

Aportación de Cataluña al proyecto europeo MEntally Disturbed Inmates Care and Support (MEDICS)

Humet V¹, Cano F², Giramé R³, Martín J⁴, Guerrero RA¹, Turu E¹

¹Programa de Salut Penitenciària. Institut Català de la Salut. Barcelona (España)

²Universitat de Barcelona. Barcelona (España)

³Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya. Vic. Barcelona (España)

⁴Direcció General de Serveis Penitenciaris. Departament de Justícia. Barcelona (España)

RESUMEN

Objetivo: Conocer la opinión de los trabajadores penitenciarios sobre las causas, métodos de manejo y propuestas de mejora en la atención de los reclusos que presentan trastornos mentales no graves.

Material y métodos: Actividad realizada de marzo a mayo de 2015. En Cataluña participaron tres prisiones. Se distribuyeron siete modelos diferentes de cuestionarios anónimos, diseñados por Italia, y dirigidos a directores, técnicos de los equipos de tratamiento, funcionarios de vigilancia, profesores, médicos, enfermeros y voluntarios. Para estudiar la asociación entre variables cualitativas se utilizaron la prueba de ji al cuadrado y el test exacto de Fisher.

Resultados: Se distribuyeron 744 cuestionarios y hubo 174 cumplimentaciones (23,4%). La participación fue mayor en sanitarios y profesionales del equipo de tratamiento (88% y 36%, respectivamente). Los médicos tenían más edad media que otros grupos, con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$). El 40,7% eran hombres y el 57,7% mujeres. El 70% de los funcionarios de vigilancia tenían estudios superiores. La mayoría (62,4%) consideró que el mayor conocimiento en salud mental lo había obtenido por el trabajo penitenciario. Se presentan las principales respuestas obtenidas de cada colectivo.

Discusión: Casi un cuarto de los trabajadores participaron en el proyecto MEDICS. El 67% del total de participantes eran licenciados universitarios. Hay preocupación profesional sobre los trastornos mentales, pero no discriminación, y algunos grupos (médicos y, sobre todo, profesionales no sanitarios) consideran básica la formación continuada en este ámbito y el trabajo en equipo interprofesional.

Palabras clave: prisiones; trastornos mentales; evaluación de la discapacidad; relaciones interprofesionales; cuestionarios.

CATALAN CONTRIBUTION IN THE EUROPEAN PROJECT MENTALLY DISTURBED INMATES CARE AND SUPPORT (MEDICS)

ABSTRACT

Objective: To know the criteria of penitentiary professionals about the causes, management methods and improvement proposal, in the attention and care of inmates suffering non serious mental disorders.

Material and methods: Activity developed from March to May 2015. In Catalonia, three prisons participated. Seven different models of anonymous and written questionnaires were distributed, designed by Italy, and aimed at directors, treatment teams, correctional officers, teachers, doctors, nursing staff and volunteers. They presented the degree of participation, descriptive characteristics of groups and main answers given. To study the association between qualitative variables, the Chi squared and the exact Fisher test was used.

Results: Questionnaires distributed among the 744 employees and there were obtained 174 filled (23.4%). There was more participation among health staff and treatment teams (88% and 36%). About the age of participants, doctors were the most senior group with meaningful differences ($p < 0.001$). 40.7% were men and 57.7% women. Among the non-health staff 70% of correctional officers held a degree. Most of the total (62.4%) had their work as their main sources of knowledge about mental health. The main answers given are presented.

Discussion: Almost 25% of penitentiary professionals participated in the MEDICS project. Most of them (67%) held a degree. There is a professional concern about mental disorders but not discrimination. Some groups (doctors and, specially, non-health professionals) believe as basic a continuing training and working in multidisciplinary teams.

Keywords: prisons; mental disorders; disability evaluation; interprofessional relations; surveys and questionnaires.

Texto recibido: 16/06/2017

Texto aceptado: 03/02/2018

INTRODUCCIÓN

El proyecto MEDICS fue aprobado por la Comisión Europea a iniciativa de la Administración italiana¹, preocupada por el creciente número de presos que presentaban trastornos psicopatológicos. Este proyecto se llevó a cabo entre junio de 2014 y junio de 2016, y entre sus actividades figura la que presentamos. El objetivo era conocer el criterio de los trabajadores del medio penitenciario sobre las posibles causas, métodos de manejo y propuestas de mejora en la asistencia a los reclusos que presentan trastornos psicopatológicos no encuadrados como trastornos mentales graves. Se pretendía que la información se obtuviera a partir de las prácticas adoptadas por la Administración de cada país participante: Cataluña, Croacia, País de Gales e Inglaterra. La finalidad del proyecto era triple:

1. elaborar planes en la recepción, atención y tratamiento de los reclusos;
2. implementar programas de formación reglada para los profesionales penitenciarios (sanitarios o no); y
3. efectuar recomendaciones a la Comisión de Justicia de la Unión Europea, la cual ya había manifestado su intranquilidad sobre esta problemática.

La Resolución del Parlamento Europeo 2011/2897(RSP)² del 7 de diciembre de 2011, sobre las condiciones de privación de libertad en la Unión Europea, consideraba alarmante el gran número de presos con “trastornos mentales y psicológicos”, y en su iniciativa 7 pedía a los Estados miembros que se asignaran “recursos a la reestructuración y modernización de las prisiones, para proteger los derechos de los presos (...), para prestar a la policía y al personal de prisiones formación basada en las actuales prácticas de gestión penitenciaria y en las normas europeas de derechos humanos, para vigilar a los internos afectados de trastornos mentales y psicológicos, y para crear una rúbrica presupuestaria comunitaria específica destinada a promover estos proyectos”.

En la misma línea se habían expresado otras Recomendaciones europeas, como la R (2006)³ del Comité de Ministros de los Estados miembros, sobre las

reglas penitenciarias europeas, en que encontramos dos principios básicos, plenamente integrados en los objetivos declarados del proyecto: el 40,5, sobre el derecho de todos los presos a beneficiarse de los tratamientos médicos, quirúrgicos y psiquiátricos necesarios y similares a los prestados a la población general, y el 47,2, referido a que “los servicios médicos penitenciarios han de asegurar el tratamiento psiquiátrico a todos los internos que requieran una terapia de esta clase y han de prestar una atención especial a la prevención de suicidios”.

Otras Recomendaciones europeas, como la CM/Rec (2012)12 del Comité de Ministros relativa a los internos extranjeros⁴ y la Recomendación R(2004) relativa a la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas que padecen trastornos psicopatológicos⁵, así como el artículo 35 de esta última Recomendación, profundizan todavía más en este aspecto concreto. Asimismo, añaden que los presos deben poder optar a una terapia adecuada, y que un tratamiento involuntario no debe hacerse en instituciones penales, sino en servicios hospitalarios o unidades específicas adaptadas al tratamiento de los trastornos mentales. Finalmente, estas Recomendaciones apuntan también a que un sistema independiente debe supervisar el tratamiento y garantizar la atención que se debe dispensar a los reclusos afectados.

MATERIAL Y MÉTODO

El estudio recogió las opiniones de los profesionales penitenciarios que trabajan en contacto con la población internada en módulos ordinarios, no en enfermerías psiquiátricas o unidades/hospitales psiquiátricos penitenciarios, y que no tenía objetivado trastorno psiquiátrico. Se pretendía también conocer el grado de conocimiento y la actitud del personal ante posibles alteraciones psicopatológicas de los internos, ajenas a los trastornos mentales severos o graves.

La metodología fue cuantitativa, centrada en una sola técnica de explotación de datos, basada en cuestionarios. Fueron diseñados por el país líder del proyecto (Italia) y se adaptaron y diferenciaron en

función del colectivo profesional al que se dirigían. Se destinaron a siete grupos: directores de prisiones, técnicos de los equipos de tratamiento, funcionarios de vigilancia, profesores, médicos de atención primaria, enfermeros no expertos en salud mental y voluntarios.

El trabajo de campo se presentó previamente a los equipos directivos de las prisiones y se efectuó en el periodo del 23-2-2015 al 23-5-2015 en tres centros penitenciarios: uno de hombres con 1050 penados, uno de mujeres con 252 penadas y uno de jóvenes con 260 internos preventivos.

La población diana fue de 744 trabajadores en contacto directo con la población reclusa. Se diseñaron siete tipos de cuestionarios, de papel impreso autorellenable, diferentes para cada colectivo. La participación fue voluntaria.

Procedimiento de muestreo: el equipo directivo de cada prisión procedió a la distribución y recogida de los cuestionarios. Después se remitían a la Dirección General de Serveis Penitenciaris para su revisión y clasificación. Finalmente, se tramitaban a la Universidad de Vic-Universidad Central de Cataluña para su sistematización.

Los datos fueron procesados con el paquete estadístico SPSS-PC. Para la descripción de variables continuas se utilizó la media, la desviación estándar, el mínimo, la mediana, el máximo y el número de casos válidos. Para la descripción de variables categóricas se utilizó el número y porcentaje de pacientes por categoría de respuesta. En todas las pruebas estadísticas realizadas con las variables de resultado se empleó un nivel de significación (p) de 0,05.

RESULTADOS

Características de los participantes

De los 744 participantes teóricos, hubo 174 (23,4%) cumplimentaciones. La participación fue mayor en los directores, los enfermeros, los médicos, los profesores y los técnicos de los equipos de tratamiento (Figura 1). La edad media era de 46,3 años (desviación estándar: $9,6 \pm 3,7$). Solo había menores de 25 años en los integrantes de los equipos de tratamiento. Además, los médicos tenían mayor edad media que los otros grupos (56,8 vs. 46,3 años), con diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,001$). Por sexo, el 57,7% eran mujeres y el 40,7%, hombres.

La experiencia profesional era superior a 5 años de media, y mayor (media ≥ 10 años) en los enfermeros y los funcionarios de vigilancia. El 67% del total de participantes eran licenciados universitarios, y el 70% de los funcionarios de vigilancia tenían estudios superiores. Además, la mayoría de profesionales (62,4%) refería tener experiencia directa o indirecta sobre la problemática investigada, el 38,1% había realizado cursos de formación y el 34,1% declaraba tener interés personal o estudios sobre el tema.

Características descriptivas más relevantes sobre el contenido de las respuestas por colectivos

Directores

El 100% respondió a la pregunta “¿La prisión que dirige puede garantizar una atención adecuada a los internos que presentan trastornos psicopatológicos?” con un “Sí, en colaboración con el equipo sanitario del centro y el sistema nacional de salud”.

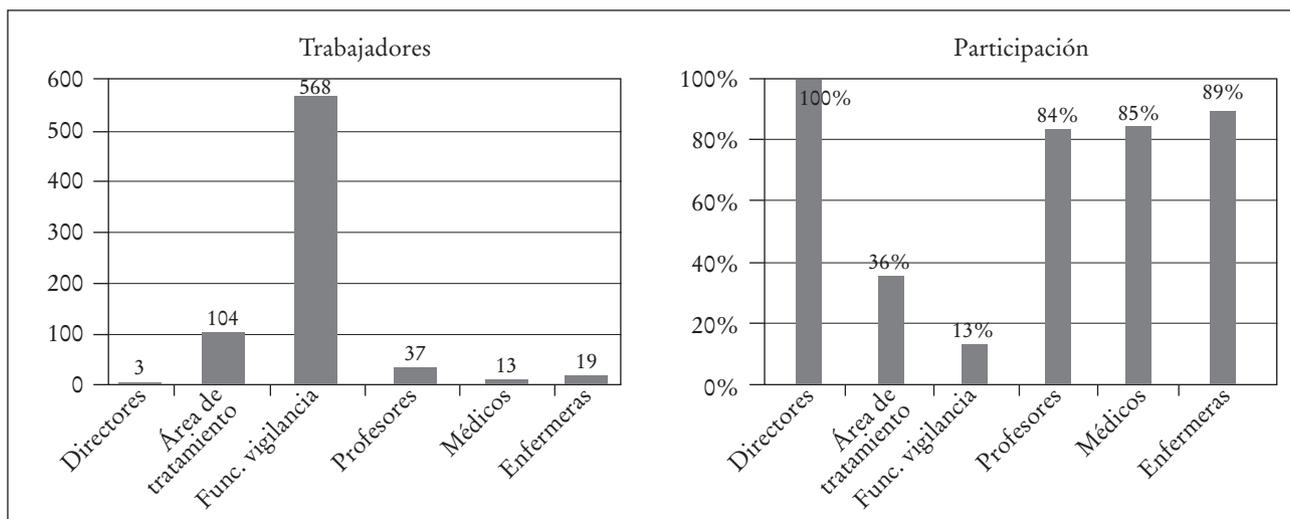


Figura 1. Distribución de los participantes según tipo de trabajo y grado de participación.

Equipos de tratamiento

Ante la pregunta “¿Qué herramientas serían útiles de introducir para identificar precozmente los trastornos?”, que también se formuló a los directores, las respuestas mayoritarias fueron el contacto con un profesional experto en psicopatología y los protocolos informativos (Figura 2). Además, el 92% defendía la necesidad de formación en materia de salud mental. De hecho, en la pregunta “¿La prisión donde trabaja puede asegurar la atención y adecuado tratamiento a los internos con trastornos mentales?”, el 37% de los profesionales creía que debía implicarse en el cuidado de estos enfermos, pero que la responsabilidad debía recaer más en los psiquiatras y en los psicólogos clínicos. No obstante, el 33% opinaba que “este cuidado solo era deber de los médicos”.

La afirmación “Conectar con un especialista en psiquiatría” se constató en el 81,1% de las respuestas a la pregunta “¿Cuál es la mejor opción cuando debe comunicar que un interno está desarrollando un posible trastorno mental?”. Y ante la cuestión “¿Sería útil actualizar conocimientos para identificar y gestionar los internos que padecen problemas serios?”, el 91,9% respondió que “Sí, me gustaría saber más sobre este tema”.

Colectivo funcionarios de vigilancia

Respecto a la pregunta “¿Cuáles pueden ser las causas o estados de intranquilidad en los internos?”, la respuesta más frecuente fue “Uso no adecuado de drogas”, seguida de “Falta de ayuda”, “Haber crecido en una familia problemática” y “Presentar conflictos psíquicos internos” (Figura 3).

En cuanto a la pregunta “¿Qué fuentes de ayuda o recursos se pueden activar en la prisión?”, la respuesta mayoritaria fue “Unirse a un grupo de autoayuda” (22,9%), mientras que “Iniciar actividades terapéuticas” y “Fiarse de alguien de confianza” fueron opciones seleccionadas por el 15,7% y el 2,9%, respectivamente. A la pregunta “¿A qué profesional informa cuando percibe algún tipo de signo o problema en el interno, antes de que este protagonice un episodio autolesivo o una autolesión grave?”, las respuestas más relevantes fueron “A mi inmediato superior” (63%) y “Al médico” (33,3%). Respecto a la pregunta “¿Piensa usted que forma parte de un sistema orientado a la reducción de problemas?”, el 75% respondió afirmativamente. Y en cuanto a la pregunta “¿Qué futuro le espera a un interno que padece algún trastorno psicopatológico?”, la opinión general es pesimista, ya que creen que el problema persistirá

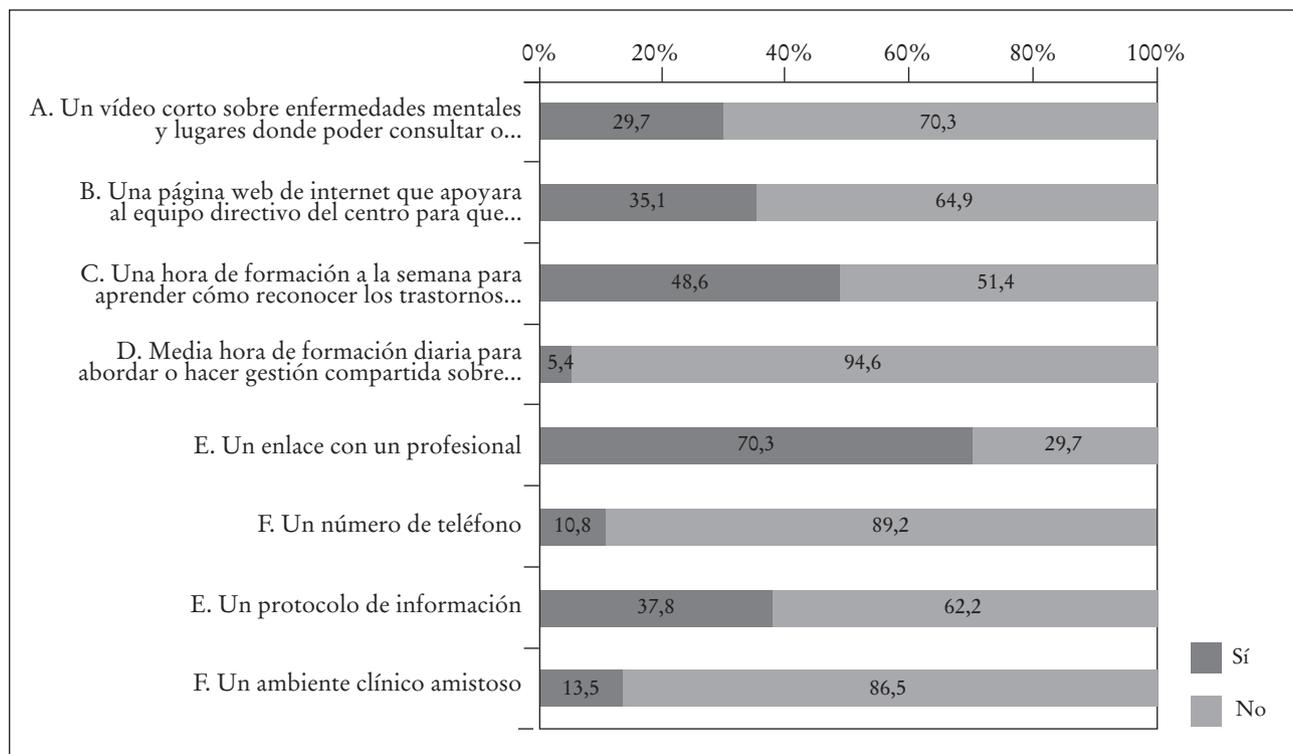


Figura 2. Valoración de las potenciales herramientas identificativas de trastornos mentales facilitadas por los directores y los equipos de tratamiento.

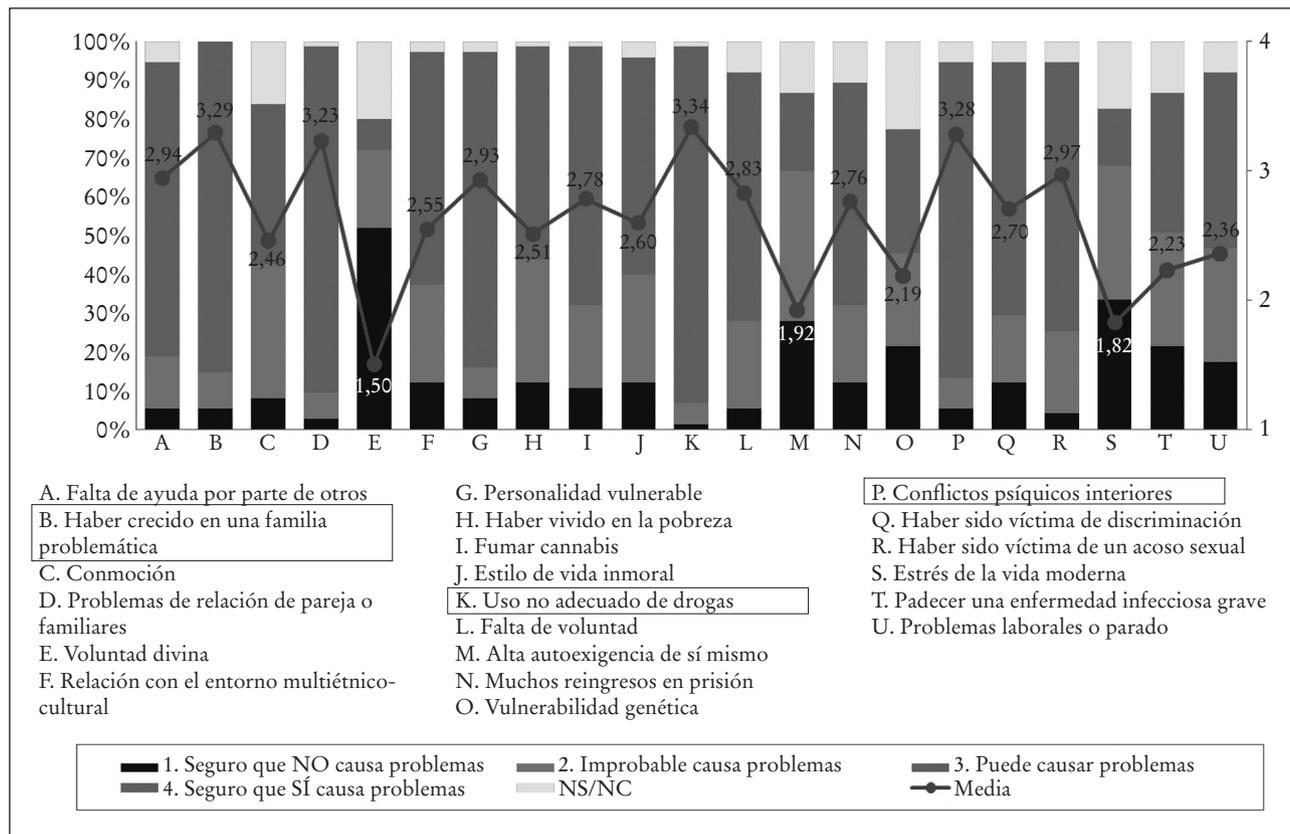


Figura 3. Distribución de las principales causas que generan disturbios o trastornos a criterio de los funcionarios de vigilancia.

a pesar de que el interno realice tratamiento, y que empeorará en aquellos que no lo realicen. En relación con la pregunta “¿Qué situaciones podrían favorecer o ser un obstáculo en la rehabilitación de un interno que padece trastornos psicopatológicos?”, la respuesta más común (60%) ante las situaciones positivas fue “Tratamiento psicológico individual o grupal”, y como factor obstaculizador, “No tomar el tratamiento prescrito” (72%) y “No tener nada que hacer” (80%).

Colectivo de maestros/profesores

Solo una pregunta del cuestionario aludía directamente a la problemática de la salud mental de los alumnos. La mayoría de los profesionales (71%) aceptarían alumnos con algún tipo de trastorno psicopatológico, pero con el matiz de que “Tendrían que seguir algún tipo de tratamiento” (12,9%).

Colectivo médico

Un primer apartado estaba relacionado con los internos que se encontraban bajo control y supervisión periódica psiquiátrica, y el segundo, con los internos que eran controlados exclusivamente por los facultativos de atención primaria.

En los casos con intentos de suicidio en internos residentes en módulos, pero bajo control y supervisión psiquiátrica, el 91% de los médicos optaba por no ingresar al paciente en el departamento de observación psiquiátrica de 24 horas. Y preguntados por su actuación ante episodios autolesivos, la respuesta mayoritaria fue que se debía “Hablar directamente con el interno” (90,9%). Tanto en los episodios autolesivos como en los intentos de suicidio, la atención era inmediata (100%). También respondieron sobre los factores que afectaban más negativamente a su intervención. La respuesta más común fue “La falta de personal formado en salud mental”.

En cuanto a los internos sin control/supervisión psiquiátrica, y ante episodios recientes autolesivos o intentos de suicidio, la actuación habitual era contactar con el equipo de psiquiatría (91%). En estos casos, el factor considerado más negativo era el de la falta de formación en salud mental del personal penitenciario (18,2%) (Figura 4).

Colectivo de enfermería

Este grupo fue el único que dio más importancia como formación a la experiencia cotidiana. Cabe

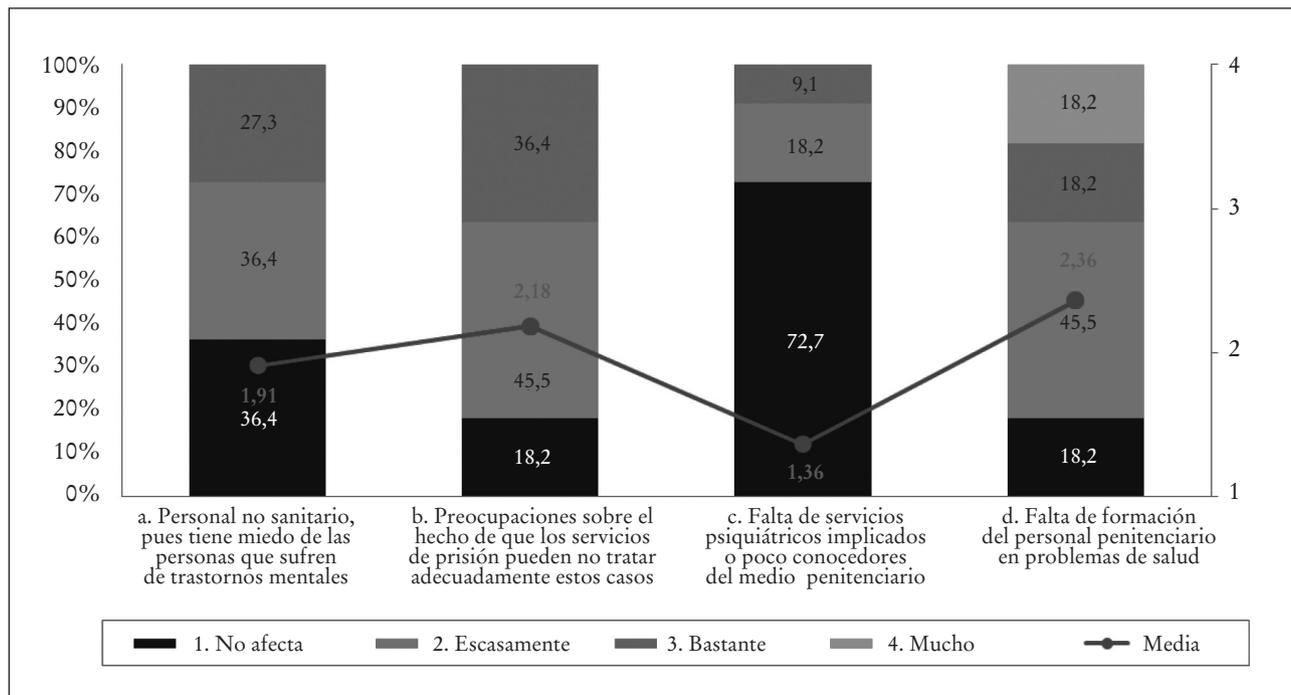


Figura 4. Distribución y cuantificación de los factores que influyen de forma negativa en la intervención médica.

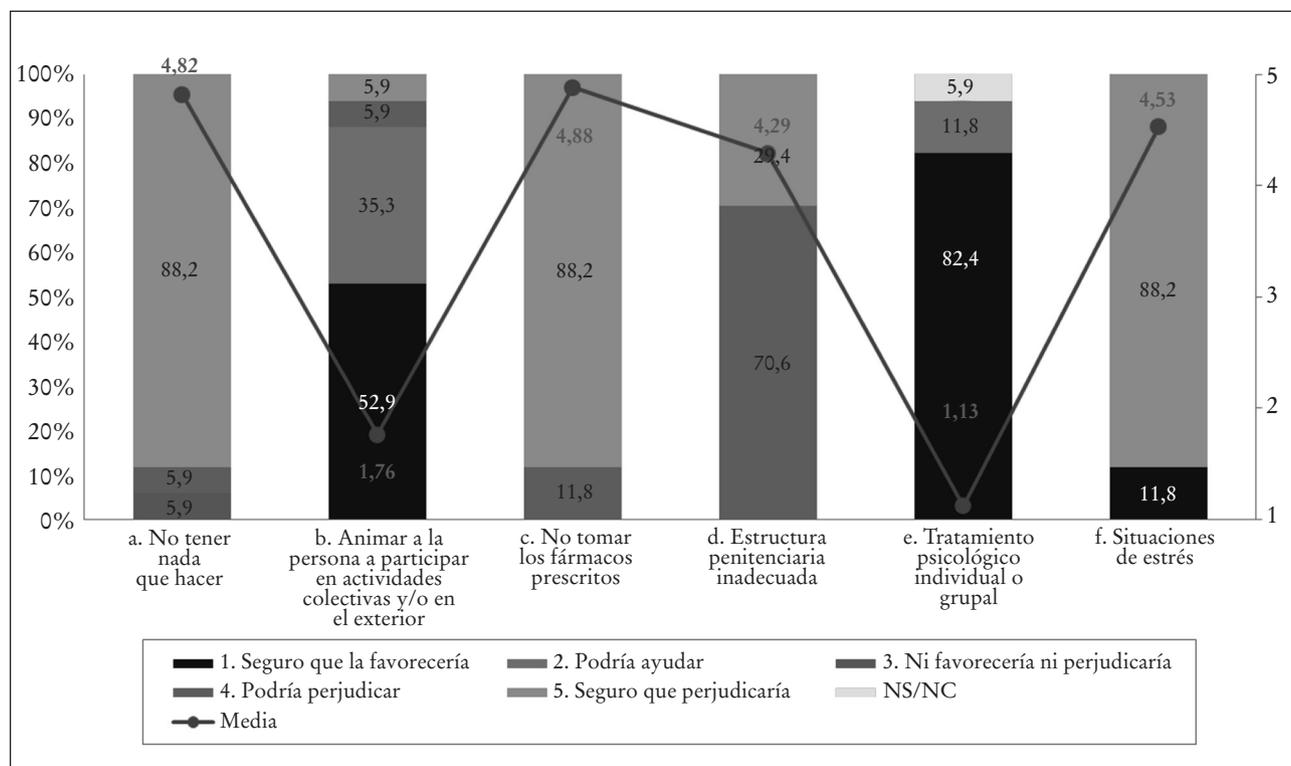


Figura 5. Distribución y cuantificación de las causas que ayudan o perjudican en la recuperación de internos con trastornos psicopatológicos.

destacar las respuestas a las principales preguntas formuladas:

- “¿Qué factores cree que afectan a la estabilidad psíquica de los internos?”: “El abuso de drogas o psicótopos” (88,2%), “El dolor agudo” y “La falta de control de impulsos” (76,5%), respectivamente, fueron las respuestas mayoritarias.
- “¿Qué ayudas pueden ser activadas en prisión?”: “Mejor evaluación de las necesidades individuales” fue la respuesta mayoritaria (82,4%). Además, se consideraba necesaria la promoción de cursos de formación técnica continuada (70,6%).
- “¿Qué tratamientos pueden ser los mejores?”: Para este colectivo, eran “Tratamiento psicoterapéutico” (56,3%) y “La ayuda familiar o relacional” (18%).
- “¿Qué situaciones podrían favorecer o desfavorecer la recuperación de un interno con trastornos psicopatológicos?” (Figura 5): se consideraron favorables el “Tratamiento psicológico individual o grupal” (82,4%) y el “Animar a la persona a participar en actividades colectivas dentro o fuera del centro” (52,9%); se consideraron perjudiciales la “Estructura penitenciaria inadecuada” (29,4%), el “No tener nada que hacer”, las “Situaciones de estrés” y “No tomar los fármacos prescritos” (88,2%).

Colectivo de voluntarios

Consideraban factores favorecedores de recuperación “Animarlos a participar en actividades comunes o deportivas al aire libre” (53,3%) y “Aumentar las visitas familiares en áreas externas a la prisión” (46,7%); y factores perjudiciales, “No tener nada que hacer” (100,0%), “Los elementos estresantes (por ejemplo, la sobresaturación)” (60%), “La estructura penitenciaria inadecuada” (53,3%) y “No tomar los tratamientos prescritos” (33,3%).

DISCUSIÓN

La prevalencia de trastornos mentales en las prisiones es muy alta. Un estudio realizado en presos españoles estimaba que la prevalencia de vida de trastorno mental, incluyendo el uso de sustancias, era del 84,4%, cinco veces más que en la población no penitenciaria⁶. Estos datos no difieren excesivamente de los presentados en otros países de nuestro entorno socioeconómico^{7,8}, lo que justifica la preocupación que las autoridades sanitarias de la Unión Europea muestran por el tema de la salud mental y

el motivo de la implementación de proyectos como el presentado en este artículo. El trabajo se efectuó en la comunidad autónoma de Cataluña, que es la única del Estado español con competencias sanitarias y penitenciarias. Esta comunidad, además, tiene un modelo sanitario psiquiátrico que difiere notablemente del resto del Estado, con un sistema organizativo propio, por lo que los resultados podrían no ser homologables a los de otras Administraciones Penitenciarias de España, aunque se excluyeron del estudio los colectivos que trabajaban en las enfermerías psiquiátricas y en las unidades hospitalarias psiquiátricas penitenciarias.

A partir del diseño de los diferentes cuestionarios, la cumplimentación, recogida, y clasificación, el proceso estadístico, y el análisis y discusión de los resultados, duraron aproximadamente 7 meses. El tiempo para su cumplimentación duró 3 de los 7 meses, plazo que se estimó suficiente para que el personal expresara su grado de conocimiento, opinión y criterio sobre las causas de conductas sospechosas de posible disfunción o trastorno psicopatológico, los métodos de manejo y las propuestas de mejora en la atención de los afectados. Una parte del cuestionario dirigido a los médicos interrogaba sobre actuaciones relacionadas con los episodios autolesivos y conductas suicidas, que también son especialmente prevalentes en el medio penitenciario sin que sean asociables a un trastorno mental. En Cataluña, por ejemplo, la incidencia anual media del suicidio en prisión calculada para un período de 15 años fue de 59/100.000 en un estudio publicado en 2009, que era unas ocho veces por encima de la registrada en la población catalana. Se estimaba, pues, como factor multiplicador de ocho el encarcelamiento⁹. En cuanto a las conductas autolesivas, son muy frecuentes, pero en el 80% de los casos poco finalistas, de baja letalidad y a menudo reivindicativas y manipuladoras¹⁰.

Debe resaltarse que el análisis de los cuestionarios mostró que había una gran preocupación profesional por los desórdenes mentales de los reclusos, pero no discriminación. También destacarse que el 67% de los participantes tenía una alta cualificación académica, lo que ha podido incidir en las respuestas obtenidas. Por otra parte, la homogeneidad de gran parte de ellas hace pensar que los resultados pueden ser muy fiables sobre la opinión de los profesionales.

Dado que las prisiones reciben muchas peticiones de información relacionadas con la investigación penitenciaria y criminológica, que interfieren en el trabajo del día a día, inicialmente los cuestionarios no tuvieron una acogida entusiasta. En ello influyó presumiblemente un cierto temor en algún grupo, como

el de los funcionarios de vigilancia, a ver fiscalizada su actividad laboral. Por otro lado, todos los participantes consideraron los cuestionarios demasiado extensos y complejos de responder.

La participación de los profesionales, a nivel global, se considera insuficiente, ya que el error de la muestra es de $\pm 6,5\%$ para una participación total del 23,4%. No obstante, debe destacarse que los resultados para cada colectivo son científicamente válidos con participaciones superiores al 30%, lo que ocurre en cinco de los grupos interrogados. Por contraste, los resultados obtenidos en los dos grupos restantes constituyen un “punto débil” de la investigación. Al respecto, el bajísimo índice de participación de los voluntarios (4%) motivó que fueran excluidos en Cataluña, aunque el trabajo recogió información sobre las opiniones de los que colaboraron. Los factores más relevantes que explican el ínfimo porcentaje de este grupo fueron: a) su registro no había sido actualizado desde hacía tiempo; b) su número había disminuido considerablemente en los últimos años debido a la reducción de las subvenciones; y c) su presencia en prisión en los últimos años ha sido esporádica. En cambio, se consideran “puntos fuertes” el acotamiento de la población investigada, lo que facilitó la implementación del proyecto, y el acceso a los interrogados, excepto en el caso de los voluntarios.

En definitiva, la actividad expuesta del proyecto permitió comparar las diferentes formas de abordar a los afectados por algún tipo de trastorno psicopatológico entre los diferentes países, e identificó modelos a compartir. Algunas de las recomendaciones propuestas, especialmente relevantes a nuestro criterio, fueron las siguientes:

- Impulsar medidas alternativas al internamiento en prisión, según los diferentes niveles de seguridad y tipologías de desórdenes, y posponer las sentencias en afectados por trastornos graves.
- Fomentar la formación continuada en este ámbito, el trabajo en equipo multidisciplinar y mejorar las relaciones interprofesionales.
- Promover programas de actividades y rehabilitación según objetivos, acciones y resultados esperados.
- Facilitar la comunicación intercultural con la población no autóctona, y en los afectados por trastornos psicopatológicos, incrementar las visitas familiares.
- Propiciar la creación de tipos de expertos en salud mental.
- Regular el acceso a datos médicos no protegidos a otros profesionales que intervienen en el programa de rehabilitación.

- Difundir los estudios de investigación mediante redes transnacionales y sugerir a los Estados miembros las modificaciones adecuadas a través de un conjunto de normativas.

CORRESPONDENCIA

Victòria Humet Matilla
 Institut Català de la Salut. Barcelona
 E-mail: victoriahumet@gmail.com

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio della Giustizia. Scheda sul progetto MEDICS disagio mentale in carcere-Mentally Disturbed Inmates Care and Support. ME.D.I.C.S (lugio 2015). (Consultado el 9 de junio de 2017.) Disponible en: [https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_12_1.wpjsessionid=0531C99CBBB3A1D146E77586A36FDC3B.aipAL01?facetNode_1=1_0\(2015\)&facetNode_3=0_0&facetNode_2=3_1&previousPage=mg_1_12&contentId=SPS1165807](https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_12_1.wpjsessionid=0531C99CBBB3A1D146E77586A36FDC3B.aipAL01?facetNode_1=1_0(2015)&facetNode_3=0_0&facetNode_2=3_1&previousPage=mg_1_12&contentId=SPS1165807)
2. Resolución del Parlamento Europeo sobre las condiciones de privación de libertad en la UE (2011/2897(RSP). (Consultado el 9 de junio de 2017.) Disponible en: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=//EP//TEXT+MOTION+B72011-0687+0+DOC+XML+V0//ES>
3. Consejo de Europa. Comité de Ministros. Recomendación Rec (2006) 2 del Comité de Ministros de los Estados Miembros sobre las Reglas Penitenciarias Europeas. (Consultado el 9 de junio de 2017.) Disponible en: http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos_descargables/legislacion/REG_PEN_EUR_ES.pdf
4. Recomendación CM/Rec (2012) 12 del Comité de Ministros a los Estados Miembros, relativa a los internos extranjeros. (Consultado el 9 de junio de 2017.) Disponible en: http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos_descargables/legislacion/RECOMENDACIaN_EXTRANJEROS.pdf
5. Council of Europe Committee of Ministers. Recommendation Rec (2004) 10 of the Committee of Ministers to member states concerning the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorder. (Consultado el 9 de junio de 2017.) Disponible en: <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=775685>

-
6. Vicens E, Tort V, Dueñas RM, Muro A, Pérez-Arnau F, Arroyo JM, et al. The prevalence of mental disorders in Spanish prisons. *Crim Behav Men Health*. 2011;21:321-32.
 7. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet*. 2002;359:545-50.
 8. Butler T, Andrews G, Allnutt S, Sakashita C, Smith NE, Basson J. Mental disorders in Australian prisoners: a comparison with a community sample. *Aust N Z J Psychiatry*. 2006;40:272-6.
 9. Bedoya A, Martínez-Carpio PA, Humet V, Leal MJ, Lleopart N. Incidencia del suicidio en las prisiones de Cataluña: análisis descriptivo y comparado. *Rev Esp Sanid Penit*. 2009;11:37-41.
 10. OMS y Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (IAPS). Prevención del suicidio en cárceles y prisiones. (Consultado el 12 de junio de 2017.) Disponible en: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_jails_prisons_update_spanish.pdf