



**UNIVERSIDAD PONTIFICIA DE COMILLAS
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES (CIHS)
Doble Grado en Criminología y Trabajo Social**

Trabajo de Fin de Grado de Criminología:

**“SITUACIÓN DE LA SALUD MENTAL
EN LAS PRISIONES ESPAÑOLAS.
COMPARACIÓN DE LOS CRITERIOS
DE PROFESIONALES”**

Autora: Carlota Juárez del Dago Bernaldo de Quirós

Tutor: Carlos García Castaño

Curso académico: 2025/2026

Clave de la alumna: 202120266

*A mis amigos, con los que he compartido estos cinco años de universidad,
y sin los que no hubiese podido llegar hasta donde estoy.
Gracias por convertirlos en familia.*

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	4
2. MARCO TEÓRICO	5
1) CONCEPTOS BÁSICOS	5
1.1 Salud mental según la OMS	5
1.2 Trastornos y enfermedades mentales	5
1.3 Discriminación y estigmatización de la salud mental	5
1.4 Programa Marco de Atención Integral a Enfermos Mentales (PAIEM)	6
2) SALUD MENTAL EN LAS PRISIONES ESPAÑOLAS	8
2.1 Contextualización	8
2.2 Competencias penitenciarias y competencias de sanidad penitenciaria	10
2.3 Datos en España	11
2.4 Perfiles clínicos en las prisiones	13
2.5 Limitaciones en la detección de las enfermedades mentales	13
3) MARCO JURÍDICO PENITENCIARIO	14
3.1 Marco constitucional del procedimiento penitenciario	14
3.2 La legislación penitenciaria española	15
3.3 Normativa internacional y la jurisprudencia en materia penitenciaria	16
4) MODELOS DE ATENCIÓN EN PRISIÓN	17
4.1 Modelo español de atención a la salud mental en los centros penitenciarios	17
4.1.1 Dirección y responsables de la atención	17
4.1.2 Recursos asistenciales disponibles en prisión	18
4.1.3 Modelo de atención en función de la condición penal	19
4.1.4 Detección de la enfermedades mentales en el ingreso	20
4.2 Limitaciones de la atención psiquiátrica en las prisiones españolas	21
4.2.1 Déficit en la cobertura psiquiátrica	21
4.2.2 Tiempos de atención a los internos	22
4.2.3 Recursos especializados y la saturación de plazas	22
4.2.4 Trabajadores y sobrecarga en los hospitales psiquiátricos penitenciarios ...	23
4.3 Críticas y debates	24
4.3.1 Órganos que garantizan los derechos	24
4.3.2 Carencias en la intervención clínica	24
4.3.3 Continuidad de la asistencia tras el paso por prisión	25
4.3.4 Brecha de género	26

3. OBJETIVOS Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	26
4. METODOLOGÍA	27
5. RESULTADOS	31
6. PROPUESTAS	34
7. CONCLUSIONES	36
BIBLIOGRAFÍA	38
ANEXOS	42

1. INTRODUCCIÓN

La salud mental dentro del ámbito penitenciario supone uno de los desafíos más complejos, y, a la vez, con menor visibilidad en el sistema penitenciario español. Desde hace varias décadas, se han publicado diversos estudios, tanto a nivel nacional como a nivel internacional, que evidencian que la prevalencia de trastornos mentales en la población general es considerablemente más baja que entre la población que se encuentra cumpliendo condenas en las prisiones. Esto plantea grandes e importantes incógnitas acerca de la capacidad que poseen las instituciones penitenciarias para proporcionar una atención adecuada a la salud mental.

El contexto con el que nos encontramos hace que sea necesario analizar tanto los recursos disponibles y las condiciones estructurales que hay dentro de las prisiones como los diversos criterios y experiencias de los profesionales que ejercen o han ejercido dentro del ámbito penitenciario; entre ellos, psicólogos, trabajadores sociales, abogados, educadores sociales, voluntarios, etc.

Este Trabajo Fin de Grado de Criminología tiene como fin evaluar la situación de la salud mental dentro de los centros penitenciarios españoles mediante el análisis comparativo de los criterios de diversos profesionales que se han visto implicados en la atención, evaluación y acompañamiento de personas en situación privativa de libertad. Mediante esta comparación se busca detectar las coincidencias, diferencias, e, incluso, aquellas limitaciones en el planteamiento que nos encontramos hoy en día; además de identificar aquellas dificultades que surgen cuando la atención sanitaria es llevada a cabo por un sistema penitenciario que se basa en el control de los internos.

En último lugar, el objetivo es proporcionar una visión integral que ayude a que se comprenda de mejor manera aquellas dinámicas que afectan e impactan en la salud mental de las personas que están internas dentro de las prisiones, y a potenciar el debate sobre la mejora en el ámbito penitenciario de la atención a las personas que poseen enfermedades o trastornos mentales.

2. MARCO TEÓRICO

1) CONCEPTOS BÁSICOS

1.1 Contextualización

Para empezar es importante que definamos el concepto de salud mental, que, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2025), lo define como “un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todo su potencial, aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a su comunidad. Tiene un valor intrínseco e instrumental, y es un derecho humano fundamental”. Se entiende que, en un momento específico, un cúmulo de diversos factores -como, por ejemplo, individuales, familiares, comunitarios, etc.- pueden ayudar a protegerla, o, al contrario, debilitarla. Y, aunque la gran mayoría de las personas posee la capacidad de la resiliencia (ser capaz de superar dificultades y de salir fortalecido tras un episodio traumático o complicado), aquellas personas que se ven más expuestas, tanto en número de veces como en prolongación en el tiempo, tienen una mayor probabilidad de tener algún problema de salud mental.

1.2 Trastornos y enfermedades mentales

Los trastornos mentales o las enfermedades de salud mental son problemas que generan alteraciones significativas en la cognición (forma de pensar), en la regulación de las emociones y la manera de sentirse, y en el comportamiento de un individuo. Lo normal es que padecerlos genere malestar o dificultad para hacer cosas básicas e importantes de la vida diaria. Existen muchos tipos diferentes, y alteran gravemente el día a día de las personas que los padecen y provocan un sufrimiento prolongado en el tiempo si no se tratan. Casi una de cada siete personas padece un trastorno mental en el mundo (1.100 millones de personas), pero la mayoría de ellas no pueden acceder a una atención adecuada y eficaz (OMS, septiembre de 2025).

1.3 Discriminación y estigmatización de la salud mental

Al ser algo que genera tanta discriminación y estigmatización a día de hoy en nuestra sociedad, a la presencia de un trastorno de salud mental le acompaña una serie de mitos, que provocan que exista una imagen de las personas diagnosticadas que se aleja mucho de la

realidad, y que finalmente, dificulten aún más su integración en la sociedad. Entre los más frecuentes, Sue et al. (2010) señalan:

1. Las personas que padecen algún trastorno de salud mental son potencialmente más peligrosas y son inestables.
2. Se les reconoce siempre por tener una conducta anormal desviada, por lo tanto no son capaces de funcionar de manera normal o de trabajar en su comunidad.
3. Los trastornos mentales vienen dados de manera hereditaria, y su desarrollo se asocia a una debilidad mental y a una escasa voluntad.

1.4 Programa Marco de Atención Integral a Enfermos Mentales (PAIEM)

El Programa Marco de Atención Integral a Enfermos Mentales en centros penitenciarios (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2009) se crea tras la necesidad de dar respuesta a los problemas que presenta la población interna relacionados con la salud mental, ya que cada vez había más pruebas que evidenciaban que los problemas de salud mental entre la población general son mucho menos frecuentes que entre las personas que se encuentran dentro de prisión. Las instituciones penitenciarias deberían focalizarse en asegurar una detección temprana de aquellos casos con problemas de salud mental o trastornos mentales, además de garantizar la rehabilitación y un tratamiento adecuado en función de las necesidades que presente cada persona. Es muy importante también (cuando sea necesario) hacer una adecuada derivación, tanto durante el periodo de tiempo que pasan dentro de prisión como en el momento en el que la persona ya ha terminado de cumplir su condena, a los recursos asistenciales especializados de la comunidad. Según el PAIEM, los objetivos de intervención con aquellos internos que padecen alguna enfermedad mental grave o crónica son los siguientes:

1. Detectar, diagnosticar y tratar a todos los internos que sufran algún tipo de trastorno mental.
2. Mejorar la calidad de vida de los enfermos mentales, aumentando su autonomía personal y la adaptación al entorno.
3. Optimizar la reincorporación social y la derivación adecuada a un recurso socio-sanitario comunitario.

Se crea y asigna la figura de un tutor para cada uno de los internos que forman parte del programa, y es de especial relevancia, ya que, la presencia de esta relación directa, cercana y permanente, establecida entre el interno y un profesional del Equipo Multidisciplinar, provoca el aumento de la seguridad y autoestima del recluso que padece un trastorno mental,

además de que reduce proporcionalmente sus niveles de ansiedad al percibir que puede contar con una persona de referencia que le atiende, le escucha y le proporciona un seguimiento más próximo de la evolución de su enfermedad o trastorno mental. El tutor se acaba convirtiendo en uno de los instrumentos más efectivos, no sólo en cuanto al conocimiento del interno, sino también en cuanto a ser un componente impulsor en su proceso de cambio. Todo esto sin llegar a interferir en las funciones que ejercen el resto de los profesionales del Equipo Multidisciplinar; más bien desempeñando un papel esencial en el contacto y en la mediación con la familia y otras instituciones, según su especialidad, con el objetivo siempre de posibilitar la ayuda y el apoyo necesarios para preparar al interno para la vuelta a su vida en libertad.

El recorrido o la trayectoria que sigue un interno con enfermedad mental dentro del sistema penitenciario (PAIEM, 2009) es, en primer lugar, identificar al interno que posea o que presente síntomas de padecer algún tipo de enfermedad mental, y, posteriormente, se le comunicarlo al Equipo Multidisciplinar de Salud Mental y a los subdirectores médicos y de tratamiento para valorar e intervenir. En la primera fase, se lleva a cabo la atención clínica, donde el equipo sanitario y el psiquiatra realizan una evaluación clínica; en ésta se desarrolla un diagnóstico psiquiátrico, y se prescribe y se hace un seguimiento del tratamiento médico correspondiente. Posteriormente, el Equipo Multidisciplinar de Salud Mental registra al interno según el diagnóstico y lo clasifica según el Nivel (1-2-3). Tras decidir la clasificación, el Equipo Multidisciplinar realiza una valoración y determina si el interno necesita rehabilitación. Si consideran que no la precisa, el Equipo Técnico realiza el PIT (Programa Individual de Tratamiento) del interno, continuando éste en su módulo correspondiente con un seguimiento; si, por el contrario, consideran que sí la precisa, se pasa a la segunda fase, la rehabilitación. En esta fase, el Equipo Multidisciplinar de Salud Mental evalúa las habilidades y las discapacidades del interno y, en base a esto, diseñan un PIR (Programa Individual de Rehabilitación) mediante evaluaciones multidisciplinares, donde se incluyen: los objetivos a seguir, las actividades a realizar, quién va a ser su interno de apoyo, su tutor y la fecha de la siguiente evaluación. Inmediatamente después se le propone el PIR a la Junta de Tratamiento. Una vez completada la rehabilitación, o de manera paralela durante el proceso, el Equipo Multidisciplinar desarrollará la reincorporación social, donde a los internos se les ayuda con la gestión de prestaciones económicas y las acreditaciones de minusvalías; se les acompaña en la preparación para la salida de prisión y la reincorporación social; y, se configura una Red Social de Apoyo, que implica un punto clave en el proceso de reinscripción y prevención de recaídas, en cuanto a la situación familiar, a los amigos, al

trabajo y a los estudios. En esta última fase también tiene lugar la derivación a los recursos sociosanitarios comunitarios.

Según el Informe General de Instituciones Penitenciarias (Ministerio del Interior), el programa se lleva a cabo en 65 de los 66 centros penitenciarios que forman parte de la Administración Penitenciaria; es decir, sin contar aquellos cuyas competencias de sanidad penitenciaria se encuentran transferidas. Este informe demostró que el número de personas incluidas se mantuvo relativamente estable durante 2018 y 2021, con un sutil aumento entre 2018 y 2020, habiendo 1.816 personas en ese primer año y 1.844 en el último. Aún así, en 2021 hubo un pequeño descenso, y se registraron 1.834 internos (cifras muy similares a las que se registraron en 2019). La estabilidad en el número de personas internas que forman parte del programa sugiere una estabilización dentro del sistema penitenciario, reflejando una demanda sostenida en el tiempo hacia la existencia de atención especializada en salud mental dentro del ámbito penitenciario. Además, estos datos evidencian que la presencia de enfermedades y trastornos mentales dentro de las prisiones se dan de manera permanente y estable en el tiempo, es decir, no son fenómenos puntuales ni temporales, lo que afirma la necesidad de seguir fortaleciendo y manteniendo los recursos que estén especializados, como es el caso del PAIEM.

2) SALUD MENTAL EN LAS PRISIONES ESPAÑOLAS

2.1 Contextualización

El Artículo Primero de la Ley Orgánica General Penitenciaria (LOGP) dicta que “las instituciones penitenciarias reguladas en la presente Ley tienen como fin primordial la reeducación y la reinserción social de los sentenciados a penas y medidas penales privativas de libertad, así como la retención y custodia de detenidos, presos y penados. Igualmente tienen a su cargo una labor asistencial y de ayuda para internos y liberados”.

El Artículo Tercero señala que “la actividad penitenciaria se ejercerá respetando, en todo caso, la personalidad humana de los reclusos y los derechos e intereses jurídicos de los mismos no afectados por la condena, sin establecerse diferencia alguna por razón de raza, opiniones políticas, creencias religiosas, condición social o cualesquiera otras circunstancias de análoga naturaleza”.

Según la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (2014), son cinco los principios que rigen el Sistema Penitenciario Español:

- 1) Principio de individualización. El cumplimiento de la pena debe adaptarse a las características y circunstancias personales de cada persona, no de manera idéntica para todas ellas. Se debe tener en cuenta la trayectoria vital y el historial delictivo de cada individuo, así se favorecerá una intervención más eficiente y directamente orientada a la reinserción social.
- 2) Principio de progresión de grado. La Junta de Tratamiento de cada centro penitenciario, formado por profesionales expertos en diferentes especialidades, clasificará a los internos en los distintos regímenes penitenciarios que existen, tras una evaluación completa sobre la situación personal, social, familiar y delictiva de cada interno, además de su personalidad, el tiempo de duración de su condena y el entorno al que regresarán una vez ésta termine. Una vez esta evaluación integral se finalice, se clasificará al interno en un primer, segundo o tercer grado. El primer grado (también conocido como régimen cerrado), está dirigido a aquellos internos que poseen problemas graves para adaptarse o conductas violentas; el segundo grado (también conocido como régimen ordinario), está dirigido a aquellos internos que poseen la capacidad para convivir de manera ordenada; y, el tercer grado (también conocido como régimen abierto) está orientado a aquellos internos que poseen una evolución positiva dentro del centro penitenciario además de presentar las condiciones adecuadas y favorables para una reinserción progresiva a la vida en libertad. La clasificación no es estática, ya que los internos pueden progresar a grados superiores cuando el equipo multidisciplinar considera que el interno está realmente preparado para ello.
- 3) Principio de tratamiento penitenciario. La finalidad principal del tratamiento penitenciario es prevenir la reincidencia delictiva de los internos y su completa recuperación terapéutica. Esto se consigue mediante el desarrollo de programas integrales de intervención que aborden de forma completa las diferentes dimensiones de las personas. Este principio no concibe la pena simplemente como una medida sancionadora, sino que también la presenta como una oportunidad de intervención para facilitar cambios personales y favorecer la reinserción a la vida en libertad.
- 4) Siempre que sea posible, los internos deben cumplir su pena privativa de libertad en un centro penitenciario cercano a su entorno social y familiar, para así intentar que el interno conserve sus vínculos afectivos y sociales y evitar un desarraigo social y familiar.

- 5) Los internos tienen derecho a comunicarse con el exterior y, si la Junta de Tratamiento lo cree conveniente, propone permisos de salida para aquellos internos que se encuentran en segundo o tercer grado, que deben ser autorizados por el juez de vigilancia penitenciaria (pero es necesario que para conceder al interno un permiso de salida, éste haya cumplido al menos una cuarta parte de su condena y haya mostrado una evolución positiva dentro del centro). Esto permite que los internos mantengan el contacto con la sociedad y que, de manera controlada y progresiva, vayan adquiriendo las habilidades necesarias para volver a la vida en libertad. Se considera que son herramientas claves para una correcta reinserción social.

La Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria (LOGP) diseñó un modelo asistencial flexible que unificó la atención primaria, la atención especializada y la prevención, sin la necesidad de contar con muchos profesionales sanitarios ni de muchos medios técnicos para poder funcionar. Además, permitió la posibilidad de crear hospitales dentro del sistema penitenciario mediante una base legal.

En el año 2020, la Administración Penitenciaria contaba con un total de 66 centros penitenciarios ordinarios en toda España, sin contar con los tres territorios cuya sanidad penitenciaria depende de sus sistemas autonómicos (Cataluña, País Vasco y Navarra).

A día de hoy, en la población penitenciaria española y en general en el conjunto de países europeo, hay un alto porcentaje de internos que padecen algún tipo de trastorno o enfermedad mental, de manera más específica, más de un tercio de la población penitenciaria. A nivel mundial, la literatura afirma que hay un predominio mucho más elevado de población con enfermedades mentales dentro de prisión que en la población general (Andersen, 2004; Birmingham, ET AL., 1996; Brooke ET AL., 1996; Coid, & Ullrich, 2011).

2.2 Competencias penitenciarias y competencias de sanidad penitenciaria

Es importante diferenciar entre las competencias penitenciarias y las competencias de sanidad penitenciaria. Las primeras hacen alusión a la gestión de los centros penitenciarios, que incluye la organización interna de las propias prisiones, el régimen penitenciario, el tratamiento y los programas de reinserción de los internos, y las funciones del personal penitenciario. En casi toda España, esta competencia la tiene la Administración General del Estado (AGE), menos en Cataluña y en el País Vasco, quienes tienen las competencias transferidas desde 1983 y 2021, respectivamente. Por otro lado, las competencias de sanidad

penitenciaria se centran en la atención médica que se presta dentro de las prisiones, y, al igual que en la gestión penitenciaria, las competencias corresponden en su mayoría a la AGE, sin contar con País Vasco (Decreto 140/2011, de 28 de junio), Cataluña (Real Decreto 3482/1983, de 28 de diciembre) y Navarra (Real Decreto 494/2021, de 6 de julio), quienes tienen transferidas las competencias de sanidad penitenciaria a los sistemas sanitarios autonómicos.

2.3 Datos en España

Las provincias que cuentan con una mayor población penitenciaria son aquellas en las que hay más centros penitenciarios, como, por ejemplo, la Comunidad de Madrid, que cuenta con siete centros, la provincia de Cádiz que cuenta con cuatro, y la de Sevilla, que tiene tres. En Valencia y Granada tienen un único centro penitenciario de dimensiones extensas que albergan a más de 1.200 internos cada uno de ellos. Las cárceles que se encuentran en Menorca, Santa Cruz de la Palma y Ávila son las que menos población penitenciaria tienen. Y, en Huesca, Zamora y Guadalajara no existe ningún centro penitenciario (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, septiembre de 2022).

Según la encuesta sobre Salud y consumo de drogas en Internados en Instituciones Penitenciarias (Ministerio de Sanidad, 2022) un 34'8% de los internos había sufrido un trastorno mental o emocional en algún momento, es decir, más de un tercio de las personas que cumplían condena en los centros penitenciarios habría necesitado seguir un tratamiento mental en algún momento de su vida. Otro dato importante recogido en este informe es que el 32'2% de los reclusos de las prisiones afirma haber tenido algún pensamiento suicida; este porcentaje es mucho más alto que en la población que no se encuentra privada de libertad. El suicidio, es el principal motivo de fallecimiento entre rejas.

Según los datos correspondientes a julio de 2019 procedentes de la respuesta del Gobierno del 9 de julio de 2019 (entrada 2492) a la pregunta escrita al Congreso núm 184/284, *Boletín Oficial de las Cortes Generales*, el total de las personas con altas necesidades de cuidados en relación a su salud mental que se encuentran internas en los centros penitenciarios en España es de 1.785, siendo Andalucía la comunidad autónoma con mayor número, 425, y La Rioja la que tiene menos, con un total de ocho. Pero si hablamos del número de personas internas con respecto al total de la población penitenciaria existente en cada comunidad autónoma, el porcentaje más alto lo tiene la Comunidad Foral de Navarra con un 9'1%, y el más bajo, las Islas Baleares, con un 1'9%.

En las prisiones conviven grupos y subgrupos muy distintos, cuyos delitos cometidos son de diversa naturaleza. En resumen, la población penitenciaria es bastante heterogénea y varía según el centro penitenciario; además, hay una tendencia hacia el envejecimiento, haciendo que aumente la presencia de patologías mentales y físicas. Según el Informe General de Instituciones Penitenciarias (2022), desde la perspectiva psiquiátrica, los trastornos psicóticos y la patología dual son los dos diagnósticos que se encuentran más frecuentemente.

Aunque existen recursos específicos para atender a la población con problemas de salud mental dentro del sistema penitenciario español, son visiblemente insuficientes ya que la red penitenciaria española únicamente dispone de dos hospitales psiquiátricos penitenciarios, ubicados en Alicante y Sevilla. Estos dos centros están dirigidos principalmente a atender internos con trastornos mentales graves, principalmente con trastornos psicóticos (que representan un 60% de la población atendida) y patología dual (25% de ellos). Aunque estén especializados, la capacidad que poseen estos hospitales es escasa, ya que, por ejemplo, en 2021, fueron 573 los internos que pudieron atender, siendo ésta una cifra muy baja comparándola con el número total de personas que poseen problemas de salud mental dentro de los centros penitenciarios. Según los datos del Informe General de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, en ese mismo año se atendieron a 2.743 internos en el Programa de Atención al Enfermo Mental en Prisión (PAIEM) en los 66 centros penitenciarios dependientes del Ministerio del Interior.

Según la Revista de la Asociación de Neuropsiquiatría (2022) es bastante complicado determinar el número de personas que padecen algún tipo de TMG (Trastorno Mental Grave) en los centros penitenciarios españoles mediante los datos que poseemos actualmente. Aún así, en muchos países del mundo entero, incluyendo países europeos, la proporción de personas que los padecen han ido en aumento con el paso de las últimas décadas, de tal manera que es mayor la representación entre la población penitenciaria que en la población general. Mediante los datos aportados en 2011 y 2016 por los estudios epidemiológicos recogidos en la Revista Española de Sanidad Penitenciaria, podemos afirmar que la frecuencia de los trastornos mentales comunes es dos veces mayor en la población penitenciaria que en la población general, mientras que los trastornos mentales graves son cuatro veces más frecuentes.

2.4 Perfiles clínicos en las prisiones

Aquellas personas que se encuentran internas y que cumplen los criterios diagnósticos de esquizofrenia u otro trastorno mental grave necesitan unos cuidados psiquiátricos especializados, intensivos y adaptados a cada interno por la complejidad del cuadro de cada uno de ellos, que en muchas ocasiones se ven agravados o alterados debido a un exceso en el consumo de sustancias, además de por situaciones de desestructuración social y afectiva.

Según la publicación de Fuentes Fernández en la Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (2016), se deben considerar a las personas con diagnósticos de esquizofrenia y otro tipo de psicosis como el doble de probables a ser encarcelados que aquellas personas con otro tipo de diagnóstico; a la vez que, aquellas personas con ingresos en el año anterior en prisión, que padecen patologías psiquiátricas, también poseen una probabilidad diez veces superior de ingresar de nuevo en prisión. Por lo tanto, el perfil más común es el de un varón de entre 18 y 30 años, con patología dual, sin recursos económicos, con una vulnerabilidad social muy alta, con un tratamiento irregular y con antecedentes de reincidencia.

Este abordaje es muy importante y necesario para reducir la probabilidad de que cometan algún delito de nuevo una vez han terminado de cumplir su condena y vuelven a la vida en libertad.

2.5 Limitaciones en la detección de las enfermedades mentales antes del ingreso en las prisiones

Es muy frecuente que la concurrencia de una situación de enfermedad o trastorno mental en personas imputadas pase inadvertida durante el trámite de una causa penal; y esto es consecuencia de alguna, o de varias a la vez, de las siguientes circunstancias: en primer lugar, la ausencia de conciencia de la enfermedad en la persona que está siendo imputada, o también que no lo comunique o que lo oculte; en segundo lugar, la ausencia de formación adecuada o de protocolos desde la detención por parte del cuerpo policial hasta la entrada en el centro penitenciario; en tercer lugar, hay veces en las cuales las fases judiciales son de instrucción rápida, por lo tanto se imposibilita una valoración personal de la situación del imputado; en cuarto lugar, ausencia de una capacitación específica dentro de los operadores jurídicos para la detección de los hechos y circunstancias de la persona que son relevantes a la hora de valorar su salud mental; en quinto lugar, las personas que están afectadas por una patología mental suelen provenir de situaciones de exclusión social, en las cuales no cuentan con

ningún tipo de apoyo, ni familiar ni social, que pueda evidenciar su situación de verdad, lo que favorece que se encuentren en una situación mayor de indefensión; y, en sexto y último lugar, inexistencia de un equipo interdisciplinar que esté vinculado a los juzgados, y que se encargue de facilitar información acerca de las circunstancias personales y sociales de la persona que está siendo imputada.

3) MARCO JURÍDICO-PENITENCIARIO EN ESPAÑA

3.1 Marco constitucional del procedimiento penitenciario

En España, el sistema penitenciario tiene su base en la Constitución Española de 1978, la cual insta los principios básicos que deben dirigir la forma de ejecutar las penas privativas de libertad. En específico, el artículo 25.2 determina que el fin de las penas privativas de libertad y de las medidas de seguridad estarán dirigidas hacia la reeducación y la reinserción social de las personas. Esta norma es uno de los principales pilares del modelo penitenciario de nuestro país, ya que implanta que el objetivo de las penas no es meramente sancionador sino que están destinadas a perseguir la reintegración de la persona que ha sido condenada. A su vez, este mismo artículo precisa que aquellas personas que han sido condenadas a penas privativas de libertad deberán seguir disfrutando de los derechos fundamentales que están reconocidos en la Constitución, salvo, claramente, aquellos derechos que se vean limitados por el sentido de la pena impuesta o por la legislación penitenciaria vigente. Por ello, el “Principio de conservación de derechos” fija que la privación de libertad no suponga una pérdida automática de los derechos fundamentales restantes. Entre estos, resaltan en concreto el artículo 15, el derecho a la vida y a la integridad física y moral, y, el artículo 43, el derecho a la protección de la salud. Estos derechos tienen una especial relevancia en la dimensión penitenciaria, ya que es responsabilidad del Estado asumir y garantizar la protección y los derechos de las personas privadas de libertad.

El Tribunal Constitucional señala repetidamente que hay una relación especial de unión entre las personas internas en centros penitenciarios y la Administración penitenciaria, ya que el sector público está obligado, como se ha mencionado al final del párrafo anterior, a asegurar que las personas privadas de libertad tengan garantizados sus derechos fundamentales. Esto lo afirma la Sentencia del Tribunal Constitucional 120/1990, entre otras.

3.2 La legislación penitenciaria española

La LOGP, lleva a cabo el desarrollo legislativo de los principios constitucionales. Esta norma supone el eje central del sistema penitenciario en España, además de que regula aquellos aspectos esenciales que están relacionados con la ejecución de las penas privativas de libertad, el tratamiento de las personas que se encuentran internas y de las organizaciones de las prisiones. Esta ley dispone también que la actividad penitenciaria se debe desarrollar cumpliendo y respetando la dignidad y la personalidad de las personas internas en todo momento. Del mismo modo, recoge también el “Principio de individualización científica del tratamiento penitenciario”, el cual dicta que la intervención con las personas privadas de libertad debe estar adaptada a las características personales y sociales de cada uno de los internos con el fin de facilitar y favorecer su reinserción social.

Respecto a la atención sanitaria, esta ley ha reconocido el derecho de las personas internas en las prisiones a que reciban una asistencia sanitaria adecuada, que sea equivalente a la que la población general disfruta. Esto es especialmente relevante en cuanto a la atención a las personas que padecen enfermedades o trastornos mentales.

El Reglamento Penitenciario, que se aprobó mediante el Real Decreto 190/1996, regula de manera más detallada el desempeño de las prisiones, la clasificación penitenciaria, el sistema de tratamiento, el régimen de los derechos y deberes de las personas que se encuentran internas y, por último, la organización de los servicios sanitarios de las prisiones. Además, determina que los centros penitenciarios deben contar con servicios médicos que permitan la garantía de las personas internas a que se les dé una asistencia sanitaria. Igualmente, considera la existencia de módulos de enfermería dentro de las prisiones y regula la posibilidad de que los internos ingresen en establecimientos especializados cuando las necesidades psiquiátricas o médicas así lo requieran.

Por otro lado, el Código Penal regula aquellas medidas de seguridad que serían aplicables en los casos en los que la persona juzgada es declarada inimputable o cuando tiene una responsabilidad penal atenuada, tal y como se ve en los artículos 95 y desde el 101 hasta el 108. En este mismo contexto, es relevante también lo que se dispone en relación a la responsabilidad penal de las personas que tienen algún tipo de enfermedad o trastorno mental; en específico, el artículo 20.1, que contempla la eximente de responsabilidad penal por alteraciones psíquicas o anomalías, cuando éstas impiden la comprensión de la ilicitud del hecho por el que se le imputa o que la persona actúe conforme a dicha comprensión.

3.3 Normativa internacional y la jurisprudencia en materia penitenciaria

En España, el marco jurídico penitenciario está también influido por diferentes herramientas internacionales que establecen patrones mínimos para la protección de los derechos fundamentales de las personas que se encuentran en situación privativa de libertad. Una de las herramientas más importantes es el Convenio Europeo de Derechos Humanos, firmado en noviembre de 1950 pero que no entró en vigor hasta 1953, cuya aplicación e interpretación es competencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos. Éste ha desarrollado amplias doctrinas relacionadas con las condiciones de la detención y la atención sanitaria dentro de los centros penitenciarios, ordenando que todos los Estados están en la obligación de asegurar que las personas internas en prisión reciban un trato acorde con la dignidad humana.

En varias ocasiones, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos ha confirmado que la ausencia de una asistencia médica apropiada en los centros penitenciarios puede suponer una vulneración del artículo 3 del Convenio Europeo de Derechos Humanos, ya que en este artículo se prohíben los tratos degradantes e inhumanos.

La Organización de las Naciones Unidas estableció en 1955 las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos, pero se rebautizaron en 2015 como “Reglas Nelson Mandela” en su honor, ya que pasó 27 años privado de libertad por la única razón de ser negro, en las cuales aparecen establecidos los principios básicos relacionados con el trato que las personas privadas de libertad deben recibir, integrando las pautas específicas sobre la atención sanitaria y la salud mental dentro del ámbito penitenciario. Por otro lado, es importante mencionar las Reglas de Bangkok (Naciones Unidas, 2010) que son las reglas mínimas destinadas al tratamiento de las mujeres privadas de libertad y a las medidas de seguridad de las mujeres que han delinquido.

De la misma manera, el Consejo de Europa aprobó las Reglas Penitenciarias Europeas en 1973 (cuya última actualización fue en 2020), las cuales suponen un marco de referencia en materia de gestión penitenciaria y de protección de los derechos de las personas en situación privativa de libertad, para los Estados miembros de Europa.

Estos instrumentos internacionales en su conjunto han ayudado a reforzar la idea de que estar en situación privativa de libertad no debe suponer la pérdida de la dignidad ni de los derechos humanos fundamentales, además de que han establecido los estándares mínimos que los centros penitenciarios de los Estados democráticos han de respetar.

4) MODELOS DE ATENCIÓN EN PRISIÓN

4.1 Modelo español de atención a la salud mental en los centros penitenciarios

En España, existen muchas personas que padecen algún tipo de enfermedad o trastorno mental que, a su vez, se encuentran cumpliendo condena dentro de una prisión bajo un régimen ordinario de reclusión, y, otras, que se hallan internadas en hospitales psiquiátricos penitenciarios debido a que están cumpliendo alguna medida de seguridad. Esto supone que existan diferencias entre las posibilidades de internamiento, en los estatus jurídicos, y, claramente, en los tipos de atención sanitaria que estas personas reciben.

Una de las aportaciones más importantes en el ámbito de la salud mental dentro de las prisiones españolas es la del Libro Blanco sobre la atención sanitaria a las personas con trastornos mentales graves en los centros penitenciarios de España (2023), elaborado por la Sociedad Española de Psiquiatría Legal y la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria, en el cual se analizan las principales carencias que encontramos en el sistema penitenciario español en cuanto a la atención a la salud mental. Los profesionales que han participado en los grupos focales para la realización de este libro comentaban la existencia de una población muy diversa y difícil de precisar dentro de los centros penitenciarios, que ha visto un cambio desde las últimas décadas, desde personas con condiciones sociales marginales y más jóvenes, a incluir a personas con diversidad en la edad, en su posición en la sociedad y en su situación penal.

4.1.1 Dirección y responsables de la atención

En España, hay 17 comunidades autónomas y en todas ellas se aplica una legislación penal idéntica. La responsabilidad de la gestión de las prisiones se encuentra en dos administraciones penitenciarias: en primer lugar, la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP), la cual está adscrita al Ministerio del Interior; ésta, es común para todas las comunidades autónomas, excepto para Cataluña y el País Vasco. En segundo lugar, la Dirección General de Servicios Penitenciarios (DGSP), la cual está a cargo del Ministerio de Justicia, que se encarga y se responsabiliza del sistema penitenciario de Cataluña desde 1984. Y por último, la Administración Penitenciaria de Euskadi, que depende del Gobierno Vasco desde 2021 (Real Decreto 474/2021, de 29 de junio, mediante el cual las funciones de ejecución de la legislación penitenciaria fueron traspasadas a la Comunidad Autónoma del País Vasco).

Las comunidades autónomas tienen una alta autonomía en cuanto a lo relacionado con la gestión de la salud mental, pero el procedimiento de atención psiquiátrica dentro de los centros penitenciarios españoles está bajo la competencia del Ministerio del Interior, a excepción de Cataluña, País Vasco y Navarra. Esto determina los modelos, los recursos y los circuitos de derivación.

Es especialmente relevante mencionar la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. En la disposición adicional sexta establece la decisión de transferir a las comunidades autónomas los servicios sanitarios dependientes de las Instituciones Penitenciarias, para conseguir su plena integración en los servicios autonómicos de salud correspondientes. Esta ley contemplaba que la integración tuviera lugar en un plazo máximo de 18 meses desde que entró en vigor y mediante el correspondiente real decreto. Aún así, habiendo transcurrido más de 20 años, esta transferencia sólo se ha completado en Navarra y en el País Vasco, ya que en Cataluña ya había una integración previa de la sanidad penitenciaria en el sistema autonómico de salud. Las demás comunidades autónomas siguen dependiendo del Ministerio del Interior en cuanto a la atención sanitaria penitenciaria, lo que provoca una situación de desigualdad territorial y limita los recursos disponibles, la organización y la coordinación con los servicios públicos de salud mental.

4.1.2 Recursos asistenciales disponibles en prisión

(SEPL y SESP, 2023):

- Recursos sanitarios estructurales. En primer lugar, encontramos las camas en los módulos de enfermería. En los centros penitenciarios españoles se dispone de módulos de enfermería que están destinados a la atención médica primaria. En 2020 se disponía de 2.916 camas, que estaban repartidas en 64 de las 66 prisiones ordinarias existentes, con una proporción media de 6´7 camas por cada 100 internos, aunque existiendo grandes diferencias entre los centros penitenciarios (desde 1´2 hasta 19´8). Por norma general, las prisiones que tienen un tamaño más pequeño cuentan con una disponibilidad más grande de camas. En 2021, la cifra total cambió mínimamente, haciendo que la tendencia de una mayor disponibilidad en las prisiones pequeñas, se mantuviese. Y, en segundo lugar, encontramos las zonas de custodia hospitalaria (UAR); aquí, la hospitalización se lleva a cabo mediante unidades de custodia que se encuentran situadas en hospitales públicos de referencia. En 2020, el 86% de las prisiones dispusieron de este recurso, ya que existían 209 unidades con 294 camas en 39 hospitales del territorio español (prisiones

pertenecientes a la Administración Penitenciaria). La proporción media era de 0´6 camas por cada 100 internos, con relevantes desigualdades territoriales, y con la ausencia de UAR en Ceuta y Melilla. En 2021, la disponibilidad aumentó levemente.

- Recursos sanitarios humanos. En primer lugar, se encuentran los médicos penitenciarios. En 2020, la cifra media de médicos fue visiblemente inferior en comparación a la media europea de la OMS, siendo ésta de ocho médicos por cada 1.000 personas internas; y, encontrándose en España una proporción de 5´2 médicos por cada 1.000 internos. Los lugares donde las proporciones eran más altas se registraban en La Rioja, Navarra, Cantabria y Ceuta. Por otro lado, se puede observar la existencia de una disminución del personal médico, impulsada por las dificultades para cubrir plazas y por las jubilaciones. Entre 2018 y 2021, fueron 175 los médicos que dejaron de ejercer y los procesos selectivos casi no pudieron cubrir las vacantes que había disponibles. Y, en segundo lugar, los médicos especialistas en psiquiatría, cuya presencia es prácticamente inexistente en las plantillas de los centros penitenciarios, y, aunque hablaremos de esto más profundamente en el siguiente apartado (4.2 Limitaciones de la atención psiquiátrica en las prisiones españolas), es importante recalcar que la constancia de los profesionales dedicados a este ámbito está muy por debajo de las indicaciones internacionales. El Comité Europeo para la Prevención de la Tortura (2021) señaló que cada centro penitenciario debería tener en su plantilla al menos un médico psiquiatra a tiempo completo; y esto no ocurre.

La atención especializada en los centros penitenciarios, incluyendo la psiquiátrica, se le puede proporcionar a los internos de tres maneras diferentes: la primera, dentro del propio centro penitenciario; la segunda, en los servicios sanitarios autonómicos correspondientes del exterior; y, por último, mediante telemedicina. En 2022, 62 de las 66 prisiones ordinarias españolas ofrecían a sus internos la atención psiquiátrica mediante los servicios públicos autonómicos, es decir, no por la propia plantilla de los centros penitenciarios; el 53% dentro de las prisiones, el 32% en los correspondientes servicios sanitarios autonómicos; y, el 15% mediante telemedicina.

4.1.3 Modelo de atención en función de la condición penal

Cuando una persona que ha sido considerada autora de un delito sufre algún tipo de trastorno o enfermedad mental, se le interna en diferentes establecimientos en función del grado de responsabilidad penal que posea. Si al llevarse a cabo el juicio se considera que la persona es inimputable, se le trasladará a una unidad psiquiátrica penitenciaria (en Cataluña) o a un

hospital psiquiátrico penitenciario (en el resto de España); por el contrario, si se considera que la persona es imputable se le trasladará a prisión, y solamente en el caso de que no sea posible proporcionarle en prisión la atención necesaria, se le trasladaría a uno de los hospitales o unidades mencionados previamente, ya que están sujetas a alguna medida de seguridad.

4.1.4 Detección de las enfermedades mentales en el ingreso

De acuerdo a las personas que participaron en los grupos focales del Libro Blanco (SEPL y SESP, 2023), en todas las prisiones se le hace un reconocimiento médico inicial a todas las personas que ingresan en el centro penitenciario, por norma general, en las primeras 24 horas desde su ingreso. En esta primera visita médica, normalmente se suelen detectar la mayoría de los síntomas de trastornos y enfermedades mentales, en especial los graves, cuando estos no habían sido identificados previamente al ingreso. El número de los internos que llegan a las prisiones sin un diagnóstico de salud mental varía mucho en función del centro penitenciario, pero, en algunos centros puede llegar a reflejar a más de la mitad de los ingresos que hay en un año. Otras veces, las personas que ingresan en prisión ya traen diagnosticado previamente el trastorno o enfermedad mental, realizado por otro recurso asistencial, por un servicio sociosanitario comunitario, o, incluso, por otro centro penitenciario. Es importante comentar que los trastornos o enfermedades mentales leves pueden pasarse por alto en esa primera valoración médica, ya que los síntomas no son tan sencillos de identificar. Es por esto que la colaboración de tanto el personal sanitario como del resto del personal del centro penitenciario es tan importante, porque entre todos se pueden ir observando e informado al personal médico de ciertos comportamientos anormales que ayudarán a la detección.

Durante las primeras 24 horas consiguientes al ingreso en prisión, se lleva a cabo el reconocimiento médico para detectar la presencia de trastornos mentales (entre otras cosas). El CPT, observó en septiembre de 2018 que en los centros penitenciarios catalanes este reconocimiento médico se hace con la presencia de un funcionario, y, recomendaron que esto sólo se lleve a cabo cuando el profesional sanitario encargado lo solicite explícitamente.

4.2 Limitaciones de la atención psiquiátrica en las prisiones españolas

4.2.1 Déficit en la cobertura psiquiátrica

En España, existen 66 centros penitenciarios ordinarios gestionados por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (Ministerio del Interior), mientras que solamente tenemos dos hospitales psiquiátricos penitenciarios, ubicados en Sevilla y Alicante. Algunas prisiones cuentan con profesionales del ámbito psiquiátrico, pero muchas personas que trabajan en los centros aseguran que no son suficientes, además de que las prisiones no están preparadas para ofrecer los tratamientos necesarios. En enero de 2025, diversos medios de comunicación dieron voz a una denuncia pública hecha por los funcionarios del Centro Penitenciario de Madrid III (Valdemoro), donde aseguraron, a través del CSIF (Central Sindical Independiente y de Funcionarios) la existencia de una masificación de presos con enfermedades mentales. El Responsable Nacional de Prisiones del CSIF, Jorge Vilas, en marzo de 2025 afirmó *“Hemos detectado que de manera gradual han ido aumentando las patologías mentales de las personas que ingresan en prisión [...]. Además, la administración penitenciaria no está poniendo los medios adecuados para hacer frente a esta situación”*.

Los datos oficiales correspondientes de 2019 a la respuesta del Gobierno (entrada 12086) de la pregunta escrita al Congreso núm 184/1595, *Boletín Oficial de las Cortes Generales*, revelaron que solamente existe un médico especialista en psiquiatría contratado por la Administración Penitenciaria, el cual ejerce en el Centro Penitenciario Madrid II (Alcalá); por lo tanto, en las plantillas del resto de centros penitenciarios de las comunidades autónomas, sin competencias de sanidad transferidas no hay médicos psiquiatras. En estos centros, las consultas y atenciones psiquiatras, se presentan principalmente a través de psiquiatras externos que realizan las valoraciones cuando éstas son requeridas, siendo de tres horas a la semanas en los mejores casos, representando menos del 7'5% que suponen las 40 horas/semanales de tiempo completo; además, estos psiquiatras pueden tener diferentes tipos de vinculación contractual.

Tras una entrevista realizada (Infobae, 2025) a Jaime, quien cumple condena en la prisión de Estremera -Madrid VII- desde 2016, y que, previamente había pasado siete años en el Centro Penitenciario de Madrid VI (Aranjuez), comentó que pese a haber más internos con enfermedades mentales en la prisión de Aranjuez, estas personas recibían una mejor atención que en la cárcel en la que se encontraba en ese momento. Afirmó que, aún habiendo echado tres estancias para ver al psiquiatra de la prisión, no le había visto todavía, y que, había estado

tres semanas sin tomar su medicación, porque había caducado y al no poder ver al psiquiatra no se la había renovado, habiéndole cortado de raíz un tratamiento con el que llevaba 17 años. Esta situación se repite en múltiples ocasiones con el resto de internos, debido a la saturación que presenta el equipo sanitario.

4.2.2 Tiempos de atención a los internos

Según los datos obtenidos por el Libro Blanco (SEPL y SESP, 2023) los profesionales sanitarios del ámbito penitenciario que formaron parte de los grupos focales que se realizaron para la elaboración de este libro estimaron que la dedicación de los médicos psiquiatras interconsultores es de: una vez al mes, aproximadamente, con una duración de menos de ocho horas en total, en los centros penitenciarios pequeños, que son aquellos que tienen menos de 450 personas internas; una vez a la semana o cada dos semanas, con una duración en total de dos o tres horas, en los centros penitenciarios medianos, que son aquellos que tienen entre 450 y 1.000 personas internas; y, una vez a la semana, con una duración de dos o tres horas en total, en los centros penitenciarios grandes, que son aquellos que tienen internas a más de 1.000 personas.

En cuanto a los recursos sanitarios psiquiátricos disponibles en los centros penitenciarios de la Administración Penitenciaria, las consultas de psiquiatría despuntan como la segunda especialidad más habitual entre los internos; y los ingresos en los módulos de enfermería debido a patologías psiquiátricas representan un tercio total de los ingresos. Aún así, es inexistente una relación directa entre el tamaño de la población penitenciaria que presentan necesidades grandes de cuidados de salud mental y el uso de los recursos psiquiátricos.

4.2.3 Recursos especializados y la saturación de plazas

En España, hay tres centros destinados a aquellas personas a las que no sean capaces de atender de manera adecuada dentro de los centros penitenciarios. Por parte de la Administración General del Estado, nos encontramos con uno ubicado en Fontcalent (Alicante), el cual cuenta con unas 500 plazas, y otro en Sevilla con 250 plazas. Por otro lado, como la sanidad penitenciaria en Cataluña está al mando del Servicio Público de Salud, a estos reclusos los gestionan y derivan a través de la Unidad Psiquiátrica de los Hermanos de San Juan de Dios, ubicada en Barcelona. A esta unidad no solamente derivan a aquellos presos de los centros penitenciarios, sino que también residen menores procedentes de centros de reforma. Igualmente, en el País Vasco, la atención sanitaria penitenciaria

(incluyendo la salud mental) está integrada en el Servicio Vasco de Salud (Osakidetza) desde 2021, quien gestiona de manera directa la atención psiquiátrica en las prisiones vascas, y, cuenta con instrumentos especiales como, por ejemplo, el Centro de Salud Mental Urbi 2 (Penitenciaria) para la atención continua de las personas en situación privativa de libertad, el cual depende de la Red de Salud Mental de Bizkaia. A su vez, la coordinación en Navarra para la atención de las personas con enfermedades mentales en situación privativa de libertad se hace a través de la Red de Salud Mental del Servicio Navarro de Salud (Osasunbidea). Debido a la escasez de plazas en estas instituciones especializadas, algunos reclusos ingresan en unidades psiquiátricas generales o se les mantiene en los centros penitenciarios, por ejemplo, en 2018 el 1% de la población penitenciaria cumplía una medida de seguridad dentro de prisión.

En el Libro Blanco (2023) se pone de manifiesto que tan sólo el 22% de los internos con altas necesidades de cuidados de salud mental se encuentran ingresados en alguno de los hospitales psiquiátricos (Sevilla y Alicante).

4.2.4 Trabajadores y sobrecarga en los hospitales psiquiátricos penitenciarios

En 2022, cuando se realizó el grupo focal para el Libro Blanco (SEPL y SESP, 2023), la disponibilidad de médicos especialistas en psiquiatría era de tres en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante, y cuatro en el de Sevilla. Los profesionales de los dos hospitales consideraban insuficiente el número de psiquiatras especialistas, y, además, señalaron la incertidumbre y la situación de precariedad que viven cuando hay alguna baja laboral por enfermedad, jubilaciones, o incluso cuando hay periodos de vacaciones o disfrutan de permisos. En estas situaciones, estos puestos de trabajo quedan al descubierto. En el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla, durante tres años, hubo un único médico especialista psiquiatra que se encargaba de atender a todas las personas internas. En el de Alicante, en muchas ocasiones y muy frecuentemente, ha habido un único médico psiquiatra que atendía a todos los internos durante periodos de tiempo largos. El número tan escaso de médicos especialistas psiquiatras en ambos hospitales psiquiátricos penitenciarios hace que la situación se agrave, porque, además de tener que llevar a cabo sus funciones asistenciales, también tienen que realizar periódicamente informes periciales de evaluación psiquiatra para las autoridades judiciales. Y éstas, son una de las razones por las que hay tan pocos médicos especialistas interesados en trabajar en estos dos hospitales, ya que hay muchísimas desigualdades en las condiciones laborales que presentan los médicos que trabajan en el

ámbito comunitario en comparación a aquellos que trabajan en el ámbito penitenciario, siendo claramente mucho menos favorables las del segundo. La Secretaría General de Instituciones Penitenciarias y el Ministerio del Interior (2011) estimaron que el 30% de las personas que se encontraban ingresadas en alguno de los dos hospitales psiquiátricos penitenciarios no cumplían con los criterios clínicos para que les sea útil la atención que se les da en estos recursos.

4.3 Críticas y debates

4.3.1 Órganos que garantizan los derechos

El Mecanismo Nacional de Prevención (MNP) fue una figura creada a partir del Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura de la ONU, cuya función principal consiste en inspeccionar los lugares donde hay personas que se encuentran privadas de libertad para así supervisar y prevenir la tortura y los malos tratos. El Defensor del Pueblo actúa en España como Mecanismo Nacional de Prevención (MNP), y denunció en 2022 el déficit y la falta de atención en muchos de los centros penitenciarios en los cuales se utiliza el Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales (PAIEM). La diferencia se encuentra en cómo de potenciado se encuentra el programa en cada centro penitenciario.

Por otro lado, aquellas personas que están sujetas a una medida de seguridad no reciben una atención específica. El Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes (CPT) informó, en septiembre y octubre de 2016, de que los psiquiatras visitaban a los pacientes únicamente de vez en cuando y que aquellos internos con trastornos mentales en los módulos de régimen cerrado no llegan a recibir un tratamiento individualizado ni adecuado. Y, aunque cada centro penitenciario está en la obligación de contratar y contar con un médico generalista que posea conocimientos en psiquiatría, el CPT observó que las visitas de éstos eran insuficientes. Además, recalcó la ausencia de profesionales de la salud inscritos al PAIEM; y en los centros penitenciarios en los que no se cuenta con un equipo permanente, se reciben únicamente visitas de profesionales de manera semanal.

4.3.2 Carencias en la intervención clínica

Por otro lado, aquellas personas que padecen un trastorno mental mientras están privadas de libertad no se benefician de un acompañamiento psicológico, ya que suelen internarse en

regímenes ordinarios. En algunos de los centros penitenciarios, estos reclusos residen en estos módulos o en departamentos especiales de régimen cerrado en los que el contacto con los funcionarios y con los otros reclusos está restringido; además de que la oferta de actividades es muy escasa. Cabe destacar que, por lo general, las personas que se encuentran privadas de libertad que padecen algún tipo de enfermedad mental y que participan en el Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales (PAIEM) se encuentran internos en unidades separadas del resto de los reclusos, pero los procedimientos terapéuticos que se ofrecen a los internos que se alojan en los módulos de PAIEM siguen siendo insuficientes, ya que no reciben una asistencia constante de un psiquiatra y los psicólogos no realizan una actividad clínica.

Entre 2011 y 2016, no se registró la visita de ningún médico psiquiatra en el centro penitenciario de Texeiro (A Coruña), aún cuando aproximadamente un 6% de las personas privadas de libertad que residía en esa prisión se encontraban recibiendo un tratamiento antipsicótico. El centro penitenciario Mansilla de las Mulas, ubicado en León, solamente recibía durante cuatro horas semanales la visita de un psiquiatra, prisión en la cual un 25% de la población residente padecía un trastorno comprobado de la personalidad. El CPT señaló en 2016 que ningún psicólogo clínico estaba prestando asistencia a los internos de los centros que habían visitado.

Dentro de prisión, no es posible un seguimiento regular porque realmente las consultas que realizan los psicólogos son puntuales, y, por lo general, los tratamientos que se ofrecen a los internos son puramente farmacológicos.

4.3.3 Continuidad de la asistencia tras el paso por prisión

Asegurar una continuidad asistencial tras la salida de los internos de la prisión supone uno de los puntos más cruciales en el sistema de atención a la salud mental dentro del ámbito penitenciario. Aunque el PAIEM implanta que en la última fase se debe llevar a cabo la preparación para la puesta en libertad y una derivación a los recursos sociosanitarios comunitarios, en la realidad no se realiza de forma eficiente. De hecho, la mayoría de los internos que forman parte del programa, una vez salen a su vida en libertad, dejan de contar con una asistencia psicológica.

La falta de continuidad se ve empeorada debido a las propias limitaciones en la asistencia que hay dentro de las prisiones. Cuando dentro de los centros penitenciarios la atención ya es

irregular, la derivación a los servicios comunitarios se hace desde una situación clínica débil, caracterizada por unos tratamientos discontinuos y por la ausencia de un acompañamiento terapéutico.

Diversos organismos supervisores también señalan el déficit en la coordinación que existe entre los equipos penitenciarios y los servicios autonómicos dedicados a la salud mental, lo que genera finalización de condenas sin haber fijado una cita, sin haber planificado un seguimiento y sin garantizar una continuidad farmacológica. Todo esto muestra que existe una desigualdad estructural entre la atención que reciben en prisión y la asistencia comunitaria posterior, lo que dificulta la estabilidad clínica y la reinserción social de las personas que padecen trastornos mentales graves.

4.3.4 Brecha de género

Es importante destacar que hoy en día son escasos los estudios epidemiológicos existentes acerca de la salud mental de las mujeres internas. Solamente existen dos investigaciones en las cuales se incluya la población femenina, y estos son el trabajo que publicó en 2006 la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, en el cual se tomó a 81 internas de muestra; y, por otro lado, el trabajo publicado en 2017 por Galán Casado, en el cual trabajó con 310 mujeres que se encontraban en régimen abierto.

3. OBJETIVOS Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- **OBJETIVO GENERAL:** Analizar las percepciones de los profesionales que trabajan en centros penitenciarios españoles, sobre la atención y la respuesta institucional que se les da a los reclusos que padecen alguna enfermedad mental grave.
 - Objetivo específico 1: Analizar los recursos disponibles y la preparación que se les ofrece a los profesionales que trabajan con internos que padecen enfermedades de salud mental.
 - Objetivo específico 2: Analizar cómo se encuentra la situación de la salud mental dentro de las prisiones y ver si la asistencia sanitaria que se le ofrece a los internos es la adecuada.
 - Objetivo específico 3: Valorar las consecuencias que sufren las personas con trastornos mentales graves al cumplir condena en una prisión común.

- Objetivo específico 4: Identificar las alternativas y las mejoras propuestas por los profesionales entrevistados, con las cuales se ofrecería una atención más adecuada a los internos con enfermedades mentales graves.

Mediante la realización de este proyecto y con las respuestas a las entrevistas que se les va a realizar a los profesionales, se va a intentar resolver las siguientes preguntas de investigación:

Pregunta general: ¿El sistema penitenciario español está realmente preparado para dar respuesta de manera adecuada y coherente a aquellas personas que padecen enfermedades mentales graves?

Preguntas específicas:

- ¿Qué formación y/o recursos se les ofrece a los profesionales a la hora de trabajar en prisión con personas con problemas de salud mental?
- ¿Cómo creen los profesionales que ha sido la evolución de la atención a la salud mental dentro de prisión en los últimos años y cuál piensan que será en un futuro cercano?
- ¿Cuál es la valoración de los profesionales hacia los procedimientos de detección y diagnóstico de enfermedades mentales dentro del ámbito penitenciario?
- Según los profesionales, ¿qué ocurre cuando, en los centros penitenciarios, no se dispone de recursos suficientes para atender psiquiátricamente a aquellos internos que lo necesitan?
- ¿Los profesionales consideran que la escasez y falta de recursos especializados sanitarios y el cierre de las instituciones psiquiátricas en España conllevaron a que las prisiones se utilicen para dar respuesta a los problemas de salud mental?
- ¿Qué consecuencias creen los profesionales que sufren las personas con trastornos mentales graves al cumplir condena en una prisión común? ¿Afecta a su evolución?
- ¿Qué alternativas y qué mejoras en los centros penitenciarios plantean los profesionales para atender a los internos con trastornos mentales graves?

4. METODOLOGÍA

La metodología utilizada es la cualitativa, que se define como aquella investigación que mediante la utilización de técnicas como la observación o la entrevista en profundidad genera datos descriptivos, en este caso, las propias palabras de los profesionales. Taylor y Bogdan

(1986) afirman que la investigación cualitativa pretende comprender lo que la gente dice, mediante la búsqueda de respuestas a preguntas que se centran en la experiencia personal y social mediante la interacción del investigador con los participantes. Taylor y Bogdan describieron los criterios que caracterizan y definen los estudios cualitativos:

1. La investigación cualitativa es inductiva (es un diseño flexible y los investigadores no comienzan con teorías cerradas, sino que parten con preguntas amplias).
2. La investigación cualitativa tiene una perspectiva holística (las personas y sus contextos se analizan en conjunto como un todo, incluyendo sus historias y situaciones actuales).
3. El investigador tiene efecto sobre las personas objeto de su estudio (se asume esta afirmación ya que existe una interacción directa, pero se intenta que sea lo más natural posible y que dicha influencia sea mínima).
4. El investigador trata de comprender desde el marco de referencia de las personas entrevistadas (ya que el objetivo es llegar a comprender cómo interpretan la realidad las personas entrevistadas, se empatiza con ellas pero se debe mantener una cierta distancia analítica).
5. El investigador debe dejar de lado las creencias propias (dejando de lado sus prejuicios y sin dar nada por hecho, mirando el fenómeno de manera objetiva).
6. Todas las perspectivas son valiosas (el investigador busca entender en profundidad los distintos puntos de vista existentes, no establecer únicamente una verdad).
7. La metodología cualitativa es humanista (si el investigador reduce todo a números no se captan las emociones ni las experiencias de las personas, que son claves para comprenderlas. Por lo tanto, valora la dimensión personal y subjetiva de la persona objeto de estudio).
8. La metodología cualitativa prioriza la validez (busca una comprensión ajustada a la realidad, ya que poseer las experiencias reales y una cercanía al contexto de la persona permite al investigador obtener una mayor fidelidad en los datos que las personas nos cuentan).
9. Todas las personas y contextos pueden ser ámbitos de estudio.
10. La investigación cualitativa es un arte (es creativa y flexible, ya que al no haber reglas rígidas sino meras guías el investigador no se adapta a los métodos, sino que ocurre exactamente lo contrario).

“La inducción en la investigación cualitativa comienza con la recogida de datos, mediante la observación empírica o mediciones de alguna clase, y a continuación construye, a partir de las relaciones descubiertas, sus categorías y proposiciones teóricas. Pretenden descubrir

una teoría que justifique los datos. Mediante el estudio de los fenómenos semejantes y diferentes analizados, desarrolla una teoría explicativa” (Goetz y LeCompte, 1988, p. 10).

Para llevar a cabo la metodología deseada, este trabajo se ha basado en la creación de una entrevista “base” semiestructurada, la cual se realiza a seis profesionales pertenecientes a diferentes ámbitos profesionales que trabajan o hayan trabajado con internos dentro de algún centro penitenciario en España, que nos permite recolectar diferentes experiencias y perspectivas en función del ámbito profesional al que se dedican ellos. Aunque nos encontramos con una muestra pequeña, es suficiente para enriquecernos ya que contamos con diversos enfoques; cada uno de ellos aporta un punto de vista distinto, en base a sus conocimientos y vivencias. Estas entrevistas consisten en preguntas abiertas, previamente redactadas, que permiten recoger datos objetivos y las experiencias personales de aquellos profesionales que han sido entrevistados. La entrevista se realiza de manera telemática a través de Microsoft Teams. Tras la realización de las entrevistas, se recogió la información y se analizó con el fin de dar respuesta a las preguntas de investigación planteadas en este trabajo, mediante la comparación de las respuestas obtenidas, pudiendo así hacer comparaciones e identificar las conclusiones finales. Las personas entrevistadas han tenido que revisar y firmar un documento de consentimiento informado, previo a la sesión donde se realizaba la entrevista, donde se les informaba del motivo de la entrevista y de la finalidad con la que se utilizarían las respuestas recogidas, además, de dar su consentimiento para que sus datos principales apareciesen en el trabajo. (Anexo 1)

La primera persona entrevistada ha sido Luis Garvia, Doctor en Finanzas en la Universidad Pontificia de Comillas y director del Máster de Riesgo en Finanzas, quien es voluntario en prisiones de Madrid desde hace una década más o menos. El contacto con esta persona fue posible porque participó como ponente en una charla que impartió, junto a personas ex reclusas, en nuestra universidad, y tras la finalización se le propuso la participación; se concertó el encuentro mediante mensajes. Se realizó el 9 de enero de 2026 y la duración de la entrevista fue de 1 hora y 41 minutos. (Anexo 2)

La segunda persona entrevistada ha sido Myriam Morales, trabajadora social del Centro Penitenciario Alcalá Meco, Madrid I, además de ser la encargada del módulo de Salud Mental PAIEM. La entrevista ha sido posible ya que el contacto se obtuvo mediante intermediación profesional, gracias a una tutora de prácticas que trabajaba en el mismo centro, quien proporcionó el contacto tras realizar las prácticas académicas en dicha

institución penitenciaria; se concertó el encuentro mediante mensajes. Se realizó el 9 de enero de 2026 y la duración de la entrevista fue de 1 hora y 39 minutos. (Anexo 3)

La tercera persona entrevistada ha sido Ana Gordaliza, educadora en el Centro Penitenciario Madrid III, ubicado en Valdemoro. La entrevista ha sido posible ya que el contacto fue facilitado por el tutor académico de este Trabajo Fin de Grado dentro del proceso de orientación y supervisión académica del estudio y la investigación; se concertó el encuentro mediante correo electrónico. Se realizó el 26 de enero de 2026 y la duración de la entrevista fue de 1 hora y 26 minutos. (Anexo 4)

La cuarta persona entrevistada ha sido Diana Rendo, profesora de la Universidad Pontificia de Comillas y de la CEU San Pablo; quien es voluntaria en prisiones de Madrid desde hace seis años. El contacto con esta persona fue posible porque participó como ponente en una charla que impartió, junto a personas ex reclusas, en nuestra universidad, y tras la finalización se le propuso la participación; se concertó el encuentro mediante mensajes. Se realizó el 4 de febrero de 2026 y la duración de la entrevista fue de 47 minutos. (Anexo 5)

La quinta persona entrevistada ha sido Virginia Pastrana, abogada con una trayectoria de 15 años trabajando en prisiones, especializada en derecho penal, penitenciario y extranjería. La entrevista ha sido posible ya que el contacto fue facilitado por el tutor académico de este Trabajo Fin de Grado dentro del proceso de orientación y supervisión académica del estudio y la investigación; se concertó el encuentro mediante correo electrónico. Se realizó el 9 de febrero de 2026 y la duración de la entrevista fue de 1 hora y 16 minutos. (Anexo 6)

La sexta persona entrevistada ha sido Maria Luisa Diaz Quintero, abogada ejerciente del Colegio de Abogados de Sevilla, coordinadora del Servicio de orientación jurídica penitenciaria del Colegio de la Abogacía de Sevilla e, interviene, con dos entidades sociales: responsable del programa jurídico de la Federación Liberación y de la intervención en prisión de las entidades federadas, y con la Federación Enlace. La entrevista ha sido posible ya que el contacto fue facilitado por el tutor académico de este Trabajo Fin de Grado dentro del proceso de orientación y supervisión académica del estudio y la investigación; se concertó el encuentro mediante correo electrónico. Se realizó el 16 de febrero de 2026 y la duración de la entrevista fue de 1 hora y 5 minutos. (Anexo 7)

5. RESULTADOS

Este capítulo presenta los resultados del análisis cualitativo de las seis entrevistas realizadas a los profesionales del ámbito penitenciario, sociosanitario y jurídico. El principal objetivo de este análisis es comprender la salud mental dentro de las prisiones españolas desde el punto de vista y la experiencia directa de estos expertos, y ver hasta qué punto el sistema penitenciario está preparado para responder de manera adecuada a las necesidades de las personas con trastornos mentales graves (TMG). El análisis se ha estructurado siguiendo las preguntas de investigación señaladas en el apartado 3 de este Trabajo Fin de Grado (3. Objetivos y preguntas de investigación), y se ha desarrollado siguiendo los procedimientos de codificación axial, abierta y selectiva, lo que ha permitido identificar aquellas categorías centrales. Los resultados se muestran mediante verbatim (citas textuales) de los profesionales entrevistados, lo que ha permitido evidenciar sus criterios y experiencias de la manera más fiel. Estos son los códigos que se han utilizado → E1 = Diana Rendo // E2 = María Luisa Díaz // E3 = Virginia Pastrana // E4 = Luis Garvía // E5 = Ana Gordaliza // E6 = Myriam Morales).

Para la pregunta general “¿El sistema penitenciario español está realmente preparado para dar respuesta de manera adecuada y coherente a aquellas personas que padecen enfermedades mentales graves?”. Las seis personas entrevistadas comparten la idea de que el sistema penitenciario español no se encuentra preparado para atender de manera adecuada las necesidades de las personas internas con trastornos mentales graves. Lo primero que señalan es la insuficiencia de personal sanitario especializado, y dos de las entrevistadas lo señalan, la primera con claridad: “*Hay centros penitenciarios donde no hay ni médico, solo una enfermera jefa*” (E1); y la segunda, desde el área jurídica, describe esta ausencia de psiquiatras forma parte de una problema estructural: “*Hay centros donde el psiquiatra va una vez al mes, y estamos hablando de 800 o 1.200 internos*” (E2). También, se subraya la desconexión existente con el sistema sanitario público, lo que dificulta un seguimiento clínico correcto: “*Los profesionales de la sanidad penitenciaria no tienen acceso al historial clínico [...] trabajan a ciegas*” (E2). Por otro lado, la estructura disciplinaria del sistema penitenciario, no permite una atención adecuada: “*La prisión es una institución muy regimental. No se adapta a la enfermedad mental*” (E5). Todo este análisis muestra una evidencia de que existe una ausencia de recursos materiales, estructurales y humanos que afecta gravemente al bienestar psicológico de esta población.

Primera pregunta de investigación **“¿Qué formación y/o recursos se les ofrece a los profesionales a la hora de trabajar en prisión con personas con problemas de salud mental?”**. La formación es otra de las carencias más significativas señaladas por parte de los entrevistados, ya que todos ellos consideran que es inexistente. Esto es lo que comentan: *“No hay una formación como tal, que yo conozca [...] cada uno se busca la vida”* (E1) y *“La formación es la que tú te quieras buscar. No hay formación específica para trabajar con salud mental”* (E2). Desde la figura del Trabajo Social se menciona la imposibilidad de acceder a una formación: *“Nosotras no podemos ir a las formaciones del PAIEM si no vamos acompañadas de un psicólogo”* (E6). Por otro lado, se resalta la ausencia de formación de los funcionarios: *“La funcionaria no tenía ningún tipo de preparación y le dio exactamente igual haberle hecho brotar”* (E4). El análisis demuestra que esta ausencia de formación afecta a la identificación temprana de los síntomas, a la intervención en crisis de los internos con TMG y a la comunicación con éstos.

Segunda pregunta de investigación **“¿Cómo creen los profesionales que ha sido la evolución de la atención a la salud mental dentro de prisión en los últimos años y cuál piensan que será en un futuro cercano?”**. Aunque los entrevistados afirman que no existen cambios reales en la estructura penitenciaria, sí coinciden en que la conciencia sobre la salud mental ha ido aumentando. *“Hay más concienciación, pero los programas siguen siendo los mismos”* (E1). Además, con la introducción de la política “medicación cero” se ha percibido una mejora parcial de la situación: *“La medicación cero ha reducido muchísimo la sobremedicación. Antes estaban muy drogados”* (E6). Aún así, describen sus perspectivas de futuro como poco esperanzadoras: *“No vemos mejoras de aquí a 5 o 10 años porque no hay planes estratégicos ni voluntad política”* (E3).

Tercera pregunta de investigación **“¿Cuál es la valoración de los profesionales hacia los procedimientos de detección y diagnóstico de enfermedades mentales dentro del ámbito penitenciario?”**. Todos los entrevistados coinciden en que dentro de las prisiones los diagnósticos son tardíos, superficiales y para dar respuestas a un problema ya existente. *“Tiene que ser muy llamativo para que lo detecten, si no, pasan meses sin que nadie note nada”* (E1). Otra profesional remarca la dificultad que hay a veces para diferenciar entre una adicción y un trastorno: *“Muchas veces se camufla con la adicción. Dicen que está drogado, pero si le ves bien, notas que pasa algo más”* (E3). Por otro lado, la ausencia de médicos forenses empeora la valoración diagnóstica: *“Yo no sé dónde están los forenses [...] un juez debería pedir una valoración al ver a ciertas personas”* (E5). Por norma general, el sistema penitenciario no cuenta ni con evaluaciones sistemáticas ni con mecanismos preventivos.

Cuarta pregunta de investigación **“Según los profesionales, ¿qué ocurre cuando, en los centros penitenciarios, no se dispone de recursos suficientes para atender psiquiátricamente a aquellos internos que lo necesiten?”**. *“Si no hay psiquiatra, tiran de lo que tengan a mano, normalmente, medicación”* (E2). *“La psiquiatra viene cada 15 días. Es poquísimo para un módulo entero de salud mental”* (E6). También se menciona de forma repetida el uso del aislamiento: *“Se sanciona en vez de tratar, acaban en aislamiento”* (E2). Y, por otro lado, se refiere al aumento del consumo de sustancias: *“En los módulos ordinarios hay drogas, y si tienes ansiedad o depresión tiras por ahí”* (E1). Los profesionales comentan que las consecuencias de no disponer recursos suficientes para atender a este perfil incluyen un deterioro clínico, unas recaídas, más sanciones y una mayor vulnerabilidad.

Quinta pregunta de investigación **“¿Los profesionales consideran que la escasez y falta de recursos especializados sanitarios, y el cierre de las instituciones psiquiátricas en España, conllevaron a que las prisiones se utilicen para dar respuesta a los problemas de salud mental?”**. Con el cierre de las instituciones psiquiátricas y con la ausencia de recursos comunitarios, las prisiones se han convertido en el destino de muchas personas con algún tipo de TMG. Tres de los expertos expresan lo siguiente: *“Las cárceles del presente son los psiquiátricos del pasado”* (E1), *“La prisión es el único sitio donde siempre hay plaza”* (E5), y, *“Todo el mundo acaba en prisión porque fuera no hay recursos ni diagnóstico”* (E2). El sistema penitenciario actúa más bien como un “depósito social”, donde predomina la custodia sobre el tratamiento.

Sexta pregunta de investigación **“¿Qué consecuencias creen los profesionales que sufren las personas con trastornos mentales graves al cumplir condena en una prisión común? ¿Afecta a su evolución?”**. Las consecuencias que han expresado son negativas y profundas. Se destaca que el ambiente dentro de los módulos ordinarios es bastante perjudicial y que la presencia de drogas agrava la situación: *“El barullo de los módulos ordinarios les destroza; ruidos, gritos y tensión”* (E1), *“El acceso a las drogas es facilísimo”* (E1), y, *“Hay gente que se mete voluntariamente en aislamiento porque no soporta el barullo del módulo; pero el aislamiento impuesto destroza”* (E4). Además, comentan que es bastante alto el riesgo de la violencia y las sanciones: *“No se les ve como enfermos, se les ve como conflictivos”* (E1), y, *“Acaban en aislamiento por cosas que son síntomas, no malas conductas”* (E2). En su conjunto, todas estas circunstancias afectan gravemente a la salud mental, a la convivencia y al bienestar personal de los internos.

La séptima y última pregunta de investigación “**¿Qué alternativas y qué mejoras en los centros penitenciarios plantean los profesionales para atender a los internos con trastornos mentales graves?**”. Las propuestas que presentaron los profesionales coincidieron en su mayoría en dirigirlas hacia crear un modelo más centrado en la persona: *“La alternativa debería ser una planta de psiquiatría especializada”* (E1), *“Hace falta formación para todos, desde los funcionarios hasta los juristas”* (E2), *“El PAIEM tiene unos criterios muy restrictivos [...] debería ampliarse y no expulsar por síntomas”* (E3), *“Para calmar a una persona tienes que entender la situación en la que está y no juzgar [...] tiene que haber un componente empático”* (E4), *“La atención comunitaria brilla por su ausencia, debería activarse desde los ingresos”* (E5), *“Con un 100.2 podríamos hacer salidas programadas para trabajar habilidades de la vida real”* (E6).

6. PROPUESTAS

A partir de la reflexión personal realizada mediante la información recabada a lo largo de la elaboración de este Trabajo Fin de Grado, considero que hay diferentes líneas de actuación que pueden contribuir significativamente en la mejora de la atención a la salud mental en los centros penitenciarios españoles. Las siguientes propuestas no sólo responden a las carencias identificadas tras la realización de las entrevistas, sino que a su vez buscan que el sistema esté más orientado hacia un modelo más humano y acorde con los principios de reinserción social.

En primer lugar, promover que exista una formación obligatoria y continuada para todas las personas que trabajan en el ámbito penitenciario. Es fundamental que aquellos profesionales que tengan una intervención directa con personas que padezcan enfermedades mentales graves reciban una formación específica en salud mental, para comprenderla, poder manejar episodios de crisis y poder llevar a cabo una comunicación empática. No debería ser algo opcional, sino que debería establecerse como un pilar básico de la intervención.

En segundo lugar, implantar unos mecanismos de evaluación temprana y una valoración diagnóstica continua. Unos profesionales cualificados deben realizar una valoración a fondo y estandarizada de la salud mental de las personas desde el ingreso en la prisión para poder detectar de manera precoz posibles enfermedades o trastornos, garantizar una intervención adaptada a las necesidades reales de cada interno y para prevenir posibles crisis futuras.

En tercer lugar, impulsar espacios y programas específicos para las personas con enfermedades mentales graves. Es necesaria la creación de módulos y unidades donde la estructura, las normas y el ambiente estén adaptados a las singularidades de este perfil. Se deben realizar actividades con un enfoque rehabilitador y fomentar una convivencia que esté basada en el apoyo mutuo y la estabilidad emocional.

En cuarto lugar, fortalecer la coordinación entre los centros penitenciarios y el sistema público de salud mental para así poder asegurar una continuidad asistencial y evitar que haya una desconexión entre ambos ámbitos, y, de esta manera, poder garantizar un acceso al historial clínico de los internos, un seguimiento adecuado y una planificación del tratamiento a seguir tanto durante el tiempo en el que cumple condena como cuando sale a la vida en libertad.

En quinto lugar, reducir el uso del aislamiento y de sanciones disciplinarias en los casos de enfermedad mental grave estableciendo nuevas políticas institucionales. Aquellas conductas que derivan de un trastorno mental no deben ser penalizadas con aislamiento u otro tipo de castigos disciplinarios, sino que se deben sustituir con intervenciones educativas y clínicas que ayuden a los profesionales a gestionar la sintomatología de los internos sin afectar aún más a su salud mental.

En sexto lugar, avanzar hacia un modelo penitenciario más terapéutico y menos punitivo. Debemos transicionar de un sistema que se basa principalmente en el control y en la disciplina hacia uno en el cual la salud mental sea algo esencial para el bienestar y la reinserción de los internos. Para conseguir esto, tanto la atención psicológica como la psiquiátrica deben ser parte del día a día en las prisiones, y no ser simplemente un recurso secundario o sólo utilizado de manera reactiva. Conseguir transicionar hacia este nuevo modelo sería más sencillo con la transferencia de la sanidad penitenciaria a todas las comunidades autónomas.

Por último, implantar un sistema de acompañamiento y apoyo para el momento de puesta en libertad. Éste es un momento crítico que determina mayoritariamente si continúa o se rompe el proceso terapéutico. Por lo tanto, se deberían desarrollar programas para que se dé un acompañamiento tanto previo como posterior a la excarcelación de los internos, los cuales incluyan una coordinación con la familia, una derivación a recursos sanitarios y sociales, un seguimiento continuado y apoyo en la reinserción comunitaria.

7. CONCLUSIONES

El análisis realizado a lo largo de todo este Trabajo Fin de Grado ha permitido extraer unas conclusiones que ponen de manifiesto la complejidad en la atención a la salud mental en el sistema penitenciario español. En primer lugar, se reflejan unas carencias a nivel estructural, tanto en los recursos materiales como en los humanos, los cuales limitan de manera severa la capacidad para ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades que presentan las personas con trastornos y enfermedades mentales graves. La escasez de especialistas y de psiquiatras, la inexistencia de una asistencia continuada en el tiempo y la desvinculación de los centros penitenciarios con la red sanitario pública se convierten en los principales obstáculos que perjudican al bienestar psicológico de esta población.

En segundo lugar, pese a que los discursos de los expertos indican un aumento de la sensibilización en cuanto a la salud mental, esta evolución no se ha observado en los cambios estructurales. La gestión en los centros penitenciarios continúa principalmente centrada en el control disciplinario de las personas internas, dejando en segundo plano la atención terapéutica. Por esto, aun habiéndose dado ciertos avances, como, por ejemplo, la disminución de la sobremedicación en algunas prisiones, los servicios disponibles no han cambiado prácticamente.

En tercer lugar, se confirma que existen carencias en los procedimientos para evaluar y detectar enfermedades mentales, lo que provoca diagnósticos incompletos, tardíos o basados exclusivamente en conductas muy visibles. Esto no sólo complica una intervención temprana, sino que, además, contribuye al deterioro clínico y a la persistencia del malestar psicológico.

En cuarto lugar, resalta la falta de recursos adecuados, lo que provoca unas consecuencias muy relevantes, como, por ejemplo, deterioro clínico, recaídas, más sanciones disciplinarias y aislamiento, un mayor consumo de sustancias y un aumento de la vulnerabilidad dentro de las prisiones. Todo esto genera que la enfermedad mental no sea atendida, sino castigada, creando una perpetuación de la exclusión y del sufrimiento.

En quinto lugar, todos estos factores afectan de manera directa en la salud mental, el bienestar y la convivencia de las personas privadas de libertad. El ambiente penitenciario, sobre todo, los módulos ordinarios, son entornos que actúan como factores estresores que agravan sintomatologías, incrementan los riesgos de crisis y dificultan la reinserción social.

Por último, se debe mejorar la coordinación con la red pública de salud mental, ofrecer una formación a los profesionales que trabajen de manera directa con los reclusos y, especialmente, apostar por un enfoque donde la atención integral esté priorizada frente a una lógica sancionadora.

En resumen, todas estas conclusiones inciden en la urgencia de replantear el papel de los centros penitenciarios en cuanto a la atención de la salud mental, y de crear estrategias que aseguren un cuidado digno, efectivo y respetuoso con las personas que se encuentran en situación privativa de libertad. Éstas serían más fáciles de alcanzar con el traspaso de la sanidad penitenciaria a los servicios públicos de salud de todas las comunidades autónomas; lo único que se requeriría es que se cumpla la disposición adicional sexta de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

BIBLIOGRAFÍA

Arroyo-Cobo, JM. (2011). *Estrategias asistenciales de los problemas de salud mental en el medio penitenciario, el caso español en el contexto europeo*. Revista Española de Sanidad Penitenciaria. <https://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/13>

Calcedo-Barba A., Antón-Basanta J., Paz Ruiz S. *Libro Blanco sobre la atención sanitaria a las personas con trastornos mentales graves en los centros penitenciarios de España*. Ed. SEPL Madrid y SESP Barcelona. Junio 2023.

<https://www.consaldmental.org/publicaciones/Libro-blanco-atencion-sanitaria-trastornos-mentales-centros-penitenciarios.pdf>

Consejo de Europa. (1950). *Convenio Europeo de Derechos Humanos* (1953). https://www.echr.coe.int/documents/d/echr/convention_spa

Consejo de Europa. (2006). *Reglas Penitenciarias Europeas*.

<https://www.studocu.com/es/document/universidad-publica-de-navarra/derecho-penal/reglas-penitenciarias-europeas-consejo-de-europa-rec20062/149626447>

Consejo de Europa. (2017, 16 de noviembre). *Informe para el Gobierno español sobre la visita llevada a cabo en España por el Comité Europeo para la prevención de la tortura y de las penas o tratos inhumanos o degradantes (CPT)*.

<https://rm.coe.int/pdf/168076696c>

Consejo de Europa. (2018, septiembre). *Informe para el Gobierno español sobre la visita llevada a cabo en España por el Comité Europeo para la prevención de la tortura y de las penas o tratos inhumanos o degradantes (CPT)*.

<https://rm.coe.int/16809cbe59>

Constitución Española. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 311, de 29 de diciembre de 1978 (España).

[https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/\(1\)/con](https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/(1)/con)

Fuentes, M., y Fernández EM. (2016). *La esquizofrenia en el medio penitenciario*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0211-57352016000200007

Goetz, JP., y LeCompte, MD. (1985). *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*.

<https://ojs.ehu.eus/index.php/psicodidactica/article/view/142/138>

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. *Boletín Oficial del Estado*, núm 128, de 29 de mayo de 2003.

<https://www.boe.es/eli/es/l/2003/05/28/16/con>

Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria. *Boletín Oficial del Estado*, núm 239, de 5 de octubre de 1979.

<https://www.boe.es/eli/es/lo/1979/09/26/1/con>

López, M., et. al. (2021). *Problemas de salud mental en población penitenciaria. Un enfoque de salud pública*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352021000200005

Ministerio de Sanidad, Gobierno de España. (2022). *Informe Español sobre Drogas 2022* (Sistema de Información sobre Drogas en España — ESDIP).

https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2022_ESDIP_Informe.pdf

Ministerio del Interior. (2024). *Código Penitenciario*. Boletín Oficial del Estado.

https://www.boe.es/biblioteca_juridica/codigos/codigo.php?id=054_Codigo_Penitenciario&modo=2#:~:text=%C3%9Altima%20modificaci%C3%B3n:%2012%20de%20noviembre,V%C3%ADdeo%20tutorial:%20%C3%B3digos%20electr%C3%B3nicos

Moreno, M. (2025, marzo 23). *La falta de personal psiquiátrico en las cárceles agrava la situación de los presos y aumenta la inseguridad: llevé tres semanas sin tomar mi medicación*. Infobae.

<https://www.infobae.com/espana/2025/03/23/la-falta-de-personal-psiquiatrico-en-las-carceles-agrava-la-situacion-de-los-presos-y-aumenta-la-inseguridad-llevo-tres-semanas-sin-tomar-mi-medicacion/>

Naciones Unidas. (2010). *Reglas de Bangkok. Reglas de las Naciones Unidas para el tratamiento de las reclusas y medidas no privativas de la libertad para las mujeres delincuentes y sus comentarios*. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC).

https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Bangkok_Rules_ESP_24032015.pdf

Naciones Unidas. (2015). *Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos*. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC).

https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Nelson_Mandela_Rules-S-ebook.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2025, 30 de septiembre). *Trastornos mentales*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Organización Mundial de la Salud. (2025, 8 de octubre). *Salud mental*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Prison Insider. (2022, 16 de noviembre). *España: la locura del encierro*. Prison Insider.

<https://www.prison-insider.com/es/articulos/espagne-l-enfermement-a-la-folie>

Real Decreto 3482/1983, de 28 de diciembre, sobre traspasos de servicios del Estado a la Generalidad de Cataluña en materia de Administración Penitenciaria. *Boletín Oficial del Estado*, núm 43, de 20 de febrero de 1984.

<https://www.boe.es/eli/es/rd/1983/12/28/3482>

Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario. *Boletín Oficial del Estado*, núm, 40, de 15 de febrero de 1996.

<https://www.boe.es/eli/es/rd/1996/02/09/190/con>

Real Decreto 140/2011, de 28 de junio, por el que se aprueba el Acuerdo de 22 de junio de 2011 de la Comisión Mixta de Transferencias sobre traspaso de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Comunidad Autónoma del País Vasco en materia de sanidad penitenciaria. *Boletín Oficial del País Vasco*, núm 124, de 30 de junio de 2011.

<https://www.euskadi.eus/web01-bopv/es/p43aBOPVWebWar/VerParalelo.do?cd2011003376>

Real Decreto 474/2021, de 29 de junio, de traspaso de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Comunidad Autónoma del País Vasco sobre ejecución de la legislación del Estado en materia penitenciaria. *Boletín Oficial del Estado*, núm 161, de 7 de julio de 2021.

<https://www.boe.es/eli/es/rd/2021/06/29/474>

Real Decreto 494/2021, de 6 de julio, de traspaso de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Comunidad Foral de Navarra en materia de sanidad penitenciaria. *Boletín Oficial del Estado*, núm 167, de 14 de julio de 2021.

<https://www.boe.es/eli/es/rd/2021/07/06/494>

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (septiembre 2009). *Protocolo de aplicación del Programa Marco de Atención Integral a Enfermos Mentales en centros penitenciarios*. Ministerio del Interior.
<https://consaludmental.org/publicaciones/PAIEM.pdf>

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2020). Informe General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior.
<https://www.institucionpenitenciaria.es/es/web/home/fondo-documental/publicaciones>

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2021). *Informe General 2021*.
https://www.interior.gob.es/opencms/pdf/archivos-y-documentacion/documentacion-y-publicaciones/publicaciones-descargables/instituciones-penitenciarias/informe-general/Informe_General_IIPP_2021_12615039X.pdf

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias y Ministerio del Interior. (2011). *Hospitales Psiquiátricos dependientes de la Administración Penitenciaria: Propuesta de Acción*. Ministerio del Interior, Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, Dirección de Coordinación Territorial y Medio Abierto y Coordinación de Sanidad.
<https://consaludmental.org/centro-documentacion/hospitales-psiQuiatricos-administracion-sanitaria/>

Tornero, C., y González, J. (2023, 29 de noviembre). *La sanidad penitenciaria entre cuatro paredes*. New Medical Economics.
<https://www.newmedicaleconomics.es/la-sanidad-penitenciaria-entre-cuatro-paredes/>

Tribunal Constitucional (Pleno). Sentencia TC 120/1990, de 27 de junio. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 181, de 30 de julio de 1990.
<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-T-1990-18314>

Zabala-Baños, MC., et al. (2016). *Prevalencia de trastorno mental y factores de riesgo asociados en tres prisiones de España*. Revista Española de Sanidad Penitenciaria.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S2013-64632016000100003&script=sci_arttext&tlng=pt

Zabala-Baños, MC. (2016). *Prevalencia de trastornos mentales en prisión: análisis de la relación con delitos y reincidencia*. Tesis inédita de la Universidad Complutense de Madrid.
<https://docta.ucm.es/entities/publication/68f29ff8-9703-4541-9e7d-455a923747bb>

ANEXOS

Anexo 1. Consentimientos de los seis profesionales entrevistados:

<https://drive.google.com/file/d/1K5X0IX5MKhd1fyqMOsKRJzXZxCa8iYqg/view?usp=sharing>

Anexo 2. Transcripción entrevista Luis Garvía:

<https://drive.google.com/file/d/1FyM594dXC2fFL39woCaywwvcOm6a8cYO/view?usp=sharing>

Anexo 3. Transcripción entrevista Myriam Morales:

https://drive.google.com/file/d/1BG_V4ZFEr4Ek7F_412HPTYstayhZZwA7/view?usp=sharing

Anexo 4. Transcripción entrevista Ana Gordaliza:

<https://drive.google.com/file/d/1U9RuApADG56Eii4lCyqf5v1suqeuPTq4/view?usp=sharing>

Anexo 5. Transcripción entrevista Diana Rendo:

https://drive.google.com/file/d/1rv_97oiLlFK8QFA4qYWFKd3HV2Y9TGKK/view?usp=sharing

Anexo 6. Transcripción entrevista Virginia Pastrana:

<https://drive.google.com/file/d/1m75H7f4IxTcr4CcMvFVHzuD4MoE2yjJ3/view?usp=sharing>

Anexo 7. Transcripción entrevista María Luisa Díaz:

<https://drive.google.com/file/d/1uoLzfheg7o9r5JBZ9GFimn1SC1glOuMX/view?usp=sharing>