

MESA REDONDA: PROBLEMÁTICA DE LA ASISTENCIA SANITARIA A ENFERMOS MENTALES EN SITUACIÓN DE LIBERTAD Y PRIVADOS DE ELLA

García R.¹ y Padilla, G.²

¹Departamento de Enfermería. Campus de Melilla. Universidad de Granada.

²Centro Penitenciario de Melilla.

SALUD MENTAL Y ASISTENCIA SANITARIA A LOS ENFERMOS MENTALES

"Sólo la alegría es garantía de salud y longevidad." Santiago Ramón y Cajal.

En la actualidad el concepto de **salud** se entiende desde un punto de vista amplio, dinámico e integral. La salud no es solo la ausencia de enfermedad, sino que engloba el estado de bienestar físico, mental y social. Dentro de este concepto y como algo indisociable se encuentra implícito el concepto de salud mental, pues sin salud mental no hay salud (OMS, 2001). La salud mental es considerada como un proceso cambiante, en el que el grado de salud varía dentro del proceso continuo de salud-enfermedad, existiendo toda una gama de grados de salud mental.

La OMS describe la **salud mental** como un estado de bienestar en el que el individuo es consciente de sus capacidades, puede enfrentarse a las exigencias normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de contribuir a su comunidad (OMS, 2004). En este sentido la salud mental es la base para el funcionamiento efectivo de un individuo y de una comunidad.

Existen múltiples **determinantes** que condicionan la **salud mental** entre los que se encuentran los factores biológicos (genética, sexo, edad...), psicológicos (experiencias personales, aprendizaje, capacidad para gestionar nuestros pensamientos, emociones...), familiares (ambiente familiar, desestructuración...), sociales (apoyo social, educación,

discriminación o exclusión social, etc), económicos y medioambientales (la categoría social y las condiciones de vida, presión socioeconómica, pobreza, empleo, condiciones laborales, exposición a ambientes estresantes o contaminados...) (Lahtinen et al., 1999, OMS 2013). Así, algunas personas y grupos sociales presentan un alto riesgo de desarrollar problemas de salud mental, entre los que se encuentran las personas sin hogar, pacientes con problemas de salud crónicos, los niños, familias que viven en la pobreza, adolescentes expuestos al consumo de sustancias de abuso, mujeres, ancianos, grupos minoritarios, inmigración...

Por ejemplo, en España, existen alrededor de 100.000 personas sin hogar, caracterizadas por la ausencia de hogar, empleo y lazos sociales, lo que supone una forma extrema de exclusión social (Tronchoni et al., 2003). El 34% de este colectivo padece un trastorno mental, siendo los más frecuentes la esquizofrenia (9,2%), los trastornos del ánimo (9,7%) y los trastornos de la personalidad (5,5%).

Por otra parte, y desde una perspectiva de género, las diferencias socioeconómicas entre sexos influyen especialmente en la salud mental de las mujeres. A estas desigualdades hay que añadir que algunos trastornos mentales se asocian a menudo a las situaciones de violencia, a las relaciones de subordinación, a la desigual distribución de tareas (incluidos los cuidados) y a la acumulación de roles a los que se ven sometidas muchas mujeres. Estudios realizados con mujeres maltratadas muestran mayor prevalencia de síndrome de estrés postraumático, crisis de ansiedad, fobias, abusos de sustancias, trastornos por somatización, dolor crónico, depresión y riesgo de suicidio (Plazaola-Castaño y Ruiz, 2004).

Otro de los factores de riesgo para la salud mental y que en la actualidad adquiere especial importancia es el consumo de sustancias de abuso. Las drogas más consumidas son el alcohol, seguido de la marihuana y la cocaína, aunque también se ha observado un notable incremento en el consumo de sustancias alucinógenas. El consumo de estas sustancias puede provocar agitación, agresividad, irritabilidad, cambios bruscos en el estado de ánimo, etc. y trastornos mentales como estados psicóticos (como la psicosis cannábica), delirios, ideación y vivencias paranoides alucinaciones, desorientación temporo-espacial, trastornos del estado de ánimo, pánico, despersonalización, aislamiento del entorno, etc.

Hasta un 50% de las personas que tienen alguna enfermedad mental también sufren un problema de abuso de sustancias (patología dual) (Leganés, 2010). Estas personas con coexistencia de enfermedad adictiva y otras patologías mentales, muestran más conductas de riesgo e infecciones relacionadas (la infección por el VIH, hepatitis C), mayores tasas de desempleo y marginación, así como más conductas relacionadas con la violencia y la criminalidad (Torrens, 2008).

En general, la mayor parte de las enfermedades mentales obedecen a una combinación de algunos de estos factores. Existe una elevada **incidencia** de los problemas de salud mental constituyendo un 12% de la morbilidad general. Una de cada cuatro personas padece alguna enfermedad mental a lo largo de su vida y se prevé que en el 2020 constituya un 20% de la población mundial. En la Unión Europea, las formas más comunes son los trastornos de ansiedad y la depresión. Se espera que en 2020 la depresión sea la causa de enfermedad número uno en el mundo desarrollado (OMS, 2013). Ya en la actualidad supone entre el 30% y el 50% de los problemas de salud atendidos en Atención Primaria. En España, se estima que el 9% de la población padece un trastorno mental.

Las **enfermedades mentales** conllevan numerosos **costes**, pérdidas y cargas de diversa índole tanto **personales** como para la sociedad. Así, según los datos publicados por la Comisión de las Comunidades Europeas (Libro verde, 2005) actualmente, unas cincuenta y ocho mil personas se suicidan cada año en la Unión Europea, cifra que supera la de muertes anuales por accidentes de tráfico, homicidios o VIH/SIDA. A nivel **económico**, provocan importantes pérdidas relacionadas principalmente con el propio proceso de la enfermedad (numerosos ingresos hospitalarios, tratamientos prolongados...) y a nivel laboral con la productividad, ya que constituyen una de las principales causas de absentismo laboral, percepción de pensiones por discapacidad y jubilación anticipada.

Los **costos sociales** también pueden ser significativos en términos del rechazo social, estigmatización, discriminación y ausencia de oportunidades de trabajo para las personas con trastornos mentales. Cuando una persona padece una enfermedad mental, no solo debe enfrentarse a la sintomatología propia de ésta (cambios bruscos en el estado de ánimo, alucinaciones, ansiedad, depresión...), que a menudo ponen en peligro su

autonomía, sino que además debe hacer frente a las críticas de las personas de su entorno, hecho que puede acabar afectando a su autoestima y su propia identidad (Muñoz y Uriarte, 2013). En el ámbito social y sanitario el estigma es una barrera que dificulta la integración social y laboral de las personas con problemas mentales y el acceso a los servicios sanitarios. Además, también influyen de manera indirecta en la adherencia al tratamiento (Cortés, Mora y Uribe, 2007), por lo que va a afectar directamente a la evolución de la enfermedad del paciente. De hecho, un elevado porcentaje de personas con problemas mentales no están diagnosticados y no reciben tratamiento alguno.

Además, las familias soportan la carga emocional de cuidar al enfermo si está discapacitado y con frecuencia, asumen los gastos económicos asociados a dicho proceso (apoyo económico si no trabaja, tratamiento, transporte a los lugares de asistencia, etc.), con la consecuente disminución de la calidad de vida en la familia. Así mismo, debe considerarse el estrés y los problemas emocionales en los familiares ocasionados por la enfermedad y la discriminación social que sufren por tener un enfermo mental en el hogar. Por ello es fundamental que se lleven a cabo programas reales y efectivos, dirigidos a fomentar y posibilitar información sobre la enfermedad mental, así como la concienciación social y de las personas implicadas en este problema.

Siguiendo lo establecido en la Declaración Europea de Salud Mental desarrollada en la conferencia de Helsinki (2005), la atención a las personas con trastornos mentales es una prioridad para el Sistema Nacional de Salud, tanto por sus elevadas cifras de incidencia y prevalencia, como por el sufrimiento personal y el impacto familiar y social que provocan, y la complejidad y coste de los procesos de tratamiento y rehabilitación.

El **Sistema Nacional de Salud** español actual se crea a partir de la reforma psiquiátrica iniciada en los años 80, mediante la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986, de 25 de abril) y siguiendo las recomendaciones de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, donde plantea la sustitución del sistema tradicional por uno de orientación comunitaria. Si bien el desarrollo real de la reforma, en manos de las diferentes comunidades autónomas, ha generado evidentes diferencias territoriales en cuanto a la orientación y dotación concreta de los recursos (García y Vázquez-Barquero, 1999).

Dentro de los principios y valores básicos del modelo del **sistema de atención a la salud mental** actual, se establece el carácter comunitario de los servicios de salud mental, con el derecho de los pacientes al acceso a los mismos, de carácter público, universal y gratuito, debiendo potenciar las estructuras intermedias y extrahospitalarias, y con mención expresa a la hospitalización psiquiátrica en unidades de los hospitales generales (una sola red asistencial pública), el desarrollo de servicios de rehabilitación y reinserción social, con importante consenso entre los profesionales comprometidos con la equidad y la evitación de la estigmatización de los enfermos, así como la implicación ciudadana a través de asociaciones de familiares y usuarios (Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 2008; Ministerio de sanidad, política social e igualdad, 2009).

Así, **la atención a la salud mental se presta de la misma forma que se atienden los restantes problemas de salud de la población**, con la implicación de la red de atención primaria, especializada y de urgencias. Esta *desinstitucionalización* de los servicios de salud mental y la prestación de estos servicios en la atención primaria, los centros locales y los hospitales generales, en consonancia con las necesidades de los pacientes y sus familiares, reduce al máximo la posible necesidad de hospitalización y favorece la inclusión social ayudando así a eliminar la estigmatización. Aunque ocasionalmente en la práctica, la desinstitucionalización ha traído consigo tan solo la deshospitalización, y no se debe confundir la externalización con la integración de los pacientes en la comunidad.

En este proceso juegan un papel fundamental las estructuras intermedias (hospitales y centros de día, comunidades terapéuticas, pisos protegidos, centros ocupacionales, asociaciones, etc). Estas estructuras constituyen unos recursos, dispositivos y actuaciones, para personas que ya no requieren de la hospitalización, pero transitoriamente necesitan otros apoyos mientras desarrollan su autonomía para vivir y relacionarse en la comunidad de modo que eviten su desarraigo. A nivel sanitario, son consideradas como instrumentos indispensables para desarrollar procesos de desinstitucionalización de pacientes que están en el hospital psiquiátrico, y para complementar las intervenciones realizadas en los centros de salud mental y en las unidades de hospitalización de corta estancia.

Otro de los aspectos fundamentales del modelo de salud comunitario son los equipos multidisciplinares, la continuidad asistencial, así como la cultura de trabajo conjunto con el nivel primario de salud y el desarrollo de programas intersectoriales. Estos equipos están compuestos por profesionales que varían en titulación y número dependiendo del tipo de dispositivo. Generalmente cuentan con psiquiatría, psicología y enfermería, aunque también pueden integrarlos profesionales como los trabajadores sociales, auxiliares de enfermería, terapeutas ocupacionales, monitores de taller, auxiliares administrativos, etc. Si la coordinación de los recursos es deficiente, no se garantiza una adecuada continuidad de cuidados y con ello la atención integral al enfermo.

Además, en los últimos años, la atención a la salud mental se ha visto enriquecida por la perspectiva de la recuperación y rehabilitación, fomentando que la persona recupere su proyecto de vida y sus propias capacidades para poder afrontarlo con independencia de la evolución de sus síntomas o problemas. Esto requiere el desarrollo de programas de rehabilitación y reinserción social que aseguren la continuidad de medidas sanitarias, el soporte socio-familiar, actividad laboral-ocupacional, grupos de autoayuda, red de soporte social, etc., es decir, lo necesario para vivir integrados en la comunidad, con recursos específicos, tanto sanitarios como otros de carácter comunitario y coordinados entre sí.

Por último, destacar la importancia del soporte familiar, entendido como una de las principales fuentes de prestación de servicios, que suponen un elemento importante para el cuidado y la recuperación del paciente con enfermedad mental. En este sentido es fundamental involucrar a la familia en el proceso de la enfermedad mental desde su inicio, aportándoles la información y formación necesaria para el conocimiento y cuidado del paciente con esta enfermedad y desarrollando programas que compensen, en alguna medida, el debilitamiento económico y sociológico que supone la carga familiar por los cuidados prestados y garanticen su propia salud mental (Markez et al., 2000).

PROBLEMÁTICA DE LA ASISTENCIA SANITARIA A ENFERMOS MENTALES PRIVADOS DE LIBERTAD

Fiódor Dostoiesvki: Si quieres conocer una sociedad visita sus cárceles y manicomios.

La OMS estima que, en las sociedades occidentales, la incidencia de alteraciones psiquiátricas es hasta **siete veces mayor** en la población penitenciaria que en la población general.

Dependiendo de los diferentes estudios se aportan cifras variables, pero todos ellos coinciden en una significativa mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos en el medio penitenciario. Teniendo en cuenta tanto la patología psiquiátrica como la dual y la derivada del consumo y adicción a sustancias psicoactivas.

Esto es debido fundamentalmente a las siguientes causas:

a.- **La desaparición de los manicomios (hospitales psiquiátricos de crónicos)**

La ley de Sanidad de 1986 elimina dichos centros. En su artículo 20 apartado uno especifica que **La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario**, potenciando los recursos asistenciales a nivel de ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización. En el apartado dos indica que **La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.**

Estas instituciones han albergado durante su historia a un nutrido grupo de personas socialmente problemáticas (trastornos de la personalidad, oligofrenias) al cerrar dejan sin alternativas a estos enfermos necesitados de ese tipo de centros. Es evidente la relación entre la disminución del número de camas psiquiátricas hospitalarias y el aumento de presos con trastornos mentales.

b.- **Al aumento de población general que carece de recursos** de todo tipo o está simplemente marginada, entre la que hay que contar con un buen número de personas con trastornos mentales, en especial psicosis crónicas, que de una manera u otra acaban con facilidad en prisión.

c.- **Los trastornos mentales provocados por el consumo de sustancias psicoactivas.**

Las sustancias más frecuentemente implicadas en los trastornos psiquiátricos son, por su importancia en el consumo, el Cannabis y la cocaína. Estudios refieren que un 10% de la población española consume habitualmente cannabis en sus distintas presentaciones. Singularmente se especifica que hasta un 30% de la población juvenil. Está demostrado el efecto psicótico del cannabis, la llamada psicosis cannábica, cuya clínica es superponible a la de un episodio de esquizofrenia paranoide. Para algunos autores requiere de una personalidad predispuesta, mientras que para otros basta un consumo importante para que pueda producirse.

Asimismo los consumidores de cocaína presentan trastornos psiquiátricos frecuentes como la esquizofrenia paranoide, desarrollos delirantes de tipo paranoide, trastornos del estado de ánimo y crisis de pánico.

Podemos afirmar que nos encontramos ante una auténtica epidemia de trastornos psicóticos secundarios al consumo de sustancias psicoactivas. Las urgencias psicóticas atendidas en los hospitales españoles se encuentran provocadas en la actualidad, en su mayoría, por el consumo de cannabis o bien el abandono del tratamiento por parte de un paciente ya diagnosticado.

d.- Las personas con problemas mentales que son sometidas a medidas de seguridad habitualmente las cumplen en Centros Penitenciarios.

En el Código Penal español, tras la reforma de 1995, se estipula que cuando una persona haya cometido un delito penal y sea considerada inimputable por causa de enfermedad mental, el tribunal tiene la posibilidad de someterle a un tratamiento ambulatorio, o podrá imponerle internamiento psiquiátrico involuntario, en una institución apropiada, por un periodo que en ningún caso será superior al de la pena que hubiera podido corresponderle. Un importante flujo de enfermos psiquiátricos graves en el sistema penitenciario, tiene este origen judicial y una serie de implicaciones médico-legales que influyen en su evolución, diagnóstico y rehabilitación.

Por tanto, podemos reiterar que, por las causas anteriormente expuestas, los Centros Penitenciarios se han convertido en los modernos manicomios presentando una alta incidencia de internos con trastornos mentales.

ASISTENCIA A ENFERMOS MENTALES EN PRISIÓN. PROBLEMÁTICA.

La problemática de la asistencia a enfermos mentales en el ámbito penitenciario vendría señalada por los siguientes factores:

a.- **El medio penitenciario no es el mas adecuado para tratar trastornos mentales graves.** Es un ámbito presidido por el control y la seguridad y con un alto grado de disciplina con una normativa estricta y a veces compleja que dificultan la realización de actividades terapéuticas. Las prisiones presentan un alto potencial de control frente al alto potencial asistencial del centro hospitalario.

b.- **Los hospitales psiquiátricos dependientes del sistema penitenciario, en la actualidad dos centros en Alicante y Sevilla, se encuentran saturados** por el número excesivo de enfermos mentales que no han podido ser derivados para asistencia hospitalaria, a veces por la presión social ante la enfermedad mental para que prime la seguridad frente a la rehabilitación. Problema agravado por una deficitaria red de apoyo social que da lugar a una cronificación de estos enfermos que terminan presentando unos comportamientos antisociales reiterados y en ocasiones graves.

c.- **La discriminación que sufren los reclusos con enfermedad mental con respecto al resto de la población al no encontrarse el Sistema Sanitario Penitenciario integrado en el Sistema Nacional de Salud.**

La Ley General de Sanidad garantizó que el Sistema Nacional de Salud prestara la atención a todos los pacientes en la misma red asistencial, y en el caso de los pacientes mentales, integró los diferentes servicios y recursos de asistencia psiquiátrica en una sola red pública. Quedando la asistencia sanitaria penitenciaria fuera de esa integración, dicha exclusión es señalada por la Ley de Cohesión y Calidad de 2003, donde se insiste en la necesidad de que el dispositivo asistencial de la atención primaria en el medio penitenciario, sea definitivamente transferida a los dispositivos asistenciales de las comunidades autónomas con lo que se ganaría en coordinación, en equidad, continuidad, justicia y accesibilidad del usuario a los servicios sanitarios. Siendo este uno de los principales anhelos de los Sanitarios Penitenciarios.

d.- **La doble estigmatización que sufren los enfermos mentales que se encuentran en prisión.** (loco y delincuente) Este estigma es responsable en parte, de que se piense primero en estas personas como en delincuentes, más que como enfermos y se les trate como tales lo que dificulta notablemente el abordaje terapéutico. Esto se evidencia en mayor manera en el caso de los pacientes que han sido declarados no responsables de los delitos que cometieron y sometidos a medidas de seguridad, que se convierten en la práctica en un castigo más que en un tratamiento.

e.- **Las controversias legales que se presentan en casos concretos de la práctica clínica:** la aplicación del tratamiento en contra de la voluntad del enfermo, el traslado

urgente desde los centros penitenciarios, a recursos socio-asistenciales, tanto para diagnóstico de un cuadro agudo como para la derivación y seguimiento una vez que el paciente sale del sistema penitenciario.

ABORDAJE DEL PROBLEMA

La Secretaría General de IIPP para afrontar la problemática de salud mental en el medio penitenciario realiza en 2007 el “**Plan de Salud Mental de IIPP**”. Después de un periodo de prueba de las recomendaciones que se indicaban en el plan, y tras la evaluación de los resultados, se llegó al Protocolo de Aplicación del **Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales** en centros penitenciarios (**PAIEM**), publicado en Septiembre de 2009. En este documento se resumen las directrices de la Secretaría General sobre la asistencia a los problemas de salud mental en el medio penitenciario que son básicamente los siguientes:

- a.- **Colaboración con las instituciones sanitarias de las CCAA**, para garantizar una igualdad en la prestación, en tanto no se cumpla la Ley de Cohesión y Calidad que establece la transferencia a las instituciones sanitarias de cada Comunidad Autónoma de la asistencia sanitaria de atención primaria en los centros penitenciarios, hasta hoy cubierta por el Ministerio de Interior.
- b.- **Creación de equipos multidisciplinares en los centros**, impulsados por el director y los subdirectores de tratamiento y de sanidad, pero compuestos por todos aquellos profesionales que pueden intervenir en las actividades asistenciales con estos enfermos en su vida diaria en prisión: personal sanitario, psicólogos, educadores, trabajadores sociales, profesionales de Asociaciones u ONGs, juristas, maestros, monitores deportivos u ocupacionales y funcionarios de vigilancia.
- c.- Realizar una **formación continuada** de aquellos profesionales que desarrollan una labor más asistencial con estos enfermos, médicos, enfermeros y psicólogos. Asimismo formación en línea sobre el funcionamiento y objetivos del PAIEM para todos los funcionarios que se integran en los equipos multidisciplinares en los centros.
- d.- **El PAIEM sirve de conexión con otros programas específicos de tratamiento** como el Grupo de Atención a los Drogodependientes (**GAD**) o el programa de **Discapacitados Intelectuales**.

e.- **En las reuniones del equipo PAIEM se canaliza y coordina la actividad de los profesionales externos a la institución penitenciaria** como los especialistas en psiquiatría, o los terapeutas y trabajadores sociales que participan desde las ONGs.

CONCLUSIÓN

Es evidente el **elevado número de personas con trastornos mentales que se encuentran en los sistemas penitenciarios**, los datos más fiables multiplican por cuatro la presencia de trastornos mentales graves entre internos si se comparan con población general, por dos, si la comparación es con cualquier tipo de trastorno mental. Este hecho nos puede llevar a pensar en la relación directa entre trastorno mental y delincuencia, o bien ingreso en prisión y deterioro mental (síndrome de GANSER).

La Institución Penitenciaria ha tenido que hacer frente al problema de de tratar a estos reclusos enfermos dentro de las prisiones, esto se ha hecho **poniendo en marcha un Programa de actuación específico, el PAIEM**, que reúne todas las directrices sobre las que los expertos están de acuerdo a la hora de abordar la asistencia de los problemas de salud mental en prisión, el **aspecto multidisciplinar, la garantía de igualdad** haciendo de enlace con los servicios especializados de psiquiatría de la comunidad para que puedan actuar dentro de la prisión , **dando soporte a las ONGs** e instituciones del tercer sector que realizan la labor de reinserción social. El PAIEM pone a disposición de los enfermos todos los espacios terapéuticos del centro, talleres, módulos de respeto, GAD, programa de discapacitados, deportes, terapeutas específicos, habilidades sociales, etc. y lo hace en base a la construcción de un programa individualizado de tratamiento y rehabilitación.

La mayor singularidad de los servicios sanitarios penitenciarios es la relación con la institución judicial, con respecto a otros servicios asistenciales. Es preciso realizar un trabajo de entendimiento entre las instancias judiciales y sanitarias a través de la puesta en común de los objetivos de ambas que son muy diferentes. Uno, el cumplimiento de lo legalmente establecido, el otro, el beneficio del paciente. Debemos ser capaces de conseguir ambas metas.

Como punto final decir que **el manejo plenamente equitativo de estos pacientes hubiera estado más asegurado si la misma institución sanitaria que atiende a estos enfermos fuera de prisión, los atendiera también dentro**, es decir, si se hubiera materializado la transferencia sanitaria ordenada por la Ley de Calidad y Cohesión de

2003. Por tanto, la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias se está esforzando a la hora de abordar los problemas de salud mental entre los reclusos, si bien lo hace afrontando el grave problema estructural de no ser una institución sanitaria y que por tanto depende de la colaboración del resto de la sanidad pública para alcanzar sus objetivos en esta materia.

BIBLIOGRAFÍA

Arroyo-Cobo, J.M. (2011). Estrategias asistenciales de los problemas de salud mental en el medio penitenciario. *Revista Española Sanidad Penitenciaria*, 13, 100-110.

Cáritas española. Documento Base Campaña sin techo 2007: por una salud digna para todos.

Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012. Sevilla: La Consejería; 2008.

Comisión de las Comunidades Europeas. Libro Verde: Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. Bruselas; 2005.

Cortés, A., Mora, O. y Uribe, M. (2007). Voces del estigma. Percepción de estigma en pacientes y familias con enfermedad mental. *Universitas Medica*, 48 (3), 208-219.

García, J. y Vázquez-Barquero, J.L. (1999). Desinstitucionalización y Reforma psiquiátrica en España. *Actas Española de Psiquiatría*, 27 (5), 281-291.

Leganés, S. (2010). Drogas, delincuencia y enfermedad mental. *Revista española de drogodependencias*, 35 (4), 513-536.

Márquez, I., Póo, M., Ariño, J., Córdoba, S., Merino, C. y Romera, C. (2000), *Atención comunitaria de la enfermedad mental*. España: Editorial Ararteko.

Ministerio de sanidad, política social e igualdad (2009). Estrategia en Salud Mental Sistema Nacional de Salud 2009-2013.

Muñoz, A and Uriarte, J. (2013). Estigma y enfermedad mental. *Norte de Salud Mental*, 6(26), 49-59.

Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: OMS; 2001

Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud mental. Conceptos, evidencia emergente, práctica. Informe compendio. Ginebra: OMS; 2004.

Organización Mundial de la Salud. “Declaración de Salud Mental para Europa. Enfrentando desafíos, Construyendo soluciones”. Conferencia Ministerial Europea de la OMS. Helsinki, Finlandia, 12-15, 2005.

Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Ginebra: OMS; 2013

Plazaola-Castaño, J. and Ruiz, I. (2004). Violencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en la salud física y psíquica. *Med. Clin. (Barc.)*, 122 (12), 461-7.

Tronchoni, M., Aparicio, V., García, E., Noriega, M. (2003). Prevalencia de patología mental entre población sin hogar. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 3 (2), 129-147.

Torrens, M. (2008). Patología dual: situación actual y retos de futuro. *Adicciones*, 20 (4), 315-320.