

---

## Derechos, cárcel y salud mental

Egunon guztioi, eskerrik asko gonbidapen honi esker...

Les informo que he preparado un documento que se les va a entregar más tarde, y es más amplio de lo que les voy a leer.

Desde la institución del Ararteko, en diferentes documentos, en los años 90, en 2006 (*“Alternativas a la cárcel en Euskadi: el trabajo en beneficio de la comunidad”*), 2012 y en otros más recientes... También aquel año 2006 pudimos contar con las *“Líneas generales de Política de Ejecución Penal y Penitenciaria, una aproximación a un modelo para la CAPV”* del Gobierno Vasco. Si se pudiera contar con lo reflejado por estas instituciones daríamos grandes pasos adelante sobre la situación actual.

Tenemos una tasa de encarcelamiento en torno a 60 personas/100.000 hab., que llegarían a unas 95 si se contaran quienes teniendo residencia administrativa en la CAPV, están en otros C.P. fuera de la misma.

- Unas 1.400 personas recuidas en la CAPV en la actualidad...
- De ellas, un 6-8% mujeres, y un 25% personas extranjeras.

Recordemos que la tasa de encarcelamiento española (120 reclusos por 100.000 habitantes) es muy superior a la media europea a pesar de que la tasa de criminalidad es baja. Si la tasa de encarcelamiento se acomodara a la de criminalidad, esta cifra se reduciría y "un 50% de personas encarceladas estaría en libertad" (Red de Organizaciones Sociales del Entorno Penitenciario, Rosep, 2016)

Según Informes del **Ararteko** o memorias de **II.PP.**, Instituciones Penitenciarias, en las cárceles del País Vasco, había un porcentaje de reclusos con problemas mentales desproporcionadamente mayor que el de la población general, con una atención inadecuada.

Las resistencias políticas y judiciales han estado excesivamente presentes. Prejuicios, el estigma y la discriminación con esta población tan vulnerable y la no consideración de la Constitución ni de las declaraciones de los derechos humanos formalmente aceptados. Han pasado las décadas y sigue pendiente poner en práctica las recomendaciones de organismos internacionales para proteger los derechos -la salud incluida- de las personas con enfermedad mental; redefinir los conceptos en torno a la locura o la anormalidad y tras ello, posiblemente, adecuar la legislación civil y penal; mejorar la asistencia sanitaria universal y, por tanto, también de quienes están

recluidas; limitar al mínimo la práctica de la detención obligatoria; favorecer el desarrollo de iniciativas sociales y sanitarias frente a las penales.

## **El Subsistema de Salud mental Penitenciario**

Ya la D.G.II.PP., ha señalado en diferentes trabajos, cifras de personas con enfermedad mental en torno a 1/3 o 1/4 de las ingresadas en prisión. No obstante, a nivel estatal solo existen tres hospitales psiquiátricos penitenciarios, en Alicante, en Sevilla y en Barcelona, donde están ingresadas aquellas personas declaradas inimputables y que han de cumplir una medida de seguridad para tratamiento médico (Art. 101 del C.P.). Así, unos pocos cientos de enfermos mentales son trasladados a muchos kilómetros de su red de apoyo social donde estarán hasta extinguir la medida de seguridad. En nuestro caso habitualmente no se produce ese traslado e irá si está descompensado (caso agudo) al Pabellón Jado del Hospital de Basurto o al Hosp. Univ de Álava hasta que se estabilice o pase la crisis. Si es un paciente diagnosticado de trastorno mental grave (TMG), alguna psicosis por ejemplo, se traslada a otra cárcel de cumplimiento, a Palencia si no tienen arraigo familiar independientemente del diagnóstico, otros a Burgos o quedan en Zaballa.

-Hay quienes ingresan en prisión con algún trastorno mental grave y hay personas que el medio les genera enfermedad mental. Según el CP debiera sustituirse la pena por una medida de seguridad y ser derivados a recursos externos de la red de salud mental pero se justifica con que ante la falta de medios extrapenitenciarios o ante el rechazo a las medidas necesarias, acaban cumpliendo estas dentro del centro penitenciario.

-Muchas voces e instituciones autorizadas claman contra el hecho de que la cárcel sea un lugar apropiado para los enfermos mentales, haciendo valer la necesidad y el derecho de los pacientes de recibir un adecuado tratamiento y un entorno terapéutico, que no puede proporcionar la prisión. Los hechos siguen imponiendo la permanencia de muchos enfermos en prisión.

-Los datos epidemiológicos informan de la alta prevalencia de trastornos mentales en las cárceles, sea en España, en la Comunidad Autónoma o en los países occidentales.

Los tres problemas de salud en el medio penitenciario son las enfermedades mentales (6-8% trast. psicóticos o t.m.g., no menor a 100 en la CAPV), las drogodependencias (más del 50%) y las enfermedades infecciosas (en torno a la mitad asociadas al uso de tóxicos). Son el paraguas de la insalud mental en prisión.

-La prevalencia en las prisiones es seis veces mayor que en la población general, afectando a nueve de cada diez internos (prevalencia vida: haber padecido algún trastorno mental (incluidos los leves) en algún momento de su vida. Al menos uno de cada cuatro, el 25% padece una enfermedad mental según II.PP., sin considerar los trastornos asociados al uso de drogas.

La probabilidad de sufrir un trastorno psicótico o y una depresión severa es entre 4 y 6 veces más que la población general; 10 veces más de sufrir un trastorno antisocial de la personalidad. O formas clínicas con mayor gravedad y comorbilidad que la encontrada en la población general. Estas cuestiones, por

sí mismas, convierten a los trastornos mentales en un grave problema de salud pública en los centros penitenciarios.

### **Algunas peculiaridades de la atención a pacientes mentales en la prisión**

En la búsqueda de la mejora de la calidad asistencial de los enfermos ingresados en prisión, los sanitarios con frecuencia deben hacer frente a contradicciones provocadas por las circunstancias que concurren en su tarea.

Contamos con profesionales preocupados por que se reconozca la necesidad de que las personas privadas de libertad tengan una atención sanitaria de calidad como la que tenían antes de entrar en prisión.

Con protocolos y guías, amparadas por sociedades profesionales, la AEN (OME en el País Vasco), la SESP,... que representan en la actualidad, la referencia más tangible de la *lex artis*, una expresión jurídica utilizada para definir la actuación de un buen profesional desde el punto de vista legal.

A nivel asociativo, desde el año 2003 fue presentada la ponencia sobre *La atención a la salud mental de la población reclusa*. Después vendrían los encuentros de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) y la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP) en sus congresos y reuniones de trabajo a través del Grupo de salud mental en prisión (GSMP), su variada actividad de debate, investigación, elaboración documental o publicaciones. Desde finales del año 2009, la organización y desarrollo de SampAEN, el grupo de trabajo de Salud mental en prisión de la AEN, donde participamos psiquiatras y psicólogos de OME (Osasun Mentalaren Elkartea) y de Osalde (Asociación por el derecho a la Salud). Desde estos grupos profesionales estamos obligados a buscar fórmulas para la cooperación, que venga de la coordinación interinstitucional y la colaboración entre asociaciones profesionales. Importante hacer efectivo el trabajo conjunto que necesitamos.

A tener presente el debate de las personas encarceladas y con alguna enfermedad mental *¿Estamos ante un delincuente o ante un enfermo? ¿Debemos tratarlo como a un criminal o como a una víctima más de su enfermedad?* Debate permanente y manido desde hace siglos y que sigue aun sin estar resuelto.

Constatamos:

1. Los pacientes mentales en prisión acceden a menos permisos terapéuticos y de fin de semana que el resto de sus compañeros, por no tener apoyos familiares o del entorno,

2. Hay programas específicos para prevenir conductas de suicidio, así como otros programas para condenados por abusos sexuales, programas de metadona y de intercambio de jeringuillas para adictos a opiáceos...

3. Son raras las terapias psicosociales (ni individual, grupal, o familia)

4. Desde 2009 existe un programa específico para atender las necesidades de apoyo a la rehabilitación psicosocial de los pacientes mentales graves: el programa PAIEM (Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales), pensado para la mayoría de los Centros Penitenciarios (CP). Trata de configurar equipos multiprofesionales integrando a los profesionales que trabajan en el CP- funcionarios, educadores, psicólogos, trabajo social,

enfermería, médico- de modo que diseñan, junto con el paciente que se incorpora al programa, un plan individualizado de intervención para propiciar su incorporación a actividades y responsabilidades que contribuyan a la mejora psicosocial. Esto es el proyecto, no la realidad, el PAIEM no tiene presupuesto específico, ni se acompaña de mayor dotación de recursos. La opinión generalizada entre los profesionales de la salud de que es sólo válida como “una Estadística sin más...”.

5. El Programa Puente para sortear esa dificultad. Vinculado al Centro de Inserción Social (CIS) del CP, para personas en régimen abierto, se ocupa, contando con las ONGs que colaboran, de apoyar al preso en su proceso de salida, y vincularle al entorno: familia, ocupación, formación, trabajo, atención de salud, etc. Tampoco tiene dotación económica adecuada.

6. En algunos lugares, a iniciativa de ONGs hay procesos de apoyo, acompañamiento y acceso a pisos compartidos para pacientes mentales al pasar al tercer grado penitenciario.

**¿Hay relación entre la salud mental y el delito?** Necesitamos saber más de los tipos de delitos que cometen algunas personas con enfermedad mental, su frecuencia, las causas, su analogía o diferencia respecto los delitos cometidos por otras gentes; la reincidencia en nuevos delitos, especialmente conductas violentas; o sobre nuestros criterios, juicios y prejuicios acerca de la supuesta peligrosidad de los enfermos mentales.

Podemos sintetizar lo siguiente:

1. Las personas con trastorno mental grave tienen más probabilidad de afrontar condenas por delitos violentos y de otro tipo que el resto de los ciudadanos.

2. La personalidad antisocial y el abuso por sustancias tóxicas tienen mayor asociación con la infracción que las enfermedades mentales importantes

3. La combinación de trastornos psiquiátricos (más si uno es trastorno por consumo de sustancias) puede ser más importante que una sola categoría de enfermedad mental.

4. La mayoría de los delitos cometidos por quienes padecen enfermedades mentales son de naturaleza menor. La violencia, si tiene lugar, es muy probable que se dirija contra alguien de la familia o personas de su entorno cercano.

5. La tasa de prevalencia de trastornos psicóticos en las cárceles es mucho mayor que en la población general. Es alta la psicopatología concomitante, lo apoyan estudios recientes, potenciada en el peculiar medio con sus condiciones de la prisión (aislamiento, alejamiento familiar y social, carencia de autonomía y privacidad, condenas largas, traslados, hacinamiento,...).

6. Es preciso detenerse en el fácil acceso a los fármacos, la medicalización como recurso paliativo/alternativo de otras opciones alternativas que convierte al fármaco en otra droga más para la evasión, la evitación y el engaño.

Todo ello en un Régimen interno muy basado en la seguridad y el castigo.

### **Sobre los tratamientos de personas penadas con trastorno mental grave**

Si la persona penada padece un trastorno mental grave que le impida tener sentido de realidad, el artículo 60 CP dispone que la o el juez de vigilancia penitenciaria puede suspender la ejecución de la pena, determinando las

medidas de seguridad oportunas. Negar la sustitución por una pena de trabajo en beneficio de la comunidad por una medida de seguridad privativa de libertad, hace necesaria la suspensión de la ejecución de la pena y, en su caso, la imposición de una medida de seguridad ambulatoria.

- Hay experiencias que demuestran que ciertas modalidades de intervención proactivas (programas activos o de tratamiento comunitario asertivo) que buscan el acercamiento a los pacientes. Hay alianzas terapéuticas, con metodología comunitaria (fortalecer lazos sociales, trabajo con las redes sociales naturales y profesionales, de los pacientes)

- En la práctica, las intervenciones comunitarias están “a la baja”; en la intervención psiquiátrico-asistencial actual, por razones meramente ideológicas.

Por otro lado, la división entre los servicios de salud mental y los de atención a drogodependientes, es una brecha que dificulta la posibilidad del tratamiento integrado a tantos pacientes que están en el filo de la delincuencia y que sufren trastornos mixtos (psicosis o trastornos graves de la personalidad y consumo de tóxico). Es importante orientar hacia la integración de redes y modelos, con todos los procesos terapéuticos en Salud Mental, y corregir lo que fue un diseño organizativo asistencial erróneo, propiciado por motivos ajenos a la clínica psiquiátrica, inducido por corrientes de opinión que eludían los aspectos mentales presentes en la conducta adictiva.

Hay posibles soluciones o vías de mejora: tribunales específicos de salud mental, trabajo conjunto con equipos de tratamiento asertivo comunitario “forense”, favorecer los vínculos sociales y mejorar la salud física de estas personas. O frente a la patología dual (trast. mental + trast. uso de drogas), saber que las condiciones de vida en la cárcel se relacionan con los consumos.

A veces, la persona sometida a procedimiento judicial puede ocultar su trastorno, a fin de evitar su ingreso en el hospital psiquiátrico penitenciario, optando por cumplir la pena en el ámbito carcelario normalizado.

Es el momento de considerar las **medidas de seguridad sustitutorias**, alternativas al ingreso en prisión mediante el tratamiento ambulatorio o en centro especializado, un avance socio-sanitario. No tenemos datos estadísticos, epidemiológicos, asistenciales sobre los resultados de esta alternativa, necesarios para que después del tiempo transcurrido ya desde la implantación de esta normativa legal, se pueda realizar una evaluación rigurosa de la misma. Emitida la sentencia, se puede oír al equipo terapéutico que ha de realizar el tratamiento, sobre el desarrollo del mismo en cada caso concreto; e introducir en el acto procesal la valoración sobre la voluntariedad activa de la persona juzgada para implicarse en el proceso terapéutico.

Han existido experiencias como la Unidad Terapéutica y Educativa (UTE), un modelo alternativo a la prisión tradicional. Fue experiencia pionera en su momento en algunos lugares y modelo referente en otros centros penitenciarios españoles e imitados en otros países. Experiencias innovadoras y eficientes en la rehabilitación y reinserción de presos, fueran o no adictos.

En las cárceles del País Vasco no hay UTEs. Y en algunos C.P. pioneros del Estado, tras los recortes de financiación y personal han tenido que olvidar sus objetivos iniciales.

### **Cumplimiento de medidas de seguridad en pacientes con trastornos mentales.**

Hay tres circunstancias de especial relevancia a considerar:

1ª. La psiquiatría –las ciencias y profesiones que se ocupan de la salud mental- y el derecho son dos áreas de conocimiento que, obligadas por la realidad a encontrarse, han realizado esfuerzos insuficientes para hacerlo de una forma eficaz (o no han producido los mejores resultados hasta el momento.

2ª. La frecuencia con que los pacientes mentales graves entran en contacto con el sistema penal y penitenciario, en una proporción mucho más alta de lo que cabría esperar por la conducta delictiva que cabría atribuir al padecimiento de la enfermedad mental (ambas dimensiones no explican más allá de uno de cada cinco delitos cometidos por los pacientes mentales). La población de enfermos mentales que cometen delitos y son detenidos es una población que padece una doble vulnerabilidad, que le hace proclive a padecer enfermedad mental y por añadidura, a situarse en los márgenes de la sociedad, y de una sociedad respetuosa con la ley. Esto requiere activar el pensamiento complejo de legisladores y operadores de lo psico y de lo legal-judicial, lo que hasta la fecha se ha hecho de forma insuficiente.

3ª. El momento que ambas disciplinas, ambos grupos profesionales, y sus expresiones en las administraciones públicas, de Salud y de Justicia, que de forma muy sintética podemos definir como de tensión entre mantener su adhesión a los viejos valores o cómo y de que manera van orientándose hacia nuevos valores, que emergen con nuevas perspectivas (éticas, de derechos y de expectativas) de nuestra sociedad.

A no dejar de lado que la legislación actual es excesivamente interpretable, aunque sea suficiente para sostener una propuesta como la de los tribunales específicos de salud mental, conocidos como *Mental Health Courts* (MHC), que incluyen a especialistas en psiquiatría. Se basan en los principios de la “Jurisprudencia Terapéutica”, empleados para afrontar casos de drogadictos que infringían la ley. La idea básica de los MHC, es ofrecer a quienes cometen un delito y tienen algún trastorno mental, conmutar al menos una parte de la condena en prisión por la realización de un tratamiento fuera de la cárcel.

- Hoy, lo más interesante que se está haciendo en Europa, es la creación de unidades alternativas (las “Residencias para la ejecución de la medida de seguridad” (Residenze per l’esecuzione della misura di sicurezza o Rems), ") bajo la tutela del ámbito sanitario, que permitan cerrar los psiquiátricos penitenciarios...

Si una de las banderas es la desinstitucionalización psiquiátrica, ante la inexistencia de hospitales psiquiátricos no debemos promocionar ni solicitar la creación de hospitales psiquiátricos penitenciarios. Sí en cambio la creación de varias Unidades Psiquiátricas Hospitalarias, con capacidad para 30 a 50 personas, según las necesidades, posiblemente anexas a los actuales hospitales generales o a los hospitales psiquiátricos existentes en la CAPV.

Las leyes que se refieren de manera expresa a cuestiones relacionadas con la psiquiatría, emplean términos ajenos a ella, lo que conduce a la confusión. Aunque el desarrollo de servicios jurídico-sanitarios sea primordial, una amplia revisión de las normativas que regulan los cruces de camino entre la psiquiatría y el derecho también sería muy de agradecer.

**Algunas propuestas**, con frecuencia señaladas desde colectivos de familiares y enfermos psíquicos así como profesionales de la Salud Mental, integrados en el Tercer Sector y también en la Sanidad Pública, en Osakidetza. .

- Ninguna persona con enfermedad mental grave por causa de la misma y/o por ausencia de recursos en la comunidad debe estar en centros penitenciarios ni hospitales psiquiátricos penitenciarios.
- La atención sanitaria de toda persona privada de libertad o sometida a medidas judiciales de seguridad, debe recaer bajo la responsabilidad del Sistema Nacional de Salud, y consecuentemente de las CC.AA.
- Es ineludible la sustitución de los hospitales psiquiátricos penitenciarios (Sevilla y Alicante) por estructuras de atención sanitaria y social que determine la Comunidad Autónoma, garantizando la calidad asistencial y facilitando la adecuada integración en el entorno sociofamiliar de sus usuarios/as.
- Reconociendo los esfuerzos realizados en los últimos años por responsables de Instituciones Penitenciarias, CC.AA., personas y organizaciones vinculadas a la organización de Justicia, algunas Sociedades Profesionales y de múltiples ONGs, es necesario priorizar los esfuerzos hacia la atención de las personas con enfermedad mental, familiares y allegados con dificultades y necesidades de apoyo, como son las afectadas en el ámbito penal y judicial.
- Y todo, en un marco que aplique los principios de la Convención Internacional sobre los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad de NN.UU.

Por lo que es prioritario, a riesgo de simplificar:

1.-Cumplimiento la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud y la aplicación en todas las Comunidades Autónomas. En este caso la consideración específica de la Estrategia en Salud Mental de la CAPV (2010).

2.- Que toda persona diagnosticada con una enfermedad mental tenga garantías de un tratamiento integral adecuado, que contemple todas las medidas terapéuticas necesarias, reconociendo al centro/unidad de salud mental comunitaria como estructura de atención, contando con un equipo multidisciplinar que asegure la necesaria continuidad de cuidados, desde una perspectiva de accesibilidad y adaptación a las necesidades de cada persona, la atención domiciliaria y de tratamiento asertivo.

3.- Aplicar, potenciar y financiar todas las acciones reconocidas legalmente, que permiten el cumplimiento de condenas mediante medidas alternativas a la entrada en prisión a personas con enfermedad mental, priorizando su acceso a los recursos comunitarios, de atención a la discapacidad y dependencia en la CAPV, resolviendo normativas que limitan o excluyen a dicha población.

4.- Aplicar de forma efectiva las regulaciones legales disponibles que favorezcan la atención especializada en servicios externos a la cárcel a los/as internos/as (art. 117 del reglamento penitenciario, artículo 96 del C.P., etc.).

5. Potenciar y financiar las acciones de algunos servicios de Asistencia y Orientación Social al Detenido y a la Reinserción (y similares), cuya intervención profesionalizada facilita de forma individualizada el acceso de la colaboración activa a las familias y allegados/as así como el acompañamiento de la persona en su proceso de reinserción desde el inicio mismo del proceso judicial, continuando en la propia prisión en su caso.

6. Abordar y reducir las barreras de acceso y participación de las familias y allegados/as desde el inicio mismo del proceso judicial, sin perjuicio del cumplimiento de la normativa legal y garantías procesales e individuales.

7.- Realizar acciones especializadas de formación y sensibilización que aborde el estigma de jueces/zas, fiscales, abogados/as, equipos forenses, fuerzas de seguridad del estado, profesionales de los sistemas sociales y sanitarios comunitarios y penitenciarios así como a los/as propios implicados/as (personas con enfermedad mental, familiares y allegados/as) sobre enfermedad mental, discapacidad, proceso penal y realidad de las personas con enfermedad mental y sus familias afectadas por el régimen penal penitenciario, contando con la participación en primera persona de las mismas.

8.- Aplicar y financiar la implantación del PAIEM en todos los centros penitenciarios, así como incorporar en su protocolo de aplicación las actividades y acciones específicas hacia la familia y allegados/as.

Hay demasiadas carencias en el sistema actual, hay descuidos de implantación de recursos que están contemplados en la legislación penitenciaria, pero no aplicados.

La mejor forma de responder a la enfermedad mental y a las drogodependencias y, ni que decir cuando se combinan en patologías duales, es en medio abierto, buscando la extensión y aplicación de medidas encaminadas a sustituir, suspender, reemplazar el recurso a la reclusión por programas comunitarios y socio-sanitarios extracarcelarios. El éxito de los mismos ha sido ampliamente demostrado allí donde así se ha procedido.

Existen alternativas a la cárcel, aunque no suelen aplicarse. Son necesarios más jueces que conmuten penas de prisión por medidas de seguridad orientadas a realizar tratamientos eficaces, coordinados con las redes de Salud mental dotadas de recursos, profesionales y de alojamiento, si están dispuestos a asumir retos de descongestionar la cárcel de casos psiquiátricos. Claro que para ello es preciso que las competencias pendientes en este campo sean gestionadas desde esta Administración pública autonómica. No obstante, si se aplicara la legislación actual y el CP actual se darían avances considerables en las líneas señaladas.

Iñaki Markez

8-5-2018

## Iñaki Markez Alonso

Médico especialista en Psiquiatría y Doctor en Neurociencias por la Universidad del País Vasco-EHU. Especialista Universitario en Psiquiatría Legal y Forense. Diversos másteres en Salud Mental, en Drogodependencias y Sida, en Salud Pública y en Gestión clínica en Salud Mental.

En la actualidad trabaja en Avances Médicos (IMQ-AMSA) y en Zubiok (Instituto Vasco de Psicoterapia) en Bilbao.

-Profesor del máster de Adicciones de la Universidad de Deusto, y miembro del Grupo de Investigación del IDD, Universidad de Deusto. Docente en cursos de postgrado en la UPV-EHU y en la UNED.

-Evaluador de Proyectos de investigación del Plan Nacional sobre Drogas (PNsD) desde 2005.

-Evaluador de proyectos de la Escuela de Salud Mental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN/Profesionales de S. Mental).

-Miembro del Consejo Asesor de Drogodependencias de la Dirección de Drogodependencias del Gobierno Vasco desde 2001.

-Miembro del Consejo Asesor de Salud Mental del Dpto. de Sanidad del Gobierno Vasco (2009-2014).

-Miembro de OME-AEN, Asociación Vasca de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria (presidente de 2008-2014).

-Miembro de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN)/Profesionales de Salud Mental, con participación en sus secciones de Historia, Derechos humanos y el grupo de trabajo SaMPAEN (Salud Mental en Prisión de la AEN).

-Cofundador de Osalde (antes OP), asociación por el derecho a la salud.

-Participa en el Consejo Editorial de varias publicaciones especializadas: *OP Koadernoak*, de *Psiquiatría Pública* y de la *Revista de la AEN*. Director de la revista *NORTE de salud mental*. Revisor de *psiquiatría.com* desde 2005.

- Miembro de ENVIS, red europea apoyo contra la violencia.

### **Libros**

Autor o Coautor de más de una treintena de libros sobre salud mental, y sobre intervención en ámbitos de exclusión y con poblaciones más vulnerables. De ellos, relacionados con la violencia o prisión, de edición reciente:

- ***Violencia y Salud mental. Salud mental y violencias institucional, estructural, social y colectiva.*** Iñaki Markez, Alberto Fernández Liria y Pau Pérez (Coords). Edita Asoc. Española Neuropsiquiatría, Madrid, 2009

- ***La noche de las Víctimas. Investigación sobre el Impacto en la Salud de la Violencia Colectiva (ISAVIC) en el País Vasco.*** I. Larizgoitia, I. Izarzugaza, I. Markez (Coords.). Edita Fund. Buesa. Vitoria/ Gasteiz, 2009.

- **Salud mental y derechos de las personas.** Edita Ararteko. Colección "Jornadas sobre DD.HH. Vitoria/ Gasteiz, 2009. Autores: Iñaki Markez, Rosa Braceras, Margarita Tarazaga, Itziar Cabieces.
  - **Situación de la atención a la salud mental.** Edita Manu Robles-Arangiz Institutua. Documento nº 19. 2009, Bilbao. Autor: Iñaki Markez.
  - **El papel de las instituciones vascas respecto a los consumos de drogas de la adolescencia.** Informe extraordinario de la institución Ararteko al Parlamento Vasco, 2010. Autores: Instituto Deusto de Drogodependencias: E. Aróstegui, I. Markez, J. Gazapo, N. Jiménez, N. García del Moral, I. Sarabia y T. Laespada. © ARARTEKO.
  - **Atención primaria de la salud mental en prisión.** Cristina Iñigo e Iñaki Markez (Coords.) Grupo de trabajo sobre Salud Mental en Prisión (GSMP: AEN y SESP). Edita OMEditorial. Bilbao, 2011. 173 pp.
  - **Atención y tratamientos en prisión por el uso de drogas.** Iñaki Markez y Cristina Iñigo (Coords.). Edita OM Editorial. Bilbao, 2012. 288 pp.
  - **Acciones de Salud mental en la Comunidad.** XXV Congreso AEN (2012), de 918 pp. Coordinado por Manuel Desviat y Ana Moreno. Ed. AEN, 47, Madrid, 2012. Participación con: *Factores adversos y grupos de riesgo* (pp. 85-103); *Atención al problema de las toxicomanías* (635-647); *Violencia colectiva y víctimas* (679-689).
  - **Incomunicación y tortura. Análisis estructurado en base al Protocolo de Estambul.** O. Barrenetxea, I. Markez, B. Morentin, G. López, O. Barrios, A. Krakenberger y P. Pérez (Coords.). Bilbao, 2014. Avalado por NN.UU.
  - **Violencia colectiva y Salud mental. Contexto, trauma y reparación.** Edita Grupo 5, Colección Salud mental colectiva. Madrid, 2014.
-