intervenció de psiquiatria i, per tant, haver estat registrat el seu ingrés en la llista d'altres l'any 2005.

Malgrat que no s'analitzaran totes les presons de Catalunya, la nostra interpretació és que aquests resultats són ampliables al conjunt de la població penitenciària catalana amb problemàtica de salut mental, atès que inclou els principals equipaments psiquiàtrics penitenciaris actualment en funcionament.

El nombre d'interns que van passar l'any 2005 per les unitats de psiquiatria dels centres penitenciaris estudiats va ser de 342 persones diferents. En percentatge, això suposa el 6,74% del total de la població penitenciària d'aquests centres. Si ens fixem exclusivament en el grup de dones amb trastorns, el percentatge és una mica més alt, 7,88%, i pel que fa als homes se situa en el 6,68%.

En la taula següent, podem comparar els percentatges de persones amb trastorns mentals entre la població general catalana amb els percentatges obtinguts respecte a la població dels centres penitenciaris. El percentatge de la població general s'obté comptabilitzant les persones ateses en centres de salut mental ambulatoris. La taula reflecteix els percentatges i també la taxa estandarditzada per cada 100.000 habitants.

Taula 11. Comparació de malaltia mental entre població de les presons i població general catalana

	Població penitenciària que ha passat per les unitats de psiquiatria de 3 centres penitenciaris (amb diagnòstic i sense diagnòstic)			Població general catalana atesos en centres de salut mental ambulatoris		
	N	%	Taxa per a cada 100.000 hab.	N	%	Taxa per a cada 100.000 hab.
Nombre de pacients	342	6,74%	6.742,9	150.761	2,59%	2.593,8
Dones	19	7,88%	7.883,8	93.472	3,16%	3.164,9
Homes	323	6,68%	6.686,0	57.289	2,00%	2.003,8

Font: Per a la població general catalana: Departament de Salut. *Activitat assistencial de la xarxa sanitària de Catalunya*. Any 2005, pàg. 56. I IDESCAT. Padró municipal d'habitants per sexe. Xifres oficials. Per a la població penitenciària: Direcció General de Recursos i Règim Penitenciari. Any 2005. I dades pròpies de la recerca.

³³ El percentatge d'encarcerats en aquestes presons sobre el total de la població penitenciària de Catalunya l'any 2005 era del 61,70%.

Com podem veure, si el percentatge de persones amb trastorns mentals en la població general catalana l'any 2005 era del 2,59%, en el cas de la presó pujava fins al 6,74% si considerem tots els interns penitenciaris que van passar per les unitats de psiquiatria. Aquest percentatge disminueix fins al 4,16% en cas que només es tinguin en compte aquells interns que estaven diagnosticats.

Una constant que es manté, però, en tots els casos és el major percentatge de dones que d'homes amb trastorns mentals.

El percentatge d'interns amb trastorn mental és força inferior al d'altres estudis que hem vist en dades en el capítol 1.2.2. Creiem que la interpretació està molt relacionada amb allò que hem comentat al començament del capítol.

3.2. Nombre de diagnòstics i ingressos a unitats de psiquiatria

Com ja hem esmentat, la font per seleccionar la població objecte d'estudi van ser les unitats de psiquiatria dels centres penitenciaris. Tots els interns que hi havien passat durant l'any 2005 entraven a formar part de la recerca. Alguns d'ells tenien un o més diagnòstics per escrit; d'altres, no. Tot seguit, presentem algunes dades significatives respecte als ingressos en unitats psiquiàtriques de les persones de l'estudi i respecte a la qüestió dels diagnòstics.

Pel que fa a disposar o no de diagnòstic, dels 342 encarcerats que van passar per les unitats de psiquiatria l'any 2005, el 63,2% tenien com a mínim un diagnòstic de trastorn mental, mentre que el 36,8% no en tenia cap. La taula 12 recull aquesta distribució.

Taula 12. Distribució d'encarcerats que han passat per les unitats de psiquiatria en funció del nombre de diagnòstics de malaltia mental que han rebut. Any 2005

Total diagnòstics de malaltia mental	Encarcerats que han passat per les unitats de psiquiatria	
	N	%
Cap diagnòstic	126	36,8
Un diagnòstic	61	17,8
Dos diagnòstics	42	12,3
Tres diagnòstics	36	10,5
Quatre diagnòstics	30	8,8
Cinc diagnòstics	16	4,7
Sis diagnòstics	14	4,1
De 7 a 9 diagnòstics	14	4,2
De 10 a 12 diagnòstics	3	0,9
Total	342	100

La mitjana de diagnòstics diferents per persona és de 3,20 amb una desviació típica de $\pm 2,19$. Quan parlem de diagnòstics diferents, vol dir que hem trobat descrites per escrit patologies diferents a les de qualsevol altre diagnòstic emès amb relació a aquella persona.

El nombre d'ingressos a unitats de psiquiatria d'aquest col·lectiu va d'un mínim d'un ingrés fins a un màxim de 20. La mitjana d'ingressos a psiquiatria és de 2,80, amb una desviació típica de $\pm 2,87$.

La mitjana de dies que el col·lectiu de la mostra va estar ingressat a psiquiatria és de 236 dies, tot i que amb una gran dispersió, ja que hi ha persones que només hi van passar un dia i d'altres que han estat pràcticament tota la seva condemna. La desviació típica és de $\pm 500,17$ dies.

3.3. Les prevalences segons les patologies mentals

En el capítol 1 ja hem donat les definicions de trastorn mental i les agrupacions que hem fet servir per presentar els resultats de la recerca. Recordem que hem optat per dues possibilitats: 6 o 3 grups de classificació.

Quan parlem de 6 grups, les patologies mentals les hem agrupat en:

1. Delírium, demències, altres trastorns amnèsics i altres trastorns cognoscitius.
2. Esquizofrènia i altres trastorns psicòtics.
3. Trastorns per substàncies.
4. Trastorns de l'estat d'ànim.
5. Trastorns de personalitat.
6. Altres trastorns.

Les prevalences en 6 grups són les que recull la taula 13.

Taula 13. Diagnòstics (classificats en 6 categories) rebuts pels pacients a la presó. Any 2005

Tipus de diagnòstic agrupat en 6 categories	N	% vàlid
Només delírium	1	0,5
Només esquizofrènia	52	24,1
Només trastorns per substàncies	6	2,8
Només trastorns de l'estat d'ànim	3	1,4
Només trastorns de personalitat	24	11,1
Només altres trastorns	5	2,3
Delírium + esquizofrènia	2	0,9
Delírium + altres	1	0,5
Esquizofrènia + altres	5	2,3
Esquizofrènia + substàncies	10	4,6
Esquizofrènia + ànim	3	1,4
Esquizofrènia + personalitat	25	11,6
Altres + substàncies	5	2,3
Altres + ànim	3	1,4
Altres + personalitat	5	2,3
Substàncies + ànim	2	0,9
Substàncies + personalitat	8	3,7
Ànim + personalitat	4	1,9
Delírium + esquizofrènia + personalitat	1	0,5
Delírium + altres + personalitat	2	0,9
Delírium + ànim + personalitat	1	0,5
Esquizofrènia + altres + substàncies	1	0,5
Esquizofrènia + altres + ànim	1	0,5
Esquizofrènia + altres + personalitat	2	0,9
Esquizofrènia + substàncies + ànim	1	0,5
Esquizofrènia + substàncies + personalitat	17	7,9
Esquizofrènia + ànim + personalitat	2	0,9
Altres + substàncies + ànim	1	0,5
Altres + substàncies + personalitat	4	1,9
Altres + ànim + personalitat	2	0,9
Substàncies + ànim + personalitat	3	1,4

Delírium + altres + substàncies + personalitat	1	0,5
Esquizofrènia + altres + substàncies + personalitat	5	2,3
Esquizofrènia + altres + ànim + personalitat	4	1,9
Esquizofrènia + substàncies + ànim + personalitat	2	0,9
Altres + substàncies + ànim + personalitat	2	0,9
Total	216	100
Sense diagnòstic	126	

De la lectura d'aquesta taula, destaquem les dades següents:

Les esquizofrènies i els trastorns psicòtics són presents en el 61,7% de les persones que han rebut com a mínim un diagnòstic i han passat per unitats de psiquiatria de les presons.

Els trastorns per substàncies són presents en el 31,6% dels subjectes que han rebut com a mínim un diagnòstic i han passat per unitats de psiquiatria de les presons.

Els trastorns d'ànim són presents en el 15,4% dels subjectes que han rebut com a mínim un diagnòstic i han passat per unitats de psiquiatria de les presons.

Quan parlem de 3 grups de malalties mentals, les patologies les hem agrupat en:

1. Trastorns mentals severos.³⁴
2. Trastorns de personalitat.
3. Altres trastorns.

Les prevalences en 3 grups són les recollides en la taula 14.

³⁴ Recordem que els TMS inclouen: esquizofrènia; trastorn delirant; trastorn esquizoafectiu; trastorn psicòtic compartit; trastorn psicòtic no especificat; trastorns bipolars; trastorns depressius majors.

Taula 14. Diagnòstics (classificats en 3 categories) rebuts pels pacients a la presó.
Any 2005

Tipus de diagnòstic agrupat en 3 categories	N	% vàlid
Només trastorns mentals severos (TMS)	46	21,3
Només trastorns de personalitat (TP)	24	11,1
Només altres trastorns	31	14,4
TMS + TP	23	10,6
TMS + altres	25	11,6
TP + altres	29	13,4
TMS + TP + altres	38	17,6
Sense diagnòstic	126	-
Total	342	100

De la lectura d'aquesta taula, destaquem les dades següents:

132 persones, el 61,1% dels diagnosticats, han rebut com a mínim un diagnòstic de trastorn mental sever. Aquest percentatge suposa el 2,60% respecte del total de persones encarcerades ingressades a les presons incloses en l'estudi durant l'any 2005 (mitjana = 5.072 persones). Aquest darrer percentatge (que correspondria a la taxa de TMS en la població penitenciària) resulta molt similar a la taxa d'aquest tipus de trastorn en la població general espanyola que, com hem dit anteriorment, se situa entre el 2,5 i el 3%. Les dades coincideixen amb el percentatge de TMS donat en l'estudi de Brians, 2006, que se situava en el 3%.

114 persones han rebut, com a mínim, un diagnòstic de trastorn de personalitat, la qual cosa correspon al 52,8% dels diagnosticats. Aquestes dades coincideixen amb els estudis americans i canadencs citats per Vicens (2006), que situaven aquest percentatge entre el 50 i el 75% dels interns que rebien un diagnòstic, i amb la metaanàlisi de Fazel i Danesh (2002), que estudiava 62 treballs i donava un percentatge d'interns amb trastorns de personalitat del 42%.

Finalment, 123 persones, el 56,9% dels diagnosticats, han rebut, com a mínim, un diagnòstic d'*altres trastorns mentals*.

3.4. El coneixement de la malaltia mental: abans, en el moment o després de l'ingrés penitenciari

3.4.1. El temps que es triga a saber un diagnòstic de trastorn mental en els interns a presó

Un dels objectius de la recerca és saber en quin percentatge dels interns a presó afectats per un trastorn mental es coneix el diagnòstic ja des d'abans de l'ingrés; en quin es detecta el problema en el moment de l'ingrés; i en quina proporció d'interns el sistema triga a descobrir la patologia, bé perquè la simptomatologia és confosa, bé perquè el trastorn es desencadena durant l'ingrés a presó o bé per altres causes.

En el nostre estudi, es pot observar que en el 80% dels casos d'interns dels quals s'ha conegut un diagnòstic, aquest ja se sabia en el moment de l'inici de la pena base.³⁵

No obstant això, recordem que un 36,8% dels interns que han passat per les unitats de psiquiatria de les presons estudiades mai, que es conegui, no han rebut cap diagnòstic de malaltia mental. A aquest percentatge, cal afegir-li un 3,6% d'encarcerats per als qui no constava la data del primer diagnòstic. Aquests dos percentatges sumen el 40,4% dels *no consta* en la taula 15.

De les 41 persones que van entrar a la presó abans de ser diagnosticades, el 50% va ingressar-hi l'any anterior al del diagnòstic. Una dada ja apuntada en el marc teòric, en què es recollia que moltes de les persones que després es troben amb problemes psiquiàtrics a la presó, n'han patit en l'any immediatament anterior a l'ingrés.

³⁵ S'entén per *pena base* la condemna o condemnes que està complint de manera ininterrompuda a presó en el període que comprén aquest estudi: l'any 2005.

Taula 15. Temps que s'ha trigat entre el primer diagnòstic de trastorn mental i la data d'ingrés a la pena base

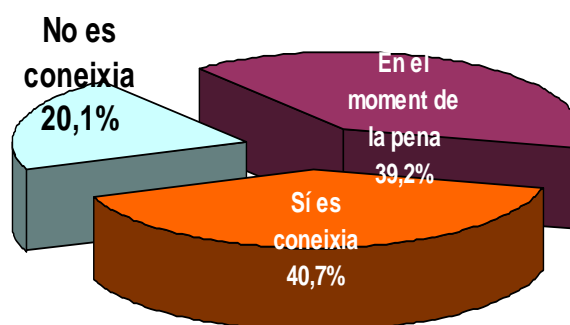
Temps entre diagnòstic i inici ingrés pena base		N	%	% vàlid
Ingrés a presó previ al diagnòstic	De 19 a 10 anys	1	0,3	0,5
	De 9 a 5 anys	4	1,2	2,0
	De 4 a 0 anys	36	10,5	17,6
	Total parcial	41	12,0	20,1
Diagnòstic en el moment de l'ingrés a presó Total parcial		80	23,4	39,2
Diagnòstics previs a l'ingrés a presó	D'1 a 5 anys	40	11,7	19,6
	De 6 a 10 anys	23	6,7	11,3
	De 11 a 15 anys	11	3,2	5,4
	De 16 a 20 anys	7	2,0	3,4
	De 21 a 25 anys	2	0,6	1,0
	Més de 25 anys	-	-	-
Total parcial		83	24,2	40,7
No consta		138	40,4	-
Total		342	100	100

El 20% de la població de la qual es coneix diagnòstic ha ingressat a presó per la pena actual abans de ser diagnosticats per primer cop d'una malaltia mental.

El 39,2% van ser diagnosticats en el moment de l'ingrés a presó per la pena actual.

El 40,7% ja tenien un diagnòstic de malaltia mental en el moment d'entrar a complir pena de presó per la pena actual.

Gràfic 4. Coneixement de la malaltia mental en el moment d'ingrés a la presó



3.4.2. S'ha tingut en compte el trastorn mental en la sentència judicial?

Hem volgut saber en quina proporció dels casos de la població objecte d'estudi es va tenir en compte algun tipus de circumstància modificativa de la responsabilitat del penat en la sentència judicial pel fet de la malaltia mental. En els casos que acumulen més d'una condemna per més d'una causa, hem pres com a referència per a aquesta anàlisi la causa amb més condemna o temps de pena.

Taula 16. S'ha tingut en compte la malaltia mental en la sentència judicial?

Tipus de circumstància tinguda en compte en la sentència judicial	N	%	% vàlid
Cap	92	26,9	55,4
Sí, com a atenuant	23	6,7	13,9
Sí, com a eximent incomplet	38	11,1	22,9
Sí, com a eximent complet	10	2,9	6,0
Sí, com a altres	3	0,9	1,8
No consta	176	51,5	-
Total	342	100	100

De la taula 16 s'extreu que en el 55,4% dels casos no s'ha tingut en compte cap atenuant o eximent en la sentència judicial, i en un 44,6% sí.

Si creuem aquesta taula amb la dels casos que no es coneixia o sí es coneixia l'existència d'una malaltia mental, els resultats són els següents:

Taula 17. Conseqüència de la malaltia mental en la sentència judicial i coneixement de la malaltia

Tipus de circumstància tinguda en compte en la sentència judicial	Coneixement de la malaltia mental					
	No es coneix en el moment de l'ingrés(*)		Es coneix en el moment de l'ingrés(*)		Es coneixia abans de l'ingrés(*)	
	N	%	N	%	N	%
Cap	17	65,4	30	56,6	22	43,1
Sí, com a atenuant	2	7,7	7	13,2	8	15,7
Sí, com a eximent incompleta	6	23,1	11	20,8	15	29,4
Sí, com a eximent completa	0	0,0	5	9,4	5	9,8
Sí, com a altres	1	3,8	0	0,0	1	2,0
Total	26	100,0	53	100,0	51	100,0

* Es considera el primer ingrés a presó per complir la pena base, ja sigui com a preventiu, com a penat o com a internat judicial.

Les diferències no són significatives.

De les dades d'aquesta taula podem deduir que, en general, la decisió judicial de considerar atenuants o eximents a causa de malaltia mental és independent del fet que la persona estigués prèviament diagnosticada o no.

Malgrat això, en la taula següent podem veure que determinats trastorns mentals diagnosticats prèviament al judici es tenen més en compte en sentència que altres.

Taula 18. Tipus de trastorn mental diagnosticat i consideració en sentència (dicotòmica)

Tipus de malaltia mental diagnosticada (classificat en 3 categories)	S'ha tingut en compte en la sentència judicial?			
	No		Sí	
	N	%	N	%
Només TMS (trastorns mentals severes)	16	22,2	11	16,9
Només TP (trastorns de personalitat)	5	6,9	4	6,2
Només Altres	14	19,4	5	7,7
TMS + TP	6	8,3	13	20,0
TMS + Altres	9	12,5	11	16,9
TP + Altres	10	13,9	8	12,3
TMS + TP + Altres	12	16,7	13	20,0
Total	72	100,0	65	100,0

Les diferències no són estadísticament significatives en el conjunt. Amb tot i això, els que tenen un diagnòstic només *d'altres trastorns*, tenen més possibilitats que no es tingui en compte en sentència judicial. En canvi, els que presenten la combinació de TMS + TP, tenen més possibilitats que sí que es tingui en compte.

3.5. El perfil dels interns amb trastorns mentals

3.5.1. El perfil personal i sociodemogràfic

Es recull a continuació la descripció de les variables personals i socials dels interns a presó del nostre estudi. Cal tenir en compte que respecte a alguns aspectes es recullen les dades que ha declarat el propi intern; concretament: lloc de residència, professió, coneixement de l'idioma, estudis i consum de

tòxics. La resta de dades tenen com a font els professionals del centre penitenciari.

Taula 19. Gènere, lloc de procedència, lloc de residència i edat

Taula 20. Estudis, coneixement dels idiomes oficials i professió declarada

Sexe	N	% vàlid
Home	323	94,4
Dona	19	5,6
Nacionalitat	N	% vàlid
Espanyol	267	78,3
Estranger	74	21,7
Àrea geogràfica de procedència	N	% vàlid
Espanya	267	78,1
Unió Europea	13	3,8
Resta d'Europa	2	0,6
Magrib	31	9,1
Resta Àfrica	14	4,1
Centre i Sud Amèrica	9	2,6
Àsia	5	1,5
Resta del món	0	0

Lloc de residència declarat	Total per província		Comarca	N	% vàlid
	N	%			
Barcelona	252	73,7	Alt Penedès	3	0,9
			Anoia	4	1,2
			Bages	5	1,5
			Baix Llobregat	43	12,6
			Baix Penedès	3	0,9
			Barcelonès	119	34,8
			Berguedà	2	0,6
			Garraf	2	0,6
			Maresme	21	6,1
			Osona	7	2,0
			Vallès Occidental	29	8,5
			Vallès Oriental	14	4,1
Girona	23	6,7	Alt Empordà	5	1,5
			Baix Empordà	7	2,0
			Cerdanya	1	0,3
			Gironès	6	1,8
			Pla de l'Estany	2	0,6
			Selva	2	0,6
Lleida	4	1,2	Pallars Jussà	1	0,3
			Segrià	3	0,9
			Urgell	-	-
Tarragona	19	5,6	Baix Camp	5	1,5
			Baix Ebre	1	0,3
			Montsià	2	0,6
			Tarragonès	11	3,2
Altres	44	12,8	Fora de Catalunya	10	2,9
			Fora d'Espanya	3	0,9
			Sense residència	28	8,2
			No consta	3	0,9

Edat	N	mitjana	Desviació típica	Mínim	Màxim
Quan el primer consum de tòxics	198	14,5	6,0	10	39
Quan el primer ingrés a presó	188	24,1	7,5	16	61
Quan el primer diagnòstic	204	29,3	10,7	5	66
Quan el delictes que provoca la <i>pena base</i>	242	31,8	9,8	17	66
Quan l'inici de compliment la <i>pena base</i>	339	33,3	10,0	16	84
Quan el primer ingrés a psiquiatria de presó	335	34,9	10,0	17	84
Quan inici de l'estudi (juliol 2006)	339	36,8	10,0	20	85

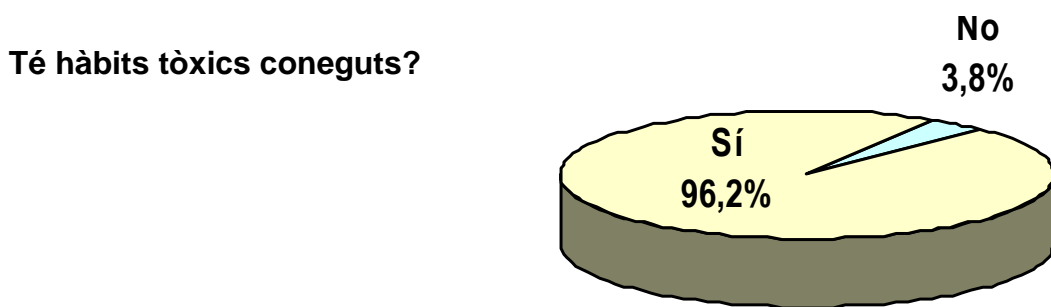
Taula 20. Estudis, coneixement dels idiomes oficials i professió declarada

Estudis	N	% vàlid
Sense estudis	7	2,1
Només primaris	144	43,5
Secundaris	109	32,9
Universitaris	12	3,6
Altres estudis	20	6,0

Coneixement de l'idioma		N	% vàlid
Català	No l'entén	55	19,9
	Només l'entén	53	19,2
	L'entén i el parla	29	10,5
	També l'escriu	33	12,0
	No se sap	106	28,4
Castellà	No l'entén	8	2,8
	Només l'entén	21	7,3
	L'entén i el parla	33	11,5
	També l'escriu	134	46,9
	No se sap	90	31,5

Professió declarada (per sectors)	Total		Professió declarada	N	% vàlid
	N	% vàlid			
Sector primari	7	2,3	Agricultura	7	2,3
Sector secundari	14	4,6	Metal·lúrgia/mineria/electricitat	10	3,3
			Tèxtil/calçat	4	1,3
Sector terciari	186	60,5	Administratiu	2	0,7
			Automoció/ Mecànic	10	3,3
			Construcció/fusta/oficis	97	31,6
			Empleada de neteja	4	1,3
			Feines de casa	2	0,7
			Forces de seguretat	5	1,6
			Hostaleria/comerç	33	10,7
			Sanitat/ Ensenyament	2	0,7
			Serveis en general	14	4,6
			Transports	7	2,3
			Vendes/venda ambulat	10	3,3
			Altres	100	32,6
Sense ofici	44	14,3			
Pensionista	27	8,8			

Taula 21. Salut: toxicomanies, problemàtica psíquica i medicació



Hàbits tòxics coneguts	N	%*
Alcohol	189	55,3
Cocaïna	186	54,4
Cànnabis	170	49,7
Heroïna	140	40,9
Abús de fàrmacs	97	28,4
Drogues de disseny	86	25,1
Inhalants	13	3,8
Altres	62	18,1
No se sap	90	26,3

* Sobre el total de la mostra d'interns; N = 342.

Drogues via parenteral?	N	% vàlid
Sí	90	33,7
No	177	66,3
No consta	75	-
Total	342	100

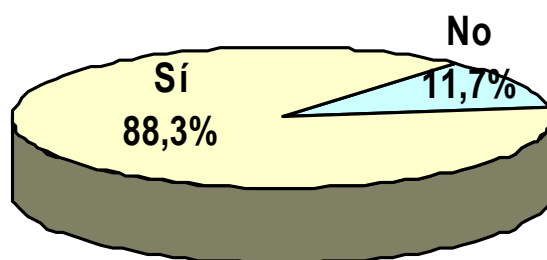
Retard mental?	N	% vàlid
Sí	38	19,8
No	154	80,2
No consta	150	-
Total	342	100

Incapacitació legal?	N	% vàlid
Sí	7	4,0
No	169	96,0
No consta	166	-
Total	342	100

Toxicologia en actiu?	N	% vàlid
Sí	78	57,8
No	57	42,2
No consta	207	-
Total	342	100,0

Disminució psíquica diagnosticada?	N	% vàlid
Sí	27	14,9
No	154	85,1
No consta	161	-
Total	342	100

Rep medicació?

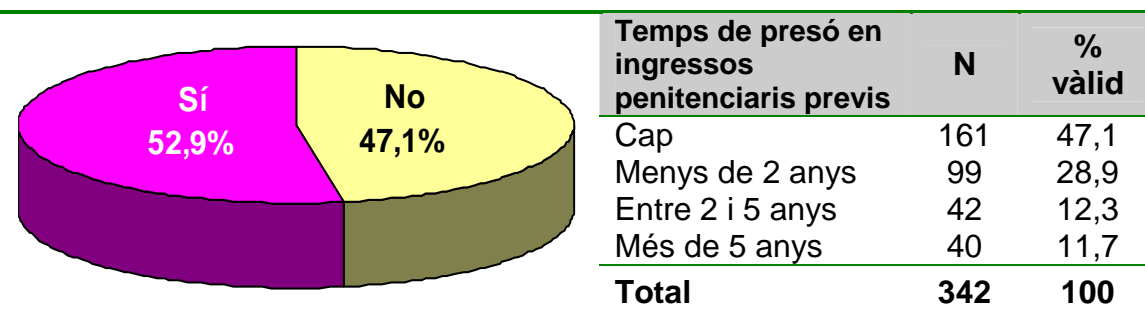


Medicació administrada	N	%*
Altres	104	30,4
Metadona	98	28,7
Antipsicòtics	96	28,1
Ansiolítics	90	26,3
Medicació per malaltia orgànica	69	20,2
Antidepressius	47	13,7
Eutimitzants	21	6,1
Medicació per altres addiccions	2	0,6
Antiretrovirals	1	0,3

* Sobre el total d'interns; N = 342

3.5.2. El perfil penal

Gràfic 5 i taula 22. Antecedents penitenciaris



Taula 23. Delicte principal de la pena base

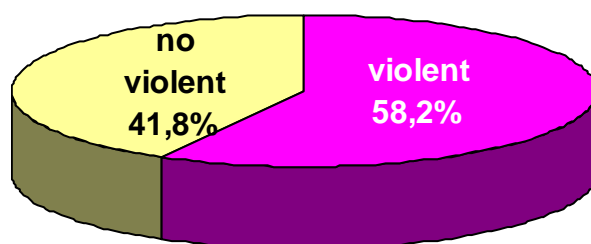
Tipus de delicte principal* pena base	N	%	% vàlid
Contra les persones	130	38,0	38,1
Contra la llibertat sexual	27	7,9	7,9
Contra la propietat	135	39,5	39,6
Contra la salut pública (drogues)	17	5,0	5,0
Altres delictes	32	9,4	9,4
No consta	1	0,3	-
Total	342	100	100

* Amb més condemna pel qual està complint mesura de presó l'any 2005

Taula 24. Altres delictes acumulats a la pena base

Altres delictes acumulats	Delicte 2		Delicte 3		Delicte 4		Delicte 5		Delicte 6		Total delictes	
	N	% vàlid	N	% vàlid	N	% vàlid	N	% vàlid	N	% vàlid	N	% vàlid
Contra les persones	70	35,0	45	31,5	34	30,6	26	28,0	15	21,1	190	30,7
C. llibertat sexual	4	2,0	3	2,1	3	2,7	2	2,2	2	2,8	14	2,3
Contra la propietat	84	42,0	63	44,1	54	48,6	41	44,1	37	52,1	279	45,2
Contra la salut pública	2	1,0	4	2,8	1	0,9	-	-	-	-	7	1,1
Altres delictes	40	20,0	28	19,6	19	17,1	24	25,8	17	23,9	128	20,7
No consta	142	-	199	-	231	-	249	-	271	-	-	-
Total	342	100	342	100	342	100	342	100	342	100	618	100

Gràfic 6. Percentatge de delictes violents



Nota: els delictes violents agrupen els delictes *contra les persones*, *contra la llibertat sexual* i el *robatori amb violència i/o intimidació*. En aquest còmput, s'han tingut en compte tots els delictes acumulats a la pena base de cada intern.

3.5.3. El perfil penitenciari

Taula 25 Nombre d'ubicacions diferents durant la pena base. Ubicació per mòduls

Nombre d'ubicacions diferents			Ubicacions diferents per mòduls		
	N	% vàlid		N	% vàlid
Entre 1 i 5	143	42,2	Interns comuns	265	78,2
Entre 6 i 10	64	18,9	Interns perillosos	81	23,9
Entre 11 i 20	57	16,8	Especial protecció	28	8,3
Entre 21 i 30	32	9,4	DERT	72	21,2
Entre 31 i 40	18	5,3	Psiquiatria	329	97,1
Més de 40	25	7,4	DAE	23	6,8
No consta	3	-	3r grau	39	11,5
Total	342	100	Hospitalització externa	44	13,0
			Infermeria	32	9,4

Nota: s'ha comptat com a *ubicació diferent* cada cop que l'intern ha estat canviat de mòdul residencial. Els canvis de cel·la dins del mateix mòdul o d'un similar no han estat comptabilitzats.

De la lectura de la taula, s'extreuen algunes dades molt interessants referides als interns de la mostra:

La seva mobilitat dins de la presó és molt alta.³⁶ La mobilitat pot ser un indicador de l'estabilitat de l'intern en el centre penitenciari. Molts canvis poden fer intuir una manca d'adaptació al seu entorn: 4 de cada 10 d'aquests interns superen la desena de canvis d'ubicació al llarg del seu internament penitenciari. La mitjana d'ubicacions diferents és de 14,3, però amb una desviació típica de $\pm 18,0$, la qual cosa explica una gran variabilitat.

Els interns de la mostra han passat majoritàriament per psiquiatria (el 97,1%) i per les galeries amb interns comuns (el 78,2%). D'altra banda, 1 de cada 4 ha estat en galeries d'interns perillosos i 1 de cada 5 en departaments especials per al tractament dels més refractaris a la convivència.

Només 1 de cada 10 ha arribat a passar per galeries de 3r grau, dada que destaca per la seva poca rellevància, i només el 6,8% han ingressat en departaments específics per tractar la seva toxicomania, la qual cosa sorprèn vistos els percentatges de consum que hem donat anteriorment.

³⁶ Hem recollit les *ubicacions* diferents registrades, la qual cosa vol dir canvi de galeria i de condicions de vida de l'intern. No hem registrat els canvis de cel·la o de galeria quan aquests

Si ens fixem ara en el tipus de malaltia diagnosticada per veure si es troben diferències en funció de la malaltia coneguda i el nombre d'ubicacions diferents, els resultats es poden llegir en la taula següent.

Taula 26. Ubicacions diferents segons els diagnòstics (agrupats en 3 categories)

Ubicacions diferents per diagnòstics	N	Mitjana	Desviació típica	Mínim	Màxim
TM severa	45	10,4	12,1	1	59
T personalitat	24	12,8	18,6	1	86
Altres	31	19,8	21,8	3	95
TM severa + T personalitat	23	17,9	21,7	1	87
TM severa + altres	24	16,5	16,9	2	65
T personalitat + altres	29	15,4	19,0	2	77
TM severa + T person. + altres	38	24,6	25,9	1	120
Sense diagnòstic	125	10,1	13,1	1	73

Les persones de la mostra que no tenen cap diagnòstic de trastorn mental són les que menys canvis d'ubicació viuen dins de presó, i també les persones a qui s'ha diagnosticat un trastorn mental sever com a únic trastorn.

Per contra, les persones que han rebut més diagnòstics diferents, les que acumulen diagnòstics de tot tipus, són qui més mobilitat presenten.

En tots els casos, però, la variabilitat entre persones és molt elevada: ho podem constatar perquè la desviació típica és sempre més alta que la mitjana, i pel nombre mínim i màxim d'ubicacions, que abasta un interval molt ampli.

Vegem ara, en la taula següent, com es relacionen les ubicacions dels interns amb el tipus de delictes que van cometre en la pena principal, diferenciant si aquest delictes era violent³⁷ o no.

no implicaven un canvi de condicions de vida de l'intern (per exemple: canviar d'una galeria a una altra en un mateix mòdul d'interns comuns).

³⁷ Delictes violents: delictes contra les persones, contra la llibertat sexual i robatoris amb intimidació i/o violència; delictes no violents: la resta.

Taula 27. Ubicacions diferents per mòduls i relació amb el delicte principal comès

Relació ubicacions i delicte violent	Delicte violent		Delicte no violent		Total	
	N	%	N	%	N	%
Galeries d'interns comuns	149	56,2	116	43,8	265	78,2
Galeries d'interns perillosos	51	63,0	30	37,0	81	23,9
Galeries d'interns d'especial protecció	14	50,0	14	50,0	28	8,3
DERT ³⁸	40	55,6	32	44,4	72	21,2
Unitats de psiquiatria	191	58,1	138	41,9	329	97,1
DAE ³⁹	11	47,8	12	52,2	23	6,8
Galeries 3r grau	22	56,4	17	43,6	39	11,5
Hospitalització externa	26	59,1	18	40,9	44	13,0
Infermeria	17	53,1	15	46,9	32	9,4

Destaquem, per la seva significació, que les persones que han comès delictes violents surten més representats en les galeries d'interns perillosos i en les galeries de psiquiatria. Respecte a la resta, les diferències no són significatives.

Taula 28. Nombre d'activitats realitzades en el centre penitenciari

Nombre d'activitats	N	% vàlid	Tipus d'activitat	N	%(*)
Cap	40	11,9	Animació sociocultural	181	52,9
Entre 1 i 3 activitats	92	27,3	Operari / aux. oficina	131	38,3
Entre 4 i 10 activitats	62	18,6	Educació reglada	170	49,7
Entre 11 i 20 activitats	63	18,9	Progr. específics tractament	250	73,1
Entre 21 i 49 activitats	47	14,1	Educació física i esports	166	48,5
De 50 fins a 184 activitats	33	9,2	Formació ocupacional	127	37,1
No consta	5	-	Altres	84	24,6
Total	342	100	(*) Respecte del total d'interns= 342		

Quant al conjunt d'activitats que es fan, destaquem que 3 de cada 4 interns han fet alguna activitat relacionada amb la problemàtica que els afecta (programes específics de tractament),⁴⁰ tot i que són les activitats d'animació sociocultural, d'educació reglada i d'educació física i esports les que per pes percentual tenen més importància absoluta en el conjunt d'activitats que han realitzat els interns de la mostra.

³⁸ Departament Especial de Règim Tancat

³⁹ Departament d'Atenció Especialitzada (per l'atenció específica de toxicomanies)

⁴⁰ Alguns dels que es treballen, sense ànims de ser exhaustius: programes individualitzats de tractament (PIT); programes de conductes addictives; programes d'intervenció en conductes d'agressió sexual (SAC); programes d'intervenció en delictes de violència (DEVI); programes d'intervenció en violència domèstica (VIDO).

Nombre total d'activitats realitzades	N	Percentatge sobre el total d'activitats
Animació sociocultural	1.383	23,4
Operari / auxiliar d'oficina	720	12,2
Educació reglada	1.078	18,3
Programes específics de tractament	1.198	20,3
Educació física i esports	883	14,9
Formació ocupacional	436	7,4
Altres	204	3,5
Total	5.902	100

Taula 29. Activitats fetes segons els diagnòstics (agrupats en 3 categories)

Activitats fetes segons els diagnòstics	N	Mitjana	Desviació típica	Mínim	Màxim
TM severa	38	16,1	22,4	1	121
T personalitat	20	13,7	19,9	1	77
Altres	31	21,0	22,0	1	93
TM severa + T personalitat.	22	26,1	31,7	1	124
TM severa + altres	22	14,4	17,4	1	67
T personalitat + altres	28	22,3	37,5	1	184
TM severa + T persona. + altres	36	40,6	41,6	1	163
Sense diagnòstic	100	13,2	19,3	1	94

Si ens fixem en els tipus de diagnòstics, són precisament les persones que no en tenen les que menys activitats fan de mitjana (13,2).

Per contra, les que tenen més tipus de diagnòstics diferents són les que més activitats realitzen de mitjana (40,6).

Taula 30. Sortides programades. Permisos gaudits durant la pena base

Sortides programades?	N	% vàlid	Permisos gaudits?	N	% vàlid
No	265	78,9	No	224	66,5
Sí, entre 1 i 3 el darrer any	42	12,5	Sí, ordinaris	64	19,0
Sí, més de 3 el darrer any	29	8,6	Sí, extraordinaris	27	8,0
No consta / no procedeix	6	-	Sí, ambdós tipus	22	6,5
Total	342	100	No consta	5	-
			Total	342	100

Destaca el poc contacte amb l'exterior dels interns de la mostra. Un 78,9% no han sortit de la presó acompanyats de professionals ni una sola vegada en el darrer any.

Un 66,5% no ha gaudit de cap tipus de permís de sortida durant tot el període de compliment de la pena base.

Si ens preguntem si hi ha diferències pel que fa a les sortides programades i els permisos en funció del tipus de diagnòstic que té l'intern, la resposta és afirmativa: els que no tenen diagnòstic surten menys, tant en sortides programades com amb permisos. Els que tenen diagnòstics de trastorns en la categoria *altres* surten més, tant en sortides programades com amb permisos. Els que tenen diagnòstics dels tres tipus de trastorns fan més sortides programades. Respecte a la resta de grups no hi ha diferències significatives.

Taula 31. Sortides programades en funció del tipus de diagnòstic

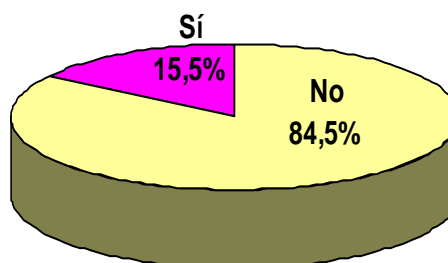
Sortides fetes segons els diagnòstics	No		Sí		Total	
	N	%	N	%	N	%
Severs	34	12,8	12	16,9	46	13,7
Personalitat	20	7,5	4	5,6	24	7,1
Altres	19	7,2	12	16,9	31	9,2
Severs + personalitat	15	5,7	8	11,3	23	6,8
Severs + altres	17	6,4	7	9,9	24	7,1
Personalitat + altres	24	9,1	4	5,6	28	8,3
Severs + personalitat + altres	24	9,1	14	19,7	38	11,3
Sense diagnòstic	112	42,3	10	14,1	122	36,3

Taula 32. Permisos de sortida en funció del tipus de diagnòstic

Permisos de sortida segons els diagnòstics	No		Sí		Total	
	N	%	N	%	N	%
Severs	35	15,6	10	8,8	45	13,4
Personalitat	17	7,6	6	5,3	23	6,8
Altres	12	5,4	19	16,8	31	9,2
Severs + personalitat	14	6,3	8	7,1	22	6,5
Severs + altres	13	5,8	11	9,7	24	7,1
Personalitat + altres	17	7,6	12	10,6	29	8,6
Severs + personalitat + altres	21	9,4	17	15,0	38	11,3
Sense diagnòstic	95	42,4	30	26,5	125	37,1

Taula 33. Ha accedit al règim obert?

Accés al règim obert?	N	% vàlid
No compleix requisits ⁴¹	178	55,3
Compleix, però no hi ha accedit ⁴²	94	29,2
Sí, art. 82 RP ⁴³	10	3,1
Sí, art. 83 RP ⁴⁴	24	7,5
Sí, art. 104.4 RP ⁴⁵	4	1,2
Sí, art. 182 RP ⁴⁶	8	2,5
Sí, art. 86.4 RP ⁴⁷	1	0,3
Sí, no consta	3	0,9
No consta	20	-
Total	342	100



Les persones que presenten *altres trastorns* són qui majoritàriament accedeixen al règim obert, en les modalitats de l'article 82 del Reglament Penitenciari (obert restringit, sortir només per fer unes determinades activitats), i també en l'article 83 del RP (obert comú, sortir només durant el dia i tornar a dormir). La resta d'interns diagnosticats amb altres categories de trastorns són molt pocs, la qual cosa dificulta que surti cap diferència significativa respecte a la seva progressió cap al tercer grau.

El mateix passa amb la llibertat condicional. Només 11 persones hi han accedit, i 4 d'elles són del grup que no tenen cap diagnòstic, com a grup més representat, sense arribar a cap significació estadística.

⁴¹ No compleix els requisits objectius, com ara haver complert la part de pena mínima que és requisit per accedir a aquest benefici penitenciari o no tenir pendent el compliment de cap sanció disciplinària.

⁴² El seu comportament no és l'adient per accedir al tercer grau o no compleix altres requisits, com ara tenir fora de la presó algun tipus de vincle o arrelament que garanteixi que no reincidirà si té permís, etc.

⁴³ Obert restringit: pot sortir puntualment durant el dia a fer alguna activitat fora de la presó. La resta d'activitats les fa dins del CP.

⁴⁴ Obert comú: surt durant el dia i només ha d'anar a dormir a la nit al CP.

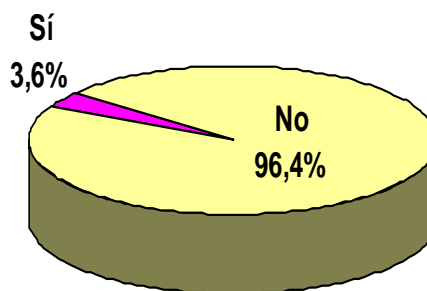
⁴⁵ Per malaltia greu: l'intern pateix una malaltia greu i per motius humanitaris i de salut se'l classifica en aquest grau perquè pugui sortir ambulatoriament a fer, per exemple, el tractament sanitari o la teràpia.

⁴⁶ Centre de deshabitució: l'intern continua el tractament de desintoxicació a la toxicomania de la qual és depent en un centre especialitzat en aquest tema, tot i tenir les sortides restringides segons les activitats terapèutiques que marqui el propi centre de deshabitució amb coneixement i autorització del CP i del jutge de vigilància penitenciària.

⁴⁷ Control telemàtic: és el mateix règim que l'obert comú, amb la diferència que el subjecte dorm a casa seva amb control telemàtic acceptat voluntàriament, durant aquestes hores que alternativament hauria d'estar pernoctant al centre penitenciari.

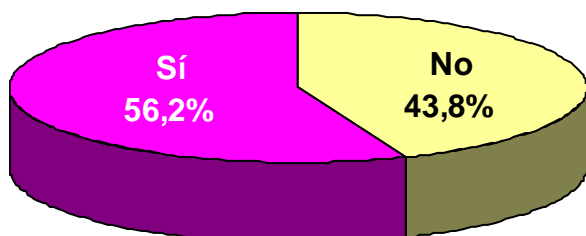
Taula 34. Ha accedit a la llibertat condicional?

Llibertat condicional?	N	% vàlid
No compleix condicions objectives per a la concessió	272	88,9
Compleix condicions, però no hi ha accedit	23	7,5
LLC 2/3 parts condemna	5	1,6
LLC 3/4 parts condemna	6	2,0
No consta	36	-
Total	342	100



Taula 35. Ha protagonitzat incidents durant el compliment de la pena base?

Incidents?	N	% vàlid
Cap incident	144	43,8
1 incident	49	14,9
2 incidents	41	12,5
Entre 3 i 4 incidents	32	9,7
5 o més incidents	63	19,1
No consta	13	-
Total	342	100



Taula 36. Relació entre incidents i diagnòstics (3 categories)

Diagnòstics	N	Mitjana incidents	Desviació Típica	Mínim	Màxim
Severs	44	2,9	10,7	0	70
Personalitat	22	3,6	5,5	0	23
Altres	29	3,7	5,8	0	27
Severs + personalitat	23	5,7	12,0	0	54
Severs + altres	24	2,2	3,6	0	10
Personalitat + altres	29	5,3	8,1	0	27
Severs + personalitat + altres	37	7,8	10,4	0	36
Sense diagnòstic	121	2,4	7,8	0	68

Les persones amb els tres tipus de diagnòstics són els que protagonitzen més incidents (una mitjana de 7,8; desviació típica $\pm 10,4$). A continuació, es troben els *trastorns de personalitat* quan es combinen amb *trastorns severs* (mitjana 5,7; desviació típica $\pm 12,0$) o quan es combinen amb *altres trastorns* (mitjana 5,3; desviació típica $\pm 8,1$). Els *severs*, *severs + altres* i, curiosament, els que no

tenen diagnòstic són els que protagonitzen menys incidents de mitjana. Aquestes diferències entre grups són estadísticament significatives.

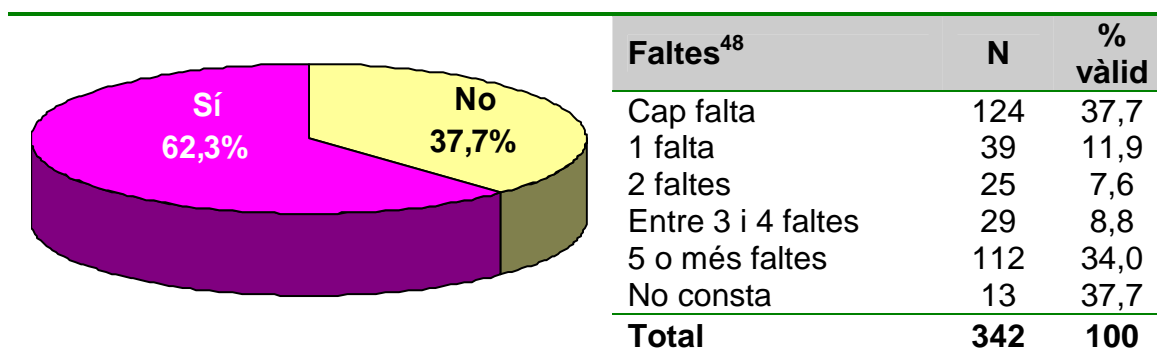
Si ens fixem en la descripció dels incidents, podem observar que les agressions en el seu conjunt són els més remarcables en termes de percentatge (38,0%, sumant les quatre possibilitats), seguit de la intervenció de substàncies tòxiques prohibides (17,3%) i les autolesions (17,1%, comptant també en aquest grup les temptatives de suïcidi).

En aquest punt, destaquem que cap de les 8 persones que van morir per suïcidi l'any de la recerca va passar per les unitats de psiquiatria estudiades. Malgrat que hi tornarem més endavant sobre aquest tema, de la lectura directa de les xifres sembla que es desprèn el fet que la detecció i derivació a psiquiatria esdevé un factor preventiu per evitar la consumació del suïcidi.

Taula 37. Descripció d'incidències durant la pena base

Descripció incidències	N	%
Alteració lleu de l'ordre	4	0,8
Temptativa d'evasió	4	0,6
Agressió greu a funcionari	1	0,2
Agressió lleu a funcionari	21	3,2
Agressió greu entre interns	42	6,5
Agressió lleu entre interns	182	28,1
Autolesió greu	5	0,8
Autolesió lleu	91	14,1
Mort per causes naturals	1	0,2
Mort per altres causes	1	0,2
Mort per suïcidi	0	0,0
Temptativa de suïcidi	14	2,2
Vaga	92	14,2
Intervenció de substàncies tòxiques	112	17,3
Intervenció d'objectes perillosos/prohibits	59	9,1
Incendi	14	2,2
Altres	3	0,5
Total	647	100

Taula 38. Faltes comeses durant el compliment de la pena base



Taula 39. Relació entre faltes i diagnòstics (3 categories)

Diagnòstics	N	Mitjana incidents	Desviació Típica	Mínim	Màxim
Severs	44	2,4	4,0	0	15
Personalitat	23	7,9	18,4	0	87
Altres	30	10,7	20,6	0	108
Severs + personalitat	21	8,2	12,6	0	42
Severs + altres	24	4,5	6,1	0	21
Personalitat + altres	29	11,8	23,6	0	100
Severs + personalitat + altres	37	12,5	16,8	0	76
Sense diagnòstic	121	5,7	12,5	0	80

Novament, les persones amb triple diagnòstic (de tres patologies) apareixen com el grup més conflictiu a l'hora de cometre faltes disciplinàries, amb una mitjana de 12,5 faltes i una desviació típica de $\pm 16,8$. Les persones amb la combinació d'*altres trastorns* amb *trastorns de la personalitat* i les que presenten *només altres trastorns* formen els grups que segueixen l'anterior en quantitat de faltes comeses: 11,8 faltes i 10,7 faltes de mitjana, respectivament. Això sí, amb una altíssima dispersió i variabilitat (observi el lector que hi ha un individu que acumula 100 faltes i un altre 108). Els interns amb *trastorns severs* són els que menys faltes cometen o menys es registren com a tals. Tal com passa amb els incidents, aquestes diferències entre els grups són significatives estadísticament.

⁴⁸ Tant els incidents com les faltes són les recollides i registrades a l'expedient individual del subjecte en el SIPC (Sistema Informàtic Penitenciari Català).

Taula 40. Descripció de les faltes comeses durant la pena base

Descripció faltes	N	%
Participar o instigar motins, insubordinacions o desordres col·lectius	4	0,4
Agredir, amenaçar o coaccionar persones, funcionaris o autoritats	162	18,0
Agredir o coaccionar greument altres interns	174	19,3
Resistència activa i greu a les ordres legítimes	153	17,0
Intentar, facilitar o consumir l'evasió	10	1,1
Inutilitzar efectes o pertinences amb danys elevats	9	1,0
Sostracció d'efectes o pertinences	11	1,2
Atemptar la decència pública amb escàndol greu	3	0,3
Faltar lleument el respecte a persones, funcionaris o autoritats	1	0,1
Faltar greument el respecte a persones, funcionaris o autoritats	66	7,3
Desobeir ordres legítimes o resistir-s'hi passivament	159	18,0
Instigar, sense aconseguir, motins, insubordinacions o desordres col·lectius	5	0,6
Insultar altres interns o maltractar-los d'obra	15	1,7
Inutilitzar efectes personals o pertinences amb danys lleus o negligència	27	3,0
Introduir, fer sortir o posseir objectes prohibits	98	10,9
Qualsevol incompliment no comprès en els anteriors	2	0,2
Total	902	100

Les faltes més comeses pels interns de la mostra estan directament relacionades amb els incidents més freqüents que han protagonitzat aquests mateixos interns. Si els incidents més habituals eren els diversos tipus d'agressions, el percentatge més alt de faltes registrades són també les d'aquest grup, amb un 37,3%. A continuació ho són les desobediències passives a les ordres dels funcionaris (18,0%) i les resistències actives (17,0%).

Taula 41. Han rebut sancions durant el compliment de la pena base?

Sancions	N	% vàlid
Cap sanció	139	45,9
1 sanció	32	10,6
2 sancions	20	6,6
Entre 3 i 4 sancions	30	9,9
5 o més sancions	82	27,0
No consta	39	-
Total	342	100

Taula 42. Relació entre sancions i diagnòstics (3 categories)

Diagnòstics	N	Mitjana incidents	Desviació Típica	Mínim	Màxim
Severs	39	1,4	3,1	0	15
Personalitat	21	6,4	16,4	0	74
Altres	27	10,0	17,3	0	84
Severs + personalitat	21	6,1	9,6	0	30
Severs + altres	24	4,1	5,7	0	20
Personalitat + altres	28	9,0	18,6	0	69
Severs + personalitat + altres	28	9,3	12,3	0	49
Sense diagnòstic	115	4,9	11,2	0	73

Els interns amb un trastorn mental sever són els que menys sancions reben (1,4 de mitjana, amb una dispersió baixa, $\pm 3,1$). Aquest tipus de patologia mental sol ser la més diagnosticada i, consegüentment, la més tractada en unitats específiques dins de la presó. Probablement per això aquests interns rebin menys sancions, ja que les autoritats penitenciàries apliquen el que disposa el Reglament Penitenciari (art. 188.4) i no sancionen les conductes disruptives dels interns que es troben ingressats en establiments o unitats psiquiàtriques penitenciàries. En l'altre extrem, trobem els interns amb *altres trastorns*, amb una mitjana de 10,0 sancions imposades, i, novament, la combinació *trastorns severs + trastorns de personalitat + altres trastorns*, amb 9,3 sancions de mitjana (i amb una dispersió molt alta). Pel que fa a la combinació *trastorns de personalitat + altres trastorns*, presenta una mitjana de 9,0 sancions (també amb una dispersió alta). Les diferències entre aquests grups tornen a ser significatives estadísticament.

Taula 43. Descripció sancions imposades durant la pena base

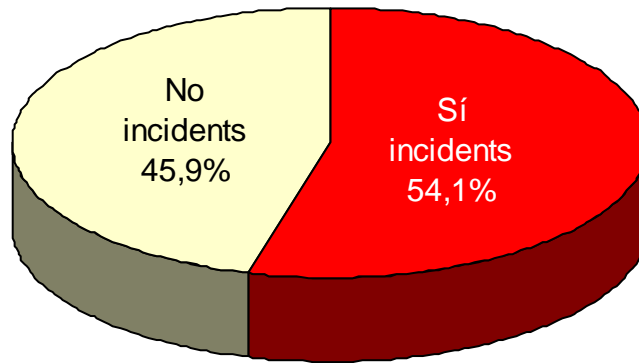
Descripció sancions	N	%
Amonestació	18	2,1
Aïllament de cap de setmana	70	8,4
Aïllament de dies en cel·la	505	60,5
Limitació del temps de comunicacions orals	1	0,1
Privació de permisos de sortida	3	0,4
Privació de passeig i actes recreatius	238	28,5
Total	835	100

3.6. Els incidents dels malalts mentals dins de la presó

Hi ha una diferència d'incidents ostensible entre la població penal ordinària (0,47 incidents de mitjana) i la població que ha passat per psiquiatria de presons (3,74 incidents de mitjana).

Dels 342 subjectes de la mostra de l'estudi, 185 tenen en el seu expedient penitenciari una o més d'una incidència produïda en el període d'internament de la condemna base. Això suposa el 54,1% de la mostra.

Gràfic 7. Percentatge d'incidents dels subjectes de la mostra



En la taula que ve a continuació, es recull la distribució dels incidents, tenint en compte que un mateix individu pot estar representat diverses vegades en el mateix o en diferents tipus d'incident.

Mentre que el percentatge parcial dóna informació sobre el percentatge de gènere de l'incident recollit, el percentatge total dóna informació respecte del percentatge de casos.

Taula 44. Incidents a la presó i distribució per gènere

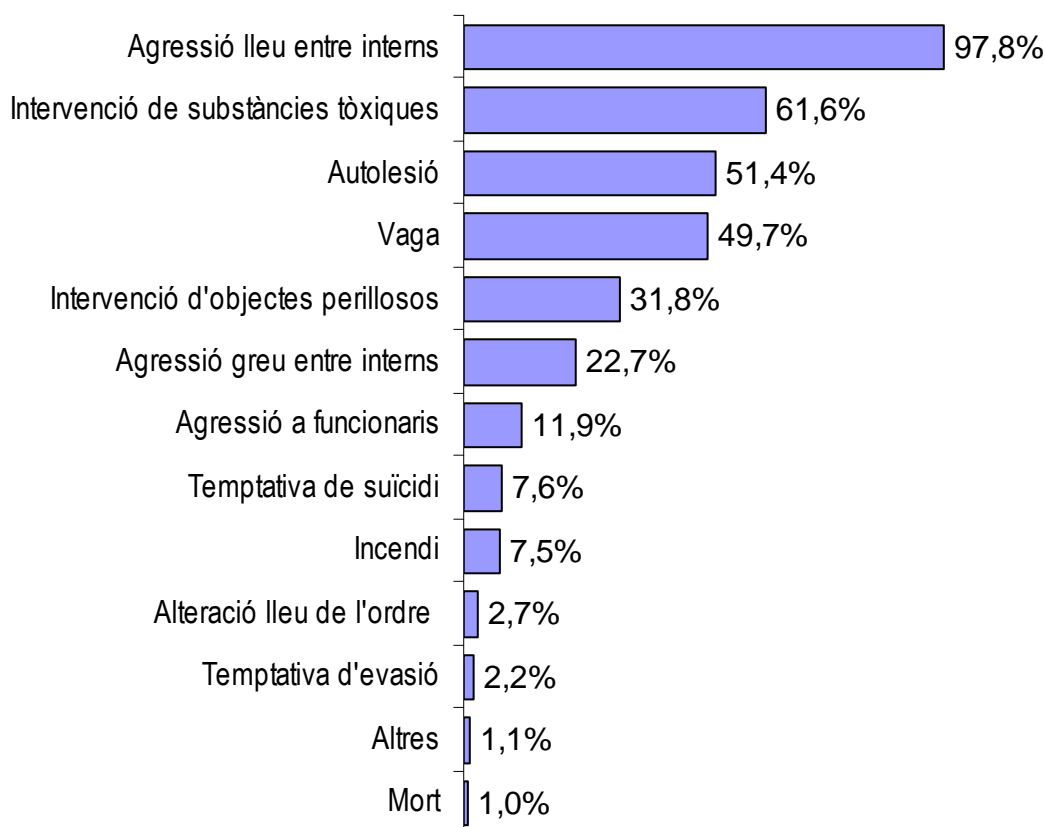
Incidents	Home		Dona		Total		
	N	% gènere	N	% gènere	N	% casos	
Alteració de l'ordre (lleu)	5	100	0	0	5	2,7	
Temptativa d'evasió	4	100	0	0	4	2,2	
Agressió a funcionaris	Greu	1	100	0	0	1	11,9
	Lleu	18	85,7	3	14,3	21	
Agressió entre interns	Greu	38	90,5	4	9,5	42	22,7
	Lleu	175	96,7	6	3,3	181	97,8
Autolesió	Greu	4	100	0	0	4	51,4
	Lleu	90	98,9	1	1,1	91	
Mort	Causa natural	1	100	0	0	1	1,0
	Agressió	0	0	0	0	0	
	Suïcidi	0	0	0	0	0	
	Altres causes	1	100	0	0	1	
Temptativa de suïcidi	10	71,4	4	28,6	14	7,6	
Vaga	91	98,9	1	1,1	92	49,7	
Intervenció de substàncies tòxiques	105	92,0	9	8,0	114	61,6	
Intervenció d'objectes perillosos /prohibits	56	94,7	3	5,3	59	31,8	
Incendi	13	92,3	1	7,7	14	7,5	
Altres	2	100	0	0	2	1,1	

D'aquesta taula i del gràfic següent destaquem que l'incident més freqüent és l'agressió lleu entre els mateixos interns (un 97,8% dels casos que protagonitzen algun incident han comès com a mínim aquest tipus d'incident).

L'altra dada que volem significar és que al voltant de la meitat dels interns que han tingut incidents se'ls ha intervingut substàncies tòxiques, s'han autolesionat o han participat en vagues.

Una baixa proporció de dones participa en incidents i la causa en què més s'hi troben implicades són les temptatives de suïcidi (un 28,6% de les dones de la mostra), seguit de l'agressió lleu a funcionaris (un 14,3% de les dones de la mostra).

Gràfic 8. Incidents dins de la presó. Percentatge de casos associats a cada tipus



3.6.1. Suïcidis i temptatives de suïcidi

Hem volgut dedicar un apartat específic a l'estudi d'aquest tipus d'incident, atès que és un indicador de salut mental freqüentment utilitzat pels estadístics que volen conèixer la situació de pressió ambiental sobre l'individu, en tot tipus d'entorns.

La primera dada que voldríem destacar respecte als suïcidis és que l'any 2005, en el conjunt de les presons catalanes, es van produir 8 defuncions per aquesta causa.⁴⁹ Cap d'aquestes morts consumades es va donar en usuaris de les unitats de psiquiatria de les presons estudiades. La literatura científica alerta que la presència d'un trastorn mental és un factor de risc de suïcidi a la presó.

⁴⁹ *Informació d'Estadística Bàsica*, núm. 5, pàg. 22. http://www.gencat.net/justicia/doc/doc_51427564_1.pdf

En canvi, en el nostre estudi, només 14 casos de la població estudiada (un 7,6%) van fer com a molt temptatives de suïcidi.

Hem volgut saber una mica més en profunditat quines característiques presenta aquest col·lectiu de 14 persones. Hem afegit a aquesta petita mostra els 4 casos que van protagonitzar autolesions greus (2,2%).

Taula 45. Característiques de les persones que han protagonitzat intents de suïcidi

Variable		N*	%*	Observacions
Gènere	Home	14	77,8	La proporció de dones és molt superior al percentatge de dones amb problemàtica mental en la nostra mostra, que és del 5,6%
	Dona	4	22,2	
Nacionalitat	Espanyol	18	100,0	Els intents només els protagonitzen espanyols
	Estranger	0	0,0	
Consum actual tòxics?	No	4	36,4	La proporció d'intents entre els consumidors de drogues en actiu és més gran
	Sí	7	63,6	
Drogues via parenteral?	No	7	41,2	La proporció d'intents entre els que es punxen per consumir la droga és més gran
	Sí	10	58,8	
Antecedents penitenciaris?	No	2	11,1	La proporció d'intents entre els que tenen antecedents penitenciaris és més gran
	Sí	16	88,9	
Delicte principal base	C. persones	7	38,9	La proporció d'intents entre els que han comès delictes contra la propietat (50,0%) és més elevada del que els correspondria (39,6%)
	C. ll. sexual	2	11,1	
	C. propietat	9	50,0	
	Drogues	0	0,0	
	Altres	0	0,0	
Delicte violent?	No	4	22,2	La proporció d'intents entre els que han comès delictes violents és més gran
	Sí	14	77,8	
Acumula més causes delictives?	No	2	11,1	La proporció d'intents entre els que tenen acumulades més causes delictives en el compliment de pena és més gran
	Sí	16	88,9	
Diagnòstic salut mental?	No en té	3	16,7	Protagonitzen més intents els que tenen diagnòstic de malaltia mental
	Sí en té	15	83,3	
Tipus de trastorn	Sense diagnòstic	3	16,7	Els que tenen més d'un diagnòstic presenten més intents de suïcidi. Els trastorns de personalitat, sols o combinats amb altres diagnòstics suposen el 66,8% dels intents de suïcidi. El mateix percentatge que <i>altres trastorns</i>
	Severs (TMS)	0	0,0	
	Personalitat (TP)	3	16,7	
	Altres	0	0,0	
	TMS + TP	0	0,0	
	TMS + altres	3	16,7	
	TP + altres	3	16,7	
	TMS + TP + altres	6	33,3	
Es coneix la malaltia en el moment de l'ingrés a presó?	No es coneix	5	33,3	Protagonitzen més intents de suïcidi les persones de les quals ja es té un coneixement de malaltia mental
	Es coneix en el moment de l'ingrés	5	33,3	
	Ja es coneix	5	33,3	

S'ha tingut en compte la malaltia en la sentència?	No	6	75,0	Hi ha més intents entre els que no s'ha tingut en compte la seva malaltia en la sentència judicial
	Sí	2	25,0	
Ha gaudit de permisos?	No	9	50,0	Hi ha hagut el mateix percentatge d'intents de suïcidi entre els que han gaudit permisos i entre els que no
	Sí	9	50,0	
Ha protagonitzat incidents durant els permisos?	No	7	77,8	Hi ha més intents entre els que no han protagonitzat incidents durant la sortida
	Sí	2	22,2	
Ha fet sortides programades?	No	16	88,9	Hi ha més intents entre els que no han fet cap sortida programada amb educador
	Sí	2	11,1	
Ha accedit al 3r grau?	No	15	83,3	Hi ha més intents entre els que no han accedit al 3r grau
	Sí	3	16,7	
Ha accedit a la llibertat condicional?	No	18	100,0	Cap persona amb intent de suïcidi ha accedit a la llibertat condicional, si bé del total del col·lectiu només n'ha accedit el 3,6%
	Sí	0	0,0	

* Els totals (N) i els percentatges es basen en el nombre de respostes.

3.6.2. Agressions

El segon grup que hem volgut estudiar específicament ha estat el dels interns de la mostra que han protagonitzat agressions, tant contra altres interns com contra els treballadors del centre penitenciari. Hem agrupat sense distinció les agressions considerades lleus i les greus, i hem procedit a estudiar, com en el cas anterior, les característiques d'aquest grup segons diverses variables.

El total de persones de la mostra que han comès algun tipus d'agressió és de 245 persones, la qual cosa suposa el 71,6% del total.

Els resultats es mostren en la taula següent.

Taula 46. Característiques de les persones que han protagonitzat agressions

Variable		N*	%*	Observacions
Gènere	Home	232	94,7	Es manté la mateixa proporció que resulta de la mostra estudiada
	Dona	13	5,3	
Nacionalitat	Espanyol	198	80,8	Es manté la mateixa proporció que resulta de la mostra estudiada, si bé els estrangers han protagonitzat les agressions contra altres interns i no hi ha cap agressió a funcionaris
	Estranger	47	19,2	
Consum	No	55	41,9	Els que consumeixen drogues actualment han

actual tòxics?	Sí	76	58,1	agredit en un % major que els que no consumeixen
Drogues via parenteral?	No	135	61,7	Un % superior dels que no prenen drogues via parenteral han agredit algú
	Sí	84	38,3	
Antecedents penitenciaris?	No	82	34,1	Els que tenen antecedents penitenciaris agredeixen en major proporció que els que no en tenen
	Sí	158	65,9	
Delicte principal pena base	C. persones	73	29,7	Els que han comès delictes contra la llibertat sexual i contra la propietat cometem agressions en un % superior a allò que els correspondria
	C. ll. sexual	38	15,5	
	C. propietat	117	47,7	
	Drogues	10	4,0	
	Altres	7	2,8	
Delicte violent?	No violent	81	37,6	Els que han comès un delicte violent també són els que agredeixen més persones dins de la presó
	Sí violent	134	62,4	
Acumula més causes delictives?	No	55	22,4	Proporcionalment, els que acumulen més causes són més agressors dins de la presó que els que no en tenen d'altres
	Sí	190	87,6	
Diagnòstic salut mental?	No en té	56	17,8	Els que tenen un diagnòstic de malaltia mental agredeixen més persones dins de la presó que els que no tenen diagnòstic
	Sí en té	257	82,2	
Es coneix la malaltia en el moment de l'ingrés a presó?	No es coneix	41	22,2	Les persones de la mostra de les quals es coneixia l'existència d'una malaltia mental agredeixen més altres persones dins de la presó que aquells dels quals no es coneixia que tinguessin una malaltia
	Es coneix en el moment de l'ingrés	60	32,6	
	Ja es coneix	83	45,2	
Tipus de diagnòstic	Severs (TMS)	25	13,6	Les persones que tenen els tres tipus de diagnòstics agredeixen més persones dins de la presó que la resta
	Personalitat (TP)	17	9,2	
	Altres	22	12,0	
	TMS + TP	19	10,3	
	TMS + altres	14	7,6	
	TP+ altres	28	15,2	
S'ha tingut en compte la malaltia en la sentència?	No	79	56,8	Les persones la malaltia de les quals no s'ha tingut en compte en la sentència agredeixen més persones dins de la presó que aquells dels quals sí que s'ha tingut en compte
	Sí	60	43,2	
Ha gaudit de permisos?	No	150	66,1	Les persones que no han gaudit permisos agredeixen més altres persones dins de la presó
	Sí	77	33,9	
Ha protagonitzat incidents durant els permisos?	No	83	85,6	
	Sí	14	14,4	
Ha fet sortides programades?	No	175	71,4	Les persones que no han fet sortides programades agredeixen més persones dins de la presó
	Sí	70	28,6	
Ha accedit al 3r grau?	No	214	88,4	Hi ha menys persones que accedeixen al 3r grau si han comès agressions dins de la presó
	Sí	28	11,6	
Ha accedit a la llibertat condicional?	No	237	100,0	No hi ha cap persona que hagi accedit a la llibertat condicional entre els que han agredit persones dins de la presó
	Sí	0	0,0	

* Els totals (N) i els percentatges es basen en el nombre de respostes.

3.7. Comparació entre el perfil de la població penitenciària ordinària i el del malalt mental penitenciari

El darrer estudi fet sobre la reincidència penitenciària a Catalunya⁵⁰ recollia el perfil de la població penitenciària catalana en algunes de les seves característiques personals, penals i penitenciàries, que ara ens poden servir per comparar-les amb les que presenta la mostra de població amb problemàtica mental.

Taula 47. Comparació de l'estudi de població penitenciària ordinària amb l'estudi de la mostra de malalts mentals de presons

Sexe	% població penitenciària	% població amb trastorns mentals a les presons
Home	91,6	94,4
Dona	8,4	5,6
Nacionalitat⁵¹		
Espanyol	65,8	78,3
Estranger	34,2	21,7
Àrea geogràfica de procedència		
Espanya	65,8	78,3
Unió Europea	4,9	3,8
Resta d'Europa	0,1	0,6
Magrib	8,4	9,1
Resta d'Àfrica	2,2	4,1
Amèrica Central i del Sud	2,0	2,6
Àsia	0,7	1,5
Resta del món	0	0
Edat mitjana en el primer ingrés a presó		
	27,8	24,1
Edat en el primer ingrés a presó (per intervals)		
	% població penitenciària	% població amb trastorns mentals a les presons
Entre 16 i 18 anys	15,0	23,9
Entre 19 i 21 anys	16,9	20,5
Entre 22 i 25 anys	21,2	21,1
Entre 26 i 30 anys	18,2	17,8
Entre 31 i 40 anys	18,9	12,4
41 o més anys	9,7	4,3

⁵⁰ Luque, Ferrer i Capdevila (2005). *La reincidència penitenciària a Catalunya*. CEJFE. Barcelona. Col·lecció Justícia i Societat, núm. 25.

⁵¹ Actualització de les dades a 31-12-2005. Font: Secretaria de Serveis Penitenciaris, Rehabilitació i Justícia Juvenil. Departament de Justícia. Generalitat de Catalunya (2007). *Butlletí Semestral d'Informació Estadística Bàsica*, núm. 5 (gener).

Ingressos penitenciaris previs		
Cap	18,5	47,1
1 o més ingressos penitenciaris previs	81,5	52,9
Delicte principal de la pena base		
Contra les persones	7,1	38,1
Contra la llibertat sexual	2,8	7,9
Contra la propietat	53,7	39,6
Contra la salut pública (drogues)	22,6	5,0
Altres delictes	13,8	9,4
Temps de condemna (mitjana en dies)		
	1.537,8	1.959,9
Mitjana d'incidències i faltes		
Incidències	0,47	3,74
Faltes	0,22	7,25

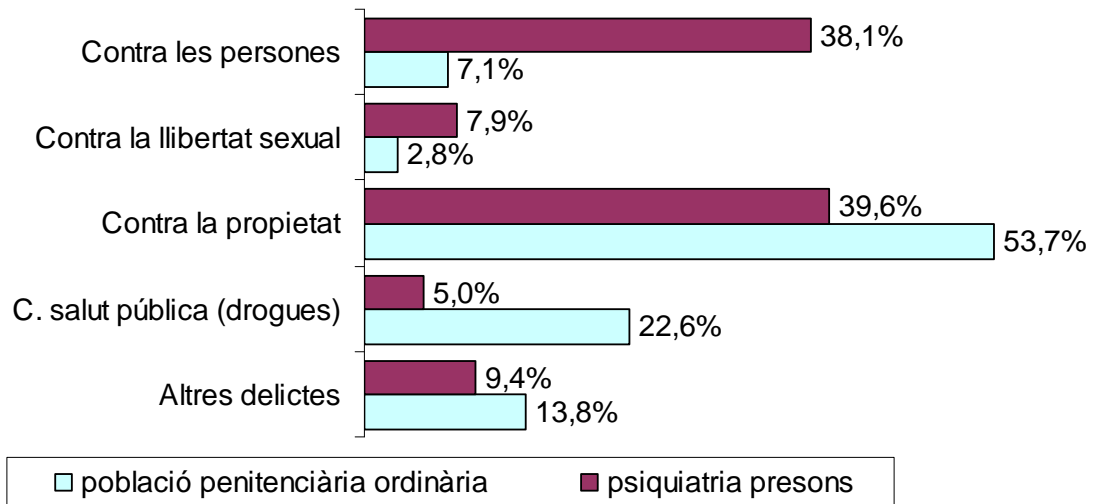
A manera de resum, d'aquesta comparació podem destacar els punts següents sobre la població amb problemàtica mental que es troba a la presó:

- Ha ingressat a la presó per primer cop més jove que la població penitenciària ordinària, quasi 4 anys de mitjana (24,1 anys enfront de 27,8 anys).
- En canvi, tenen menys antecedents d'ingressos penitenciaris; és a dir, són menys reincidents⁵² (el 47,1% dels interns amb trastorn mental no té cap ingrés anterior a presó, enfront del 18,5% de la població ordinària penitenciària). No obstant això, aquest aspecte pot tenir una part de l'explicació en les condemnes més llargues que se'ls imposa a les persones amb problemàtica mental (1.959,9 dies de mitjana enfront dels 1.537,8 dies de mitjana de la població ordinària penitenciària).
- Aquestes condemnes llargues, d'altra banda, tenen a veure amb el tipus de delictes que cometen les persones amb problemàtica mental, el percentatge dels quals és molt més elevat pel que fa a delictes contra les persones (38,1% enfront del 7,1%) i contra la llibertat sexual (7,9% enfront del 2,8%).
- Finalment, cal afegir que la seva adaptació al medi penitenciari és molt més deficient i problemàtica, protagonitzant una mitjana d'incidències molt més alta

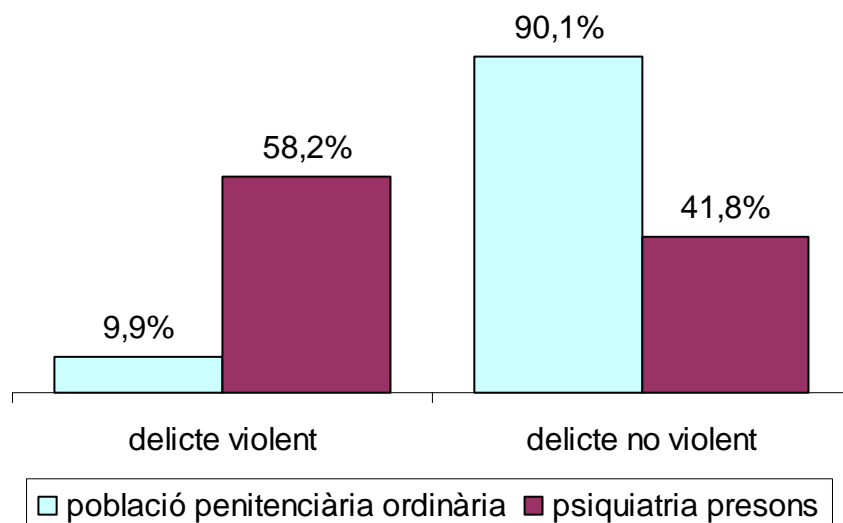
⁵² Prenem per referència el concepte de *reincidència penitenciària*, és a dir, reingrés a presó per una nova causa un cop ja s'ha complert una sentència anterior o un període en presó provisional.

que la població penitenciària ordinària (3,74 enfront dels 0,47) i també més faltes (mitjana de 7,25 enfront de les 0,22).

Gràfic 9. Comparació del delictes principals de la pena base entre la població amb trastorns mentals i la població penitenciària ordinària



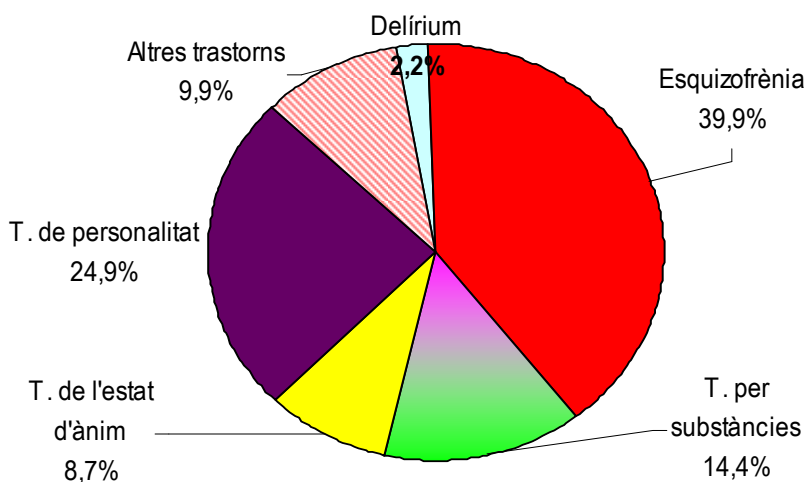
Gràfic 10. Comparació dels delictes violents entre la població amb trastorns mentals i la població penitenciària ordinària



4. Les diferències entre categories de trastorns mentals a presó

En el capítol anterior, ja hem donat les prevalències en les presons dels trastorns mentals agrupats en 6 categories⁵³ i també en 3 categories.⁵⁴ En els gràfics següents 11 i 12 es descriuen els percentatges de cada categoria respecte del total de diagnòstics fets per al conjunt dels 342 individus de la mostra.

Gràfic 11. Percentatges dels trastorns agrupats en 6 categories respecte al total de diagnòstics



⁵³ Recordem els criteris d'agrupament per a 6 categories, segons el DSM-IV i el CIE-10:

Delírium: delírium, demència, trastorns amnèsics i altres trastorns cognoscitius.

Esquizofrènia i altres trastorns psicòtics: esquizofrènia, trastorn esquizofreniforme, trastorn esquizoafectiu, trastorn delirant, trastorn psicòtic breu, trastorn psicòtic compartit, trastorn psicòtic degut a malaltia mèdica, trastorn psicòtic no especificat.

Trastorns per substàncies: trastorns relacionats amb substàncies.

Trastorns de l'estat d'ànim: trastorns depressius, trastorns bipolars i altres trastorns de l'estat d'ànim.

Trastorns de personalitat: trastorn paranoide, t. esquizoide, t. esquizotípic, t. antisocial, t. límit, t. histriònic, t. narcisista, t. obsessiu-compulsiu, t. per evitació, t. per dependència i t. no especificat de la personalitat.

Altres: trastorn mental degut a malaltia mèdica, t. d'ansietat, t. somatomorfs, t. facticis, t. dissociatius, t. de la conducta alimentària, t. sexuals, parafílies, t. adaptatiu, t. del son, t. del control dels impulsos, i altres.

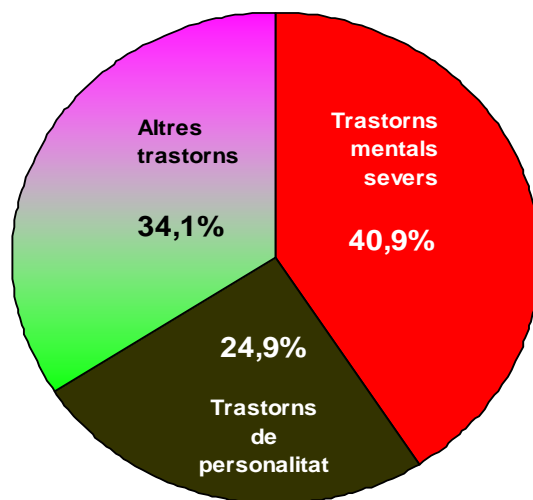
⁵⁴ Recordem els criteris d'agrupament per a 3 categories, segons el DSM-IV i el CIE-10:

Trastorns mentals severos (TMS): esquizofrènia, trastorn delirant, t. esquizoafectiu, t. psicòtic compartit, t. psicòtic no especificat, t. bipolars, t. depressius majors.

Trastorns de personalitat (TP): trastorn paranoide, t. esquizoide, t. esquizotípic, t. antisocial, t. límit, t. histriònic, t. narcisista, t. obsessiu-compulsiu, t. per evitació, t. per dependència i t. no especificat de la personalitat.

Altres: delírium, demència, trastorns amnèsics, t. esquizofreniforme, t. psicòtic breu, t. psicòtic degut a malaltia mèdica, t. relacionats amb substàncies, t. depressius, altres t. de l'estat d'ànim, t. mental degut a malaltia mèdica, t. d'ansietat, t. somatomorfs, t. facticis, t. dissociatius, t. de la conducta alimentària, t. sexuals, parafílies, t. de la identitat sexual, t. adaptatius, t. del son, t. del control dels impulsos i altres.

Gràfic 12. Percentatges dels trastorns agrupats en 3 categories respecte al total de diagnòstics



4.1. Els interns diagnosticats: variables que els diferencien

4.1.1. Comparació dels interns

Taula 48. Variables qualitatives significatives que expliquen diferències entre els grups de trastorns

Variables	TMS	TP	Altres	TMS + TP	TMS + altres	TP + altres	TMS + TP + altres	Significació
Gènere	Home							0,006
	Dona		*					
Nacionalitat	Espanyol							0,008
	Estranger	*						
Retard mental	Sí		*				*	0,007
	No			*	*			
Consum actual de tòxics	Sí						*	0,020
	No	*						
2n delictes acumulats	C. persones				*			0,040
	C. ll. sexual							
	C. propietat						*	
	Drogues							
Permisos	Sí		*					0,024
	No	*						
Accés al 3r grau	Sí		*					0,008
	No	*						

* Valors amb diferències significatives; $p \leq 0,05$

Per conèixer el detall, vegeu l'annex 1 "Taules complementàries".

Amb la lectura d'aquesta taula, veiem que:

- El percentatge més important d'estrangers s'agrupa en els TMS. Les persones que pateixen TMS consumeixen actualment tòxics en menor proporció. D'altra banda, són els que menys permisos gaudeixen i que menys accedeixen al règim obert.
- El percentatge més important de dones s'agrupa en els TP, tot i que cal matisar que el nombre de dones de la mostra (11) és baix com per extreure conclusions determinants.
- Els que pateixen *altres trastorns* són els que més permisos gaudiran durant la pena base i en major nombre accediran al règim obert.

Taula 49. Variables quantitatives significatives que expliquen diferències entre els diferents grups de trastorns

Variables	Trastorn	N	Mitjana	Diferència significativa de mitjanes						Significació	
				TMS	TP	Altres	TMS + TP	TMS + altres	TP + altres		TMS + TP + altres
Total diagnòstics de malaltia mental	TMS	46	1,74				*	*	*	*	0,000
	TP	24	1,33				*	*	*	*	
	Altres	31	1,77				*	*	*	*	
	TMS + TP	23	3,57						*	*	
	TMS + altres	25	3,44						*	*	
	TP + altres	29	4,48							*	
	TMS + TP+ altres	38	5,53								
Temps de condemna	TMS		1.677,3 dies				*	*		*	0,000
	TP		1.526,8 dies				*	*		*	
	Altres		2.850,0 dies								
	TMS + TP		3.020,5 dies								
	TMS + altres		1.818,6 dies							*	
	TP + altres		2.335,0 dies								
	TMS + TP+ altres		3.293,7 dies								
Nombre de classificacions diferents	TMS	45	1,87				*		*	*	0,000
	TP	23	2,35				*			*	
	Altres	31	3,68								
	TMS + TP	23	2,78								
	TMS + altres	24	2,75								
	TP + altres	28	3,14								
TMS + TP+ altres	38	3,87									

* Valors amb diferències significatives; $p \leq 0,05$

Variables	Trastorn	N	Mitjana	Diferència significativa de mitjanes						Signifi- cació	
				TMS	TP	Altres	TMS + TP	TMS + altres	TP + altres		TMS + TP + altres
Total d'ubicacions diferents	TMS	45	10,44			*					0,000
	TP	24	12,75							*	
	Altres	31	19,84								
	TMS + TP	23	17,87								
	TMS + altres	24	16,54								
	TP + altres	29	15,38							*	
	TMS + TP+ altres	38	24,61								
Nombre de regressions	TMS	46	0,07			*				*	0,000
	TP	24	0,42			*					
	Altres	31	0,90				*	*			
	TMS + TP	23	0,26								
	TMS + altres	25	0,44								
	TP + altres	29	0,55								
	TMS + TP+ altres	38	0,68								
Nombre total d'activitats fetes	TMS	38	16,11							*	0,000
	TP	20	13,65							*	
	Altres	31	21,00							*	
	TMS + TP	22	26,14							*	
	TMS + altres	22	14,41							*	
	TP + altres	28	22,29							*	
	TMS + TP+ altres	36	40,64								
Nombre total d'incidents	TMS	44	2,91							*	0,042
	TP	22	3,55								
	Altres	29	3,66								
	TMS + TP	23	5,70								
	TMS + altres	24	2,17							*	
	TP + altres	29	5,31								
	TMS + TP+ altres	37	7,78								
Nombre total de faltes	TMS	44	2,39			*				*	0,025
	TP	23	7,91								
	Altres	30	10,67								
	TMS + TP	21	8,24								
	TMS + altres	24	4,50							*	
	TP + altres	29	11,76								
	TMS + TP+ altres	37	12,49								
Total delictes compliment <i>pena base</i>	TMS	45	3,04			*				*	0,001
	TP	23	4,35								
	Altres	31	6,00					*			
	TMS + TP	23	4,26								
	TMS + altres	25	2,92							*	
	TP + altres	29	3,79							*	
	TMS + TP+ altres	38	6,39								

Valors amb diferències significatives; $p \leq 0,05$

D'aquesta taula, es poden extreure les conclusions següents:

1. La mitjana de **diagnòstics** és de 3,18 per als malalts mentals diagnosticats. Quan comparem cada grup de diagnòstic amb un altre grup,

ens trobem quasi sempre diferències pel que fa al nombre de diagnòstics. La conclusió que es pot extreure d'aquest resultat pot apuntar diverses hipòtesis. La primera és que costa concretar quina és la patologia concreta del malalt, degut a què no es fa un estudi en profunditat del cas. La segona és que la multiplicitat de patologies que pateix l'intern penitenciari és tan diversa i complexa que la simptomatologia pot donar sentit a diferents explicacions diagnòstiques. Finalment, la tercera podria concloure que els interns amb trastorns mentals pateixen efectivament la multiplicitat de malalties que se'ls ha diagnosticat.

2. La mitjana de **temps de condemna imposada** a les persones de la mostra és de 2.360,9 dies. Els que tenen TMS (1.677 dies) i els que tenen TP (1.527 dies) són els que menys condemna han rebut. En canvi, els que pateixen *altres trastorns* (2.850 dies), els que presenten les combinacions de TMS + TP (3.021 dies) o les tres categories, TMS + TP + altres (3.294 dies), són els que han rebut major condemna.
3. Dins de la presó, els interns objecte d'estudi han rebut una mitjana de 2,91 **classificacions** diferents, la qual cosa significa canvi de règim de vida a la presó. Els que tenen *altres trastorns* (3,68) o tenen les tres categories TMS + TP + altres (3,87), són els que més canvis de classificació reben al llarg de la condemna. Per contra, els TMS (1,87) i els TP (2,35) són els que en reben menys.
4. La mitjana d'**ubicacions** diferents dins de la presó és de 16,62. Molts canvis d'ubicació denoten una manca d'adaptació important al medi penitenciari per part de l'intern i certa desorientació en la forma d'intervenir-hi per part de la institució. Com en el cas anterior, els que tenen *altres trastorns* (19,84) o tenen les tres categories, TMS + TP + altres (24,61), són els que més canvis d'ubicacions viuen al llarg de la condemna. Per contra, els TMS (10,44) i els TP (12,75) són els que tenen menys canvis.
5. La mitjana de **regressions de grau** és de 0,46. Es reproduïx el mateix patró que en les dues variables anteriors.

6. Respecte a les **activitats** fetes a la presó, la mitjana és de 22,94. Les persones que tenen els tres diagnòstics, TMS + TP + altres (40,64) fan moltes més activitats que la resta, gairebé el doble de mitjana.
7. La mitjana d'**incidents** protagonitzats per les persones diagnosticades és de 4,54. Els que tenen els tres diagnòstics, TMS + TP + altres, són els que en protagonitzen més (7,78). Per contra els TMS (2,91) i els TMS + altres (2,17), els que menys.
8. La mitjana de **faltes disciplinàries** és de 8,04. En aquest cas, els TMS + TP + altres (12,49), els TP + altres (11,76) i els *altres trastorns* (10,67) són els que cometen més faltes, significativament diferents dels TMS (2,39), que són els que menys en cometen o no són registrades com a faltes en determinades unitats.
9. La mitjana de **delictes** pels quals estan complint condemna en la pena base és de 4,48. Aquí torna a donar-se el fet que els TMS (3,04) són els que acumulen menys delictes. Per contra, els *altres trastorns* (6,0) i els TMS + TP + altres (6,39) són els que n'acumulen més.

Taula 50. Variables de l'estudi que no expliquen diferències entre el tipus de diagnòstic

Variables	
Disminució psíquica	Delicte violent ⁵⁵
Incapacitació legal	Pas per altres centres penitenciaris
Drogues per via parenteral	Classificació inicial
Ingressos anteriors penitenciaris	Classificacions en primer grau
Delicte principal de la pena base	Incidents en les sortides?
3r delicte acumulat de la pena base	Ha realitzat sortides programades?
4t delicte acumulat de la pena base	Ha accedit a la llibertat condicional?
5è delicte acumulat de la pena base	Acumula més causes delictives?
6è delicte acumulat de la pena base	Nombre total de sancions

D'aquesta altra taula les conclusions més significatives que podem extreure són:

⁵⁵ Recordem que els delictes violents inclouen els delictes *contra les persones, contra la llibertat sexual i el robatori amb intimidació i/o violència.*

- No hi ha relació entre el tipus de malaltia i prendre drogues per via parenteral.
- En una anàlisi bivariada, tenir o no antecedents penitenciaris no resulta estadísticament significatiu respecte al tipus de trastorn que es pateix. Ara bé, quan un trastorn mental sever és l'únic diagnòstic, s'observen menys antecedents que en la resta de combinacions de trastorns mentals.
- No hi ha relació entre el tipus de delictes comès i el tipus de diagnòstic mental. Tampoc són més o menys violents aquests delictes si es té un diagnòstic o un altre.
- El tipus de diagnòstic mental no discrimina el tipus de classificació inicial que es fa dels interns.

4.1.2. Medicació i tipus de diagnòstic

En aquest apartat, hem volgut reflectir quina és la relació entre el tipus de medicació que prenen els interns que han passat per psiquiatria i el tipus de diagnòstic que han rebut. El creuament d'aquestes dues variables queda recollit en la taula següent.

Taula 51 Tipus de medicació en funció del tipus de diagnòstic

Tipus de medicació	Trastorns mentals severs		Trastorns de personalitat		Altres trastorns		Total
	N	% *	N	% *	N	% *	N
Antidepressius	29	22,8	45	35,4	53	41,8	127
Antipsicòtics	131	44,0	84	28,2	83	27,8	298
Ansiolítics	73	31,5	71	30,6	88	37,9	232
Per a malaltia orgànica	58	38,2	49	32,2	45	29,6	152
Altres medicacions	81	35,5	68	29,8	79	34,6	228
Eutimitzants	14	25,0	24	42,9	18	32,1	56
Metadona	58	29,7	64	32,8	73	37,4	195
Per a altres addiccions	3	30,0	4	40,0	3	30,0	10
Antiretrovirals	3	50,0	2	33,3	1	16,7	6

(*) Distribució percentual de les prescripcions de medicació segons tipus de diagnòstic A la taula N= nombre de prescripcions d'un determinat medicament

Com es pot veure en els resultats de la taula, les prescripcions mèdiques d'un determinat medicament es distribueixen de manera desigual segons els trastorns. Les dades més significatives són les següents:

- Les prescripcions de medicaments antidepressius en proporció són més presents amb relació al grup d'*altres trastorns*.
- Les d'antipsicòtics ho són entre els TMS.
- Les d'ansiolítics ho són entre els *altres trastorns*.
- La medicació per a malaltia orgànica és més present entre els TMS.
- La recepta d'eutimitzants es dona més en cas de TP.
- La de metadona hi és més present entre els *altres trastorns*.
- En la resta de prescripcions no hi ha diferències o els nombres són massa baixos per extreure'n conclusions.

4.2. Els no diagnosticats: variables que els diferencien

Com ja hem comentat, una part de la mostra de la recerca està formada per interns que han estat atesos en algun moment pels serveis de psiquiatria dels centres penitenciaris inclosos en l'estudi, però en el seu expedient mèdic no hi consta cap diagnòstic de trastorn mental.

En aquest apartat, analitzem si aquestes persones no diagnosticades presenten característiques diferents, respecte a les variables estudiades, que les del grup d'interns dels quals sí que hi constava algun diagnòstic i dels quals hem estat parlant en el punt 4.1.

Els resultats queden reflectits en la taula següent on es marquen les diferències que són estadísticament significatives.

Taula 52. Relació i significació entre variables estudiades i tenir o no diagnòstic

Variablen	Sense diagnòstic	Amb diagnòstic	Significació
Gènere	Home		0,625
	Dona		
Nacionalitat	Espanyol	*	* 0,037
	Estranger	*	
Retard mental	Sí		0,090
	No		
Disminució psíquica diagnosticada	Sí	*	* 0,045
	No	*	
Incapacitació legal?	Sí		0,212
	No		
Consum tòxics actualment?	Sí		0,485
	No		
Pren drogues via parenteral?	Sí		0,514
	No		
Ingressos penitenciaris anteriors?	Sí	*	* 0,048
	No	*	
Delicte principal pena base	Contra les persones		* 0,038
	Contra la llibertat sexual		
	Contra la propietat		
	Drogues		
	Altres	*	
Delicte violent	Delicte no violent	*	* 0,034
	Delicte violent		
Classificacions en 1r grau	Sí		0,136
	No		
Ha fet sortides programades amb educadors?	Sí		* 0,000
	No	*	
Permisos de sortida?	Sí		* 0,004
	No	*	
Incidents durant les sortides?	No		0,190
	Sí, no retorn		
	Sí, nou delicte		
	Sí, retard en la incorporació		
	Sí, consum de drogues		
Ha accedit al 3r grau?	Sí		0,430
	No		
Ha accedit a la llibertat condicional?	Sí		0,681
	No		
Acumula més causes delictives?	Sí		* 0,000
	No	*	

Variablen		Sense diagnòstic	Amb diagnòstic	Signifi- cació
Nombre d'ingressos a psiquiatria de presó	Mitjana	* 2,07	* 3,22	* 0,000
	Desviació típica	2,02	3,19	
Total de dies ingressat a psiquiatria de presó	Mitjana	* 85,77 dies	* 324,55 dies	* 0,000
	Desviació típica	141,9 dies	605,05 dies	
Temps de condemna	Mitjana	*1.272,36 dies	*2.360,93 dies	* 0,000
	Desviació típica	1.942,08 dies	2.422,50 dies	
Nombre de classificacions diferents	Mitjana	* 2,12	* 2,91	* 0,003
	Desviació típica	2,11	2,41	
Nombre d'ubicacions diferents	Mitjana	* 10,13	* 16,73	* 0,001
	Desviació típica	13,06	20,03	
Nombre de regressions	Mitjana	* 0,25	* 0,46	* 0,032
	Desviació típica	0,70	0,95	
Nombre total d'activitats fetes	Mitjana	* 13,15	* 22,92	* 0,004
	Desviació típica	19,26	30,59	
Nombre total d'incidents	Mitjana	* 2,44	* 4,50	* 0,035
	Desviació típica	7,84	8,91	
Nombre total de faltes	Mitjana	5,73	8,13	0,158
	Desviació típica	12,50	16,03	
Nombre total de sancions	Mitjana	4,92	6,37	0,322
	Desviació típica	11,22	12,94	
Total delictes compliment condemna	Mitjana	* 3,06	* 4,43	* 0,009
	Desviació típica	4,44	4,81	

* Valors amb diferències significatives; $p \leq 0,05$.

Per conèixer el detall, veure l'annex 1 "Taules complementàries".

De la lectura d'aquests resultats de la taula, es pot concloure:

- Hi ha més estrangers entre els que no tenen diagnòstic, la qual cosa resulta lògica per manca d'informació sobre la situació real de l'estranger respecte al context sociofamiliar, la seva història personal i les dificultats amb els idiomes.
- Els no diagnosticats també són els que presenten menys antecedents penitenciaris i menys causes acumulades a la pena base. Tenen la meitat de condemna que els diagnosticats. Cometen menys delictes violents i estan més representats en els *altres delictes*. Totes aquestes variables ens dibuixen un perfil menys conflictiu de delinqüent en el cas del grup de no diagnosticats.
- Dins de la presó, el col·lectiu dels no diagnosticats també manté aquest perfil menys conflictiu: ha rebut menys classificacions i ubicacions diferents

(síntoma d'estabilitat); ha tingut menys regressions de grau i ha protagonitzat menys incidents que els diagnosticats.

- Malgrat aquest perfil millor, el col·lectiu dels no diagnosticats ha fet menys sortides programades amb educadors durant la condemna i ha tingut menys permisos de sortida, i no hi ha diferències quant a l'accés al tercer grau o a la llibertat condicional.

Pel que fa al consum de tòxics (taula 53), s'observa que, respecte a quasi tots els tipus de drogues, els que tenen un diagnòstic presenten més consum i dependència que els que no en tenen.

Respecte a la medicació que se'ls prescriu, els que tenen diagnòstic reben més antidepressius, antipsicòtics i ansiolítics, mentre que els que no tenen diagnòstic, reben en més proporció altres medicacions i metadona.

Taula 53. Relació entre el consum de drogues i tenir o no diagnòstic

Variables		Sense diagnòstic	Amb diagnòstic	Signifi- cació
Alcohol	Sí		*	* 0,000
	No	*		
Cànnabis	Sí		*	* 0,000
	No	*		
Cocaïna	Sí		*	* 0,000
	No	*		
Heroïna	Sí		*	* 0,004
	No	*		
Drogues de disseny	Sí		*	* 0,006
	No	*		
Fàrmacs	Sí		*	* 0,000
	No	*		
Inhalants	Sí			0,294
	No			
Altres tòxics	Sí		*	* 0,002
	No	*		
Drogues via parenteral?	Sí			0,051
	No			
Consum actual de tòxics?	Sí			0,485
	No			

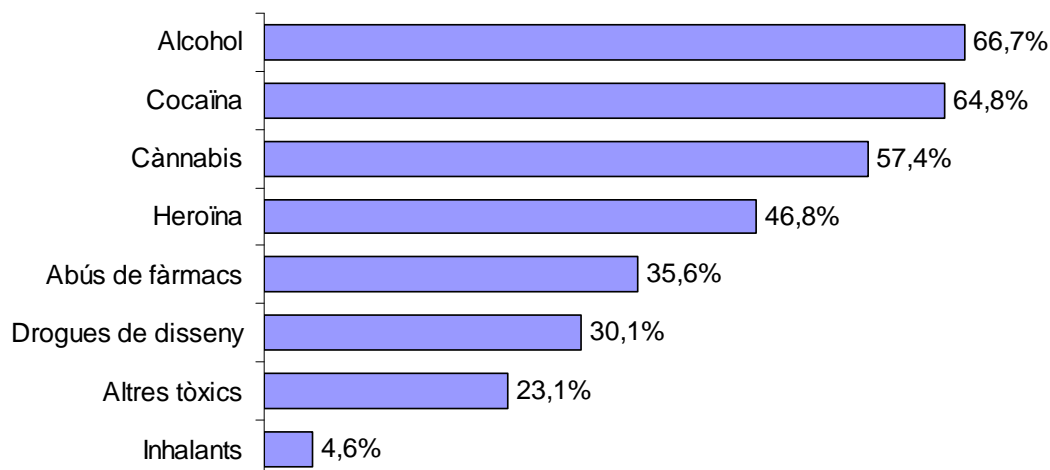
Taula 54. Relació entre prescripció de medicació i tenir o no diagnòstic

Variables	Sense diagnòstic	Amb diagnòstic
Rep antidepressius	17,5%	21,6%
Rep antipsicòtics	15,9%	51,5%
Rep ansiolítics	33,3%	41,3%
Rep medicació per malaltia orgànica	28,6%	30,5%
Rep altres medicacions	52,4%	42,5%
Rep eutimitzants	7,9%	9,6%
Rep metadona	57,1%	37,1%
Rep medicació per altres addiccions	0,0%	1,2%
Rep antiretrovirals	0,0%	0,6%

4.3. La relació entre diagnòstic, consum de drogues i delictes

4.3.1. Consum de drogues i diagnòstic

Gràfic 13. Els consums de drogues en les persones amb problemàtica mental



Com es pot veure en els resultats de la taula 55 i del gràfic 13:

- El 66,7% dels subjectes de la mostra ha tingut problemes amb l'alcohol en alguna ocasió. Per tipus de diagnòstic els que menys problemes tenen amb l'alcohol són els TMS.
- El 64,8% dels subjectes de la mostra ha consumit cocaïna. També els TMS són el grup que menys en consumeix.

- El 57,4% dels subjectes de la mostra han consumit cànnabis en alguna ocasió. No hi ha diferències en aquest consum entre les tipologies de salut mental que hem agrupat per comparar.
- El 46,8% dels subjectes de la mostra ha consumit en alguna ocasió heroïna. Es repeteix el resultat que situa el grup de TMS com el grup en què es troba el menor percentatge de persones que consumeixen.
- El 35,6% dels subjectes de la mostra ha tingut consums abusius de fàrmacs. Els TMS són també el grup on hi ha el menor percentatge de persones que en consumeixen.
- El 30,1% dels subjectes de la mostra ha tingut consums de drogues de disseny. No hi ha diferències en el consum de drogues de disseny entre les tipologies de salut mental que hem agrupat per comparar.
- El 4,6% dels subjectes de la mostra han tingut consums d'inhalants. Sí que hi ha més percentatge de consumidors d'aquesta substància en les prevalències dels TMS i *altres trastorns*, malgrat que el nombre de subjectes és baix com per extreure conclusions determinants.

Taula 55. Relacions significatives entre consum de tòxics i tipus de diagnòstic rebut

Variables	Sense diag-nòstic	TMS	TP	Altres	TMS + TP	TMS + altres	TP + altres	TMS + TP + altres	Significació
Alcohol	No	*							* 0,000
	Sí			*			*	*	
Cànnabis	No	*							* 0,000
	Sí							*	
Cocaïna	No	*							* 0,000
	Sí			*			*	*	
Heroïna	No	*	*						* 0,000
	Sí			*				*	
Drogues de disseny	No	*							* 0,000
	Sí				*			*	
Fàrmacs	No	*	*						* 0,000
	Sí			*				*	
Inhalants	No								0,519
	Sí								
Altres	No	*							* 0,000
	Sí				*			*	
Drogues via	No								0,113

parenteral	Sí
------------	----

* Valors amb diferències significatives * $p \leq 0,05$

Per veure el detall anar a l'annex 1 *Taules complementàries*

De la lectura de la taula es poden extreure les conclusions següents:

- Consumeixen alcohol de manera abusiva i consumeixen cocaïna de manera més significativa que la resta els que tenen *altres trastorns*, *altres trastorns + TP* i *altres trastorns + TP + TMS*.
- Consumeixen cànnabis de manera més significativa que la resta els que sumen les 3 tipologies de diagnòstic.
- Consumeixen heroïna de manera més significativa que la resta els TP i els que sumen les 3 tipologies de diagnòstic.
- Consumeixen drogues de disseny i també altres drogues de manera més significativa que la resta els TMS + TP i els que sumen les 3 tipologies de diagnòstic.
- En el grup dels que no tenen cap tipus de diagnòstic hi ha significativament menys consumidors de qualsevol tipus de drogues que en el grup dels que sí que tenen diagnòstic.
- Els que sumen les 3 tipologies de diagnòstic són els que acaparen un percentatge superior de consumidors. Apareixen com a més consumidors en totes les variables d'abús de consum dels diferents tipus de drogues.

Tots aquests resultats ens porten a concloure que hi ha relació entre el tipus de consum de drogues i el tipus de diagnòstic, en el sentit que acabem d'explicar.

Això confirma la hipòtesi que hi ha relació entre consumir o no consumir drogues i el tipus de diagnòstic de malaltia mental que es té.

4.3.2. Els trastorns mentals deguts a substàncies

En aquest apartat, analitzem si les persones que han estat diagnosticades algun cop de trastorn mental degut al consum de substàncies han consumit preferentment, de manera significativa, algun determinat tipus de droga i també quin tipus de delictes han comès en la pena base com a delicte principal.

També abordem el tema de si el seu trastorn era conegut en el moment de la sentència i si s'ha tingut en compte en la pena o mesura imposada.

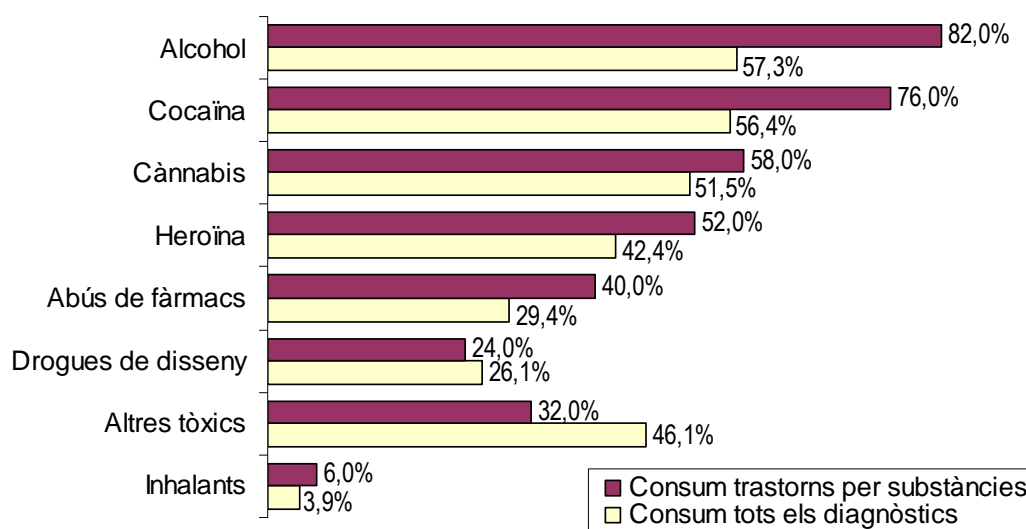
Taula 56. Consum de drogues i presència de trastorn per consum de substàncies

Presència de trastorn/ Consum de drogues	No té trastorn per consum de substàncies		Sí té trastorn per consum de substàncies		Total
	N	%*	N	%**	
Alcohol	100	65,4	41	82,0	141
Cànnabis	91	59,5	29	58,0	120
Cocaïna	99	64,7	38	76,0	137
Heroïna	74	48,4	26	52,0	100
Drogues de disseny	53	34,6	12	24,0	65
Fàrmacs	54	35,3	20	40,0	74
Inhalants	6	3,9	3	6,0	9
Altres	63	41,1	16	32,0	79

(*) Respecte el total dels que no tenen trastorn per consum de substàncies

(**) Respecte el total dels que tenen trastorn per consum de substàncies. El % supera el 100 perquè una persona pot ser consumidor de diferents tòxics

Gràfic 14. Comparació de percentatges entre tots els consumidors de tòxics i els que tenen trastorn per consum de substàncies



De la lectura de la taula i el gràfic, es pot extreure que:

- En el grup de persones amb trastorns mentals per consum de substàncies trobem un major percentatge de consumidors de quasi totes les drogues que en el grup format per la resta de trastorns.
- Destaquen per la seva importància l'alcohol i la cocaïna, el cànnabis, i l'heroïna.

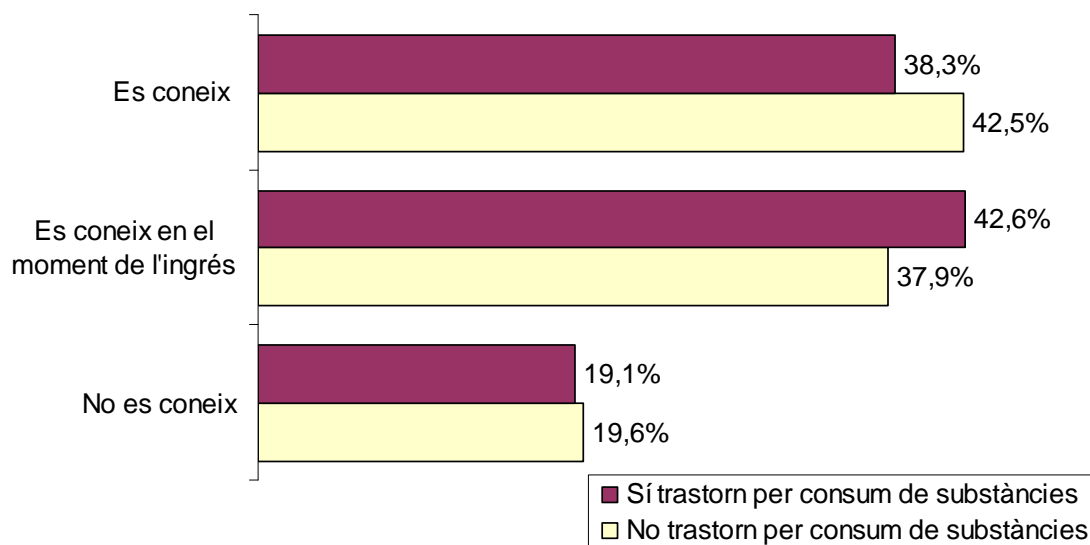
Pel que fa a la relació entre el trastorn mental per abús de substàncies i el tipus de delicte comès, no s'hi ha trobat cap diferència significativa. Patir o no patir aquest tipus de trastorn tampoc no es relaciona amb cometre més delictes violents o amb cometre més delictes no violents. D'aquesta manera, no es confirmen dues de les hipòtesis plantejades en la recerca:

La primera era que s'esperava trobar entre les persones que pateixen trastorns degut al consum de substàncies major nombre de delictes violents. Aquesta hipòtesi no es compleix.

També s'esperava que les persones amb trastorns deguts al consum de substàncies presentessin més delictes *contra la propietat* i *contra la salut pública*. Tampoc no es compleix. El trastorn no es relaciona amb cap tipus d'agrupació de delicte, tret dels trastorns per abús de la cocaïna, que es troben lleugerament més representats en els delictes *contra la propietat*. En cap altre cas.

Tampoc no s'han trobat diferències significatives respecte al moment en què s'ha diagnosticat el trastorn mental per abús de substàncies (abans, durant o després de la sentència), com es pot veure en la similitud dels percentatges del gràfic 15.

Gràfic 15. Coneixement en el moment de la sentència o de l'ingrés a presó dels trastorns mentals per abús de substàncies



Finalment, tampoc no s'ha trobat cap significació entre tenir un diagnòstic de trastorn mental per abús de substàncies i el fet que s'hagi tingut en compte en la sentència aquest fet. Els jutges no han tingut més en compte aquest tipus de trastorn que altres com a eximent ni com a atenuant de la pena.

4.3.3. Droga i delicte

El tipus de delicte que ha comès l'intern té alguna relació amb el tipus de consum que fa?

En el nostre plantejament previ, s'espera trobar relació entre el tipus d'hàbit tòxic que tenen les persones amb problemàtica mental que han passat per psiquiatria de presó i el tipus de delicte que cometen.

De la lectura de la taula 57, s'extreuen les conclusions següents:

- En la nostra mostra de presó, les persones que tenen un delicte *contra la propietat* com a delicte principal en la pena base surten significats en quasi tots els tipus de consum, i també en el cas del consum via parenteral.

Taula 57. Relacions significatives entre delictes principal comès i consum de tòxics

Variables		C. persones	C. llibertat sexual	C. propietat	Drogues	Altres	Significació
Alcohol	No					*	* 0,009
	Sí			*			
Cànnabis	No	*				*	* 0,014
	Sí			*			
Cocaïna	No	*				*	* 0,000
	Sí			*			
Heroïna	No	*				*	* 0,000
	Sí			*			
Drogues de disseny	No						0,125
	Sí						
Fàrmacs	No	*				*	* 0,001
	Sí			*			
Inhalants	No						0,074
	Sí						
Altres	No						0,173
	Sí						
Drogues via parenteral	No	*	*				* 0,000
	Sí			*			

* Valors amb diferències significatives * $p \leq 0,05$

Per veure el detall anar a l'annex 1 *Taules complementàries*

- En canvi, quan es tracta de delictes *contra les persones* i d'*altres delictes*, resulta més significatiu que qui els cometem no tenen problemes de consum de tòxics.
- Els delictes *contra la llibertat sexual* només surten representats en la variable del consum via parenteral. Aquests subjectes no solen consumir per aquesta via.

Si ara ho mirem diferenciant si el delictes principal comès en la pena base és violent o no, en cap cas no trobem significació en la relació d'aquestes dues variables amb el tipus de consum.

Això significa que el consum de tòxics declarat sembla no influir en la violència del delictes comès. Tampoc els que consumeixen via parenteral cometem més delictes violents que aquells que no ho fan.

4.4. Resum de les característiques dels diversos tipus de trastorn

A manera de conclusió final, hem recollit les característiques diferenciadores de cada tipus de diagnòstic que hem anat descrivint al llarg del capítol.

4.4.1. Els trastorns mentals severos

Respecte a les variables personals i de salut
<ul style="list-style-type: none">▪ El col·lectiu d'estrangers amb problemàtica mental s'agrupa de manera més significativa al voltant d'aquest tipus de trastorns
<ul style="list-style-type: none">▪ En proporció, tenen menys problemes de toxicomania en actiu que la resta
<ul style="list-style-type: none">▪ És el col·lectiu de persones que menys problemes ha tingut amb l'alcohol, la cocaïna, l'heroïna i l'abús de fàrmacs
<ul style="list-style-type: none">▪ Com a medicació, prenen en major proporció antipsicòtics i també medicació per malaltia orgànica que en la resta de trastorns mentals
Respecte a les variables penals
<ul style="list-style-type: none">▪ Són els que menys causes acumulades a la pena base tenen i menys delictes acumulen en el compliment de sentència (3,04 de mitjana)
<ul style="list-style-type: none">▪ Respecte al temps de condemna, són com a col·lectiu un dels que menys temps de pena ha rebut (1.677 dies de mitjana)
<ul style="list-style-type: none">▪ És el col·lectiu en què més es coneixia la malaltia en el moment de dictar sentència. I aquest tipus de trastorn és el que més s'ha tingut en compte per justificar atenuants o eximents en la sentència
Respecte a les variables penitenciàries
<ul style="list-style-type: none">▪ És el col·lectiu de trastorns que més estable romandrà dins de la presó: rebrà menys classificacions diferents (1,87 de mitjana); menys regressions de grau i menys canvis d'ubicacions en mòduls penitenciaris diferents

(mitjana 10,44)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ És el col·lectiu que menys incidents protagonitzaran dins de presó (2,91 de mitjana) i també de faltes (mitjana: 2,39)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ És el col·lectiu que menys risc d'intents de suïcidi presenta entre el conjunt de trastorns mentals
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Respecte als permisos de sortida ordinaris i extraordinaris, és el que menys permisos té
<ul style="list-style-type: none"> ▪ També és el col·lectiu de trastorns que menys accedeix al 3r grau

4.4.2. Els trastorns de personalitat

Respecte a les variables personals i de salut
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El percentatge més important de dones s'agrupen en els TP, tot i que el nombre baix de la mostra impedeix extreure conclusions determinants
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hi ha una proporció més gran de persones que han estat diagnosticades de retard mental en aquest grup
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Com a col·lectiu, presenta més problemàtica amb el consum d'heroïna; i quan es combina amb més diagnòstics (TMS + TP o TMS + TP + altres), amb la resta de drogues: alcohol, cocaïna, cànnabis i drogues de disseny
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Com a medicació, prenen eutimitzants en major proporció
Respecte a les variables penals
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Respecte al temps de condemna, són com a col·lectiu el que menys temps de pena ha rebut (1.527 dies de mitjana). En canvi, augmenta molt significativament quan es combina amb TMS (3.021 dies de mitjana) o quan hi ha els tres tipus de diagnòstics de trastorns (3.294 dies de mitjana)
Respecte a les variables penitenciàries

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Com a col·lectiu, si només estan diagnosticats de TP, viuran pocs canvis dins de la presó amb relació a la resta de trastorns: el nombre de classificacions diferents és el segon més baix després dels TMS (2,35 de mitjana); tindran menys regressions de grau (mitjana 0,42) i menys canvis d'ubicacions en mòduls penitenciaris diferents (mitjana 12,75).
<ul style="list-style-type: none"> ▪ En canvi, quan es combina el TP amb <i>altres trastorns</i>, es dispara el nombre de classificacions diferents (3,87) i d'ubicacions (24,61)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Els TP, juntament amb els <i>altres trastorns</i>, són el col·lectiu que presenta més intents de suïcidi dins del conjunt de trastorns estudiats

4.4.3. Els altres trastorns

Respecte a les variables personals i de salut
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abusen més que la resta de consums d'alcohol i de cocaïna. Quan se sumen els tres tipus de diagnòstic (TMS + TP + altres), també presenten consums més significatius en cànnabis, heroïna i drogues de disseny
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Com a medicació, prenen en major proporció que la resta de trastorns antidepressius, ansiolítics i metadona
Respecte a les variables penals
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acumulen més causes a la pena base com a col·lectiu i també són els que més delictes acumulen en el compliment de mesura (6,00 de mitjana), i una mica més quan presenten els tres diagnòstics (6,39 de mitjana)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Respecte al temps de condemna són, com a col·lectiu, un dels que han rebut una pena més gran (2.850 dies de mitjana). Quan es donen els tres tipus de diagnòstic (TMS + TP + altres), la mitjana de dies de condemna puja a 3.294 dies.
Respecte a les variables penitenciàries

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ És el col·lectiu de trastorns que més canvis viurà a la presó: rebrà més classificacions diferents (3,68 de mitjana), més regressions de grau (0,90) i més canvis d'ubicacions en mòduls penitenciaris diferents (19,84 de mitjana). Com en anteriors variables, si se sumen els tres tipus de diagnòstic (TMS + TP + altres), la mitjana de classificacions diferents puja (3,87 de mitjana) i el canvi d'ubicacions també (24,61 de mitjana) |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Juntament amb els TP, aquest col·lectiu de trastorns és el que té més possibilitats de protagonitzar un intent de suïcidi, ja sigui com a diagnòstic únic, ja sigui combinat amb altres tipus de diagnòstic |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ És el col·lectiu que més permisos de sortida gaudeix durant la pena base |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ També és el col·lectiu de trastorns que més accedeix al 3r grau |

En cap dels tres tipus de diagnòstic no hem trobat diferències que puguin concretar que hi ha un tipus de delictes concret que cometem segons la malaltia diagnosticada.

Tampoc no es troben diferències entre els diferents trastorns quant a la violència en el delictes.

Cap tipus de trastorn discrimina un tipus de classificació inicial diferent dels interns. Majoritàriament, es classifiquen en 2n grau.

5. Les mesures de seguretat a Catalunya

L'article 96 del Codi penal vigent (Llei orgànica 10/1995, de 23 de novembre, del Codi Penal) defineix quines són les mesures de seguretat que es poden imposar, distingint entre les privatives de llibertat i les no privatives de llibertat.

Són mesures privatives de llibertat:

- 1a. *L'internament en un centre psiquiàtric.*
- 2a. *L'internament en un centre de deshabitació.*
- 3a. *L'internament en un centre educatiu especial.*

Són mesures no privatives de llibertat:

- 1a. *La prohibició d'estada i residència en determinats llocs.*
- 2a. *La privació del dret a conduir vehicles de motor i ciclomotors.*
- 3a. *La privació de la llicència o del permís d'armes.*
- 4a. *La inhabilitació professional.*
- 5a. *L'expulsió del territori nacional d'estrangers no residents legalment a Espanya.*
- 6a. *La resta de mesures previstes en l'article 105 d'aquest Codi.*

Com ja hem dit anteriorment, un total de 308 individus complia alguna mesura de seguretat l'any 2005 i, consegüentment, va entrar a formar part del nostre estudi. En aquest apartat de l'informe de recerca, entrarem a analitzar les particularitats d'aquest grup.

Com hem fet en el capítol anterior, comencem per donar les prevalences de patologies mentals agrupades en 6 categories⁵⁶ i també agrupades en 3 categories.⁵⁷ En els gràfics següents 16 i 17, es descriuen de forma descendent

⁵⁶ Recordem els criteris d'agrupament per a 6 categories, segons el DSM-IV i el CIE-10:

Delírium: Delírium, demència, trastorns amnèsics i altres trastorns cognoscitius.

Esquizofrènia i altres trastorns psicòtics: Esquizofrènia, trastorn esquizofreniforme, trastorn esquizoafectiu, trastorn delirant, trastorn psicòtic breu, trastorn psicòtic compartit, trastorn psicòtic degut a malaltia mèdica, trastorn psicòtic no especificat.

Trastorns per substàncies: Trastorns relacionats amb substàncies.

Trastorns de l'estat d'ànim: Trastorns depressius, trastorns bipolars i altres trastorns de l'estat d'ànim.

Trastorns de personalitat: trastorn paranoide, t. esquizoide, t. esquizotípic, t. antisocial, t. límit, t. histriònic, t. narcisista, t. obsessiu-compulsiu, t. per evitació, t. per dependència i t. no especificat de la personalitat.

Altres: trastorn mental degut a malaltia mèdica, t. d'ansietat, t. somatomorfs, t. facticis, t. dissociatius, t. de la conducta alimentària, t. sexuals, parafílies, t. adaptatiu, t. del son, t. del control dels impulsos, i altres.

⁵⁷ Recordem els criteris d'agrupament per a 3 categories, segons el DSM-IV i el CIE-10:

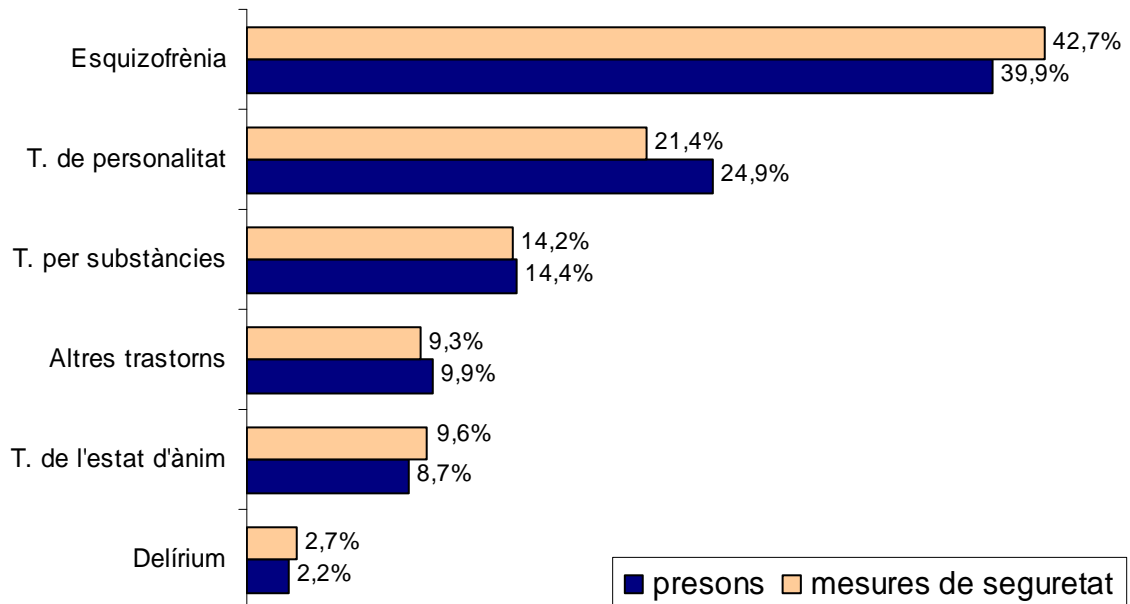
Trastorns mentals severos (TMS): esquizofrènia, trastorn delirant, t. esquizoafectiu, t. psicòtic compartit, t. psicòtic no especificat, t. bipolars, t. depressius majors.

Trastorns de personalitat (TP): trastorn paranoide, t. esquizoide, t. esquizotípic, t. antisocial, t. límit, t. histriònic, t. narcisista, t. obsessiu-compulsiu, t. per evitació, t. per dependència i t. no especificat de la personalitat.

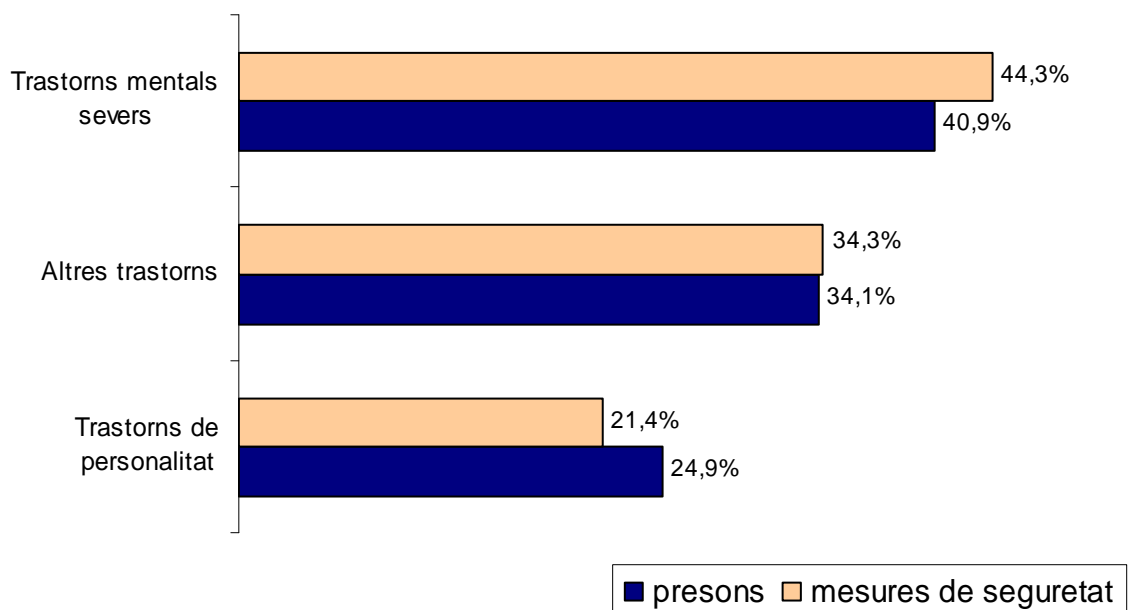
Altres: delírium, demència, trastorns amnèsics, t. esquizofreniforme, t. psicòtic breu, t. psicòtic degut a malaltia mèdica, t. relacionats amb substàncies, t. depressius, altres t. de l'estat d'ànim, t. mental degut a malaltia mèdica, t. d'ansietat, t. somatomorfs, t. facticis, t. dissociatius, t. de la conducta alimentària, t. sexuals, parafílies, t. de la identitat sexual, t. adaptatius, t. del son, t. del control dels impulsos i altres.

els percentatges de cada categoria de trastorn respecte del total de diagnòstics fets per al conjunt dels 308 individus.

Gràfic 16. Percentatge d'agrupacions (6 categories) respecte del total de diagnòstics i comparativa amb presons



Gràfic 17. Percentatge d'agrupacions (3 categories) respecte del total de diagnòstics i comparativa amb presons



A la vegada, es compara amb la mostra de presó, per poder establir les diferències i similituds entre ambdues poblacions.

Com es pot veure en ambdós gràfics, els percentatges són clarament homogenis entre ambdues poblacions. Les diferències són de 4 punts en els trastorns mentals severos, amb una major prevalença d'aquests entre les mesures de seguretat, i també de 4 punts en els trastorns de personalitat, en aquest cas amb una major prevalença en les penes de presó.

L'esquizofrènia i altres trastorns psicòtics són el gruix més important de malalties mentals i suposen al voltant del 40% de totes les malalties diagnosticades.

Els trastorns de personalitat representen un de cada quatre malalts internats en un centre penitenciari i un de cada cinc malalts que compleix una mesura de seguretat.

Taula 58. Nombre de diagnòstics que tenen als seus expedients les persones que compleixen mesures de seguretat. Any 2005

Diagnòstics de malaltia mental	N	%
Cap diagnòstic	14	4,5
Un diagnòstic	68	22,1
Dos diagnòstics	67	21,8
Tres diagnòstics	58	18,8
Quatre diagnòstics	34	11,0
Cinc diagnòstics	26	8,4
Sis diagnòstics	10	3,2
De 7 a 9 diagnòstics	28	9,4
De 10 a 12 diagnòstics	3	0,9
Total	308	100

La mitjana de diagnòstics és de 3,10, amb una desviació típica de $\pm 2,25$; resultats molt semblants als que obtenen les persones ingressades a presó.

No obstant aquesta similitud, les persones amb mesures de seguretat tenen com a màxim 3 diagnòstics en un 62,7% dels casos, mentre que en la mostra de presó fins a 3 diagnòstics representen el 40,6%.

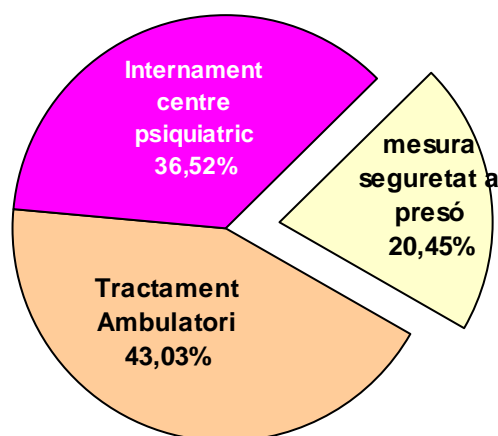
D'altra banda només en un 4,5% dels casos no hem trobat cap diagnòstic entre les mesures de seguretat, enfront del 36,8% de la mostra de presó. Els motius pels quals no figura cap diagnòstic de trastorn mental en les mesures de seguretat són diversos. En alguns casos, no consta a l'expedient físic del Centre Directiu cap informació al respecte. En altres, es parla de *trastorn mental no especificat*. També en altres casos es diu que no hi ha psicopatologia o que la problemàtica ve derivada d'una situació familiar conflictiva en la seva infància o, en un altre cas, de l'abús del consum d'alcohol. Com es pot veure, el ventall de casuístiques és variat, però en tots els casos tenen en comú que no hi ha un diagnòstic de trastorn mental i es va imposar en el testimoni de sentència una mesura de seguretat.

Aquestes dades permeten deduir, d'una banda, que les persones amb mesures de seguretat tenen reconeguts més diagnòstics de trastorns i, de l'altra, que aquests diagnòstics són més clars i més concrets, sense tantes oscil·lacions quant al nombre i els tipus que hem trobat en la mostra de presó.

Dins del col·lectiu de persones que compleixen mesures de seguretat, hi ha un grup que les compleix a la presó, ja sigui per la causa base estudiada o ja sigui perquè la mesura de seguretat s'incorpora com una més al seguit de sentències condemnatòries que acumula per altres delictes. En conjunt, són 63 persones del total de 308 (el 20,5%). En el darrer apartat d'aquest capítol, definirem les principals característiques que les constitueixen com a grup.

Sense comptar les mesures de seguretat que s'han complert a la presó, la resta de mesures de seguretat es distribueixen un 45,9% d'internats en un centre psiquiàtric i un 54,1% que reben tractament terapèutic de forma ambulatoria (TTA, a partir d'ara).

Gràfic 18. On s'ha complert la mesura de seguretat?



5.1. El perfil de les persones amb mesures de seguretat a Catalunya

Per facilitar la comparació amb la població reclosa que hem descrit al capítol 3.5, hem recollit les mateixes variables i en el mateix ordre.

5.1.1. El perfil personal i sociodemogràfic

Taula 59. Gènere, lloc de procedència, lloc de residència i edat. Comparació amb el percentatge de psiquiatria de presons de les principals variables

Sexe	N	% vàlid	% vàlid presons
Home	273	88,6	94,4
Dona	35	11,4	5,6
Nacionalitat	N	% vàlid	% vàlid presons
Espanyol	286	93,8	78,3
Estranger	19	6,2	21,7
Àrea geogràfica de procedència	N	% vàlid	% vàlid presons
Espanya	286	93,8	78,1
Unió Europea	5	1,6	3,8
Resta d'Europa	2	0,7	0,6
Magrib	5	1,6	9,1
Resta d'Àfrica	1	0,3	4,1
Amèrica Central i del Sud	3	1,0	2,6
Àsia	5	1,0	1,5
Resta del món	0	0,0	0,0

Lloc de residència declarat	Total per província		Comarca		N	% vàlid
	N	%				
Barcelona	269	87,4	Alt Penedès		1	0,3
			Anoia		7	2,3
			Bages		8	2,6
			Baix Llobregat		35	11,4
			Baix Penedès		2	0,6
			Barcelonès		140	45,5
			Berguedà		1	0,3
			Garraf		2	0,6
			Maresme		21	6,8
			Osona		9	2,9
			Vallès Occidental		33	10,7
			Vallès Oriental		10	3,2
			Baix Empordà		1	0,3
			Cerdanya		1	0,3
Girona	4	1,3	Gironès		2	0,6
			Pla de l'Estany		-	-
			Selva		1	0,3
			Ribera d'Ebre		1	0,3
Tarragona	3	1,0	Tarragonès		2	0,6
			Pallars Sobirà		1	0,3
Lleida	3	1,0	Segrià		1	0,3
			Urgell		1	0,3
			Fora de Catalunya		3	1,0
Altres	25	8,1	Fora d'Espanya		2	0,6
			Sense residència		7	2,3
			No consta		14	4,5
Edat	N	Mitjana edat	Desvia. típica	Mínim	Màxim	Mitjana edat presons
En el primer diagnòstic	274	32,0	13,8	6	82	29,3
En el primer consum de tòxics	78	14,9	5,4	10	46	14,5
En el delictes que provoca la mesura de seguretat (<i>pena base</i>)	295	35,5	12,2	17	79	31,8
En l'inici de compliment la mesura de seguretat (<i>pena base</i>)	275	37,3	12,2	19	82	33,3
En el primer ingrés a presó (si hi ha antecedents)	77	29,3	9,5	16	67	24,1
En l'inici de l'estudi (juliol 2006)	305	40,7	12,5	21	85	36,8

Destaquem d'aquestes dades que hi ha més dones entre les mesures de seguretat de les que hi ha amb trastorns mentals a les presons. En canvi, hi ha menys estrangers; particularment, magribins i subsaharians estan poc representats en mesures de seguretat atès el seu pes específic poblacional.

L'altra dada significativa és que la població de mesures de seguretat és molt més gran de mitjana que la població que ha passat per psiquiatria de presó.

Destaca la elevada edat d'alguns dels subjectes en el moment de l'inici del compliment de la mesura de seguretat o de l'inici del treball de camp de l'estudi (juliol 2006).

Taula 60. Estudis, coneixement dels idiomes oficials i professió declarada. Comparació amb el percentatge de psiquiatria de presons

Estudis	N	% vàlid	% vàlid presons		
Sense estudis	90	4,9	2,1		
Només primaris	86	42,2	43,5		
Secundaris	74	36,3	32,9		
Universitaris	9	4,4	3,6		
Altres estudis	2	1,0	6,0		
Coneixement de l'idioma		N	% vàlid presons		
Català	No l'entén	6	19,9		
	L'entén	26	19,2		
	El parla	9	10,5		
	L'escriu	7	12,0		
	No se sap	52	28,4		
Castellà	No l'entén	2	2,8		
	L'entén	2	7,3		
	El parla	6	11,5		
	L'escriu	36	46,9		
	No se sap	51	31,5		
Professió declarada (per sectors)	Total		Professió declarada	N	% vàlid
Sector primari	8	4,5	Agricultura	8	4,5
Sector secundari	7	3,9	Metal·lúrgia/mineria/electricitat	7	3,9
			Administratiu	4	0,7
Sector terciari	89	50,0	Automoció/ Mecànic	2	3,3
			Construcció/fusta/oficis	39	31,6
			Empleada de neteja	4	1,3
			Feines de casa	3	0,7
			Forces de seguretat	5	1,6
			Funcionaris	2	3,3
			Hostaleria/comerç	13	10,7
			Sanitat/ Ensenyament	2	0,7
			Serveis en general	5	4,6
			Transports	4	2,3
			Vendes/venda ambulat	6	3,3
			Altres	74	41,6
Sense ofici	32	18,0			
Pensionista	30	16,9			

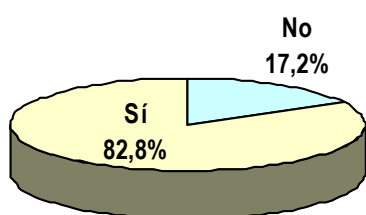
Destaquem d'aquestes dades que els percentatges d'estudis són molt semblants en ambdós col·lectius quant als estudis i el coneixement del castellà.

En canvi, clarament les mesures de seguretat estan més representades en les persones que entenen el català, la qual cosa podria interpretar-se com a associada a un cert arrelament a Catalunya.

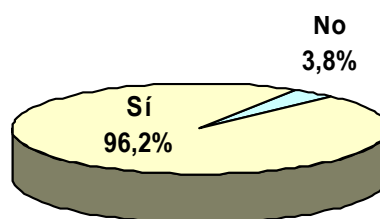
Taula 61. Salut: toxicomanies. Comparació amb psiquiatria de presons

Té hàbits tòxics coneguts?

Mesures de seguretat



Psiquiatria de presó



Hàbits tòxics coneguts	N	%* mesures de seguretat	%** psiquiatria de presó
Alcohol	124	40,3	55,3
Cànnabis	110	35,7	49,7
Cocaïna	75	24,4	54,4
Heroïna	38	12,3	40,9
Drogues de disseny	38	12,3	25,1
Fàrmacs	40	13,0	28,4
Inhalants	3	1,0	3,8
Altres	36	11,7	18,1
No se sap	54	17,5	26,3

* Sobre el total de la mostra de mesures de seguretat; N = 308.

** Sobre el total de la mostra de psiquiatria de presó; N = 342.

Taula 62. Salut: Història toxicològica i mental. Comparació amb psiquiatria de presons

Drogues via parenteral?	N	% vàlid	% vàlid presons
Sí	23	10,3	33,7
No	200	89,7	66,3
No consta	85	-	
Total	308	100	100

Toxicologia en actiu?	N	% vàlid	% vàlid presons
Sí	50	27,8	42,2
No	130	72,2	57,8
No consta	128	-	-
Total	308	100	100

Retard mental?	N	% vàlid
Sí	47	20,7
No	180	79,3
No consta	81	-
Total	308	100

Disminució psíquica diagnosticada?	N	% vàlid
Sí	46	22,8
No	156	77,2
No consta	106	-
Total	308	100

Incapacitació legal?	N	% vàlid	% vàlid presons
Sí	31	16,4	4,0
No	158	83,6	96,0
No consta	119	-	
Total	308	100	100,0

Destaquem l'elevat consum de tòxics que presenten ambdues poblacions, malgrat que la de mesures de seguretat en tots els indicadors dona millors resultats.

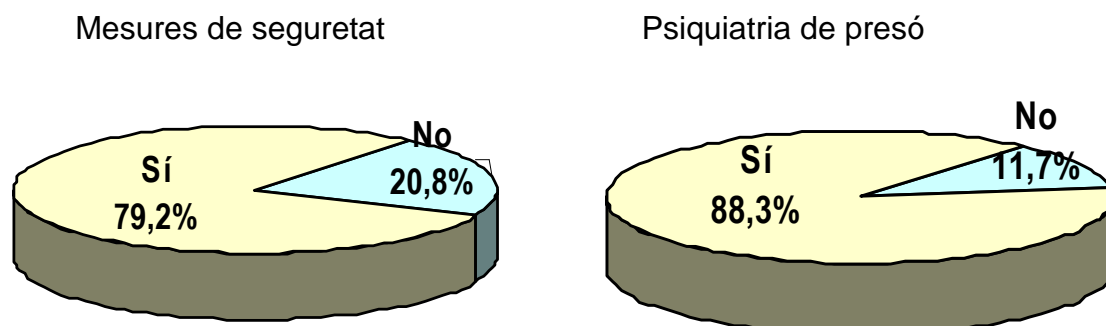
Destaquem d'aquestes dades l'evidència que el consum de tòxics és més rellevant entre el grup de trastorns mentals de presó. Han consumit tots els tipus de drogues de forma percentualment més elevada els que estan a presó que els que es troben sota mesures de seguretat. També són els de presó els que utilitzen la forma de subministrament de la droga més directa i dura en termes d'efectes sobre la salut (via parenteral) i són els que tenen una proporció més gran de drogodependència en actiu.

Respecte a tenir retard mental associat a la disminució, els percentatges són molt similars, al igual que la disminució psíquica diagnosticada.

En canvi, sí que s'aprecia una diferència en la incapacitació legal del subjecte, més reconeguda entre els que es troben sota mesures de seguretat.

Taula 63. Salut: medicació. Comparativa entre mesures de seguretat i presó

Rep medicació?



Medicació administrada	N	%* mesures de seguretat	%** psiquiatria de presó
Antidepressius	67	21,8	13,7
Antipsicòtics	206	66,9	28,1
Ansiolítics	136	44,2	26,3
Metadona	21	6,8	28,7
Antiretrovirals	5	1,6	0,3
Eutimitzants	46	14,9	6,1
Medicació per malaltia orgànica	38	12,3	20,2
Medicació per altres addiccions	8	2,6	0,6
Altres	44	14,3	30,4

* Sobre el total de la mostra de mesures de seguretat; N = 308.

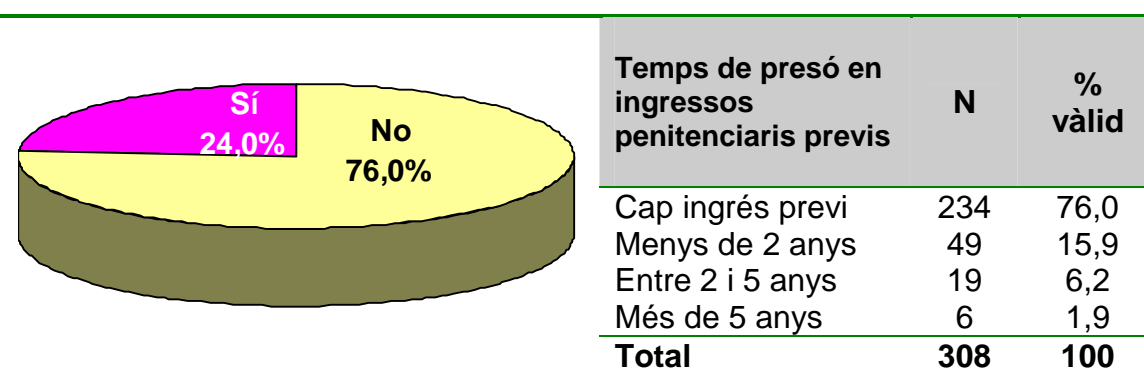
** Sobre el total de la mostra de psiquiatria de presó; N = 342.

En aquestes dades, s'observa que es dispensa major medicació a psiquiatria de presons que a mesures de seguretat, tot i que la dispensació és molt alta en ambdós col·lectius.

En canvi, quan veiem com es distribueix aquesta medicació, trobem que la més relacionada amb els trastorns mentals és percentualment més dispensada a les persones sotmeses a mesures de seguretat (antipsicòtics, ansiolítics, antidepressius i eutimitzants). Per contra, la relacionada amb el consum de tòxics (metadona) i les altres medicacions o per malaltia orgànica es donen en major proporció entre els interns a psiquiatria de presó.

5.1.2. El perfil penal

Gràfic 19 i taula 64. Antecedents penitenciaris



Taula 65. Delicte principal de la pena base (mesura de seguretat). Comparació amb psiquiatria de presons

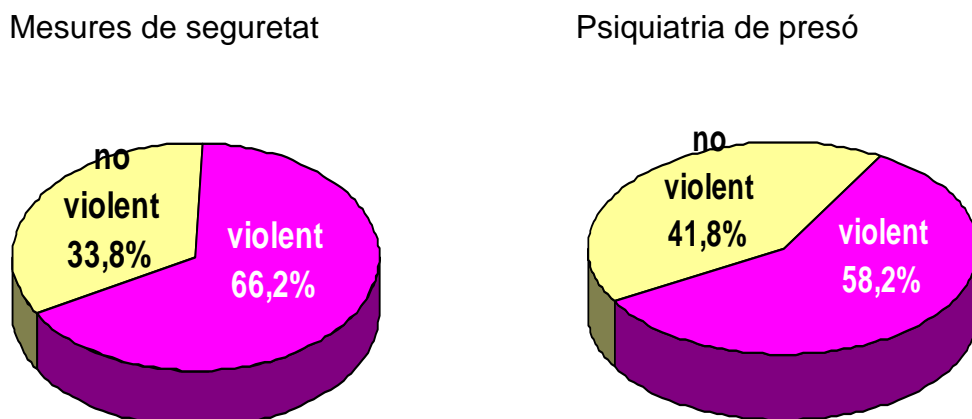
Tipus de delicte principal* de la pena base (mesura de seguretat)	N	% vàlid mesures de seguretat	% vàlid psiquiatria presons
Contra les persones	168	55,1	38,1
Contra la llibertat sexual	19	6,2	7,9
Contra la propietat	81	26,6	39,6
Contra la salut pública	2	0,7	5,0
Altres delictes	35	11,5	9,4
No consta	3	-	-
Total	308	100	100

* Delicte més greu pel qual se li ha imposat la mesura de seguretat que compleix l'any 2005.

Taula 66. Altres delictes acumulats a la mesura de seguretat de la pena base

Altres delictes acumulats	Delicte 2		Delicte 3		Delicte 4		Delicte 5		Delicte 6		Total delictes	
	N	% vàlid	N	% vàlid	N	% vàlid	N	% vàlid	N	% vàlid	N	% vàlid
Contra les persones	56	50,0	35	53,8	13	35,1	11	45,8	4	26,7	119	47,0
C. llibertat sexual	4	2,0	2	3,1	1	2,7	1	4,2	1	6,7	9	3,6
Contra la propietat	20	42,0	8	12,3	9	24,3	8	33,3	6	40,0	51	20,2
Contra la salut pública	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0
Altres delictes	32	1,0	20	30,8	14	37,8	4	16,7	4	26,7	74	29,2
No consta o no n'hi ha	196	-	243	-	271	-	284	-	293	-	-	-
Total	308	100	308	100	308	100	308	100	308	100	253	100

Gràfic 20. Percentatge de delictes violents. Comparació amb psiquiatria de presons



Nota: els delictes violents agrupen els delictes *contra les persones*, *contra la llibertat sexual* i el *robatori amb violència i/o intimidació*. En aquest còmput, s'han tingut en compte tots els delictes acumulats a la causa per la qual s'imposa la mesura de seguretat de cada penat.

Aquestes dades ens permeten veure que el perfil penal es troba més preservat en les persones amb mesures de seguretat, atès que tenen menys antecedents penitenciaris.

En canvi, veiem que les persones sotmeses a mesures de seguretat han comés més delictes violents que les persones ingressades a psiquiatria de presons. Aquesta dada està clarament focalitzada en els delictes *contra les persones*, el 55% en els subjectes amb mesures de seguretat. Mentre que els ingressats a psiquiatria de presó tenen el 38,1% en aquesta variable. Recordem que la proporció de delictes *contra les persones* entre la població penitenciària ordinària es troba en el 7,1%.

5.1.3. Comparació entre la mostra de mesures de seguretat i la de psiquiatria de presons

La taula que ve a continuació mostra les relacions bivariades entre les diferents variables estudiades i els dos grups d'estudi, i ens mostra si hi ha diferències significatives o no entre els dos grups d'estudi (darrera columna) i cap a on va aquesta diferència (tercera i quarta columnes).

Taula 67. Comparació i significació de variables entre la mostra de mesures de seguretat i la mostra de presó

Variables		Mesura de seguretat	Psiquiatria a presó	Significació
Gènere	Home		* Hi ha més homes	* 0,007
	Dona	* Hi ha més dones		
Nacionalitat	Espanyol	* Hi ha més espanyols		* 0,000
	Estranger		* Hi ha més estrangers	
Retard mental?	Sí			0,817
	No			
Disminució psíquica diagnosticada?	Sí			0,051
	No			
Incapacitació legal?	Sí	* N'hi ha més de declarades		* 0,000
	No		* N'hi ha menys declarades	
Es té en compte en sentència?	Sí	* Com a eximent incomplet i complet	* Com a atenuant	* 0,000
	No		* No es té en compte	
Consum de tòxics actualment?	Sí		*	* 0,000
	No	*		
Pren drogues via parenteral?	Sí		*	* 0,000
	No	*		
Ingressos penitenciaris anteriors?	Sí		*	* 0,001
	No	*		
Delicte principal pena base	Contra les persones	*		* 0,000
	Contra la llibertat sexual			
	Contra la propietat		*	
	Drogues		*	
	Altres			
Delicte violent	Delicte no violent		*	* 0,035
	Delicte violent	*		
Total diagnòstics malaltia mental	Mitjana	3,10	1,97	* 0,000
	Desviació típica	2,25	2,32	
Temps de condemna	Mitjana	1.600,43 dies	1.959,87 dies	* 0,027
	Desviació típica	1.743,47 dies	2.315,00 dies	
Total delictes compliment condemna	Mitjana	2,15	3,92	* 0,000
	Desviació típica	2,87	4,72	

* Valors amb diferències significatives; $p \leq 0,05$.

Per conèixer el detall, veure l'annex 1 "Taules complementàries".

De la lectura d'aquesta taula, podem concloure que:

- En les mesures de seguretat estan més representades les dones i també els espanyols. Tenen més reconeguda la incapacitació legal com a malalts mentals.
- Els que consumeixen drogues i/o les prenen per via parenteral els trobem amb major proporció a les presons.
- El perfil penal és més marcat entre els que estan a presó que no entre els que compleixen mesures de seguretat: tenen més ingressos penitenciaris anteriors, tenen més delictes acumulats a la pena base i han de complir més dies de condemna.
- Les persones amb mesures de seguretat han aconseguit un reconeixement més explícit de la malaltia mental en les sentències, de manera que es beneficien en més proporció d'eximents incomplets i complets, mentre que a les persones que estan a presó se'ls han aplicat en més proporció els atenuants o bé no s'ha tingut en compte cap mena d'atenuant o eximent.
- En el grup de les mesures de seguretat, trobem una proporció més gran de delictes *contra les persones* i de delictes violents. En el de la presó, en canvi, trobem una proporció més elevada de delictes *contra la propietat* i *contra la salut pública (drogues)* i més delictes no violents.

5.1.4. Mesures de seguretat, consum de drogues i delicte

Com es veu en la taula següent, i com ja hem apuntat en les anteriors, les persones que es troben a la presó presenten major problemàtica de consum de tòxics que les persones que es troben sota mesures de seguretat: presenten major problemàtica d'alcohol, cànnabis, cocaïna, heroïna, drogues de disseny, fàrmacs i inhalants; són més consumidores en actiu i amb més freqüència la via de subministrament de la droga és la parenteral.

Taula 68. Relació i significació entre droga i tipus de mesura

Variabes		Mesura de seguretat	Psiquiatria a presó	Significació
Alcohol	No	*		* 0,000
	Sí		*	
Cànnabis	No	*		* 0,000
	Sí		*	
Cocaïna	No	*		* 0,000
	Sí		*	
Heroïna	No	*		* 0,000
	Sí		*	
Abús de fàrmacs	No	*		* 0,000
	Sí		*	
Inhalants	No	*		* 0,020
	Sí		*	
Altres tòxics	No	*		* 0,022
	Sí		*	

* Valors amb diferències significatives; $p \leq 0,05$.

Per conèixer el detall, veure l'annex 1 "Taules complementàries".

D'altra banda, hem volgut saber si el consum de tòxics tenia alguna influència en el tipus de delictes que cometien les persones sotmeses a mesura de seguretat.

Taula 69. Mesures de Seguretat. Relació i significació entre droga i delictes

Variabes		C. persones	C. llibertat sexual	C. propietat	Drogues	Altres	Significació
Alcohol	No						0,608
	Sí						
Cànnabis	No						0,224
	Sí						
Cocaïna	No						* 0,024
	Sí				*		
Heroïna	No						0,325
	Sí						
Drogues de disseny	No						0,352
	Sí						
Fàrmacs	No	*					* 0,010
	Sí			*			
Inhalants	No						0,339
	Sí						
Altres tòxics	No						0,400
	Sí						
Drogues via parenteral?	No						0,265
	Sí						
Consum actual de tòxics?	No						0,469
	Sí						

* Valors amb diferències significatives * $p \leq 0,05$

Per veure el detall anar a l'annex 1 *Taules complementàries*

Com es pot veure pels resultats de la taula, només els consumidors de cocaïna que tenen mesures de seguretat són més tendents a cometre delictes contra la salut pública, i els que abusen dels fàrmacs, delictes contra la propietat. La resta de consums no discriminen el fet de cometre un o un altre tipus de delicte.

5.2. El perfil dels que compleixen simultàniament mesures de seguretat i mesures de presó

Com hem explicat anteriorment en aquest mateix capítol, 63 individus que durant l'any 2005 es trobaven complint mesures de seguretat, també era possible trobar-los a les presons catalanes, bé perquè complien per altres causes o bé perquè la mesura de seguretat la complien a les unitats psiquiàtriques de la presó.

Les diferències més importants que hem pogut trobar entre aquest col·lectiu que compleixen mesures de seguretat a la presó, simultàniament o no amb penes de presó, i les persones que compleixen mesures de seguretat fora de la presó són que en el grup de presó:

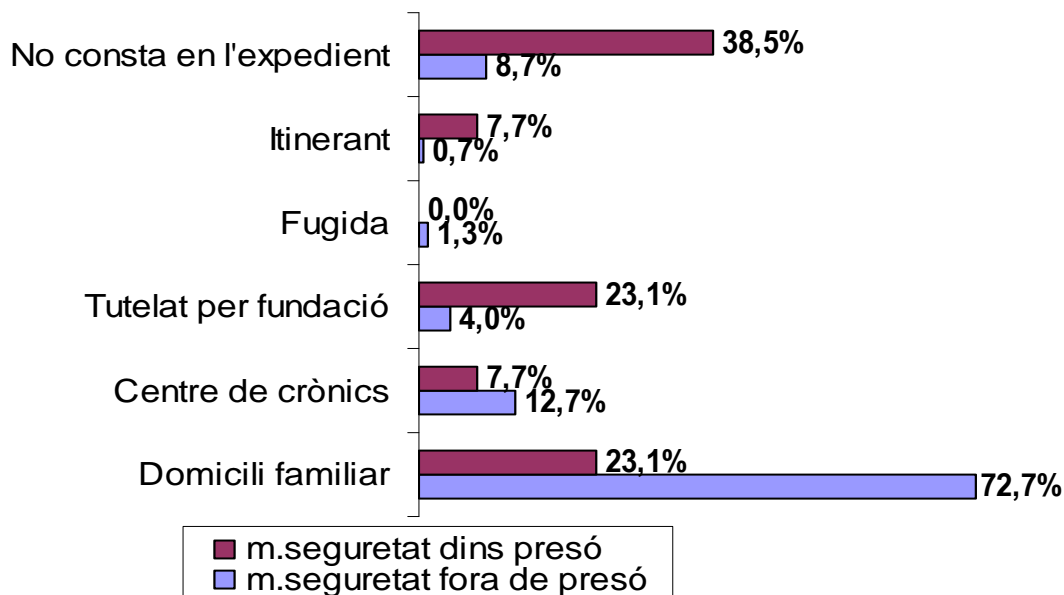
- Hi ha més homes.
- Tenen més diagnòstics diferents de mitjana (4,16 enfront de 2,89).
- Tenen major problemàtica de consum de tòxics amb l'alcohol, el cànnabis, l'heroïna i els inhalants. Consumeixen més sovint la droga per via parenteral.
- Són multireincidentes penitenciaris, ja que tenen 3 o més ingressos previs a la presó.
- Tenen major condemna de mitjana (més del doble de temps: 8,8 anys de mitjana enfront dels 3,5 de mitjana dels que només compleixen mesura de seguretat).

- Compleixen per un nombre més elevat de delictes (3,35 de mitjana enfront dels 1,92 de mitjana).
- Són més joves en el seu primer ingrés a presó (25,5 anys enfront dels 30,7 anys dels que només compleixen mesures de seguretat).
- Compleixen la mesura a la presó per manca de recurs adient a les seves característiques.
- En finalitzar la mesura de seguretat, és més freqüent trobar-los tutelats per una fundació, vivint al carrer o que es desconeixi on van.

La resta de variables estudiades no presenten diferències significatives.

Com hem vist, el recurs de sortida és significativament diferent si la mesura de seguretat s'ha d'acabar complint a la presó o si es compleix fora, en una institució psiquiàtrica o en tractament ambulatori.

Gràfic 21. Recurs de sortida de les mesures de seguretat



Com podem veure en el gràfic, els que compleixen la mesura de seguretat fora de presó, en finalitzar la mesura, els trobarem en 3 de cada 4 casos al domicili familiar. Tot el contrari dels que han d'acabar complint la mesura de seguretat dins de la presó, dels quals només 1 de cada 4 anirà al domicili familiar.

6. Perspectiva de gènere: dona, salut mental i execució penal

Com ja hem vist successivament en els diferents capítols, les dones són un col·lectiu minoritari en el món de l'execució penal, tant a les presons com en el compliment de mesures de seguretat. Justament per aquest motiu i per l'especificitat del col·lectiu, convé fer un estudi de les seves característiques diferencials, al qual dediquem aquest capítol sencer.

En total, 19 dones componen la mostra femenina de persones amb trastorns mentals a la presó, un 5,6% del total de la mostra penitenciària, i 35 dones la de mesures de seguretat, un 11,4% del total.

Tot seguit, presentarem els resultats de l'anàlisi de les diferents variables de l'estudi respecte al grup de dones i de la seva comparació amb els homes i amb les característiques generals de la població que hem vingut presentant fins al moment.

6.1. Les diferències entre homes i dones

No hem trobat diferències significatives entre homes i dones relacionades amb la nacionalitat o l'àrea geogràfica de procedència. Tampoc no hi ha diferències en el lloc de residència (al Barcelonès s'ubica el 44,2% de la població femenina estudiada), ni en el coneixement dels idiomes oficials de Catalunya. El que s'ha dit per al conjunt serveix també per a les dones.

Sí que trobem diferències entre les dones pel que fa a la professió declarada: feines de la llar, feines de neteja, sanitat/ensenyament i ram administratiu es mantenen com a professions marcadament feminitzades, també entre les persones amb problemàtica mental.

Respecte als estudis, les dones de la mostra són preponderants en els dos extrems: n'hi ha proporcionalment més que homes amb estudis universitaris i batxillerat, però també hi ha proporcionalment més dones analfabetes que homes.

L'edat és una altra variable que diferencia la dona de l'home amb problemàtica mental en l'àmbit de l'execució penal. En totes les variables que inclouen la mesura de l'edat la dona és més gran que l'home: en el moment que va ser diagnosticada per primer cop (mitjana de 36,3 enfront dels 30,4 de l'home); quan va cometre el delicte (mitjana de 38,1 enfront dels 33,4 de l'home); en el moment d'entrada a presó per complir la pena base (mitjana de 38,1 enfront dels 34,8 de l'home); o en el moment de fer l'estudi (mitjana de 41,9 enfront dels 38,3 de l'home).

També en el nombre de delictes acumulats a la condemna base trobem diferències. Les dones acumulen menys delictes de mitjana (1,8 enfront dels 3,2 dels homes), amb la meitat de desviació típica ($\pm 2,4$ enfront de $\pm 4,2$).

En la resta de variables estudiades no s'observen diferències en funció del gènere. Capítol a part són els diagnòstics i la medicació prescrita que hem volgut tractar de manera diferenciada en els dos apartats següents.

Dediquem un apartat en aquest mateix capítol a valorar específicament les diferències i les similituds entre els diferents diagnòstics de trastorn mental, la medicació prescrita, el delicte comès i la toxicomania de la dona.

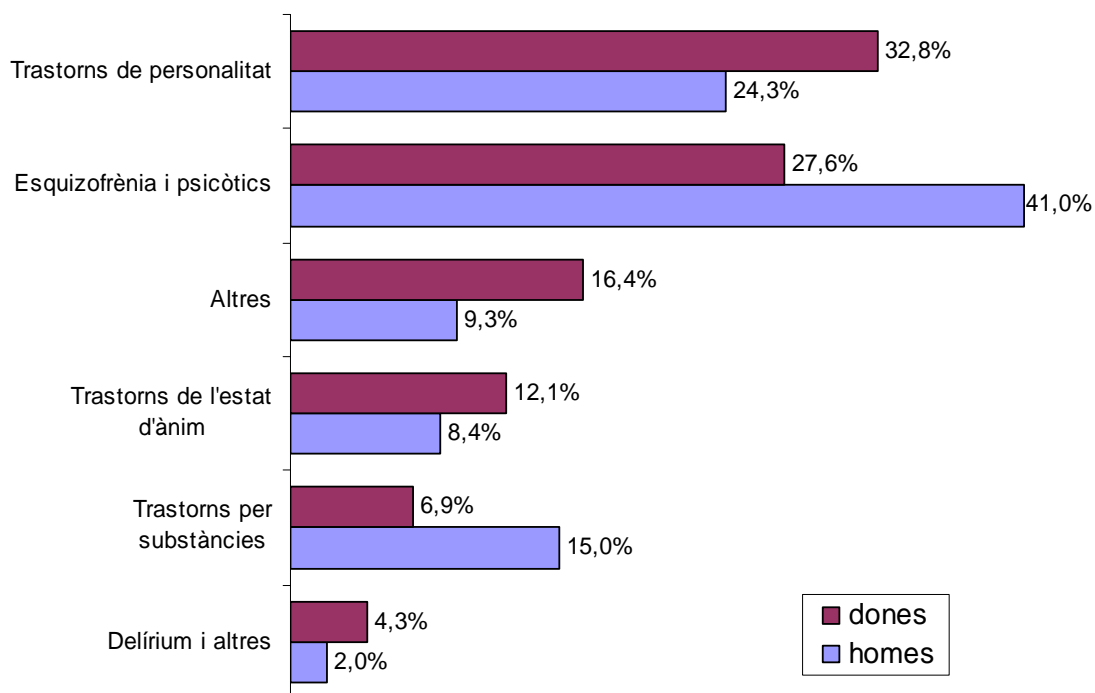
6.2. Els diagnòstics de malaltia mental en les dones

El primer que podem dir pel que fa a aquest tema és que els trastorns mentals més prevalents entre les dones estudiades són els trastorns de personalitat, que suposen el 32,8% del total de trastorns diagnosticats, com es pot veure en el gràfic 22. En els homes, la major prevalença la trobem en els trastorns per esquizofrènia i altres trastorns psicòtics.

En comparació dels homes, també trobem major proporció de trastorns de l'estat d'ànim en les dones (12,1% enfront del 8,4% dels homes) i els altres trastorns (16,4% enfront del 9,3% dels homes).

En canvi, respecte als trastorns relacionats amb el consum de substàncies, trobem una major proporció de diagnòstics entre els homes (15,0% enfront del 6,9% de les dones).

Gràfic 22. Diagnòstics de trastorn mental (agrupats en 6 categories)

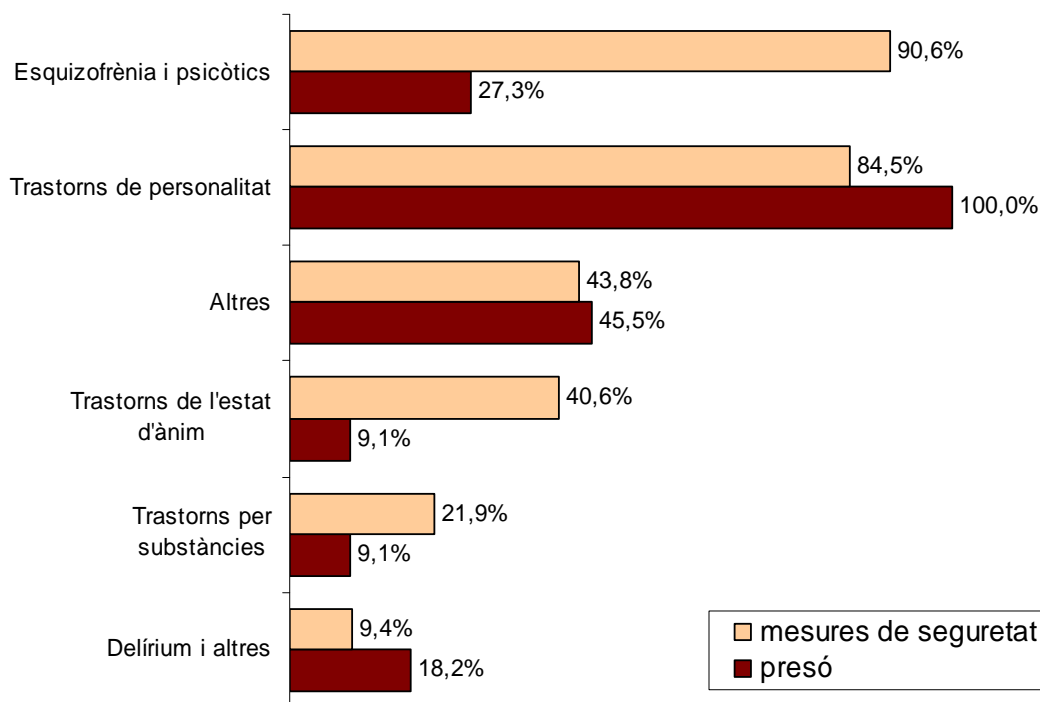


Nota: una persona pot tenir més d'un diagnòstic.

Si ens fixem ara en les diferències de diagnòstics segons que siguin fets per a les dones ingressades a les unitats de psiquiatria de presons o bé per a aquelles a les quals se'ls ha aplicat mesures de seguretat, trobarem diferències molt significatives entre els dos grups, tal com es descriu en el gràfic 23:

- A presó hi trobem major proporció de diagnòstics de trastorns de personalitat i delíriums, demències i altres trastorns cognitius.
- A mesures de seguretat hi trobem major percentatge d'esquizofrènies i altres trastorns psicòtics, trastorns relacionats amb substàncies i trastorns de l'estat d'ànim.

Gràfic 23. Distribució dels diagnòstics de trastorns mentals entre les dones, per mesures



Nota: una dona pot tenir més d'un diagnòstic.

6.3. Medicació i gènere

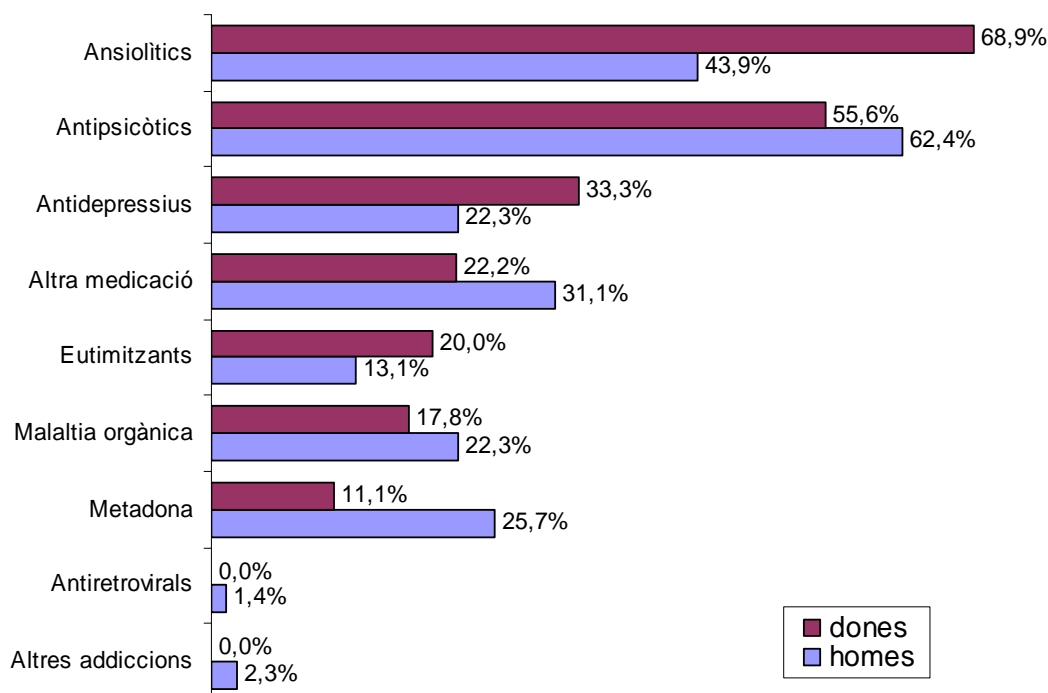
La medicació més receptada a les dones són els ansiolítics (68,9% enfront del 43,9% dels homes).

També són més altes entre les dones les proporcions dels antidepressius (33,3% enfront del 22,3% dels homes) i dels eutimitzants (20,0% enfront del 13,1% dels homes).

En canvi, els antipsicòtics són més receptats entre la població masculina (62,4% dels homes enfront del 55,6% de les dones).

Destaquem que són els homes qui presenten majors percentatges de consum de medicaments.

Gràfic 24. Dispensació de medicaments, per gènere



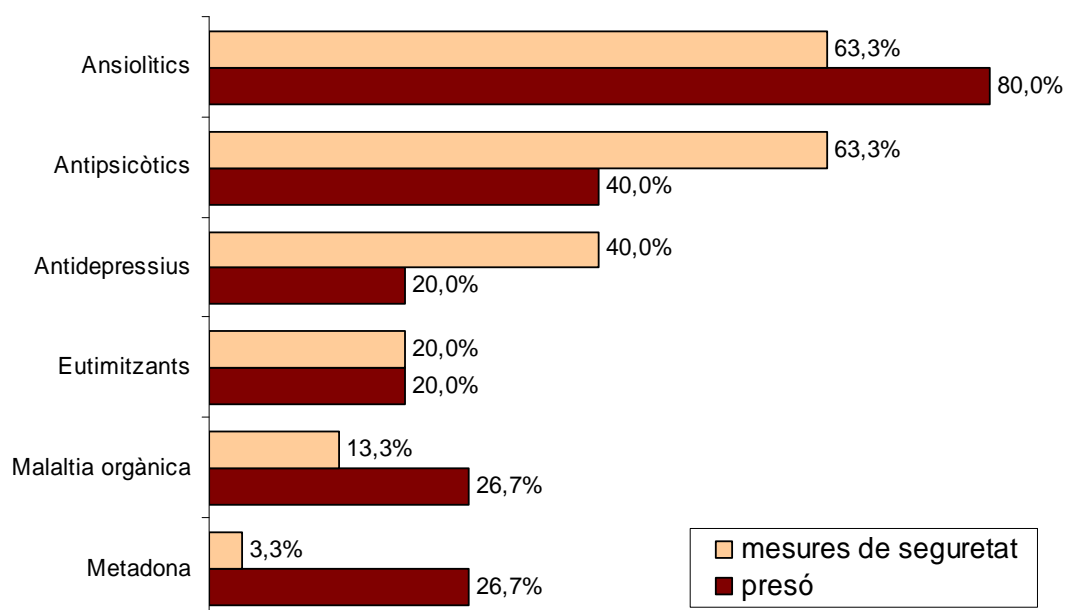
Nota: les persones poden estar representades en més d'un grup, ja que poden prendre medicació corresponent a diferents malalties. Només es comptabilitza un medicament per grup, de manera que si pren, per exemple, dos tipus d'ansiolítics, només es comptabilitza un cop.

Com que el tipus de diagnòstic presenta percentatges ben diferents en funció de si la mesura imposada és una mesura de seguretat o implica un ingrés a presó, en bona lògica el tipus de medicament que predomina en un o l'altre lloc també variarà, no en funció del tipus de mesura, sinó del diagnòstic.

D'altra banda, resultava interessant saber si la pena de presó podia incentivar el consum d'algun tipus de medicament relacionat més amb el malestar que implica la privació de llibertat que amb la mateixa malaltia.

Com es pot veure en el gràfic 25, dins de la presó els percentatges de consum de medicació entre les dones són més alts que en el cas de les dones que compleixen mesures de seguretat a l'exterior. Els medicaments amb aquest major consum són els ansiolítics i les medicacions per a malalties orgàniques i per al tractament de la toxicomania, mitjançant la substitució per metadona.

Gràfic 25. Percentatges de consum de medicació entre les dones, segons la pena aplicada



6.4. Hàbits tòxics i gènere

Cal destacar, en primer lloc, com a característica general, que les dones que tenen problemàtica mental presenten un consum de tòxics molt inferior en importància que el dels homes.

També tenen un consum actual de tòxics menor en el moment de compliment de la mesura (19% enfront del 30,8% dels homes) i la via de consum parenteral és menys freqüent (9,5% enfront del 27,6% dels homes).

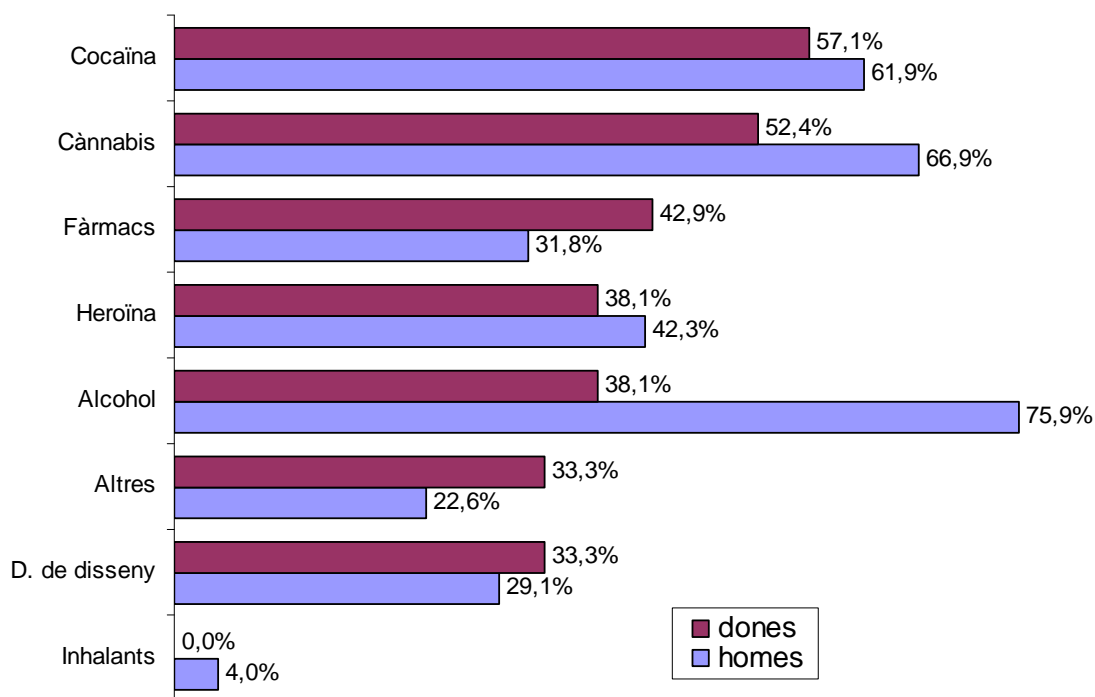
La cocaïna és la droga amb major prevalença entre les dones (57,1%) si bé aquest consum encara és inferior al dels homes (61,9%).

El consum abusiu de fàrmacs és l'únic tipus d'addicció que està per sobre, en proporció, del dels homes (42,9% enfront del 31,8%).

Si l'alcohol és el principal problema toxicològic entre els homes, la seva importància entre el col·lectiu de dones és molt més baixa, amb diferències de quasi 40 punts. En general, podem dir que les dones tenen una menor afectació que els homes amb relació a tot els tipus de trastorns relacionats amb

el consum de substàncies (18,6% entre les dones enfront del 45,2% dels homes). La problemàtica toxicològica té un marcat accent masculí.

Gràfic 26. Consum de tòxics i gènere

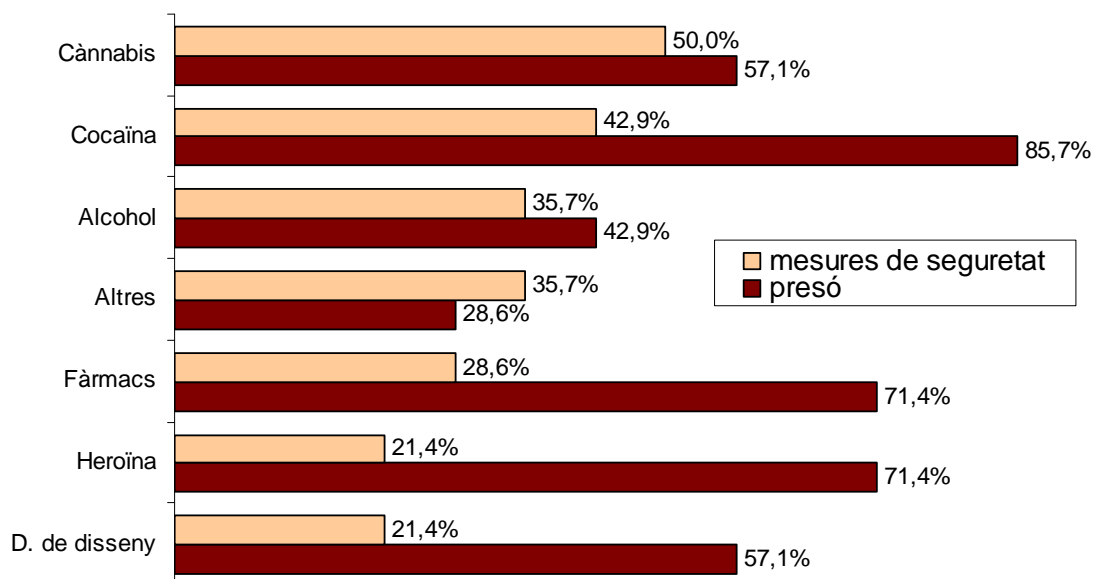


Nota: les persones poden estar representades en més d'un grup de consum, ja que poden prendre més d'un tipus de droga.

Si ens fixem on hi ha major consum de tòxics entre les dones amb problemàtica mental, les diferències són clarament significatives: el consum és molt més elevat entre les dones que es troben a la presó, en tots els tipus de drogues, excepte en *altres consums*. De fet, la variable toxicomania unida a la de trastorn mental sembla constituir una variable força explicativa per saber el tipus de mesura aplicada, si és presó o mesura de seguretat. Més que el tipus de delictes comès; tant en el cas dels homes com en el de les dones.

Les drogues considerades en la literatura científica com a més *dures* són les que marquen les principals diferències entre el col·lectiu que es troba a la presó i el que compleix mesura de seguretat: cocaïna, heroïna, drogues de disseny i fàrmacs són els quatre tipus que més diferència d'interval presenten en les pautes de consum d'ambdós col·lectius.

Gràfic 27. Percentatges de consum de tòxics entre les dones, segons la mesura aplicada



Nota: les persones poden estar representades en més d'un grup de consum, ja que poden prendre més d'un tipus de droga.

6.5. Malaltia, tipus de delicte i gènere

Ja hem vist com es distribuïen els tipus de delictes en funció del gènere. Els homes cometien un major percentatge de delictes violents (63,3% enfront del 48,1% de les dones), que provenen majoritàriament dels delictes *contra les persones* (46,8% enfront del 38,9% de les dones) i contra la llibertat sexual (7,8% enfront del 0% de les dones).

També recordem que la proporció d'aquests tipus de delictes violents en la població afectada de trastorns mentals és molt més elevada que la publicada en l'estudi de Luque, Ferrer i Capdevila (2005) sobre la població penitenciària catalana (delictes violents entre la població penitenciària catalana, 9,9% enfront del 46,0% de la població amb problemàtica de trastorns mental).

Dit això, com que el capítol que ens ocupa és el referit a la dona, volíem saber si respecte al col·lectiu femení aquestes afirmacions es poden matisar o reforçar en algun aspecte.

No hem trobat diferències significatives en les dones quant a tenir o no diagnòstic i haver comès o no un delictes violent. Hi ha les mateixes proporcions de delictes violent entre les diagnosticades d'un trastorn com entre les no diagnosticades.

Sí que trobem una petita diferència pel que fa als delictes no violents: les dones no diagnosticades estan més representades en els *altres delictes*, mentre que les diagnosticades ho estan més en els delictes *contra la propietat*. La taula 70 recull les dades que sustenten aquesta conclusió. De tota manera, cal matisar que, degut al baix nombre de casos que inclou la mostra de dones, distribuïm les dades segons la tipologia delictiva i la presència o no de diagnòstic.

Taula 70. Delictes i presència de diagnòstic en el col·lectiu de les dones

	Sense diagnòstic		Amb diagnòstic		Total	
	N	%	N	%	N	%
Contra les persones	5	45,5	16	37,2	21	38,9
Contra la propietat	1	9,1	22	* 51,2	23	* 42,6
Drogues	1	9,1	1	2,3	2	3,7
Altres delictes	4	* 36,4	4	9,3	8	* 14,8

* Valors amb diferències significatives $p \leq 0,05$

6.6. Les diferències entre les dones segons el lloc de compliment de la pena (presó o mesures de seguretat)

Hem trobat molt poques diferències en les variables estudiades entre les dones que estan complint a presó i les que compleixen en mesures de seguretat. A part de les ja esmentades en els apartats d'aquest mateix capítol, només hem trobat un nombre més elevat de diagnòstics entre les mesures de seguretat (2,7 diagnòstics enfront de l'1,3 de presó) i el total de delictes pels quals està complint condemna (mesures de seguretat 1,3 enfront dels 2,9 de presó).

No hi ha cap diferència en les edats en cap de les franges estudiades.

7. Estrangers, salut mental i execució penal

En aquest capítol, farem una anàlisi específica del col·lectiu d'estrangers de la població objecte d'estudi que presenten problemes de salut mental. Aquest és un col·lectiu que, d'entrada, ens fa pensar que ha de tenir unes característiques diferents al general per diversos motius: han fet un procés migratori (més o menys recent) que els ha d'haver implicat determinada estabilitat mental prèvia i durant el procés, però que també els pot haver suposat patologies específiques derivades de la pèrdua de referents, separació de la família, etc.; una altra qüestió a considerar són les dificultats de comunicació provinents del poc domini de l'idioma i, més en general, la diferència de referents culturals, que poden fer més difícil el diagnòstic de determinades patologies.

El nombre total d'estrangers a la nostra mostra és de 93, un 14,3% del total.

El col·lectiu d'estrangers, en funció de la mesura aplicada, es distribueix de la forma següent: el 2005 van passar per les mesures de seguretat 19 persones estrangeres amb algun trastorn mental declarat (en percentatge és el 6,2%); pel que fa als que van complir pena de presó o presó preventiva en van ser 74 (el 21,05%).

Hi ha una diferència significada, que ja explicarem amb més deteniment, entre la població estrangera a la qual s'aplica una mesura o una altra.

D'altra banda, el percentatge es troba molt per sota del percentatge de població estrangera que hi havia el desembre de 2005 al conjunt de presons catalanes (34,2%).⁵⁸

Això suscita dues hipòtesis força distants. La primera seria considerar que la població estrangera que emigra és, en general, més sana a nivell mental que l'espanyola. La literatura científica sobre immigració extracomunitària sempre

⁵⁸ Serveis Penitenciaris, Rehabilitació i Justícia Juvenil. Departament de Justícia. Generalitat de Catalunya. *Butlletí Semestral d'Informació Estadística Bàsica*, núm. 5, pàg. 11.

ens explica que les persones que surten dels seus països són les més ben preparades, sanes i amb perspectives de futur.

La segona hipòtesi per explicar el menor percentatge de problemàtica mental detectada entre els estrangers sotmesos a penes és la dificultat d'idioma o de fer-se entendre, dificultat que fa difícilment visible el problema que pugui estar patint o, si més no, el diagnòstic. Variables culturals, ambientals o d'altra mena poden estar emmascarant comportaments o conductes que s'interpretarien de manera diferent si es donessin en població autòctona.

7.1. Les diferències amb els autòctons

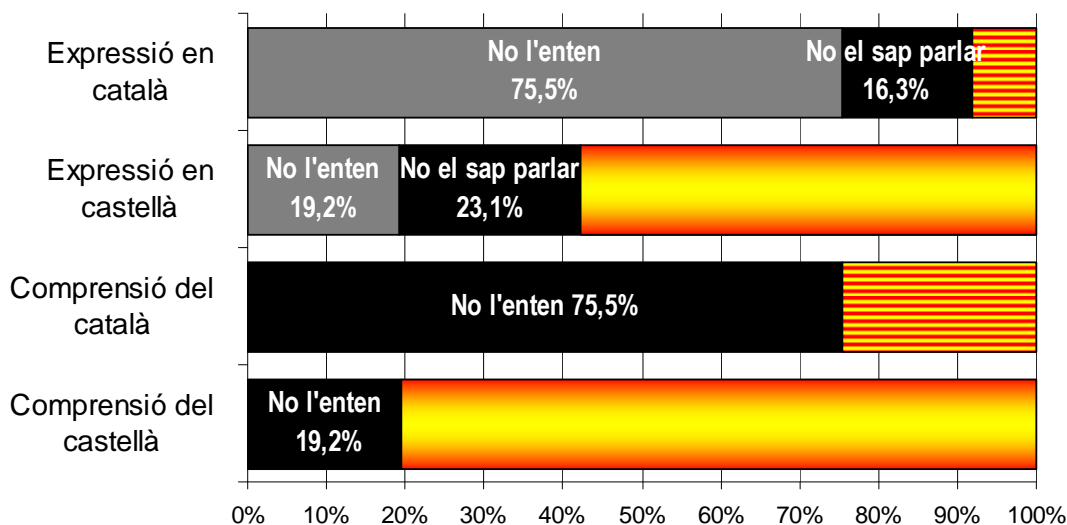
De tots els recursos estudiats, la població estrangera l'hem trobat més representada en la UHPP i en el CP d'Homes de Barcelona.

No hem trobat diferències de gènere, i, per tant, no podem dir que hi hagi percentualment més homes o més dones entre els malalts mentals estrangers en comparació de la distribució del gènere en el col·lectiu general d'estrangers penats.

Sí que hem trobat algunes diferències relacionades amb l'edat. En primer lloc, pel que fa a la del primer consum de tòxics: els nacionals comencen més joves a consumir (13 anys i mig enfront dels 14 i mig dels estrangers). En segon lloc, amb relació al moment d'inici de l'execució penal de la pena base: són molt més joves els estrangers (30,3 anys de mitjana enfront dels 34,6 dels nacionals). I, finalment, quant al moment d'iniciar l'estudi (33,1 anys de mitjana dels estrangers enfront dels 38,3 dels nacionals).

Respecte al coneixement dels idiomes oficials de Catalunya, ens hem fixat només en dos paràmetres: els que no l'entenen i els que no saben expressar-se en l'idioma corresponent.

Gràfic 28. Comprensió i expressió que tenen els malalts mentals estrangers dels idiomes oficials de Catalunya



Com es pot veure en el gràfic 28, quasi 1 de cada 5 estrangers no entén el castellà. A aquest percentatge cal sumar-li un 23% que té dificultats per expressar-se en castellà, per la qual cosa, malgrat que pot entendre, no sap explicar-se. D'aquesta manera, la suma dóna un 42,2% de la població estrangera amb trastorns mentals que té dificultats per comunicar-se en castellà, una dificultat important afegida a tota la seva problemàtica.

Però si ens fixem ara en el català, els resultats encara són més descoratjadors. El 75,5% dels estrangers no l'entenen, i només un 8,2% sap expressar-se en català. La suma de la població estrangera amb trastorns mentals que té dificultats per comunicar-se en català és del 91,8%.

Cal treballar moltíssim en aquesta via del coneixement de l'idioma si volem dotar els malalts mentals estrangers d'una eina fonamental d'inserció com és el llenguatge. Difícilment podrem obtenir millores en el col·lectiu sinó garantim la possibilitat que puguin entendre i explicar allò que els passa i expressar el seu malestar.

Molt relacionat amb aquesta variable, també trobem diferències significatives en el nivell d'estudis entre la població estrangera i l'autòctona. Els estrangers

estan més representats en la formació neolectora i la formació no reglada, que, segons figura en els seus expedients, tenen en el moment de fer la recerca.

Respecte al coneixement que existeixi un retard mental, una disminució psíquica diagnosticada i/o s'hagi reconegut la incapacitació legal d'aquella persona, totes tres variables surten clarament significatives a favor dels nacionals. El fet que es desconegui la realitat de l'estranger fa que sempre presenti percentatges desfavorables per a ells.

Aquesta raó podria explicar per què en la sentència no es reconeixen tant els atenuants o els eximents (si per als nacionals es reconeix en el 83,4% dels casos, per als estrangers aquest percentatge baixa fins al 37,0%).

També hem trobat diferències significatives en el tipus de delicte comès pels estrangers. Estan més representats en els delictes *contra la llibertat sexual* (11,8% dels estrangers enfront del 6,4% dels nacionals) i els delictes relacionats amb *tràfic de drogues* (11,8% enfront del 1,5% dels nacionals). Els nacionals cometen proporcionalment més delictes *contra les persones* (48,5% enfront del 31,2% dels estrangers).

Globalment, però, pel que fa a delicte violent o no violent, no es troben diferències quant a la nacionalitat.

Tampoc no hem trobat diferències entre estrangers i nacionals en les professions declarades, el tipus de diagnòstic, els antecedents penitenciaris, el temps de condemna, el total de delictes pels quals està complint condemna, ni tampoc en les edats del primer diagnòstic, del primer ingrés a la presó ni de la comissió del delicte de la pena base.

Pel que fa als que estan a presó, sí que hem trobat diferències en el nombre d'incidents: els estrangers en protagonitzen menys de mitjana (1,5 enfront dels 3,7 dels nacionals), amb una dispersió també molt alta ($\pm 2,1$ en el cas dels estrangers i $\pm 8,7$ en el dels nacionals).

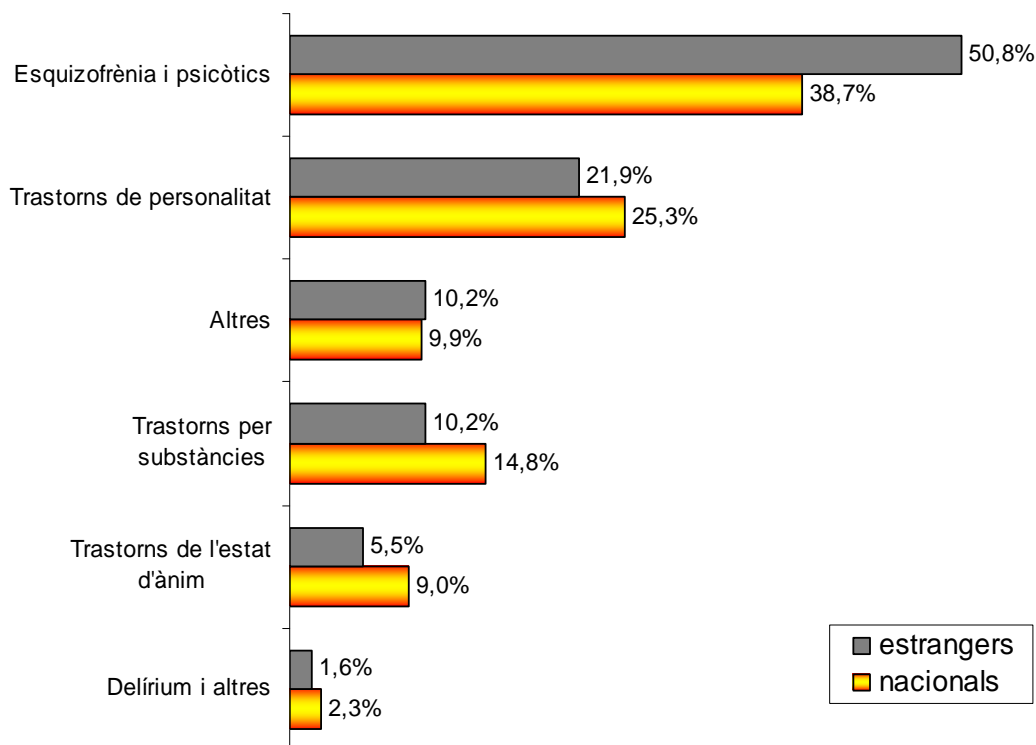
7.2. Els diagnòstics de malaltia mental

Com ja hem dit en el punt anterior, probablement el desconeixement de la realitat de l'estranger fa que trobem molts més casos sense diagnosticar dins d'aquest col·lectiu i que les diferències siguin estadísticament significatives (39,8% dels estrangers sense diagnòstic enfront del 18,3% dels nacionals).

Si ens fixem ara en els diagnosticats i els agrupem en les 6 categories proposades en l'estudi, veiem que l'esquizofrènia i altres trastorns psicòtics són els que tenen major prevalença (50,8% en els estrangers enfront del 38,7% dels nacionals), i en segon lloc els trastorns de personalitat (21,9% dels estrangers enfront del 25,3% dels nacionals).

Com es pot veure en el gràfic, tret d'aquestes dues diferències, es mantenen molt similars tant els percentatges com l'ordre de prevalença entre els nacionals i els estrangers, quant als tipus de diagnòstic.

Gràfic 29. Diagnòstics de trastorn mental (agrupats en 6 categories)



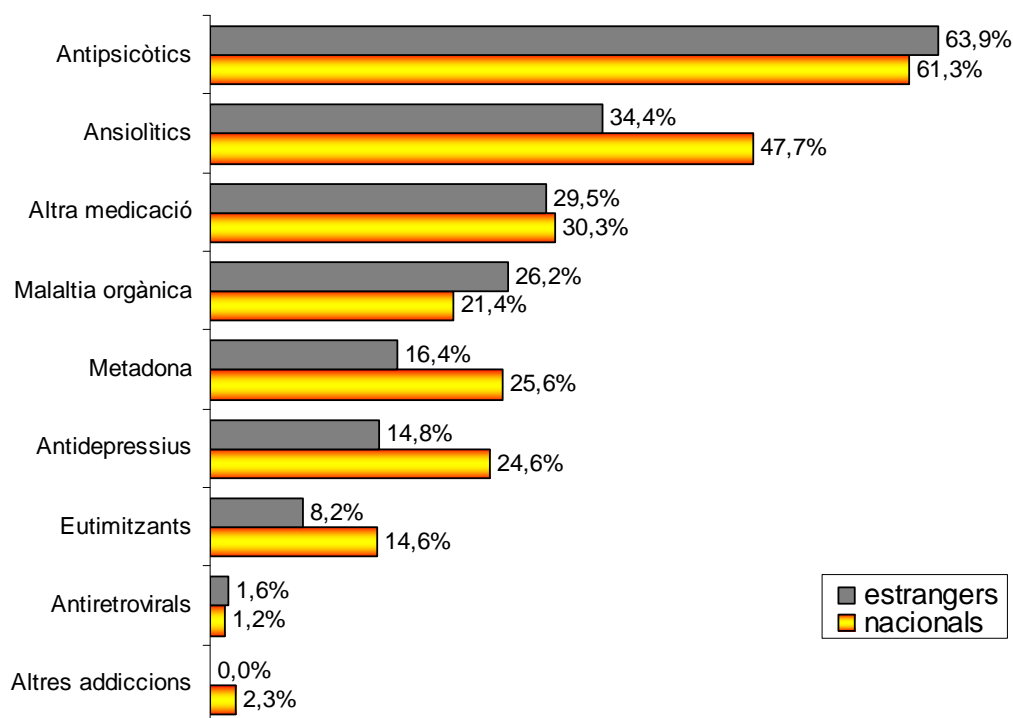
Nota: una persona pot tenir més d'un diagnòstic.

7.3. La medicació

El tipus de medicació que preval entre els estrangers amb problemàtica mental és sensiblement diferent del tipus de medicació que reben els nacionals, com també ho era la de les dones.

Si bé la primera prevalença la tenen els antipsicòtics, amb percentatges molt semblants entre ambdues poblacions (63,9% dels estrangers front el 61,3% dels nacionals), la resta del conjunt de fàrmacs que es prescriuen presenta una distribució molt diferent, com es veu en el gràfic 30.

Gràfic 30. Dispensació de medicaments, per nacionalitat



Nota: les persones poden estar representades en més d'un grup, ja que poden prendre medicació corresponent a diferents malalties. Només es comptabilitza un medicament per grup; de manera que si pren, per exemple, dos tipus d'ansiolítics, només es comptabilitza un cop.

Els estrangers prenen molt menys sovint ansiolítics i antidepressius que els nacionals. Hom podia pensar que les circumstàncies personals i de migració amb les quals arriben al nostre país els estrangers fomenta un alt nivell d'estrès i processos de dol definits en la literatura científica,⁵⁹ que haurien de notar-se

⁵⁹ El psiquiatra J. Atxotegui, per exemple, ha relatat les diverses etapes de pèrdues que viu l'emigrant quan surt del seu país i com aquesta pèrdua es reflecteix directament en l'estat

en l'increment de la demanda i consegüent receptació de medicació relacionada amb aquesta simptomatologia. Per tant, era lògic esperar trobar entre els estrangers consums d'ansiolítics i d'antidepressius molt més elevats que en el cas dels nacionals. Caldria estudiar-ne les causes en el futur amb un aprofundiment més qualitatiu dels motius que això no sigui així, o quins factors hi intervenen perquè els resultats siguin uns altres.

Es mantenen també per sota en percentatge el consum d'eutimitzants i de metadona. Això pot tenir a veure amb el consum molt inferior d'heroïna i cocaïna que tenen els estrangers, i, per tant, que la necessitat de buscar un substitutiu al síndrome d'abstinència a drogues no és tant gran per als estrangers.

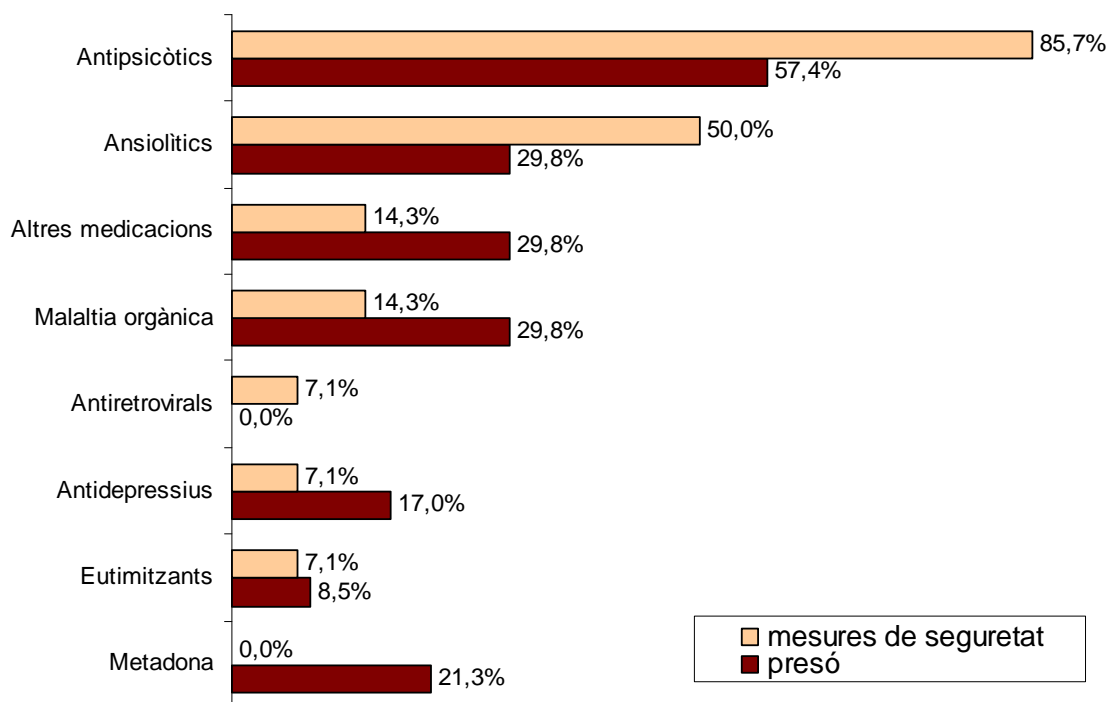
Varia molt la prescripció de medicació en funció de si la pena es desenvolupa a presó o com a mesura de seguretat?

Hem d'entendre que en proporcions similars a la variabilitat de diagnòstics que hem vist en els diferents tipus de mesures. El gràfic que es presenta a continuació mostra aquestes diferències, les quals s'han d'interpretar també en funció del gràfic 29 (apartat 7.2) que recollia la variabilitat dels diagnòstics entre presó i mesures de seguretat.

Com es pot veure, el consum d'antipsicòtics i ansiolítics és molt més elevat en les mesures de seguretat. Pel que fa a la resta de medicacions, els percentatges són superiors a la presó, tot i que hem de ser prudents en les interpretacions degut al baix nombre de casos de cada grup.

d'ànim i la salut mental d'aquestes persones. Veure Atxotegui (1995). "Migrar: duelo y dolor". *El viejo topo*, núm. 90. Barcelona, pàg. 31-38.

Gràfic 31. Percentatges de consum de medicació entre els estrangers, segons la mesura aplicada



Nota: les persones poden estar representades en més d'un grup de medicació.

7.4. Hàbits tòxics

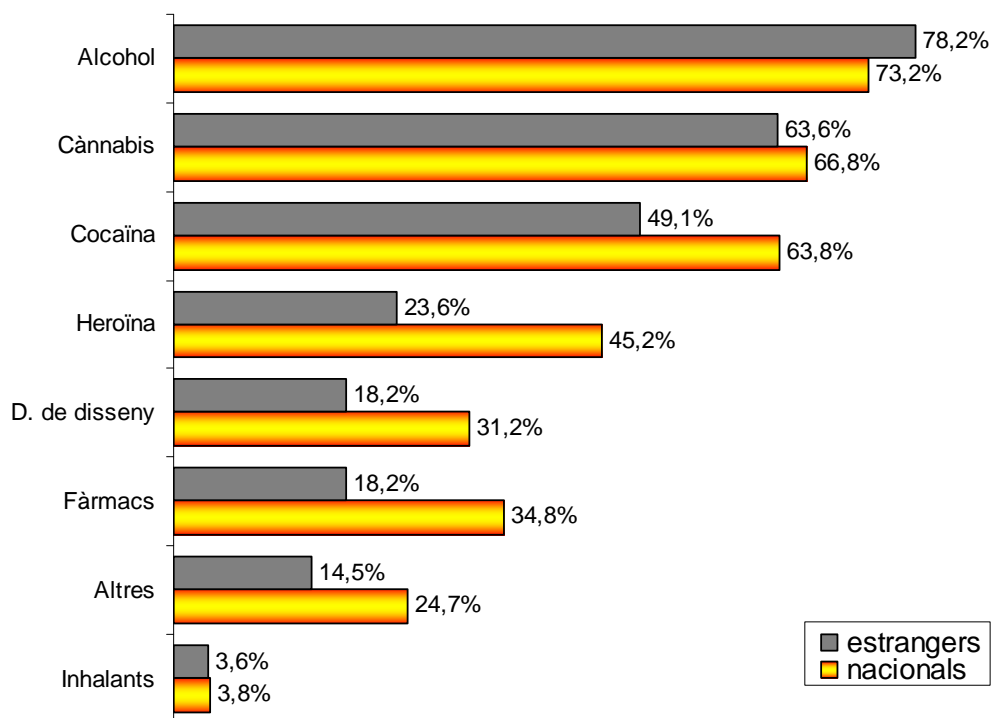
No hi ha diferències entre nacionals i estrangers quant a la toxicologia en actiu (estant enganxats el 32,7% dels estrangers enfront del 30,1% dels nacionals). Sí que hi ha diferència en la via de dosificació de la droga: la via parenteral és molt més utilitzada pels nacionals (14,5% dels estrangers enfront del 28,8% dels nacionals).

La prevalença de consum de drogues és similar entre ambdós col·lectius en l'alcohol (la droga on els estrangers presenten un consum superior als nacionals) i en el cànnabis.

Cocaïna, heroïna, drogues de disseny, fàrmacs, altres drogues són toxicomanies de major prevalença entre els nacionals.

El consum d'inhalants és baix i similar en tots dos col·lectius.

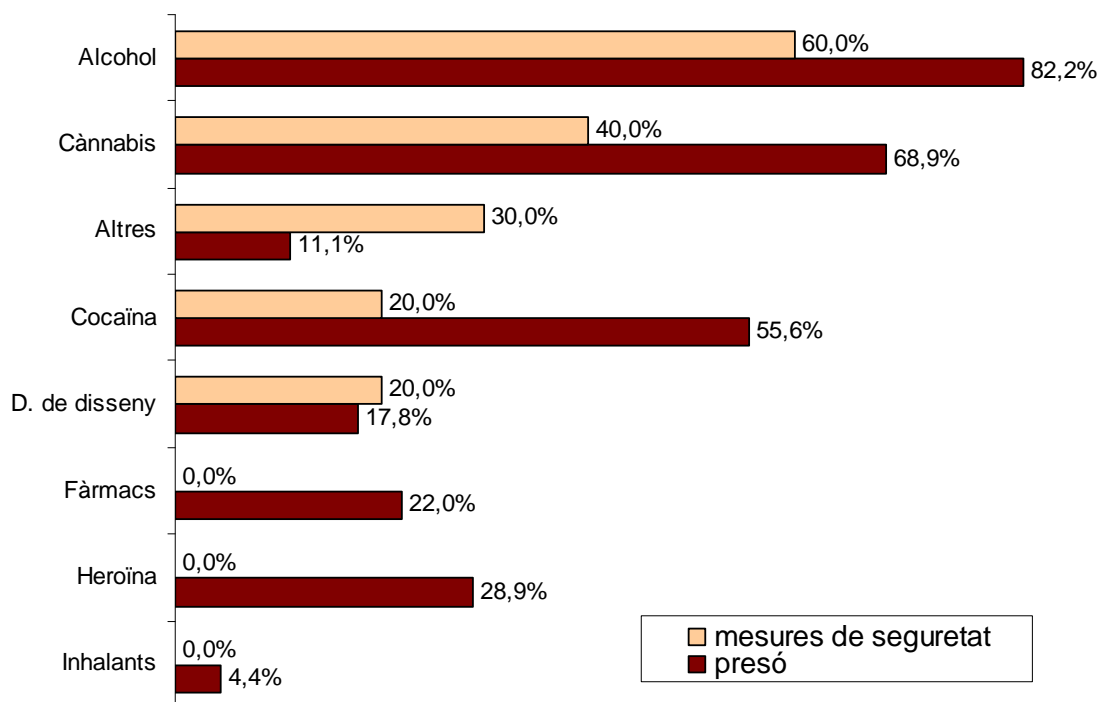
Gràfic 32. Toxicomanies, per nacionalitat



Nota: les persones poden estar representades en més d'un grup de consum, ja que poden prendre més d'un tipus de droga.

Si ens fixem on hi ha major consum de tòxics entre els estrangers amb problemàtica mental, les diferències són clarament significatives: el consum és molt més elevat entre els estrangers que es troben a la presó en tots els tipus de drogues, excepte en *altres consums*.

Gràfic 33. Percentatges de consum de tòxics entre els estrangers, segons la mesura aplicada



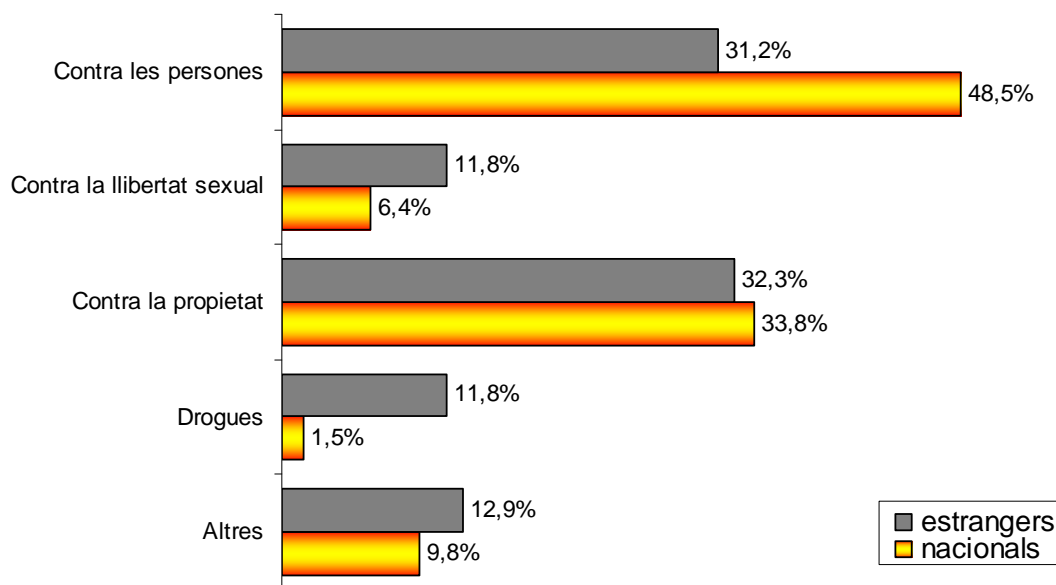
Nota: les persones poden estar representades en més d'un grup de consum, ja que poden prendre més d'un tipus de droga.

7.5. Malaltia i tipus de delictes

No hem trobat diferències significatives entre la violència del delictes i la variable nacionalitat. S'apunta una tendència, sense que aquest percentatge marqui una diferència rellevant en el nostre estudi (els delictes violents dels nacionals són el 63,5%; els dels estrangers, el 53,8%).

Com ja hem explicat en l'apartat 7.1, sí que trobem significacions estadístiques quan ens fixem en les tipologies de delictes. Trobem més delictes *contra les persones* entre els que cometen els nacionals, mentre que trobem més delictes *contra la llibertat sexual* i també de *drogues* entre els estrangers.

Gràfic 34. Els tipus de delictes, segons la nacionalitat



Nota: només es compta el delictes principal (amb més pena en temps de compliment) de la pena base, que és aquella que complia en el moment d'iniciar l'estudi. En el cas de les mesures de seguretat, el criteri és el mateix, tot i que aquí no es pot parlar de condemna.

7.6. Les diferències segons l'estada a la presó o en mesures de seguretat

Al començament d'aquest capítol, dèiem que només hem trobat un 6,2% de propostes de mesures de seguretat per als estrangers, concretament 19. La resta, un 94,8%, correspon a penes de presó o presó preventiva. Aquesta és una primera diferència important de distribució de les penes que diferencia estrangers i nacionals.

Dels 19 estrangers sotmesos a mesures de seguretat, un 50% han complert en tractament terapèutic ambulatori, un 38,9% en internament en un centre psiquiàtric i la resta, un 11,1%, ha complert la mesura de seguretat a presó.

En el col·lectiu d'estrangers, no hem trobat pràcticament diferències significatives en les variables estudiades segons que hagin complert a presó o en mesura de seguretat, tret de les ja comentades en els apartats anteriors d'aquest capítol.

8. Conclusions

8.1. Resum: síntesi de resultats

8.1.1. Característiques dels malalts mentals interns a presó

Quants són

- El nombre d'interns penitenciaris que han passat per les unitats de psiquiatria o dels centres penitenciaris⁶⁰ durant l'any 2005 suposa el 6,74% de la població penitenciària.
- Aquest percentatge és superior al de la població general catalana que ha estat atesa en centres de salut mental. El nombre de persones ateses ambulatoriament en el mateix període suposa el 2,15%, i malgrat que no disposem del nombre d'ingressos en unitats residencials, considerant tots els ingressos com a persones el percentatge no arribaria a augmentar mig punt.
- No disposem de dades comparables d'estudis internacionals tot i que sí que podem dir que en tots els estudis es destaca la major prevalença de trastorns mentals en la població penitenciària que en la població general.

Quin perfil personal i sociofamiliar tenen

- El 94,4% són homes; espanyols en un 78,3% i residents a la província de Barcelona el 73,7%.
- Quant a l'edat, presenta una mitjana de 36,8 anys.
- El 43,5% només té estudis primaris.
- Pel que fa al coneixement de les llengües oficials de Catalunya, el 2,8% no entén gens el castellà i un 7,3% més no s'hi sap expressar. Pel que fa al català, els percentatges augmenten fins al 19,9% que no l'entén i el 19,2% que no sap expressar-s'hi.

⁶⁰ Els centres penitenciaris inclosos en l'estudi són aquells que tenen unitats especialitzades per al tractament d'aquestes problemàtiques: psiquiatria del CP Brians; UHPP (Unitat Hospitalària Penal Penitenciària) també ubicada al CP Brians; psiquiatria del CP Quatre Camins; i psiquiatria del CP d'Homes de Barcelona. En total, 342 persones.

- Quant al consum de tòxics, el 96,2% n'ha consumit en algun moment de la seva història. Van començar a consumir tòxics als 14,5 anys, de mitjana. El 73,6% ha tingut problemes amb l'alcohol; el 70,4%, amb la cocaïna; el 62,8%, amb el cànnabis; i el 52,3%, amb l'heroïna. Un 33,7% reconeix consumir la droga via parenteral, amb tot el que això comporta de risc afegit. Un 57,8% té dependència activa d'algun tòxic en el moment d'estar complint la pena base.

Les diferències entre aquest perfil i el corresponent a la població penitenciària general les trobem en la nacionalitat.

- Els estrangers també es troben menys representats del que els correspondria (21,5% d'estrangers amb malaltia mental enfront del 34,2% d'estrangers en la població penitenciària general).

El perfil penal i penitenciari d'aquests interns

- La mitjana d'edat quan es produeix el seu primer ingrés a presó és de 24 anys. Han ingressat més joves a la presó per primer cop, quasi 4 anys de mitjana, que la població penitenciària en general (27,8 anys).
- El compliment de la pena base va començar, de mitjana, als 33,3 anys.
- El 52,9% tenen antecedents penitenciaris per causes anteriors a la pena base. Tenen menys antecedents d'ingressos penitenciaris que la població penitenciària en general (el 47,1% no té cap ingrés anterior enfront del 18,5% de la població ordinària penitenciària).
- El delictes principal comès en la pena base és majoritàriament contra la propietat (39,6%), seguit de molt a prop pels delictes contra les persones (38,1%). El percentatge de delictes contra les persones és significativament superior al de la població penitenciària general (7,1%). Específicament, destaca també l'alt percentatge de delictes contra la llibertat sexual (7,9% enfront del 2,8% de la població penitenciària en general).

- En total, el percentatge de delictes violents comesos per aquesta població és del 58,2%. Percentatge també molt superior al de la població penitenciària en general (14,9%).
- La tipologia delictiva explica que aquests interns tinguin condemnes més llargues que la resta (1.959,9 dies de mitjana enfront dels 1.537,8 dies de mitjana de la població ordinària penitenciària).
- Pel que fa al fet de si en la sentència corresponent a la pena base es va tenir o no en compte el seu trastorn mental, podem dir el següent:
 - Que el jutge tingui en compte eximents o atenuants per la malaltia mental no depèn tant del moment en què es coneix la malaltia com del tipus de diagnòstic.
 - Quan el subjecte té un diagnòstic de TMS combinat amb un altre de TP, té més possibilitats de rebre en la sentència un eximent o un atenuant de condemna per aquest motiu.
 - En canvi, haver estat diagnosticat *d'altres trastorns* implica menys possibilitats de rebre en la sentència un eximent o un atenuant de condemna.
- Dins dels centres penitenciaris aquests interns amb trastorns mentals tenen una gran mobilitat, amb una mitjana de 14,3 ubicacions en diferents mòduls. Com més diagnòstics diferents té el subjecte, major nombre d'ubicacions diferents presenta.
- Entre aquestes ubicacions, consten els ingressos a les unitats de psiquiatria: la mitjana de dies d'ingrés a psiquiatria durant el compliment de la condemna en la pena base és de 8 mesos, tot i que amb diferències molt substancials segons si l'intern tenia diagnòstic (11 mesos de mitjana d'estada) o no en tenia (3 mesos de mitjana d'estada).
- Unes altres característiques de les diferents ubicacions d'aquests interns vénen donades pel fet d'estar més representats en les galeries de presos perillosos i en els Departaments Especials de Tractament. I malgrat tenir una

patologia toxicològica important, només un 6,8% ha ingressat en departaments específics per al tractament de la drogodependència.

- Tenen poc contacte amb l'exterior, ja que un 78,9% de la mostra no ha sortit de la presó en cap sortida programada amb educadors en el darrer any i un 66,5% mai no ha gaudit de cap permís durant el compliment de la pena base.
- Només 1 de cada 10 ha arribat a passar per galeries de 3r grau, i només 11 persones del conjunt de les 342 (un 3,6%) han accedit a la llibertat condicional. La majoria d'aquests coincideixen amb persones que han passat per psiquiatria però que no tenen diagnòstic de trastorn mental en el seu historial clínic.
- Respecte als incidents, la prevalença més alta la presenten les agressions lleus entre interns (28,1%), seguit de la intervenció de substàncies tòxiques (17,3%), la participació en vagues (14,2%) i les autolesions lleus (14,1%).
- Un 62,3% ha comés algun tipus de falta. Les agressions a qualsevol altre persona sumen la major prevalença, amb un 37,3%, seguit de les desobediències passives a les ordres dels funcionaris (18,0%) i les resistències actives (17,0%).
- En general, l'adaptació al medi penitenciari d'aquests interns és molt més deficient i problemàtica: protagonitzen una mitjana d'incidents molt més alta que la població penitenciària ordinària (3,74 enfront dels 0,47), i més faltes (mitjana de 7,25 enfront dels 0,22).
- No obstant això, un 45,9% dels subjectes no ha rebut cap sanció, destacant en aquest grup les persones amb TMS, degut probablement al fet que les autoritats penitenciàries apliquen el Reglament Penitenciari (art. 188.4) i no sancionen les conductes disruptives dels interns que es troben ingressats en establiments o unitats psiquiàtriques penitenciàries.

Les seves característiques com a malalts mentals

- Un 36,8% dels interns atesos en unitats de psiquiatria dels centres penitenciaris no té cap tipus de diagnòstic psiquiàtric.
- Els subjectes que sí que en tenen van rebre el seu primer diagnòstic de trastorn mental als 29,3 anys de mitjana i presenten una mitjana de 3,20 diagnòstics diferents.
- El 20% d'aquests subjectes va estar diagnosticat amb posterioritat al seu ingrés a presó per al compliment de la pena base. Del 80% restant, d'un 40,7% se sabia amb anterioritat a l'ingrés i d'un 39,2% es va conèixer la malaltia en el moment de l'ingrés a presó.
- Els interns diagnosticats presenten els següents tipus de diagnòstics:
 - El 61,1% dels diagnosticats que han passat per psiquiatria ha rebut en el seu historial clínic conegut un diagnòstic de trastorn mental sever (TMS).⁶¹
 - El 52,8% té un diagnòstic de trastorn de personalitat (TP).
 - El 56,9% té un diagnòstic d'*altres trastorns*.
 - El 31,6% dels subjectes diagnosticats presenta un trastorn mental degut al consum de substàncies tòxiques.
 - El 15,4% dels subjectes presenta trastorns d'ànim.

⁶¹ Recordem els criteris d'agrupament per a 3 categories, segons el DSM-IV i el CIE-10:
Trastorns mentals severos (TMS): esquizofrènia, trastorn delirant, trastorn esquizoafectiu, trastorn psicòtic compartit, trastorn psicòtic no especificat, trastorns bipolars, trastorns depressius majors.
Trastorns de personalitat (TP): trastorn paranoide, t. esquizoide, t. esquizotípic, t. antisocial, t. límit, t. histriònic, t. narcisista, t. obsessiu-compulsiu, t. per evitació, t. per dependència i t. no especificat de la personalitat.
Altres: delírium, demència, trastorns amnèsics, t. esquizofreniforme, t. psicòtic breu, t. psicòtic degut a malaltia mèdica, t. relacionats amb substàncies, t. depressius, altres t. de l'estat d'ànim, t. mental degut a malaltia mèdica, t. d'ansietat, t. somatomorfs, t. facticis, t. dissociatius, t. de la conducta alimentària, t. sexuals, parafílies, t. de la identitat sexual, t. adaptatius, t. del son, t. del control dels impulsos i altres.

- A presó, les medicacions prescrites amb més prevalença són, en ordre decreixent: la metadona (28,7%), els antipsicòtics (28,1%), els ansiolítics (26,3%), medicacions per malalties orgàniques (20,2%) i antidepressius (13,7%).

Les seves característiques segons els diferents tipus de trastorn mental

Recollirem el resum de les principals característiques dels interns agrupats segons les 3 grans categories de trastorn mental: els trastorns mentals severos, els trastorns de personalitat i la resta de trastorns, agrupats a *altres*.

En primer lloc, recollim algunes consideracions de caràcter general:

- No hem trobat diferències entre els tres tipus de diagnòstic pel que fa al tipus de delictes comès.
- Tampoc no es troben diferències entre els diversos trastorns quant a la violència en el delictes.
- Cap tipus de trastorn discrimina un tipus de classificació inicial diferent dels interns. Majoritàriament, es classifiquen tots en 2n grau.
- El fet que la majoria d'interns tingui diagnòstics múltiples fa que l'anàlisi per categories de diagnòstic sigui complicada, ja que no es tracta de categories "pures".⁶²

Característiques de les persones diagnosticades amb un trastorn mental sever (TMS)

- El col·lectiu d'estrangers amb problemàtica mental s'agrupa de manera més significativa al voltant d'aquest tipus de trastorn.
- En proporció, tenen menys problemes de toxicomania en actiu que la resta.
- És el col·lectiu de persones que menys problemes han tingut amb l'alcohol, la cocaïna, l'heroïna i l'abús de fàrmacs.

⁶² Hem inclòs els interns varies vegades en l'anàlisi, tantes com diagnòstics diferents tenien.

- Com a medicació, prenen antipsicòtics i també medicació per malaltia orgànica en major proporció que la resta de trastorns mentals.
- Són els que tenen menys causes acumulades a la pena base i els que acumulen menys delictes en el compliment de sentència (3,04 de mitjana).
- Respecte al temps de condemna són com a col·lectiu un dels que menys temps de pena han rebut (1.677 dies de mitjana).
- És el col·lectiu en el qual més es coneixia la malaltia en el moment de dictar sentència. I aquest tipus de trastorn és el que més s'ha tingut en compte per justificar atenuants o eximents.
- És el col·lectiu de trastorns que més estable roman dins de la presó: rep menys classificacions diferents (1,87 de mitjana); menys regressions de grau i menys canvis d'ubicacions en mòduls penitenciaris diferents (10,44 de mitjana).
- És el col·lectiu que menys incidents protagonitza dins de la presó (2,91 de mitjana) i també el que acumula menys faltes (2,39 de mitjana).
- És el col·lectiu que menys risc d'intents de suïcidi presenta entre el conjunt de trastorns mentals.
- Respecte als permisos de sortida ordinaris i extraordinaris són els que menys permisos tenen.
- També és el col·lectiu de trastorns que menys accedeix al 3r grau.

Característiques de les persones diagnosticades amb un trastorn de personalitat (TP)

- El percentatge més important de dones s'agrupen en els TP, tot i que el nombre baix de la mostra impedeix extreure conclusions determinants.
- Hi ha una proporció més alta de persones que han estat diagnosticades de retard mental en aquest grup.

- Com a col·lectiu presenten més problemàtica amb el consum d'heroïna, i quan es combina amb més diagnòstics (TMS + TP o TMS + TP + altres), amb la resta de drogues: alcohol, cocaïna, cànnabis i drogues de disseny.
- Com a medicació, prenen en major proporció eutimitzants.
- Respecte al temps de condemna són com a col·lectiu els que menys temps de pena han rebut (1.527 dies de mitjana). En canvi, quan es tracta d'interns que tenen aquest diagnòstic i també el de TMS, augmenta molt significativament (3.021 dies de mitjana), i encara més si són persones amb els tres tipus de diagnòstics (3.294 dies de mitjana).
- Com a col·lectiu, si només estan diagnosticats de TP, viuen pocs canvis dins de la presó, amb relació a la resta de trastorns: el nombre de classificacions diferents és el segon més baix després dels TMS (2,35 de mitjana); tenen menys regressions de grau (0,42 de mitjana); i pateixen menys canvis d'ubicacions en mòduls penitenciaris diferents (12,75 de mitjana).
- En canvi, quan es combina el TP amb *altres trastorns* es dispara el nombre de classificacions diferents (3,87) i d'ubicacions (24,61).
- Els TP, juntament amb els *altres trastorns*, són el col·lectiu que presenta més intents de suïcidi dins del conjunt de trastorns estudiats.

Característiques de les persones diagnosticades amb altres trastorns

- Abusen més que els altres grups de l'alcohol i la cocaïna. Quan se sumen els tres tipus de diagnòstic (TMS + TP + altres), també presenten consums més significatius en cànnabis, heroïna i drogues de disseny.
- Com a medicació, prenen en major proporció antidepressius, ansiolítics i metadona.
- Acumulen més causes a la pena base i també són els que més delictes acumulen en el compliment de mesura (6,00 de mitjana), i una mica més quan presenten els tres diagnòstics (6,39 de mitjana).

- Respecte al temps de condemna són com a col·lectiu un dels que més pena han rebut (2.850 dies de mitjana). Quan es donen els tres tipus de diagnòstic (TMS + TP + altres), la mitjana de dies de condemna puja fins a 3.294 dies.
- És el col·lectiu de trastorns que més canvis viu a la presó: rep més classificacions diferents (3,68 de mitjana); més regressions de grau (0,90); i més canvis d'ubicacions en mòduls penitenciaris diferents (19,84 de mitjana). Com en anteriors variables, si se sumen els tres tipus de diagnòstic (TMS + TP+ altres), la mitjana de classificacions diferents puja (3,87) i el canvi d'ubicacions també (24,61 de mitjana).
- Juntament amb els TP, aquest col·lectiu de trastorns és el que té més possibilitats de protagonitzar un intent de suïcidi, tant si és com a diagnòstic únic com si és combinat amb altres tipus de diagnòstic.
- És el col·lectiu que més permisos de sortida gaudeix durant la pena base.
- També és el col·lectiu de trastorns que més accedeix al 3r grau.

8.1.2. Respecte a les mesures de seguretat

Quantes són

- Les persones estudiades en aquest grup són aquelles que han estat sotmeses a mesures de seguretat a la província de Barcelona en algun moment de l'any 2005. Han estat un total de 308 persones.
- El compliment de mesures de seguretat s'ha donat de 3 maneres possibles: en tractament ambulatori (el 43,0% dels casos), en un centre psiquiàtric (el 36,5% dels casos) i en un centre penitenciar (el 20,5% dels casos).

Quin perfil personal i sociofamiliar tenen (comparació amb la mostra de centres penitenciaris)

- a. Quant al gènere, hi ha més dones (11,4%) que a presó; respecte a la nacionalitat, hi ha més espanyols (93,8%).

- b. Pel que fa al consum de tòxics en l'actualitat, es dóna menor dependència (27,8%) i menor consum via parenteral (10,3%).

El perfil penal i penitenciari (comparació amb la mostra de centres penitenciaris)

- Es dóna un major reconeixement de les incapacitacions legals (16,4%) i un major reconeixement en sentència de la malaltia, com a eximent incomplet (36,8%) o com a eximent complet (53,9%).
- Quant a antecedents penitenciaris, hi ha menys ingressos anteriors (24,0%).
- Amb relació al delicte principal comès, trobem major prevalença de delictes contra les persones (55,1%) i, en conseqüència, major presència de delictes violents (66,2%); però, quant a delictes acumulats, en tenen menys (2,15 de mitjana).
- Pel que fa al temps de condemna, tenen menys temps de mesura (1.600,4 dies).
- El lloc de sortida més freqüent per a les persones sotmeses a mesures de seguretat que es troben ingressades és el domicili familiar (72,7%) i, a molta distància, un centre de crònics (12,7%).

En el cas de les mesures de seguretat que han complert a presó, el perfil del subjecte és més dur i similar al de l'intern penitenciari. En la sortida és més probable es desconeixi on van al finalitzar la mesura (38,5%). Només un 23,1% tornen al domicili familiar i un 23,1% acaben tutelats per una fundació.

Les seves característiques com a malalts mentals (comparació amb la mostra de centres penitenciaris)

- Per diagnòstics, les persones sotmeses a mesures de seguretat amb un TMS representen el 44,3% del total. Aquest percentatge està 4 punts per sobre del que es donava a presó (40,9%). Per contra, els trastorns de personalitat estan 4 punts per sota i representen un 21,4%. Els altres trastorns presenten percentatges molt similars en el grup de condemnats a

mesures de seguretat (34,3%) i en el grup ingressat en centres penitenciaris (34,1%).

8.1.3. Característiques específiques de les dones estudiades

Quantes són

- Les dones que han passat en algun moment per les unitats de psiquiatria de les presons estudiades han estat 19, un 5,6% del total de la mostra.
- Les dones a qui s'ha aplicat mesures de seguretat a la província de Barcelona en algun moment de l'any 2005 han estat 35, un 11,4% del total de la mostra.

Quin perfil personal i sociofamiliar tenen

- Respecte als homes trobem diferències en l'edat. Les dones són en tots els períodes establerts en l'estudi més grans que els homes: en el moment que va ser diagnosticada per primer cop la seva malaltia mental (mitjana de 36,3 enfront dels 30,4 de l'home); quan va cometre el delictes (mitjana de 38,1 enfront dels 33,4 de l'home); en l'entrada a presó per complir la pena base (mitjana de 38,1 enfront dels 34,8 de l'home); i en el moment de fer l'estudi (mitjana de 41,9 enfront dels 38,3 de l'home).
- Respecte als estudis, les dones són preponderants en els dos extrems: n'hi ha proporcionalment més amb estudis universitaris i batxillerat, però també més analfabetes.
- Com en la població general, es manté la feminització de les professions: estan més representades en feines de la llar, dones de fer feines, sanitat/ensenyament i administratives.
- Respecte als hàbits tòxics, s'observa que la problemàtica toxicològica té un marcat accent masculí. Tant el consum actual com l'històric són d'una importància molt inferior als dels homes. Tenen dependència actual dels tòxics el 19% de les dones de la mostra estudiada, enfront del 30,8% dels

homes, i la via de consum parenteral és menys freqüent (9,5% de les dones enfront del 27,6% dels homes).

- Si mirem els percentatges de consum, la cocaïna és la droga més consumida entre les dones (57,1%); tot i així, per sota dels homes (61,9%).
- L'alcohol és el principal problema toxicològic entre els homes amb trastorns mentals (75,9%); entre les dones, és molt menys significatiu (38,1%).
- Els únics percentatges en què les dones superen els homes en consum són: l'abús de fàrmacs (42,9% enfront del 31,8% dels homes), de les drogues de disseny (33,3% enfront del 29,1% dels homes) i d'altres drogues no estudiades específicament (33,3% enfront del 22,6% dels homes).
- Es dona més consum de tòxics entre les dones encarcerades que entre les que compleixen mesures de seguretat.

El perfil penal i penitenciari

- Respecte al delicte comès, la dona amb trastorn mental comet menys delictes violents que l'home (48,1% enfront del 63,3%). Majoritàriament, aquests delictes provenen del conjunt de delictes *contra les persones* (38,9% enfront del 46,8% dels homes) i *contra la llibertat sexual* (0% de les dones enfront del 7,8% dels homes).
- També s'observa que les dones acumulen menys delictes en el compliment de la condemna (1,8 de mitjana de les dones enfront dels 3,2 de mitjana dels homes).
- Les dones es troben més representades en les mesures de seguretat que a presó. Entre les mesures de seguretat, trobem més dones complint el tractament terapèutic ambulatori (TTA). Als centres penitenciaris, les dones es concentren a la UHPP (Unitat Hospitalària Penal Penitenciària de Brians 1), atès que és el lloc que l'Administració ha destinat per a les comarques de Barcelona per atendre les dones amb problemàtica mental que requereixen ingrés i seguiment psiquiàtric.

Les seves característiques com a malaltes mentals

- Respecte al diagnòstic psiquiàtric, es troba un percentatge menor de dones amb esquizofrènia i altres trastorns psicòtics (27,6% enfront del 41,0% dels homes), i, en canvi, una proporció més gran de trastorns de personalitat (32,8% enfront del 24,3% dels homes). També hi ha més trastorns de l'estat d'ànim entre les dones (12,1% enfront del 8,4%) i altres trastorns (16,4% enfront del 9,3% dels homes). En canvi, en els trastorns per consum de substàncies la prevalença en el percentatge és més alta entre els homes (6,9% per al grup de dones enfront del 15,0% pel que fa als homes).
- En el grup de dones que compleixen condemna a presó trobem un percentatge més alt de diagnòstics de trastorns de personalitat, delíriums, demències i altres trastorns cognitius.
- Per contra, trobem més percentatge de diagnòstics d'esquizofrènia, altres trastorns psicòtics, trastorns relacionats amb substàncies i trastorns de l'estat d'ànim entre les dones que estan complint mesures de seguretat.
- La medicació més receptada entre les dones són els ansiolítics (68,9% enfront del 43,9% dels homes). També és més alta entre les dones la proporció dels antidepressius (33,3% enfront del 22,3%) i dels eutimitzants (20,0% enfront del 13,1% dels homes).
- Els antipsicòtics són més receptats entre la població masculina (55,6% de les dones enfront del 62,4% dels homes), així com la resta de medicacions dispensades: metadona (11,1% enfront del 25,7% dels homes), per malalties orgàniques (17,8% de les dones enfront del 22,3% dels homes), altres medicacions (22,2% de les dones enfront del 31,1% dels homes), antiretrovirals (0% dones enfront de l'1,4 dels homes), per altres addiccions (0% enfront del 2,3% dels homes).

En la resta de variables estudiades, no s'observen diferències en funció del gènere.

8.1.4. Característiques específiques dels estrangers (diferents de les dels espanyols)

Quants són

- Els estrangers que han passat en algun moment per les unitats de psiquiatria de les presons estudiades han estat 74, un 21,7% del total. Hi ha un menor percentatge d'estrangers amb trastorns mentals del que hi havia a la població penitenciària ordinària (34,2%) a data 31 de desembre de 2005.
- Respecte al grup de persones sotmeses a mesures de seguretat a la província de Barcelona l'any 2005, el percentatge d'estrangers va ser de 19 persones, un 6,2% del total.

Quin perfil personal i sociofamiliar tenen

- Respecte dels nacionals, els estrangers són més joves (en el moment que es fa l'estudi els estrangers tenen 33,1 anys de mitjana enfront dels 38,3 anys dels nacionals).
- Una dada molt significativa és el coneixement dels idiomes oficials de Catalunya: 1 de cada 5 estrangers no entén el castellà, amb les dificultats que això implica per integrar-se en l'entorn que l'envolta. A aquest percentatge cal sumar-li un 23% que té dificultats per expressar-se en castellà. D'aquesta manera, un 42,2% de la població estrangera amb trastorns mentals té dificultats de comunicar-se i explicar allò que li passa, amb la complicació afegida de la situació complexa en què es troben (procés judicial, compliment de mesura de seguretat i/o ingrés a presó, etc.).
- Els resultats amb el català encara són més descoratjadors. El 75,5% dels estrangers no l'entenen, i només un 8,2% sap expressar-se en català. La suma de la població estrangera amb trastorns mentals que té dificultats per comunicar el que li passa en català és del 91,8%.
- Amb relació a aquesta variable, trobem diferències significatives d'estrangers respecte a espanyols en el nivell d'estudis. Els estrangers estan més representats en la formació neolectora i la formació no reglada.

- Respecte als hàbits tòxics, en el grup dels estrangers hi ha més problemes amb l'alcohol i més consum de cànnabis que en el dels nacionals. Per contra, aquests darrers consumeixen més cocaïna, heroïna, drogues de disseny, abús de fàrmacs i altres drogues.
- Els estrangers amb més problemes de consum són els interns a presó que han passat per una unitat de psiquiatria.

El perfil penal i penitenciari

- Hi ha diferències entre els nacionals i els estrangers respecte al delictes comès. Es troben més delictes comesos contra les persones entre els nacionals, i més delictes contra la llibertat sexual i per drogues entre els estrangers.
- No hi ha, no obstant això, diferències estadísticament significatives en funció de la violència en el delictes.
- Quant a la consideració de la malaltia mental en la sentència judicial, trobem força diferències a reconèixer-la com a atenuant o com a eximent: en el cas dels estrangers es tenen molt menys en compte totes dues possibilitats (37,0% enfront del 83,1% de reconeixement en el cas dels nacionals).
- Finalment, els estrangers van entrar més joves a complir la mesura (30,3 anys de mitjana enfront dels 34,6 dels nacionals).

Les característiques dels estrangers com a malalts mentals

- Respecte al diagnòstic psiquiàtric, entre els estrangers hi ha major prevalença dels diagnòstics per esquizofrènia i altres trastorns psicòtics (50,8% enfront del 38,7% dels nacionals).
- El segon diagnòstic més prevalent és el de trastorn de personalitat (21,9% per als estrangers i 25,3% en el cas dels nacionals).
- En canvi, pel que fa als trastorns de l'estat d'ànim, en què es podria esperar un percentatge superior entre els estrangers (degut a la crisi migratòria), són

els nacionals qui presenten major percentatge (5,5% dels estrangers enfront del 9,0% dels nacionals).

- Els estrangers prenen molt menys sovint ansiolítics i antidepressius que els nacionals. La metadona també és molt més receptada entre els nacionals. En canvi, reben més medicació per malaltia orgànica.

Respecte a la resta de variables estudiades no s'observen diferències en funció de la nacionalitat.

8.2. Comprovació de les hipòtesis inicials

Hipòtesis vinculades a l'objectiu 1	
<i>Objectiu 1: Quantificar les problemàtiques de salut mental que es troben en l'àmbit penitenciari i el perfil de les persones que les pateixen.</i>	
Hipòtesi 1: <i>Hi ha un percentatge superior de persones amb trastorns mentals entre la població penitenciària catalana que entre la població catalana en general.</i>	Resposta: Es confirma. El percentatge de la població penitenciària que ha passat per les unitats de psiquiatria és del 6,74%, mentre que el de la població general catalana és del 2,15% en règim ambulatori (xifra que pot augmentar com a molt mig punt amb als internaments en centres psiquiàtrics, dels quals no tenim dades).
Hipòtesi 2: <i>Les persones afectades per un trastorn de personalitat presentaran un perfil caracteritzat pels trets següents: Hi haurà un percentatge superior de consumidors de drogues que en la resta de grups de patologies. Aquesta diferència es farà especialment evident</i>	Resposta: Es confirma parcialment. Com a col·lectiu són els que tenen major percentatge en el consum d'heroïna. Quan es combinen amb més diagnòstics (TMS + TP ó TMS + TP + altres) són els que més alt percentatge de consum tenen de la resta de drogues: alcohol,

<p><i>pel que fa al consum per via parenteral (només els que pateixen trastorns per consum de substàncies presentaran un percentatge equiparable de consum per aquesta via).</i></p> <p><i>Acumularan més causes, anteriors i posteriors a la pena base.</i></p> <p><i>Acumularan més temps d'estada a presó anteriorment a la pena base.</i></p> <p><i>Seran el grup en què menys eximents hagi tingut en compte el jutge en l'aplicació de la sentència.</i></p> <p><i>Seran els que acumulin major proporció de delictes violents.</i></p>	<p>cocaïna, cànnabis i drogues de disseny.</p> <p>En canvi, no es confirma que els TP tinguin més antecedents penitenciaris ni acumulin major temps d'estada prèvia a la presó que la resta de diagnòstics.</p> <p>D'altra banda, no s'ha trobat cap mena de relació entre el tipus de delicte comès i el tipus de diagnòstic. Tampoc no són més o menys violents aquests delictes si es té un o un altre diagnòstic.</p> <p>No hem trobat cap relació en la sentència judicial entre el tipus de trastorn i un major o menor percentatge d'atenuants o eximents per malaltia mental.</p> <p>La hipòtesi dibuixava aquests malalts com el grup amb més dificultats i pitjors antecedents, la qual cosa no es confirma plenament, tot i que ja hem fet esment de la dificultat d'analitzar persones amb trastorns "purs" (no barrejats amb diagnòstics per altres trastorns i/o consum de tòxics).</p>
<p>Hipòtesi 3: <i>Les persones afectades per un TMS presentaran un perfil caracteritzat pels trets següents:</i></p> <p><i>Hi haurà un percentatge de persones amb retard mental, disminució psíquica i incapacitació legal més alt que en els altres col·lectius.</i></p> <p><i>Es tractarà del grup més freqüentment diagnosticat amb anterioritat a l'entrada a presó per la pena base.</i></p>	<p>Resposta: Es confirma parcialment.</p> <p>No és cert que el percentatge més alt de persones amb retard mental, disminució psíquica reconeguda o incapacitació legal tinguin un diagnòstic de TMS.</p> <p>Sí que es compleix que és una malaltia coneguda ja en el moment de dictar sentència i que en aquest grup es dona un major percentatge d'atenuants i eximents.</p>

<p><i>Protagonitzaran un baix percentatge de delictes violents en relació amb altres col·lectius.</i></p> <p><i>Serán els que tindran més sentències amb eximents complets.</i></p>	<p>També hem vist que els tipus de diagnòstic no discriminen el cometre en major o menor percentatge un delictes violent.</p>
<p>Hipòtesi 4: <i>Les persones afectades per “altres trastorns” presentaran un perfil diferent segons les diverses patologies:</i></p> <p><i>En el cas de les persones que pateixin un trastorn de l'estat d'ànim, seran majoritàriament dones i el tipus de delictes serà contra la propietat i contra la salut pública.</i></p> <p><i>Quant a les persones afectades per “trastorns per substàncies”, hi haurà una proporció superior de consumidors de tòxics via parenteral que en els altres grups (excepte TP); els delictes més freqüents seran contra la propietat i contra la salut pública; i formaran part del grup de patologies que cometen major nombre de delictes violents.</i></p>	<p>Resposta: Es confirma parcialment.</p> <p>Un percentatge més alt de dones que d'homes (12,1% enfront del 8,4% dels homes) presenta trastorns de l'estat d'ànim. Això es dona de manera més evident entre les dones que compleixen mesures de seguretat que entre les que es troben a presó.</p> <p>Com ja hem dit, no hi ha relació entre tipus de diagnòstic i tipus de delictes.</p> <p>Es confirma que les persones amb trastorns per consum de substàncies són les que tenen majors percentatges de consum en totes les drogues. No es confirmen la resta de previsions sobre aquest grup.</p>
<p>Hipòtesi 5: <i>Les persones amb trastorns mentals cometran un percentatge superior de delictes contra les persones i contra la llibertat sexual que la població general encarcerada i un percentatge inferior de delictes de la categoria “altres” (econòmics, etc.).</i></p>	<p>Resposta: Es confirma.</p> <p>D'entre tots els delictes, el percentatge de delictes contra les persones és del 38,1% per a la població amb trastorns mentals enfront del 7,1% per a la població general encarcerada.</p> <p>Pel que fa als delictes contra la llibertat sexual, el percentatge és del 7,9% de tots els delictes principals comesos per la població amb trastorns mentals, enfront</p>

	<p>del 2,8% de la població general encarcerada.</p> <p>Per contra, respecte a la resta de delictes la població general encarcerada presenta majors percentatges que la població amb trastorns mentals (contra la propietat, 53,7% enfront del 39,6%; drogues, 22,6% enfront del 5,0%; altres delictes, 13,8% enfront del 9,4%).</p>
--	---

<h3 style="text-align: center;">Hipòtesis vinculades a l'objectiu 2</h3> <p style="text-align: center;"><i>Objectiu 2: Saber les particularitats de l'estada a presó dels interns amb problemàtica de salut mental.</i></p>	
<p>Hipòtesi 6: <i>Els interns amb trastorns mentals protagonitzaran més incidents que la població general encarcerada.</i></p>	<p>Resposta: Es confirma.</p> <p>El percentatge d'incidents i faltes de la població amb trastorns mentals és molt més elevat.</p> <p>Incidents: mitjana de 3,74 per als interns amb trastorn mental, enfront de 0,47 de mitjana per a la població general encarcerada. Faltes: mitjana de 7,25 per als interns amb trastorn mental, enfront de 0,22 de mitjana per a la població general encarcerada.</p>
<p>Hipòtesi 7: <i>Les persones afectades per un TP presentaran un comportament més inadaptat al medi penitenciari i significativament diferent al dels interns amb la resta de trastorns: més incidents, faltes i sancions; més regressions de grau i classificacions en primer grau; major nombre de canvis d'ubicació en</i></p>	<p>Resposta: No es confirma, amb matisacions.</p> <p>Si només hi ha un diagnòstic de TP, les variables d'adaptació són positives (menys incidents, menys faltes, menys canvis d'ubicació, menys canvis de classificació i menys regressions de grau</p>

<p><i>una mateixa presó o canvis de presó; etc.</i></p>	<p>que la resta).</p> <p>Però si els TP conviuen amb altres diagnòstics (TP + altres), i sobretot quan se sumen els 3 tipus de diagnòstics, les mitjanes en totes les variables esmentades es disparen i les diferències amb els altres grups són estadísticament significatives.</p>
<p>Hipòtesi 8: <i>Els interns que han arribat a qualsevol unitat de psiquiatria sense diagnòstic presentaran un perfil més conflictiu en l'entorn penitenciari que els que estiguin diagnosticats: més problemàtica de consum de drogues; més incidents, faltes i sancions; més canvis d'ubicació i de règim penitenciari; etc.</i></p>	<p>Resposta: No es confirma.</p> <p>Ben al contrari del que s'esperava, les persones que arriben sense diagnòstic a les unitats de psiquiatria presenten en quasi totes les variables millor perfil i millor adaptació a l'entorn penitenciari que les que tenen algun tipus de diagnòstic, amb diferències que són significatives estadísticament.</p> <p>Curiosament, però, les persones sense diagnosticar han gaudit de menys permisos de sortida i han fet menys sortides programades.</p>
<p>Hipòtesi 9: <i>Els homes encarcerats presentaran una taxa més alta de suïcidis, i les dones una taxa més alta d'intents de suïcidi i autolesions.</i></p>	<p>Resposta: Es confirma amb matisacions.</p> <p>El nombre total de suïcidis a les presons catalanes fou de 8 l'any 2005. Cap d'ells va ser protagonitzat per una persona de la població objecte d'estudi.</p> <p>En aquesta població estudiada van haver-hi 14 intents de suïcidi i 4 casos d'autolesions greus. En total, això implica que el 5,3% dels subjectes que han passat per psiquiatria de presó han protagonitzat algun d'aquests incidents.</p>

	<p>Tot i que els nombres són molt petits, es confirma que les dones tenen una taxa més alta d'intents de suïcidi (22,2% de dones amb intents de suïcidi enfront del 5,6% de dones a la mostra de presó).</p>
--	--

<h3 style="text-align: center;">Hipòtesis vinculades a l'objectiu 3</h3> <p style="text-align: center;"><i>Objectiu 3: Saber el nombre de mesures de seguretat decretades a Catalunya. Conèixer el perfil personal, penal i penitenciari de les persones sotmeses a mesures de seguretat i comparar-lo amb els perfils de la població penitenciària (interns en general i interns amb trastorns mentals).</i></p>	
<p>Hipòtesi 10: <i>A les persones amb un TMS jutjades per una causa penal se'ls aplicarà amb major proporció una mesura de seguretat que la pena de presó. Per contra, a les que pateixin un TP se'ls imposarà més freqüentment la pena de presó.</i></p>	<p>Resposta: Es confirma, tot i que amb proporcions discretes.</p> <p>Els TMS representen el 44,3% de les mesures de seguretat, enfront del 40,9% de la població amb trastorns mentals a presó.</p> <p>Els TP representen el 21,4% de les mesures de seguretat, enfront del 24,9% de psiquiatria de presó. Quasi 4 punts a favor de psiquiatria de presó.</p>
<p>Hipòtesi 11: <i>Les persones amb trastorns mentals que compleixin mesures de seguretat hauran protagonitzat menys delictes violents que les que es trobin a presó.</i></p>	<p>Resposta: Es confirma la hipòtesi contrària.</p> <p>Precisament, les persones sotmeses a mesures de seguretat han comès major proporció de delictes violents que les que es troben a presó (66,2% enfront del 58,2%).</p> <p>Les diferències es troben justament en els delictes <i>contra les persones</i>, que impliquen el 55,1% dels delictes comesos per persones sotmeses a mesures de</p>

	<p>seguretat, enfront del 38,1% del total de delictes dels interns a presó.</p> <p>En canvi, els delictes no violents (contra la salut pública –drogues– o contra la propietat, sense violència) estan més significativament representats en el grup d'interns a presó que en el dels sotmesos a mesures de seguretat.</p>
<p>Hipòtesi 12: <i>Conèixer la malaltia mental en el moment de la sentència fa que es tingui en compte per atenuar la pena o eximir el processat. Es trobaran més casos de reducció de condemna entre les mesures de seguretat que a presó.</i></p>	<p>Resposta: Es confirma, amb alguna matisació.</p> <p>Efectivament, es troben diferències significatives en la presa en consideració del trastorn mental en les sentències judicials. Entre les persones sotmeses a mesures de seguretat es troba un percentatge superior d'eximents incomplets i, sobretot, d'eximents complets. En el grup d'interns a presó, es troba un percentatge superior d'atenuants.</p> <p>El coneixement de la malaltia mental és un factor que s'ha tingut en compte en la sentència judicial si la malaltia era coneguda abans del delicte jutjat. Si el diagnòstic es va fer en el moment previ de la sentència, les dades no mostren que es tingués en compte de manera més significativa que la resta de casos per atenuar o eximir la responsabilitat de la persona jutjada. Això succeeix tant en els subjectes amb mesures de seguretat com en els interns a presó.</p>

Hipòtesis vinculades a l'objectiu 4

Objectiu 4: Conèixer el perfil personal, penal i penitenciari de col·lectius específics amb problemes de salut mental.

Hipòtesi 13: *El percentatge d'estrangers diagnosticats amb trastorns mentals dins de presó serà proporcionalment inferior al percentatge general d'estrangers empresonats.*

Resposta: Es confirma.

El percentatge d'estrangers que han passat pels serveis de psiquiatria de presó és del 21,7%, enfront del 34,2% d'estrangers que hi havia el desembre de 2005 als centres penitenciaris de Catalunya.

A més, entre els estrangers que han passat per psiquiatria de presó hem trobat una major proporció sense diagnòstic (27,8% enfront del 18,1% amb diagnòstic).

Hipòtesi 14: *La problemàtica de salut mental en els estrangers es concentrarà fonamentalment en la categoria "altres trastorns" i en concret en trastorns per consum de substàncies i en trastorns de l'estat d'ànim.*

Resposta: No es confirma en absolut.

Potser perquè hi ha un important desconeixement de la realitat de la salut mental de l'estranger aquesta hipòtesi ha resultat falsa.

Els estrangers presenten com a trastorns mentals més prevalents: TMS, amb el 46,1% (40,3% en el cas dels nacionals); i TP, amb el 21,9% (25,4% els nacionals).

Respecte als trastorns per consum de substàncies, el percentatge d'estrangers que els presenten és del 10,2% (14,8% per als nacionals). Quant als trastorns de l'estat d'ànim, els pateixen un 5,5% dels estrangers (9,0% per als nacionals).

Resultats: part qualitativa

L'opinió dels experts

9. El mètode Delphi en la recerca de salut mental

9.1. Objectius del Delphi

Com ja hem reiterat en diferents ocasions, la recerca *Salut mental i execució penal* consta de dues parts.

La primera part ens ha portat a conèixer més a fons i quantificar les problemàtiques de salut mental que es donen en els interns penitenciaris i també en les persones que compleixen mesures de seguretat dins o fora de presó. També s'ha obtingut el perfil d'aquestes persones.

En aquesta segona part, ens centrem més a detectar quins aspectes es poden millorar en l'atenció que reben els interns en el medi penitenciarí respecte a tres qüestions principals: diagnòstic, tractament i derivació (en les seves diferents possibilitats: ja sigui derivació interna dins del mateix centre, dins del sistema penitenciarí o bé externa).

D'altra banda, ens interessava incloure en aquesta part una anàlisi sobre el perfil i la formació que haurien de tenir els professionals que han de treballar amb aquestes persones, tant des del punt de vista sanitari com de formació en els àmbits psicosocial i educatiu, i també en l'àmbit de la seguretat. Tot plegat per fer-ne les recomanacions oportunes als gestors penitenciaris responsables d'administrar els recursos humans i per ajudar a millorar la eficàcia i la eficiència de la seva tasca, sens dubte molt complexa.

Els objectius ja han estat explicats en el disseny general de la recerca i corresponen majoritàriament al bloc 3, que es refereix a propostes de millora i predicció de futur. Concretament els trobem identificats en l'objectiu 5 que diu:

5. *Identificar les propostes més vàlides d'experts en el tema per a l'abordatge dels trastorns mentals a les presons i les propostes de derivació més consensuades.*

5.1. *Establir prediccions respecte a increments o decrements en taxes, problemàtiques, necessitats futures, etc.*

- 5.2. *Identificar dificultats diagnòstiques més comunes. Propostes de millora.*
- 5.3. *Analitzar el tractament de la salut mental en un context de privació de llibertat: integració o separació respecte a altres interns, activitats, règim disciplinari, etc. Propostes de millora.*
- 5.4. *Examinar les possibles derivacions a recursos externs: limitacions i possibilitats.*
- 5.5. *Conèixer les necessitats de formació dels professionals per a la intervenció més adequada en aquesta població.*

Per dur a terme aquesta part de la recerca, ens hem decantat per utilitzar el mètode Delphi, que ens ha semblat un de les més vàlids per aconseguir els objectius proposats.

9.2. Metodologia

El mètode Delphi és una tècnica que permet arribar a opinions de consens en grup respecte un assumpte específic. Consisteix a fer una sèrie de preguntes repetides sobre el tema que es vol investigar a persones que es consideren coneixedores en la temàtica, normalment utilitzant enquestes o qüestionaris.⁶³

En el nostre cas, es va fer un estudi previ bibliogràfic sobre el tractament de la salut mental en el medi penitenciari i com s'abordava a diferents països occidentals. A partir de les indicacions trobades en els diferents estudis i en les recomanacions del Consell d'Europa sobre el tema, es va anar confeccionant la primera volta del qüestionari.

Amb posterioritat, es va consultar a diferents experts i professionals del camp de la salut mental en el medi penitenciari per saber quins eren, segons el seu parer, els punts més destacats i quins els punts més conflictius, tant des del punt de vista sanitari, com des del d'intervenció socioeducativa, com des del de l'àmbit de la seguretat.

Paral·lelament a aquesta tasca de recerca bibliogràfica, se'n va desenvolupar una altra consistent a localitzar i identificar els experts en salut mental

⁶³ Ignacio Vélez Pareja (2003). *El método Delphi*, pàg. 4. Assaig. Colòmbia.

penitenciària i intentar fer-los partícips de la investigació. Les persones a qui dirigiríem els qüestionaris.

Per fer-ho es van utilitzar diferents vies i tècniques:

La primera va consistir en la tècnica de *bola de neu*. A partir de parlar amb alguns experts, els hi demanàvem que ens facilitessin el nom i l'accés a altres persones al seu parer també expertes en el tema, i així successivament.

La segona via fou dirigir-nos per carta o *e-mail* als directors i sotsdirectors sanitaris, de règim i de tractament, als caps de servei i a altres càrrecs intermedis de centres penitenciaris i també de serveis centrals de la Secretaria de Serveis Penitenciaris, Rehabilitació i Justícia Juvenil, per informar-los de l'objecte de la recerca i sol·licitar-los-hi que ens facilitessin el nom, professió i adreça de contacte d'aquells professionals que als seus llocs de treball poguessin estar desenvolupant tasques relacionades amb l'atenció de la salut mental dels interns penitenciaris.

La tercera via fou el responsable de l'Àrea de Sanitat Penitenciària de la Direcció General de Recursos i Règim Penitenciari, que ens va facilitar un nou llistat de professionals, tant de dins dels centres penitenciaris de Catalunya com de serveis externs a la Conselleria de Justícia amb els quals es convenien serveis de salut mental, i també professionals que desenvolupen les mateixes tasques en centres penitenciaris de la resta de l'Estat espanyol.

Un cop dissenyada la primera volta de preguntes i seleccionat el grup de participants, es va fer un pilotatge del qüestionari entre diferents col·laboradors de la recerca.

Paral·lelament a aquest pilotatge, es va trametre a tots els participants una carta de presentació signada pel director del CEJFE en què s'informava dels motius i objectius de la recerca, se'ls demanava la seva participació i se'ls informava que en breu rebrien el qüestionari amb les instruccions d'ús i retorn. Aquest primer contacte ens va servir per discriminar aquelles adreces informàtiques que no resultaven operatives i substituir-les per les adreces postals, o a la inversa.

La tramitació va ser mixta. Sempre que va ser possible, per comoditat, rapidesa i ecologia s'optà per la via electrònica. Però en els casos en que això no fou possible, es tramità per correu ordinari.

Tota la documentació al llarg de la recerca es va traduir també al castellà, per als participants de la resta de l'Estat.

Es van fer dues voltes del Delphi. Els estudis de validació del mètode Delphi ens diuen que fer més rondes disminueix la dispersió entre les opinions dels experts, però no necessàriament millora l'error. Quasi tots els estudis i exemples consultats han fet servir dues rondes.

Per mantenir el *feed-back* amb els professionals, en les dues rondes es van fer tandes de recordatori de data de lliurament. En la primera volta es va prorrogar quinze dies el termini de lliurament i es va tornar a insistir als que no havien contestat. També com a part d'aquest intercanvi, se'ls va traspasar els resultats agregats del primer qüestionari, amb un format molt semblant al que trobarà el lector en l'exposició dels resultats. La presentació incloïa molts gràfics per facilitar la lectura i la interpretació, i cada pregunta portava complementàriament la mitjana d'acord obtinguda i la conclusió respecte a si aquest acord era alt o baix.

En la primera volta del Delphi hi havia moltes preguntes obertes, específicament pensades perquè els professionals diguessin la seva, de la manera que estimessin més oportuna. Totes les propostes de millora anaven en aquest format. Del contingut d'aquestes preguntes es va fer després un treball de buidatge per part de l'equip investigador i es va demanar, en la segona volta, que els participants votessin les que els semblaven més importants o adients.

A més de preguntes *obertes*, es van fer preguntes *d'escala* o *comparació*. En la primera volta, eren fonamentalment de *valoració* (valorar de l'1 al 5 la pregunta o el qüestionament que es posava a debat). En la segona volta, es van introduir moltes de *jerarquitització* (seleccionar i classificar de major a menor interès unes propostes).

Les preguntes *d'estimacions* es van plantejar de tots tipus: *absolutes* (dir un percentatge concret), *probabilístiques* (temps que es trigarà a posar en marxa una determinada proposta) i *en interval de confiança* (entre quin percentatge i quin altre). En la segona volta, es demanava una nova redefinició als participants, donant la mitjana i la desviació típica que s'havia obtingut amb els resultats agregats de la primera volta.

L'exploració de les dades es va fer amb el paquet estadístic SPSS 13.0, si bé tot el disseny gràfic es va fer des del programa Excel on ja s'havien introduït les respostes d'ambdós qüestionaris.

9.3. Els participants

9.3.1. La taxa de respostes

El grup final d'experts seleccionats fou de 325 persones. En la taula següent, es recull per categories el nombre de participants previstos en cadascuna, la *massa crítica* esperada (60% de respostes, un percentatge que els teòrics dels estudis Delphi consideren òptim), el nombre real de participants que va haver-hi i el percentatge que això suposa respecte al total de convidats i respecte a la massa crítica esperada.

Taula 71. Participants en el conjunt del Delphi, per categories

Categories	N	Massa crítica (60%)	N reals	% respecte participació	% respecte massa crítica
Càrrecs de comandament	65	39	36	55,38	92,31
Psiquiatres	42	25	17	40,48	67,46
Metges	55	33	12	21,82	36,36
Infermeres	68	41	8	11,76	19,61
Psicòlegs	44	26	22	50,00	83,33
Educadors socials	10	6	4	40,00	66,67
Treballadors socials	15	9	9	60,00	100,00
Pedagogs	3	2	2	66,67	111,11
Juristes	6	4	3	50,00	83,33
Professors universitaris	4	2	3	75,00	125,00
Altres (voluntaris i monitors)	13	8	3	23,08	38,46
TOTAL	325	195	119	36,62	61,03

Nota: el percentatge final de participació en el Delphi ha estat del 36,62%.

Malgrat aquest percentatge de resposta, no considerem que la participació del personal hagi estat més baixa que la d'altres estudis Delphi que s'han fet i que es poden trobar publicats.

En la taula següent, es recullen alguns exemples extrets d'un informe-resum de la professora Clara Riba.⁶⁴

Taula 72. Taxa de resposta en altres estudis Delphi

Títol	Autor	Data	Nombre d'experts	Taxa de resposta
<i>Tendencias de cambio y estabilidad que dominarán la sociedad uruguaya en los próximos 10 años</i>	Centro de Altos Estudios Nacionales del Ministerio de Defensa Nacional (CALEN)	Any 2000	160	48%
<i>El futuro de los medios de comunicación ante el impacto de las nuevas tecnologías</i>	Observatorio de Prospectiva Tecnológica Industrial. Fundación OPTI (Madrid)	Any 2003	240	20%
<i>Estudi sobre tendències i escenaris que actuen sobre les competències professionals en ciències de la salut</i>	Martí Dalmases. Fundació Parc Taulí	Any 1993	388	62%
<i>La predicción de las variables críticas de éxito en el destino turístico de Benidorm</i>	Departament d'Administració d'Empreses i Màrketng de la Universitat Jaume I (València)	Any 1997	67	39%
<i>El futuro de la Sociedad de la Información</i>	Telefónica	Any 2002	200	68%

Com es pot veure, el nostre estudi se situaria en un percentatge mig baix en taxa de resposta respecte d'aquesta mostra. En tot cas, la nostra conclusió al respecte és que, en un mitjà tan tancat com és l'entorn penitenciari, caldrà utilitzar en el futur aquestes tècniques de prospecció sempre acompanyades de presentacions formals a les reunions d'equip i en els entorns de treball formals on desenvolupin la seva tasca els enquestats.

També pels comentaris finals dels professionals respecte al qüestionari (que reproduïm a peu de pàgina)⁶⁵ les expectatives dipositades en la funcionalitat de

⁶⁴ Clara Riba i Romeva. Informe març 2006. Departament d'Economia i Empresa. Universitat Pompeu Fabra.

⁶⁵ "Crec que aquests tipus d'enquestes haurien de servir no tant sols per valorar l'opinió dels enquestats, sinó, per intentar aportar millores en la sanitat mental penitenciària."

"El qüestionari és més de caire mèdic, perquè fins i tot a un psicòleg se li escapen moltes qüestions tractades en el mateix. Un professional no pot saber de tot perquè a les presons tothom treballa pel seu camp, i si no vol, no es preocupa del que fan la resta."

"Sincerament, crec que aquest qüestionari és poc útil, penso que hauria d'anar precedit d'un estudi objectiu de la realitat dels problemes de salut mental dels interns de les presons

l'estudi han estat molt diverses i ens planteja tenir-ho en compte en el futur, per explicitar de manera més reiterada i didàctica la finalitat específica perseguida en la recerca.

Tornant als percentatges de participació i fixant-nos en la massa crítica, quan agrupem les categories professionals en col·lectius, considerem que la participació dels equips de tractament ha estat l'esperada (pedagogs per sobre i treballadors socials just en la proporció, psicòlegs i juristes un pèl per sota, 83,33%, mentre els educadors socials són els que tenen el percentatge més baix amb el 66,67% de la massa crítica esperada).

La participació dels càrrecs de comandament ha estat molt propera a l'esperada (92,31%).

La participació dels equips sanitaris ha estat més baixa de l'esperada. Particularment baixa ha estat la participació del conjunt d'infermeria (19,61%).

En el gràfic següent, es recullen les taxes de participació absolutes agrupades pels col·lectius professionals que hem fet servir per a algun creuament de dades. Així, el grup *sanitaris* inclou psiquiatres, metges i infermers. El grup *tractament* inclou psicòlegs, pedagogs, educadors socials, juristes i treballadors socials. El grup *comandament* inclou els càrrecs de comandament, siguin de la categoria professional que siguin. I el grup *altres*, els professors universitaris i altres professions.

catalanes. Un cop objectivada aquesta realitat es podria preguntar als professionals com abordar-la."

"Tinc l'esperança que aquesta investigació que esteu desenvolupant sobre la problemàtica de la salut mental a les presons pugui conduir al tractament específic d'aquestes persones empresonades que alhora són malalts mentals. La coordinació, la interdisciplinarietat, el seguiment extern i una bona xarxa externa d'inserció laboral, crec, al meu entendre, que són els objectius que s'ha de marcar el Departament de Justícia per millorar l'atenció d'aquestes persones."

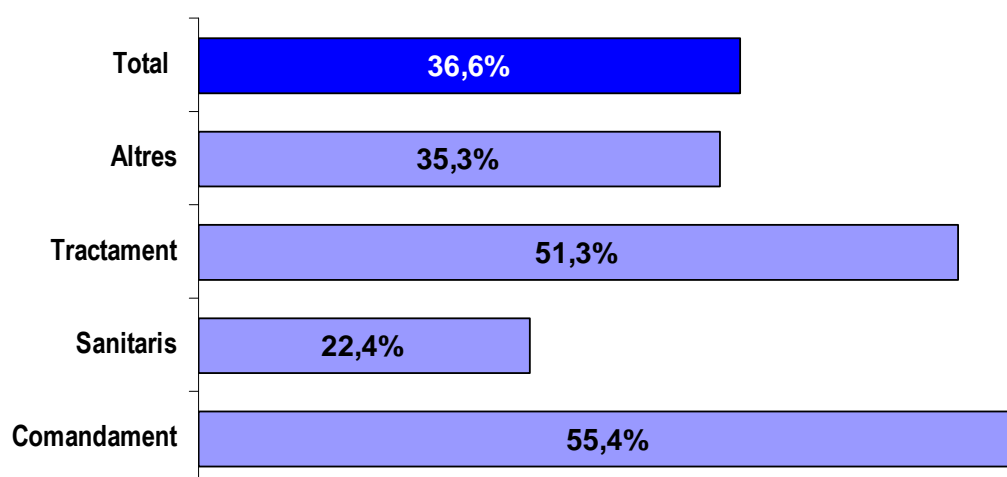
"Cal definir TM Sever; algunes respostes poden variar en funció de la definició de TM Sever, així com el mateix amb relació a T de personalitat."

"S'haurien d'elaborar més qüestionaris de recerca en altres àmbits; per exemple, els interns per tipologia delictiva, toxicòmans, etc."

"Me gustaría saber quién está detrás del estudio, qué otros profesionales aparte del Doctor Capdevila están participando y qué se va a hacer con los resultados. ¿Van a influir en la atención psiquiátrica fuera de Catalunya?"

Cal aclarir en aquest punt una qüestió important respecte a la selecció dels experts: en la tècnica Delphi, no és important que siguin representatius de tots els estaments professionals. No és necessari respectar un disseny mostral en el qual estiguin representades totes les categories en la mateixa proporció en què ho estan els professionals del sector. Cal que siguin experts en l'àmbit de coneixement del tema en qüestió, i això està garantit. Per tant, les respostes recollides en els resultats presentats a partir del capítol 6 són absolutament vàlides i extrapolables als plantejaments generals que es puguin fer sobre la opinió i valoració dels experts en salut mental en el medi penitenciari, segons els percentatges que es donen en els resultats.

Gràfic 35. Percentatge de participació absoluta segons agrupacions professionals



En la preparació de la recerca, s'ha fet un esforç important per part de l'equip investigador en la motivació i sensibilització prèvia dels professionals que hi havien de participar:

- S'ha demanat als seus caps que els informessin.
- Se'ls ha tramitat la carta de presentació individualment.
- S'han modificat les adreces postals o electròniques quan hem pogut saber que la persona seleccionada no havia rebut la informació.

- S'ha contestat telefònicament o per escrit qualsevol demanda que se'ns ha formulat durant els mesos que ha durat la recerca.
- També s'ha intentat cuidar al màxim tant el seguiment individual com les devolutives d'informació i traspàs de dades com a contrapartida a la participació.
- Es van donar garanties de l'anonimat en les respostes i de facilitar més informació si se'ns demanava.

És cert que el tipus de pregunta era força especialitzada i requeria una resposta pensada i matisada. Però es van elaborar ambdós qüestionaris i tot el material de devolució complementari de manera molt acurada per no sobrecarregar les agendes dels professionals. La mitjana d'emplenament del primer qüestionari era de 45 minuts, i la del segon qüestionari, de 35 minuts. En el primer era més fàcil definir-se davant les preguntes, però requeria pensar en possibles solucions i propostes de millora, i redactar-les. En el segon qüestionari, en canvi, la principal dificultat venia d'haver de tenir en compte totes les propostes i, a partir d'aquí, seleccionar les 5 o les 7 més adients als seus criteris, i a més ordenar-les per importància.

9.3.2. El perfil dels participants

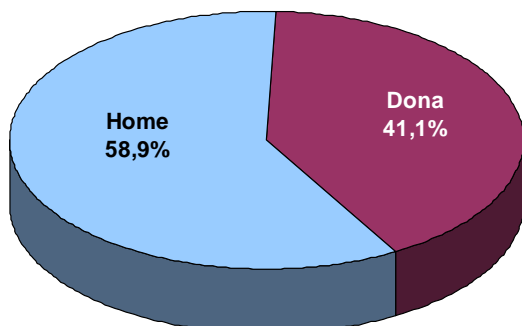
El qüestionari demanava als participants algunes dades personals: gènere, edat, professió i anys d'experiència.

Aquestes dades es demanaven dins del qüestionari anònim, de manera que un cop registrada l'entrada, no és possible identificar ni el centre penitenciari al qual pertanyen, ni per suposat, el nom de la persona que el contestava.

En la resposta en paper, el nom de la persona arribava en un sobre a part del qüestionari i només a efectes de control respecte a qui havia contestat. En el cas que la resposta fos per *e-mail*, el qüestionari anònim es guardava com a arxiu adjunt dins de la carpeta de qüestionaris contestats i l'*e-mail*, un cop cobert el tràmit d'haver registrat qui l'havia contestat i remetre als interessats avís de rebut, era eliminat definitivament de l'ordinador de recepció.

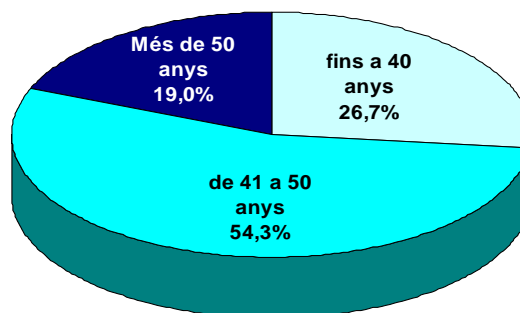
A continuació presentem les dades agregades respecte el perfil dels participants en les variables recollides.

Gràfic 36. Gènere dels participants



Nota: No s'han tingut en compte els *no consta*.

Gràfic 37. Edats dels participants



Mitjana d'edat: 44,10 anys

Nota: No s'han tingut en compte els *no consta*.

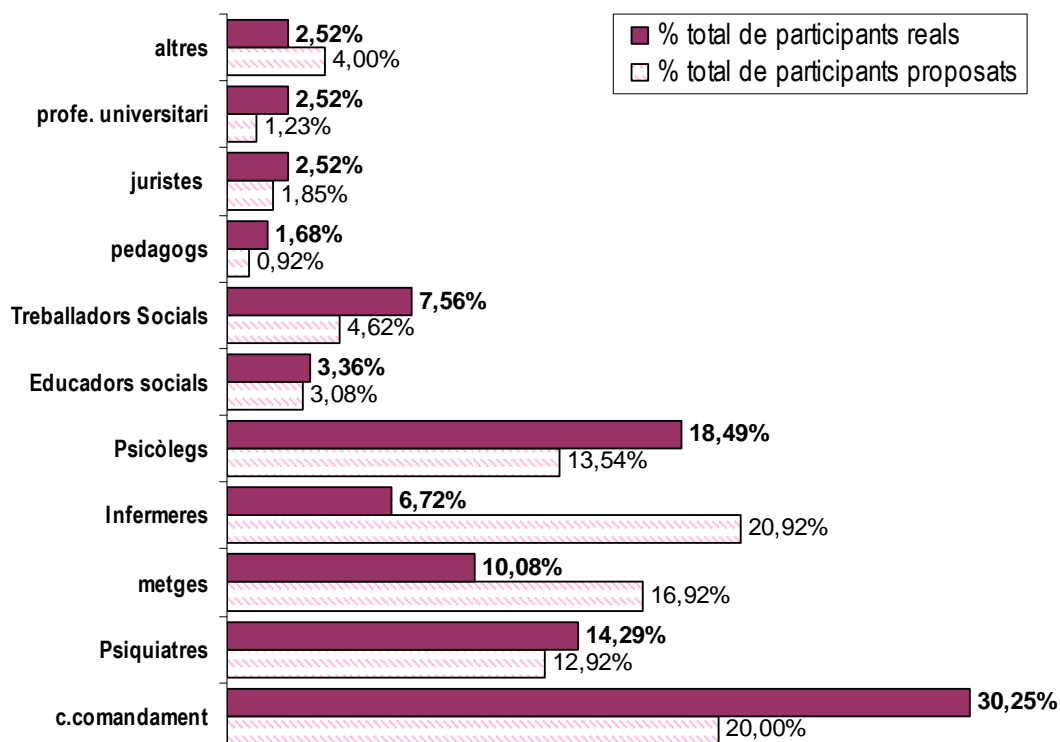
No hem trobat diferències significatives de gènere, en termes estadístics, en funció de les agrupacions professionals. Homes i dones que han respost el qüestionari estan igualment representats en el col·lectiu sanitari, en el de tractament, en el de càrrecs de comandament i també en el d'altres.

Sí que existeixen diferències significatives de gènere en funció de l'edat. Els homes que han contestat estan més sobrerrepresentats en la franja d'edat *més de 50 anys*. En la resta de franges d'edat no hi ha diferències estadísticament significatives entre homes i dones.

També hem trobat diferències significatives de gènere en funció dels anys d'experiència. La franja de persones amb *més de 20 anys d'experiència* està sobrerrepresentada en homes i per contra la franja *menys de 10 anys d'experiència* està sobrerrepresentada en dones.

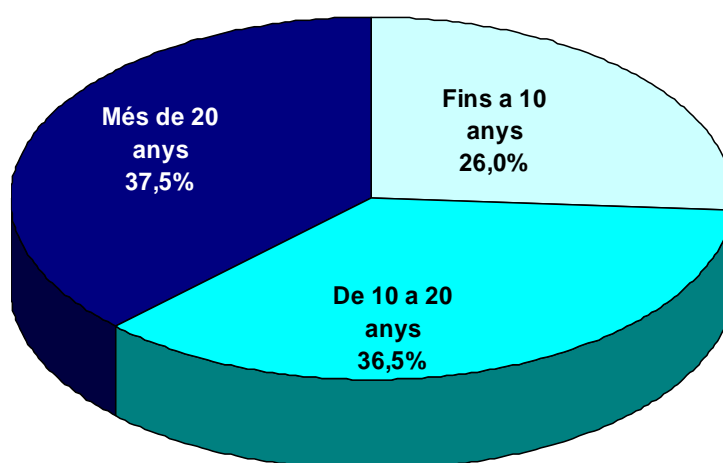
Si ens fixem ara en la professió que exerceixen els participants en el Delphi, veurem que del total de participants, els càrrecs de comandament (30,25%) són el grup més nombrós, seguits dels psicòlegs (18,49%), els psiquiatres (14,29%) i els metges (10,08%).

Gràfic 38. Percentatge de cada professió respecte del total de participants en el Delphi



Si mirem ara els anys d'experiència que han declarat els participants del Delphi, el gràfic següent ens fa aquesta distribució:

Gràfic 39. Anys d'experiència dels experts que han participat en el Delphi



Com es pot veure, els professionals que han contestat el Delphi acumulen una gran experiència professional.

Si ho mirem segons les agrupacions professionals es troben diferències estadísticament significatives respecte als anys d'experiència i l'edat dels professionals, aquestes dues variables, directament relacionades:

- Els sanitaris estan més representats en les franges d'edat *entre 41 i 50 anys* i *més de 50 anys*. Amb relació a l'experiència, aquest col·lectiu també està estadísticament més representat en la franja *més de 20 anys d'experiència professional*. Per tant, podem dir que els sanitaris que han respost el qüestionari son més grans i porten més temps treballant que la resta de professionals que ho han fet.
- Els del grup "tractament" (psicòlegs, pedagogs, educadors socials, juristes i treballadors socials) estan més representats en la franja d'edat *fins a 40 anys*. Quant a l'experiència, és el col·lectiu que està més representat estadísticament en la franja *fins a 10 anys d'experiència professional*. Per tant, podem afirmar que els professionals de tractament que han respost són els més joves entre els participants i els que menys temps porten treballant.
- Els quadres de comandament estan més representats en la franja d'edat *entre 41 i 50 anys*. Pel que fa a l'experiència aquest col·lectiu té més representativitat en les franges *entre 10 i 20 anys d'experiència professional* i *més de 20 anys d'experiència professional*. Per tant, podem dir que els professionals que exerceixen càrrecs de comandament i que han respost el qüestionari es troben per edat en la quarantena i acumulen bastant o molt temps d'experiència professional.

9.3.3. La llista de participants

A continuació, presentem, ordenada alfabèticament, la llista de participants en el Delphi, amb la professió i el lloc de treball en el moment de la tramitació del primer qüestionari.

Taula 73. Llistat de participants en el Delphi

Nom		
Agra, Felipe	Espachs Olivera, Rosa	Murillo López, Pilar
Aguadé, Maria	Forcadell Berenguer, Antoni	Navarro Serra, Laura
Aguilar Barajas, Jesús	Francés Mestre, M. Antònia	Navarro Pérez, Juan Carlos
Alujas, Vicens	Gaitán, Sergi	Ojeda Del Olmo, Carmen
Andrés Pueyo, Antonio	Galdón, Xavier	Ortega Basanta, Luis
Ariño Sorribas, José Luís	García, César	Pané Izquierdo, Jèssica
Armenteros López, Beatriz	García Camaño, David	Pasqual Albarado, M. Lluïsa
Arroyo Cobo, José Manuel	García Clavel, Ignasi	Porrás, Mariano
Barba Taló, Josep	Gómez Royes, Oscar	Presa Llorente, A. M.
Barraza Maldonado, Pamela	Gracia Canales, Luis Pablo	Puertas Bores, Rafael
Bedoya del Campillo, A. Francisco	Hernández Monsalve, Mariano	Puértolas López, Alberto
Benavent, Misericòrdia	Iñigo Barrio, Cristina	Pujol Robinat, Amadeo
Benítez Eiroa, Andrés	Izquierdo, Mercedes	Pujol Serna, Núria
Boguñá Casellas, Jordi	Jambrina Gato, Ignasi	Querol Tous, Rosa
Bonfill, Rosa	Kastner, Elías	Ramos Montes, Josep
Borras, Lluís	Labad, Antonio	Ribes, Eduardo
Cabanes, Anna	Leal Rubio, José	Robalo Piriz, Raquel
Caixal López, Germán	Lisa Catalán, Francesc	Roca Casasus, Mercè
Camarasa Casals, Cèlia	Llop Ribalta, Margarida	Roca Tutusaus, Xavier
Camí Asensio, Lluís	Lluch Cerdà, Joan	Romero Beitia, Francesc
Cano Martín, Antoni	López Ferre, Sandra	Roure Miró, Núria
Capell, Teresa	López Zueras, Rafael	Rovira Machordom, Mercè
Carranza Pau, Joan Carles	López Pérez, Manuel	Sánchez Alfonso, Carmen
Casaus, Pilar	Mangues Bafalluy, Josefina	Sastre Carrión, Ana
Caso Pizarro, M. Arànzazu	Marí Fabra, Carles	Serratusell, Lúdia
Català Bastida, Roser	Markez, Iñaki	Solà Carrión, Manel
Chico Librán, Eliseo	Martín Valero, Lluís	Solé Carrizo, Jordi
Creixell, Joan	Martínez Cordero, Andrés	Soler Carbó, Concepció
Cuenca Martínez, Carlos	Martínez Sanz, Joana	Soler Iglesias, Carles
Cusó Calaf, Núria	Martínez Serrano, Carmen	Soto Fernández, Montserrat
Del Campo Saiz, Pedro	Martínez Torres, Joan Antoni	Tallón, Manuel
Díaz del Álamo, María del Carmen	Medallo Muñiz, Jordi	Teixidó Pérez, Núria
Dolcet Maria, Carme	Mejías, Valentina	Torreillas Madrid, M. Mar
Domènech Santos, Neus	Mercadé Simó, Enric	Torrubia, Rafael
Domínguez Quinoya, Pedro	Mohino, Susana	Tort Herrando, Vicens
Elias Calvo, Francesc	Molina Fernández, Maria Isabel	Turñé, Ruth
Enriquez Vázquez, Diego Jesús	Montón Martínez, Joan Josep	Vaz Rovira, Elisa
Escobosa Arrocha, Daniel	Morell Díaz, Aurora	Vicens Pons, Enric
Escribano, Montserrat	Moreno, Octavi	Zarauza Bautista, Emilio
Esculies, Oriol	Moya, Josep	

Taula 74. Llistat de professions i llocs de treball dels participants en el Delphi

Professió	Lloc de treball
C. comandament	Adjunt al Síndic de Greuges
C. comandament	Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada
C. comandament	Centre Obert Homes BCN
C. comandament	Centre PINEL
C. comandament	Coordinadora mesures penals alternatives (IRES)
C. comandament	Coordinadora treballadors socials CTASP BCN
C. comandament	CP Brians
C. comandament	CP Girona
C. comandament	CP Obert Homes BCN
C. comandament	CTASP de Barcelona

C. comandament	CTASP Lleida
C. comandament	Institut Anatòmic Forense
C. comandament	Mesures Penals Alternatives BCN
C. comandament	Pavelló Hospitalari Penitenciari de Terrassa
C. comandament	Projecte Home Barcelona
C. comandament	Projecte Home Montgat
C. comandament	Secció Tractament SSPRJJ
C. comandament (2)	CP Dones BCN
C. comandament (2)	CP Figueres
C. comandament (2)	CP Homes BCN
C. comandament (2)	CP Joves BCN
C. comandament (2)	UHPP CP Brians
C. comandament (3)	CP Quatre Camins
C. comandament (3)	CP Tarragona
C. comandament (5)	CP Ponent Lleida
Catedràtic	Universitat de Barcelona
Educador social	CP Quatre Camins
Educador social	CP Ponent Lleida
Educador social	DAE CP Quatre Camins
Educador social	IRES
Infermer (3)	CP Ponent Lleida
Infermera	CP Figueres
Infermera	CP Girona
Infermera	CP Quatre Camins
Infermera (2)	CP Homes BCN
Jurista	Adjunt al Síndic de Greuges
Jurista	CP Ponent Lleida
Jurista	CP Quatre Camins
Metge	Alacant
Metge	Astúries
Metge	Atenció Primària de Saragossa
Metge	CP Dones BCN
Metge	CP Quatre Camins
Metge	Màlaga
Metge (2)	CP Homes BCN
Metge (2)	CP Tarragona
Metge (3)	CP Brians
Monitor (2)	Centre PINEL
Pedagoga	CP Ponent Lleida
Pedagoga	CP Tarragona
Professor universitari	Departament Psiquiatria i Medicina Legal UAB
Professor universitari	Universitat Rovira i Virgili Tarragona
Psicòleg	CE Els Tilers (Justícia Juvenil)
Psicòleg	Centre PINEL
Psicòleg	CP Girona
Psicòleg	Equip Medi Obert Vallès (Justícia Juvenil)
Psicòleg	Supervisor
Psicòleg (2)	CP Figueres
Psicòleg (3)	CP Ponent Lleida
Psicòloga	CP Homes BCN
Psicòloga	Institut Anatòmic Forense
Psicòloga	Mesures Penals Alternatives BCN
Psicòloga	SAT Penal BCN
Psicòloga (2)	DAE CP Quatre Camins
Psicòloga (2)	IRES
Psicòloga (4)	CP Quatre Camins
Psiquiatra	Autònom
Psiquiatra	Centre PINEL
Psiquiatra	Corporació Sanitària Parc Taulí
Psiquiatra	CP Girona
Psiquiatra	CP Joves BCN

Psiquiatra	CP Ponent Lleida
Psiquiatra	CP Quatre Camins. Hospital Sant Joan de Déu
Psiquiatra	CP Tarragona
Psiquiatra	Director Psiquiatria Penitenciària Sant Joan de Déu
Psiquiatra	Hospital Pere Mata
Psiquiatra	Hospital Vall d'Hebron
Psiquiatra	Institut Anatòmic Forense
Psiquiatra	Madrid
Psiquiatra	País Basc
Psiquiatra	Serveis de Salut Mental. Hospital Sant Joan de Déu
Treballador social	DAE CP Quatre Camins
Treballador social (2)	CP Ponent Lleida
Treballadora social	CP Brians
Treballadora social	CTASP CP Brians
Treballadora social (2)	CTASP Barcelona
Treballadora social	U. Psiquiàtrica CPQC Hospital Sant Joan de Déu
Voluntari	Autònom

9.4. El grup d'experts

Com ja hem comentat en diverses ocasions al llarg d'aquestes primeres pàgines, un altre dels elements principals introduïts en el procediment de treball de la recerca va ser el grup d'experts.

El paper del grup d'experts va ser doble: d'una banda ens va assessorar en el procés de decisió del contingut del qüestionari, per tal de trobar les preguntes més adients i tractar-les amb la profunditat necessària; en segon lloc, va contribuir a la interpretació dels resultats de les respostes que havien donat els participants.

Aquest grup d'experts estava compost per (en ordre alfabètic): Vicens Alujas, Anna Cabanes, Pilar Casaus, Montserrat Escribano, David Garcia, Mercedes Izquierdo, Carles Marí, Valentina Mejías, Eduard Riba, Xavier Roca i Mercè Rovira.

Els càrrecs i llocs de treball es recullen en el llistat següent i van ser seleccionats amb l'assessorament del responsable de programes sanitaris de la Direcció General de Recursos i Règim Penitenciari. En aquest grup, sí que es va voler aconseguir certa representació de tots els col·lectius implicats, dels diferents centres penitenciaris i de les diferents realitats d'atenció que en l'àmbit de salut mental penitenciària es donen a Catalunya.

Taula 75. Llistat d'experts d'assessorament del Delphi

Càrrec i lloc de treball

Cap d'Infermeria. CP Quatre Camins
Coordinador Unitat d'Hospitalització Psiquiàtrica Penitenciària. CP Brians
Coordinador. Centre PINEL
Coordinadora sanitària. UHPP. CP Brians
Coordinadora Treball Social. Comissió Territorial Assistència Social Primària Barcelona
Infermera CP Homes BCN
Jurista. CP Brians
Psicòloga. Unitat Polivalent de Salut Mental. CP Quatre Camins
Psiquiatra consultora. CP Tarragona
Treballador social. UP Salut Mental. CP Quatre Camins. Hospital Sant Joan de Déu
Cap de Secció de Tractament. Direcció General de Recursos i Règim Penitenciari

Per a la primera tasca encomanada al grup d'experts, l'assessorament respecte al contingut del qüestionari Delphi, es va demanar als membres del grup que definissin els punts forts i els punts febles de les seves institucions respecte a 4 punts:

- La detecció i el diagnòstic dels problemes de salut mental.
- El tractament i la intervenció sobre aquestes problemàtiques.
- La derivació (tant interna com externa) dels malalts.
- Altres.

En segon lloc, d'aquells aspectes que no havien sortit com a punts forts ni punts febles de les institucions catalanes, però que sí que sortien recollits com a qüestions importants en les recomanacions del Consell d'Europa o en les referències bibliogràfiques consultades, els demanàrem quines eren les orientacions més adients per abordar-les en el qüestionari i sobre quines vessants calia incidir preferentment.

Finalment, en tercer lloc, alguns membres del grup d'experts van aportar altres recomanacions i propostes treballades en altres fòrums i comissions de salut mental i addiccions, que vam incloure en el formulari del qüestionari, per tal que els professionals opinessin al respecte.

Tot aquest treball es va concretar en una reunió prèvia a la difusió de la primera volta del qüestionari Delphi, feta a finals de maig de 2006.

Per a la segona tasca encomanada als experts (que ens assessoressin en la interpretació dels resultats finals agregats de les respostes que havien donat els participants), se'ls va facilitar prèviament a la reunió un resum dels principals consensos obtinguts en els diferents temes treballats, així com dels principals punts divergents entre els participants i, finalment, de les propostes de millora més votades.

Al grup d'experts se'ls va presentar 5 àmbits de treball:

- 1) Diagnòstic dels trastorns mentals a les presons.
- 2) Tractament dels trastorns mentals a les presons.
- 3) Sortida i derivació de les persones afectades de problemes de salut mental a les presons.
- 4) Personal: perfil, selecció i formació.
- 5) Idoneïtat de les presons per al tractament dels problemes de salut mental

I van rebre l'encàrrec de contestar 4 preguntes respecte a cadascun dels blocs:

- 1) Per què creus que s'han produït aquestes opinions divergents?
- 2) Què creus que dificultarà que es puguin dur a terme les opinions consensuades i les propostes? Què ajudaria?
- 3) Et sorprèn alguna/es d'aquestes opinions o propostes? Per què?
- 4) Trobes a faltar alguna idea important?

Tota aquesta feina es va concretar en una reunió de tancament de la fase d'explotació i anàlisi de dades, feta l'1 de desembre de 2006.

A partir d'aquí, es va elaborar l'informe amb l'exposició de resultats que el lector trobarà en el següent capítol.

9.5. Cronograma

A continuació, es recullen els diferents passos que es van seguir en aquesta segona part de la recerca *Salut mental i execució penal* i les temporalitats, tant les previstes inicialment com les que al final es van concretar.

Taula 76. Calendari d'aplicació del Delphi

Pas	Concepte	Data crítica prevista	Data real
1	Recerca bibliogràfica i recerca d'experts	Fins a 19 maig	19 de maig
2	Entrevistes exploratòries a experts	Fins a 19 maig	19 de maig
3	Recerca i confecció llistat d'experts	19 de maig	13 de juny
4	Elaboració primer qüestionari	Fins 26 maig	25 de maig
5	Reunió amb la SSPRJ per consensuar finalitat i pla treball	Fins 26 maig	29 de maig
6	Tramesa carta presentació	22-26 maig	13 de juny
7	Reunió grup d'experts per al disseny 1r qüestionari	22-26 maig	26 de maig
8	Pilotatge 1r qüestionari i arranjaments	Fins 31 maig	13 de juny
9	Tramesa 1r qüestionari	1 de juny	20 de juny
10	Recordatori de lliurament	21 a 23 juny	7 de juliol
11	Tancament recollida de qüestionaris 1a volta	30 de juny	14 de juliol
12	Reclamació d'endarrerits	3 al 7 juliol	17 de juliol
13	Explotació dades 1r qüestionari	Mes de juliol	Finals d'agost
14	Elaboració resultats i elaboració 2n qüestionari	Fins 31 d'agost	5 setembre
15	Tramesa 2n qüestionari	4 a 8 setembre	10 setembre
16	Recordatori de lliurament	22 setembre	8 d'octubre
17	Tancament recollida de qüestionaris 2a volta	30 setembre	13 d'octubre
18	Reclamació endarrerits	2 al 6 d'octubre	16 d'octubre
19	Explotació dades 2n qüestionari	15 novembre	15 novembre
20	Devolutiva resultats agregats llistat d'experts	Finals novembre	27 novembre
21	Elaboració i discussió resultats amb grup d'experts	Finals novembre	1 desembre
22	Elaboració informe final Delphi	Mes desembre	Fins 10 gener

10. Resultats: les respostes dels professionals

10.1. Idoneïtat de les presons per al tractament dels problemes de salut mental

Com ja hem explicat en la primera part de la recerca, la prevalença dels trastorns mentals sever⁶⁶ observats a la presó és més alta que a la població general. També passa el mateix amb els trastorns de personalitat.

Als professionals a qui vam trametre el qüestionari els formulàvem un primer bloc de preguntes per saber la seva opinió respecte a la idoneïtat de les presons per al tractament dels problemes de salut mental de les persones que han comès delictes.

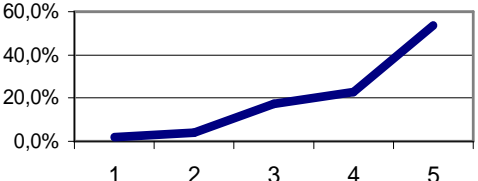
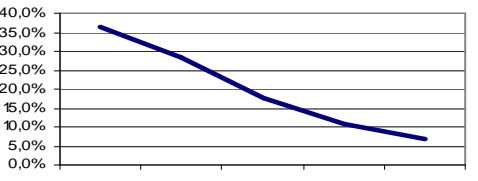
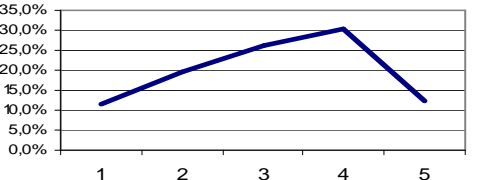
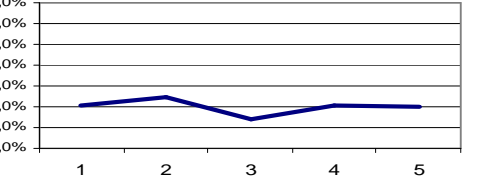
La presentació de resultats en les següents taules mostra un resum dels principals consensos i divergències obtinguts en algunes de les preguntes d'aquest bloc. Si el lector té interès a consultar tots els resultats, pot trobar-los en una explotació més exhaustiva en el *Justidata 47*.⁶⁷

L'estructura de les taules següents mostra, en primer lloc, aquelles opinions que han obtingut un important grau de consens en la resposta, ja sigui per estar-hi els professionals plenament d'acord o per estar-hi plenament en desacord. A l'esquerra es formula l'enunciat i a la dreta es mostra el gràfic de respostes que va d'1 (gens d'acord) fins a 5 (totalment d'acord). Finalment, cada enunciat mostra la mitjana d'acord obtingut i la resposta més freqüent que han donat els professionals.

⁶⁶ Recordem que els **trastorns mentals sever** agrupen les esquizofrènies, els trastorns delirants, el trastorn esquizoafectiu, el trastorn psicòtic compartit, el psicòtic no especificat, els trastorns bipolars i el trastorn depressiu major greu, segons classificació del DSM-IV.

⁶⁷ Justidata 47. *Salut mental i presó. L'opinió dels professionals* (setembre 2007). CEJFE. Barcelona.

Taula 77. Interpretació de les gràfiques

 <p>A line graph with a blue line showing an increasing trend. The x-axis is labeled 1, 2, 3, 4, 5. The y-axis is labeled from 0,0% to 60,0% in increments of 20,0%. The line starts near 0% at x=1, rises slightly at x=2, more significantly at x=3, and then rises sharply to approximately 55% at x=5.</p>	<p>Opinió consensuada Com que s'enfila d'esquerra a dreta (d'1 cap a 5), vol dir que els professionals que responen estan molt d'acord</p>
 <p>A line graph with a blue line showing a decreasing trend. The x-axis is labeled 1, 2, 3, 4, 5. The y-axis is labeled from 0,0% to 40,0% in increments of 5,0%. The line starts at approximately 35% at x=1 and decreases steadily to about 5% at x=5.</p>	<p>Opinió consensuada Com que descendeix d'esquerra a dreta (d'1 cap a 5), vol dir que els professionals que responen estan molt en desacord</p>
 <p>A line graph with a blue line showing a bell-shaped curve. The x-axis is labeled 1, 2, 3, 4, 5. The y-axis is labeled from 0,0% to 35,0% in increments of 5,0%. The line starts at about 10% at x=1, rises to a peak of about 30% at x=4, and then falls to about 10% at x=5.</p>	<p>Opinió divergent Com que fa campana de Gauss (n'hi tantes d'un costat com de l'altre), vol dir que els professionals opinen molt diferent els uns dels altres</p>
 <p>A line graph with a blue line showing a nearly flat trend. The x-axis is labeled 1, 2, 3, 4, 5. The y-axis is labeled from 0,0% to 70,0% in increments of 10,0%. The line fluctuates slightly around a 20% level across all x-values.</p>	<p>Opinió divergent Com que fa quasi una línia plana vol dir que els professionals reparteixen la seva opinió en qualsevol de les possibles respostes</p>

En segon lloc, es recullen aquelles opinions que mostren divergència de resposta. Entenem la divergència com a opinions confrontades, en les quals uns estan d'acord i els altres en contra. Les afirmacions sostingudes en aquest apartat mostren els apartats menys consensuats sobre els quals hi ha menys acord entre els professionals enquestats.

En tercer lloc, es presenten les propostes de millora que han obtingut més vots i més qualificació en el vot. El procediment seguit per obtenir una llista prioritzada de propostes de millora va consistir a preguntar als professionals en la primera volta del Delphi quines eren les seves propostes de millora per a cada apartat concret. Es va fer una explotació de totes les propostes recollides i, en la segona volta, se'ls va demanar que les votessin, segons la importància que les atorgaven.

En quart lloc, es recullen les principals conclusions que s'extreuen de cada bloc.

Aquest és el format en què es presentaran els resultats corresponents a tots els blocs de preguntes.

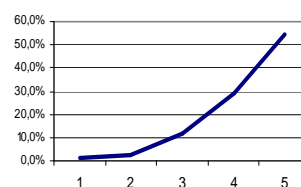
Respecte a la idoneïtat de les presons per al tractament dels problemes de salut mental, els professionals han contestat:

Taula 78. Sobre la idoneïtat de les presons per al tractament dels problemes de salut mental

OPINIONS MÉS CONSENSUADES

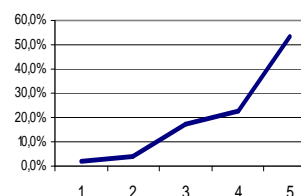
L'internament en un CP comporta condicions que agreugen el curs de les malalties mentals: estrès, aïllament social, institucionalització, que són inherents al mateix sistema, i d'altres que són resultat de deficiències en el seu funcionament: massificació, tractament inadequat, inactivitat, entre d'altres

Mitjana d'acord: **4,32**
Resposta més freqüent: **molt d'acord**



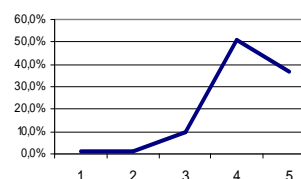
Moltes de les persones que es troben ingressades en un CP amb problemes de trastorns mentals haurien d'estar en centres sanitaris específics

Mitjana d'acord: **4,23**
Resposta més freqüent: **molt d'acord**



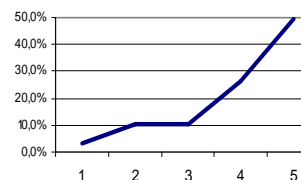
Un llarg internament pot tenir greus conseqüències a nivell de salut mental en un determinat nombre de persones

Mitjana d'acord: **4,19**
Resposta més freqüent: **bastant d'acord**



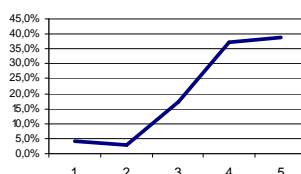
L'entorn penitenciari i l'aplicació del reglament disciplinari creen dificultats importants per aconseguir un ambient terapèutic

Mitjana d'acord: **4,11**
Resposta més freqüent: **molt d'acord**



El millor lloc per tractar els trastorns mentals severos i els trastorns de personalitat amb bon pronòstic de tractament és en llocs externs als CP

Mitjana d'acord: **4,04**

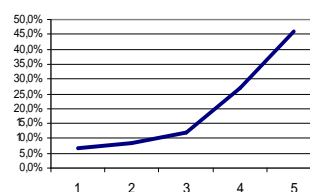


Resposta més freqüent: **molt d'acord**

OPINIONS MÉS CONSENSUADES

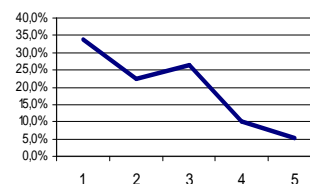
Les presons són massa grans per poder atendre correctament les necessitats dels malalts mentals

Mitjana d'acord: **4,00**
Resposta més freqüent: **molt d'acord**



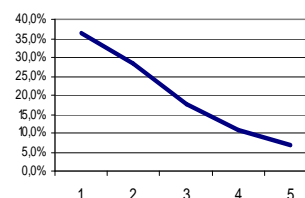
Quan una persona ha comès un delictes i té un trastorn de personalitat, el millor lloc per tractar-lo és un CP

Mitjana d'acord: **2,32**
Resposta més freqüent: **gens d'acord**



La xarxa sociosanitària comunitària no assumirà protagonisme en l'atenció dels malalts mentals als CP

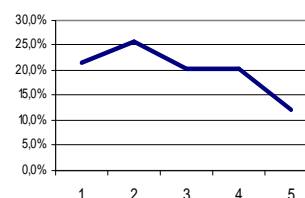
Mitjana d'acord: **2,23**
Resposta més freqüent: **gens d'acord**



OPINIONS MÉS DIVERGENTS⁶⁸

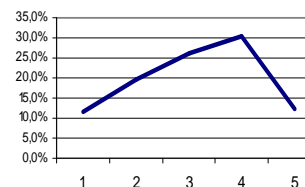
Els trastorns de personalitat amb pitjor pronòstic de tractament i la resta de patologies mentals restaran en el futur en un CP

Mitjana d'acord: **2,76**
Resposta més freqüent: **poc d'acord**



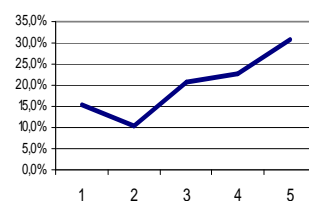
El marc contenidor de la presó permet la detecció ràpida de les patologies i la intervenció en situacions de crisi

Mitjana d'acord: **3,13**
Resposta més freqüent: **bastant d'acord**



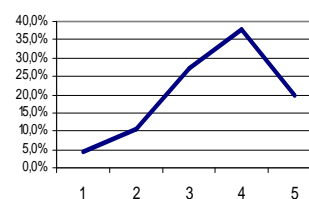
⁶⁸ Opinions divergents: hi ha un nombre significatiu de persones que estan d'acord amb les següents afirmacions i un nombre significatiu que hi estan en contra.

L'entrada a la presó és una bona ocasió per conèixer i tractar trastorns mentals greus de persones que d'una altra manera no es tractarien



Mitjana d'acord: **3,43**
Resposta més freqüent: **molt d'acord**

En els CP se solen manifestar malalties mentals en els encarcerats que abans no existien i/o s'agregen simptomatologies lleus



Mitjana d'acord: **3,59**
Resposta més freqüent: **bastant d'acord**

Tot seguit es donen les propostes de millora més votades. L'ordre de prioritats que es demanava als participants anava d'1 a 5 i l'ordre atorgat per la majoria de participants és el que es recull en la puntuació d'"Ordre més freqüent".

LES PROPOSTES DE MILLORA MÉS VOTADES EN AQUEST APARTAT

<i>Creació d'unitats psiquiàtriques especialitzades</i>	<i>n vots</i>	<i>Ordre més freqüent</i>
	50	1
	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>
	2,82	1,45
<i>Disminuir la massificació dels CP</i>	<i>n vots</i>	<i>Ordre més freqüent</i>
	27	2
	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>
	2,48	1,45
<i>Els trastorns mentals severos només poden tenir un abordatge sanitari i en conseqüència no haurien de ser tractats en un CP</i>	<i>n vots</i>	<i>Ordre més freqüent</i>
	33	1
	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>
	3,15	1,56
<i>No barrejar els trastorns mentals greus amb pacients amb trastorns de personalitat, en especial aquells que tinguin trets antisocials</i>	<i>n vots</i>	<i>Ordre més freqüent</i>
	28	3
	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>
	3,39	1,17

CONCLUSIONS

Segons els professionals consultats, les característiques dels centres penitenciaris comporten l'agreujament de les malalties mentals que puguin patir les persones que hi són recloses.

Els internaments llargs aguditzen les malalties dels interns.

Les persones amb trastorns mentals severos (TMS) no haurien d'estar en centres penitenciaris sinó en centres hospitalaris preparats per atendre aquesta problemàtica i on es prioritzi l'abordatge sanitari. L'opinió no és tan taxativa en els casos de trastorns de personalitat (TP): tot i que els professionals no estan d'acord en què el millor lloc per tractar-los sigui un CP, sí que ho estan respecte a que estiguin separats dels TMS.

Hi ha opinions divergents respecte a que els CP serveixin com a institucions subsidiàries per detectar, intervenir i tractar malalties de salut mental que abans de l'ingrés de la persona condemnada a un CP ningú no havia estat capaç de detectar ni de tractar.

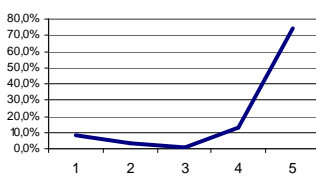
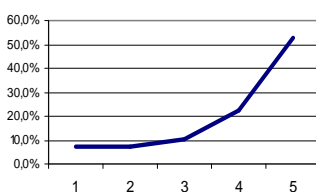
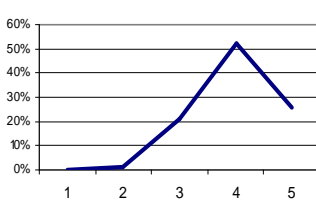
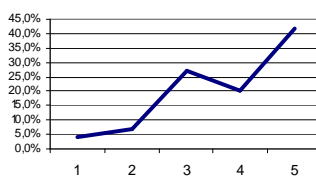
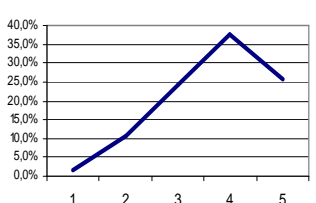
Les propostes de millora que destaquen els professionals són:

- Atendre els malalts mentals en unitats psiquiàtriques especialitzades.
- Separar les persones amb trastorns mentals severos de les que pateixen trastorns de personalitat.
- Atendre els TMS fora dels centres penitenciaris.
- Disminuir la massificació de les presons.

10.2. El diagnòstic dels trastorns mentals a les presons

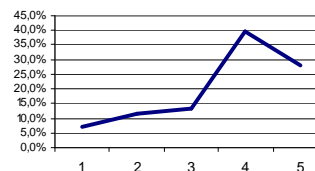
En aquest apartat, ens ha interessat saber l'opinió dels professionals respecte a l'eficàcia dels centres penitenciaris per detectar amb rapidesa els trastorns mentals i procedir a fer un diagnòstic precoç. També se'ls ha preguntat sobre les mesures que creuen més eficaces per a aquesta detecció i diagnòstic, si creuen que s'apliquen a la seva presó i quines condicions haurien de donar-se per garantir-ne una bona implementació.

Taula 79. Sobre el diagnòstic dels trastorns mentals a les presons

OPINIONS MÉS CONSENSUADES	
<p><i>El diagnòstic s'hauria de fer independentment de si la persona està a presó com a penada o com a preventiva</i></p> <p>Mitjana d'acord: 4,41 Resposta més freqüent: molt d'acord</p>	
<p><i>Manca una unitat pericial a la presó per ubicar correctament al pacient/intern</i></p> <p>Mitjana d'acord: 4,10 Resposta més freqüent: molt d'acord</p>	
<p><i>En cas que l'intern arribi tractat, es rep molt poca informació del recurs precedent encara que existeixin dades</i></p> <p>Mitjana d'acord: 4,02 Resposta més freqüent: bastant d'acord</p>	
<p><i>La presó no és el millor lloc per detectar ni començar a tractar. Hauria de ser un lloc subsidiari de la xarxa sociosanitària. Manca feina de prevenció a aquesta xarxa</i></p> <p>Mitjana d'acord: 3,93 Resposta més freqüent: molt d'acord</p>	
<p><i>La dificultat rau en què molts cops es fan diagnòstics en unitats hospitalàries d'urgències i a partir de pocs elements observables i declaracions subjectives del pacient o acompanyant, les quals es van arrossegant en el temps en informes posteriors</i></p> <p>Mitjana d'acord: 3,76 Resposta més freqüent: bastant d'acord</p>	

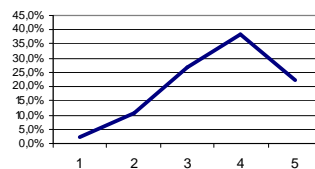
Hi ha una dificultat important per dur a terme diagnòstics psiquiàtrics precisos

Mitjana d'acord: **3,74**
Resposta més freqüent: **bastant d'acord**



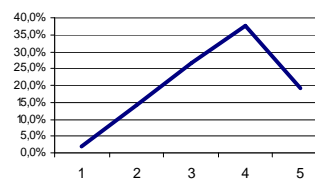
És habitual que un pacient tingui més d'un diagnòstic diferent en cas que sigui atès per diferents professionals

Mitjana d'acord: **3,69**
Resposta més freqüent: **bastant d'acord**



Els trastorns límits de personalitat són els més difícils de diagnosticar

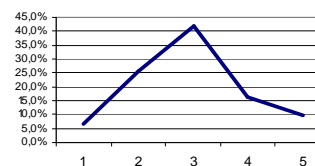
Mitjana d'acord: **3,67**
Resposta més freqüent: **bastant d'acord**



OPINIONS MÉS DIVERGENTS

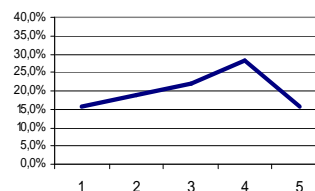
Hi ha una manca de formació i de motivació dels professionals implicats

Mitjana d'acord: **2,96**
Resposta més freqüent: **ni acord ni desacord**



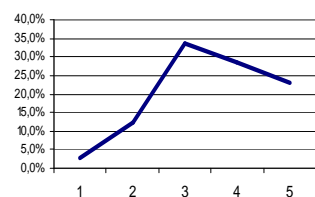
Existeix una dificultat real per definir què és malaltia mental i què no ho és

Mitjana d'acord: **3,08**
Resposta més freqüent: **bastant d'acord**



És habitual que arribin interns amb diagnòstics fets en moments de consum actiu de substàncies tòxiques que no es corresponen amb la realitat quan l'intern disminueix o abandona el consum

Mitjana d'acord: **3,57**
Resposta més freqüent: **ni acord ni desacord**



LES PROPOSTES DE MILLORA MÉS VOTADES EN AQUEST APARTAT

1a mesura més votada

Tenir un protocol d'actuació estandarditzat que permeti seleccionar els casos més greus i que puguin requerir una intervenció immediata

Què caldria fer per posar-ho en marxa?

- Consensuar un protocol per part dels professionals. Validar-lo i exigir la seva aplicació incorporant-lo a la gestió i procediments dels professionals de tots els centres
 - Actuació conjunta i coordinada entre l'equip mèdic i l'equip de tractament
 - Professionals amb una ràtio adequada de pacients
 - Revisar els casos més greus cada 6 mesos com a mínim
 - Facilitar informació a tots els professionals que treballin al centre sobre la simptomatologia bàsica que pugui alertar d'un estat emocional-psicològic "alterat" i sobre el qual s'ha d'intervenir de forma immediata
-

2a mesura més votada

Realització de la història clínica completa dins dels primers quinze dies

Què caldria fer per posar-ho en marxa?

- Abans que l'intern passi a *Interior* ja hauria d'anar amb una anàlisi efectuada per part de l'equip mèdic del Departament d'Ingressos
 - Informatització d'una història clínica comuna
 - Anamnesi i exploracions complementàries adients amb seguiment
 - Augmentar el personal qualificat per a la passació de proves diagnòstiques
 - Establir reunions de coordinació entre tots els professionals que atenen el malalt
 - Personal adequat i suficient, així com una bona estructura per poder-ho fer
-

3a mesura més votada

Formació del personal sobre diagnòstic perquè tothom utilitzi els protocols homogèniament

Què caldria fer per posar-ho en marxa?

- Creació d'una comissió d'experts en salut mental per tal que elaborin el protocol, formin el personal, i avaluïn i facin la supervisió de tot el procés
 - Formació en la utilització de protocols estandarditzats, incloent-hi l'avaluació del risc
 - Cursos de reciclatge i formació permanent per a tots els treballadors, ja que molts s'obliden que tracten amb persones malaltes
 - Personal amb motivació a cada centre: selecció, entrenament, carrera professional (incentius)
-

CONCLUSIONS

Segons els professionals consultats, qualsevol persona que manifesti problemàtica de salut mental hauria de ser diagnosticada, independentment de la seva situació processal (penat o preventiu).

No és necessari fer visita psiquiàtrica a tothom, però sí que caldria disposar d'un protocol d'observació de símptomes que fes activar l'exploració psiquiàtrica en cas necessari.

Aquest diagnòstic psiquiàtric l'hauria de fer una unitat pericial específicament pensada per a això i que hauria de tenir potestat per decidir la ubicació més adient del malalt.

Algunes de les dificultats que existeixen per obtenir diagnòstics precisos poden tenir la seva explicació en l'ús de sistemes de classificació diferents (DSM-IV i CIE-10), però també en el fet que l'intern amagui la informació, o bé que la simptomatologia quedi emmascarada per l'ús i abús de drogues.

En les propostes de millora els professionals veuen que cal:

- Tenir un protocol d'actuació estandarditzat que permeti detectar els casos més greus per derivar-los immediatament als professionals adients que puguin donar una resposta adequada.
- Realitzar una anamnesi completa a partir d'aquesta detecció, tant si és a l'inici de l'estada de l'intern com si la simptomatologia és descoberta amb posterioritat. La proposta dels professionals passa per concretar el diagnòstic més aproximat de la seva malaltia en el termini d'uns quinze dies, fent les proves que siguin necessàries. A partir d'aquest moment, es considera adient mantenir informatitzada la història clínica i reavaluada cada 6 mesos.
- Formar per a l'ús d'un protocol d'observació i diagnòstic en funció de les seves competències professionals tot el personal que hagi d'estar en contacte amb l'intern que té problemàtica psiquiàtrica. Mantenir un reciclatge professional que permeti actualitzar les innovacions que s'hi vagin implementant.
- Adequar els recursos humans, les ràtios, la selecció i la formació del personal a les anteriors propostes de millora, establint els mecanismes de motivació i d'incentius adients per aconseguir-ho.

10.3. El tractament dels trastorns mentals a les presons

Aquest bloc relatiu al tractament de les persones amb trastorns mentals als centres penitenciaris l'hem dividit en 4 apartats:

- a Aspectes estructurals, referents als espais de la presó on viuen i conviuen les persones amb problemes de salut mental.
- b La medicació i la seva dispensació, que esdevé una activitat clau per mantenir i garantir els objectius del tractament.
- c La adaptació d'aquests interns al centre penitenciar i a la seva normativa.
- d Les activitats que realitzen.

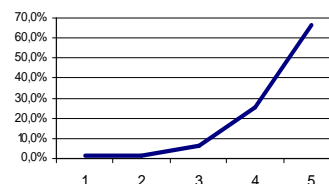
10.3.a. Condicions estructurals

Taula 80. Sobre el tractament dels trastorns mentals a les presons. Condicions estructurals

OPINIONS MÉS CONSENSUADES

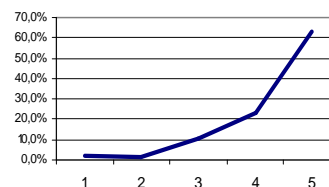
Caldria que les condicions del mòdul on viuen estiguessin adaptades i pensades específicament per a les seves necessitats

Mitjana d'acord: **4,57**
Resposta més freqüent: **molt d'acord**

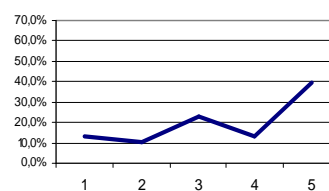


Caldria separar les persones afectades amb trastorns mentals en mòduls residencials específics

Mitjana d'acord: **4,44**
Resposta més freqüent: **molt d'acord**



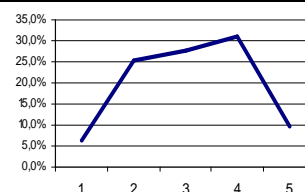
Quan parlem d'aquestes persones les hauríem d'anomenar pacients en lloc d'interns



Mitjana d'acord: **3,59**
Resposta més freqüent: **molt d'acord**

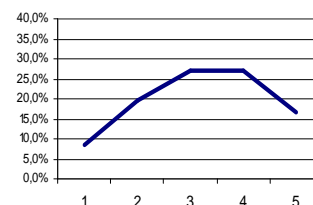
OPINIONS MÉS DIVERGENTS

De vegades, els habitacles dels interns presenten condicions materials i higièniques deficientes



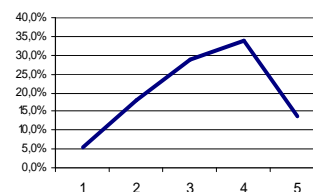
Mitjana d'acord: **3,17**
Resposta més freqüent: **bastant d'acord**

Les presons on es troben ingressades les persones amb problemes de salut mental sovint estan lluny de l'àmbit familiar del malalt



Mitjana d'acord: **3,21**
Resposta més freqüent: **ni acord ni desacord**

Manca de privacitat i intimitat de l'intern malalt



Mitjana d'acord: **3,30**
Resposta més freqüent: **bastant d'acord**

LES PROPOSTES DE MILLORA MÉS VOTADES EN AQUEST APARTAT

Les condicions d'una unitat de psiquiatria han de ser específiques per tal de mantenir un ordre en la convivència i prevenir agressions, intents d'autòlisi, etc.

<i>n</i> vots	Ordre més freqüent
67	2
Mitjana	Desviació típica
2,87	1,43

Els malalts mentals haurien d'estar fora de l'entorn penitenciari

<i>n</i> vots	Ordre més freqüent
54	1
Mitjana	Desviació típica
2,54	1,69

Establir aquests mòduls fora de l'estructura de la presó

<i>n</i> vots	Ordre més freqüent
37	3
Mitjana	Desviació típica
2,73	1,15

<i>Les patologies psiquiàtriques lleus haurien d'estar amb la resta de població penitenciària i no estar encara més estigmatitzades</i>	<i>n vots</i>	<i>Ordre més freqüent</i>
	33	4
	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>
	3,27	1,51
<i>Millor que la xarxa pública en salut mental s'especialitzés i hi hagués infraestructura i professionals per a pacients amb risc de fuga</i>	<i>n vots</i>	<i>Ordre més freqüent</i>
	27	2
	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>
	2,70	1,46
<i>Només s'hauria de separar els que pateixen trastorns mentals, no els que pateixen trastorns de personalitat</i>	<i>n vots</i>	<i>Ordre més freqüent</i>
	28	3
	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>
	3,14	1,48
<i>Els mòduls haurien de tenir amplis espais naturals, amb animals i plantes</i>	<i>n vots</i>	<i>Ordre més freqüent</i>
	24	4
	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>
	3,21	1,29

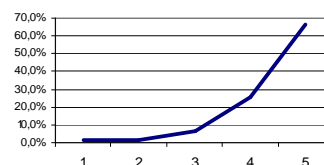
10.3.b. Medicació

Taula 81. Sobre el tractament dels trastorns mentals a les presons. Medicació

OPINIONS MÉS CONSENSUADES

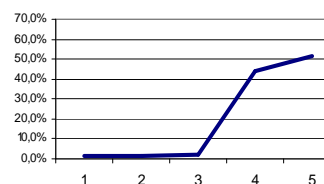
Les persones amb poca consciència de malaltia tendeixen a posar més resistència a prendre's la medicació

Mitjana d'acord: **4,55**
Resposta més freqüent: **molt d'acord**



El consum de tòxics, declarat o no, provoca efectes emmascarats

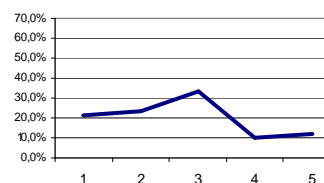
Mitjana d'acord: **4,49**
Resposta més freqüent: **molt d'acord**



OPINIONS MÉS DIVERGENTS

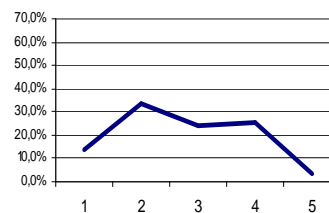
L'Administració no utilitza gaire la medicació com a recurs per mantenir tranquil l'intern, d'una banda, i l'ordre i la seguretat de l'establiment, de l'altra

Mitjana d'acord: **2,61**
Resposta més freqüent: **ni acord ni desacord**



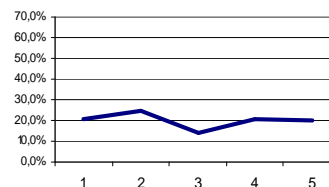
Quan incompleixen amb les preses de medicació cal atribuir-ho a la por dels interns a ser assenyalats pels seus companys com a persones dèbils

Mitjana d'acord: **2,65**
Resposta més freqüent: **poc d'acord**



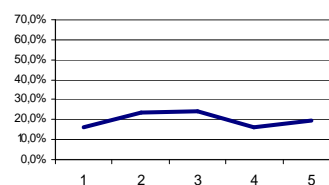
Hi ha poca eficàcia en l'administració correcta dels psicofàrmacs als mòduls ordinaris que fa que es perdi el control sobre qui s'ho pren i qui no

Mitjana d'acord: **2,93**
Resposta més freqüent: **poc d'acord**



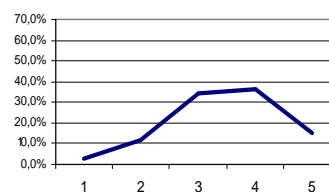
La dispensació líquida dels psicofàrmacs als pacients no és la manera més adient d'administració del medicament

Mitjana d'acord: **2,96**
Resposta més freqüent: **ni acord ni desacord**



Els efectes secundaris de la medicació els fa desistir de prendre-se-la

Mitjana d'acord: **3,48**
Resposta més freqüent: **bastant d'acord**



LES PROPOSTES DE MILLORA MÉS VOTADES EN AQUEST APARTAT

<i>Disposar de personal qualificat, espai adient i temps per pacient ampli</i>	<i>n vots</i>	<i>Ordre més freqüent</i>
	52	1
	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>
	2,23	1,23
<i>L'adherència al tractament farmacològic hauria de ser un dels principals objectius del tractament, amb una intervenció específicament orientada a aquest objectiu</i>	<i>n vots</i>	<i>Ordre més freqüent</i>
	48	1
	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>
	2,50	1,64
<i>El repartiment de la medicació s'ha de fer en un lloc adient, individualitzat i supervisat</i>	<i>n vots</i>	<i>Ordre més freqüent</i>
	38	3
	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>
	3,11	1,03

<i>Supervisió dels efectes de la medicació que van apareixent durant un llarg període de seguiment en cada intern per tal d'adequar la medicació més beneficiosa per a cada intern</i>	<i>n vots</i>	<i>Ordre més freqüent</i>
	34	5
	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>
	3,68	1,27
<i>Utilització dels psicofàrmacs moderns amb menys efectes secundaris</i>	<i>n vots</i>	<i>Ordre més freqüent</i>
	32	4
	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>
	3,59	1,19
<i>Els interns amb escassa o nul·la consciència de malaltia que es neguen a prendre la medicació és necessari que prenguin la medicació per via endovenosa per tal d'estabilitzar la seva simptomatologia psiquiàtrica</i>	<i>n vots</i>	<i>Ordre més freqüent</i>
	18	3
	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>
	3,22	1,26
<i>La prescripció sempre és una indicació mèdica i no de l'Administració, encara que indirectament es faci sovint la demanda de mantenir la tranquil·litat mitjançant els psicofàrmacs</i>	<i>n vots</i>	<i>Ordre més freqüent</i>
	16	1
	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>
	3,13	1,75
<i>Hi ha problemes de preses ja que de vegades es prima l'aspecte regimental sobre el terapèutic; solució: equips de farmàcia les 24 hores</i>	<i>n vots</i>	<i>Ordre més freqüent</i>
	8	2
	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>
	3,00	1,51
<i>La dispensació líquida dels psicofàrmacs és una forma fàcil i ràpida de controlar que els interns se la beuen evitant alhora els mals usos de la medicació</i>	<i>n vots</i>	<i>Ordre més freqüent</i>
	6	3
	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>
	3,50	1,23

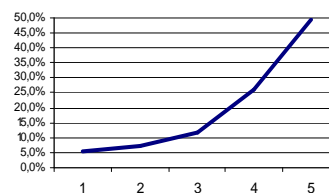
10.3.c. Adaptació a la normativa

Taula 82. Sobre el tractament dels trastorns mentals a les presons. Adaptació a la normativa

OPINIONS MÉS CONSENSUADES

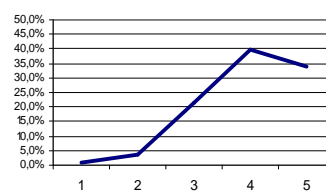
Caldria tenir reglaments de règim intern adaptats als malalts mentals

Mitjana d'acord: **4,15**
Resposta més freqüent: **molt d'acord**



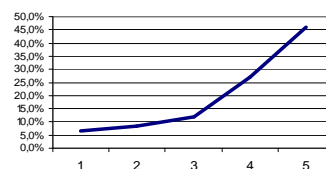
La part regimental té molt de pes en les presons petites que no tenen mòduls hospitalaris, i això dificulta l'atenció terapèutica

Mitjana d'acord: **4,06**
Resposta més freqüent: **bastant d'acord**



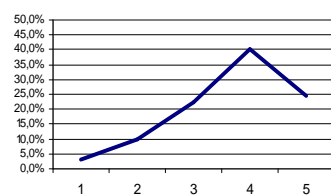
Les presons són massa grans per poder atendre correctament les necessitats dels malalts mentals

Mitjana d'acord: **4,00**
Resposta més freqüent: **molt d'acord**



Costa discriminar entre la manca de capacitat per a seguir les normes i la manipulació de l'intern

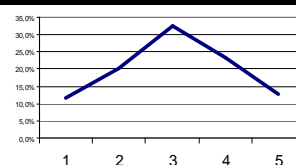
Mitjana d'acord: **3,72**
Resposta més freqüent: **bastant d'acord**



OPINIONS MÉS DIVERGENTS

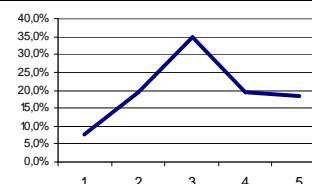
L'aïllament perllongat o indefinit dificulta l'adaptació

Mitjana d'acord: **3,12**
Resposta més freqüent: **ni acord ni desacord**



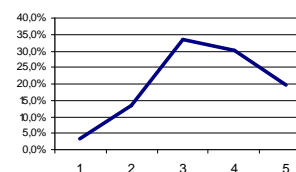
La manca d'adaptació pot implicar un risc de suïcidi

Mitjana d'acord: **3,26**
Resposta més freqüent: **ni acord ni desacord**



La manca d'adaptació a la normativa ve sovint dels problemes d'adaptació al medi penitenciari

Mitjana d'acord: **3,45**
Resposta més freqüent: **ni acord ni desacord**



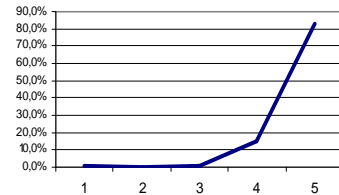
10.3.d. Activitats terapèutiques

Taula 83. Sobre el tractament dels trastorns mentals a les presons. Activitats terapèutiques

OPINIONS MÉS CONSENSUADES

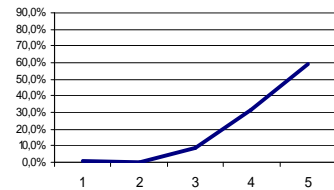
És molt important treballar amb aquestes persones de manera molt conseqüent entre tots els professionals que intervenen (des del psiquiatra al vigilant de mòdul)

Mitjana d'acord: **4,80**
Resposta més freqüent: **molt d'acord**



S'hauria de garantir un seguiment tutorial més freqüent que per a la resta d'interns, atesa la seva condició

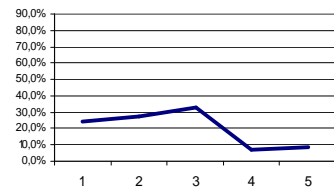
Mitjana d'acord: **4,48**
Resposta més freqüent: **molt d'acord**



OPINIONS MÉS DIVERGENTS

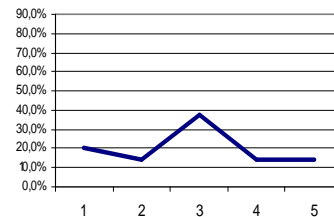
A les persones que necessiten una vigilància permanent, cal assignar-los un pres de confiança si manquen recursos humans

Mitjana d'acord: **2,56**
Resposta més freqüent: **ni acord ni desacord**



Caldria que les activitats formatives, laborals, culturals, d'esbarjo, etc., es fessin a part de la resta de persones ingressades a la presó

Mitjana d'acord: **2,86**
Resposta més freqüent: **ni acord ni desacord**



LES PROPOSTES DE MILLORA MÉS VOTADES EN AQUEST APARTAT

	<i>n</i> vots	Ordre més freqüent
<i>És important que els interns amb problemàtica psiquiàtrica no comparteixin habitualment activitats amb la resta d'interns de la institució per tal d'evitar que els manipulin, que els coaccionin i, en definitiva, exposar-los a situacions estressants que agreugin la seva simptomatologia</i>	43	2
	Mitjana	Desviació típica
	2,95	1,19
<i>Les activitats compartides haurien de ser de caire instrumental</i>	13	5
	Mitjana	Desviació típica
	3,92	1,04

CONCLUSIONS

Segons els professionals consultats, les condicions dels mòduls residencials per a persones amb trastorns mentals severos haurien d'estar adaptades i pensades específicament per a les seves necessitats, separades de la resta d'interns de la presó.

Aquesta adaptació s'està plenament d'acord que hauria de fer-se també amb la normativa penitenciària i el reglament de règim interior.

Es valora com a molt important que tots els professionals que estan en contacte amb el malalt vagin a una i que siguin molt conseqüents en les seves actuacions. En aquest sentit, els experts valoren la possibilitat d'introduir una figura de coordinació que faci casar les necessitats sanitàries amb les de tractament i les de seguretat.

Es constata que la presa de medicació correcta segons les pautes mèdiques prescrites és una de les prioritats de tot el personal que treballa amb problemàtica de salut mental a les presons. Les principals dificultats vénen condicionades per la manca de col·laboració de les persones que no són conscients d'estar malaltes i que presenten més resistències a prendre's la medicació. L'horari regimental d'un CP imposa moltes dificultats per poder

respectar les preses sota la supervisió de personal qualificat, i això obliga a confiar en l'intern en algunes d'aquestes preses.

Respecte a l'ús i abús de la medicació i a la relació amb la conflictivitat dels interns, les opinions dels professionals són divergents. Els experts consideren que les presons són un fidel reflex de la societat, i que aquesta cada cop demana més respostes farmacològiques a les problemàtiques conductuals. D'altra banda, en la societat es dona certa permissivitat en el consum de tòxics, principalment si van associats al lleure i a espais de festa. Els CP estan plens de toxicòmans que han arribat a extrems d'abús molt elevats. Això i les reaccions primàries de moltes d'aquestes persones, sotmeses a més a una problemàtica mental, comporten un alt risc d'agressivitat i d'autoagressivitat, encara que amb l'actual tractament sanitari hagi quedat minimitzat amb relació a altres èpoques en què aquest tractament no era possible.

Respecte a les activitats, sembla existir cert consens a demanar activitats per als interns amb problemàtica mental greu separades de la resta dels interns. Els arguments van des del caire terapèutic que haurien de tenir totes elles respecte a les que poden fer la resta d'interns, fins al plantejament més proteccionista d'evitar que siguin manipulats o coaccionats per la resta d'interns del centre penitenciari, o que puguin estar exposats a situacions estressants afegides a la del mateix internament penitenciari que agreugin encara més la seva simptomatologia. Aquesta separació, però, no hauria d'aplicar-se a les persones que pateixen problemàtica mental lleu, que es considera que haurien de romandre amb la resta de la població penitenciària. D'altra banda, queda poc aclarida quina és la resposta més adient respecte a les activitats per a les persones amb trastorns de personalitat diagnosticats.

Tampoc no queda clarament definit per part dels professionals si hauria d'existir el paper del *pres de confiança* en aquelles situacions de vigilància més constant de les persones afectades de trastorns més greus quan no es pot assolir una supervisió constant i individual per manca de recursos.

En les propostes de millora, els professionals veuen que cal:

- Tenir unitats de psiquiatria amb unes condicions estructurals i de vida quotidiana específiques que permetin mantenir un ordre en la convivència, evitar agressions, intents d'autòlisi, etc.
- Mantenir els malalts mentals greus fora de l'entorn penitenciari.
- Convertir l'adherència al tractament farmacològic prescrit pel metge en un dels objectius de treball prioritaris amb cada intern per garantir la seva estabilitat i la possibilitat de treballar amb ells altres aspectes del tractament.
- Treballar en l'harmonització dels conceptes de seguretat i tractament com a objectius que no haurien de ser antagonistes. En aquest sentit, es planteja la figura d'un coordinador que tingui com a missió aquesta harmonització a tots els centres penitenciaris.

10.4. La sortida i derivació dels pacients de les presons

Aquest bloc l'hem dividit en 2 apartats:

- a) Referit als processos de derivació i traspàs d'informació als professionals que hauran de continuar la tasca en el tema de salut mental.
- b) Referit a la preparació de la sortida.

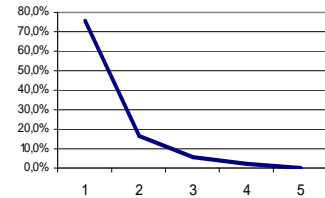
10.4.a. Processos de derivació i traspàs d'informació entre professionals

Taula 84. Sobre la sortida i derivació dels pacients de les presons. Traspàs d'informació

OPINIONS MÉS CONSENSUADES

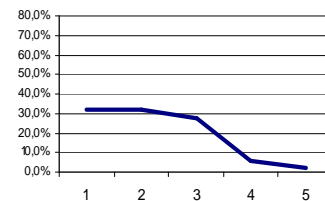
No és necessari tenir informació prèvia, atès que la forma de treballar del nostre recurs no té res a veure amb la d'altres recursos d'on ve el pacient

Mitjana d'acord: **1,38**
Resposta més freqüent: **gens d'acord**



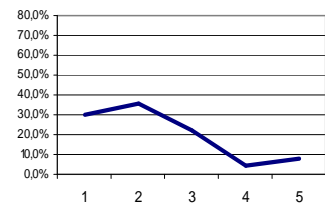
Existeixen protocols clars respecte a la informació que és necessari rebre i/o donar per acceptar/derivar un cas

Mitjana d'acord: **2,14**
Resposta més freqüent: **poc d'acord**



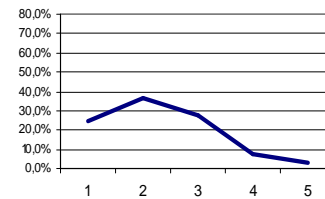
En el traspàs és més important presentar la persona al nou professional que l'haurà d'atendre que no la informació del cas

Mitjana d'acord: **2,24**
Resposta més freqüent: **poc d'acord**



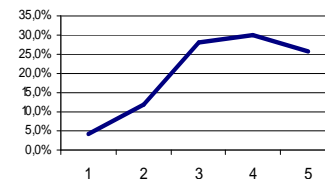
Normalment es rep informació estructurada on s'explica la problemàtica de trastorns que presenta aquesta persona i les pautes de tractament

Mitjana d'acord: **2,29**
Resposta més freqüent: **poc d'acord**



Les persones sotmeses a mesures de seguretat acaben patint a la presó l'oblit dels responsables jurídics en totes les mesures relacionades amb la seva sortida a l'exterior

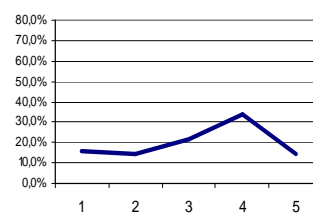
Mitjana d'acord: **3,65**
Resposta més freqüent: **bastant d'acord**



OPINIONS MÉS DIVERGENTS

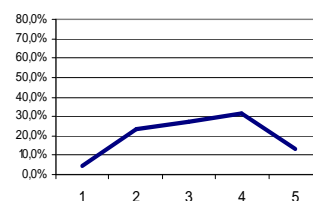
La multiplicitat de disciplines professionals que intervenen és una dificultat a l'hora d'explicitar la informació rellevant que cal donar per escrit

Mitjana d'acord: **3,14**
Resposta més freqüent: **bastant d'acord**



A l'hora de derivar un cas a un nou recurs, costa molt saber quina informació és traspassable i quina informació hauria de quedar en l'esfera de la confidencialitat

Mitjana d'acord: **3,26**
Resposta més freqüent: **bastant d'acord**



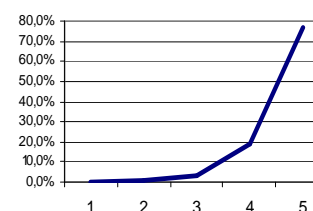
10.4.b. Preparació i sortida

Taula 85. Sobre la sortida i derivació dels pacients de les presons. Preparació i sortida

OPINIONS MÉS CONSENSUADES

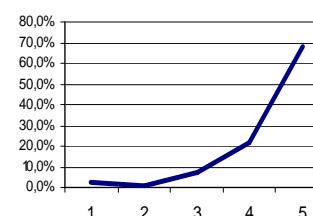
Assegurar que existeixi un pla de transició del món penitenciari al món en llibertat, en què s'incorporin representants de la presó, dels equips de medi obert, dels serveis socials i dels serveis comunitaris de salut mental

Mitjana d'acord: **4,71**
Resposta més freqüent: **molt d'acord**



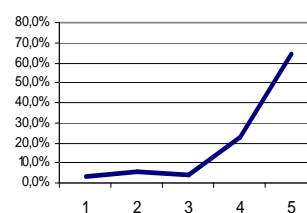
Molts tractaments s'interrompen en sortir en llibertat. Es podria valorar la possibilitat de vincular un professional relacionat amb el seguiment de la llibertat condicional a la xarxa de salut mental comunitària que faci la tutorització i el seguiment dels tractaments individualitzats d'aquestes persones

Mitjana d'acord: **4,50**
Resposta més freqüent: **molt d'acord**



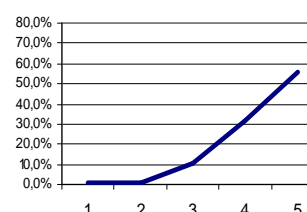
Assegurar que en el moment de l'excarceració l'intern té la medicació important com a mínim per a una setmana

Mitjana d'acord: **4,36**
Resposta més freqüent: **molt d'acord**



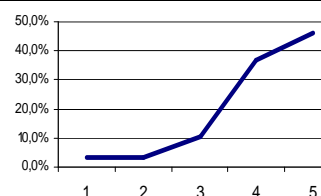
Molts malalts mentals no accedeixen als beneficis penitenciaris. Es podria valorar la possibilitat de vincular l'obtenció d'aquests beneficis al desenvolupament de programes de rehabilitació psicosocial, incorporant els possibles beneficis al procés terapèutic

Mitjana d'acord: **4,31**
Resposta més freqüent: **molt d'acord**



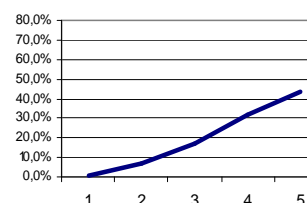
Molts malalts interrompen el tractament en sortir de la presó, atès que a la sortida no es pot garantir un seguiment estret de la xarxa de salut mental comunitària

Mitjana d'acord: **4,25**
Resposta més freqüent: **molt d'acord**



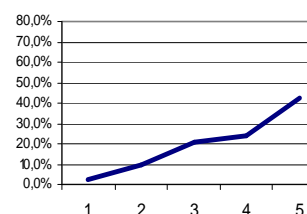
Assegurar que l'intern tingui dret a algun tipus de subsidi social immediatament en sortir de la presó

Mitjana d'acord: **4,14**
Resposta més freqüent: **molt d'acord**



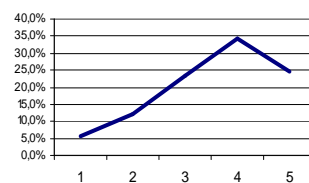
Els malalts crònics amb alt risc de perillositat social no haurien de sortir de la presó directament al carrer i haurien de restar en centres sanitaris adients, tutelats per personal sanitari altament qualificat

Mitjana d'acord: **3,97**
Resposta més freqüent: **molt d'acord**



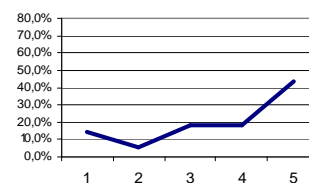
En els CP se solen realitzar aprenentatges de conductes no socials que no afavoreixen la sortida dels penats a centres psiquiàtrics civils

Mitjana d'acord: **3,63**
Resposta més freqüent: **bastant d'acord**



Abans de la sortida, cal informar la víctima que l'intern serà posat en llibertat

Mitjana d'acord: **3,59**
Resposta més freqüent: **molt d'acord**



LES PROPOSTES DE MILLORA MÉS VOTADES EN AQUEST APARTAT

<i>Treball en equip: equip de la presó - equip de la xarxa sanitària</i>	<i>n vots</i>	<i>Ordre més freqüent</i>
	56	1
	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>
	2,70	2,01
<i>Protocols de derivació (diagnòstic, tractament clínic i tractament penitenciari, síntesi de la historia clínica i orientacions)</i>	<i>n vots</i>	<i>Ordre més freqüent</i>
	51	3
	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>
	3,49	1,74
<i>Tractament interdisciplinari entre el Departament de Justícia i el Departament de Salut</i>	<i>n vots</i>	<i>Ordre més freqüent</i>
	40	2
	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>
	3,45	1,81
<i>Reforç del seguiment extern amb educadors de medi obert, mentre estiguin en 3r grau i llibertat condicional</i>	<i>n vots</i>	<i>Ordre més freqüent</i>
	35	3
	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>
	3,57	1,79
<i>Centres de salut mental comunitaris i especialitzats</i>	<i>n vots</i>	<i>Ordre més freqüent</i>
	28	2
	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>
	3,57	1,93
<i>Inserció laboral adequada a la seva patologia</i>	<i>n vots</i>	<i>Ordre més freqüent</i>
	31	3
	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>
	4,19	1,83
<i>Coordinació informatitzada d'històries clíniques</i>	<i>n vots</i>	<i>Ordre més freqüent</i>
	24	2
	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>
	3,96	2,01

<i>Crear una figura encarregada del seguiment del malalt en llibertat</i>	<i>n vots</i>	<i>Ordre més freqüent</i>
	22	4
	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>
	3,68	1,89
<i>Centres de dia i hospitals de dia especialitzats</i>	<i>n vots</i>	<i>Ordre més freqüent</i>
	20	2
	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>
	3,40	1,64
<i>Mesures judicials que obliguessin a seguir tractament en determinats casos</i>	<i>n vots</i>	<i>Ordre més freqüent</i>
	26	7
	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>
	4,85	1,91
<i>Estar en contacte continu amb la seva família i el seu entorn</i>	<i>n vots</i>	<i>Ordre més freqüent</i>
	20	6
	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>
	4,00	1,56
<i>Formació continuada dels professionals</i>	<i>n vots</i>	<i>Ordre més freqüent</i>
	20	6
	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>
	4,10	2,25
<i>Resolució dels aspectes socials (suport a les famílies o persones que se'n facin càrrec) i econòmics (despeses, habitatges tutelats si no hi ha qui se'n faci càrrec, etc.)</i>	<i>n vots</i>	<i>Ordre més freqüent</i>
	23	6
	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>
	4,96	1,43
<i>Tutorització i seguiment diari del malalt</i>	<i>n vots</i>	<i>Ordre més freqüent</i>
	14	1
	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>
	3,43	2,10
<i>Controls de presa de medicació</i>	<i>n vots</i>	<i>Ordre més freqüent</i>
	15	4
	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>
	4,60	1,84
<i>Residències d'acollida temporal fins un any després de la llibertat</i>	<i>n vots</i>	<i>Ordre més freqüent</i>
	18	7
	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>
	5,22	1,52
<i>Serveis de diagnòstic dual (trastorn mental i retard mental; tòxics i trastorn mental)</i>	<i>n vots</i>	<i>Ordre més freqüent</i>
	14	6
	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>
	4,43	2,17
<i>Protocols d'actuació amb els jutjats que avisin de les sortides en llibertat dels subjectes preventius en tractament</i>	<i>n vots</i>	<i>Ordre més freqüent</i>
	18	6
	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>
	5,28	1,78
<i>Atenció domiciliària que permeti un pont amb els recursos extrapenitenciaris</i>	<i>n vots</i>	<i>Ordre més freqüent</i>
	8	1
	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>
	3,25	1,98

	<i>n</i> vots	Ordre més freqüent
<i>Tenir un treballador social especialitzat</i>	8	3
	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>
	3,25	2,19
	<i>n</i> vots	Ordre més freqüent
<i>Convenis de col·laboració entre l'Administració autonòmica i la local</i>	4	5
	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>
	4,75	1,26
	<i>n</i> vots	Ordre més freqüent
<i>Equip de primera intervenció mèdica</i>	2	2
	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>
	4,50	3,54

CONCLUSIONS

Segons els professionals consultats, no existeixen protocols clars respecte a la informació que és necessària rebre i/o donar per acceptar/derivar un cas. Això fa que manqui informació fonamental a l'hora de tractar els malalts.

Caldria concretar quina informació es pot traspasar i quina informació hauria de quedar en l'esfera de la confidencialitat.

A la vegada, caldria concretar quina informació és rellevant de donar per escrit davant la multiplicitat de disciplines professionals que intervenen en cada cas i que, per al traspàs, esdevé una dificultat.

Els professionals fan palès que molts tractaments que han funcionat en el CP s'interrompen en sortir de la presó, ja que no es pot garantir un seguiment estret per part de la xarxa de salut mental comunitària.

Es veu necessària l'existència d'un pla de transició del món penitenciari al món en llibertat en què s'incorporin representants de la presó, dels equips de medi obert, dels serveis socials i dels serveis comunitaris de salut mental.

La supervisió d'un educador que segueixi el condemnat mentre estigui en 3r grau o en llibertat condicional, pot ajudar a fer la transició més efectiva. Existeixen ja experiències en aquest sentit en el CP Obert d'Hommes de

Barcelona amb resultats positius.

En les propostes de millora, els professionals veuen que cal:

- Dissenyar protocols de derivació que incloguin: diagnòstic, tractament clínic i tractament penitenciari, síntesi de la història clínica i orientacions.
- Treball en equip, entre l'equip de la presó i el de la xarxa sanitària.
- Es demana que aquesta tasca concreta tingui continuïtat en convenis de col·laboració i de tractament interdisciplinari entre els Departaments de Justícia i de Salut de la Generalitat de Catalunya.
- Reforçament del seguiment extern amb educadors de medi obert, mentre estiguin en 3r grau i en llibertat condicional. Aprofitar l'experiència del CP Obert d'Homes de la Model per generalitzar-ne la implementació.
- Buscar recursos exteriors de cara a les sortides.

10.5. Sobre el personal: perfil i formació

Al llarg de totes les respostes i propostes obtingudes en el qüestionari, han anat sorgint qüestions relacionades amb els professionals que han de tractar amb els interns amb problemes de salut mental. Hem cregut oportú agrupar-les en un apartat específic que les aglutini. En aquest apartat, apareixen totes les necessitats que els professionals que han respost el qüestionari han vist com a més imprescindibles de tenir en compte respecte al perfil professional, la selecció i la formació per practicar polítiques de personal i de gestió i organització de plantilles que millorin el treball amb aquests interns.

Així, el lector trobarà aquest bloc dividit en els apartats següents:

- a Perfil general del personal que ha de treballar amb interns amb trastorns mentals a les presons.

- b Formació específica i permanent.
- c Les principals preocupacions del personal que actualment hi treballa.
- d Les propostes de millora en la coordinació entre els àmbits sanitari, de tractament i de seguretat.

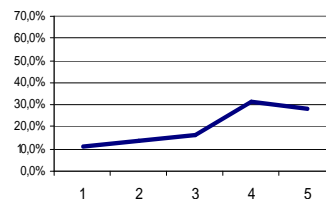
10.5.a. El perfil del personal

Taula 86. Sobre el perfil i la selecció del personal que treballa amb interns amb trastorns mentals

OPINIONS MÉS CONSENSUADES	
<p><i>El personal hauria de ser seleccionat amb un perfil específic que mostrés sensibilitat i motivació per entendre les limitacions dels malalts mentals</i></p> <p>Mitjana d'acord: 4,53 Resposta més freqüent: molt d'acord</p>	
<p><i>El personal té dificultats per combinar les necessitats de seguretat amb les necessitats de tractament dels interns</i></p> <p>Mitjana d'acord: 4,31 Resposta més freqüent: molt d'acord</p>	
<p><i>Els caps i coordinadors de mòduls davant del conflicte tendeixen a fer prioritzar la part regimental per sobre de la sanitària</i></p> <p>Mitjana d'acord: 4,13 Resposta més freqüent: bastant d'acord</p>	
<p><i>Hi ha una excessiva mobilitat en els equips professionals que impedeix la seva estabilitat i el desenvolupament de projectes d'intervenció</i></p> <p>Mitjana d'acord: 3,84 Resposta més freqüent: molt d'acord</p>	
<p><i>Hi ha una deficitària formació del personal per atendre els malalts mentals a les presons</i></p> <p>Mitjana d'acord: 3,62 Resposta més freqüent: bastant d'acord</p>	

En general, existeix poca empatia del funcionari de presons cap als malalts mentals

Mitjana d'acord: **3,54**
Resposta més freqüent: **bastant d'acord**



LES PROPOSTES DE MILLORA MÉS VOTADES EN AQUEST APARTAT

La selecció del personal que atén els malalts mentals hauria de realitzar-se d'acord amb una formació especialitzada en psiquiatria, amb la vocació assistencial, amb el grau de capacitat empàtica desenvolupada cap als malalts mentals i, alhora, amb una adequada capacitat de resolució de situacions de crisi

n vots	Ordre més freqüent
67	1
Mitjana	Desviació típica
2,07	1,45

La política del departament de personal per crear equips professionals s'hauria de regir per variables com ara la competència professional i el coneixement de la psiquiatria, i no pel criteri que s'ha utilitzat sempre, el de la antiguitat, variable que per sí mateixa no implica una bona professionalitat ni un coneixement acurat de la psiquiatria

n vots	Ordre més freqüent
56	2
Mitjana	Desviació típica
2,88	1,35

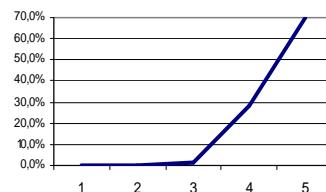
10.5.b. La formació del personal

Taula 87. Sobre la formació inicial i permanent del personal que treballa en salut mental a les presons

OPINIONS MÉS CONSENSUADES

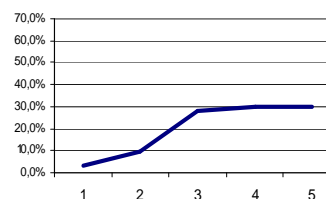
La formació permanent del personal que està en contacte amb aquestes persones hauria d'incloure formació específica

Mitjana d'acord: **4,72**
Resposta més freqüent: **molt d'acord**



Hi ha una manca de consciència d'equip i de coordinació interprofessional que impedeix el treball interdisciplinari entre tot el personal que està en contacte amb l'intern/pacient

Mitjana d'acord: **3,77**
Resposta més freqüent: **bastant d'acord**



LES PROPOSTES DE MILLORA MÉS VOTADES EN AQUEST APARTAT

<i>No s'ha d'entendre els conceptes de seguretat i de tractament com a objectius antagonistes, de manera que la millora d'un impliqui necessàriament un dèficit en l'altre. Caldria remarcar el concepte que un dels efectes d'un bon tractament és una millora de la seguretat, i que una bona seguretat integral és una condició necessària per al tractament</i>	<i>n vots</i>	<i>Ordre més freqüent</i>
	60	2
	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>
	2,63	1,43
<i>Cal fer esforços en la creació d'equips interdisciplinaris i en formar en treball en equip, tal com ja es fa en programes de toxicomanies (DAE)</i>	<i>n vots</i>	<i>Ordre més freqüent</i>
	65	5
	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>
	3,46	1,44
<i>Coneixement dels TM: com actuar (sobre la naturalesa i formes de gestionar els estats dels interns afectats per una malaltia mental) i possibles riscos laborals</i>	<i>n vots</i>	<i>Ordre més freqüent</i>
	51	1
	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>
	2,10	1,55
<i>Pautes d'intervenció amb malalts mentals</i>	<i>n vots</i>	<i>Ordre més freqüent</i>
	54	2
	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>
	2,83	1,19
<i>Prevenició del suïcidi, tècniques de reconversió de la demanda, detecció de situacions de crisi i formes d'actuació davant d'aquestes situacions</i>	<i>n vots</i>	<i>Ordre més freqüent</i>
	49	3
	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>
	3,22	1,39
<i>Tradicionalment, a l'Administració penitenciària el treball en compartiments estancs s'ha imposat en la cultura de treball en equip. Cal un canvi de cultura del personal per assumir el treball cooperatiu</i>	<i>n vots</i>	<i>Ordre més freqüent</i>
	45	4
	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>
	3,24	1,32
<i>Psicopatologia, observació conductual i contenció emocional</i>	<i>n vots</i>	<i>Ordre més freqüent</i>
	36	2
	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>
	2,61	1,23
<i>Formació i informació per poder canviar actituds, en primer lloc del personal dels CP, per arribar després a canviar les actituds dels pacients</i>	<i>N vots</i>	<i>Ordre més freqüent</i>
	42	1
	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>
	2,88	1,45
<i>Necessitat del treball en equip en unitats psiquiàtriques</i>	<i>n vots</i>	<i>Ordre més freqüent</i>
	43	4
	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>
	3,28	1,44

<i>Intervenció pedagògica, estratègies per dinamitzar aquest tipus de persones i motivar-les perquè duguin a terme activitats ocupacionals, de lleure, etc.</i>	<i>n vots</i>	<i>Ordre més freqüent</i>
	43	4
	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>
	3,30	1,30
<i>Habilitats socials, habilitats de comunicació</i>	<i>n vots</i>	<i>Ordre més freqüent</i>
	40	2
	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>
	3,18	1,40
<i>És convenient que els caps dels funcionaris, i coordinadors de mòduls rebin una formació psiquiàtrica bàsica</i>	<i>n vots</i>	<i>Ordre més freqüent</i>
	41	5
	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>
	3,58	1,24
<i>Psicopatologia, tòxics, actuació en crisis, treball en equip</i>	<i>n vots</i>	<i>Ordre més freqüent</i>
	31	4
	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>
	3,28	1,44
<i>Psiquiatria, psicoteràpia, resolució de conflictes</i>	<i>n vots</i>	<i>Ordre més freqüent</i>
	22	2
	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>
	3,00	1,41
<i>És veritat que hi ha canvi de professionals, però hi ha figures pont (p. ex., comandaments de tractament) que poden donar continuïtat als acords. Per ser referent clau, cal continuïtat</i>	<i>n vots</i>	<i>Ordre més freqüent</i>
	18	4
	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>
	4,06	0,73

10.5.c. Les preocupacions del personal respecte als problemes i riscos del treball en salut mental a les presons

El Comitè de Ministres del Consell d'Europa, en la seva *Recomanació R(98)7* respecte a les persones amb problemes de salut mental a les presons, alertava d'un seguit de problemes i riscos a tenir en compte. En l'enquesta, els hem preguntat als professionals sobre quins d'aquests problemes i riscos veuen més preocupants en la seva realitat. En la taula següent, es recull el resum d'aquells punts que més consens han tingut, tant si és perquè generen molta preocupació en els professionals com si és perquè en generen molt poca.

Taula 88. Sobre les principals preocupacions del personal que actualment hi treballa

<u>EL QUE MÉS PREOCUPA</u>	<u>EL QUE MENYS PREOCUPA</u>
1. Manca de personal	1. Mals tractes físics o psicològics als interns
2. Massificació dels CP	2. Manca d'informació sobre el funcionament del CP
3. Formació del personal	3. Trasllat arbitrari de presons
	4. Arbitrarietat en l'aplicació dels reglaments

Els altres problemes i riscos que es recollien en aquesta Recomanació del Consell d'Europa i que han quedat en posicions intermèdies en els resultats agregats (i, per tant, es pot entendre que poden preocupar molt a determinats professionals, però poc a d'altres) han estat, per ordre d'importància:

- Els problemes d'adaptació al medi penitenciari (mitjana, 3,45 sobre 5).
- La manca de privacitat i intimitat de l'intern malalt (mitjana, 3,30).
- El risc de suïcidi (mitjana, 3,26).
- Els internaments en presons allunyades de l'àmbit familiar de l'intern (mitjana, 3,21).
- Les deficients condicions materials o higièniques (mitjana, 3,17).
- L'aïllament perllongat o indefinit (mitjana, 3,12).

10.5.d. Les propostes de millora en la coordinació dels professionals

Taula 89. Les propostes de millora en la coordinació entre els àmbits sanitari, de tractament i de seguretat

LES PROPOSTES MÉS VOTADES DE MILLORA DE COORDINACIÓ QUE HAURIEN DE DUR A TERME ELS PROFESSIONALS SANITARIS		
<i>Coordinació clara entre els tres col·lectius, fent funcionar els professionals sanitaris, de tractament i de seguretat com un de sol</i>	<i>n vots</i>	<i>Ordre més freqüent</i>
	63	1
	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>
	2,30	1,56
<i>Homogeneïtzació de criteris i protocols de diagnòstic, derivació i tractament</i>	<i>n vots</i>	<i>Ordre més freqüent</i>
	57	2
	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>
	2,82	1,30
<i>Coordinació amb la xarxa externa</i>	<i>n vots</i>	<i>Ordre més freqüent</i>
	52	4
	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>
	3,21	1,24
<i>Participar en el seguiment del pla de treball i/o posteriors modificacions</i>	<i>n vots</i>	<i>Ordre més freqüent</i>
	47	5
	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>
	3,32	1,35
<i>Ús de protocols comuns</i>	<i>n vots</i>	<i>Ordre més freqüent</i>
	40	4
	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>
	2,93	1,25
<i>Programes d'atenció integral a la salut mental a totes les presons</i>	<i>n vots</i>	<i>Ordre més freqüent</i>
	40	4
	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>
	3,18	1,34
<i>Autonomia de les decisions clíniques</i>	<i>n vots</i>	<i>Ordre més freqüent</i>
	21	5
	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>
	3,05	1,60
<i>Normalitzar l'atenció dels inimputables en el medi comunitari</i>	<i>n vots</i>	<i>Ordre més freqüent</i>
	15	3
	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>
	3,27	1,39
<i>Respecte i no intromissió d'altres camps professionals</i>	<i>n vots</i>	<i>Ordre més freqüent</i>
	12	1
	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>
	2,67	1,67
<i>Mateixa ubicació espacial per treballar plegats</i>	<i>n vots</i>	<i>Ordre més freqüent</i>
	8	1
	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>
	2,50	1,69

	<i>n</i> vots	Ordre més freqüent
<i>Implicació dels sanitaris en la vida regimental</i>	11	4
	Mitjana	Desviació típica
	3,91	1,22

LES PROPOSTES DE MILLORA MÉS VOTADES DE COORDINACIÓ QUE HAURIEN DE DUR A TERME ELS PROFESSIONALS DE TRACTAMENT

<i>Coordinació i informació clara entre els tres col·lectius (sanitaris, equip d'intervenció socio-educativa i equip de seguretat), i arribar a un consens</i>	<i>n</i> vots	Ordre més freqüent
	54	1
	Mitjana	Desviació típica
	2,02	1,42
<i>Realitzar programes específics de diagnòstic, tractament i preparació de la sortida per a aquesta població</i>	<i>n</i> vots	Ordre més freqüent
	51	2
	Mitjana	Desviació típica
	2,55	1,32
<i>Més atenció individualitzada amb finalitats terapèutiques cap al malalt</i>	<i>n</i> vots	Ordre més freqüent
	49	5
	Mitjana	Desviació típica
	3,39	1,43
<i>Buscar recursos exteriors de cara a les sortides</i>	<i>n</i> vots	Ordre més freqüent
	48	4
	Mitjana	Desviació típica
	3,35	1,28
<i>Especialització en trastorns de salut mental</i>	<i>n</i> vots	Ordre més freqüent
	33	2
	Mitjana	Desviació típica
	3,06	1,25
<i>Valoració del risc de reincidència</i>	<i>n</i> vots	Ordre més freqüent
	28	3
	Mitjana	Desviació típica
	2,93	1,30
<i>Continuïtat en els equips</i>	<i>n</i> vots	Ordre més freqüent
	31	5
	Mitjana	Desviació típica
	3,45	1,39
<i>Establir relació amb la família del malalt</i>	<i>n</i> vots	Ordre més freqüent
	28	5
	Mitjana	Desviació típica
	3,36	1,45
<i>La institució penitenciària funciona amb compartiments estancs, l'equip de tractament ha de treballar perquè aquest funcionament canviï</i>	<i>n</i> vots	Ordre més freqüent
	21	4
	Mitjana	Desviació típica
	3,14	1,15

<i>Facilitar que es concretin el més aviat possible les interlocutòries, sentències i recursos judicials pendents</i>	<i>n vots</i>	<i>Ordre més freqüent</i>
	18	5
	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>
	3,06	1,55
<i>Respecte i no intromissió d'altres camps professionals</i>	<i>n vots</i>	<i>Ordre més freqüent</i>
	12	3
	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>
	3,00	1,35

LES PROPOSTES DE MILLORA MÉS VOTADES DE COORDINACIÓ QUE HAURIEN DE DUR A TERME ELS PROFESSIONALS DE SEGURETAT

<i>Perfil adequat del funcionari, amb major sensibilitat cap el malalt psiquiàtric</i>	<i>n vots</i>	<i>Ordre més freqüent</i>
	53	1
	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>
	2,60	1,50
<i>Coordinació i informació clara entre els tres col·lectius, i arribar a un consens</i>	<i>n vots</i>	<i>Ordre més freqüent</i>
	47	1
	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>
	2,60	1,40
<i>Formació en pautes d'observació i observar sistemàticament l'intern</i>	<i>n vots</i>	<i>Ordre més freqüent</i>
	37	4
	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>
	2,81	1,39
<i>Rebre cursos d'especialització en aquestes patologies</i>	<i>n vots</i>	<i>Ordre més freqüent</i>
	33	1
	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>
	2,79	1,45
<i>Protocols d'actuació amb malalts agitats</i>	<i>n vots</i>	<i>Ordre més freqüent</i>
	34	2
	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>
	3,00	1,37
<i>Participar en les reunions d'equip i juntes de tractament</i>	<i>n vots</i>	<i>Ordre més freqüent</i>
	41	5
	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>
	3,61	1,38
<i>Conscienciar-los de la necessitat de treballar conjuntament en pro de la millora del pacient i no només en pro de la pau social</i>	<i>n vots</i>	<i>Ordre més freqüent</i>
	31	2
	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>
	3,13	1,36
<i>Saber fer bé les contencions. Treballar aquests aspectes en les coordinacions</i>	<i>n vots</i>	<i>Ordre més freqüent</i>
	31	5
	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>
	3,52	1,41
<i>Protecció de les persones amb possibilitat de rebre abusos per la seva condició de malalts mentals</i>	<i>n vots</i>	<i>Ordre més freqüent</i>
	23	1
	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>
	2,78	1,57

<i>Més estabilitat de funcionaris en aquests mòduls</i>	<i>n vots</i>	<i>Ordre més freqüent</i>
	25	3
	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>
	3,08	1,00
<i>Vetllar pel compliment de la normativa</i>	<i>n vots</i>	<i>Ordre més freqüent</i>
	6	3
	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació típica</i>
	3,67	1,21

CONCLUSIONS

Segons els professionals consultats, la selecció del personal que ha de treballar amb persones amb trastorns mentals a les presons s'hauria de fer prioritzant la sensibilitat i motivació per entendre les limitacions en el comportament que tenen aquestes persones.

En el perfil s'hauria de buscar que el personal tingués certes competències: capacitat professional per tractar amb malalts mentals; vocació assistencial; cert grau de capacitat empàtica amb ells; adequada capacitat de resolució en situacions de crisi; i una certa formació especialitzada en psiquiatria.

Consideren inadequat incloure l'antiguitat com a variable preferent per a la selecció, ja que aquesta no implica necessàriament tenir les anteriors capacitats.

En general, preocupa la mobilitat excessiva de personal, perquè dificulta el treball amb equips estables.

D'altra banda, es valora molt el treball en equip i que aquest sigui interdisciplinar. Els professionals manifesten les especials dificultats que hi ha per dur-lo a terme i el reclamen en tots tres àmbits d'actuació: el sanitari, el de tractament i el de seguretat. Creuen que una dificultat important per aconseguir aquest treball interdisciplinar és que es treballa en compartiments estancs i amb poca connexió entre professions.

Dues de les tres principals preocupacions dels professionals respecte als

problemes i riscos en el treball amb persones amb problemes de salut mental a les presons que recollia el Consell d'Europa tenen a veure amb gestió del personal: la primera és la manca de professionals per fer la seva tasca; la segona és la deficient formació del personal que ha d'atendre els malalts mentals a la presó. La massificació dels centres penitenciaris és l'altra gran preocupació dels professionals.

Respecte a la formació del personal, els principals punts que han rebut més vots com a necessitats formatives per al conjunt de professionals són:

- Coneixement dels trastorns mentals: com actuar (sobre la naturalesa i formes de gestionar els estats dels interns afectats per una malaltia mental) i possibles riscos laborals.
- Pautes d'intervenció amb malalts mentals.
- Prevenció del suïcidi; tècniques de detecció de situacions de crisi i formes d'actuació davant d'aquestes situacions. Tècniques de reconversió de la demanda.
- Psicopatologia, observació conductual i contenció emocional.
- Intervenció pedagògica. Estratègies per dinamitzar aquest tipus de persones i motivar-les perquè portin a terme activitats ocupacionals, de lleure, etc.

Com a element transversal en la formació permanent, es parla de formar en el treball en equip i el treball comunitari, com a eina fonamental per garantir la efectivitat i el seguiment dels trastorns mentals de les persones encarcerades.

Es demana incloure en aquesta formació permanent els càrrecs de comandament, per tal que entenguin i gestionin els seus equips i equipaments en la mateixa línia que es planteja per a la resta del personal.

Respecte a la gestió dels recursos humans, les propostes de millora fetes pel conjunt de professionals que han contestat el qüestionari coincideixen en què cal:

- Aconseguir com a finalitat principal una coordinació i derivació d'informació clara entre els tres grans col·lectius implicats: sanitari, de tractament i de seguretat.
- Aconseguir una homogeneïtzació de criteris, protocols de diagnòstic, programes de tractament i de sortida per a aquesta població.
- Millorar la coordinació amb la xarxa externa i l'obtenció de recursos per al moment de la sortida del malalt mental encarcerat.

10.6. Estimacions de present i previsions de futur

Una de les particularitats que té la tècnica Delphi aplicada a la recerca és que permet fer previsions de manera racional respecte a allò que pot passar en el futur. Això s'aconsegueix consultant a un grup d'experts, professionals del sector, en aquest cas de la salut mental a les presons, perquè prediguin el que pot passar en els propers anys, en funció del seu coneixement i grau d'experiència fins al moment.

Òbviament, aquesta consulta té la fiabilitat que pot tenir una prospecció, però és molt orientativa de les situacions que es podrien donar a la pràctica quotidiana del treball de la salut mental en el medi penitenciari a Catalunya i a Espanya en els propers anys. El fet de saber-ho pot ajudar a pensar i planificar estratègies d'intervenció adequades.

En el nostre cas, com ja hem dit a l'inici del informe, el mètode Delphi és la tècnica que hem considerat més adient per fer prediccions respecte a increments o decrements de taxes, problemàtiques i necessitats futures de la problemàtica de salut mental en l'execució penal.

Cal tenir present, però, que una estimació empírica no pot considerar l'efecte que qualsevol canvi legislatiu pot tenir en el tractament de la salut mental en el medi penitenciari. Tampoc no pot endevinar quines seran les polítiques públiques que s'emprendran en els propers anys i l'efecte que els seus resultats tindran sobre aquesta problemàtica. Però en qualsevol cas, l'aportació

dels experts que han viscut, viuen i probablement gestionaran aquests canvis, pot aportar una aproximació més fiable a la realitat que una estimació matemàtica.

D'altra banda, l'objectiu fonamental d'aquest capítol és donar eines als gestors penitenciaris per orientar en els propers anys les decisions a prendre respecte a les polítiques públiques en aquesta matèria.

Les preguntes fetes en el qüestionari respecte a les estimacions de present i previsions de futur (en els propers 10 anys) giren al voltant de:

1. Saber el nombre de persones amb problemàtica mental que pensen que pot haver-hi a les presons; amb diagnòstic, i per tant coneguda, i també sense diagnòstic.
2. Qui atindrà en el futur aquestes necessitats i quins seran els recursos que més creixeran i en quins percentatges.
3. I finalment, el temps que creuen que es trigarà a introduir certes propostes de millora.

L'exposició de resultats que fem a continuació segueix aquest ordre que acabem d'explicar.

10.6.1. Estimacions respecte a percentatges de malaltia

Demanàvem als professionals les seves estimacions respecte al percentatge de persones amb trastorns mentals severos i amb trastorns de personalitat greus dins les presons, tant en l'actualitat com la previsió d'aquí a 10 anys.

Els resultats obtinguts en la primera volta del Delphi els vàrem retornar als professionals perquè afinessin les seves estimacions en la segona volta. La taula 90 en reflexa els resultats finals.

Taula 90. Estimació del percentatge de trastorns mentals i de personalitat greus que creu que hi ha. Predicció a 10 anys

	Ara (mitjana)		D'aquí a 10 anys (mitjana)	
	Percentatge	Desviació típica	Percentatge	Desviació típica
Trastorns mentals severes	9,9	± 4,3	7,0	± 6,4
Trastorns de la personalitat greus	25,3	± 9,4	8,3	± 6,7

Com es pot veure, la confiança dels professionals és que la proporció de persones amb problemàtica mental a les presons disminuirà. Discretament en el cas dels TMS, però molt més pronunciadament en el cas dels trastorns de la personalitat. La resposta no explica, però, si això es deu a una disminució generalitzada d'aquestes patologies o a altres raons organitzatives que veurem més tard.

La segona pregunta anava encaminada a saber quin percentatge de persones que pateixen trastorns mentals passen inadvertides abans d'entrar en el sistema penitenciari. També es preguntava sobre el percentatge de persones que se sap que tenen problemes mentals però que no es tenen en compte en la sentència. I finalment, es preguntava en quin percentatge d'interns el trastorn s'ha desenvolupat o agreujat en el contacte amb el món penitenciari.

Les estimacions actuals i les previsions a 10 anys es recullen en la taula següent.

Taula 91. Estimació del percentatge de problemes de salut mental no detectats, no recollits en sentència o d'aparició i/o agreujament posterior. Predicció a 10 anys

	Ara (mitjana)		D'aquí a 10 anys (mitjana)	
	Mitjana	Desviació típica	Mitjana	Desviació típica
Preventius i penats amb problemes de salut mental no detectats abans d'entrar a presó	17,2%	± 14,5	16,1%	± 12,7
Penats amb problemes de salut mental no recollits en la sentència	14,9%	± 13,0	13,0%	± 11,4
Aparició i/o agreujament de la malaltia mental pel seu pas per la presó	19,6%	± 15,1	18,6%	± 12,4

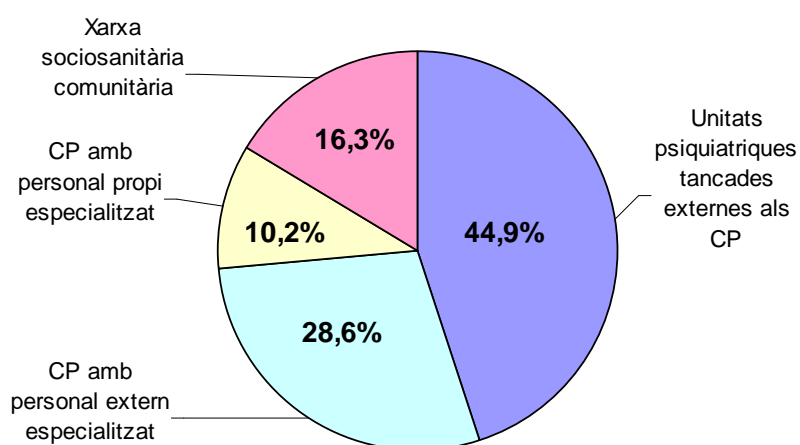
Com es pot veure, respecte a les xifres que no es recullen a les estadístiques perquè no hi ha dades, els professionals creuen que els percentatges no variaran gaire en els propers anys. Això pot significar que no creguin que les polítiques practicades en el sector ajudin a fer aflorar aquestes xifres o que considerin que els percentatges no depenen de variables sobre les que puguin intervenir.

Cal destacar que els professionals consideren que existeix un 20% de persones que passen per presó i desenvolupen una malaltia mental o se'ls agreuja la malaltia per aquest pas pel medi penitenciari.

10.6.2. Recursos que atendran en el futur la problemàtica de salut mental relacionats amb el medi penitenciari

La pregunta que es formulava al qüestionari deia així: *quina creu que hauria de ser la tendència en els propers 10 anys en el treball amb problemàtica psiquiàtrica a les presons?*

Gràfic 40. Qui s'ocuparà de la problemàtica psiquiàtrica a les presons?



Quasi dos de cada tres professionals creu que l'atenció de les persones amb problemàtica de salut mental es farà fora del centre penitenciari: un 16,3% creu que l'atendrà la pròpia xarxa sociosanitària comunitària en els seus recursos, i un 44,9% en unitats especialitzades, però externes als CP.

Quasi la meitat del personal és de l'opinió que s'externalitzarà tant la gestió com la ubicació de les unitats de psiquiatria.

Una quarta part creu que s'externalitzarà la gestió, però es mantindrà la ubicació dins del mateix centre penitenciari.

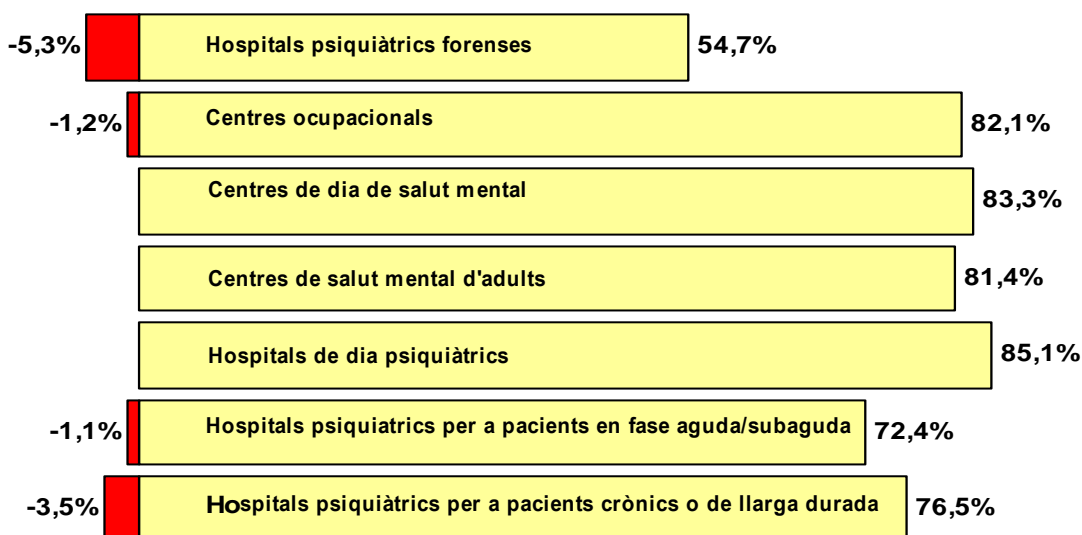
Aproximadament un de cada deu creu que es mantindrà la població dins del recinte penitenciari atesa, això sí, per personal especialitzat.

Una darrera especificació introduïda pels professionals en la segona volta del Delphi concretava que segurament hi haurà diferències en la ubicació que es doni als trastorns mentals severes i als trastorns de personalitat amb més bon

pronòstic, que serà diferent de la dels trastorns de personalitat més greus o amb pitjor pronòstic. Al parer dels professionals, és més possible que els primers tinguin una atenció preferencial en unitats psiquiàtriques externes, mentre que els segons es mantinguin dins d'un CP.

Quan es feia la pregunta respecte a si augmentarà o disminuirà la demanda de recursos a la xarxa socio sanitària per a les persones que han tingut problemes amb la justícia, i amb relació als diferents recursos recollits en el gràfic 41, les respostes dels professionals eren aclaparadorament majoritàries respecte a que augmentarà la demanda de tot tipus de recursos. Així doncs, la perspectiva no és que les problemàtiques de salut mental disminueixin, com podien fer pensar les primeres dades que hem donat anteriorment, sinó que els professionals creuen que disminuiran en el sistema penitenciari perquè la tendència serà que s'atenguin des de la xarxa sanitària.

Gràfic 41. Augmentarà o disminuirà en els propers 10 anys la demanda de recursos relacionats amb la salut mental?



Els percentatges negatius (representats en el gràfic per la barra fosca/vermella) corresponen als dels professionals que creuen que la demanda d'aquell recurs disminuirà.

Els percentatges positius (representats en el gràfic per la barra clara/groga) corresponen als dels professionals que creuen que la demanda d'aquell recurs augmentarà.

Si preguntem, dins dels que creuen que augmentaran, quina és la proporció d'augment que pensen que es donarà per a cada recurs, la taula 92 en recull els percentatges resultants.

Taula 92. En quina proporció d'augment?

Tipus de recurs	Mitjana	Desv. Típ.
Hospitals psiquiàtrics forenses	26,1%	±25,9
Centres ocupacionals	37,8%	±25,3
Centres de dia de salut mental	33,8%	±24,1
Centres de salut mental d'adults	31,3%	±22,8
Hospitals de dia psiquiàtrics	31,5%	±24,5
Hospitals psiquiàtrics per a pacients en fase aguda/subaguda	25,9%	±21,5
Hospitals psiquiàtrics per a pacients crònics o de llarga durada	26,2%	±23,5

10.6.3. Temps que es trigarà a introduir algunes propostes innovadores

Finalment, en el recull bibliogràfic previ a la confecció del primer qüestionari Delphi, vàrem incloure algunes propostes innovadores que arreu del món s'anaven experimentant per a la millora en l'atenció i tractament de les persones amb problemes de salut mental a les presons.

Es va preguntar als professionals si seria desitjable la introducció d'aquestes millores en els nostres centres penitenciaris i, en cas positiu, quant de temps creuen que es podria trigar a fer-ho. En la segona volta, se'ls va demanar un nou ajustament en les previsions.

La taula següent recull: en la primera columna, les propostes innovadores; en la segona columna, el percentatge de respostes positives que han donat els professionals respecte a considerar desitjable que s'introduís la millora en qüestió; i en la tercera columna, el temps que creuen que es trigaria a introduir-les, en cas d'acceptar-les els responsables penitenciaris.

Taula 93. Propostes innovadores, acceptació i temps per introduir-les

PROPOSTA DE MILLORA	PERCENTATGE DE RESPOSTA POSITIVA	TEMPS MITJA QUE ELS EXPERTS CREUEN QUE ES TRIGARÀ A INTRODUIR
<i>Programes específics per a interns amb patologia dual</i>	97,8	3 anys
<i>Implementació de la recerca en l'avaluació de l'efectivitat dels programes i serveis</i>	97,7	3 anys
<i>Implementació de programes de gestió del risc de reincidència per a malalts mentals</i>	95,6	3 anys
<i>Programes curriculars específics per a col·lectius determinats dins dels malalts mentals: gent gran, deficientes, crònics, etc.</i>	95,5	3 anys
<i>Implementació de tecnologia informàtica adequada per al traspàs d'informació individual i seguiment terapèutic</i>	93,3	2 anys
<i>Medicacions psicotròpiques d'última generació</i>	91,8	2 anys
<i>Inclusió de programes validats per a interns d'altres cultures</i>	90,9	4 anys
<i>Serveis de telepsiquiatria en presons petites sense unitats psiquiàtriques específiques</i>	59,5	5 anys

Destaquem l'altíssima acceptació de totes les propostes per part de tots els professionals, excepte de la darrera.

Destaquem també que la implementació de noves tecnologies per al seguiment terapèutic o la introducció de les noves medicacions són les propostes que menys temps creuen els professionals que trigarien a introduir-se (2 anys).

Per a aquelles propostes que requereixen una implicació del personal, una planificació dels recursos, la introducció d'uns procediments i formació en determinades metodologies de treball, els professionals creuen que es trigarà un any més en introduir-les (3 anys).

Finalment, veuen encara una mica més llunyà el fet de poder implementar l'adaptació dels programes per als immigrants (4 anys).

10.7. Les conclusions i les propostes de millora

A tall de resum, i per facilitar la lectura integrada de les conclusions que hem anat donant en cada apartat dels resultats, a continuació les presentem totes seguides i resumides. Aquestes conclusions i propostes han estat aportades pels professionals que treballen en el món de la salut mental dins de l'entorn penitenciari en les dues voltes del qüestionari Delphi. També son el resultat de les diferents consultes anteriors i posteriors al qüestionari que hem dut a terme amb els grups d'experts.

Respecte a la idoneïtat de les presons per al tractament dels problemes de salut mental dels interns

Segons els professionals consultats, les mateixes característiques dels CP poden comportar l'agreujament de les malalties mentals que puguin patir les persones que hi són recloses. Com més llarg és l'internament, més s'aguditza la malaltia mental de l'intern.

Els trastorns mentals severos (TMS) no haurien d'estar en centres penitenciaris, sinó en centres hospitalaris preparats per atendre aquesta problemàtica i on es prioritza l'abordatge sanitari. L'opinió no és tan taxativa en els casos de trastorns de personalitat (TP). En tot cas, sí que s'està d'acord en què els TP estiguin separats dels TMS.

Les propostes de millora que fan els professionals són fonamentalment:

- Atendre els malalts mentals en unitats psiquiàtriques especialitzades.
- Separar els trastorns mentals severos dels trastorns de personalitat.
- Atendre els TMS fora dels CP.
- Disminuir la massificació de les presons.

Respecte al diagnòstic dels trastorns mentals a les presons

Segons els professionals consultats, qualsevol persona que manifesti problemàtica de salut mental hauria de ser diagnosticada, independentment de la seva situació processal (penada o preventiva).

No és necessari fer visita psiquiàtrica a tothom, però sí que caldria disposar d'un protocol d'observació de símptomes que fes activar l'exploració psiquiàtrica.

Aquest diagnòstic psiquiàtric hauria de ser fet per una unitat pericial específicament pensada per aquest objectiu i que hauria de tenir potestat per decidir la ubicació més adient del malalt.

Algunes de les dificultats que existeixen per obtenir diagnòstics precisos poden tenir la seva explicació en l'ús de sistemes de classificació diferents (DSM-IV i CIE-10), però també en el fet que l'intern amagui informació, o bé que la simptomatologia quedi emmascarada per l'ús i abús de drogues.

En les propostes de millora, els professionals veuen que cal:

- Tenir un protocol d'actuació estandarditzat que permeti detectar a partir dels comportaments i les conductes els casos més greus (caldrà definir quins són), per derivar-los immediatament als professionals adients que puguin donar una resposta adequada.
- Realització d'una anamnesi completa a partir d'aquesta detecció, tant si és a l'inici de l'estada de l'intern com si la simptomatologia és descoberta amb posterioritat. La proposta dels professionals passa per concretar el diagnòstic més aproximat a la seva malaltia en el termini d'uns quinze dies, fent les proves que siguin necessàries. A partir d'aquest moment, es considera adient mantenir informatitzada la història clínica i reavaluada cada 6 mesos.
- Formar per a l'ús del protocol en funció de les seves competències professionals tot el personal que hagi d'estar en contacte amb l'intern

amb problemàtica psiquiàtrica. Mantenir un reciclatge professional que permeti actualitzar les innovacions que s'hi vagin implementant.

- Adequar els recursos humans, les ràtios, la selecció i la formació del personal a les anteriors propostes de millora, establint els mecanismes de motivació i d'incentius adients per aconseguir-ho.

Respecte al tractament dels trastorns mentals a les presons

Les condicions dels mòduls residencials per a persones amb TMS haurien d'estar adaptades i pensades específicament per a les seves necessitats, separades de la resta d'interns de la presó.

Aquesta adaptació hauria de fer-se també amb la normativa penitenciària i el reglament de règim interior.

Es valora com a molt important anar tots a una i ser molt conseqüents en les actuacions dels professionals que estan en contacte amb el malalt. En aquest sentit, els experts valoren la possibilitat d'introduir una figura de coordinació que faci casar les necessitats sanitàries amb les de tractament i les de seguretat.

Es constata que la presa de medicació correcta segons les pautes mèdiques prescrites és una de les prioritats de tot el personal que treballa amb problemàtica de salut mental a les presons. Les principals dificultats vénen condicionades per la manca de col·laboració de les persones que no són conscients d'estar malaltes i que presenten més resistències a prendre's la medicació. L'horari regimental d'un CP imposa moltes dificultats per poder respectar totes les preses sota la supervisió de personal qualificat, i això obliga a confiar en l'intern en algunes d'aquestes preses.

Respecte a l'ús i abús de la medicació i a la relació amb la conflictivitat dels interns, les opinions dels professionals són divergents. Els experts consideren que les presons són un fidel reflex de la societat, i que aquesta demana cada cop més respostes farmacològiques a les problemàtiques conductuals. D'altra

banda, en la societat es dóna certa permissivitat en el consum de tòxics, principalment si van associats al lleure i a espais de festa. Els CP estan plens de toxicòmans que han arribat a extrems d'abús molt elevats. Això i les reaccions primàries de moltes d'aquestes persones, sotmeses a més a una problemàtica mental, comporten un alt risc d'agressivitat i d'autoagressivitat, encara que amb el vigent tractament sanitari hagi quedat minimitzat.

Respecte a les activitats, sembla existir cert consens a demanar per als interns amb problemàtica mental greu activitats separades de la resta dels interns penitenciaris.

Els arguments van des del caire terapèutic que haurien de tenir totes elles, fins al plantejament més proteccionista d'evitar que siguin manipulats o coaccionats per la resta d'interns dels CP, o que puguin estar exposats a situacions estressants afegides a la del mateix internament penitenciari que agreugin encara més la seva simptomatologia. Aquesta separació no és compartida pel que fa a les persones que pateixen problemàtica mental lleu, que es considera haurien de romandre amb la resta de la població penitenciària. Queda també poc aclarida quina és la situació respecte a les activitats per a les persones amb trastorns de personalitat.

Tampoc no queda clarament definit per part dels professionals si hauria d'haver un paper per al *pres de confiança* en aquelles situacions de vigilància més constant de les persones afectades de trastorns més greus en què no es pot assolir una supervisió constant i individual per manca de recursos.

En les propostes de millora, els professionals veuen que cal:

- Mantenir unitats de psiquiatria amb unes condicions estructurals i de vida quotidiana específiques que permetin mantenir un ordre en la convivència, evitar agressions, intents d'autòlisi, etc.
- Mantenir els malalts mentals greus fora de l'entorn penitenciari.

- Convertir l'adherència de cada intern al tractament farmacològic prescrit pel metge en un dels objectius de treball prioritaris per garantir la bona salut de l'intern.
- Treballar en la harmonització dels conceptes de seguretat i tractament com a objectius que no haurien de ser antagonistes. En aquest sentit, es planteja la figura d'un coordinador que tingui com a missió aquesta harmonització a tots els CP.

Respecte a la sortida i derivació de les persones encarcerades amb problemes de salut mental

En l'actualitat, els professionals creuen que no existeixen protocols clars respecte a la informació necessària a rebre i/o donar per acceptar/derivar un cas. Això fa que manqui informació fonamental a l'hora de tractar els malalts.

Caldria concretar quina informació es pot traspasar i quina informació hauria de quedar en l'esfera de la confidencialitat.

Els professionals fan palès que molts tractaments que han funcionat en un CP s'interrompen en sortir de la presó, ja que no es pot garantir un seguiment estret per part de la xarxa de salut mental comunitària.

Es veu necessària l'existència d'un pla de transició del món penitenciari al món en llibertat en què s'incorporin representants de la presó, dels equips de medi obert, dels serveis socials i dels serveis comunitaris de salut mental.

La supervisió d'un educador que segueixi el condemnat mentre estigui en 3r grau o en llibertat condicional pot ajudar a fer la transició més efectiva. Existeixen ja experiències amb resultats positius en el CP Obert d'Homes de Barcelona.

En les propostes de millora, els professionals veuen que cal:

- Dissenyar protocols de derivació que incloguin: diagnòstic, tractament clínic i tractament penitenciari, síntesi de la història clínica i orientacions.

- Treball en equip, entre l'equip de la presó i el de la xarxa sanitària.
- Es demana que aquesta tasca concreta tingui continuïtat en convenis de col·laboració i de tractament interdisciplinari entre els Departaments de Justícia i de Salut de la Generalitat de Catalunya.
- Buscar recursos exteriors de cara a les sortides.

Respecte al personal: el perfil i la formació

La selecció del personal que ha de treballar amb persones amb trastorns mentals a les presons s'hauria de fer prioritzant en la tria la sensibilitat i motivació per entendre les limitacions en el comportament que tenen aquestes persones.

En el perfil, s'hauria de buscar que el personal tingués certes competències: capacitat professional per tractar amb malalts mentals; vocació assistencial; cert grau de capacitat empàtica amb ells; adequada capacitat de resolució en situacions de crisi; i una certa formació especialitzada en psiquiatria.

Consideren inadequat incloure la antiguitat com a variable preferent, ja que aquesta no implica necessàriament tenir les anteriors capacitats.

En general, preocupa la mobilitat excessiva de personal, perquè dificulta el treball amb equips estables.

D'altra banda, es valora molt el treball en equip i que aquest sigui interdisciplinari. Els professionals manifesten les especials dificultats que hi ha per dur-ho a terme i ho reclamen en tots tres àmbits d'actuació: el sanitari, el de tractament i el de seguretat. Creuen que una dificultat important per aconseguir aquest treball interdisciplinari és que la feina està molt compartimentalitzada i poc connectada entre professions.

Dues de les tres principals preocupacions dels professionals respecte als problemes i riscos en el treball amb persones amb problemes de salut mental a les presons que recollia el Consell d'Europa tenen a veure amb gestió del

personal: la primera és la manca de professionals per fer la seva tasca; la segona és la deficient formació del personal que ha d'atendre als malalts mentals a la presó. La tercera preocupació són els problemes de massificació als CP.

Respecte a la formació del personal, els principals punts que han rebut més vots com a necessitats formatives pel conjunt de professionals són:

- Coneixement dels trastorns mentals: com actuar (sobre la naturalesa i formes de gestionar els estats dels interns afectats per una malaltia mental) i possibles riscos laborals.
- Pautes d'intervenció amb malalts mentals.
- Prevenció del suïcidi; tècniques de detecció de situacions de crisi i formes d'actuació davant d'aquestes situacions. Tècniques de reconversió de la demanda.
- Psicopatologia, observació conductual i contenció emocional
- Intervenció pedagògica. Estratègies per dinamitzar aquest tipus de persones i motivar-les perquè portin a terme activitats ocupacionals, de lleure, etc.

Com a element transversal en la formació permanent, es parla de formar en el treball en equip i el treball comunitari com a eina fonamental per garantir l'efectivitat i el seguiment dels trastorns mentals de les persones encarcerades.

Es demana incloure en aquesta formació permanent els càrrecs de comandament, per tal que entenguin i gestionin els seus equips i equipaments en la mateixa línia que es planteja per a la resta del personal que ha de treballar amb la salut mental.

Respecte a la gestió dels recursos humans, les propostes de millora coincideixen en què cal:

- Aconseguir com a finalitat principal una coordinació i derivació d'informació clara entre els tres grans col·lectius implicats: sanitari, de tractament i de seguretat.
- Aconseguir una homogeneïtzació de criteris, protocols de diagnòstic, programes de tractament i de sortida per aquesta població.
- Millorar la coordinació amb la xarxa externa i l'obtenció de recursos per al moment de la sortida del malalt mental encarcerat.

Barcelona, juliol de 2007

11. Referències bibliogràfiques

ARROYO, J.M. (2006). "Los problemas de salud mental en las prisiones, vistos desde la atención primaria". *Norte de Salud Mental*, núm. 25, pàg. 35-43.

ARROYO, J.M. (2005). "El grupo de trabajo sobre Salud Mental en prisiones (GSMP). Actividades y funcionamiento". *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, vol. 7. SESP. Madrid, pàg. 86-91.

ARROYO, J.M.; LÓPEZ, J.L.; LACAL, P. (2004). "Problemas psicológicos y trabajo en prisión". *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, vol. 6. SESP. Madrid, pàg. 47-56.

ATXOTEGUI, J. (1995). "Migrar: duelo y dolor". *El Viejo Topo*, núm. 90. Barcelona, pàg. 31-38.

AUTORS DIVERSOS (2005). *Jail Screening Assessment Tool (JSAT): Guidelines for Mental Health Screening in Jails*. Mental Health, Law, and Policy Institute. Simon Fraser University. Canadà.

AUTORS DIVERSOS (2000). Articles diversos publicats a diferents diaris sobre actualitat de salut mental <http://personales.ya.com/laemental/artic.html> pàgina visitada el 04/05/2006.

AUTORS DIVERSOS (2000). "Ofenders Returning to Federal Prison, 1986-97". *Federal Justice Statistics Program*. Setembre de 2000. Departament of Justice. EUA.

BOBES, J.; MARTÍNEZ, A. (2001). "Asistencia psiquiátrica en los Centros Penitenciarios españoles: Otra asignatura pendiente". *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, vol. 3. SESP. Madrid.

BRUGHA, T.; *et al.* (2005). "Psychosis in the Community and in Prisons: A Report From the British National Survey of Psychiatric Morbidity". *Am J Psychiatry*; 162:774-780. Consultat el 20/04/2006 a <http://ajp.psychiatryonline.org>

CONFERENCIA EPISCOPAL ESPAÑOLA (2006). IV Encuentro Nacional de Enfermos Mentales – Prisión. Madrid. 19 i 20 de setembre 2006. Departamento de Pastoral Penitenciaria. Consultat el 30/03/2007 a <http://www.conferenciaepiscopal.es/actividades/jornadas/2006/penitenciaria4.htm>

CONSELL D'EUROPA (2006). "Recomanació Rec(2006)2 del Comité de Ministres als estats membres sobre les normes penitenciàries europees", dins *Congrés penitenciari internacional: la funció social de la política penitenciària*. Barcelona, 30 i 31 de març i 1 d'abril de 2006. www.meetingcongress.com/penitenciari/

CONSELL D'EUROPA (2004). Comité de Ministres. Recomanació Rec(2004)10 sobre la protecció dels drets humans i la dignitat de les persones amb problemes de salut mental.

CORRECTIONS NZEALAND (1999). www.corrections.govt.nz/public/pdf/ pàgina visitada el maig de 2006.

COUNCIL OF STATE GOVERNMENTS: (2003). *The Criminal Justice/Mental Health Consensus Project. Project Overview*. Nova York. www.consensusproject.org. pàgina visitada el maig de 2006.

DEFENSOR DEL PUEBLO ANDALUZ (2000). "Deficientes mentales internados en centros penitenciarios andaluces". Informe especial per al Parlamento de Andalucía.

DEPARTAMENT DE JUSTÍCIA. *Memòria del Departament. 2001*. Gener de 2003; *Memòria del Departament de Justícia i Interior. 2002*. Desembre de 2003; *Memòria del Departament de Justícia i Interior. 2003*. Setembre de 2004; *Memòria del Departament de Justícia. 2004*. Juliol de 2005; *Memòria del Departament de Justícia. 2005*. Generalitat de Catalunya.

DEPARTAMENT DE JUSTÍCIA. "Circular número 3/2004, reguladora dels procediments d'actuació davant situacions d'agressivitat sobtada dels pacients ingressats a les unitats de psiquiatria". Secretaria de Serveis Penitenciaris, Rehabilitació i Justícia Juvenil.

DEPARTAMENT DE JUSTÍCIA. *Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Penitenciaria de Cataluña*. Document policopiat.

DEPARTAMENT DE SALUT. *Activitat assistencial de la xarxa sanitària de Catalunya. Any 2005*. Divisió de gestió de registres d'activitat. Octubre de 2006. http://www10.gencat.net/catsalut/archivos/publicacions/estad_sanitarias/CMBD_05.pdf pàgina visitada el març de 2007.

DEPARTAMENT DE SALUT. *Estratègies de salut per a l'any 2010. Pla de salut de Catalunya 2002-2005*.

DEPARTAMENT DE SALUT. *Pla directori de Salut Mental i Addiccions de Catalunya*. <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/salutmental2006n.pdf>

ELBOGEN, E.B.; TOMKINS, A.J. (2000). "From the Psychiatric Hospital to the Community: Integrating Conditional Release and Contingency Management". *Behavioral Sciences and the Law*, vol. 18, pàg. 427-444.

FALISSARD, B.; *et al.* (2006). "Prevalence of mental disorders in French prisons for men". *BMC Psychiatry*, vol. 6, núm. 33.

FAZEL, S.; DANESH, J. (2002). "Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys". *The Lancet*, 359, pàg. 545-550.

FORD, J.; ROBERT, L. T.; TRESTMAN, M.D. (2005). "Evidence-Based Enhancement of the Detection, Prevention, and Treatment of Mental Illness in the Correction Systems". Department of Psychiatry, University of Connecticut Health Center. (Agost.)

GARCÍA BREA, M. (2006). *La enfermedad mental en el ordenamiento jurídico*. Consultat a <http://www.defensoraclm.com/jornadas/PONENCIAS/galicia.doc> el 02/05/2006.

GIBERT, C.; *et al.* (2002). "Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones". *Cuadernos Técnicos AEN*, núm. 6. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid.

GUERRERO, R.; CARDONA, L. (2006). "Les necessitats específiques de la població que presenta discapacitat", dins de les jornades *L'execució de mesures penals en la comunitat: el paper de les entitats col·laboradores i de voluntariat*. 4 de febrer de 2006. Documents de treball. CEJFE. Barcelona.

GUERRERO, R.; *et al.* (2004). *Característiques de la població ingressada a les Unitats de Psiquiatria dels Centres penitenciaris de Catalunya*. Estudi inèdit. Departament de Justícia.

HEGGLIN, M.F. (2006). *Los enfermos mentales en el derecho penal*. Editores del Puerto. Buenos Aires. Colección Tesis Doctoral, núm. 6.

HENDERSON, T.; BRUCE, J. (1998). "Relationship of psychological, demographic, and legal variables to court decisions of competency to stand trial among mentally retarded criminal defendants". *Journal Of Criminal Justice*, vol. 26, núm. 4, pàg. 307-320. EUA.

HERNÁNDEZ, M.; ESPINOSA, J. (1999). *La atención a pacientes con trastornos mentales en las prisiones*. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Consultat el maig de 2006 a <http://www.pulso.com/aen/8-doc9.htm>

HILLS, H.; SIEGFRIED, CH.; ICKOWITZ, A. (2004). "Effective Prison Mental Health Services. Guidelines To Expand and Improve Treatment". U.S. Department of Justice, National Institute of Corrections. (Maig.)

IDESCAT. <http://www.idescat.net/>

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. <http://www.ine.es/inebase/cgi/axi>

JAMES, D.J.; GLAZE, E. (2006). Mental Health Problems of prison and jail inmates (Problemes de salut mental dels interns a presó). U.S. Department of Justice. Office of Justice Programs. Bureau of Justice Statistics. www.ojp.usdoj.gov/bjs/mhppji.htm

JUSTIDATA 44 (2006). "Evolució de la població penitenciària a Catalunya i al conjunt de l'Estat espanyol 1999-2005". *Justidata*, núm. 44. CEJFE. Barcelona. (Maig.)

LAISHES, J. (2002). *Estratègia en salut mental per a dones delinqüents*. Publicació electrònica del Correctional Service of Canada (en web).

LAVOIE, J.; CONNOLLY, D.; ROESCH, R. (2006). "Correctional Officers Perceptions of Inmates with Mental Illness: The Role of Training and Burnout Syndrome". *International Journal of Forensic Mental Health*, vol. 5, núm. 2, pàg. 151-166.

LEGUAY, D. (2006). "Medicaliser la violence". *Le Monde*. (13 de setembre).

LUQUE, E.; FERRER, M.; CAPDEVILA, M. (2005). *La reincidència penitenciària a Catalunya*. CEJFE. Barcelona. Col·lecció Justícia i Societat, núm. 25.

MARKOVITZ, F. (2006). "Psychiatric hospital capacity, homelessness, and crime and arrest rates". *Criminology*, vol. 44, núm. 1, pàg. 45-72.

MARSET, M.; RITTER, C. (2004). "Características de la personalidad del drogodependiente: implicaciones para nuestra relación profesional. Un modelo de intervención en medio penitenciario". *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, vol. 6. SESP. Madrid, pàg. 86-89.

MASSARO, J. (2004). *Working with People with Mental Illness Involved in the Criminal Justice System: What Mental Health Providers Need to know* (2a edició). Technical Assistance and Policy Analysis Center for Jail Diversion. Delmar, Nova York.

MENTAL HEALTH PRIMARY CARE IN PRISON. *Working with a prisoner who has a severe mental illness*. Consultat el 28/04/2006 a http://www.prisonmentalhealth.org/downloads/prison_officer/08-2_severe_mental_illness.pdf

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPÉES, MINISTÈRE DE LA JUSTICE (2003). "Recommandations du groupe de travail mené par le Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées et le Ministère de la justice Mars 2001-Mars 2002: «Santé mentale des personnes détenues et troubles du comportement: comment améliorer et articuler les dispositifs de prise en charge sanitaire et pénitentiaire?»". Avril 2003. Consultat a http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers/sante_mentale/rapp_detenus.pdf el 26/04/2006.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2006). *Estrategia en salud mental del sistema nacional de salud*. Consultat el 15/03/2007 a http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf

MINISTERIO DEL INTERIOR (2005). *Informe General 2004*. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Secretaría General Técnica. Madrid.

MOUQUET, M.C. (2005). "La santé des personnes entrées en prison en 2003". *Études et Résultats*, núm. 386. Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques.

PICHOT, P. (coord.) (1995). *DSM-IV. Manual diagnòstico y estadístico de los trastornos mentales*. S.A.

RODRÍGUEZ-ARREBOLA, E. (2005). "Abordaje psiquiátrico de los trastornos de personalidad en el medio penitenciario". *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, vol. 7, pàg. 134-141.

SÁIZ, P.; *et al.* (2004) "Características de la población atendida en consultas penitenciarias". *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, vol. 6, pàg. 113-116.

SÁNCHEZ BURSÓN, J.M.^a (2001). "Los pacientes mentales en prisión". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. XXI, núm. 78, pp. 139-153.

SÍNDIC DE GREUGES (2005). Informe al Parlament 2005. http://www.sindic.org/ficheros/informes/38_informe%20anual%20definitiu.pdf pàgina visitada l'abril de 2006.

SOLER, C.; MARÍ, C. (2006). "Les necessitats específiques de la població que presenta problemàtiques psiquiàtriques", dins de les jornades *L'execució de mesures penals en la comunitat: el paper de les entitats col·laboradores i de voluntariat*. 4 de febrer de 2006. Documents de treball. CEJFE. Barcelona.

VICENS, E.; TORT, V. (2005). "El cumplimiento de la medicación y las implicaciones clínicas a largo plazo en la esquizofrenia en el ámbito

penitenciario”, *Revista Española Sanidad Penitenciaria*, vol. 7, pàg. 68-76. Consultat el 26/04/2006 a <http://revista.sesp.es/1575-0620/7/2/68.pdf>

VILLACAMPA, C.; TORRES, N.; LUQUE, E. (2006). *La reincidència en les penes alternatives a la presó a Catalunya*. CEJFE. Barcelona. Document en pdf. <http://www.gencat.net/justicia/temes/cejfe/recerca/cateleg/cronologic/2006/sc-3.130.06/index.html>

YOUNG, M.H.; JUSTICE, J.V.; ERDBERG, PH. (2006). “Risk of Harm: Inmates Who Harm Themselves While in Prison Psychiatric Treatment”. *J Forensic Sci*, vol. 51, núm. 1. Consultat el 17/05/2006 a www.blackwell-synergy.com

ZEIN, M.M. (2006) “Feliz vida loca”. *Documentos TV*, Televisión Española S.A. Emès el 09/05/2006. Consultat el 12/05/2006 a <http://www.rtve.es/tve/program/documentostv/index.php>

Annexos

Annex 1

Taules complementàries

**(relacionades amb els capítols
4 i 5 de la recerca)**

ANNEX 1. TAULES COMPLEMENTÀRIES

TAULES A1 a A7: COMPARACIÓ DE VARIABLES SEGONS EL TIPUS DE DIAGNÒSTIC REBUT

Taula A1. Gènere

Tipus de diagnòstic rebut		Gènere		Total
		Home	Dona	
Severs (TMS)	Freqüència	45	1	46
	% de gènere	22,0%	9,1%	21,3%
	Residu corregit	1,0	-1,0	
Personalitat (TP)	Freqüència	19	5	24
	% de gènere	9,3%	45,5%	11,1%
	Residu corregit	-3,7	3,7	
Altres	Freqüència	31	0	31
	% de gènere	15,1%	0,0	14,4%
	Residu corregit	1,4	-1,4	
TMS + TP	Freqüència	23	0	23
	% de gènere	11,2%	0,0	10,6%
	Residu corregit	1,2	-1,2	
TMS + altres	Freqüència	24	1	25
	% de gènere	11,7%	9,1%	11,6%
	Residu corregit	0,3	-0,3	
TP + altres	Freqüència	26	3	29
	% de gènere	12,7%	27,3%	13,4%
	Residu corregit	-1,4	1,4	
TMS + TP + altres	Freqüència	37	1	38
	% de gènere	18,0%	9,1%	17,6%
	Residu corregit	0,8	-0,8	
Total	Freqüència	205	11	216
	% de gènere	100,0%	100,0%	100,0%
Mesures simètriques:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,290		
V de Cramer		0,290		0,006

Taula A2. Nacionalitat

Tipus de diagnòstic rebut	Nacionalitat		Total	
	Espanyol	Estranger		
Severs (TMS)	Freqüència	28	17	45
	% de nacionalitat	15,9%	43,6%	20,9%
	Residu corregit	-3,8	3,8	
Personalitat (TP)	Freqüència	22	2	24
	% de nacionalitat	12,5%	5,1%	11,2%
	Residu corregit	1,3	-1,3	
Altres	Freqüència	24	7	31
	% de nacionalitat	13,6%	17,9%	14,4%
	Residu corregit	-0,7	0,7	
TMS + TP	Freqüència	21	2	23
	% de nacionalitat	11,9%	5,1%	10,7%
	Residu corregit	1,2	-1,2	
TMS + altres	Freqüència	22	3	25
	% de nacionalitat	12,5%	7,7%	11,6%
	Residu corregit	0,8	-0,8	
TP + altres	Freqüència	26	3	29
	% de nacionalitat	14,8%	7,7%	13,5%
	Residu corregit	1,2	-1,2	
TMS + TP + altres	Freqüència	33	5	38
	% de nacionalitat	18,8%	12,8%	17,7%
	Residu corregit	0,9	-0,9	
Total	Freqüència	176	39	215
	% de nacionalitat	100,0%	100,0%	100,0%
Mesures simètriques:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,285		0,008
V de Cramer		0,285		

Taula A3. Retard mental

Tipus de diagnòstic rebut		Retard mental		Total
		No	Sí	No
Severs (TMS)	Freqüència	20	7	27
	% de Retard mental?	16,1%	20,0%	17,0%
	Residu corregit	-,5	,5	
Personalitat (TP)	Freqüència	8	6	14
	% de Retard mental?	6,5%	17,1%	8,8%
	Residu corregit	-2,0	2,0	
Altres	Freqüència	23	2	25
	% de Retard mental?	18,5%	5,7%	15,7%
	Residu corregit	1,8	-1,8	
TMS + TP	Freqüència	16	4	20
	% de Retard mental?	12,9%	11,4%	12,6%
	Residu corregit	,2	-,2	
TMS + Altres	Freqüència	19	1	20
	% de Retard mental?	15,3%	2,9%	12,6%
	Residu corregit	2,0	-2,0	
TP + Altres	Freqüència	18	2	20
	% de Retard mental?	14,5%	5,7%	12,6%
	Residu corregit	1,4	-1,4	
TMS+ TP + Altres	Freqüència	20	13	33
	% de Retard mental?	16,1%	37,1%	20,8%
	Residu corregit	-2,7	2,7	
Total	Freqüència	124	35	159
	% de Retard mental?	100,0%	100,0%	100,0%
Mesures simètriques:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,290		0,006
V de Cramer		0,290		

Taula A4. Consum actual de tòxics

Tipus de diagnòstic rebut		Consum actual de tòxics?		Total
		No	Sí	No
Severs (TMS)	Freqüència	11	2	13
	% de consum?	23,9%	3,4%	12,4%
	Residu corregit	3,2	-3,2	
Personalitat (TP)	Freqüència	1	6	7
	% de consum?	2,2%	10,2%	6,7%
	Residu corregit	-1,6	1,6	
Altres	Freqüència	6	11	17
	% de consum?	13,0%	18,6%	16,2%
	Residu corregit	-,8	,8	
TMS + TP	Freqüència	8	8	16
	% de consum?	17,4%	13,6%	15,2%
	Residu corregit	,5	-,5	
TMS + altres	Freqüència	6	5	11
	% de consum?	13,0%	8,5%	10,5%
	Residu corregit	,8	-,8	
TP + altres	Freqüència	7	9	16
	% de consum?	15,2%	15,3%	15,2%
	Residu corregit	,0	,0	
TMS + TP + altres	Freqüència	7	18	25
	% de consum?	15,2%	30,5%	23,8%
	Residu corregit	-1,8	1,8	
Total	Freqüència	46	59	105
	% de consum?	100,0%	100,0%	100,0%
Mesures simètriques:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,379		0,020
V de Cramer		0,379		

Taula A5. 2n delictes acumulats

Tipus de diagnòstic rebut		2n delictes acumulats					Total
		c. persones	c. llib. sexual	c. propietat	c. drogues	altres	
Severs (TMS)	Freqüència	9	1	10	0	4	24
	% de delictes	16,7%	25,0%	16,7%	,0%	15,4%	16,6%
	Residu corregit	,0	,5	,0	-,4	-,2	
Personalitat (TP)	Freqüència	6	0	4	0	6	16
	% de delictes	11,1%	,0%	6,7%	,0%	23,1%	11,0%
	Residu corregit	,0	-,7	-,14	-,4	2,2	
Altres	Freqüència	3	1	11	1	6	22
	% de delictes	5,6%	25,0%	18,3%	100,0%	23,1%	15,2%
	Residu corregit	-2,5	,6	,9	2,4	1,2	
TMS + TP	Freqüència	8	1	4	0	3	16
	% de delictes	14,8%	25,0%	6,7%	,0%	11,5%	11,0%
	Residu corregit	1,1	,9	-,14	-,4	,1	
TMS + altres	Freqüència	12	0	1	0	2	15
	% de delictes	22,2%	,0%	1,7%	,0%	7,7%	10,3%
	Residu corregit	3,6	-,7	-,29	-,3	-,5	
TP + altres	Freqüència	7	0	10	0	2	19
	% de delictes	13,0%	,0%	16,7%	,0%	7,7%	13,1%
	Residu corregit	,0	-,8	1,1	-,4	-,9	
TMS + TP + Altres	Freqüència	9	1	20	0	3	33
	% de delictes	16,7%	25,0%	33,3%	,0%	11,5%	22,8%
	Residu corregit	-1,3	,1	2,6	-,5	-,15	
Total	Freqüència	54	4	60	1	26	145
	% de delictes	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Mesures simètriques:				Valor		Sig. aproximada	
Phi				0,508			
V de Cramer				0,254		0,040	

Taula A6. Permisos

Tipus de diagnòstic rebut		Permisos de sortida?		Total
		No	Sí	
Severs (TMS)	Freqüència	35	10	45
	% de permisos sortida	27,1%	12,0%	21,2%
	Residu corregit	2,6	-2,6	
Personalitat (TP)	Freqüència	17	6	23
	% de permisos sortida	13,2%	7,2%	10,8%
	Residu corregit	1,4	-1,4	
Altres	Freqüència	12	19	31
	% de permisos sortida	9,3%	22,9%	14,6%
	Residu corregit	-2,7	2,7	
TMS + TP	Freqüència	14	8	22
	% de permisos sortida	10,9%	9,6%	10,4%
	Residu corregit	,3	-,3	
TMS + altres	Freqüència	13	11	24
	% de permisos sortida	10,1%	13,3%	11,3%
	Residu corregit	-,7	,7	
TP + altres	Freqüència	17	12	29
	% de permisos sortida	13,2%	14,5%	13,7%
	Residu corregit	-,3	,3	
TMS + TP + altres	Freqüència	21	17	38
	% de permisos sortida	16,3%	20,5%	17,9%
	Residu corregit	-,8	,8	
Total	Freqüència	129	83	212
	% de permisos sortida	100,0%	100,0%	100,0%
Mesures simètriques:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,262		0,024
V de Cramer		0,262		

Taula A7. Accés a 3r grau (règim obert)

Tipus de diagnòstic rebut	Accés a 3r grau?		Total	
	No	Sí		
Severs (TMS)	Freqüència	40	3	43
	% d'accés a 3r grau	23,7%	8,8%	21,2%
	Residu corregit	1,9	-1,9	
Personalitat (TP)	Freqüència	20	2	22
	% d'accés a 3r grau	11,8%	5,9%	10,8%
	Residu corregit	1,0	-1,0	
Altres	Freqüència	18	12	30
	% d'accés a 3r grau	10,7%	35,3%	14,8%
	Residu corregit	-3,7	3,7	
TMS + TP	Freqüència	20	2	22
	% d'accés a 3r grau	11,8%	5,9%	10,8%
	Residu corregit	1,0	-1,0	
TMS + altres	Freqüència	19	3	22
	% d'accés a 3r grau	11,2%	8,8%	10,8%
	Residu corregit	,4	-,4	
TP + altres	Freqüència	24	4	28
	% d'accés a 3r grau	14,2%	11,8%	13,8%
	Residu corregit	,4	-,4	
TMS + TP + altres	Freqüència	28	8	36
	% d'accés a 3r grau	16,6%	23,5%	17,7%
	Residu corregit	-1,0	1,0	
Total	Freqüència	169	34	203
	% d'accés a 3r grau	100,0%	100,0%	100,0%
Mesures simètriques:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,293		0,008
V de Cramer		0,293		

TAULES A8 a A31: COMPARACIÓ DE VARIABLES SEGONS TINGUI O NO DIAGNÒSTIC DE MALALTIA MENTAL

Taula A8. Gènere

Té diagnòstic?		Gènere		Total
		Home	Dona	
Sense diagnòstic	Freqüència	118	8	126
	% de gènere	36,5%	42,1%	36,8%
	Residu corregit	-,5	,5	
Amb diagnòstic	Freqüència	205	11	216
	% de gènere	63,5%	57,9%	63,2%
	Residu corregit	,5	-,5	
Total	Freqüència	323	19	342
	% de gènere	100,0%	100,0%	100,0%
Mesures simètriques:		Valor		Sig. aproximada
Phi		-0,026		
V de Cramer		0,026		0,625

Taula A9. Nacionalitat

Té diagnòstic?		Nacionalitat		Total
		Espanyol	Estranger	
Sense diagnòstic	Freqüència	91	35	126
	% de nacionalitat	34,1%	47,3%	37,0%
	Residu corregit	-2,1	2,1	
Amb diagnòstic	Freqüència	176	39	215
	% de nacionalitat	65,9%	52,7%	63,0%
	Residu corregit	2,1	-2,1	
Total	Freqüència	267	74	341
	% de nacionalitat	100,0%	100,0%	100,0%
Mesures simètriques:		Valor		Sig. aproximada
Phi		-0,113		
V de Cramer		0,113		0,037

Taula A10. Retard mental

Té diagnòstic?		Retard mental		Total
		No	Sí	
Sense diagnòstic	Freqüència	30	3	33
	% de retard mental	19,5%	7,9%	17,2%
	Residu corregit	1,7	-1,7	
Amb diagnòstic	Freqüència	124	35	159
	% de retard mental	80,5%	92,1%	82,8%
	Residu corregit	-1,7	1,7	
Total	Freqüència	154	38	192
	% de retard mental	100,0%	100,0%	100,0%
Mesures simètriques:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,122		
V de Cramer		0,122		0,090

Taula A11. Disminució psíquica diagnosticada?

Té diagnòstic?		Disminució psíquica diagnosticada		Total
		No	Sí	
Sense diagnòstic	Freqüència	30	1	31
	% disminució psíquica	19,5%	3,7%	17,1%
	Residu corregit	2,0	-2,0	
Amb diagnòstic	Freqüència	124	26	150
	% disminució psíquica	80,5%	96,3%	82,9%
	Residu corregit	-2,0	2,0	
Total	Freqüència	154	27	181
	% disminució psíquica	100,0%	100,0%	100,0%
Mesures simètriques:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,149		0,045
V de Cramer		0,149		

Taula A12. Incapacitació legal?

Té diagnòstic?†		Incapacitació legal?		Total
		No	Sí	
Sense diagnòstic	Freqüència	31	0	31
	% de incapacitació legal	18,3%	,0%	17,6%
	Residu corregit	1,2	-1,2	
Amb diagnòstic	Freqüència	138	7	145
	% de incapacitació legal	81,7%	100,0%	82,4%
	Residu corregit	-1,2	1,2	
Total	Freqüència	169	7	176
	% de incapacitació legal	100,0%	100,0%	100,0%
Mesures simètriques:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,094		0,212
V de Cramer		0,094		

Taula A13. Consum de tòxics actualment?

Té diagnòstic?		Consum de tòxics actual?		Total
		No	Sí	
Sense diagnòstic	Freqüència	11	19	30
	% de consum actual	19,3%	24,4%	22,2%
	Residu corregit	-,7	,7	
Amb diagnòstic	Freqüència	46	59	105
	% de consum actual	80,7%	75,6%	77,8%
	Residu corregit	,7	-,7	
Total	Freqüència	57	78	135
	% de consum actual	100,0%	100,0%	100,0%
Mesures simètriques:		Valor		Sig. aproximada
Phi		-0,060		0,485
V de Cramer		0,060		

Taula A14. Pren drogues via parenteral?

Té diagnòstic?		Drogues via parenteral?		Total
		No	Sí	
Sense diagnòstic	Freqüència	54	31	85
	% de via parenteral	30,5%	34,4%	31,8%
	Residu corregit	-,7	,7	
Amb diagnòstic	Freqüència	123	59	182
	% de via parenteral	69,5%	65,6%	68,2%
	Residu corregit	,7	-,7	
Total	Freqüència	177	90	267
	% de via parenteral	100,0%	100,0%	100,0%
Mesures simètriques:		Valor		Sig. aproximada
Phi		-0,040		0,514
V de Cramer		0,040		

Taula A15. Ingressos penitenciaris anteriors?

Té diagnòstic?		Ingressos penitenciaris anteriors?		Total
		No	Sí	
Sense diagnòstic	Freqüència	64	60	124
	% ingressos anteriors	43,5%	32,1%	37,1%
	Residu corregit	2,2	-2,2	
Amb diagnòstic	Freqüència	83	127	210
	% ingressos anteriors	56,5%	67,9%	62,9%
	Residu corregit	-2,2	2,2	
Total	Freqüència	147	187	334
	% ingressos anteriors	100,0%	100,0%	100,0%
Mesures simètriques:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,154		0,048
V de Cramer		0,154		

Taula A16. Delicte principal pena base

Té diagnòstic?		Delicte principal pena base					Total
		c. persones	c. llib. sexual	c. propietat	c. drogues	altres	
Sense diagnòstic	Freqüència	51	6	43	8	18	126
	% de delicte	39,2%	22,2%	31,9%	47,1%	56,3%	37,0%
	Residu corregit	,7	-1,7	-1,6	,9	2,4	
Amb diagnòstic	Freqüència	79	21	92	9	14	215
	% de delicte	60,8%	77,8%	68,1%	52,9%	43,8%	63,0%
	Residu corregit	-,7	1,7	1,6	-,9	-2,4	
Total	Freqüència	130	27	135	17	32	341
	% de delicte	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Mesures simètriques:		Valor					Sig. aproximada
Phi		0,173					0,038
V de Cramer		0,173					

Taula A17. Delicte violent a la pena base

Té diagnòstic?		Delicte violent a la pena base		Total
		No violent	Violent	
Sense diagnòstic	Freqüència	62	64	126
	% de delicte violent	43,4%	32,2%	36,8%
	Residu corregit	2,1	-2,1	
Amb diagnòstic	Freqüència	81	135	216
	% de delicte violent	56,6%	67,8%	63,2%
	Residu corregit	-2,1	2,1	
Total	Freqüència	143	199	342
	% de delicte violent	100,0%	100,0%	100,0%
Mesures simètriques:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,114		
V de Cramer		0,114		0,034

Taula A18. Classificacions en 1r grau

Té diagnòstic?		Classificacions en 1r grau?		Total
		No	Sí	
Sense diagnòstic	Freqüència	110	16	126
	% 1r grau	39,0%	26,7%	36,8%
	Residu corregit	1,8	-1,8	
Amb diagnòstic	Freqüència	172	44	216
	% 1r grau	61,0%	73,3%	63,2%
	Residu corregit	-1,8	1,8	
Total	Freqüència	282	60	342
	% 1r grau	100,0%	100,0%	100,0%
Mesures simètriques:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,157		
V de Cramer		0,157		0,136

Taula A19. Ha fet sortides programades amb educador?

Té diagnòstic?		Sortides programades?		Total
		No	Sí	
Sense diagnòstic	Freqüència	112	10	122
	% de sortides	42,3%	14,1%	36,3%
	Residu corregit	4,4	-4,4	
Amb diagnòstic	Freqüència	153	61	214
	% de sortides	57,7%	85,9%	63,7%
	Residu corregit	-4,4	4,4	
Total	Freqüència	265	71	336
	% de sortides	100,0%	100,0%	100,0%
Mesures simètriques:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,239		
V de Cramer		0,239		0,000

Taula A20. Ha gaudit de permisos de sortida de la presó?

Té diagnòstic?		Permisos de sortida?		Total
		No	Sí	
Sense diagnòstic	Freqüència	95	30	125
	% de permisos	42,4%	26,5%	37,1%
	Residu corregit	2,8	-2,8	
Amb diagnòstic	Freqüència	129	83	212
	% de permisos	57,6%	73,5%	62,9%
	Residu corregit	-2,8	2,8	
Total	Freqüència	224	113	337
	% de permisos	100,0%	100,0%	100,0%
Mesures simètriques:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,155		
V de Cramer		0,155		0,004

Taula A21. Ha protagonitzat incidents durant els permisos?

Té diagnòstic?		Ha protagonitzat incidents durant els permisos					Total
		No	Sí, no retorn	Sí, nou delicte	Sí, retard	Sí, consum	
Sense diagnòstic	Freqüència	29	7	2	0	3	41
	% d'incident	28,4%	58,3%	40,0%	,0%	37,5%	31,5%
	Residu corregit	-1,5	2,1	,4	-1,2	,4	
Amb diagnòstic	Freqüència	73	5	3	3	5	89
	% d'incident	71,6%	41,7%	60,0%	100,0%	62,5%	68,5%
	Residu corregit	1,5	-2,1	-,4	1,2	-,4	
Total	Freqüència	102	12	5	3	8	130
	% d'incident	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Mesures simètriques:		Valor				Sig. aproximada	
Phi		0,217					
V de Cramer		0,217				0,190	

Taula A22. Ha accedit al 3r grau? (règim obert)

Té diagnòstic?		Accés al règim obert		Total
		No	Sí	
Sense diagnòstic	Freqüència	103	16	119
	% d'accés 3r grau	37,9%	32,0%	37,0%
	Residu corregit	0,8	-0,8	
Amb diagnòstic	Freqüència	169	34	203
	% d'accés 3r grau	62,1%	68,0%	63,0%
	Residu corregit	-0,8	0,8	
Total	Freqüència	272	50	322
	% d'accés 3r grau	100,0%	100,0%	100,0%
Mesures simètriques:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,044		
V de Cramer		0,044		0,430

Taula A23. Ha accedit a la llibertat condicional?

Té diagnòstic?		Accés a la llibertat condicional		Total
		No	Sí	
Sense diagnòstic	Freqüència	108	4	112
	% llibertat condicional	36,6%	36,4%	36,6%
	Residu corregit	0,2	-0,2	
Amb diagnòstic	Freqüència	187	7	194
	% llibertat condicional	63,4%	63,6%	63,4%
	Residu corregit	-0,2	0,2	
Total	Freqüència	295	11	306
	% llibertat condicional	100,0%	100,0%	100,0%
Mesures simètriques:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,087		0,681
V de Cramer		0,087		

Taula A24. Acumula més causes delictives?

Té diagnòstic?		Acumula més causes delictives?		Total
		No	Sí	
Sense diagnòstic	Freqüència	73	53	126
	% de més causes	49,7%	27,2%	36,8%
	Residu corregit	4,3	-4,3	
Amb diagnòstic	Freqüència	74	142	216
	% de més causes	50,3%	72,8%	63,2%
	Residu corregit	-4,3	4,3	
Total	Freqüència	147	195	342
	% de més causes	100,0%	100,0%	100,0%
Mesures simètriques:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,247		0,000
V de Cramer		0,247		

Taula A25. Hàbits tòxics: alcohol

Té diagnòstic?		Hàbits tòxics: alcohol		Total
		No	Sí	
Sense diagnòstic	Freqüència	81	45	126
	% de consum alcohol	52,9%	23,8%	36,8%
	Residu corregit	5,6	-5,6	
Amb diagnòstic	Freqüència	72	144	216
	% de consum alcohol	47,1%	76,2%	63,2%
	Residu corregit	-5,6	5,6	
Total	Freqüència	153	189	342
	% de consum alcohol	100,0%	100,0%	100,0%
Mesures simètriques:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,300		0,000
V de Cramer		0,300		

Taula A26. Hàbits tòxics: cànnabis

Té diagnòstic?		Hàbits tòxics: cànnabis		Total
		No	Sí	
Sense diagnòstic	Freqüència	80	46	126
	% de consum cànnabis	46,5%	27,1%	36,8%
	Residu corregit	3,7	-3,7	
Amb diagnòstic	Freqüència	92	124	216
	% de consum cànnabis	53,5%	72,9%	63,2%
	Residu corregit	-3,7	3,7	
Total	Freqüència	172	170	342
	% de consum cànnabis	100,0%	100,0%	100,0%
Mesures simètriques:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,202		0,000
V de Cramer		0,202		

Taula A27. Hàbits tòxics: cocaïna

Té diagnòstic?		Hàbits tòxics: cocaïna		Total
		No	Sí	
Sense diagnòstic	Freqüència	80	46	126
	% de consum cocaïna	51,3%	24,7%	36,8%
	Residu corregit	5,1	-5,1	
Amb diagnòstic	Freqüència	76	140	216
	% de consum cocaïna	48,7%	75,3%	63,2%
	Residu corregit	-5,1	5,1	
Total	Freqüència	156	186	342
	% de consum cocaïna	100,0%	100,0%	100,0%
Mesures simètriques:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,274		0,000
V de Cramer		0,274		

Taula A28. Hàbits tòxics: heroïna

Té diagnòstic?		Hàbits tòxics: heroïna		Total
		No	Sí	
Sense diagnòstic	Freqüència	87	39	126
	% de consum heroïna	43,1%	27,9%	36,8%
	Residu corregit	2,9	-2,9	
Amb diagnòstic	Freqüència	115	101	216
	% de consum heroïna	56,9%	72,1%	63,2%
	Residu corregit	-2,9	2,9	
Total	Freqüència	202	140	342
	% de consum heroïna	100,0%	100,0%	100,0%
Mesures simètriques:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,155		0,004
V de Cramer		0,155		

Taula A29. Hàbits tòxics: drogues de disseny

Té diagnòstic?		Hàbits tòxics: drogues de disseny		Total
		No	Sí	
Sense diagnòstic	Freqüència	105	21	126
	% de drogues disseny	41,0%	24,4%	36,8%
	Residu corregit	2,8	-2,8	
Amb diagnòstic	Freqüència	151	65	216
	% de drogues disseny	59,0%	75,6%	63,2%
	Residu corregit	-2,8	2,8	
Total	Freqüència	256	86	342
	% de drogues disseny	100,0%	100,0%	100,0%
Mesures simètriques:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,149		0,006
V de Cramer		0,149		

Taula A30. Hàbits tòxics: abús de fàrmacs

Té diagnòstic?		Hàbits tòxics: abús de fàrmacs		Total
		No	Sí	
Sense diagnòstic	Freqüència	106	20	126
	% d'abús de fàrmacs	43,3%	20,6%	36,8%
	Residu corregit	3,9	-3,9	
Amb diagnòstic	Freqüència	139	77	216
	% d'abús de fàrmacs	56,7%	79,4%	63,2%
	Residu corregit	-3,9	3,9	
Total	Freqüència	245	97	342
	% d'abús de fàrmacs	100,0%	100,0%	100,0%
Mesures simètriques:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,212		0,000
V de Cramer		0,212		

Taula A31. Hàbits tòxics: inhalants

Té diagnòstic?		Hàbits tòxics: inhalants		Total
		No	Sí	
Sense diagnòstic	Freqüència	123	3	126
	% de consum inhalants	37,4%	23,1%	36,8%
	Residu corregit	1,0	-1,0	
Amb diagnòstic	Freqüència	206	10	216
	% de consum inhalants	62,6%	76,9%	63,2%
	Residu corregit	-1,0	1,0	
Total	Freqüència	329	13	342
	% de consum inhalants	100,0%	100,0%	100,0%
Mesures simètriques:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,057		0,294
V de Cramer		0,057		

Taula A32. Hàbits tòxics: altres

Té diagnòstic?		Hàbits tòxics: altres		Total
		No	Sí	
Sense diagnòstic	Freqüència	114	12	126
	% de consum d'altres	40,7%	19,4%	36,8%
	Residu corregit	3,2	-3,2	
Amb diagnòstic	Freqüència	166	50	216
	% de consum d'altres	59,3%	80,6%	63,2%
	Residu corregit	-3,2	3,2	
Total	Freqüència	280	62	342
	% de consum d'altres	100,0%	100,0%	100,0%
Mesures simètriques:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,171		
V de Cramer		0,171		0,002

TAULES A33 a A49: RELACIÓ ENTRE TIPUS DE DIAGNÒSTIC I CONSUM DE TÒXICS

Taula A33. Tipus de diagnòstic rebut i consum de tòxics: alcohol

Tipus de diagnòstic rebut		Hàbit tòxic: alcohol		Total
		No	Sí	
Severs (TMS)	Freqüència	22	24	46
	% de consum alcohol	14,4%	12,7%	13,5%
	Residu corregit	,5	-,5	
Personalitat (TP)	Freqüència	13	11	24
	% de consum alcohol	8,5%	5,8%	7,0%
	Residu corregit	1,0	-1,0	
Altres	Freqüència	8	23	31
	% de consum alcohol	5,2%	12,2%	9,1%
	Residu corregit	-2,2	2,2	
Sense diagnòstic	Freqüència	81	45	126
	% de consum alcohol	52,9%	23,8%	36,8%
	Residu corregit	5,6	-5,6	
TMS + TP	Freqüència	8	15	23
	% de consum alcohol	5,2%	7,9%	6,7%
	Residu corregit	-1,0	1,0	
TMS + altres	Freqüència	11	14	25
	% de consum alcohol	7,2%	7,4%	7,3%
	Residu corregit	-,1	,1	
TP + altres	Freqüència	6	23	29
	% de consum alcohol	3,9%	12,2%	8,5%
	Residu corregit	-2,7	2,7	
TMS + TP + altres	Freqüència	4	34	38
	% de consum alcohol	2,6%	18,0%	11,1%
	Residu corregit	-4,5	4,5	
Total	Freqüència	153	189	342
	% de consum alcohol	100,0%	100,0%	100,0%
Mesures simètriques:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,385		
V de Cramer		0,385		0,000

Taula A34. Tipus de diagnòstic rebut i consum de tòxics: cànnabis

Tipus de diagnòstic rebut		Hàbit tòxic: cànnabis		Total
		No	Sí	
Severs (TMS)	Freqüència	22	24	46
	% de consum cànnabis	12,8%	14,1%	13,5%
	Residu corregit	-,4	,4	
Personalitat (TP)	Freqüència	10	14	24
	% de consum cànnabis	5,8%	8,2%	7,0%
	Residu corregit	-,9	,9	
Altres	Freqüència	16	15	31
	% de consum cànnabis	9,3%	8,8%	9,1%
	Residu corregit	,2	-,2	
Sense diagnòstic	Freqüència	80	46	126
	% de consum cànnabis	46,5%	27,1%	36,8%
	Residu corregit	3,7	-3,7	
TMS + TP	Freqüència	9	14	23
	% de consum cànnabis	5,2%	8,2%	6,7%
	Residu corregit	-1,1	1,1	
TMS + altres	Freqüència	16	9	25
	% de consum cànnabis	9,3%	5,3%	7,3%
	Residu corregit	1,4	-1,4	
TP + altres	Freqüència	11	18	29
	% de consum cànnabis	6,4%	10,6%	8,5%
	Residu corregit	-1,4	1,4	
TMS + TP + altres	Freqüència	8	30	38
	% de consum cànnabis	4,7%	17,6%	11,1%
	Residu corregit	-3,8	3,8	
Total	Freqüència	172	170	342
	% de consum cànnabis	100,0%	100,0%	100,0%
Mesures simètriques:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,283		
V de Cramer		0,283		0,000

Taula A35. Tipus de diagnòstic rebut i consum de tòxics: cocaïna

Tipus de diagnòstic rebut		Hàbit tòxic: cocaïna		Total
		No	Sí	
Severs (TMS)	Freqüència	26	20	46
	% de consum cocaïna	16,7%	10,8%	13,5%
	Residu corregit	1,6	-1,6	
Personalitat (TP)	Freqüència	9	15	24
	% de consum cocaïna	5,8%	8,1%	7,0%
	Residu corregit	-,8	,8	
Altres	Freqüència	9	22	31
	% de consum cocaïna	5,8%	11,8%	9,1%
	Residu corregit	-1,9	1,9	
Sense diagnòstic	Freqüència	80	46	126
	% de consum cocaïna	51,3%	24,7%	36,8%
	Residu corregit	5,1	-5,1	
TMS + TP	Freqüència	8	15	23
	% de consum cocaïna	5,1%	8,1%	6,7%
	Residu corregit	-1,1	1,1	
TMS + altres	Freqüència	13	12	25
	% de consum cocaïna	8,3%	6,5%	7,3%
	Residu corregit	,7	-,7	
TP + altres	Freqüència	5	24	29
	% de consum cocaïna	3,2%	12,9%	8,5%
	Residu corregit	-3,2	3,2	
TMS + TP + altres	Freqüència	6	32	38
	% de consum cocaïna	3,8%	17,2%	11,1%
	Residu corregit	-3,9	3,9	
Total	Freqüència	156	186	342
	% de consum cocaïna	100,0%	100,0%	100,0%
Mesures simètriques:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,371		0,000
V de Cramer		0,371		

Taula A36. Tipus de diagnòstic rebut i consum de tòxics: heroïna

Tipus de diagnòstic rebut		Hàbit tòxic: heroïna		Total
		No	Sí	
Severs (TMS)	Freqüència	35	11	46
	% de consum heroïna	17,3%	7,9%	13,5%
	Residu corregit	2,5	-2,5	
Personalitat (TP)	Freqüència	10	14	24
	% de consum heroïna	5,0%	10,0%	7,0%
	Residu corregit	-1,8	1,8	
Altres	Freqüència	15	16	31
	% de consum heroïna	7,4%	11,4%	9,1%
	Residu corregit	-1,3	1,3	
Sense diagnòstic	Freqüència	87	39	126
	% de consum heroïna	43,1%	27,9%	36,8%
	Residu corregit	2,9	-2,9	
TMS + TP	Freqüència	10	13	23
	% de consum heroïna	5,0%	9,3%	6,7%
	Residu corregit	-1,6	1,6	
TMS + altres	Freqüència	17	8	25
	% de consum heroïna	8,4%	5,7%	7,3%
	Residu corregit	,9	-,9	
TP + altres	Freqüència	15	14	29
	% de consum heroïna	7,4%	10,0%	8,5%
	Residu corregit	-,8	,8	
TMS + TP + altres	Freqüència	13	25	38
	% de consum heroïna	6,4%	17,9%	11,1%
	Residu corregit	-3,3	3,3	
Total	Freqüència	202	140	342
	% de consum heroïna	100,0%	100,0%	100,0%
Mesures simètriques:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,290		0,000
V de Cramer		0,290		

Taula A37. Tipus de diagnòstic rebut i consum de tòxics: drogues de disseny

Tipus de diagnòstic rebut		Hàbit tòxic: drogues de disseny		Total
		No	Sí	
Severs (TMS)	Freqüència	37	9	46
	% de drogues disseny	14,5%	10,5%	13,5%
	Residu corregit	,9	-,9	
Personalitat (TP)	Freqüència	16	8	24
	% de drogues disseny	6,3%	9,3%	7,0%
	Residu corregit	-1,0	1,0	
Altres	Freqüència	26	5	31
	% de drogues disseny	10,2%	5,8%	9,1%
	Residu corregit	1,2	-1,2	
Sense diagnòstic	Freqüència	105	21	126
	% de drogues disseny	41,0%	24,4%	36,8%
	Residu corregit	2,8	-2,8	
TMS + TP	Freqüència	13	10	23
	% de drogues disseny	5,1%	11,6%	6,7%
	Residu corregit	-2,1	2,1	
TMS + altres	Freqüència	21	4	25
	% de drogues disseny	8,2%	4,7%	7,3%
	Residu corregit	1,1	-1,1	
TP + altres	Freqüència	20	9	29
	% de drogues disseny	7,8%	10,5%	8,5%
	Residu corregit	-,8	,8	
TMS + TP + altres	Freqüència	18	20	38
	% de drogues disseny	7,0%	23,3%	11,1%
	Residu corregit	-4,1	4,1	
Total	Freqüència	256	86	342
	% de drogues disseny	100,0%	100,0%	100,0%
Mesures simètriques:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,290		
V de Cramer		0,290		0,000

Taula A38. Tipus de diagnòstic rebut i consum de tòxics: abús de fàrmacs

Tipus de diagnòstic rebut		Hàbit tòxic: abús de fàrmacs		Total
		No	Sí	
Severs (TMS)	Freqüència	38	8	46
	% d'abús de fàrmacs	15,5%	8,2%	13,5%
	Residu corregit	1,8	-1,8	
Personalitat (TP)	Freqüència	16	8	24
	% d'abús de fàrmacs	6,5%	8,2%	7,0%
	Residu corregit	-,6	,6	
Altres	Freqüència	18	13	31
	% d'abús de fàrmacs	7,3%	13,4%	9,1%
	Residu corregit	-1,8	1,8	
Sense diagnòstic	Freqüència	106	20	126
	% d'abús de fàrmacs	43,3%	20,6%	36,8%
	Residu corregit	3,9	-3,9	
TMS + TP	Freqüència	13	10	23
	% d'abús de fàrmacs	5,3%	10,3%	6,7%
	Residu corregit	-1,7	1,7	
TMS + altres	Freqüència	17	8	25
	% d'abús de fàrmacs	6,9%	8,2%	7,3%
	Residu corregit	-,4	,4	
TP + altres	Freqüència	18	11	29
	% d'abús de fàrmacs	7,3%	11,3%	8,5%
	Residu corregit	-1,2	1,2	
TMS + TP + altres	Freqüència	19	19	38
	% d'abús de fàrmacs	7,8%	19,6%	11,1%
	Residu corregit	-3,1	3,1	
Total	Freqüència	245	97	342
	% d'abús de fàrmacs	100,0%	100,0%	100,0%
Mesures simètriques:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,288		0,000
V de Cramer		0,288		

Taula A39. Tipus de diagnòstic rebut i consum de tòxics: inhalants

Tipus de diagnòstic rebut		Hàbit tòxic: inhalants		Total
		No	Sí	
Severs (TMS)	Freqüència	44	2	46
	% de consum inhalants	13,4%	15,4%	13,5%
	Residu corregit	-,2	,2	
Personalitat (TP)	Freqüència	23	1	24
	% de consum inhalants	7,0%	7,7%	7,0%
	Residu corregit	-,1	,1	
Altres	Freqüència	28	3	31
	% de consum inhalants	8,5%	23,1%	9,1%
	Residu corregit	-1,8	1,8	
Sense diagnòstic	Freqüència	123	3	126
	% de consum inhalants	37,4%	23,1%	36,8%
	Residu corregit	1,0	-1,0	
TMS + TP	Freqüència	22	1	23
	% de consum inhalants	6,7%	7,7%	6,7%
	Residu corregit	-,1	,1	
TMS + altres	Freqüència	23	2	25
	% de consum inhalants	7,0%	15,4%	7,3%
	Residu corregit	-1,1	1,1	
TP + altres	Freqüència	29	0	29
	% de consum inhalants	8,8%	,0%	8,5%
	Residu corregit	1,1	-1,1	
TMS + TP + altres	Freqüència	37	1	38
	% de consum inhalants	11,2%	7,7%	11,1%
	Residu corregit	,4	-,4	
Total	Freqüència	329	13	342
	% de consum inhalants	100,0%	100,0%	100,0%
Mesures simètriques:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,134		0,519
V de Cramer		0,134		

Taula A40. Tipus de diagnòstic rebut i consum de tòxics: altres

Tipus de diagnòstic rebut		Hàbit tòxic: altres		Total
		No	Sí	
Severs (TMS)	Freqüència	41	5	46
	% de consum d'altres	14,6%	8,1%	13,5%
	Residu corregit	1,4	-1,4	
Personalitat (TP)	Freqüència	21	3	24
	% de consum d'altres	7,5%	4,8%	7,0%
	Residu corregit	,7	-,7	
Altres	Freqüència	25	6	31
	% de consum d'altres	8,9%	9,7%	9,1%
	Residu corregit	-,2	,2	
Sense diagnòstic	Freqüència	114	12	126
	% de consum d'altres	40,7%	19,4%	36,8%
	Residu corregit	3,2	-3,2	
TMS + TP	Freqüència	15	8	23
	% de consum d'altres	5,4%	12,9%	6,7%
	Residu corregit	-2,1	2,1	
TMS + altres	Freqüència	21	4	25
	% de consum d'altres	7,5%	6,5%	7,3%
	Residu corregit	,3	-,3	
TP + altres	Freqüència	21	8	29
	% de consum d'altres	7,5%	12,9%	8,5%
	Residu corregit	-1,4	1,4	
TMS + TP + altres	Freqüència	22	16	38
	% de consum d'altres	7,9%	25,8%	11,1%
	Residu corregit	-4,1		
Total	Freqüència	280	62	342
	% de consum d'altres	100,0%	100,0%	100,0%
Mesures simètriques:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,293		
V de Cramer		0,293		0,000

TAULES A41 a A49: COMPARACIÓ ENTRE DELICTE COMÈS I CONSUM DE TÒXICS. (NOMÉS INTERNS A PRESÓ)

Taula A41. Relació entre delictes comès i hàbit tòxic: alcohol

Delictes principals pena base (agrupats)		Hàbit tòxic: alcohol		Total
		No	Sí	
Contra les persones	Freqüència	63	67	130
	% de consum alcohol	41,4%	35,4%	38,1%
	Residu corregit	1,1	-1,1	
Contra la llibertat sexual	Freqüència	8	19	27
	% de consum alcohol	5,3%	10,1%	7,9%
	Residu corregit	-1,6	1,6	
Contra la propietat	Freqüència	50	85	135
	% de consum alcohol	32,9%	45,0%	39,6%
	Residu corregit	-2,3	2,3	
Drogues	Freqüència	10	7	17
	% de consum alcohol	6,6%	3,7%	5,0%
	Residu corregit	1,2	-1,2	
Altres	Freqüència	21	11	32
	% de consum alcohol	13,8%	5,8%	9,4%
	Residu corregit	2,5	-2,5	
Total	Freqüència	152	189	341
	% de consum alcohol	100,0%	100,0%	100,0%
Mesures simètriques:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,199		0,009
V de Cramer		0,199		

Taula A42. Relació entre delictes comès i hàbit tòxic: cànnabis

Delictes principals pena base (agrupats)		Hàbit tòxic: cànnabis		Total
		No	Sí	
Contra les persones	Freqüència	75	55	130
	% de consum cànnabis	43,9%	32,4%	38,1%
	Residu corregit	2,2	-2,2	
Contra la llibertat sexual	Freqüència	13	14	27
	% de consum cànnabis	7,6%	8,2%	7,9%
	Residu corregit	-,2	,2	
Contra la propietat	Freqüència	53	82	135
	% de consum cànnabis	31,0%	48,2%	39,6%
	Residu corregit	-3,3	3,3	
Drogues	Freqüència	9	8	17
	% de consum cànnabis	5,3%	4,7%	5,0%
	Residu corregit	,2	-,2	
Altres	Freqüència	21	11	32
	% de consum cànnabis	12,3%	6,5%	9,4%
	Residu corregit	1,8	-1,8	
Total	Freqüència	171	170	341
	% de consum cànnabis	100,0%	100,0%	100,0%
Mesures simètriques:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,192		0,014
V de Cramer		0,192		

Taula A43. Relació entre delictes comès i hàbit tòxic: cocaïna

Delictes principals pena base (agrupats)		Hàbit tòxic: cocaïna		Total
		No	Sí	
Contra les persones	Freqüència	73	57	130
	% de consum cocaïna	47,1%	30,6%	38,1%
	Residu corregit	3,1	-3,1	
Contra la llibertat sexual	Freqüència	15	12	27
	% de consum cocaïna	9,7%	6,5%	7,9%
	Residu corregit	1,1	-1,1	
Contra la propietat	Freqüència	40	95	135
	% de consum cocaïna	25,8%	51,1%	39,6%
	Residu corregit	-4,8	4,8	
Drogues	Freqüència	7	10	17
	% de consum cocaïna	4,5%	5,4%	5,0%
	Residu corregit	-4	,4	
Altres	Freqüència	20	12	32
	% de consum cocaïna	12,9%	6,5%	9,4%
	Residu corregit	2,0	-2,0	
Total	Freqüència	155	186	341
	% de consum cocaïna	100,0%	100,0%	100,0%
Mesures simètriques:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,269		0,000
V de Cramer		0,269		

Taula A44. Relació entre delictes comès i hàbit tòxic: heroïna

Delictes principals pena base (agrupats)		Hàbit tòxic: heroïna		Total
		No	Sí	
Contra les persones	Freqüència	89	41	130
	% de consum heroïna	44,3%	29,3%	38,1%
	Residu corregit	2,8	-2,8	
Contra la llibertat sexual	Freqüència	18	9	27
	% de consum heroïna	9,0%	6,4%	7,9%
	Residu corregit	,9	-,9	
Contra la propietat	Freqüència	56	79	135
	% de consum heroïna	27,9%	56,4%	39,6%
	Residu corregit	-5,3	5,3	
Drogues	Freqüència	10	7	17
	% de consum heroïna	5,0%	5,0%	5,0%
	Residu corregit	,0	,0	
Altres	Freqüència	28	4	32
	% de consum heroïna	13,9%	2,9%	9,4%
	Residu corregit	3,4	-3,4	
Total	Freqüència	201	140	341
	% de consum heroïna	100,0%	100,0%	100,0%
Mesures simètriques:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,313		0,000
V de Cramer		0,313		

Taula A45. Relació entre delictes comès i hàbit tòxic: drogues de disseny

Delictes principals pena base (agrupats)		Hàbit tòxic: drogues de disseny		Total
		No	Sí	
Contra les persones	Freqüència	102	28	130
	% de drogues disseny	40,0%	32,6%	38,1%
	Residu corregit	1,2	-1,2	
Contra la llibertat sexual	Freqüència	21	6	27
	% de drogues disseny	8,2%	7,0%	7,9%
	Residu corregit	,4	-,4	
Contra la propietat	Freqüència	93	42	135
	% de drogues disseny	36,5%	48,8%	39,6%
	Residu corregit	-2,0	2,0	
Drogues	Freqüència	11	6	17
	% de drogues disseny	4,3%	7,0%	5,0%
	Residu corregit	-1,0	1,0	
Altres	Freqüència	28	4	32
	% de drogues disseny	11,0%	4,7%	9,4%
	Residu corregit	1,7	-1,7	
Total	Freqüència	255	86	341
	% de drogues disseny	100,0%	100,0%	100,0%
Mesures simètriques:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,145		
V de Cramer		0,145		0,125

Taula A46. Relació entre delictes comès i hàbit tòxic: abús de fàrmacs

Delictes principals pena base (agrupats)		Hàbit tòxic: abús de fàrmacs		Total
		No	Sí	
Contra les persones	Freqüència	102	28	130
	% d'abús de fàrmacs	41,8%	28,9%	38,1%
	Residu corregit	2,2	-2,2	
Contra la llibertat sexual	Freqüència	21	6	27
	% d'abús de fàrmacs	8,6%	6,2%	7,9%
	Residu corregit	,7	-,7	
Contra la propietat	Freqüència	79	56	135
	% d'abús de fàrmacs	32,4%	57,7%	39,6%
	Residu corregit	-4,3	4,3	
Drogues	Freqüència	14	3	17
	% d'abús de fàrmacs	5,7%	3,1%	5,0%
	Residu corregit	1,0	-1,0	
Altres	Freqüència	28	4	32
	% d'abús de fàrmacs	11,5%	4,1%	9,4%
	Residu corregit	2,1	-2,1	
Total	Freqüència	244	97	341
	% d'abús de fàrmacs	100,0%	100,0%	100,0%
Mesures simètriques:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,241		
V de Cramer		0,241		0,001

Taula A47. Relació entre delictes comès i hàbit tòxic: inhalants

Delictes principals pena base (agrupats)		Hàbit tòxic: inhalants		Total
		No	Sí	
Contra les persones	Freqüència	128	2	130
	% consum d'inhalants	39,0%	15,4%	38,1%
	Residu corregit	1,7	-1,7	
Contra la llibertat sexual	Freqüència	26	1	27
	% consum d'inhalants	7,9%	7,7%	7,9%
	Residu corregit	,0	,0	
Contra la propietat	Freqüència	125	10	135
	% consum d'inhalants	38,1%	76,9%	39,6%
	Residu corregit	-2,8	2,8	
Drogues	Freqüència	17	0	17
	% consum d'inhalants	5,2%	,0%	5,0%
	Residu corregit	,8	-,8	
Altres	Freqüència	32	0	32
	% consum d'inhalants	9,8%	,0%	9,4%
	Residu corregit	1,2	-1,2	
Total	Freqüència	328	13	341
	% consum d'inhalants	100,0%	100,0%	100,0%
Mesures simètriques:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,158		0,074
V de Cramer		0,158		

Taula A48. Relació entre delictes comès i hàbit tòxic: altres

Delictes principals pena base (agrupats)		Hàbit tòxic: altres		Total
		No	Sí	
Contra les persones	Freqüència	112	18	130
	% de consum d'altres	40,1%	29,0%	38,1%
	Residu corregit	1,6	-1,6	
Contra la llibertat sexual	Freqüència	22	5	27
	% de consum d'altres	7,9%	8,1%	7,9%
	Residu corregit	,0	,0	
Contra la propietat	Freqüència	102	33	135
	% de consum d'altres	36,6%	53,2%	39,6%
	Residu corregit	-2,4	2,4	
Drogues	Freqüència	15	2	17
	% de consum d'altres	5,4%	3,2%	5,0%
	Residu corregit	,7	-,7	
Altres	Freqüència	28	4	32
	% de consum d'altres	10,0%	6,5%	9,4%
	Residu corregit	,9	-,9	
Total	Freqüència	279	62	341
	% de consum d'altres	100,0%	100,0%	100,0%
Mesures simètriques:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,137		0,173
V de Cramer		0,137		

Taula A49. Relació entre delictes comès i hàbit tòxic: consum de drogues via parenteral

Delictes principals pena base (agrupats)		Consum via parenteral		Total
		No	Sí	
Contra les persones	Freqüència	77	24	101
	% de via parenteral	43,5%	26,7%	37,8%
	Residu corregit	2,7	-2,7	
Contra la llibertat sexual	Freqüència	18	2	20
	% de via parenteral	10,2%	2,2%	7,5%
	Residu corregit	2,3	-2,3	
Contra la propietat	Freqüència	56	54	110
	% de via parenteral	31,6%	60,0%	41,2%
	Residu corregit	-4,5	4,5	
Drogues	Freqüència	9	6	15
	% de via parenteral	5,1%	6,7%	5,6%
	Residu corregit	-,5	,5	
Altres	Freqüència	17	4	21
	% de via parenteral	9,6%	4,4%	7,9%
	Residu corregit	1,5	-1,5	
Total	Freqüència	177	90	267
	% de via parenteral	100,0%	100,0%	100,0%
Mesures simètriques:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,296		0,000
V de Cramer		0,296		

TAULES A50 a A68: COMPARACIÓ ENTRE INTERNS SOTMESOS A MESURES DE SEGURETAT I INTERNS INGRESSATS A PSIQUIATRIA DE PRESONS

Taula A50. Gènere

Gènere		Grup d'estudi		Total
		Presó	Mesures de seguretat	
Home	Freqüència	323	273	596
	% de grup d'estudi	94,4%	88,6%	91,7%
	Residu corregit	2,7	-2,7	
Dona	Freqüència	19	35	54
	% de grup d'estudi	5,6%	11,4%	8,3%
	Residu corregit	-2,7	2,7	
Total	Freqüència	342	308	650
	% de grup d'estudi	100,0%	100,0%	100,0%
Mesures simètriques:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,105		0,007
V de Cramer		0,105		

Taula A51. Nacionalitat

Nacionalitat		Grup d'estudi		Total
		Presó	Mesures de seguretat	
Espanyol	Freqüència	267	286	553
	% de grup d'estudi	78,3%	93,8%	85,6%
	Residu corregit	-5,6	5,6	
Estranger	Freqüència	74	19	93
	% de grup d'estudi	21,7%	6,2%	14,4%
	Residu corregit	5,6	-5,6	
Total	Freqüència	341	305	646
	% de grup d'estudi	100,0%	100,0%	100,0%
Mesures simètriques:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,220		0,000
V de Cramer		0,220		

Taula A52. Retard mental?

Retard mental?		Grup d'estudi		Total
		Presó	Mesures de seguretat	
No	Freqüència	154	180	334
	% de grup d'estudi	80,2%	79,3%	79,7%
	Residu corregit	,2	-,2	
Sí	Freqüència	38	47	85
	% de grup d'estudi	19,8%	20,7%	20,3%
	Residu corregit	-,2	,2	
Total	Freqüència	192	227	419
	% de grup d'estudi	100,0%	100,0%	100,0%
Mesures simètriques:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,011		0,817
V de Cramer		0,011		

Taula A53. Disminució psíquica diagnosticada?

Disminució psíquica diagnosticada?		Grup d'estudi		Total
		Presó	Mesures de seguretat	
No	Freqüència	154	156	310
	% de grup d'estudi	85,1%	77,2%	80,9%
	Residu corregit	2,0	-2,0	
Sí	Freqüència	27	46	73
	% de grup d'estudi	14,9%	22,8%	19,1%
	Residu corregit	-2,0	2,0	
Total	Freqüència	181	202	383
	% de grup d'estudi	100,0%	100,0%	100,0%
Mesures simètriques:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,100		0,051
V de Cramer		0,100		

Taula A54. Incapacitació legal?

Incapacitació legal?		Grup d'estudi		Total
		Presó	Mesures de seguretat	
No	Freqüència	169	158	327
	% de grup d'estudi	96,0%	83,6%	89,6%
	Residu corregit	3,9	-3,9	
Sí	Freqüència	7	31	38
	% de grup d'estudi	4,0%	16,4%	10,4%
	Residu corregit	-3,9	3,9	
Total	Freqüència	176	189	365
	% de grup d'estudi	100,0%	100,0%	100,0%
Mesures simètriques:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,203		0,000
V de Cramer		0,203		

Taula A55. Consum de tòxics actualment?

Consum de tòxics en actiu?		Grup d'estudi		Total
		Presó	Mesures de seguretat	
No	Freqüència	57	130	187
	% de grup d'estudi	42,2%	72,2%	59,4%
	Residu corregit	-5,4	5,4	
Sí	Freqüència	78	50	128
	% de grup d'estudi	57,8%	27,8%	40,6%
	Residu corregit	5,4	-5,4	
Total	Freqüència	135	180	315
	% de grup d'estudi	100,0%	100,0%	100,0%
Mesures simètriques:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,302		0,000
V de Cramer		0,302		

Taula A56. Es té en compte la malaltia mental en sentència judicial?

Conseqüència malaltia mental en sentència?		Grup d'estudi		Total
		Presó	Mesures de seguretat	
No	Freqüència	92	9	101
	% de grup d'estudi	55,1%	3,2%	22,5%
	Residu corregit	12,7	-12,7	
Sí, com a atenuant	Freqüència	23	14	37
	% de grup d'estudi	13,8%	5,0%	8,3%
	Residu corregit	3,3	-3,3	
Sí, com a eximent incomplet	Freqüència	38	104	142
	% de grup d'estudi	22,8%	37,0%	31,7%
	Residu corregit	-3,1	3,1	
Sí, com a eximent complet	Freqüència	10	151	161
	% de grup d'estudi	6,0%	53,7%	35,9%
	Residu corregit	-10,2	10,2	
Sí, com a altres	Freqüència	3	3	6
	% de grup d'estudi	1,8%	1,1%	1,3%
	Residu corregit	,6	-,6	
Total	Freqüència	166	281	447
	% de grup d'estudi	100,0%	100,0%	100,0%
Mesures simètriques:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,685		0,000
V de Cramer		0,685		

Taula A57. Pren drogues via parenteral?

Drogues via parenteral		Grup d'estudi		Total
		Presó	Mesures de seguretat	
No	Freqüència	177	200	377
	% de grup d'estudi	66,3%	89,7%	76,9%
	Residu corregit	-6,1	6,1	
Sí	Freqüència	90	23	113
	% de grup d'estudi	33,7%	10,3%	23,1%
	Residu corregit	6,1	-6,1	
Total	Freqüència	267	223	490
	% de grup d'estudi	100,0%	100,0%	100,0%
Mesures simètriques:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,277		0,000
V de Cramer		0,277		

Taula A58. Ingressos penitenciaris anteriors?

Ingressos penitenciaris anteriors?		Grup d'estudi		Total
		Presó	Mesures de seguretat	
No	Freqüència	147	98	245
	% de grup d'estudi	44,0%	57,0%	48,4%
	Residu corregit	-2,8	2,8	
Sí, un	Freqüència	57	36	93
	% de grup d'estudi	17,1%	20,9%	18,4%
	Residu corregit	-1,1	1,1	
Sí, dos	Freqüència	40	8	48
	% de grup d'estudi	12,0%	4,7%	9,5%
	Residu corregit	2,7	-2,7	
Sí, tres o més	Freqüència	90	30	120
	% de grup d'estudi	26,9%	17,4%	23,7%
	Residu corregit	2,4	-2,4	
Total	Freqüència	334	172	506
	% de grup d'estudi	100,0%	100,0%	100,0%
Mesures simètriques:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,176		0,001
V de Cramer		0,176		

Taula A59. Delicte principal pena base

Delicte principal pena base		Grup d'estudi		Total
		Presó	Mesures de seguretat	
Contra les persones	Freqüència	130	168	298
	% de grup d'estudi	38,1%	55,1%	46,1%
	Residu corregit	-4,3	4,3	
Contra la llibertat sexual	Freqüència	27	19	46
	% de grup d'estudi	7,9%	6,2%	7,1%
	Residu corregit	,8	-,8	
Contra la propietat	Freqüència	135	81	216
	% de grup d'estudi	39,6%	26,6%	33,4%
	Residu corregit	3,5	-3,5	
Drogues	Freqüència	17	2	19
	% de grup d'estudi	5,0%	,7%	2,9%
	Residu corregit	3,3	-3,3	
Altres delictes	Freqüència	32	35	67
	% de grup d'estudi	9,4%	11,5%	10,4%
	Residu corregit	-,9	,9	
Total	Freqüència	341	305	646
	% de grup d'estudi	100,0%	100,0%	100,0%
Mesures simètriques:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,215		0,000
V de Cramer		0,215		

Taula A60. Delicte violent a la pena base

Delicte violent		Grup d'estudi		Total
		Presó	Mesures de seguretat	
No violent	Freqüència	143	104	247
	% de grup d'estudi	41,8%	33,8%	38,0%
	Residu corregit	2,1	-2,1	
Sí violent	Freqüència	199	204	403
	% de grup d'estudi	58,2%	66,2%	62,0%
	Residu corregit	-2,1	2,1	
Total	Freqüència	342	308	650
	% de grup d'estudi	100,0%	100,0%	100,0%
Mesures simètriques:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,083		0,035
V de Cramer		0,083		

Taula A61. Hàbits tòxics: alcohol

Consum d'alcohol		Grup d'estudi		Total
		Presó	Mesures de seguretat	
No	Freqüència	153	184	337
	% de grup d'estudi	44,7%	59,7%	51,8%
	Residu corregit	-3,8	3,8	
Sí	Freqüència	189	124	313
	% de grup d'estudi	55,3%	40,3%	48,2%
	Residu corregit	3,8	-3,8	
Total	Freqüència	342	308	650
	% de grup d'estudi	100,0%	100,0%	100,0%
Mesures simètriques:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,150		0,000
V de Cramer		0,150		

Taula A62. Hàbits tòxics: cànnabis

Consum de cànnabis		Grup d'estudi		Total
		Presó	Mesures de seguretat	
No	Freqüència	172	198	370
	% de grup d'estudi	50,3%	64,3%	56,9%
	Residu corregit	-3,6	3,6	
Sí	Freqüència	170	110	280
	% de grup d'estudi	49,7%	35,7%	43,1%
	Residu corregit	3,6	-3,6	
Total	Freqüència	342	308	650
	% de grup d'estudi	100,0%	100,0%	100,0%
Mesures simètriques:		Valor		Sig. aproximada
Phi		-0,141		0,000
V de Cramer		0,141		

Taula A63. Hàbits tòxics: cocaïna

Consum de cocaïna		Grup d'estudi		Total
		Presó	Mesures de seguretat	
No	Freqüència	156	233	389
	% de grup d'estudi	45,6%	75,6%	59,8%
	Residu corregit	-7,8	7,8	
Sí	Freqüència	186	75	261
	% de grup d'estudi	54,4%	24,4%	40,2%
	Residu corregit	7,8	-7,8	
Total	Freqüència	342	308	650
	% de grup d'estudi	100,0%	100,0%	100,0%
Mesures simètriques:		Valor		Sig. aproximada
Phi		-0,306		0,000
V de Cramer		0,306		

Taula A64. Hàbits tòxics: heroïna

Consum d'heroïna		Grup d'estudi		Total
		Presó	Mesures de seguretat	
No	Freqüència	202	270	472
	% de grup d'estudi	59,1%	87,7%	72,6%
	Residu corregit	-8,2	8,2	
Sí	Freqüència	140	38	178
	% de grup d'estudi	40,9%	12,3%	27,4%
	Residu corregit	8,2	-8,2	
Total	Freqüència	342	308	650
	% de grup d'estudi	100,0%	100,0%	100,0%
Mesures simètriques:		Valor		Sig. aproximada
Phi		-0,320		0,000
V de Cramer		0,320		

Taula A65. Hàbits tòxics: drogues de disseny

Consum de drogues de disseny		Grup d'estudi		Total
		Presó	Mesures de seguretat	
No	Freqüència	256	270	526
	% de grup d'estudi	74,9%	87,7%	80,9%
	Residu corregit	-4,1	4,1	
Sí	Freqüència	86	38	124
	% de grup d'estudi	25,1%	12,3%	19,1%
	Residu corregit	4,1	-4,1	
Total	Freqüència	342	308	650
	% de grup d'estudi	100,0%	100,0%	100,0%
Mesures simètriques:		Valor		Sig. aproximada
Phi		-0,163		0,000
V de Cramer		0,163		

Taula A66. Hàbits tòixics: abús de fàrmacs

Abús de fàrmacs		Grup d'estudi		Total
		Presó	Mesures de seguretat	
No	Freqüència	245	268	513
	% de grup d'estudi	71,6%	87,0%	78,9%
	Residu corregit	-4,8	4,8	
Sí	Freqüència	97	40	137
	% de grup d'estudi	28,4%	13,0%	21,1%
	Residu corregit	4,8	-4,8	
Total	Freqüència	342	308	650
	% de grup d'estudi	100,0%	100,0%	100,0%
Mesures simètriques:		Valor		Sig. aproximada
Phi		-0,188		0,000
V de Cramer		0,188		

Taula A67. Hàbits tòixics: inhalants

Consum d'inhalants		Grup d'estudi		Total
		Presó	Mesures de seguretat	
No	Freqüència	329	305	634
	% de grup d'estudi	96,2%	99,0%	97,5%
	Residu corregit	-2,3	2,3	
Sí	Freqüència	13	3	16
	% de grup d'estudi	3,8%	1,0%	2,5%
	Residu corregit	2,3	-2,3	
Total	Freqüència	342	308	650
	% de grup d'estudi	100,0%	100,0%	100,0%
Mesures simètriques:		Valor		Sig. aproximada
Phi		-0,091		0,020
V de Cramer		0,091		

Taula A68. Hàbits tòixics: altres

Consum d'altres		Grup d'estudi		Total
		Presó	Mesures de seguretat	
No	Freqüència	280	272	552
	% de grup d'estudi	81,9%	88,3%	84,9%
	Residu corregit	-2,3	2,3	
Sí	Freqüència	62	36	98
	% de grup d'estudi	18,1%	11,7%	15,1%
	Residu corregit	2,3	-2,3	
Total	Freqüència	342	308	650
	% de grup d'estudi	100,0%	100,0%	100,0%
Mesures simètriques:		Valor		Sig. aproximada
Phi		-0,090		0,022
V de Cramer		0,090		

TAULES A69 a A78: COMPARACIÓ ENTRE DELICTE COMÈS I CONSUM DE TÒXICS (NOMÉS INTERNS AMB MESURES DE SEGURETAT)

Taula A69. Relació entre delictes comès i hàbit tòxic: alcohol

Delictes principals pena base (agrupats)		Hàbit tòxic: alcohol		Total
		No	Sí	
Contra les persones	Freqüència	105	63	168
	% de consum d'alcohol	58,3%	50,8%	55,3%
	Residu corregit	1,3	-1,3	
Contra la llibertat sexual	Freqüència	8	10	18
	% de consum d'alcohol	4,4%	8,1%	5,9%
	Residu corregit	-1,3	1,3	
Contra la propietat	Freqüència	46	35	81
	% de consum d'alcohol	25,6%	28,2%	26,6%
	Residu corregit	-5	,5	
Drogues	Freqüència	1	1	2
	% de consum d'alcohol	,6%	,8%	,7%
	Residu corregit	-,3	,3	
Altres	Freqüència	20	15	35
	% de consum d'alcohol	11,1%	12,1%	11,5%
	Residu corregit	-,3	,3	
Total	Freqüència	180	124	304
	% de consum d'alcohol	100,0%	100,0%	100,0%
Mesures simètriques:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,094		0,608
V de Cramer		0,094		

Taula A70. Relació entre delictes comès i hàbit tòxic: cànnabis

Delictes principals pena base (agrupats)		Hàbit tòxic: cànnabis		Total
		No	Sí	
Contra les persones	Freqüència	111	57	168
	% de consum cànnabis	57,2%	51,8%	55,3%
	Residu corregit	,9	-,9	
Contra la llibertat sexual	Freqüència	13	5	18
	% de consum cànnabis	6,7%	4,5%	5,9%
	Residu corregit	,8	-,8	
Contra la propietat	Freqüència	47	34	81
	% de consum cànnabis	24,2%	30,9%	26,6%
	Residu corregit	-1,3	1,3	
Drogues	Freqüència	0	2	2
	% de consum cànnabis	,0%	1,8%	,7%
	Residu corregit	-1,9	1,9	
Altres	Freqüència	23	12	35
	% de consum cànnabis	11,9%	10,9%	11,5%
	Residu corregit	,2	-,2	
Total	Freqüència	194	110	304
	% de consum cànnabis	100,0%	100,0%	100,0%
Mesures simètriques:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,137		0,224
V de Cramer		0,137		

Taula A71. Relació entre delictes comès i hàbit tòxic: cocaïna

Delictes principals pena base (agrupats)		Hàbit tòxic: cocaïna		Total
		No	Sí	
Contra les persones	Freqüència	131	37	168
	% de consum cocaïna	57,2%	49,3%	55,3%
	Residu corregit	1,2	-1,2	
Contra la llibertat sexual	Freqüència	13	5	18
	% de consum cocaïna	5,7%	6,7%	5,9%
	Residu corregit	-,3	,3	
Contra la propietat	Freqüència	55	26	81
	% de consum cocaïna	24,0%	34,7%	26,6%
	Residu corregit	-1,8	1,8	
Drogues	Freqüència	0	2	2
	% de consum cocaïna	,0%	2,7%	,7%
	Residu corregit	-2,5	2,5	
Altres	Freqüència	30	5	35
	% de consum cocaïna	13,1%	6,7%	11,5%
	Residu corregit	1,5	-1,5	
Total	Freqüència	229	75	304
	% de consum cocaïna	100,0%	100,0%	100,0%
Mesures simètriques:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,193		0,024
V de Cramer		0,193		

Taula A72. Relació entre delictes comès i hàbit tòxic: heroïna

Delictes principals pena base (agrupats)		Hàbit tòxic: heroïna		Total
		No	Sí	
Contra les persones	Freqüència	152	16	130
	% de consum heroïna	57,1%	42,1%	38,1%
	Residu corregit	1,7	-1,7	
Contra la llibertat sexual	Freqüència	15	3	27
	% de consum heroïna	5,6%	7,9%	7,9%
	Residu corregit	-,6	,6	
Contra la propietat	Freqüència	66	15	135
	% de consum heroïna	24,8%	39,5%	39,6%
	Residu corregit	-1,9	1,9	
Drogues	Freqüència	2	0	17
	% de consum heroïna	,8%	,0%	5,0%
	Residu corregit	,5	-,5	
Altres	Freqüència	31	4	32
	% de consum heroïna	11,7%	10,5%	9,4%
	Residu corregit	,2	-,2	
Total	Freqüència	266	38	341
	% de consum heroïna	100,0%	100,0%	100,0%
Mesures simètriques:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,124		0,325
V de Cramer		0,124		

Taula A73. Relació entre delictes comès i hàbit tòxic: drogues de disseny

Delictes principals pena base (agrupats)		Hàbit tòxic: drogues de disseny		Total
		No	Sí	
Contra les persones	Freqüència	147	21	168
	% de drogues disseny	55,3%	55,3%	55,3%
	Residu corregit	,0	,0	
Contra la llibertat sexual	Freqüència	15	3	18
	% de drogues disseny	5,6%	7,9%	5,9%
	Residu corregit	-,6	,6	
Contra la propietat	Freqüència	70	11	81
	% de drogues disseny	26,3%	28,9%	26,6%
	Residu corregit	-,3	,3	
Drogues	Freqüència	1	1	2
	% de drogues disseny	,4%	2,6%	,7%
	Residu corregit	-1,6	1,6	
Altres	Freqüència	33	2	35
	% de drogues disseny	12,4%	5,3%	11,5%
	Residu corregit	1,3	-1,3	
Total	Freqüència	266	38	304
	% de drogues disseny	100,0%	100,0%	100,0%
Mesures simètriques:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,121		
V de Cramer		0,121		0,352

Taula A74. Relació entre delictes comès i hàbit tòxic: abús de fàrmacs

Delictes principals pena base (agrupats)		Hàbit tòxic: abús de fàrmacs		Total
		No	Sí	
Contra les persones	Freqüència	152	16	168
	% d'abús de fàrmacs	57,6%	40,0%	55,3%
	Residu corregit	2,1	-2,1	
Contra la llibertat sexual	Freqüència	17	1	18
	% d'abús de fàrmacs	6,4%	2,5%	5,9%
	Residu corregit	1,0	-1,0	
Contra la propietat	Freqüència	61	20	81
	% d'abús de fàrmacs	23,1%	50,0%	26,6%
	Residu corregit	-3,6	3,6	
Drogues	Freqüència	2	0	2
	% d'abús de fàrmacs	,8%	,0%	,7%
	Residu corregit	,6	-,6	
Altres	Freqüència	32	3	35
	% d'abús de fàrmacs	12,1%	7,5%	11,5%
	Residu corregit	,9	-,9	
Total	Freqüència	264	40	304
	% d'abús de fàrmacs	100,0%	100,0%	100,0%
Mesures simètriques:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,209		
V de Cramer		0,209		0,010

Taula A75. Relació entre delictes comès i hàbit tòxic: inhalants

Delictes principals pena base (agrupats)		Hàbit tòxic: inhalants		Total
		No	Sí	
Contra les persones	Freqüència	167	1	168
	% consum d'inhalants	55,5%	33,3%	55,3%
	Residu corregit	,8	-,8	
Contra la llibertat sexual	Freqüència	17	1	18
	% consum d'inhalants	5,6%	33,3%	5,9%
	Residu corregit	-2,0	2,0	
Contra la propietat	Freqüència	80	1	81
	% consum d'inhalants	26,6%	33,3%	26,6%
	Residu corregit	-,3	,3	
Drogues	Freqüència	2	0	2
	% consum d'inhalants	,7%	,0%	,7%
	Residu corregit	,1	-,1	
Altres	Freqüència	35	0	35
	% consum d'inhalants	11,6%	,0%	11,5%
	Residu corregit	,6	-,6	
Total	Freqüència	301	3	304
	% consum d'inhalants	100,0%	100,0%	100,0%
Mesures simètriques:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,122		0,339
V de Cramer		0,122		

Taula A76. Relació entre delictes comès i hàbit tòxic: altres

Delictes principals pena base (agrupats)		Hàbit tòxic: altres		Total
		No	Sí	
Contra les persones	Freqüència	150	18	168
	% de consum d'altres	56,0%	50,0%	55,3%
	Residu corregit	,7	-,7	
Contra la llibertat sexual	Freqüència	16	2	18
	% de consum d'altres	6,0%	5,6%	5,9%
	Residu corregit	,1	-,1	
Contra la propietat	Freqüència	69	12	81
	% de consum d'altres	25,7%	33,3%	26,6%
	Residu corregit	-1,0	1,0	
Drogues	Freqüència	1	1	2
	% de consum d'altres	,4%	2,8%	,7%
	Residu corregit	-1,7	1,7	
Altres	Freqüència	32	3	35
	% de consum d'altres	11,9%	8,3%	11,5%
	Residu corregit	,6	-,6	
Total	Freqüència	268	36	304
	% de consum d'altres	100,0%	100,0%	100,0%
Mesures simètriques:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,115		0,400
V de Cramer		0,115		

Taula A77. Relació entre delictes comès i hàbit tòxic: consum de drogues via parenteral

Delictes principals pena base (agrupats)		Consum via parenteral		Total
		No	Sí	
Contra les persones	Freqüència	109	12	121
	% de via parenteral	54,8%	52,2%	54,5%
	Residu corregit	,2	-,2	
Contra la llibertat sexual	Freqüència	13	0	13
	% de via parenteral	6,5%	,0%	5,9%
	Residu corregit	1,3	-1,3	
Contra la propietat	Freqüència	51	10	61
	% de via parenteral	25,6%	43,5%	27,5%
	Residu corregit	-1,8	1,8	
Drogues	Freqüència	1	0	1
	% de via parenteral	,5%	,0%	,5%
	Residu corregit	,3	-,3	
Altres	Freqüència	25	1	26
	% de via parenteral	12,6%	4,3%	11,7%
	Residu corregit	1,2	-1,2	
Total	Freqüència	199	23	222
	% de via parenteral	100,0%	100,0%	100,0%
Mesures simètriques:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,153		0,265
V de Cramer		0,153		

Taula A78. Relació entre delictes comès i hàbit tòxic: consum actual de tòxics

Delictes principals pena base (agrupats)		Consum actual de tòxics		Total
		No	Sí	
Contra les persones	Freqüència	71	23	94
	% de consum actual	54,6%	46,0%	52,2%
	Residu corregit	1,0	-1,0	
Contra la llibertat sexual	Freqüència	12	3	15
	% de consum actual	9,2%	6,0%	8,3%
	Residu corregit	,7	-,7	
Contra la propietat	Freqüència	32	18	50
	% de consum actual	24,6%	36,0%	27,8%
	Residu corregit	-1,5	1,5	
Drogues	Freqüència	2	0	2
	% de consum actual	1,5%	,0%	1,1%
	Residu corregit	,9	-,9	
Altres	Freqüència	13	6	19
	% de consum actual	10,0%	12,0%	10,6%
	Residu corregit	-,4	,4	
Total	Freqüència	130	50	180
	% de consum actual	100,0%	100,0%	100,0%
Mesures simètriques:		Valor		Sig. aproximada
Phi		0,141		0,469
V de Cramer		0,141		

Annex 2

**Plantilla de recollida de dades
(dels expedients dels interns
penitenciaris i dels sotmesos a
mesures de seguretat)**

(Part quantitativa de la recerca)

18. Relació malaltia mental/ delicte	0	No
	1	Sí
	9	Es desconeixia
19. Conseqüència malaltia en la sentència	0	No
	1	Sí com atenuant
	2	Sí com eximent incompleta
	3	Sí, com eximent completa
	4	Sí, (definir) _____
5	Es considera que no ha influït en la comissió del delicte	
20. Proposta del jutge/ forense respecte situació penal, processal i salut mental		
21. Data primer ingrès en unitat específica psiquiàtrica		
22. Nombre d'ingressos a Infermeria / Unitat psiquiàtrica		
23. Total de dies ingressat a Infermeria / Unitat psiquiàtrica		
24. Rep medicació per la malaltia?	0	No
	1	Antidepressius
	2	Antipsicòtics
	3	Ansiolítics
	4	Malaltia orgànica
5	Altres (definir) _____	
25.1 Hàbits tòxics	0	No
	1	Alcohol
	2	cannabis
	3	cocaïna
	4	heroïna
	5	drogues de disseny
	6	fàrmacs
	7	combinada
	8	policonsumidor
9	No consta	
25. 2 Drogues via parenteral?	0	No
	1	Sí
26. Any inici consum tòxic		
28. Consum actual?	0	No
	1	Sí
29. Causa efecte drogues/ salut mental	0	No
	1	Sí
	2	Probablement
30. Relació drogues amb delicte actual	0	No
	1	Sí
	2	Probablement
31. Ingressos anteriors?	0	No
	1	Sí, un
	2	Sí, dos
	3	Sí, tres o més
32. Temps de compliment presó anterior pena base	0	Cap
	1	Menys de 2 anys
	2	Entre 2 i 5 anys
	3	Més de 5 anys
33. Data primer ingrès a la presó		

34. Delicte principal pena base	Veure annex 5			
35. Data delicte pena base				
36 Temps de condemna anys, mesos i dies				
37 Altres CP per on ha passat pel compliment de la pena base <i>joves, Homes BCN, UHPP, Quatre camins, Ponent, Brians, Girona, Tarragona, Figueres, Dones BCN</i>	0	No		
	1	Sí, un		
	2	Sí, dos		
	3	Sí, tres o més		
38. Data ingrès pena base				
39. Classificació inicial	1	Primer grau		
	2	Segon grau		
	3	Tercer grau		
	4	Internament judicial		
	5	Preventiu		
	6	Mesura de seguretat		
	7	Altres (definir) _____		
40. Nombre de classificacions diferents				
41. Nombre d'ubicacions diferents				
42. Ubicacions diferents	1	Mòduls/galeries presons comuns		
	2	Mòduls/galeries presos perillosos		
	3	Mòduls/ galeries presos especial protecció		
	4	Mòduls/galeries tipus DERT		
	5	Mòduls/galeries psiquiatria		
	6	Mòduls/galeries tipus DAE		
	7	Mòduls/galeries obert 3r grau		
	8	altres (definir _____)		
	9	NC		
43. Nombre de regressions				
44. Classificació en 1r grau				
45. Nombre d'activitats que fa				
46. Tipus d'activitat que fa, nombre i dies		Activitat	n	dies
	0	No en fa		
	1	ASC		
	2	Operari i aux. oficina		
	3	Educació reglada		
	4	Program. específic tractament		
	5	educació física i esports		
	6	formació ocupacional		
	7	Altres(definir _____)		
9	NC			
47. Ha gaudit de permisos?	0	No		
	1	Sí, ordinari		
	2	Sí, extraordinari		
	3	Sí, ambdós		

FULL 2

48. Ha protagonitzat algun incident en els permisos de sortida?	0	No
	1	Sí, no retorn
	2	Sí, nou delictes
	3	Sí, retard en la reincorporació
49. Ha fet sortides programades?	4	Altres (definir) _____
	0	No
	1	Sí, entre una i tres al llarg del darrer any
	2	Sí, més de tres en el darrer any

50. Nombre total incidents				
----------------------------	--	--	--	--

51. Nombre total faltes				
-------------------------	--	--	--	--

52. Nombre total sancions				
---------------------------	--	--	--	--

53. Incident 1	Veure annex 6				
54. Tipus de falta	Veure annex 7				
55. Sanció	Veure annex 8				

53. Incident 2	Veure annex 6				
54. Tipus de falta	Veure annex 7				
55. Sanció	Veure annex 8				

53. Incident 3	Veure annex 6				
54. Tipus de falta	Veure annex 7				
55. Sanció	Veure annex 8				

53. Incident 4	Veure annex 6				
54. Tipus de falta	Veure annex 7				
55. Sanció	Veure annex 8				

53. Incident 5	Veure annex 6				
54. Tipus de falta	Veure annex 7				
55. Sanció	Veure annex 8				

53. Incident 6	Veure annex 6				
54. Tipus de falta	Veure annex 7				
55. Sanció	Veure annex 8				

53. Incident 7	Veure annex 6				
54. Tipus de falta	Veure annex 7				
55. Sanció	Veure annex 8				

56. Ha accedit al 3r grau?	1	No té dret
	2	Té dret però no ha accedit
	3	Sí, art.82
	4	Sí, art.83
	5	Sí art.104.4
	6	Sí, art.182
	7	Sí, art.86.4
	9	Sí, no consta
	57. Ha accedit a la llibertat condicional?	1
2		No té dret per no estar en 3r grau
3		Compleix condicions però no ha accedit
4		LLC 2/3
5		LLC3/4

58. Acumula més causes a la pena base?	0	No
	1	Sí, una
	2	Sí, dos
	3	Sí, tres o més

59.1 Altres delictes acumulats pena base	Veure annex 5				
59.2 Altres delictes acumulats pena base					
59.3 Altres delictes acumulats pena base					
59.4 Altres delictes acumulats pena base					
59.5 Altres delictes acumulats pena base					

(Només mesures de seguretat)	1	Compleix a presó perquè no hi ha recurs socio sanitari adient
	2	No compleix i passa a presó
60. Compleix la mesura de seguretat?	3	No compleix i no va a presó
	4	Compleix
	5	Pendent iniciar/finalitzar
61. Lloc de la sortida?	1	Domicili familiar
	2	Centre crònics
	3	Tutelat per Fundació
	4	Fugida
	5	Carrer
	9	Es desconeix on va

Annex 3

Primer qüestionari tècnica

Delphi

Salut mental i execució penal (l'opinió dels professionals)

(Part qualitativa de la recerca)

RECERCA SOBRE SALUT MENTAL I MEDI PENITENCIARI

La recerca centra les preguntes que formula en aquest qüestionari en:

- **els trastorns mentals severos** (esquizofrènia, paranoia, trastorn depressiu major recurrent, trastorn bipolar, trastorns límits de personalitat, etc.)
- **els trastorns de la personalitat greus** (mode de comportament profundament arrelat i permanent, que consisteix en reaccions inflexibles a situacions personals i socials de molt diversa naturalesa. Suposen desviacions extremes o significatives de les percepcions, dels pensaments, de les sensacions i en particular de les relacions de l'entorn. CIE-10 (OMS))

0. Algunes dades personals seves:

Edat: _____	Gènere: <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Dona
Professió:	<input type="checkbox"/> Psiquiatra <input type="checkbox"/> Infermer/a <input type="checkbox"/> Educador <input type="checkbox"/> Pedagóg
	<input type="checkbox"/> Psicòleg <input type="checkbox"/> Metge <input type="checkbox"/> Treball social <input type="checkbox"/> Jutge
	<input type="checkbox"/> Càrrec de comandament <input type="checkbox"/> Professor universitari
	<input type="checkbox"/> Altres (especificar)
Anys d'experiència: _____	

PREGUNTES GENÈRIQUES

1. L'especialitat de psiquiatria es troba en alguns centres penitenciaris d'algunes Comunitats Autònomes però en d'altres aquesta atenció psiquiàtrica la dispensa la Xarxa Sociosanitària comuna a tota la població.

Quina creu que hauria de ser la tendència en els propers 10 anys en el treball amb problemàtica psiquiàtrica a les presons? **Marqui l'opció** que més s'ajusti a la seva opinió.

- Cada cop més s'utilitzarà personal i estructures de la xarxa sociosanitària comuna a tota la població, fora de la presó
- Cada cop més s'especialitzarà la intervenció dins dels Centres Penitenciaris (CP) amb personal propi
- Cada cop hi haurà més serveis externalitzats que s'ocupin dins de presó d'aquestes persones, mitjançant convenis amb l'Administració
- Cada cop es desenvoluparà externament a la presó Unitats Psiquiàtriques que combinin les mesures de seguretat del CP amb les de tractament dels Hospitals Psiquiàtrics
- Cap d'aquestes, sinó que (definir) _____

2. Molts estudis concorden a afirmar que les prevalences de problemes de trastorns mentals són molt més altes a les presons que en el conjunt de la població general. **Assenyali el seu grau d'acord** respecte al paper que els centres penitenciaris juguen en l'agreujament/alleugeriment dels problemes de salut mental. **Afegeixi**, si ho estima oportú, les afirmacions que millor responguin a la seva opinió en les caselles en blanc

Gens d'acord		Totalment d'acord			AFIRMACIÓ
1	2	3	4	5	
					L'entrada a la presó és una bona ocasió per conèixer i tractar trastorns mentals greus de persones que d'una altra manera no es tractarien
					Moltes de les persones que es troben ingressades a CP amb problemes de trastorns mentals haurien d'estar en centres sanitaris específics
					Quan una persona ha comès un delicte i té un trastorn de personalitat, el millor lloc per tractar-lo és un CP
					El marc contenidor de la presó permet la detecció ràpida de les patologies i la intervenció en situacions de crisi
					L'entorn penitenciar i l'aplicació del reglament disciplinari creen dificultats importants per aconseguir un ambient terapèutic
					Les persones sotmeses a <i>mesures de seguretat</i> acaben patint a la presó l'oblit dels responsables jurídics en totes les mesures relacionades en la seva sortida a l'exterior
					Molts malalts interrompen el tractament al sortir de la presó atès que a la sortida no es pot garantir un seguiment estret de la xarxa de salut mental comunitària
					En els CP se solen manifestar malalties mentals en els encarcerats que abans no existien i/o s'agregen simptomatologies lleus

3.-El Comitè de Ministres del Consell d'Europa en la seva Recomanació R(98) 7 respecte a les persones amb problemes de salut mental a les presons alertava d'un seguit de problemes i riscos a tenir en compte. De tots ells **prioritzi** quines qüestions considera que són més preocupants en la situació actual de les presons.(1 poc preocupant/ 5 molt preocupant). **Assenyali 3 aspectes** claus per solventar alguna d'aquestes situacions

	Puntuació de valoració 1 a 5	Aspectes claus per solventar alguna d'aquestes situacions
Risc de suïcidi		
Problemes d'adaptació al medi penitenciari		
Derivats de la freqüent massificació dels CP		
Manca de privacitat i intimitat de l'intern malalt		
Poc personal per atendre'ls		
Deficitària formació del personal per atendre'ls		
Deficients condicions materials, higièniques		
Manca d'informació sobre el funcionament real del CP		
Arbitrarietat en l'aplicació dels Reglaments		
Aïllament perllongat o indefinit		
Mals tractes físics o psicològics		
Traslats arbitraris de presons		
Internaments en presons allunyades de l'àmbit familiar de l'intern		
Altres (especificar)		

4.- Respecte del total de població penitenciària, **quin percentatge creu** que hi ha de persones que pateixen:

	Percentatge estimat (dins de la població penitenciària)
Trastorns mentals severos	
Trastorns de la personalitat greus	

PREGUNTES SOBRE DETECCIÓ/ DIAGNÒSTIC

5. Marqui el percentatge que més s'ajusti al que cregui que passarà. **Marqui també** si la tendència augmentarà o disminuirà en els propers 10 anys

Quin percentatge total de persones encarcerades creu que estan sense diagnosticar al entrar en presó i que realment tenen o presenten problemes de salut mental greu?

Quin percentatge de condemnats creu que, tenen o presenten problemes de salut mental greu sense diagnosticar i no es recull en sentència?

Quin percentatge de persones creu que desenvolupen trastorns mentals o se'ls hi agreuja la simptomatologia degut al seu pas per la presó?

Situació actual			Previsió d'aquí a 10 anys		
Menys del 5%	Entre el 5% i el 10%	Més del 10%	Menys del 5%	Entre el 5% i el 10%	Més del 10%

6. Valori el seu grau d'acord respecte a les següents afirmacions relacionades amb els problemes per a la detecció/diagnòstic. **Afegixi**, si ho estima oportú, altres aspectes relacionats amb la detecció/diagnòstic.

Gens d'acord		Totalment d'acord			AFIRMACIÓ
1	2	3	4	5	
					Existeix una dificultat real per definir què és malaltia mental i què no ho és
					Hi ha una dificultat important per dur a terme diagnòstics psiquiàtrics precisos
					Manca una unitat pericial a la presó per ubicar correctament al pacient/intern
					El diagnòstic s'hauria de fer independentment de si és un penat o un preventiu
					En el cas que l'intern arribi tractat, es rep molt poca informació del recurs precedent malgrat que existeixin dades
					Es habitual que un pacient tingui més d'un diagnòstic diferent en cas que sigui atès per diferents professionals
					Els trastorns límits de personalitat són els més difícils de diagnosticar

7. Valori la importància o necessitat de les següents mesures, d'1 a 5 (1 = gens important, 5 = molt important), amb relació a l'exploració inicial dels reclusos sobre el seu estat de salut mental en el moment de la seva entrada a presó. **Assenyali amb una creu** si li consta o no que es duu a terme en algun CP.

MESURES A PRENDRE PEL DIAGNÒSTIC	Puntuació de valoració 1 a 5	Em consta que Sí es fa			Em costa que NO es fa	No ho sé
		1 cop	Cada any	Cada ½ any		
1. Protocol d'observació del comportament (enregistrat per sanitaris)	_____					
2. Protocol d'observació del comportament (enregistrat per altre personal que atengui el cas)	_____					
3. Proves escrites a complimentar per l'intern	_____					
4. Entrevista estructurada per un professional qualificat (dins de les primeres 24 h)	_____					
5. Realització de la història clínica (trastorns mentals, intents de suïcidi, abús de substàncies hospitalitzacions, medicació, etc.) (dins dels primers 15 dies)	_____					
6. Avaluació exhaustiva per un expert en salut mental amb l'objectiu de detectar possible patologia	_____					
7. Assegurar la col·laboració de les universitats per crear i validar sistemes operatius de diagnòstic ràpid de problemes greus	_____					
8. Formació del personal sobre diagnòstic perquè tothom utilitzi els protocols homogèniament	_____					
9. Tenir un protocol d'actuació estandarditzat que permeti seleccionar els casos més greus i que puguin requerir una intervenció immediata	_____					
10. Avaluar periòdicament que els instruments utilitzats funcionen per als fins previstos	_____					
11. L'avaluació inicial ha d'acabar amb un diagnòstic afinat i un pla d'intervenció preliminar	_____					
12. Altres (definir)	_____					
_____	_____					
_____	_____					
13. Altres (definir)	_____					
_____	_____					
_____	_____					

PREGUNTES SOBRE TRACTAMENT

8. A continuació li donem unes afirmacions referides a les dificultats en el tractament agrupant-les per temes. Li demanem que **manifesti** el seu **grau d'acord** i si té propostes de millora per a la intervenció, **les escrigui**.

Gens d'acord		Totalment d'acord			AFIRMACIÓ	Proposta de millora per a la intervenció
1	2	3	4	5		
1. ESTRUCTURALS						
					1) Quan parlem d'aquestes persones les hauríem d'anomenar pacients en lloc d'interns	<hr/>
					2) Caldria separar les persones afectades amb trastorns mentals en mòduls residencials específics	<hr/>
					3) Caldria que les condicions del mòdul on viuen estiguessin adaptades i pensades específicament a les seves necessitats	<hr/>
					4) Caldria que la resta d'activitats de la institució fossin compartides amb la resta d'interns del CP	<hr/>
					5)	<hr/>
2. MEDICACIÓ						
					1) Les persones amb poca consciència de malaltia tendeixen a posar més resistència a prendre's la medicació	<hr/>
					2) Quan incompleixen amb les preses de medicació cal atribuir-ho a la por dels interns a ser assenyalats pels seus companys com a persones dèbils	<hr/>
					3) Els efectes secundaris de la medicació els fa desistir de prendre-se-la	<hr/>
					4) El consum de tòxics, declarats o no, provoquen efectes emmascarats	<hr/>
					5) Hi ha poca eficàcia en l'administració correcta dels psicofàrmacs als mòduls ordinaris que fa que es perdi el control sobre qui s'ho pren i qui no	<hr/>
					6) La dispensació líquida dels psicofàrmacs als pacients no és la manera més adient d'administració del medicament	<hr/>
					7) L'Administració no utilitza gaire la medicació com a recurs per mantenir tranquil l'intern, l'ordre i la seguretat de l'establiment	<hr/>

					8)
--	--	--	--	--	----

3. PERSONAL

					1) En general, existeix poca empatia del funcionari de presons cap als malalts mentals
					2) El personal hauria de ser seleccionat amb un perfil específic que mostrés sensibilitat i motivació per entendre les limitacions dels malalts mentals
					3) El personal té dificultats per combinar les necessitats de seguretat amb les necessitats de tractament dels interns
					4) Els caps dels funcionaris i coordinadors de mòduls davant el conflicte tendeixen a fer prioritzar la part regimental per sobre de la sanitària
					5) La formació permanent del personal que està en contacte amb aquestes persones, hauria d'incloure formació específica (Defineixi quina)
					6) Hi ha una excessiva mobilitat en els equips professionals que impedeix la seva estabilitat i desenvolupament de projectes d'intervenció
					7) Hi ha manca de consciència d'equip i de coordinació interprofessional que impedeix el treball interdisciplinari entre tot el personal que està en contacte amb l'intern/pacient
					8)

4. ADAPTACIÓ A LA NORMATIVA PENITENCIÀRIA

					1) Costa discriminar entre la manca de capacitat per a seguir les normes i la manipulació de l'intern
					2) Caldria tenir Reglaments de Règim Intern adaptats als malalts mentals
					3) La part regimental té molt de pes en les presons petites que no tenen mòduls hospitalaris i això dificulta l'atenció terapèutica
					4). Les presons són massa grans per poder atendre correctament les necessitats dels malalts mentals
					5)

5. ACTIVITATS TERAPÈUTIQUES

				1) S'hauria de garantir un seguiment tutorial més gran que la resta, atesa la seva condició
				2) A Les persones que necessiten una vigilància permanent, cal assignar-los un pres de confiança, si manquen recursos humans
				3) Caldria que les activitats formatives, laborals, culturals d'esbarjo, etc., es fessin a part de la resta de persones ingressades a la presó
				4) És molt important treballar amb aquestes persones de manera molt conseqüent entre tots els professionals que intervenen (des del psiquiatra al vigilant de mòdul)
				5)

9. Amb relació al tractament a dur a terme amb els malalts mentals a la presó, ¿quins són al seu parer els punts clau de coordinació i relació que veu necessari consensuar entre els professionals sanitaris, els professionals de tractament i els professionals de seguretat? **Enuncii'ls de manera breu i valori** la seva importància, d'1 a 5 (1 = gens important; 5 = molt important)

Proposta professionals sanitaris	Valori 1 a 5
•	
•	
•	
•	
•	
Proposta professionals tractament	Valori 1 a 5
•	
•	
•	
•	
•	
Proposta professionals seguretat	Valori 1 a 5
•	
•	
•	
•	
•	

10. Protocols i registres:

Marqui quins d'aquests registres i protocols considera necessaris utilitzar en el treball amb els interns/pacients i, en cas de considerar-lo necessari, indiqui **amb quina periodicitat** caldria omplir-los o revisar-los.

Registres

	Periodicitat			
	No necessari	Diària	Setmanal	Mensual
Full control de psiquiatria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Full control de medicació	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Full control d'assistència	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Horari d'entrades i sortides del recurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Registre anecdòtic incidències	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intervenció tutorial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coordinacions amb recursos externs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altres (definir)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altres (definir)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Protocols

	Periodicitat revisió			
	No necessari	Única	Anual	> anual
Història clínica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Full resum diagnòstic trastorn mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protocol de dispensació medicació psicotròpica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protocol de dispensació metadona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protocol de derivació a recurs intern del CP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protocol d'acollida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protocol d'abordatge regressions/recaigudes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protocol prevenció suïcidis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protocol aïllament psiquiàtric	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protocol contenció mecànica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valoració del risc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altres (definir)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altres (definir)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PREGUNTES SOBRE DERIVACIÓ

11. Marqui el seu grau d'acord respecte als processos de derivació i d'informació a rebre/donar dels usuaris a l'anterior/següent recurs que atengui a aquestes persones. **Faci** propostes de millora

Gens d'acord		Totalment d'acord			AFIRMACIÓ	Proposta de millora
1	2	3	4	5		
					1) Normalment es rep informació estructurada on s'explica la problemàtica de trastorns que presenta aquesta persona i les pautes de tractament	
					2) Normalment es dona informació estructurada on s'explica la problemàtica de trastorns que presenta aquesta persona i les pautes de tractament	
					3) A l'hora de derivar un cas a un nou recurs costa molt saber quina informació és <i>traspasable</i> i quina informació hauria de quedar en l'esfera de la confidencialitat	

					4) Existeixen protocols clars respecte a la informació que és necessària rebre i/o donar per acceptar/ derivar un cas	
					5) La multiplicitat de disciplines professionals que intervenen és una dificultat a l'hora d'explicitar la informació rellevant a donar per escrit	
					6) No és necessari tenir informació prèvia atès que la forma de treballar del nostre recurs no té res a veure amb la d'altres recursos d'on ve el pacient	
					7) És més important del traspàs presentar la persona al nou professional que l'haurà d'atendre que no la informació del cas	
					8)	

12. Escrigui de manera breu quines actuacions claus garantirien la continuïtat assistencial en la Xarxa extrapenitenciària de les persones que surtin de permisos o en llibertat i valori la seva importància, d'1 a 5 (1 = gens important; 5 = molt important)

ACTUACIONS QUE GARANTIRIEN LA CONTINUÏTAT ASSISTENCIAL	Valori 1 a 5
•	
•	
•	
•	
•	

13. Respecte a la sortida, **valori** si és per vostè molt o poc prioritària d'1 a 5 (1 = gens prioritària; 5 = molt prioritària) l'afirmació feta en cada una de les següents propostes:

	Valori 1 a 5
Molts malalts mentals no accedeixen als beneficis penitenciaris. Es podria valorar la possibilitat de vincular l'obtenció d'aquests beneficis al desenvolupament de programes de rehabilitació psicosocial, incorporant els possibles beneficis al procés terapèutic	
Molts tractaments s'interrompen en sortir en llibertat. Es podria valorar la possibilitat de vincular un professional al seguiment de la llibertat condicional a la xarxa de salut mental comunitària que faci la tutorització i seguiment dels tractaments individualitzats d'aquestes persones	
Els malalts crònics amb alt risc de perillositat social no haurien de sortir de la presó al carrer i haurien de restar en centres sanitaris adients, tutelats per personal sanitari altament qualificat	
Abans de la sortida informar a la víctima que l'intern serà posat en llibertat	

Assegurar que existeix un pla de transició del món penitenciari al món en llibertat, en què s'incorporin representants de la presó, dels equips de medi obert, dels serveis socials i dels serveis comunitaris de salut mental	
Assegurar que en el moment de l'excarceració l'intern està provist de la medicació important, com a mínim, per a una setmana	
Assegurar que l'intern tingui dret a algun tipus de subsidi social immediatament en sortir de la presó	

14. Al seu parer, la demanda de recursos a la Xarxa sociosanitària per a aquestes persones que han tingut problemes en la justícia, creu que augmentarà o disminuirà i en quina proporció en els propers 10 anys? **Marqui** la resposta més adient al seu parer en cadascuna de les propostes que li fem

Demanda d'atenció a:

- Hospitals psiquiàtrics per a pacients crònics o de llarga durada
- Hospitals psiquiàtrics per a pacients en fase aguda / subaguda
- Hospitals de dia psiquiàtrics
- Centres de salut mental d'adults
- Centres de dia de salut mental
- Centres ocupacionals
- Hospitals psiquiàtrics forenses
- Altres (definir) _____

Augmentarà	Disminuirà	Es mantindrà igual	En quina proporció?			
			1/4	1/2	3/4	doble

15. Faci una estimació percentual d'augment (+) o decrement (-) de les patologies mentals en la població en general i en la reclusa en els propers 10 anys

Estimació percentual

	Trastorns mentals severos
POBLACIÓ GENERAL	Trastorns límits de personalitat
	Trastorns mentals severos
POBLACIÓ RECLUSA	Trastorns límits de personalitat

16. Valori la introducció de les següents propostes de millora en el treball de la salut mental penitenciària i **faci una previsió temporal** del temps que es pot trigar a introduir-les, si creu que es farà. **Afegeixi** altres propostes que cregui que ajudarien a millorar i el temps que es pot trigar a introduir-les.

	Seria desitjable	M'és indiferent	No seria desitjable	Amb quina temporalitat hauria d'introduir-se?			
				<1 any	1 a 5 anys	>5 anys	Mai
✓ Medicacions psicotròpiques d'última generació							
✓ Programes específics per a interns amb patologia dual							
✓ Serveis de telepsiquiatria en presons petites sense unitats psiquiàtriques específiques							
✓ Implementació de la recerca en l'avaluació i efectivitat dels programes i serveis							
✓ Inclusió de programes validats per a interns d'altres cultures							
✓ Inclusió de l'especificitat de gènere, ateses les històries traumàtiques d'abusos específiques de les dones							
✓ Programes curriculars específics per a col·lectius determinats dins dels malalts mentals: gent gran, deficientes, crònics, etc.							
✓ Implementació de tecnologia informàtica adequada per al traspàs d'informació individual i seguiment terapèutic							
✓ Implementació de programes de gestió del risc de reincidència per a malalts mentals							
✓ Implementació de programes d'avaluació de permisos i sortides condicionals							
✓ _____							

Annex 4

Segon qüestionari tècnica

Delphi

**Salut mental i execució penal
(l'opinió dels professionals)**

RECERCA SOBRE SALUT MENTAL I MEDI PENITENCIARI

PREGUNTES GENÈRIQUES

Veure pàgina 1 resultats 1a Volta de la pregunta 1

<u>NOVA CONSULTA PREGUNTA 1:</u>	Gens d'acord	1	2	3	4	5	Molt d'acord
1.1.-Els trastorns mentals severos i els trastorns de personalitat amb millor pronòstic de tractament es tractaran en unitats psiquiàtriques tancades externes als CP		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.2.-Els trastorns de personalitat amb pitjor pronòstic de tractament i la resta de patologies mentals restaran al CP		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.3.-Hi haurà personal extern especialitzat en tots els CP, independentment de la capacitat de la presó		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.4.-La Xarxa sociosanitària comunitària no assumirà protagonisme en l'atenció dels malalts mentals als CP		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.5.-Altres (definir) _____							

Veure pàgina 1 resultats 1a Volta de la pregunta 2

<u>NOVA CONSULTA PREGUNTA 2:</u>	Gens d'acord	1	2	3	4	5	Molt d'acord
2.1.-La presó no és el millor lloc per detectar ni començar a tractar. Hauria de ser un lloc subsidiari de la Xarxa sociosanitària. Manca feina de prevenció a aquesta Xarxa		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.2.-En els CP se solen realitzar aprenentatges de conductes no socials que no afavoreixen la sortida dels penats a centres psiquiàtrics civils		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.3.-L'internament en un CP comporta condicions que agreugen el curs de les malalties mentals: estrès, aïllament social, institucionalització, que són inherents al mateix sistema, i d'altres que són resultat de deficiències en el seu funcionament: massificació, tractament inadequat, inactivitat, entre d'altres		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.4.-Un llarg internament pot tenir greus conseqüències a nivell de salut mental en un determinat nombre de persones		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.5.-Altres (definir) _____							

Veure pàgina 3 resultats 1a Volta de la pregunta 3

NOVA CONSULTA PREGUNTA 3:

A continuació es recullen les propostes formulades pels enquestats en la primera volta del qüestionari per solucionar algunes de les preocupacions. Li demanem que **seleccioni només 5 i les classifiqui de major a menor interès** (eficàcia/cost) segons el seu criteri.

Propostes de millora (seleccioni 5)	Ordre
• Augment de personal per baixar les ràtios d'atenció al malalt	
• Augment de psiquiatres, amb coneixement del món penitenciari	
• Més professionals d'atenció directa en l'atenció personal de l'intern	
• Més estabilitat en el personal i equips de presons i menys mobilitat	
• Selecció del personal que ha de treballar amb salut mental per les seves actituds	
• Els equips haurien de tenir un programa d'adaptació al centre	
• Fer cursos especialitzats de formació i actualització pels professionals de la salut del CP atès que les problemàtiques canvien molt de presa	
• Disminuir la massificació dels CP	
• Creació d'unitats psiquiàtriques especialitzades	
• No barrejar els trastorns mentals amb pacients amb trastorns de personalitat, en especial aquells amb trets antisocials	
• Els trastorns mentals severos només poden tenir un abordatge sanitari i en conseqüència no haurien de ser tractats en CP	
• Millorar els espais i el confort de les presons	
• Bona valoració inicial de l'intern en el CP amb orientació diagnòstica	
• Valoració i gestió del risc, control i monitorització dels interns en unitats específiques	
• Facilitar als familiars les visites als malalts	
• Coordinació entre serveis sanitaris i els equips de tractament, tant de dins del CP com els de fora	

RESULTATS DE LA PREGUNTA 4

Respecte del total de població penitenciària, quin percentatge creu que hi ha de persones que pateixen?

Percentatge estimat
(dins de la població
penitenciària)
Resultats 1a volta

NOVA CONSULTA
Digui un nou percentatge
estimat, en funció del seu
criteri

Trastorns mentals severos	<u>Mitjana</u>	<u>Desviació típica</u>	
	11,7%	± 12,3	
Trastorns de la personalitat greu	<u>Mitjana</u>	<u>Desviació típica</u>	
	28,8%	± 20,7	

PREGUNTES SOBRE DETECCIÓ/ DIAGNÒSTIC

RESULTATS DE LA PREGUNTA 5

El resultat de la casella representa el percentatge de persones que han contestat una estimació corresponent al interval corresponent en aquella casella. En la nova pregunta es demana una major concreció, donant un percentatge concret.

RESULTAT PRIMERA VOLTA

Quin percentatge total de persones encarcerades creu que estan sense diagnosticar en entrar en presó i que realment tenen o presenten problemes de salut mental greu?

NOVA CONSULTA

Estimi el percentatge que al seu criteri millor s'ajusta a la pregunta:

RESULTAT PRIMERA VOLTA

Quin percentatge de condemnats creu que tenen o presenten problemes de salut mental greu sense diagnosticar i no es recull en sentència?

NOVA CONSULTA

Estimi el percentatge que al seu criteri millor s'ajusta a la pregunta

Quin percentatge de persones creu que desenvolupen trastorns mentals o se'ls hi agreuja la simptomatologia degut al seu pas per la presó?

NOVA CONSULTA

Estimi el percentatge que al seu criteri millor s'ajusta a la pregunta

	Situació actual			Previsió d'aquí a 10 anys		
	Menys del 5%	Entre el 5% i el 10%	Més del 10%	Menys del 5%	Entre el 5% i el 10%	Més del 10%
<p><u>RESULTAT PRIMERA VOLTA</u></p> <p><i>Quin percentatge total de persones encarcerades creu que estan sense diagnosticar en entrar en presó i que realment tenen o presenten problemes de salut mental greu?</i></p> <p><u>NOVA CONSULTA</u></p> <p><i>Estimi el percentatge que al seu criteri millor s'ajusta a la pregunta:</i></p>	25,3%	48,4%	26,3%	34,4%	27,8%	37,8%
<p><u>RESULTAT PRIMERA VOLTA</u></p> <p><i>Quin percentatge de condemnats creu que tenen o presenten problemes de salut mental greu sense diagnosticar i no es recull en sentència?</i></p> <p><u>NOVA CONSULTA</u></p> <p><i>Estimi el percentatge que al seu criteri millor s'ajusta a la pregunta</i></p>	31,9%	40,4%	27,7%	38,2%	32,6%	29,2%
<p><i>Quin percentatge de persones creu que desenvolupen trastorns mentals o se'ls hi agreuja la simptomatologia degut al seu pas per la presó?</i></p> <p><u>NOVA CONSULTA</u></p> <p><i>Estimi el percentatge que al seu criteri millor s'ajusta a la pregunta</i></p>	21,1%	33,7%	45,3%	25,6%	35,6%	38,9%

Veure pàgina 5 resultats 1a Volta de la pregunta 6

NOVA CONSULTA PREGUNTA 6:

	Gens d'acord	1	2	3	4	5	Molt d'acord
6.1.- És habitual que arribin interns amb diagnòstics fets en moments de consum actiu de substàncies tòxiques que no es corresponen amb la realitat quan l'intern disminueix o abandona el consum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.2.- La dificultat rau en què molts cops es fan diagnòstics en unitats hospitalàries d'urgències i a partir de pocs elements observables i declaracions subjectives del pacient o acompanyant, les quals es van arrossegant en el temps en informes posteriors	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.3.-Hi ha una manca de formació i motivació dels professionals implicats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.4. - Altres (definir)_____							

Veure pàgina 6 resultats 1a Volta de la pregunta 7

NOVA CONSULTA PREGUNTA 7:

Assenyali del conjunt de mesures enunciades a la pregunta 7 (miri els resultats) les tres més importants que s'haurien d'aplicar en els CP segons el seu criteri, **la freqüència d'utilització**, i sobretot, **què caldria fer** per posar-ho en marxa.

MESURA	FREQÜÈNCIA D'APLICACIÓ
1.-	1 cop cada any cada ½ any <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
QUÈ CALDRIA FER?	
MESURA	FREQÜÈNCIA D'APLICACIÓ
2.-	1 cop cada any cada ½ any <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
QUÈ CALDRIA FER?	
MESURA	FREQÜÈNCIA D'APLICACIÓ
3.-	1 cop cada any cada ½ any <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
QUÈ CALDRIA FER ?	

PREGUNTES SOBRE TRACTAMENT

A continuació es recullen les propostes de millora formulades pels enquestats en la primera volta del qüestionari. Li demanem que **seleccioni només 5 de cada grup i les classifiqui de major a menor interès** (eficàcia/cost) segons el seu criteri.

Veure pàgina 7 resultats 1a Volta de la pregunta 8.1

NOVA CONSULTA PREGUNTA 8.1 (SOBRE ESTRUCTURA DE LA PRESÓ)

Propostes de millora estructurals (seleccioni 5)	Ordre
<ul style="list-style-type: none">Les patologies psiquiàtriques lleus haurien d'estar amb la resta de població penitenciària i no estar encara més estigmatitzades	
<ul style="list-style-type: none">Els malalts mentals haurien d'estar a fora de l'entorn penitenciari	
<ul style="list-style-type: none">Només s'hauria de separar els que pateixen trastorns mentals, no els que pateixen trastorns de personalitat	
<ul style="list-style-type: none">Millor que la xarxa pública en salut mental s'especialitzés i hi hagués infraestructura i professionals per pacients amb risc de fuga	
<ul style="list-style-type: none">Establir aquests mòduls fora de l'estructura de la presó	
<ul style="list-style-type: none">Els mòduls haurien de tenir amplis espais naturals, amb animals i plantes	
<ul style="list-style-type: none">Només caldria que els espais fossin dignes	
<ul style="list-style-type: none">Les condicions d'una unitat de psiquiatria han de ser específiques per tal de mantenir un ordre en la convivència i prevenir agressions, intents d'autòlisi, etc.	
<ul style="list-style-type: none">Les activitats compartides haurien de ser caire instrumental	
<ul style="list-style-type: none">La medicació i seguiment que necessiten no permeten l'estabilitat necessària per mantenir el ritme de la majoria d'activitats	
<ul style="list-style-type: none">És important que els interns amb problemàtica psiquiàtrica no comparteixin habitualment activitats amb la resta d'interns de la institució per tal d'evitar que els manipulin, que els coaccionin i en definitiva d'exposar-los a situacions estressants que agreugin la seva simptomatologia	

Veure pàgina 8 resultats 1a Volta de la pregunta 8.2

NOVA CONSULTA PREGUNTA 8.2 (RESPECTE A LA MEDICACIÓ)

Propostes de millora per al tema de la medicació (seleccioni 5)	Ordre
<ul style="list-style-type: none">L'adherència al tractament farmacològic hauria de ser un dels principals objectius del tractament, amb una intervenció específicament orientada a aquest objectiu	
<ul style="list-style-type: none">En cas de poca consciència i malaltia greu, caldria fer contenció enèrgica	
<ul style="list-style-type: none">Formació i informació per poder canviar actituds, en primer lloc del personal dels CP, per arribar després a canviar les actituds dels pacients	
<ul style="list-style-type: none">Disposar de personal qualificat, espai adient, temps ampli per pacient	
<ul style="list-style-type: none">Més suport d'infermeria, seguiment i teràpies grupals	
<ul style="list-style-type: none">Els interns amb escassa o nul·la consciència de malaltia que es neguen a prendre la medicació és necessari que prenguin la medicació per via endovenosa per tal d'estabilitzar la seva simptomatologia psiquiàtrica	
<ul style="list-style-type: none">El repartiment de la medicació s'ha de fer en un lloc adient individualitzat i supervisat	
<ul style="list-style-type: none">Intentar preservar la intimitat del malalt respecte a la seva malaltia	
<ul style="list-style-type: none">Utilització dels psicofàrmacs moderns amb menys efectes secundaris	

- Supervisió dels efectes de la medicació que van apareixent durant un llarg període de seguiment en cada intern per tal d'adequar la medicació més beneficiosa per cada intern
- Caldria investigar la relació entre el consum de tòxics i un inadequat seguiment del tractament.
- Millorar el diagnòstic de la patologia dual
- La dispensa líquida dels psicofàrmacs és una forma fàcil i ràpida de controlar que els interns se la beuen evitant alhora els mals usos de la medicació
- La prescripció sempre és una indicació mèdica i no de l'Administració, encara que indirectament es fa sovint la demanda de mantenir la tranquil·litat mitjançant els psicofàrmacs
- La tranquil·litat dels mòduls és un element important, entra en joc també la metadona i el relaxar la demanda i exigència pacient vs el professional a l'entrevista
- Hi ha problemes de tomes ja que de vegades es prima l'aspecte regimental sobre el terapèutic: solució, equips de farmàcia les 24 hores.

Veure pàgina 9 resultats 1a Volta de la pregunta 8.3

NOVA CONSULTA PREGUNTA 8.3 (respecte el personal)

Propostes de millora pel tema del personal (selecció 5)	Ordre
<ul style="list-style-type: none"> • La selecció del personal que atén als malalts mentals hauria de realitzar-se d'acord a una formació especialitzada en psiquiatria, la vocació assistencial, el grau de capacitat empàtica desenvolupada cap als malalts mentals alhora que una adequada capacitat de resolució en situacions de crisi 	
<ul style="list-style-type: none"> • No s'ha d'entendre els conceptes seguretat/tractament com a objectius antagonistes, de manera que la millora d'un implica necessàriament un dèficit en l'altre. Caldria remarcar el concepte que un dels efectes d'un bon tractament és una millora de la seguretat, i que una bona seguretat integral és una condició necessària pel tractament. 	
<ul style="list-style-type: none"> • És convenient que els caps dels funcionaris, i coordinadors de mòduls rebessin una formació psiquiàtrica bàsica 	
<ul style="list-style-type: none"> • És lògic que una presó prioritzi la seguretat per sobre de la sanitat, quant s'ha d'escollir 	
<ul style="list-style-type: none"> • La política del departament de personal per crear equips professionals hauria de regir-se per variables com la competència professional i el coneixement de la psiquiatria i no el criteri que s'ha utilitzat sempre, el de la antiguitat, variable que per sí mateixa no implica una bona professionalitat ni un coneixement acurat de la psiquiatria 	
<ul style="list-style-type: none"> • És veritat que hi ha canvi de professionals, però hi ha figures pont (p.ex. Comandaments de tractament que poden donar continuïtat als acords.) Per a ser referent clau cal continuïtat 	
<ul style="list-style-type: none"> • Tradicionalment a l'Administració penitenciària el treball en compartiments estancs s'ha imposat en la cultura de treball en equip. Cal un canvi de cultura del personal per assumir el treball cooperatiu. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Cal fer esforços en la creació d'equips interdisciplinars com ja es fa en programes de toxicomanies (DAE) 	

NOVA CONSULTA PREGUNTA 8.3 (respecte formació del personal)

Propostes de millora pel tema de la formació del personal (selecció 5)	Ordre
<ul style="list-style-type: none"> • Coneixement dels TM, com actuar (sobre la naturalesa i formes de gestionar els estats dels interns afectats per una malaltia mental), possibles riscos laborals, 	
<ul style="list-style-type: none"> • Habilitats socials, habilitats de comunicació 	

- Psiquiatria, psicoteràpia, resolució de conflictes
- Psicopatologia, observació conductual i contenció emocional
- Pautes d'intervenció amb malalts mentals
- Intervenció pedagògica, estratègies per dinamitzar aquest tipus de persones i motivar-les perquè portin a terme activitats ocupacionals, de lleure, etc.
- Prevenció del suïcidi, tècniques de reconversió de la demanda, detecció de situacions de crisi i formes d'actuació davant d'aquestes situacions
- Necessitat del treball en equip en unitats psiquiàtriques
- Psicopatologia, tòxics, actuació en crisis, treball en equip

NOVA CONSULTA PREGUNTA 9

A continuació es recullen les propostes de millora formulades pels enquestats en la primera volta del qüestionari a la pregunta: *¿quins són al seu parer els punts clau de coordinació i relació que veu necessari consensuar entre els professionals sanitaris, els professionals de tractament i els professionals de seguretat?.* Li demanem que **seleccioni només 5 de cada grup i les classifiqui de major a menor interès** (eficàcia/cost) segons el seu criteri.

Propostes professionals sanitaris (seleccioni 5)	Ordre
---	--------------

Coordinació clara entre els tres col·lectius, fent-ho funcionar com un de sol

Respecte i no intromissió d'altres camps professionals

Ús de protocols comuns

Coordinació amb la xarxa externa

Programes d'atenció integral a la SM en totes les presons

Normalitzar l'atenció dels inimputables en el medi comunitari

Implicació dels sanitaris en la vida regimental

Mateixa ubicació espacial per treballar plegats

Homogeneïtzació de criteris i protocols de diagnòstic, derivació i tractaments

Autonomia de les decisions clíniques

Participar en el seguiment del pla de treball i/o posteriors modificacions

Propostes professionals tractament (seleccioni 5)	Ordre
--	--------------

Coordinació i informació clara entre els tres col·lectius arribant a un consens

Realitzar programes específics de diagnòstic, tractament i sortida per a aquesta població

Valoració del risc de reincidència

Buscar recursos exteriors de cara a les sortides

Respecte i no intromissió d'altres camps professionals

La institució penitenciària funciona amb compartiments estancs, l'equip de tractament ha de treballar perquè aquest funcionament canviï

Facilitar que es concretin el més aviat possible les interlocutòries, sentències i recursos judicials pendents

Especialització en trastorns de salut mental

Més atenció individualitzada amb finalitats terapèutiques cap al malalt

Establir relació amb la família del malalt

Continuïtat en els equips

Propostes professionals seguretat (selecció 5)	Ordre
Protecció de les persones amb possibilitat de rebre abusos per la seva condició SM	
Formació en pautes d'observació i observar sistemàticament l'intern	
Protocols d'actuació amb malalts agitats	
Coordinació i informació clara entre els tres col·lectius arribant a un consens	
Rebre cursos d'especialització en aquestes patologies	
Més estabilitat de funcionaris en aquests mòduls	
Perfil adequat del funcionari, amb major sensibilitat cap el malalt psiquiàtric	
Vetllar pel compliment de la normativa	
Conscienciar-los de la necessitat de treballar conjuntament en pro de la millora del pacient i no només en pro de la pau social	
Saber fer bé les contencions. Treballar aquests aspectes en les coordinacions	
Participar en les reunions d'equip i juntes de tractament	

PREGUNTES SOBRE DERIVACIÓ

NOVA CONSULTA PREGUNTA 12

A continuació es recullen les propostes d'actuacions claus que garantirien la continuïtat assistencial en la Xarxa extrapenitenciària de les persones que surtin de permisos o en llibertat. Li demanem que **seleccioni les 7 que millor representin el seu parer i les classifiqui de major a menor interès** (eficàcia/cost) segons el seu criteri.

ACTUACIONS QUE GARANTIRIEN LA CONTINUÏTAT ASSISTENCIAL (seleccionar 7)	Ordre
Treball en equip: equip de la presó, equip de la xarxa sanitària	
Tutorització i seguiment diari del malalt	
Coordinació informatitzada d'històries clíniques	
Centres de salut mental comunitaris i especialitzats	
Centres de dia i hospitals de dia especialitzats	
Atenció domiciliària que permetin un pont amb els recursos extrapenitenciaris	
Tractament interdisciplinari entre el departament de justícia i el departament de salut	
Estar en contacte continu amb la seva família i el seu entorn	
Tenir un treballador social especialitzat	
Crear una figura encarregada del seguiment del malalt en llibertat	
Protocols de derivació (diagnòstic, tractament clínic i tractament penitenciari, síntesi de la història clínica i orientacions)	
Controls presa de medicació	
Inserció laboral adequada a la seva patologia	
Reforçament del seguiment extern amb educadors de medi obert, mentre estiguin en 3r grau i centres oberts, i educadors del període de llibertat condicional	
Convenis de col·laboració entre l'Administració autonòmica i la local	
Residències d'acollida temporal fins un any després de la llibertat	
Serveis de diagnòstic dual (amb retard mental i tòxics amb salut mental)	
Equip de Primera Intervenció mèdica	
Formació continuada dels professionals	
Resolució dels aspectes socials (suport a les famílies quan en tenen) i econòmics (despeses, habitatges, etc.)	
Mesures judicials que obliguessin a seguir tractament en determinats casos	
Protocols d'actuació amb els jutjats que avisin de les sortides en llibertat dels subjectes preventius en tractament	

Veure pàgina 16 resultats 1a Volta de la pregunta 14

NOVA CONSULTA PREGUNTA 14

Vistos els resultats d'augment de noves demandes en cadascun dels recursos, li demanem que doni un percentatge concret d'augment per a cadascun d'ells.

	Percentatge d'augment %
Hospitals psiquiàtrics per a pacients crònics o de llarga durada	
Hospitals psiquiàtrics per a pacients en fase aguda/ subaguda	
Hospitals de dia psiquiàtrics	
Centres de salut mental d'adults	
Centres de dia de salut mental	
Centres ocupacionals	
Hospitals psiquiàtrics forenses	

RESULTATS PREGUNTA 15 i NOVA CONSULTA

Faci una nova estimació percentual d'augment (+) de les patologies mentals en la població en general i en la reclusa en els propers 10 anys.

	Mitjana d'augment percentual que ha sortit en la primera volta del qüestionari	Nova estimació
POBLACIÓ GENERAL	Trastorns mentals severos	9,50%
	Trastorns límits de personalitat	12,85%
POBLACIÓ RECLUSA	Trastorns mentals severos	13,30%
	Trastorns límits de personalitat	18,17%

Veure pàgina 17 resultats 1a Volta de la pregunta 16

NOVA CONSULTA PREGUNTA 16

Vistes les temporalitats que han contestat que trigaran a introduir-se aquests canvis, li demanem faci una nova previsió per a cadascun d'ells.

	Anys que es trigarà a introduir-ho							
	<1	1	2	3	4	5	>5	Mai
Medicacions psicotròpiques d'última generació								
Programes específics per a interns amb patologia dual								
Serveis de telepsiquiatria en presons petites sense unitats psiquiàtriques específiques								
Implementació de la recerca en l'avaluació i efectivitat dels programes i serveis								
Inclusió de programes validats per a interns d'altres cultures								
Inclusió de l'especificitat de gènere, ateses les històries traumàtiques d'abusos específiques de les dones								
Programes curriculars específics per a col·lectius determinats dins dels malalts mentals: gent gran, deficients, crònics, etc.								
Implementació de tecnologia informàtica adequada per al traspàs d'informació individual i seguiment terapèutic								
Implementació de programes de gestió del risc de reincidència per a malalts mentals								

0. Novament li demanem que aportï algunes dades personals seves:

Edat: _____ Gènere: Home Dona

Professió: Psiquiatra Infermer/a Educador Pedagog
 Psicòleg Metge Treball social Jurista
 Càrrec de comandament Professor universitari
 Altres (especificar)

Anys d'experiència: _____

POT FER ELS COMENTARIS QUE CREGUI OPORTÚ FER-NOS ARRIBAR:

•

MOLTES GRÀCIES PER LA SEVA COL·LABORACIÓ