



La Psicología en el ámbito penitenciario y judicial. Módulo I



www.isfap.com · info@isfap.com

TEMA XII. PSICOPATOLOGÍA EN POBLACIÓN PENITENCIARIA

I. Salud mental, trastornos mentales y determinantes biopsicosociales: una perspectiva contemporánea

La comprensión actual de la salud mental es el resultado de un largo proceso histórico de transformación conceptual y científica. Las explicaciones sobrenaturales y religiosas que dominaron durante siglos fueron progresivamente sustituidas por modelos médicos, psicológicos y sociales que permitieron comprender la enfermedad mental como un fenómeno complejo, multifactorial y susceptible de intervención especializada (Sánchez, 2013). Este cambio no sólo modificó la manera de interpretar el sufrimiento psíquico, sino también las formas de atención, tratamiento y protección de los derechos de las personas afectadas.

Desde una perspectiva contemporánea, la salud mental no puede entenderse de manera aislada respecto a la salud general. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001) plantea una concepción integradora de la salud como un estado de bienestar físico, mental y social, superando las definiciones centradas exclusivamente en la ausencia de enfermedad. Posteriormente, la OMS (2004) profundizó en esta idea definiendo la salud mental como la capacidad de la persona para reconocer sus propias capacidades, afrontar las dificultades habituales de la vida, desempeñar una actividad productiva y participar activamente en su comunidad.

Esta formulación se inscribe dentro del denominado modelo biopsicosocial, cuyos antecedentes pueden rastrearse hasta Hipócrates, quien ya consideraba que la enfermedad era el resultado de la interacción entre factores biológicos, conductuales y ambientales (Amigo, 2012). En la actualidad, dicho modelo constituye el marco teórico predominante para explicar tanto la salud como la enfermedad mental.

I.1. La salud mental como fenómeno multideterminado

La evidencia científica ha puesto de manifiesto que la salud mental está condicionada por la interacción constante de factores biológicos, psicológicos y sociales. Desde el punto de vista

biológico, los procesos neuroendocrinos, inmunológicos y neuroquímicos mantienen una estrecha relación con el funcionamiento psicológico. Diversas investigaciones han demostrado que trastornos como la depresión se asocian a alteraciones fisiológicas que afectan al metabolismo hormonal, la respuesta inflamatoria y la regulación inmunitaria (OMS, 2001; Prince et al., 2007).



De la misma forma, la relación entre salud física y salud mental es bidireccional. Determinadas enfermedades médicas pueden incrementar el riesgo de desarrollar trastornos mentales, mientras que los problemas psicológicos pueden

favorecer la aparición o agravamiento de enfermedades físicas. Esta interdependencia explica por qué las enfermedades crónicas, las patologías neurológicas o las afecciones incapacitantes suelen asociarse a mayores tasas de ansiedad, depresión y deterioro emocional, tal como indica Prince (2007).

Sin embargo, la comprensión de la salud mental es insuficiente si se ignora la influencia de los determinantes sociales. Las investigaciones muestran que factores como la pobreza, la desigualdad, la exclusión social, el desempleo, las condiciones de vivienda, el acceso a la educación o las experiencias de discriminación influyen significativamente sobre el bienestar psicológico de las personas (OMS, 2001; Lorant et al., 2003). La Declaración Política de Río sobre Determinantes Sociales de la Salud (2011) consolidó esta perspectiva al considerar que las condiciones sociales en las que las personas nacen, crecen, viven y envejecen constituyen elementos esenciales para entender las desigualdades en salud.

Los trastornos mentales no pueden interpretarse únicamente como fenómenos individuales o clínicos, sino también como expresiones de contextos sociales específicos. La exposición

continuada a situaciones de vulnerabilidad, inseguridad, violencia o exclusión genera elevados niveles de estrés psicosocial capaces de alterar los sistemas fisiológicos de regulación y aumentar la probabilidad de desarrollar problemas psicológicos (Brunner y Marmot, 2005).

De nuevo, las investigaciones que se han realizado identifican como grupos especialmente vulnerables a las personas que viven en situación de pobreza, quienes padecen enfermedades crónicas, las víctimas de malos tratos durante la infancia, las minorías sociales o culturales, las personas sometidas a discriminación y aquellos colectivos que experimentan situaciones de exclusión social prolongada (OMS, 2013). Entre estos grupos adquiere especial relevancia la población penitenciaria, cuya situación se articula con frecuencia con factores de marginación social, de vulnerabilidad económica, de antecedentes traumáticos y de limitaciones en el acceso a recursos de apoyo.

1.2. La salud mental como prioridad de salud pública

El reconocimiento del impacto de los trastornos mentales sobre la calidad de vida, la discapacidad y la mortalidad ha llevado a considerar la salud mental como una prioridad estratégica para los sistemas sanitarios internacionales. Los organismos tanto nacionales como internacionales han tomado el principio de que no existe salud sin salud mental, subrayando la necesidad de integrar ambas dimensiones dentro de las políticas públicas de salud.

La OMS ha destacado que los trastornos mentales constituyen una de las principales causas de discapacidad a nivel mundial y representan una carga creciente para los sistemas sanitarios y sociales (OMS, 2013). Este impacto de la realidad ha impulsado el desarrollo de estrategias internacionales orientadas a promover el bienestar psicológico, prevenir la aparición de trastornos, garantizar la atención integral y proteger los derechos humanos de las personas afectadas.

Tanto la Declaración de Río (2011) como el Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020 de la OMS (2013) ponen en juego la necesidad de reducir desigualdades, fortalecer la atención comunitaria, desarrollar programas preventivos y mejorar la investigación científica. En España, estos principios han sido incorporados a través de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, que promueve una atención integral basada en la coordinación de servicios, la continuidad asistencial, la formación de profesionales y la lucha contra el estigma.

Igualmente, la aplicación de estos principios es muy relevante en colectivos vulnerables como la población penitenciaria, cuyo derecho a la atención sanitaria integral está también reconocida por la legislación española y por los principios internacionales de equidad en salud (Ramos, 2012).

I.3. Conceptualización contemporánea del trastorno mental

La definición de trastorno mental sigue siendo controvertida, siendo objeto de debate científico debido a la complejidad de delimitar los límites entre normalidad y patología. Aun así, los principales sistemas diagnósticos internacionales coinciden en considerar que un trastorno mental implica la presencia de alteraciones psicológicas, emocionales o conductuales clínicamente significativas que generan malestar subjetivo, deterioro funcional o limitaciones importantes en diferentes ámbitos de la vida de la persona (APA, 2002; OMS, 1992).

Tanto el DSM-5-TR como la CIE-11 establecen explícitamente que un trastorno mental no puede definirse únicamente por conductas socialmente desviadas, creencias culturales diferentes o conflictos entre la persona y la sociedad. Para que exista un trastorno mental debe identificarse una disfunción psicológica, biológica o del desarrollo que explique dicha alteración. La definición oficial del DSM-5-TR señala que: "Las conductas socialmente desviadas (por ejemplo, políticas, religiosas o sexuales) y los conflictos que se producen principalmente entre el individuo y la sociedad no son trastornos mentales, a menos que la desviación o el conflicto sean consecuencia de una disfunción en el individuo".

También, el DSM-5-TR indica que una respuesta esperable o culturalmente aceptada ante una situación vital (un duelo) no debe considerarse un trastorno mental por sí misma.

Por su parte, la CIE-11 define los trastornos mentales como alteraciones clínicamente significativas de la cognición, la regulación emocional o la conducta, asociadas a una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo y acompañadas de malestar o deterioro funcional.

Aunque la CIE-11 no formula la exclusión con exactamente las mismas palabras que el DSM-5-TR, mantiene el mismo principio conceptual: las diferencias culturales, los conflictos sociales o las conductas que se apartan de las normas sociales no constituyen por sí mismos un trastorno mental, salvo que exista una alteración clínica individual que explique dichas manifestaciones. Este criterio aparece especialmente desarrollado en las directrices diagnósticas de la CIE-11, donde

se señala que los patrones conductuales no deben explicarse principalmente por factores culturales o sociopolíticos.



La OMS (2001) enfatiza, además, que estos trastornos constituyen fenómenos patológicos persistentes o recurrentes que exceden las variaciones normales de la experiencia humana.

Desde esta perspectiva, los trastornos mentales deben entenderse como procesos complejos en los que

confluyen factores genéticos, neurobiológicos, psicológicos, familiares, sociales y culturales. Su aparición, evolución y pronóstico dependen de la interacción entre estos múltiples factores, lo que explica la gran heterogeneidad clínica observada en la práctica profesional.

I.4. Impacto social y sanitario de los trastornos mentales

Uno de los aspectos más relevantes de los trastornos mentales es su enorme repercusión sobre la calidad de vida, la funcionalidad y la participación social de las personas afectadas. Además de generar sufrimiento psicológico, estos trastornos producen importantes consecuencias familiares, laborales, económicas y sanitarias (OMS)

La elevada prevalencia de los trastornos mentales y su tendencia a la cronificación explican su considerable contribución a la carga global de enfermedad. Las investigaciones y estudios internacionales muestran que constituyen una de las principales causas de discapacidad a largo plazo, especialmente en países de ingresos medios y bajos; así lo señala Prince (2007).

Otro rasgo característico es la frecuente presencia de comorbilidad. La coexistencia de varios trastornos en una misma persona constituye más la norma que la excepción. Investigaciones epidemiológicas de gran escala han encontrado porcentajes muy elevados de coexistencia diagnóstica, especialmente entre trastornos afectivos, trastornos de ansiedad, trastornos por consumo de sustancias y trastornos de personalidad.

Esta realidad obliga a superar modelos diagnósticos excesivamente simplificados y a adoptar enfoques integrales de evaluación e intervención.

I.5. Estigma, discriminación y exclusión social

Más allá de las manifestaciones clínicas, los trastornos mentales continúan asociados a importantes procesos de estigmatización social. El estigma constituye una construcción social basada en estereotipos negativos que atribuyen a las personas afectadas características como peligrosidad, imprevisibilidad, incompetencia o incapacidad para desarrollar una vida autónoma.

Estos prejuicios generan discriminación en ámbitos diversos como el empleo, la educación, la vivienda, las relaciones sociales o el acceso a recursos sanitarios; afectan no sólo a las personas diagnosticadas, sino también a sus familias, profesionales y entornos de apoyo, fenómeno conocido como estigma por asociación (Muñoz, Guillén y Pérez-Santos, 2013).

En especial, por su importancia, señalamos el denominado autoestigma, mediante el cual la persona interioriza las creencias negativas presentes en la sociedad, desarrollando sentimientos de inferioridad, desesperanza y autoexclusión que obstaculizan los procesos de recuperación e integración social.

La situación resulta particularmente grave cuando el trastorno mental se combina con la participación en el sistema penal o penitenciario, precipitando el llamado doble estigma, que asocia simultáneamente las etiquetas de enfermedad mental y peligrosidad.

Los estudios actuales demuestran que muchos de los mitos tradicionalmente asociados a la enfermedad mental no tienen base empírica. En cambio, continúan influyendo en las actitudes sociales y en la formulación de políticas públicas. Por ello, organismos internacionales y expertos coinciden en señalar que la educación, la sensibilización comunitaria y el contacto directo con personas afectadas constituyen las estrategias más eficaces para reducir el estigma y promover la inclusión social (OMS, 2001; Sue, Sue y Sue, 2010).

I.6. Trastornos de personalidad y patología dual en contextos de vulnerabilidad

Dentro del amplio espectro de los trastornos mentales, los trastornos de personalidad presentan una especial relevancia en contextos clínicos y penitenciarios. Se caracterizan por patrones persistentes de experiencia interna y comportamiento que afectan a la percepción de uno mismo, la regulación emocional y las relaciones interpersonales, mostrando una gran estabilidad a lo largo del tiempo.



Estos trastornos suelen coexistir con otros problemas psicopatológicos, especialmente con los trastornos por consumo de sustancias. Esta combinación da lugar a la denominada patología dual, considerada actualmente como uno de los principales retos asistenciales en salud mental. La coexistencia de ambas

condiciones hace aumentar la complejidad clínica, empeora el pronóstico y exige modelos de intervención integrados que aborden a la vez los distintos problemas presentes.

Es por ello que la comprensión actual de la salud mental exige superar enfoques exclusivamente biomédicos para adoptar una perspectiva multidimensional capaz de integrar los factores individuales, sociales y contextuales que intervienen en el origen, mantenimiento y tratamiento de los trastornos mentales. Esta visión resulta especialmente necesaria cuando se analiza la realidad de poblaciones vulnerables, como las personas privadas de libertad, donde convergen múltiples factores de riesgo biopsicosocial.

I.7. Trastornos de la personalidad: evolución conceptual en el DSM-5-TR y la CIE-11

Los trastornos de la personalidad constituyen patrones persistentes e inflexibles de experiencia interna y comportamiento que se apartan significativamente de las expectativas culturales del individuo, afectan al funcionamiento personal e interpersonal y generan malestar clínicamente significativo o deterioro funcional (APA, 2022).

La conceptualización actual de los trastornos de la personalidad presenta diferencias relevantes entre los dos principales sistemas diagnósticos internacionales. Por un lado, el DSM-5-TR mantiene el modelo categorial clásico, identificando diez trastornos específicos agrupados en tres

clusters: A (extraños o excéntricos), B (dramáticos, emocionales o erráticos) y C (ansiosos o temerosos). Por otro lado, la CIE-11 abandona la clasificación categorial y adopta un enfoque dimensional centrado en la gravedad del trastorno y en la identificación de dominios de rasgos de personalidad disfuncionales (OMS, 2022).



Según el DSM-5-TR (APA, 2022), los trastornos de la personalidad incluyen el trastorno paranoide, esquizoide, esquizotípico, antisocial, límite, histriónico, narcisista, evitativo, dependiente y obsesivo-compulsivo de la

personalidad. Estos trastornos se caracterizan por su inicio temprano, habitualmente durante la adolescencia o la adultez temprana, su estabilidad a lo largo del tiempo y su repercusión sobre las relaciones interpersonales, la regulación emocional y el funcionamiento social y laboral.

La CIE-11 (OMS, 2022), en cambio, propone un único diagnóstico general de trastorno de la personalidad cuya gravedad puede clasificarse como leve, moderada o grave. A este diagnóstico se añaden especificadores de rasgos predominantes: afectividad negativa, desapego, disocialidad, desinhibición y anancastia. Asimismo, se contempla el especificador «patrón límite» para aquellos casos que presentan características equivalentes al trastorno límite de la personalidad descrito en el DSM-5-TR.

Este cambio refleja una tendencia creciente en la investigación internacional hacia modelos dimensionales que permiten describir con mayor precisión la heterogeneidad clínica de los trastornos de la personalidad, superando algunas limitaciones de los sistemas categoriales tradicionales, especialmente en relación con la elevada comorbilidad diagnóstica observada entre los distintos trastornos (APA, 2022; OMS, 2022).

I.8. El sistema penitenciario español: evolución histórica, fundamentos jurídicos y principios de actuación

La configuración actual del sistema penitenciario español es el resultado de un largo proceso histórico de transformación de la institución carcelaria, tanto en sus fundamentos ideológicos como en sus objetivos y formas de intervención. La prisión ha pasado progresivamente de concebirse como un espacio destinado principalmente al castigo y la custodia de las personas privadas de libertad a configurarse como una institución orientada a la reeducación, la rehabilitación y la reinserción social de los internos (Cerezo, 2007).

Los orígenes de esta transformación pueden situarse en el siglo XVIII, momento en el que comenzaron a desarrollarse nuevas corrientes humanitarias y reformistas que cuestionaban las condiciones de reclusión existentes hasta entonces. Entre los principales precursores del pensamiento penitenciario moderno señalamos a John Howard, considerado una figura fundamental en la evolución de las instituciones penitenciarias. Sus propuestas incidieron en la necesidad de garantizar condiciones dignas de alojamiento, alimentación, higiene y atención sanitaria para las personas privadas de libertad, así como en la creación de personal especializado y en la clasificación de los internos en función de variables como la edad, el sexo, el estado mental y la tipología delictiva. Especial relevancia tuvo su defensa de la separación entre personas con enfermedad mental y el resto de la población reclusa, anticipando una preocupación que continúa vigente en los sistemas penitenciarios contemporáneos.

La evolución de los sistemas penitenciarios estuvo marcada por diferentes modelos organizativos. Entre ellos destacan el sistema filadélfico o celular, basado en el aislamiento permanente; el sistema de Auburn, caracterizado por el aislamiento nocturno combinado con el trabajo colectivo durante el día; el sistema progresivo, que introdujo un proceso gradual de avance desde el aislamiento hasta la libertad condicional; y, posteriormente, el sistema de individualización científica, que permitió adaptar el cumplimiento penitenciario a las características específicas de cada interno. Este último modelo constituye la base del sistema penitenciario español actual y representa una evolución hacia intervenciones más flexibles e individualizadas.

En España, el proceso de modernización penitenciaria se desarrolló especialmente durante la segunda mitad del siglo XIX y las primeras décadas del siglo XX. Diversos autores y profesionales contribuyeron significativamente a este cambio. Concepción Arenal defendió la humanización del sistema penitenciario, la profesionalización de los servicios penitenciarios y la reducción del uso

de la prisión preventiva. Por su parte, Rafael Salillas promovió el estudio científico de la población reclusa y defendió la importancia de la formación profesional como herramienta de reinserción social. Asimismo, Victoria Kent impulsó importantes reformas orientadas a mejorar las condiciones materiales de las prisiones, favorecer la formación de los funcionarios penitenciarios y ampliar los mecanismos de contacto de los internos con el exterior.

El punto de inflexión más relevante en la evolución del sistema penitenciario español se produjo con la aprobación de la Constitución Española de 1978. Este marco constitucional introdujo una nueva concepción de la pena privativa de libertad, estableciendo que su finalidad principal debía orientarse hacia la reeducación y la reinserción social de las personas condenadas. A partir de este momento, la prisión dejó de ser entendida exclusivamente como un instrumento de castigo para convertirse también en un espacio de intervención dirigido a favorecer la reincorporación de la persona a la comunidad.



Esta orientación fue desarrollada posteriormente por la Ley Orgánica General Penitenciaria (LOGP) de 1979, considerada el principal referente normativo del sistema penitenciario español. La LOGP establece que las instituciones penitenciarias tienen como finalidad primordial la reeducación y

reinserción social de las personas condenadas, compatibilizando esta función con la custodia y retención de los internos. Asimismo, la norma incorpora una dimensión asistencial dirigida tanto a las personas privadas de libertad como a quienes recuperan posteriormente su libertad, reforzando una visión integral de la intervención penitenciaria.

Desde el punto de vista jurídico, el sistema penitenciario español se encuentra sustentado en un amplio conjunto de normas nacionales e internacionales inspiradas en la protección de los derechos humanos. Entre ellas destacan la Declaración Universal de los Derechos Humanos, las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos de las Naciones Unidas, las Normas Penitenciarias Europeas y diversos tratados internacionales orientados a garantizar la dignidad y los derechos fundamentales de las personas privadas de libertad (Altamirano, 2013).

En el ámbito nacional, el marco regulador está constituido fundamentalmente por el artículo 25.2 de la Constitución Española, la Ley Orgánica General Penitenciaria, el Reglamento Penitenciario aprobado por el Real Decreto 190/1996 y las diferentes disposiciones normativas relativas a la ejecución de penas y medidas alternativas a la prisión (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2014). Esta articulación normativa configura un modelo penitenciario que reconoce a las personas privadas de libertad la titularidad de todos aquellos derechos fundamentales que no hayan sido limitados expresamente por la sentencia condenatoria o por la propia naturaleza de la pena.

Dentro de este marco jurídico adquieren especial relevancia el derecho al trabajo, la formación profesional, la educación y el desarrollo integral de la personalidad. Estas dimensiones son consideradas instrumentos esenciales para favorecer la rehabilitación y la posterior integración social de los internos, constituyendo elementos centrales del tratamiento penitenciario.

La gestión de la política penitenciaria corresponde a la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, dependiente del Ministerio del Interior, salvo en aquellos territorios que han asumido determinadas competencias, como Cataluña en materia penitenciaria y el País Vasco en relación con la sanidad penitenciaria. La actuación de la administración penitenciaria se orienta a compatibilizar la ejecución de las penas con la preparación progresiva de la persona para su retorno a la comunidad.

Para alcanzar estos objetivos, el sistema penitenciario español se fundamenta en una serie de principios básicos. El primero de ellos es el principio de individualización, que implica la adaptación del régimen penitenciario a las características personales, sociales y criminológicas de cada interno. Unido a este principio se encuentra el sistema de progresión de grado, mediante el cual los internos pueden acceder a distintos niveles de cumplimiento penitenciario en función de su evolución personal y penitenciaria.

El tratamiento penitenciario constituye otro de los pilares fundamentales del modelo español. Este tratamiento comprende un conjunto de intervenciones educativas, psicológicas, sociales, laborales y sanitarias destinadas a promover cambios personales que faciliten la convivencia social y reduzcan el riesgo de reincidencia. Igualmente, el sistema favorece el cumplimiento de la pena

en centros próximos al entorno familiar y social del interno, con el fin de evitar procesos de desarraigo que dificulten posteriormente la reinserción.

Finalmente, la comunicación con el exterior y los permisos de salida constituyen instrumentos fundamentales para mantener los vínculos familiares, sociales y comunitarios durante el período de privación de libertad. Estos mecanismos permiten una incorporación progresiva a la vida en libertad y representan elementos esenciales dentro del modelo resocializador que inspira el sistema penitenciario español contemporáneo (SGIP, 2014).

En conjunto, el sistema penitenciario español se configura actualmente como una institución compleja que combina funciones de custodia, seguridad, tratamiento y reinserción social. Su fundamento jurídico y organizativo responde a una concepción garantista de los derechos humanos y a una visión de la ejecución penal orientada a favorecer la integración social de las personas privadas de libertad, principios especialmente relevantes cuando se aborda la atención a colectivos vulnerables como las personas con trastornos mentales presentes en el medio penitenciario.

I.9. Programas de tratamiento penitenciario

El tratamiento penitenciario constituye uno de los pilares fundamentales del sistema penitenciario español y se orienta al cumplimiento del mandato constitucional de reeducación y reinserción social de las personas privadas de libertad. Desde esta perspectiva, la intervención penitenciaria trasciende la mera custodia de los internos y se configura como un conjunto de actuaciones destinadas a favorecer el desarrollo personal, la adquisición de competencias sociales y laborales, la modificación de conductas desadaptativas y la reducción de los factores de riesgo asociados a la delincuencia y la reincidencia.

Para alcanzar estos objetivos, la Administración Penitenciaria desarrolla una amplia red de actividades y programas que abarcan dimensiones educativas, laborales, culturales, deportivas, asistenciales y terapéuticas. Dichas intervenciones tienen como finalidad potenciar las capacidades personales de los internos, promover su participación activa en la vida institucional y facilitar los recursos necesarios para su futura integración social. Asimismo, buscan intervenir sobre aquellos factores personales, familiares, sociales o criminógenos que pudieron contribuir a la comisión del delito.

Los programas de tratamiento se diseñan a partir de una evaluación individualizada de cada interno, teniendo en cuenta variables como su perfil personal, situación social y familiar, trayectoria delictiva, necesidades específicas y evolución durante el cumplimiento de la condena. Esta intervención se caracteriza por su carácter dinámico, flexible e individualizado, siendo desarrollada por equipos multidisciplinarios integrados por profesionales de diferentes ámbitos, entre ellos psicólogos, juristas, trabajadores sociales, educadores, médicos y personal de vigilancia. Además, estos programas se llevan a cabo en colaboración con entidades e instituciones externas y están sujetos a procesos continuos de seguimiento y evaluación que permiten adaptar las actuaciones a las necesidades cambiantes de cada persona.



El impulso definitivo a los programas específicos de tratamiento se produjo a partir de 2005, consolidándose progresivamente un modelo de intervención basado en la evidencia y orientado a la reducción de la reincidencia mediante el abordaje de los factores psicosociales vinculados a la conducta delictiva. En este contexto, la Secretaría General de

Instituciones Penitenciarias ha desarrollado diversos programas especializados dirigidos a colectivos y problemáticas concretas.

Entre ellos destacan los programas destinados a personas condenadas por delitos graves, especialmente aquellos relacionados con las agresiones sexuales y la violencia de género. Estas intervenciones se orientan a promover la asunción de responsabilidad por el delito cometido, modificar creencias distorsionadas, mejorar el control emocional y desarrollar habilidades que favorezcan una convivencia respetuosa y libre de violencia.

Asimismo, ocupan un lugar relevante los programas de atención a las adicciones, dirigidos a personas con problemas de consumo de sustancias psicoactivas o alcohol. Estas intervenciones incluyen modalidades terapéuticas diversas, como los módulos terapéuticos y comunidades

intrapenitenciarias, programas de reducción de daños, mantenimiento con metadona, educación para la salud y prevención de recaídas. Su finalidad es favorecer la deshabituación, reducir los riesgos asociados al consumo y promover estilos de vida saludables.

La atención a personas con discapacidad intelectual constituye igualmente un área prioritaria de intervención. Estos programas pretenden adaptar los procesos educativos, terapéuticos y de reinserción a las necesidades específicas de este colectivo, favoreciendo su autonomía personal, su adaptación institucional y su futura integración comunitaria.

Del mismo modo, se desarrollan programas específicos para internos con trastornos mentales, orientados a la atención integral de las necesidades psicológicas y psiquiátricas de esta población. Debido a la elevada prevalencia de problemas de salud mental en el ámbito penitenciario, estos programas adquieren una especial relevancia y constituyen uno de los principales ejes de intervención sociosanitaria dentro de las prisiones.

Los jóvenes menores de veintiún años también son destinatarios de programas específicos dirigidos a prevenir la consolidación de trayectorias delictivas persistentes. Estas actuaciones persiguen potenciar el desarrollo madurativo, la adquisición de habilidades personales y sociales y la construcción de proyectos vitales alternativos a la delincuencia.

Entre los programas especializados se encuentran igualmente las intervenciones dirigidas a personas con problemas de juego patológico, cuyo objetivo es favorecer el reconocimiento de la conducta adictiva, el control de impulsos y la prevención de recaídas.

En relación con las mujeres privadas de libertad, la Administración Penitenciaria ha desarrollado programas específicos orientados a responder a sus necesidades particulares. Dentro de este ámbito destacan las intervenciones destinadas a madres internas, cuyo propósito es favorecer el bienestar y adecuado desarrollo de los menores que conviven con ellas en prisión, así como mejorar las condiciones educativas y afectivas del entorno en el que se desarrolla la relación materno-filial. Asimismo, existen programas integrales para mujeres que abordan factores relacionados con la exclusión social, la violencia sufrida, la dependencia emocional o las dificultades de inserción laboral.

Otro elemento destacado del modelo penitenciario español son los denominados módulos de respeto. Estos espacios promueven un modelo de convivencia basado en la responsabilidad, la participación activa, el respeto mutuo y el cumplimiento voluntario de normas compartidas. Su finalidad es mejorar el clima social dentro de los centros penitenciarios, fomentar hábitos prosociales y favorecer el desarrollo de competencias personales que contribuyan a la adaptación social y a la disminución del riesgo de reincidencia.

La prevención de la conducta suicida constituye igualmente una prioridad dentro del ámbito penitenciario. Los programas de prevención del suicidio buscan identificar de forma temprana a las personas en situación de riesgo, proporcionar apoyo psicológico y social, y establecer mecanismos de seguimiento que permitan reducir la incidencia de conductas autolesivas y suicidas dentro de los centros penitenciarios.

Por otra parte, se han desarrollado programas específicos dirigidos a la población extranjera, orientados a facilitar su adaptación institucional, superar barreras lingüísticas y culturales y favorecer su acceso a los recursos disponibles durante el cumplimiento de la condena.

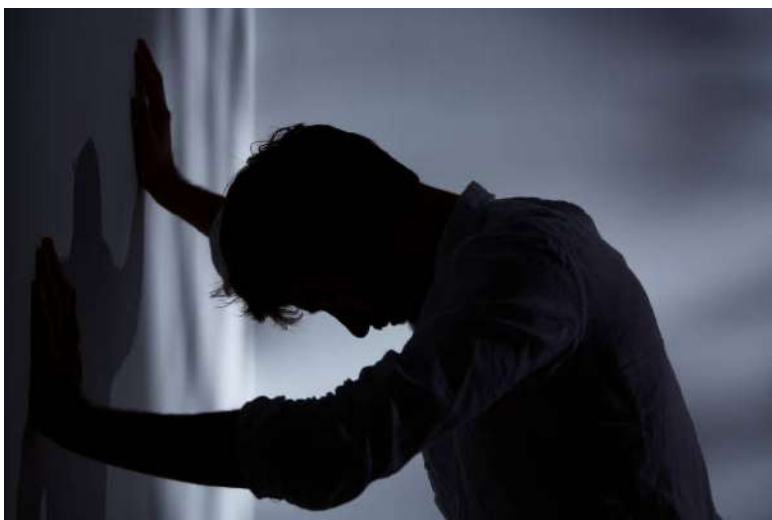
Finalmente, destacan las intervenciones basadas en terapia asistida con animales, dirigidas especialmente a personas con dificultades emocionales, baja autoestima, problemas de adaptación social, déficits en las relaciones interpersonales o trastornos psiquiátricos. Estas experiencias han mostrado resultados positivos en la mejora de la regulación emocional, el desarrollo de habilidades sociales y el fortalecimiento del vínculo afectivo, constituyendo un recurso complementario dentro del tratamiento penitenciario.

En conjunto, los programas de tratamiento penitenciario representan una herramienta fundamental para la consecución de los objetivos de reeducación y reinserción social establecidos en el ordenamiento jurídico español. Su carácter integral, individualizado y multidisciplinar refleja una concepción moderna de la ejecución penal, centrada no solo en la custodia de la persona privada de libertad, sino también en la promoción de su desarrollo personal y su futura integración en la comunidad.

II. Población penitenciaria española con trastorno mental

II.1. Características y situación actual

La presencia de trastornos mentales en la población penitenciaria constituye una de las principales preocupaciones de los sistemas penitenciarios contemporáneos y representa un importante desafío para las políticas de salud pública, justicia penal y atención sociosanitaria. Investigaciones y estudios internacionales han puesto de manifiesto que la prevalencia de trastornos mentales entre las personas privadas de libertad es significativamente superior a la observada en la población general, fenómeno que se reproduce tanto en España como en la mayoría de los países europeos. Esta realidad ha sido objeto de atención por parte de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), las Naciones Unidas y la Unión Europea, debido a sus importantes repercusiones asistenciales, jurídicas y sociales.



La evidencia científica señala que la mayoría de los trastornos mentales detectados en prisión no se originan durante el internamiento, sino que suelen estar presentes con anterioridad al ingreso penitenciario. Asimismo, es frecuente la coexistencia de estos trastornos con problemas

de consumo de sustancias, circunstancia que incrementa la complejidad clínica de los casos y dificulta tanto su tratamiento como su proceso de reinserción social. Esta elevada prevalencia de enfermedad mental y patología dual contribuye, además, a una creciente demanda de recursos asistenciales dentro de los centros penitenciarios.

Desde una perspectiva sociodemográfica y psicosocial, las personas privadas de libertad con trastorno mental suelen presentar trayectorias vitales marcadas por múltiples factores de vulnerabilidad y exclusión social. Entre las características más frecuentemente descritas destacan bajos niveles de escolarización, antecedentes de fracaso educativo, ausencia de cualificación profesional y una limitada experiencia laboral estable. A ello se suman historias personales

caracterizadas por experiencias tempranas de adversidad, incluyendo situaciones de maltrato, abandono, negligencia o abuso durante la infancia y la adolescencia.

Estas circunstancias suelen acompañarse de importantes dificultades en el funcionamiento personal y social. Muchos internos con trastorno mental presentan limitaciones en el desempeño de actividades de la vida diaria, dificultades para mantener relaciones interpersonales estables y una reducción significativa de su autonomía personal y social. También es frecuente la coexistencia de otros factores de riesgo, como problemas de salud física, inestabilidad residencial, ausencia de apoyo familiar y vulnerabilidad frente al estrés y las situaciones adversas.

La complejidad clínica de esta población se ve incrementada por la elevada presencia de trastornos mentales graves y persistentes, frecuentemente articulados a problemas de drogodependencia, discapacidad intelectual o dificultades de aprendizaje. Estas condiciones favorecen procesos de deterioro progresivo que pueden limitar la capacidad de la persona para beneficiarse plenamente de los recursos y oportunidades que ofrece el sistema penitenciario, afectando incluso al acceso a determinados beneficios penitenciarios y programas de tratamiento.

Otro aspecto relevante es la escasa vinculación previa de muchas de estas personas con los dispositivos comunitarios de salud mental. Queremos decir que una proporción significativa de los internos con trastorno mental no ha recibido seguimiento especializado antes de su ingreso en prisión, lo que pone de manifiesto importantes déficits en los mecanismos de detección precoz, atención continuada y coordinación entre los servicios sanitarios y sociales de la comunidad.

La situación de las personas con trastorno mental en prisión ha sido objeto de críticas reiteradas por parte de instituciones, organizaciones profesionales y entidades de defensa de los derechos humanos. Desde finales del siglo XX se viene cuestionando la adecuación de la prisión como espacio para la atención de personas con trastornos mentales graves, argumentándose que la función principal de estos establecimientos no es la asistencia psiquiátrica ni la rehabilitación psicosocial especializada.

Por ello, distintos autores han señalado que numerosos internos con trastornos psicóticos, esquizofrenia u otras enfermedades mentales graves permanecen durante largos periodos en

módulos de enfermería o en unidades con recursos limitados para la rehabilitación psicosocial. Esta situación puede precipitar fenómenos de cronificación clínica, dependencia institucional y aislamiento social, reproduciendo dinámicas que históricamente se asociaron a los antiguos modelos de institucionalización psiquiátrica.

Las instituciones europeas han manifestado igualmente que las personas con trastornos mentales graves deberían recibir atención preferentemente en recursos sanitarios especializados integrados en la red comunitaria de salud mental. Desde esta perspectiva, el cumplimiento de penas o medidas de seguridad debería realizarse, siempre que sea posible, en dispositivos asistenciales adecuados a las necesidades clínicas de cada persona, favoreciendo así los procesos de recuperación, inclusión social y mantenimiento de los vínculos familiares y comunitarios.

El ordenamiento jurídico español contempla mecanismos destinados a garantizar este derecho. La normativa penitenciaria reconoce el acceso de las personas privadas de libertad a las prestaciones sanitarias en condiciones equivalentes a las del resto de la ciudadanía. Asimismo, la legislación penal prevé la posibilidad de suspender el cumplimiento de determinadas penas privativas de libertad cuando aparece o se detecta un trastorno mental grave que requiere atención especializada, posibilitando su derivación a recursos sanitarios adecuados.

No obstante, la aplicación práctica de estas previsiones legales se encuentra condicionada por la limitada disponibilidad de recursos sociosanitarios especializados en la comunidad. La insuficiencia de plazas en unidades de hospitalización psiquiátrica, dispositivos residenciales y recursos de rehabilitación dificulta en muchos casos el traslado de estas personas fuera del sistema penitenciario. Como consecuencia, numerosos internos con trastornos mentales graves permanecen en centros penitenciarios ordinarios o son destinados a hospitales psiquiátricos penitenciarios alejados de su entorno familiar, circunstancia que puede favorecer procesos de desvinculación social y aumentar las dificultades para su posterior reintegración.

Con el objetivo de mejorar la atención sanitaria en prisión, la legislación española estableció la integración de los servicios sanitarios penitenciarios en los sistemas autonómicos de salud. Sin embargo, este proceso de transferencia competencial no se ha desarrollado de manera completa en todo el territorio nacional, lo que ha generado importantes diferencias organizativas y asistenciales entre comunidades autónomas.

Ante esta realidad, los servicios sanitarios penitenciarios desempeñan un papel esencial en la detección, estabilización y tratamiento inicial de los trastornos mentales. Su intervención permite reducir situaciones de deterioro clínico, mejorar el estado de salud de las personas afectadas y facilitar, posteriormente, la continuidad asistencial mediante la derivación a recursos especializados de la comunidad.



La atención psiquiátrica en prisión presenta una notable heterogeneidad organizativa. Dependiendo de los acuerdos existentes entre las administraciones penitenciarias y sanitarias, la asistencia puede prestarse mediante psiquiatras pertenecientes al propio sistema penitenciario, profesionales contratados específicamente por los centros, especialistas procedentes de la red comunitaria de salud mental o mediante consultas externas realizadas bajo custodia policial. Esta diversidad organizativa condiciona la accesibilidad, continuidad y frecuencia de la atención especializada recibida por los internos.

A ello se puede añadir la dificultad para garantizar un seguimiento clínico adecuado de los pacientes con trastornos mentales graves. Diversas investigaciones han puesto de manifiesto que, pese a la elevada demanda asistencial existente en prisión, el número de consultas y revisiones

especializadas resulta en ocasiones insuficiente para atender adecuadamente las necesidades de esta población.

Por otra parte, las personas con trastorno mental que se encuentran inmersas en procedimientos judiciales o penitenciarios suelen experimentar una forma especialmente intensa de estigmatización social. A la discriminación asociada a la enfermedad mental se añade el estigma derivado de la vinculación con el sistema penal, configurando una situación de doble exclusión. Este fenómeno dificulta el acceso a recursos de rehabilitación, limita las oportunidades de integración social y favorece actitudes centradas prioritariamente en el control y la seguridad frente a las necesidades terapéuticas de la persona.

La presión social orientada hacia la protección frente al riesgo, junto con las limitaciones de los recursos comunitarios y la insuficiente coordinación entre los ámbitos judicial, penitenciario, sanitario y social, contribuyen al denominado fenómeno de la «puerta giratoria». Este concepto hace referencia a la entrada y salida repetida de personas con trastornos mentales graves entre los sistemas sanitario, social y penitenciario, sin que lleguen a consolidarse procesos estables de recuperación e inclusión social.

Desde el punto de vista jurídico, las personas con trastorno mental pueden encontrarse en diferentes situaciones procesales y penitenciarias. Entre ellas se incluyen la condición de investigado o procesado durante la instrucción de un procedimiento penal, la situación de prisión preventiva, la condena por la comisión de un delito, el cumplimiento efectivo de una pena privativa de libertad y la aplicación de medidas de seguridad cuando la persona ha sido declarada inimputable o parcialmente inimputable debido a la presencia de un trastorno mental que afecta a su capacidad de comprensión o control de la conducta.

Las medidas de seguridad constituyen una respuesta jurídico-penal diferenciada de la pena y tienen una finalidad fundamentalmente terapéutica y preventiva. Estas medidas pueden ser privativas de libertad, cuando implican el ingreso en centros especializados como hospitales psiquiátricos, centros de deshabitación o centros educativos especiales, o no privativas de libertad, cuando se ejecutan en la comunidad mediante supervisión familiar, tratamientos ambulatorios o programas formativos, educativos y de rehabilitación psicosocial.

En conjunto, la situación de las personas con trastorno mental en el sistema penitenciario español pone de manifiesto la necesidad de fortalecer la coordinación entre los ámbitos sanitario, social, judicial y penitenciario, ampliar los recursos comunitarios especializados y garantizar una atención integral basada en los principios de continuidad asistencial, rehabilitación psicosocial y respeto a los derechos fundamentales de las personas afectadas. Esta perspectiva resulta especialmente relevante para prevenir la exclusión social, reducir la reincidencia y favorecer procesos efectivos de recuperación e integración comunitaria.

III. Programas de atención a las personas con trastorno mental en el sistema penitenciario español

La elevada prevalencia de trastornos mentales en la población penitenciaria ha llevado a organismos internacionales y nacionales a desarrollar estrategias específicas orientadas a garantizar una atención integral, continuada y equivalente a la disponible en la comunidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS), las Naciones Unidas, la Unión Europea y las autoridades sanitarias españolas coinciden en que la privación de libertad no debe limitar el acceso a los recursos de salud mental, debiendo asegurarse una asistencia basada en criterios de calidad, continuidad terapéutica y respeto a los derechos fundamentales de las personas privadas de libertad.

Las recomendaciones internacionales destacan varios principios esenciales para la atención de esta población. Entre ellos sobresalen el principio de equivalencia asistencial, según el cual las personas internas deben recibir una atención sanitaria comparable a la ofrecida al resto de la ciudadanía; la intervención multidisciplinar, que permita abordar simultáneamente las dimensiones clínicas, sociales, familiares y jurídicas; la coordinación entre instituciones penitenciarias, servicios sanitarios y recursos comunitarios; la formación especializada de los profesionales implicados; y la implementación de acciones de sensibilización dirigidas a reducir el estigma asociado a la enfermedad mental y a la población penitenciaria.

En España, una de las principales dificultades históricas ha sido la detección precoz y el diagnóstico adecuado de los trastornos mentales dentro de los centros penitenciarios. Con el

objetivo de responder a esta necesidad, la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias impulsó en 2009 el **Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios (PAIEM)**, concebido como el principal instrumento de intervención especializada para internos con trastornos mentales.

El PAIEM adopta un enfoque biopsicosocial y persigue objetivos tanto terapéuticos como rehabilitadores y de reinserción social. Su implantación progresiva ha permitido que actualmente se encuentre presente en la práctica totalidad de los centros penitenciarios españoles. El programa se fundamenta en principios como la autonomía personal, la calidad asistencial, la continuidad de cuidados, la coordinación profesional, la interdisciplinariedad, la colaboración con entidades sociales y el desarrollo de actividades de formación e investigación.



La estructura del programa responde a tres grandes necesidades que presentan las personas con trastorno mental privadas de libertad. En primer lugar, aborda los aspectos clínicos y sanitarios necesarios para estabilizar la enfermedad y mejorar el estado de salud mental. En

segundo lugar, interviene sobre las limitaciones funcionales y los efectos psicosociales derivados del trastorno. Finalmente, promueve la continuidad de cuidados y la preparación para la vida en libertad, facilitando la vinculación con recursos comunitarios una vez finalizado el periodo de internamiento.

Los objetivos específicos del programa se centran en la detección y tratamiento de los trastornos mentales, la mejora de la calidad de vida y de la autonomía personal de los internos y la preparación de su reincorporación social. Para alcanzar estos fines, el PAIEM se articula en tres áreas de intervención complementarias.

La primera corresponde a la **atención clínica**, orientada a la identificación, diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud mental. Este ámbito contempla tanto la atención primaria, dirigida a trastornos adaptativos, ansiedad, depresión, conductas adictivas y alteraciones conductuales, como la atención especializada destinada a trastornos mentales graves o crónicos que requieren seguimiento psiquiátrico específico o incluso hospitalización.

La segunda área es la **rehabilitación psicosocial**, cuyo propósito consiste en mejorar el funcionamiento personal y social de los internos. Este proceso comienza con una evaluación de las capacidades y dificultades de cada persona y continúa con la elaboración de un Plan Individualizado de Rehabilitación. Las intervenciones incluyen actividades generales del centro penitenciario –como programas educativos, ocupacionales, culturales y deportivos– y actividades específicas orientadas al conocimiento de la enfermedad, la adherencia al tratamiento, la prevención de recaídas, el manejo del estrés y el desarrollo de habilidades para la vida diaria.

La participación en estas actividades se ajusta al estado clínico de cada interno. Aquellos que presentan una adecuada estabilización psicopatológica pueden integrarse de forma más amplia en la dinámica ordinaria del centro, mientras que los casos con mayores dificultades requieren programas más especializados y apoyos adicionales. En este contexto adquiere especial relevancia la figura del **interno de apoyo**, un compañero previamente formado que colabora en el acompañamiento cotidiano de personas con mayores limitaciones funcionales o riesgo psicosocial, desempeñando además un papel importante en programas de prevención del suicidio.

La tercera área corresponde a la **reincorporación social**, cuyo objetivo es facilitar la transición desde el entorno penitenciario hacia la comunidad. Para ello se promueve la coordinación con los servicios de salud mental, los recursos sociosanitarios, las entidades del tercer sector y las familias. Esta fase busca garantizar la continuidad terapéutica, favorecer la integración social y reducir el riesgo de recaída clínica o reincidencia delictiva.

Las evaluaciones realizadas sobre el funcionamiento del PAIEM han mostrado resultados generalmente positivos. Diversos estudios señalan mejoras en el funcionamiento psicosocial de una parte significativa de los participantes, especialmente cuando existe una adecuada coordinación entre los profesionales implicados y una planificación anticipada de la salida en

libertad. No obstante, también se han identificado dificultades en la fase de reinserción comunitaria, particularmente relacionadas con la disponibilidad de recursos externos y la continuidad de apoyos tras la excarcelación.

Con el propósito de reforzar esta dimensión comunitaria, Instituciones Penitenciarias impulsó posteriormente el **Programa Puente de Mediación Social**, destinado a personas con trastorno mental grave que se encuentran en régimen abierto o libertad condicional. Este programa pretende consolidar los procesos de inclusión social mediante la conexión efectiva con los servicios sanitarios, sociales y de rehabilitación de la comunidad, favoreciendo además el fortalecimiento de las redes familiares y sociales de apoyo.

Los resultados obtenidos durante los primeros años de implantación de este programa evidencian una elevada vinculación de los participantes con los servicios comunitarios de salud mental, así como un incremento de la participación en actividades formativas, laborales y rehabilitadoras. Asimismo, se observa una mejora en los procesos de transición a la vida en libertad, favoreciendo soluciones residenciales estables y una mayor integración en la comunidad.

En conjunto, los programas de atención a la salud mental desarrollados en el ámbito penitenciario español reflejan una evolución hacia modelos de intervención más integrales, centrados no sólo en el tratamiento clínico de la enfermedad, sino también en la rehabilitación psicosocial y la inclusión comunitaria. Esta perspectiva reconoce que la recuperación de las personas con trastorno mental privadas de libertad requiere actuaciones coordinadas que aborden simultáneamente las necesidades sanitarias, sociales, familiares y jurídicas, favoreciendo así procesos efectivos de reinserción y reducción de la exclusión social.

III.1. Prevalencia de trastornos mentales en la población penitenciaria

Durante las últimas décadas se ha producido un crecimiento sostenido de la población reclusa a nivel mundial, fenómeno que ha ido acompañado de un incremento significativo de los problemas de salud mental dentro de los sistemas penitenciarios. Las investigaciones realizadas en numerosos países coinciden en señalar que la frecuencia de trastornos psiquiátricos entre las personas privadas de libertad supera ampliamente la observada en la población general, constituyendo actualmente uno de los principales desafíos de salud pública en el ámbito penitenciario.

Los datos a nivel internacional muestran que los centros penitenciarios concentran una elevada proporción de personas con patologías mentales graves y persistentes. Diversos estudios epidemiológicos han evidenciado que los internos presentan un riesgo considerablemente superior de padecer trastornos psicóticos, trastornos depresivos mayores y trastornos de personalidad, especialmente el trastorno antisocial de la personalidad. Asimismo, la presencia simultánea de varios diagnósticos psiquiátricos es una característica frecuente, configurando perfiles clínicos complejos que requieren intervenciones especializadas.

La literatura científica destaca igualmente la elevada coexistencia entre trastornos mentales y trastornos por consumo de sustancias. Esta asociación constituye uno de los rasgos más característicos de la población penitenciaria internacional. El abuso de alcohol, cocaína, opiáceos, cannabis y otras drogas aparece vinculado tanto al desarrollo de sintomatología psiquiátrica como a la conducta delictiva y a la reincidencia penal. La denominada patología dual representa, por tanto, una realidad especialmente frecuente en prisión y complica tanto el diagnóstico como el tratamiento de los internos afectados.



Entre los factores que explican la elevada carga de enfermedad mental en los establecimientos penitenciarios destacan el aumento de la criminalidad relacionada con las drogas, la insuficiente detección precoz de los trastornos psiquiátricos durante el proceso judicial, las dificultades para

acceder a recursos asistenciales comunitarios y las propias condiciones del medio penitenciario. El hacinamiento, el aislamiento social, la pérdida de apoyos familiares y la exposición continuada a situaciones de estrés pueden favorecer el agravamiento de trastornos preexistentes o la aparición de nuevos problemas psicológicos.

Diversos autores han señalado que las prisiones han terminado asumiendo, en muchos países, funciones asistenciales que tradicionalmente correspondían a los sistemas de salud mental. Esta situación se relaciona con procesos de desinstitucionalización psiquiátrica desarrollados desde finales del siglo XX, fenómeno descrito por la denominada "Ley de Penrose", según la cual existe una relación inversa entre el número de plazas hospitalarias psiquiátricas y las tasas de encarcelamiento. Como consecuencia, un número creciente de personas con trastornos mentales graves termina siendo atendido dentro del sistema penitenciario.

Las investigaciones realizadas en Europa muestran resultados relativamente consistentes. Las tasas de trastornos psicóticos suelen situarse alrededor del 3-4 %, mientras que los trastornos depresivos mayores afectan aproximadamente a uno de cada diez internos. Sin embargo, los trastornos de personalidad presentan cifras mucho más elevadas, alcanzando porcentajes superiores al 50 % en numerosos estudios. Asimismo, una proporción importante de los reclusos presenta necesidades de atención psiquiátrica especializada y seguimiento continuado por parte de los servicios de salud mental.

En países como Reino Unido, Francia, Alemania, Italia, Países Bajos, Bélgica o Noruega se han encontrado prevalencias notablemente superiores a las de la población general para prácticamente todas las categorías diagnósticas estudiadas. Los trastornos relacionados con sustancias, los trastornos afectivos, los trastornos de ansiedad y los trastornos de personalidad aparecen de forma recurrente entre los diagnósticos más frecuentes. Además, numerosos estudios han señalado niveles elevados de reincidencia, dificultades de adaptación social y antecedentes de exclusión social entre las personas afectadas.

En América del Norte la situación resulta especialmente significativa. Estados Unidos y Canadá presentan una importante concentración de personas con enfermedad mental en los centros penitenciarios, hasta el punto de que algunas investigaciones indican que existen más personas con trastornos mentales graves en prisión que en hospitales psiquiátricos. Los internos suelen presentar antecedentes de pobreza, falta de vivienda, consumo de sustancias, victimización temprana y escasa adherencia a los tratamientos antes de su ingreso en prisión. La comorbilidad entre trastornos psiquiátricos y drogodependencias constituye igualmente una característica predominante.

Los estudios desarrollados en Australia reflejan patrones similares. Las mujeres privadas de libertad muestran prevalencias superiores a las de los hombres en trastornos afectivos, trastornos de ansiedad y trastornos relacionados con el consumo de sustancias. Asimismo, los niveles de comorbilidad son especialmente elevados, observándose una frecuente coexistencia entre trastornos psicóticos, trastornos afectivos, ansiedad y dependencia de sustancias.

En América Latina, aunque la producción científica es más limitada, los resultados disponibles indican igualmente una elevada presencia de trastornos mentales en la población penitenciaria. Las investigaciones realizadas en Brasil, Chile y otros países de la región identifican como problemas predominantes los trastornos por consumo de sustancias, los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad y determinados trastornos de personalidad. Algunos estudios muestran además diferencias relevantes en función del sexo, con mayores tasas de enfermedad mental entre las mujeres internas.

La evidencia procedente de Asia, Oriente Medio y África confirma que el fenómeno no es exclusivo de los países occidentales. Investigaciones realizadas en Japón, India, Irán, Taiwán, Malasia, Kenia o Sudáfrica han encontrado prevalencias elevadas de trastornos mentales, aunque con variaciones relacionadas con factores culturales, metodológicos y organizativos propios de cada sistema penitenciario. Los trastornos depresivos, los trastornos psicóticos, los trastornos de personalidad y los problemas asociados al consumo de sustancias aparecen nuevamente como los diagnósticos más habituales.

Otro aspecto relevante identificado por la investigación internacional es la existencia de diferencias metodológicas que dificultan la comparación directa entre estudios. Los instrumentos diagnósticos empleados, los criterios clínicos utilizados, las características de las muestras y las particularidades de los sistemas jurídicos y penitenciarios influyen notablemente en las estimaciones de prevalencia obtenidas. A pesar de esta heterogeneidad, el consenso científico es claro al señalar que las personas privadas de libertad presentan niveles de psicopatología significativamente superiores a los de la población general.

En síntesis, la investigación internacional pone de manifiesto que los trastornos mentales constituyen una realidad ampliamente extendida dentro de los sistemas penitenciarios. La elevada prevalencia de trastornos psiquiátricos, la frecuente coexistencia con problemas de

drogodependencia, la alta comorbilidad y las dificultades de acceso a recursos asistenciales especializados convierten a esta población en un colectivo especialmente vulnerable. Todo ello refuerza la necesidad de desarrollar estrategias de detección precoz, tratamiento integral y continuidad asistencial que permitan abordar adecuadamente las complejas necesidades clínicas, sociales y rehabilitadoras de las personas con trastorno mental privadas de libertad.



En el ámbito de nuestro país, España, La evidencia científica disponible señala que los trastornos mentales constituyen actualmente uno de los principales problemas de salud pública dentro del sistema penitenciario. Diversas organizaciones sanitarias, jurídicas y de derechos humanos, junto con la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP), coinciden en considerar la enfermedad mental y las drogodependencias como los problemas sanitarios más relevantes en prisión, desplazando a otros problemas históricos como la heroína y la infección por VIH, que dominaron el panorama penitenciario durante las décadas de 1980 y 1990.

Un aspecto especialmente relevante es que, en numerosos casos, la enfermedad mental se encuentra vinculada a la conducta delictiva que motivó el ingreso en prisión, pero permanece sin identificar durante el procedimiento judicial. Como consecuencia, el centro penitenciario se convierte frecuentemente en el primer espacio institucional donde se detecta y aborda el trastorno mental. Esta realidad pone de manifiesto las dificultades existentes en los mecanismos de detección temprana y coordinación entre los sistemas sanitario, social y judicial.

Diversos autores han señalado múltiples factores que podrían explicar el incremento de personas con trastornos mentales en las prisiones españolas; entre ellos destacan la masificación penitenciaria, el cierre de los antiguos hospitales psiquiátricos tras la reforma psiquiátrica de 1986, el aumento del consumo de sustancias psicoactivas, el crecimiento de situaciones de exclusión social y marginalidad, las deficiencias en los recursos comunitarios de salud mental, la medicalización de problemas psicosociales, la insuficiencia de unidades psiquiátricas penitenciarias y la falta de detección de situaciones de inimputabilidad durante el proceso penal.

En este sentido, Marín-Basallote y Navarro-Repiso (2012) señalan tres posibles vías por las cuales una persona con enfermedad mental grave puede ingresar en prisión:

- Que la enfermedad pase inadvertida durante todo el procedimiento judicial.
- Que la enfermedad sea detectada, pero se considere que el sujeto mantiene su capacidad de imputabilidad.
- Que el trastorno mental aparezca o se agrave durante el cumplimiento de la condena.

III.2 Influencia del medio penitenciario sobre la salud mental

La prisión constituye un entorno potencialmente generador de malestar psicológico. Arroyo y Ortega (2009) destacan que determinadas características inherentes al contexto penitenciario pueden favorecer la aparición o agravamiento de trastornos mentales, especialmente en personas vulnerables.

Entre los factores de riesgo destacan:

- El aislamiento afectivo y social.
- La pérdida de intimidad.
- La vigilancia constante.
- La rigidez de las rutinas institucionales.
- La frustración derivada de las restricciones propias del encarcelamiento.
- La modificación de los sistemas de valores y roles sociales.

- Las relaciones interpersonales basadas frecuentemente en la desconfianza y la agresividad.

Estas circunstancias generan una elevada sobrecarga emocional que puede traducirse en desajustes conductuales, sintomatología psicológica y descompensaciones psicopatológicas.

III.3. Principales estudios epidemiológicos en España

Los estudios realizados en población penitenciaria española muestran de forma consistente prevalencias significativamente superiores a las observadas en la población general.

Primeros estudios

El primer estudio promovido por la SGIP en 1998 encontró una prevalencia de:

- Psicosis crónicas: 4,8%.
- Discapacidades psíquicas: 3,5%.

Posteriormente, diversos estudios comenzaron a describir los perfiles clínicos y criminológicos de las personas con trastornos mentales privadas de libertad.

III.3.1. Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante

Iñigo y colaboradores (1999), mediante el estudio de 267 internos, observaron que:

- La esquizofrenia era el diagnóstico más frecuente.
- Existía una elevada presencia de trastornos esquizotípicos y trastornos de personalidad.
- El consumo de alcohol afectaba al 82% de los internos.
- El consumo de cannabis alcanzaba el 51,7%.
- Existían elevadas tasas de hepatitis B, traumatismos craneoencefálicos y VIH.

El perfil sociodemográfico predominante estaba formado por personas solteras, desempleadas, de nivel socioeconómico bajo y con importantes dificultades de integración social.

III.3. 2. Centro Penitenciario de Villabona

Martínez (2000) encontró que:

- El 41,2% presentaba algún diagnóstico psiquiátrico.

- Los cuadros psicóticos representaban el 36%.
- La depresión alcanzaba el 29%.
- Los trastornos de personalidad suponían el 7%.

Además, coexistían numerosas patologías médicas asociadas, especialmente infecciones por VIH y hepatitis.

III.3.3. Diferencias respecto a la población general

Herrera (2000) concluyó que la prevalencia de Psicosis, Trastornos de personalidad, Trastornos por consumo de sustancias, Trastornos de ansiedad era significativamente superior en la población penitenciaria respecto a la población general.

III.3.4. El Grupo de Salud Mental en Prisiones

En 2004 se creó el Grupo de Salud Mental en Prisiones (GSMP), integrado por profesionales de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria y de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Sus objetivos fundamentales fueron mejorar la calidad asistencial en salud mental penitenciaria, desarrollar protocolos de coordinación entre prisiones y servicios comunitarios, elaborar guías clínicas sobre patología dual y trastornos mentales graves, Impulsar investigaciones epidemiológicas sobre salud mental en prisión.

La creación de este grupo supuso un importante avance hacia una atención más integral y basada en la evidencia científica.

III.3.5. Estudio nacional de la SGIP (2006)

El estudio de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias de 2006 constituyó uno de los principales referentes epidemiológicos nacionales.

Los resultados mostraron que:

- El 17,6% tenía antecedentes psiquiátricos previos al ingreso.
- El 44,2% presentaba antecedentes de abuso o dependencia de drogas.
- El 25,6% poseía al menos un diagnóstico psiquiátrico.

- El 49,6% tenía algún diagnóstico psiquiátrico si se incluían las drogodependencias.
- El 46% recibía tratamiento psicofarmacológico.
- El 1,8% presentaba discapacidad psíquica reconocida.

Los diagnósticos más frecuentes fueron Trastornos afectivos (12,8%), Trastornos de personalidad (9,4%) y Trastornos psicóticos (3,4%).

El estudio también evidenció una elevada presencia de patología dual y una notable infradetección de los trastornos de personalidad.

III.3.6. Trastornos de personalidad en prisión

Uno de los hallazgos más consistentes de la literatura científica española es la extraordinaria prevalencia de los trastornos de personalidad en la población reclusa.



López-Barrachina, Lafuente y García-Latas (2007) encontraron que la prevalencia global es del 69,3%, que los Trastornos del Cluster C son el 76,7%, que los Trastornos del Cluster B son el 75,4% y que los Trastornos del Cluster A son el 55,9%.

Los trastornos más frecuentes fueron Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, Trastorno narcisista, Trastorno antisocial y Trastorno paranoide.

Además, identificaron relaciones estadísticamente significativas entre determinados trastornos de personalidad y la Impulsividad, las conductas violentas, el consumo de sustancias, el juego patológico y otras enfermedades mentales.

Particularmente relevantes fueron las asociaciones encontradas entre impulsividad y trastornos antisocial, límite, narcisista y paranoide.

III.3.7. Consumo de sustancias y patología dual

La investigación española muestra una estrecha relación entre enfermedad mental y consumo de sustancias.

Casares-López y colaboradores encontraron que el 95,5% de los internos eran policonsumidores, que la cocaína constituía la sustancia más consumida, que el trastorno antisocial de la personalidad alcanzaba una prevalencia del 65,6% y que el riesgo de suicidio se situaba en el 45,2%.

Asimismo, se identificaron antecedentes frecuentes de consumo de sustancias en el entorno familiar, de internamientos en centros de protección de menores, de experiencias traumáticas infantiles, de maltrato físico y psicológico y de abusos sexuales.

Estos hallazgos apoyan la importancia de los factores traumáticos tempranos como elementos de vulnerabilidad para el desarrollo posterior de patología dual y conducta delictiva.

III.3.8. Estudio PreCa (Vicens et al., 2011)

El Estudio de Prevalencia en Cárceles (PreCa) constituye la investigación epidemiológica más importante realizada en España sobre salud mental penitenciaria.

Los resultados mostraron:

Prevalencia vida

- Cualquier trastorno mental: 84,4%.
- Trastorno por consumo de sustancias: 76,2%.
- Trastornos de ansiedad: 45,3%.
- Trastornos del estado de ánimo: 41%.
- Trastornos psicóticos: 10,7%.

Prevalencia mes

- Cualquier trastorno mental: 41,2%.
- Trastornos de ansiedad: 23,3%.

- Trastornos por consumo de sustancias: 17,5%.
- Trastornos afectivos: 14,9%.
- Trastornos psicóticos: 4,2%.

III.4. Trastornos de personalidad

La prevalencia superó el 80%, predominando el Trastorno límite de la personalidad (44%), el Trastorno narcisista (33%), el Trastorno antisocial (23%) y el Trastorno paranoide (37%).

Dos tercios de los participantes presentaban dos o más trastornos simultáneamente, reflejando una elevada comorbilidad psicopatológica.

III.5. Consumo de psicofármacos

La elevada carga psicopatológica presente en prisión se refleja también en el consumo de medicación psiquiátrica.

Los estudios indican que el consumo de psicofármacos en prisión es más de tres veces superior al observado en la población general.

Los grupos farmacológicos más utilizados son los ansiolíticos, los antidepresivos, los Antipsicóticos, y los hipnóticos.

Entre los factores que explican este fenómeno destacan la alta prevalencia de trastornos mentales, las reacciones emocionales asociadas al encarcelamiento, la patología dual, la accesibilidad a la atención médica y el seguimiento continuado de los tratamientos.

Podemos alcanzar como conclusión que la evidencia disponible permite afirmar que la prevalencia de los trastornos mentales en prisión es sustancialmente superior a la observada en la población general. Los estudios españoles sitúan esta prevalencia entre el 80% y el 90% cuando se consideran conjuntamente los trastornos mentales, los trastornos de personalidad y los trastornos por consumo de sustancias.

Los diagnósticos más frecuentes son:

- Trastornos por consumo de sustancias.

- Trastornos de ansiedad.
- Trastornos afectivos.
- Trastornos de personalidad.
- Trastornos psicóticos.

Asimismo, la elevada comorbilidad, especialmente entre enfermedad mental, trastornos de personalidad y drogodependencias, configura una población clínica altamente compleja que requiere intervenciones integrales, coordinadas y especializadas. Estos datos respaldan la consideración de la salud mental penitenciaria como una prioridad sanitaria y social de primer orden dentro del sistema penitenciario español.

Bibliografía básica

- Andrés Pueyo, A. (2013). Manual de psicología jurídica e investigación criminal. Madrid: Pirámide.
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2010). The Psychology of Criminal Conduct (5th ed.). New Providence, NJ: LexisNexis.
- Bartol, C. R., & Bartol, A. M. (2019). Introduction to Forensic Psychology: Research and Application (6th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Buela-Casal, G. y Sierra, J.C. (1997). Manual de Evaluación Psicológica. Madrid, Siglo XXI.
- Clemmer, D. (1940). The Prison Community. Boston: Christopher Publishing.
- García, J. y Sancha, V. A. (1983). Psicología Penitenciaria. Madrid: UNED.
- Garrido Genovés, V. (2005). Psicología criminal. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Garrido Genovés, V., Stangeland, P., & Redondo Illescas, S. (2006). Principios de criminología. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Goldstein, A. M. (2007). Forensic Psychology. Hoboken, NJ: Wiley.

- Heilbrun, K. (2001). Principles of Forensic Mental Health Assessment. New York: Kluwer Academic/Plenum.
- Landrove Díaz, G. Las consecuencias jurídicas del delito. Ed Tecnos, Madrid 2005.
- Manzanero, A. L. (2010). Psicología del testimonio. Madrid: Pirámide.
- Martínez Escamilla, M. y Sánchez Álvarez, M. P. (Coord.) (2011). Justicia restaurativa, mediación penal y penitenciaria: Un renovado impulso. Madrid: Reus.
- McGuire, J. (2002). Offender Rehabilitation and Treatment. Chichester: Wiley.
- Otto, R. K., & Douglas, K. S. (2010). Handbook of Violence Risk Assessment. New York: Routledge.
- Redondo Illescas, S., & Garrido Genovés, V. (2013). Principios de criminología aplicada. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Rogers, R. (2008). Clinical Assessment of Malingering and Deception (3rd ed.). New York: Guilford Press.
- Téllez Aguilera, A. (2005). Nuevas penas y medidas alternativas a la prisión. Madrid: Edisofer.
- Weiner, I. B., & Otto, R. K. (2013). The Handbook of Forensic Psychology (4th ed.). Hoboken, NJ: Wiley.
- Zehr, H. (2010). El pequeño libro de la justicia restaurativa. Intercourse, PA: Good Books

Bibliografía complementaria

- Abel Souto, M. (2006). Teorías de la pena y límites al "ius puniendi" desde el Estado democrático. Madrid: Dilex.
- Alonso-Quecuty, M^a. L. (1995). Psicología y testimonio. En M. Clemente (Ed.): Fundamentos de la psicología jurídica. Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- Aluja, A. (1989). Psicopatía versus trastorno antisocial de la personalidad: Estudio comparativo. Revista de Psicología Universitas Tarraconensis, XI.

- Andrés Pueyo, A., & Redondo Illescas, S. (2007). Predicción de la violencia: entre la peligrosidad y la valoración del riesgo. Barcelona: Ariel.
- Arce, R., & Fariña, F. (2006). Psicología del testimonio y prueba pericial. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Arce, R., & Fariña, F. (2014). Evaluación psicológica forense de la credibilidad y el testimonio. Madrid: Pirámide.
- Clemente, M. y Sancha (1989). Psicología social y penitenciaria. Madrid, Ministerio de Justicia.
- Echeburúa, E., Amor, P. J., & Corral, P. (2009). Trastornos de personalidad y violencia. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E., & Corral, P. (1998). Manual de violencia familiar. Madrid: Siglo XXI.
- Esbec, E., & Gómez-Jarabo, G. (2000). Psicología forense y tratamiento jurídico-legal de la discapacidad. Madrid: Edisofer.
- Esbec, E. (2012). El informe psicológico pericial en los procesos judiciales. Madrid: Dykinson.
- Esbec, E., & Echeburúa, E. (2010). Violencia y trastornos mentales. Madrid: Pirámide.
- Garrido Genovés, V. (2005). El psicópata: un camaleón en la sociedad actual. Valencia: Algar.
- Igartua, I., Olalde, A., y Varona, G. (2012). Diccionario breve de justicia restaurativa. Una invitación interdisciplinaria e introductoria a sus conceptos claves. Saarbrücken: Editorial Académica Española.
- Luengo, M.A. y Carrillo, M.T. (1995). La psicopatía. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), Manual de psicopatología. Madrid: McGraw-Hill.
- Muñoz Vicente, J. M. (2010). Manual práctico de psicología jurídica. Madrid: Síntesis.
- Redondo Illescas, S. (2008). Manual para el tratamiento psicológico de los delincuentes. Madrid: Pirámide.
- Redondo Illescas, S., & Andrés Pueyo, A. (2007). La psicología de la delincuencia. Barcelona: Ariel.

- Raine, A. (2000). Psicopatía, violencia y neuroimagen. En A. Raine y J. Sanmartín (Eds.), Violencia y psicopatía. Barcelona: Ariel.
- Sancha, V. A. y Miguel-Tobal, J.J. (1984). Tratamiento Penitenciario: su práctica. Madrid: Escuela de Estudios Penitenciarios
- Tamarit Sumalla, J. M. (2012). La victimología: cuestiones conceptuales y metodológicas. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Varona, G. (2011). Justicia restaurativa. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Tamarit Sumalla, J. M. (2012). La victimología: cuestiones conceptuales y metodológicas. Valencia: Tirant lo Blanch.

Cuestiones

1. Qué es el doble estigma e indica las estrategias que son señaladas como más eficaces por los organismos internacionales y expertos para reducir el estigma y promover la inclusión social.
2. Señala los principios básicos del sistema penitenciario español.
3. Indica de qué se trata cuando hablamos del principio de equivalencia asistencial.
4. Qué pretende el Programa de Mediación social que está destinado a personas con trastorno mental grave.

Texto realizado por Enrique de la Torre M.
ISFAP