



**COMILLAS**  
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y  
SOCIALES

**La atención en salud mental en prisiones ordinarias españolas a hombres con trastorno mental grave y su relación con su pronóstico y su posible reincidencia delictiva.**

Autora: Marta Gómez de Alfonso

Directora: Melissa Cristina Macuare Richard

Madrid

2025/2026

*A mi madre, Belén, y a mi tío, Rafael,  
por ser mi mayor ejemplo de lucha e inspiración.*

## **Resumen**

La atención en salud mental en el ámbito penitenciario es uno de los principales retos del sistema penal actual, especialmente en el caso de las personas privadas de libertad que presentan un trastorno mental grave (TMG), cuya prevalencia en prisión es significativamente superior a la de la población general. Este Trabajo de Fin de Grado analiza cómo los recursos de salud mental del sistema penitenciario español influyen en el pronóstico clínico de los hombres con TMG que cumplen condena en centros penitenciarios ordinarios y su posible relación con la reincidencia delictiva. A través de una revisión documental y analítica de la literatura científica, se examinan la evolución histórica de la psiquiatría penitenciaria y los recursos actuales disponibles, con especial atención al Programa de Atención Integral al Enfermo Mental (PAIEM) y a los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios. Los resultados evidencian que las limitaciones estructurales del entorno penitenciario y la falta de continuidad asistencial tras la excarcelación inciden negativamente en la recuperación de los presos y aumentan el riesgo de reincidencia, subrayando la necesidad de reforzar la coordinación entre los sistemas penitenciario, sanitario y social.

**Palabras clave:** prisión, reincidencia delictiva, salud mental, trastorno mental grave.

## **Abstract**

Mental health care in the prison setting is one of the main challenges of the current criminal justice system, particularly for individuals deprived of liberty who have a severe mental disorder (SMD), whose prevalence in prisons is significantly higher than in the general population. In this work, it is analyzed how the mental health resources of the Spanish prison system influence the clinical prognosis of men with SMD serving sentences in ordinary penitentiary centers, as well as their possible relationship with criminal recidivism. Through a documentary and analytical review of the scientific literature, the historical development of prison psychiatry and the current resources available are examined, with particular focus on the Comprehensive Care Program for the Mentally Ill (PAIEM) and Penitentiary Psychiatric Hospitals. The results show that the structural limitations of the prison environment and the lack of continuity of care after release negatively affect inmates' recovery and increase the risk of recidivism, highlighting the need to strengthen coordination between the prison, healthcare and social systems.

**Keywords:** criminal recidivism, mental health, prison, severe mental disorder.

## ÍNDICE

1. Introducción.....	5
2. Estado de la cuestión .....	7
3. Objetivos.....	9
4. Metodología.....	9
5. Marco teórico.....	10
5.1. Conceptualización del Trastorno Mental Grave .....	10
5.2. Análisis de la historia de la psiquiatría penitenciaria: los “locos” criminales .....	13
5.3. Análisis de los recursos actuales disponibles en el sistema penitenciario .....	18
5.4. Institucionalización penitenciaria en personas con TMG .....	23
5.5. Intervención penitenciaria y reincidencia .....	25
6. Discusión .....	30
7. Conclusiones.....	33
8. Bibliografía.....	36

## 1. INTRODUCCIÓN

*“El sufrimiento mental tiene que ver casi siempre con circunstancias sociales”.*

(Francés y Restrepo, 2019, p.152).

La atención en salud mental supone uno de los mayores desafíos en el sistema penitenciario en todo el mundo (Etxebarria et al., 2024; Mora, 2007; Rodríguez Yagüe, 2023). Este reto no solo radica en cómo atender a las personas privadas de libertad que presentan trastornos mentales, sino también en el hecho de que la propia experiencia carcelaria puede convertirse en un factor generador o agravante de dichas afecciones (Rodríguez Yagüe, 2023). En consecuencia, existe una sobrerrepresentación de personas con problemas de salud mental dentro de la población penitenciaria (Pallarés y Utrera, 2022). Por esta razón, resulta indispensable adaptar el sistema para evitar que agrave estas condiciones o incluso las origine (Rodríguez Yagüe, 2023).

El artículo 25.2 de la Constitución Española (1978) establece que “las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad deben tener como fin la reeducación y reinserción social, y no pueden consistir en trabajos forzados” (p.5). De acuerdo con García López (2019), el tratamiento penitenciario es primordial para poder cumplir con dicho mandato constitucional. Así pues, la falta grave de asistencia puede constituir una vulneración del derecho a no sufrir penas o tratos inhumanos o degradantes (Etxebarria et al., 2024).

En específico, las personas privadas de libertad que presentan un trastorno mental grave (en adelante TMG) se encuentran en una situación de alta vulnerabilidad. Esto se debe a que suelen experimentar síntomas psiquiátricos severos que, en muchos casos, limitan de manera significativa su autonomía. Además, su estado de salud general suele ser precario, con un deterioro importante en su capacidad de interacción y desempeño social. Como consecuencia, requieren con frecuencia el apoyo constante de terceros para llevar a cabo tareas cotidianas esenciales (López et al., 2016; Vicens et al., 2011). Por tales motivos, se trata de una población que necesita atención sanitaria especializada (Calcedo-Barba et al., 2023).

De manera general, quienes padecen un TMG no deberían cumplir condena en un centro penitenciario (Hava, 2021; Sánchez Bursón, 2001). Sin embargo, las cárceles ordinarias presentan un gran número de reclusos que cumplen condena y que padecen una

enfermedad mental grave, aunque esta realidad suele ser desconocida para quienes están fuera de prisión (Fuentes y Fernández, 2016).

A pesar de las reformas, programas e iniciativas impulsadas para abordar esta problemática, las medidas adoptadas no han sido suficientes para ofrecer una respuesta eficaz, lo que pone de manifiesto la necesidad de mejorar la atención en salud mental en la mayoría de los sistemas asistenciales (Pallarés y Utrera, 2022). Esta situación resulta especialmente preocupante en el contexto penitenciario, donde la elevada presencia de personas con problemas de salud mental contrasta con la limitada capacidad de los recursos disponibles, lo que repercute negativamente en su evolución clínica y en sus posibilidades de recuperación (Pérez y Hernández, 2022).

A pesar de que los trastornos mentales son frecuentes en todo el mundo, la salud mental continúa siendo insuficientemente atendida en la mayoría de las poblaciones, donde no se garantiza la asistencia ni el acompañamiento adecuados a quienes lo necesitan. Como consecuencia, millones de personas afrontan sintomatología compleja y de difícil manejo sin el apoyo profesional necesario, lo que supone vulneraciones de sus derechos humanos y un deterioro significativo de su calidad de vida (OMS, 2022). Sumado a ello, la privación de libertad constituye una de las experiencias más traumáticas que pueda afrontar una persona, lo que genera un fuerte impacto en su salud física y mental (Ministerio del Interior, 2011).

En definitiva, es primordial no perder la mirada del recluso como persona humana. Aunque se encuentre privado de libertad, continúa siendo titular de derechos y obligaciones. Si bien la reclusión en sí misma conlleva inevitablemente ciertas restricciones de los derechos fundamentales, ello no supone la pérdida de su dignidad ni de su condición de sujeto de derechos, como lamentablemente sucedió en el pasado (Garrido, 1983).

Desde la criminología, el estudio de la salud mental en el ámbito penitenciario es clave, pues permite analizar cómo el sistema penal y los factores sociales influyen en la trayectoria delictiva de los reclusos. A su vez, se evalúa cómo se atiende a los colectivos en situación de vulnerabilidad desde prisión y en qué medida los recursos disponibles contribuyen a su rehabilitación y reinserción social. Este enfoque también facilita comprender fenómenos como la exclusión social, la reincidencia delictiva y las

limitaciones de las políticas penales y sociales dirigidas a esta población, así como el papel del sistema penitenciario como mecanismo de control social.

Finalmente, resulta pertinente mencionar una reflexión de Valverde (1991), quien opta por referirse a las personas privadas de libertad como “preso” o “recluso” en lugar de “interno”, al considerar que esta última denominación puede suavizar la realidad penitenciaria. En efecto, la persona que se encuentra en un centro penitenciario está privada de libertad, lo que constituye una experiencia compleja, dura, y anormal. Por ello, esta precisión terminológica será asumida a lo largo del presente trabajo.

## **2. ESTADO DE LA CUESTIÓN**

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), en 2024 se registró un incremento del 9,40% en el número de adultos condenados con sentencia firme por delitos cometidos en ese año o en ejercicios anteriores, alcanzando un total de 306.807 personas condenadas, de la cuales 245.073 eran hombres (INE, 2025). Estas cifras evidencian no solo un aumento en el volumen de las condenas, sino también que la realidad penitenciaria continúa siendo mayoritariamente masculina (Badia, 2020).

En este contexto y en comparación con el panorama internacional, donde muchos sistemas penitenciarios carecen de condiciones mínimas de respeto de los derechos humanos, España ha logrado grandes avances para salvaguardar dichos derechos básicos y fomentar la reinserción social (Negredo y Pérez, 2019). No obstante, estos progresos normativos y estructurales conviven con una percepción social marcadamente punitiva, caracterizada por el rechazo hacia las personas privadas de libertad (Badia, 2020), lo que genera una tensión entre el discurso rehabilitador y la práctica social.

Dentro de esta realidad, uno de los mayores problemas a los que se enfrenta el sistema penitenciario español en la actualidad es la elevada prevalencia de problemas de salud mental entre la población reclusa (Pallarés y Utrera, 2022). En los centros penitenciarios de cumplimiento ordinario, más del 4% de los reclusos presentan un TMG (Hava, 2021). Este dato pone de manifiesto la elevada prevalencia de problemas de salud mental en la población reclusa en comparación con la población general, estimándose hasta cinco veces más alta (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2018).

Esta situación resulta especialmente relevante si se tiene en cuenta que la privación de libertad, conforme al principio de *ultima ratio*, debería aplicarse únicamente como medida excepcional, reservada para aquellos supuestos de mayor gravedad (Hava, 2021; Negredo y Pérez, 2019). En coherencia con ello, el sistema penal español contempla, al menos en teoría, la aplicación de medidas de seguridad (no necesariamente privativas de libertad) en el caso de personas con TMG, permitiendo incluso la suspensión o modificación de la pena para garantizar una atención médica adecuada, aunque el trastorno sea detectado tras dictarse la sentencia firme (Hava, 2021).

Desde una perspectiva más amplia, diversos autores sostienen que el funcionamiento de las prisiones refleja las características y prioridades del marco jurídico y de la sociedad en la que se desarrollan (Basaglia, 1972; Foucault, 2014; Garland, 2001; Negredo y Pérez, 2019). En este sentido, se considera que la causa de los problemas en salud mental en prisión y la manera en que se abordan dependen en gran medida de factores sociales y políticos. Como resultado, la intervención penitenciaria suele orientarse hacia un modelo predominantemente médico, centrado en el diagnóstico y la reducción de síntomas. En contraposición, otros autores destacan la importancia de contextualizar estos síntomas y de adoptar un enfoque comunitario y biopsicosocial que considere las condiciones interpersonales y emocionales de las personas reclusas (Badia, 2020; Kinderman, 2014; Ortiz y Huertas, 2018; Saraceno, 2024).

En este marco, el presente estudio pretende ofrecer una visión integral basada en los aportes de la literatura revisada, trazando una aproximación histórica y actual sobre la situación de los hombres con enfermedad mental en prisión en España. Su propósito es analizar los recursos existentes, sus limitaciones y sus implicaciones, no solo desde una perspectiva crítica, sino también con la intención de visibilizar a un colectivo tradicionalmente silenciado. En última instancia, se busca reconocer al recluso como persona y comprender la prisión no exclusivamente como un espacio de castigo, sino como un entorno que debería orientarse al tratamiento y a la reinserción, garantizando en todo momento la dignidad y los derechos humanos de quienes habiten estos centros.

### **3. OBJETIVOS**

El objetivo general de este análisis es examinar cómo los recursos de salud mental en el sistema penitenciario español inciden en el pronóstico de los hombres con TMG que se encuentran cumpliendo condena en centros penitenciarios ordinarios y su relación con la reincidencia delictiva.

Además, se plantean objetivos específicos tales como:

- 1) Conceptualizar el TMG y estimar su prevalencia en la población masculina reclusa de prisiones ordinarias en España.
- 2) Contextualizar históricamente la relación entre enfermedad mental y sistema penitenciario.
- 3) Analizar las consecuencias de la institucionalización penitenciaria en esta población.
- 4) Describir los recursos disponibles para la atención en salud mental de los presos con TMG en España, incluyendo tanto los programas de prisiones ordinarias (con especial atención al PAIEM) y los centros psiquiátricos penitenciarios de referencia de Alicante y Sevilla.
- 5) Analizar la intervención penitenciaria en personas con TMG y su relación con la reincidencia.

### **4. METODOLOGÍA**

El presente trabajo se basa en una revisión bibliográfica de carácter cualitativo, basada en un análisis exhaustivo de la literatura existente sobre la atención en salud mental en prisiones ordinarias españolas dirigida a hombres con TMG, así como su relación con el pronóstico clínico y la posible reincidencia delictiva. El objetivo de este enfoque es ofrecer una visión integradora y contextualizada de esta realidad desde una perspectiva crítica.

La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo en diversas bases de datos académicas de reconocido prestigio, principalmente en la biblioteca digital y física de la Universidad Pontificia de Comillas. Complementariamente, se consultaron otras fuentes, como la Biblioteca Digital de la Universidad Complutense de Madrid, la Revista Española de Sanidad Penitenciaria y *Google Scholar*. También se revisaron informes y documentos institucionales publicados por la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS),

el *National Institute of Mental Health* (en adelante NIHM), la Constitución Española de 1978 y la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Para orientar la búsqueda, se emplearon palabras clave como “trastorno mental grave”, “prisión”, “reincidencia” y “pronóstico”.

En una fase inicial se valoró la posibilidad de limitar la revisión a publicaciones posteriores a 2009, año en que se implementó el Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales (en adelante PAIEM), por constituir un punto de inflexión en la atención penitenciaria en salud mental. No obstante, durante el desarrollo del trabajo se consideró pertinente ampliar el marco temporal con el objetivo de comprender la evolución histórica del sistema penitenciario en España, incorporando así estudios relevantes de los siglos XX y XXI. De esta manera, la investigación se caracteriza por abarcar una amplia diversidad de fuentes, tanto en contenido como en periodo histórico (entre 1958 y 2024), con el fin de ofrecer una visión completa y contextualizada del objeto de estudio.

## **5. MARCO TEÓRICO**

### **5.1. CONCEPTUALIZACIÓN DEL TRASTORNO MENTAL GRAVE**

*“La enfermedad mental es la peor cárcel que existe”.*

(Grandes, 2020, p.110).

De acuerdo con la OMS (2022), la salud mental es un derecho fundamental que implica una alta capacidad para establecer relaciones, desenvolverse en la vida cotidiana, enfrentar dificultades y alcanzar un bienestar general. Sin embargo, los problemas de salud mental presentan una elevada prevalencia a nivel mundial, estimándose que aproximadamente una de cada ocho personas padece alguna enfermedad mental. Estos trastornos se definen como conjuntos de manifestaciones clínicas caracterizadas por alteraciones significativas en las funciones cognitivas, emocionales y/o conductuales, que reflejan disfunciones en los sistemas psicológicos, biológicos o del desarrollo implicados en el funcionamiento mental y conductual (CIE-11, 2022).

En relación con el TMG, aunque se han propuesto múltiples definiciones, persiste un elevado grado de controversia en torno a su conceptualización (Conejo et al., 2014). Las formulaciones más aceptadas se alinean con la propuesta del NIMH de 1987, que

integra criterios clínicos, temporales y de discapacidad (Calcedo-Barba et al., 2023; Hava, 2019; Revelles, 2019). Según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) el TMG incluye los siguientes diagnósticos psiquiátricos: F20 esquizofrenia, F21 trastorno esquizotípico, F22 trastornos delirantes persistentes, F24 trastorno delirante inducido, F25 trastornos esquizoafectivos, F28-29 trastornos psicóticos no orgánicos y no especificado, F31 trastorno bipolar, F32-33 trastorno depresivo recurrente sin síntomas psicóticos y con síntomas psicóticos, F60 trastorno paranoide de personalidad, F60.1 trastorno esquizoide y F60.3 trastorno de inestabilidad emocional de personalidad (Marín-Basallote y Navarro-Repiso, 2012).

Otro criterio relevante es la duración o cronicidad del trastorno, considerándose como requisito que la evolución mínima sea de dos años o que exista un deterioro progresivo y significativo del nivel de funcionamiento (Calcedo-Barba et al., 2023). No obstante, algunos profesionales cuestionan este criterio, señalando que existen pacientes con una evolución breve que presentan síntomas graves, mientras que otros con una evolución prolongada pueden conservar cierto grado de autonomía (Conejo et al., 2014). Asimismo, la presencia de discapacidad constituye un criterio central, entendida como la afectación moderada o severa del funcionamiento global de la persona, que se manifiesta en limitaciones en la autonomía, el autocuidado, el autocontrol, las relaciones interpersonales, el desempeño laboral, social y familiar, así como en las actividades de ocio y/o en el funcionamiento cognitivo (Calcedo-Barba et al., 2023; Hava, 2019; Revelles, 2019). Este criterio cuenta con un consenso mayoritario entre los profesionales, considerándose esencial para el diagnóstico de un TMG (Conejo et al., 2014).

Respecto a su prevalencia, diversos estudios muestran que los trastornos mentales son significativamente más frecuentes en la población penitenciaria que en la población general (Hava, 2021; Pallarés y Utrera, 2022; Vicens et al., 2011). La OMS (2023) señala que, de los 11,5 millones de reclusos a nivel mundial, alrededor del 13% se encuentra en prisiones europeas, y de ellos, aproximadamente un 32,75% ha sido diagnosticado con algún trastorno mental a lo largo de su vida, frente a un 13,10% en la población general. En este sentido, la OMS (2022) subraya que tanto los problemas de salud mental como las adicciones a drogas afectan de manera más intensa a las personas privadas de libertad que a la población no reclusa. Los registros también muestran que el suicidio sigue siendo una de las principales causas de muerte en prisión.

Sumado a ello, se considera que la población penitenciaria presenta niveles más altos de somatización, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, fobias y psicoticismo (Novo et al., 2017). Estos hallazgos reflejan que, en términos globales, el malestar psicológico es mayor entre los reclusos que en la población general. En consecuencia, el sistema penitenciario concentra un número elevado de personas con patologías mentales, cuya prevalencia sigue en aumento (Calles-Rubiales e Ibáñez del Prado, 2020).

En España, el primer estudio sobre patología mental en población penitenciaria fue realizado por la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria en el 2006, revelando que el 17,60% de los reclusos tenía antecedentes psiquiátricos previos al ingreso, y el 3,20% contaba con antecedentes de hospitalización psiquiátrica. Además, el 3% había realizado algún intento autolítico en el año anterior a la entrada en prisión, y el 2,70% llevó a cabo un gesto autolítico durante su estancia en el centro penitenciario. Asimismo, se estimó que del 49,60% de los presos tenía registrado al menos un diagnóstico psiquiátrico, cifras que superan ampliamente las observadas en la población general y que confirman la elevada prevalencia de enfermedad mental en prisión (Subdirección General de Instituciones Penitenciarias, 2007).

Posteriormente, el estudio PRECA (Prevalencia de Trastornos Mentales en Centros Penitenciarios Españoles) (2011) evidenció que la proporción de personas encarceladas que presentan algún tipo de trastorno mental supera notablemente la de la población general, situándose en torno a cinco veces más. Se estimó que ocho de cada diez reclusos habían padecido algún trastorno mental a lo largo de su vida (considerando también el consumo de drogas), y que cuatro de cada diez presentaban en la actualidad un trastorno activo que afectaba a su funcionamiento cotidiano. De manera similar, López et al. (2021) señalan que entre el 50 y el 80% de la población reclusa padece algún tipo de patología mental, frente a un 20 - 25% en la población general. Por su parte, Zabala (2015) confirma que la prevalencia de enfermedad mental en la población penitenciaria es 5,30 veces superior a la observada en la población no reclusa.

Dentro de este contexto, los TMG muestran una frecuencia especialmente elevada (Etxebarria et al., 2024; Marín-Basallote y Navarro-Repiso, 2012). Aunque solo alrededor del 4% de las personas privadas de libertad en estos centros presenta un TMG, esta proporción sigue siendo considerablemente superior a la de la población general. Esta

concentración conlleva que los reclusos con TMG sean frecuentemente segregados, permaneciendo aislados y, en muchos casos, sin acceso adecuado a servicios de salud mental (Hava, 2021). De manera parecida, en las prisiones estadounidenses, entre el 10 y el 15% de los presos presentan TMG, frente al 1 - 3% de la población general (Pérez y Hernández, 2022).

Estos datos han dado lugar a la idea equivocada de que la enfermedad mental conduce a la criminalidad, sin embargo, esta percepción que vincula trastorno mental y delito es incorrecta (Pérez y Hernández, 2022). La elevada prevalencia de TMG en prisión debe entenderse en el contexto de la limitada capacidad de los servicios de la salud mental, las dificultades para ofrecer atención comunitaria a pacientes con necesidades complejas y la tendencia a criminalizar determinadas conductas (Marín-Basallote y Navarro-Repiso, 2012).

En este sentido, Rodríguez Rodríguez (2017) describe el perfil más habitual de los reclusos con discapacidad psíquica como el de hombres con TMG de evolución prolongada y antecedentes de consumo de drogas y/o alcohol. No obstante, actualmente se observa un incremento de jóvenes reclusos que ingresan en prisión con brotes psicóticos asociados al consumo de sustancias.

## **5.2. ANÁLISIS DE LA HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA PENITENCIARIA: LOS “LOCOS” CRIMINALES**

*“La locura es desorden, es lógico por tanto que sea reducida y amordazada y convertida en pura vida vegetal.”*  
(Álvarez-Uría, 1983, p. 117).

En los últimos quinientos años, el encierro penitenciario no solo ha cumplido una función privativa de libertad, sino que también ha servido como medio para explotar la mano de obra y se ha sostenido bajo el pensamiento de corregir las desviaciones del orden social. Durante largos períodos históricos, el castigo prevaleció sobre cualquier finalidad

de reinserción. Desde al menos el siglo XVI, tanto la “locura”<sup>1</sup> como el delito comenzaron a recibir una respuesta social cada vez más asociada a la privación de libertad. Incluso puede sostenerse que la institucionalización de la “demencia” antecedió históricamente al encarcelamiento del crimen (Roldán, 1989).

En este contexto, a mediados del siglo XVII emergió en Europa un movimiento inspirado en la razón y en la humanidad que cuestionó la severidad de la legislación criminal vigente. Esta corriente surgió como reacción frente a la extrema crueldad de unas leyes que legitimaban los castigos corporales y la pena de muerte. Figuras como Howard, Beccaria y Bentham desempeñaron un papel decisivo en la reforma del sistema punitivo. Howard denunció la deshumanización de las prisiones tras conocerlas de primera mano, Beccaria defendió la prevención del delito frente a la brutalidad del castigo, y Bentham (citado en Garrido, 1983, p. 92) afirmó que las cárceles “solo se las podía visitar temblando”. Los tres coincidieron en la necesidad de humanizar profundamente el sistema penal (Garrido, 1983).

Sin embargo, durante este período el delincuente con enfermedad mental no se diferenciaba del resto de infractores y, por tanto, no quedaba exento del encarcelamiento. No fue hasta finales del siglo XVIII y comienzos del siglo XIX cuando comenzó a defenderse que el “loco” delincuente no debía ser juzgado ni como “demente” ni como criminal, sino comprendido desde su particular condición mental (Roldán, 1989).

En España, hacia 1830 empezó a evidenciarse una creciente preocupación por el fenómeno de la “locura”, aunque no sería hasta 1846 cuando se formuló de manera formal el estudio y tratamiento de la enfermedad mental. Estas nuevas concepciones, centradas en la curación de los pacientes psiquiátricos y en la creación de instituciones aisladas como los manicomios, fueron introducidas principalmente por la psiquiatría francesa (Álvarez-Uría, 1983).

Los Códigos Penales de 1848 y 1870 dispusieron que los delincuentes “dementes” fueran reclusos en manicomios o bajo la custodia de sus familias, según la gravedad del

---

<sup>1</sup> Durante esta época, la enfermedad mental era designada mediante los términos “locura” o “demencia”. En la actualidad, dichas denominaciones han sido sustituidas por el concepto de enfermedad mental, más acorde con el lenguaje clínico actual.

delito. Esta regulación reflejaba la tendencia de considerar la “locura” criminal en el ámbito manicomial más que en el penitenciario. No obstante, antes de 1848 las personas con enfermedad mental carecían de un espacio específico de reclusión y eran distribuidas indistintamente entre cárceles, hospicios y casas de misericordia, lo que evidenciaba el escaso desarrollo de la psiquiatría y la precariedad institucional. Incluso en los hospitales psiquiátricos, las condiciones se asemejaban más a las de una cárcel que a las de un centro terapéutico. Aunque los códigos establecieron la creación de secciones específicas para “locos” delincuentes, muchos médicos se resistieron a integrar a esta población en sus instituciones (Roldán, 1989).

Precisamente como respuesta a las críticas dirigidas al sistema hospitalario tradicional, caracterizado por deficientes condiciones higiénicas y altas tasas de mortalidad, surgió la idea de crear un manicomio modelo. Sin embargo, los establecimientos creados a mediados del siglo XIX estuvieron muy lejos de materializar los principios reformistas que justificaron su fundación. En esta época, las prisiones se describían como espacios de hacinamiento, miseria y violencia, donde las personas enfermas eran reducidas a una condición casi animal. En ellas, el ejercicio del poder y la coerción precedió al saber médico, y el abandono y la crueldad persistieron, evidenciando la contradicción entre el discurso humanitario y la realidad de su funcionamiento. Como señala Álvarez-Uría (1983), “si la miseria reina en los manicomios ¿cómo es posible que hayan sido construidos para remediarla?” (p. 115). En realidad, la idea de que los manicomios tenían una finalidad terapéutica se utilizó para justificar el aislamiento de estas personas y apartarlas de la sociedad (Álvarez-Uría, 1983).

Uno de los manicomios más importantes de este período fue el manicomio de Santa Isabel de Leganés, concebido inicialmente como “manicomio modelo”. Sin embargo, esta institución reflejó claramente las tensiones existentes en el siglo XIX entre la asistencia psiquiátrica y el control social. En un momento dado, solicitó al Gobierno que se excluyera de sus instalaciones a los reclusos declarados “dementes” por los Tribunales, alegando motivos de seguridad, pérdidas económicas y falta de infraestructuras adecuadas para su aislamiento. Argumentaban que estos reclusos, considerados peligrosos y perturbadores, ponían en riesgo la convivencia y la estabilidad del establecimiento. Situaciones similares se registraron en el manicomio de Toledo,

donde también se denunció el incremento de presos delincuentes y los conflictos que generaban (Álvarez-Uría, 1983).

La cuestión de la locura y su aislamiento se convirtió así en uno de los principales problemas sociales del siglo XIX, marcado por el estigma y la incompreensión hacia la enfermedad mental (Roldán, 1989). Hasta la aprobación del Código Penal de 1870, la irresponsabilidad criminal solo se reconocía a quienes actuaban “fuera de un intervalo de razón” (Álvarez-Uría, 1983). Sin embargo, la desconfianza de los jueces hacia los diagnósticos médicos y las alegaciones de trastorno mental limitaba el número de delincuentes declarados inimputables. Con la expansión de las ideas reformistas comenzó a consolidarse la noción de que el “loco” criminal debía recibir tratamiento en un entorno asistencial y no en prisión. De este planteamiento, surgió la propuesta del manicomio judicial, concebido como un espacio intermedio entre el asilo y la cárcel, aunque la falta de una infraestructura institucional estable impidió su consolidación (Roldán, 1989).

Las soluciones adoptadas fueron, en gran medida, provisionales e ineficaces. Los reclusos inimputables fueron trasladados al manicomio de Santa Isabel de Leganés, lo que provocó tensiones por la convivencia entre pacientes psiquiátricos y “delincuentes violentos”. Tras su expulsión, quedaron nuevamente en situación de desamparo institucional. Se improvisó entonces una “penitenciaría-hospital” en un antiguo convento del Puerto de Santa María, donde se concentraron personas con diagnósticos psiquiátricos diversos sin criterios terapéuticos claros. El proyecto, sin embargo, fracasó rápidamente y los presos fueron trasladados de nuevo. La realidad se traducía en que los “locos” delincuentes pasaban de un encierro a otro sin disponer de un lugar fijo donde recibir atención adecuada. A finales del siglo XIX el problema persistía: aumentaban tanto los casos de delincuentes declarados inimputables por enfermedad mental como los reclusos que “enloquecían” dentro de prisión, mientras el Estado seguía sin ofrecer una respuesta institucional consistente (Roldán, 1989).

Como señala Garrido (1983), “la asistencia sanitaria ha sido uno de los puntos más oscuros, tenebrosos y deficientes de los diversos sistemas carcelarios en todos los países” (p. 395). Según este autor, las prisiones carecían de normas sanitarias, higiénicas o de cualquier servicio médico. A comienzos del siglo XX, aunque la reforma psiquiátrica avanzaba, el modelo manicomial continuaba expandiéndose sin grandes cambios. Muchos profesionales no supieron reconocer que aquella institución (pensada

supuestamente como espacio de cura) se había vuelto rígida e ineficaz. Al permanecer anclados en el modelo manicomial, se perdió una oportunidad de desarrollar una psiquiatría verdaderamente terapéutica y no meramente orientada al control social (Álvarez-Uría, 1983).

Ante la ausencia de unidades específicas para los reclusos inimputables, se optó por las derivaciones a manicomios provinciales, solución que pronto mostró su insuficiencia material y organizativa debido a la falta de plazas disponibles. Ya en 1904 se tramitaron centenares de ingresos que sobrepasaban la capacidad de alojamiento, lo que reabrió la posibilidad de la prisión como destino. Posteriormente, en 1917 se habilitó el antiguo convento del Puerto de Santa María para “presos agresivos”, aunque esta medida tampoco resolvió las tensiones entre justicia y medicina. Tras la Guerra Civil, la red psiquiátrica española permanecía en un estado precario, y este establecimiento seguía siendo el único destinado a la reclusión de penados con trastornos mentales (Barrios, 2000).

Durante el franquismo se consolidó una estructura penitenciario-psiquiátrica más compleja, basada en la institucionalización, la disciplina y la individualización del encierro, entre cuyos referentes destaca el Hospital Penitenciario de Carabanchel. Este proceso reforzó la legitimidad profesional de la psiquiatría, pero también la subordinó a funciones de control social. En consecuencia, la práctica psiquiátrica se convirtió en un instrumento de represión. Tratamientos como el *electroshock* o la lobotomía se combinaron con la lógica punitiva, de manera que la modernización de las instituciones no eliminó el carácter coercitivo, sino que, en muchos casos, lo reforzó (Roldán, 1989).

En cuanto a las medidas de seguridad, su desarrollo en España ha estado marcado por una prolongada contradicción entre la norma y su aplicación práctica. Aunque la orden del 1 de junio de 1971 preveía la creación de centros específicos para su cumplimiento, en la realidad muchos reclusos siguieron cumpliéndolas en prisiones ordinarias, evidenciando la persistencia del enfoque penal sobre el terapéutico (Garrido, 1983). El punto de inflexión llegó con la Constitución de 1978, que consagró el derecho a la salud y abrió el camino a la desinstitucionalización psiquiátrica y a la atención comunitaria (Hava, 2021). Este cambio tomó forma en la reforma psiquiátrica de 1983, que promovió la integración del enfermo mental en el Sistema Nacional de Salud y

sustituyó el modelo asilar por uno orientado a la comunidad. Sin embargo, la insuficiente planificación y la escasez de recursos asistenciales limitó su efectividad (Revelles, 2019).

Finalmente, el Código Penal de 1995 supuso un cambio importante al sustituir la reclusión indefinida por medidas de seguridad con un tiempo limitado, lo que representó un avance hacia un enfoque más garantista. El Reglamento Penitenciario de 1996 reforzó esta orientación, impulsando un modelo centrado en la atención especializada, el respeto a los derechos de las personas reclusas y su reinserción social. En la actualidad, la asistencia psiquiátrica penitenciaria se concentra fundamentalmente en los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios de Alicante y Sevilla (Barrios, 2007). No obstante, a pesar de los avances normativos y estructurales, estos centros continúan enfrentando limitaciones importantes, como la sobreocupación crónica (Hava, 2021), lo que evidencia que la plena garantía de los derechos y la atención adecuada aún no se ha alcanzado.

### **5.3. ANÁLISIS DE LOS RECURSOS ACTUALES DISPONIBLES EN EL SISTEMA PENITENCIARIO**

*“Las cárceles son de todos y es la sociedad en plena la responsable de que existan y de que existan así”.*

(Valverde, 1991, p.15).

Tal como se menciona en el apartado anterior, en el momento actual existen dos centros especializados en la asistencia psiquiátrica penitenciaria en España: los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios de Alicante y Sevilla (Barrios, 2007). No obstante, no todos los hombres con TMG que ingresan en prisión cumplen su condena en estos centros especializados. Según el Código Penal, los inimputables deben ser trasladados a los centros psiquiátricos como medida de seguridad. Sin embargo, diversas circunstancias impiden que esto siempre se cumpla, haciendo que algunos de ellos acaben en prisiones ordinarias, donde no se dispone de los medios necesarios para tratar su enfermedad. Entre estas circunstancias destacan: que la enfermedad mental no se identifique durante el proceso penal; que, aunque se reconozca la existencia del trastorno, se valore que el individuo es plenamente responsable de sus actos; que, declarada la semiimputabilidad, el juez opte por su ingreso en el área de enfermería de un centro penitenciario común debido a la ausencia de plazas en los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios; o que el TMG aparezca mientras la persona cumple la condena, lo que permite al juez suspender

la pena y disponer su traslado a un establecimiento psiquiátrico apropiado (Calcedo-Barba et al., 2023; Espinosa y Herrera, 2003, citado en Marín-Basallote y Navarro-Repiso, 2012).

Teniendo en cuenta estas circunstancias, resulta necesario profundizar en la naturaleza y características del Hospital Psiquiátrico Penitenciario. Se define como un centro penitenciario especializado en la atención psiquiátrica a personas privadas de libertad que presentan TMG. Aunque se trata de dispositivos con una clara finalidad sanitaria, orientados a la evaluación, tratamiento y rehabilitación clínica, su funcionamiento se enmarca en el sistema penitenciario. En consecuencia, el internamiento no responde exclusivamente a criterios asistenciales, sino que se produce por decisión judicial y en cumplimiento de una medida de seguridad o resolución penal. Esta doble condición sanitaria y penitenciaria, condiciona su organización y delimita el alcance de la intervención terapéutica (Calcedo-Barba et al., 2023).

Inicialmente, el reglamento penitenciario contemplaba la creación de unidades psiquiátricas dentro de los centros penitenciarios ordinarios, con el objetivo de que los presos pudieran permanecer en prisiones cercanas a su entorno y así mantener el vínculo familiar y social. Sin embargo, esta medida solo se implementó en el Centro Penitenciario de Zaballa (Álava), que es la única unidad de este tipo, mientras continúan funcionando únicamente los dos Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios existentes. Como consecuencia, muchos de los presos deben desplazarse a Alicante o a Sevilla, lo que les aleja de su entorno habitual. Esta situación favorece la dispersión de las personas con TMG, dificulta el apoyo familiar y puede contribuir al aislamiento y al empeoramiento de la enfermedad (Calcedo-Barba et al., 2023; Cerezo y Díaz, 2016).

El Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante (en adelante HPPA) atiende a población masculina y femenina, mientras que el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla (en adelante HPPS) recibe exclusivamente a población masculina (Etxebarria et al., 2024; García López, 2019). Los primeros ingresos se registraron en Alicante en 1984 y en Sevilla en 1990 (Barrios, 2000). De acuerdo con los datos proporcionados por la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria (SGSP), en 2024 fueron atendidas 628 personas en ambos recursos: 378 en Alicante y 250 en Sevilla. El cuadro clínico predominante correspondía al TMG, predominando los trastornos psicóticos, que afectan aproximadamente a la mitad de esta población.

En el HHPA se puso en marcha un modelo organizativo novedoso, basado en el enfoque de la comunidad terapéutica. Este modelo incorporó un programa de salidas terapéuticas que hasta entonces no se había implementado en el sistema penitenciario. Además, promovió una dinámica de trabajo colaborativo y participativo entre todos los profesionales del centro que, con el paso del tiempo, se consolidó en la creación de los llamados “equipos multidisciplinares”. Por su parte, el HHPS adoptó una estructura organizativa similar a la del centro alicantino (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias y Equip Vincles Salut, 2011).

No obstante, a pesar de estos avances, ambos centros mantienen dificultades estructurales y de gestión (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias y Equip Vincles Salut, 2011). Para empezar, la organización de ambos hospitales conserva un carácter penitenciario que limita las decisiones clínicas de los profesionales sanitarios (Calcedo-Barba et al., 2023; Cerezo y Díaz, 2016). Además, existen carencias de personal especializado, sobreocupación debido a que las altas y los ingresos dependen de decisiones judiciales, y largas condenas que deterioran la atención y sobrecargan al personal. Por otro lado, que los turnos y horarios del personal sean irregulares dificultan la continuidad del tratamiento y la existencia de un profesional de referencia para cada paciente, lo cual es esencial en esta población. Asimismo, la ausencia de criterios consensuados sobre la calidad asistencial y de indicadores para evaluarla impide medir y valorar la atención que se ofrece y tomar decisiones que permitan mejorarla (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias y Equip Vincles Salut, 2011).

Estas limitaciones generan dudas sobre la idoneidad de los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios para la reclusión penal de personas con TMG. Pérez y Hernández (2022) señalan que “necesitamos sacar a las personas con enfermedad mental del sistema judicial y penitenciario en la misma medida en que nuestras prácticas actuales los han llevado dentro y los han abandonado allí” (p. 264). Otros autores coinciden en que los hospitales psiquiátricos, como centros de privación de libertad, posiblemente no sean el recurso más adecuado para esta población, aunque actualmente no existen otras alternativas disponibles en España (Calcedo-Barba et al., 2023; Hava, 2021). Además, el hecho de contar solo con dos centros de este tipo en toda España resulta insuficiente para atender la demanda existente (Cerezo y Díaz, 2016).

Por ello, aunque los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios cumplen un papel fundamental, su número limitado de plazas y las dificultades de acceso para todos los presos con TMG hacen necesario recurrir a los recursos disponibles en los centros penitenciarios ordinarios. En este contexto se creó, en 2009, el PAIEM (Programa de Atención Integral al Enfermo Mental), que atiende a reclusos con un cuadro clínico compatible con TMG, ya sean preventivos, condenados o estén cumpliendo una medida de seguridad (Argudo-Palacios et al., 2024).

En 2024, el PAIEM estaba implantado en todas las prisiones españolas, aunque con equipos multidisciplinares incompletos en algunos centros. Ese mismo año participaron 3.090 personas, lo que pone de manifiesto la expansión progresiva del programa en comparación con años anteriores. En cuanto al perfil clínico, un tercio de esta población presentaba trastornos psicóticos, otro tercio patología dual y el resto a otros diagnósticos. Desde el punto de vista organizativo, el programa distingue tres niveles de autonomía y funcionalidad psicosocial: el nivel uno corresponde a una mayor autonomía y el nivel tres a menor, situándose la mayoría de los usuarios en el nivel dos. Para responder a estas necesidades, el PAIEM cuenta con distintas actividades terapéuticas orientadas a mejorar la funcionalidad y la independencia. Estas intervenciones se establecen conforme al Programa Individual de Tratamiento (PIT), que parte de una evaluación individual de cada recluso (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2024).

El objetivo del PAIEM es mejorar la coordinación entre profesionales y ofrecer una atención integral a los reclusos con enfermedad mental grave (García López, 2019). Está dirigido a personas privadas de libertad con diagnóstico de TMG de más de dos años de evolución y afectación funcional de intensidad media - alta (Argudo-Palacios et al., 2024). Se estructura en tres fases, una inicial de diagnóstico y estabilización, una segunda de rehabilitación psicosocial y una tercera orientada a la derivación y reintegración social tras la excarcelación. A diferencia del modelo tradicional, que desplazaba el tratamiento a la permanencia en enfermería, este programa promueve la participación en actividades terapéuticas dentro de los módulos ordinarios, intentando reservar la enfermería únicamente para los episodios agudos. Asimismo, destaca la figura del tutor como profesional de referencia que acompaña a la persona enferma en su proceso y facilita el vínculo con la familia y los recursos sociales (Sanz et al., 2014).

Si bien se han producido avances, el programa presenta diversas limitaciones. Persisten deficiencias en la coordinación y en el registro de la información de los pacientes, lo que dificulta la continuidad del tratamiento en casos de traslado o excarcelación. Además, una cuarta parte de los centros carece de intervenciones grupales, fundamentales para la reinserción de esta población, y la implicación familiar, reconocida como factor clave, continúa siendo baja. Aunque la preparación para la libertad se inicia con antelación, solo una minoría de los presos es derivada correctamente a los recursos sanitarios, de modo que la calidad de la reinserción tras la excarcelación depende en gran medida de las entidades del tercer sector, como son las ONGs. Pese a ello, los profesionales implicados en el programa señalan una mejoría en la mayoría de los participantes, si bien identifican como principal obstáculo la limitación estructural del entorno penitenciario para la adecuada derivación de recursos (Sanz et al., 2014).

Recientemente se han creado módulos específicos para presos con enfermedad mental que, previamente diagnosticadas, presentan dificultades para adaptarse a los módulos ordinarios. En ellos, destaca la figura del “interno de apoyo”, un recluso formado para asistir a compañeros con limitaciones en su autonomía. Además, en estos espacios prevalece el tratamiento y la rehabilitación sobre el enfoque disciplinario, siendo menos exigentes con el cumplimiento de las normas que en un módulo común (García López, 2019).

Finalmente, cabe destacar que el PAIEM se coordina con otros programas asistenciales especializados, como el Programa de enfermería para enfermos mentales, los Módulos Terapéuticos o el Grupo de Ayuda al Drogodependiente, lo que permite ofrecer una atención más integral y eficaz a esta población (Arroyo-Cobo, 2014). Además, el Programa Puente, desarrollado en los Centros de Inserción Social (CIS), complementa al PAIEM garantizando la continuidad del tratamiento y cuidado asistencial tras la concesión del tercer grado o la libertad condicional, coordinando los recursos necesarios para la reintegración social del preso. Sin embargo, la evidencia indica que, en la práctica, asegurar esta continuidad en los centros penitenciarios ordinarios sigue siendo un desafío (Cerezo y Díaz, 2016; Zabala-Baños et al., 2016).

#### 5.4. INSTITUCIONALIZACIÓN PENITENCIARIA EN PERSONAS CON TMG

*“Como mínimo, la prisión es dolorosa, y las personas encarceladas suelen sufrir consecuencias a largo plazo por haber sido sometidas al dolor, la privación y a patrones y normas de vida e interacción con otros que son extremadamente atípicos”.*

(Haney, 2002, p. 79).

Clemmer (1958) fue pionero en el estudio de las influencias que ejerce la prisión sobre los reclusos, introduciendo el término de “prisionización”. Este concepto se relaciona estrechamente con el de “cultura carcelaria”, que hace referencia al conjunto de normas, valores, costumbres y rutinas que caracterizan a los entornos penitenciarios y que afectan directamente a las actitudes y comportamientos de quienes viven en ellos. La prisionización implica, por tanto, la internalización de estas normas y la adaptación progresiva al contexto carcelario, un proceso que se manifiesta incluso en individuos sin antecedentes psicológicos previos significativos. Según Clemmer (1958), todos los presos están sometidos a estas presiones, aunque su intensidad y efecto varían: algunos experimentan cambios mínimos, mientras que otros desarrollan una adaptación tan profunda que posteriormente enfrentan dificultades para reintegrarse en contextos fuera de la prisión. Entre las influencias universales que identificó se incluyen la aceptación de un rol subordinado, la comprensión de la dinámica y el funcionamiento de la prisión, la modificación de rutinas diarias y la adopción de un lenguaje característico del entorno penitenciario.

Otros autores han abordado este fenómeno con términos similares. Haney (2002) utiliza el concepto de “institucionalización” para describir cómo la prisión moldea y transforma a los condenados, mientras que Valverde (1991) destaca la influencia decisiva del entorno penitenciario en la conducta y rasgos del recluso, concepto que denomina “personalidad delincuente”. Existe consenso entre los autores en que el impacto psicológico de la prisión no se manifiesta de manera uniforme en todos los reclusos. La intensidad de los cambios actitudinales tiende a aumentar conforme se prolonga la duración de la condena, aunque la respuesta de cada persona varía según su vulnerabilidad y características individuales (Clemmer, 1958; Haney, 2002). Este proceso de adaptación a la vida carcelaria puede dar lugar a una serie de cambios psicológicos y conductuales: dependencia de la institución, hipervigilancia, desconfianza interpersonal, suspicacia, sobrecontrol emocional, alienación, distanciamiento psicológico, incorporación de

normas explotadoras propias de la cultura carcelaria, disminución del sentido de autoestima y valor personal, y reacciones de estrés postraumático ante los sufrimientos del encarcelamiento (Haney, 2002).

Sumado a ello, la prisionización también conlleva efectos corporales y psicosociales significativos. Valverde (1991) señala que el encierro prolongado puede deteriorar los sentidos (especialmente la vista y el oído), distorsionar la percepción del propio cuerpo, fomentar el descuido personal y provocar una tensión muscular constante debido al estrés y a la inactividad. En el plano psicológico y social, la adaptación a un entorno “anormal” y extremo como es la prisión conduce a alteraciones de la sexualidad, pérdida casi total del control sobre la propia vida que conlleva una ausencia de responsabilización, dinámicas de dominio y sumisión y percepciones exageradas de las situaciones. Este contexto de amenaza continua genera altos niveles de ansiedad, dificultad en la proyección hacia el futuro y favorece la pasividad y la dependencia institucional. Además, el aislamiento progresivo reduce los vínculos con el exterior y transforma la manera de relacionarse y sentir, dando lugar a inestabilidad emocional, indiferencia afectiva y desconfianza. Finalmente, la adquisición del lenguaje propio de la cárcel refuerza aún más la desconexión con el mundo exterior.

Estos efectos se intensifican en la población con TMG. La enfermedad no solo condiciona la vida del recluso dentro de la prisión, sino que también influye en la atención clínica, en las posibilidades de rehabilitación y en la expresión de los síntomas (Sanz et al., 2014). Por ello, tanto los trastornos preexistentes como aquellos que se desarrollan durante la estancia penitenciaria tienden a agravarse si no reciben la atención adecuada, ya que la cárcel es un contexto especialmente duro para la salud mental (Arroyo-Cobo y Ortega, 2007). Adaptarse al entorno penitenciario es un desafío complejo de por sí, pero es más complicado aún para los reclusos que presentan enfermedades mentales o discapacidades. En consecuencia, la patología actúa como un factor de riesgo dentro de la prisión, aumentando la vulnerabilidad de la persona y, en ocasiones, haciendo que la cárcel resulte peligrosa para ellos. La rigidez de las normas, la dificultad para controlar sus emociones y conductas, así como los problemas cognitivos, dificultan significativamente la adaptación de esta población al contexto social penitenciario (Haney, 2002).

El entorno penitenciario, por tanto, se caracteriza por la ausencia de vínculos afectivos, supervisión constante, carencia de privacidad, monotonía y frustraciones continuas. Además, se producen reconfiguraciones de valores y relaciones sociales marcadas por la desconfianza y la hostilidad. Para los presos con TMG, estas condiciones no solo complican la adaptación individual, sino que también intensifican las dinámicas interpersonales disfuncionales dentro de los módulos. Estas interacciones problemáticas no son exclusivamente resultado de la sintomatología de los reclusos, sino que se ven reforzadas por el estigma social asociado a la enfermedad mental (Arroyo-Cobo y Ortega, 2007; Calles-Rubiales e Ibáñez, 2020).

Frente a este escenario, se hace evidente la necesidad de diseñar programas individualizados dentro del sistema penitenciario que permitan prevenir los efectos negativos de la prisionización y, al mismo tiempo, ofrecer tratamiento y rehabilitación adecuados. Tales programas deben atender tanto a quienes presentan enfermedad mental antes de ingresar en prisión, como a aquellos que la desarrollan posteriormente como consecuencia de la adaptación al entorno penitenciario. En definitiva, la implementación de estrategias específicas y adaptadas a las necesidades de cada recluso constituye un elemento clave para mitigar el impacto psicológico del encierro y favorecer su salud mental (Calles-Rubiales e Ibáñez, 2020).

## **5.5. INTERVENCIÓN PENITENCIARIA Y REINCIDENCIA**

*“Es preciso conocer al hombre para moralizarlo y civilizarlo”.*  
(Álvarez-Uría, 1983, p. 124).

Las políticas públicas de salud mental contemplan actualmente dos modelos opuestos. Por un lado, se encuentra el paradigma médico-psiquiátrico, que prioriza el tratamiento de las personas con trastornos mentales, y, por otro, la perspectiva de protección social, que fundamenta sus intervenciones en la evaluación del potencial riesgo asociado a dichos individuos. En el caso de la población penitenciaria con TMG, esta dualidad se ve agravada por factores altamente estigmatizantes, ya que la combinación de psicopatología y la implicación en conductas delictivas intensifica los procesos de exclusión social (Iñigo et al., 1999).

Históricamente, el abordaje de estas conductas ha evolucionado de manera significativa. Según Álvarez-Uría (1983), durante el siglo XIX las conductas agresivas

manifestadas por personas con enfermedad mental eran abordadas mediante intervenciones violentas, como el uso de camisas de fuerza, orientadas a garantizar su sometimiento. En contraste, en la actualidad, la intervención en prisiones ordinarias se centra principalmente en el tratamiento farmacológico y, en algunos casos, en el ingreso permanente en módulos de enfermería. Otras modalidades terapéuticas como la cognitiva-conductual, social o familiar son olvidadas (Iñigo et al., 1999; Sánchez Monge, 2014). Esto ocurre a pesar de que tanto la Ley Orgánica General Penitenciaria como su Reglamento establezcan explícitamente que las personas privadas de libertad deben recibir una asistencia sanitaria equiparable a la que se ofrece fuera de los centros de reclusión (Sánchez Monge, 2014).

Valverde (1991) propone distintos niveles de intervención. En primer lugar, la intervención previa a la institucionalización, de carácter preventivo, que busca proporcionar un entorno seguro y satisfactorio. En segundo lugar, la intervención durante el encierro penitenciario, que diferencia dos tipos de subniveles: inadaptación objetiva y subjetiva. La primera se refiere a la inadaptación a la ley y a los medios legítimos para conseguir objetivos, generando una presión social y una situación carencial vital que lleva al individuo a cometer el delito. El problema que se encuentra en este nivel de intervención es que “no se puede educar para la sociabilidad aislando al individuo de la relación social” (p. 65). La inadaptación subjetiva, por su parte, representa un desafío mayor, ya que la conducta del recluso se encuentra más desviada hacia lo delictivo, y la intervención se centra en minimizar o posponer los efectos de la prisionización que inevitablemente sufrirá el recluso.

En paralelo, se han desarrollado numerosos programas penitenciarios y medidas alternativas adaptadas a los distintos grados de cumplimiento, que incluyen intervenciones terapéuticas, educativas, preventivas y orientadas a la reinserción social para una amplia variedad de perfiles y problemáticas. Sin embargo, su eficacia continúa siendo objeto de debate en la literatura, ya que no existe un consenso claro sobre el alcance real de su impacto en la población reclusa. Con todo, sí parece haber un consenso sobre los tratamientos que más éxito tienen, siendo aquellos basados en un enfoque cognitivo-conductual, estructurados en dinámicas grupales y con una duración que suele oscilar entre seis meses y dos años. Ahora bien, más allá del modelo de intervención aplicado durante el internamiento, un factor determinante en la reducción de la

reincidencia es la adecuada preparación para la puesta en libertad y el análisis del contexto social al que la persona regresa tras su excarcelación (García López, 2019).

En la práctica, la intervención con personas con TMG sigue siendo insuficiente, lo que repercute directamente en su situación social, aumentando el estigma y la marginalización, factores que incrementan significativamente el riesgo de reincidencia (Cerezo y Díaz, 2016). En este contexto, la prevención de nuevas conductas delictivas se vincula directamente con una correcta derivación que garantice la continuidad del proceso terapéutico en un recurso asistencial adecuado, lo que implica no solo planificar el tránsito a la libertad mediante un análisis riguroso del entorno al que regresará la persona, sino también favorecer activamente la adherencia al tratamiento como condición esencial para mantener la estabilidad clínica (Arroyo-Cobo, 2011). Una intervención ajustada a las necesidades del paciente permitiría reducir de forma considerable la probabilidad de repetir conductas delictivas y, en consecuencia, de reingresar en prisión (Arroyo-Cobo, 2014). Sin embargo, la discontinuidad del cuidado sociosanitario tras la excarcelación sigue siendo una realidad frecuente entre los reclusos con TMG, lo que favorece trayectorias de reincidencia progresivamente más graves y consolida dinámicas de exclusión difíciles de revertir (Calcedo-Barba et al., 2023).

A las dificultades estructurales en la continuidad asistencial se suman factores clínicos propios del TMG que complejizan aún más la intervención. Entre ellos destaca la ausencia de consciencia de la enfermedad, conocida clínicamente como anosognosia, la cual obstaculiza de manera significativa la adherencia al tratamiento (García-Andrade et al., 2017). En este contexto, resulta frecuente que la interrupción o el abandono del tratamiento farmacológico se asocien, en algunos casos, a la comisión de conductas delictivas por parte de personas con enfermedad mental (Arroyo-Cobo, 2011).

Si bien no existen evidencias concluyentes que establezcan una relación directa entre los trastornos mentales y la conducta delictiva, la presencia de un trastorno mental puede favorecer comportamientos cuando concurren contextos de inestabilidad, vulnerabilidad social, estigma y exclusión. En determinados casos, además, la propia sintomatología psiquiátrica puede incidir de forma más directa en la comisión del delito (Arroyo-Cobo, 2011; Revelles, 2019). En esta línea, el estudio PRECA (2011) puso de manifiesto la elevada interacción de esta población con el sistema judicial: cerca del 60% de los participantes había tenido contactos previos en forma de detenciones o procesos

judiciales; el 54% presentaba conductas reincidentes y un 18% había ingresado en prisión en más de cuatro ocasiones, configurando perfiles de multirreincidencia. En cuanto a la tipología delictiva, los delitos más comunes fueron los robos, seguidos por el tráfico de sustancias estupefacientes, siendo frecuente que algunos de los usuarios hubieran cometido más de un delito. Asimismo, se estimó que un 7% de la población había estado implicada en asesinatos y homicidios tanto consumados como en grado de tentativa.

A la luz de estos datos, la reincidencia se intensifica especialmente cuando coexisten un trastorno mental y un trastorno de abuso de sustancias, condición conocida como patología dual (Arroyo-Cobo, 2011). En este sentido, Zabala (2015) señala que el trastorno psicótico inducido por sustancias presenta las tasas más altas de reincidencia, seguido del trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, lo que refuerza la idea de que la patología dual constituye un factor de riesgo relevante. Esta mayor reincidencia se relaciona con la frecuencia de recaídas y la tendencia al abandono de los tratamientos, circunstancias que dificultan la estabilidad clínica y favorecen nuevas conductas delictivas (Calcedo-Barba et al., 2023). En consecuencia, el riesgo de reincidir aumenta no solo en situaciones de consumo de sustancias, sino también bajo la influencia de otros factores asociados, como variables sociodemográficas, el historial de arrestos y antecedentes penales, los rasgos de personalidad premórbida y la escasa adherencia al tratamiento psiquiátrico y psicológico (Zabala, 2015).

A estas circunstancias se suman factores de riesgo comunes a las personas con TMG que inciden en su reincidencia, como la precariedad de su contexto social, económico y familiar. Además, estos reclusos suelen enfrentarse a juicios rápidos con defensas poco preparadas y, en consecuencia, a largas condenas que dificultan su recuperación (Calcedo-Barba et al., 2023). Al recuperar la libertad, se enfrentan a otro desafío importante: la reintegración social. Resulta un desafío ya que, en muchos casos, la familia constituye el único apoyo disponible para su cuidado. En este sentido, los órganos judiciales suelen solicitar informes que acrediten los vínculos familiares, los cuales a menudos resultan inviables, especialmente cuando el delito se ha producido en el propio entorno doméstico (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias y Equip Vincles Salut, 2011). Por el contrario, cuando sí existe apoyo familiar, la reintegración es mucho más adaptativa. Sin embargo, esta situación no es la más frecuente, lo que dificulta aún más el proceso de inclusión social de estas personas (Rodríguez Rodríguez, 2017).

En este contexto de escaso apoyo familiar, los servicios sociosanitarios de las distintas comunidades autónomas suelen mostrar reticencias para hacerse cargo de pacientes que proceden de fuera de su territorio, amparándose habitualmente en la falta de recursos residenciales de media y larga estancia. En consecuencia, existe una notable carencia de recursos externos que garanticen la continuidad asistencial de las personas con trastorno mental (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias y Equip Vincles Salut, 2011).

De acuerdo con Revelles (2019) “la falta de centros residenciales terapéuticos condiciona la entrada y la permanencia de las personas con TMG en los centros penitenciarios” (p. 113). Esta carencia de recursos genera un profundo desamparo y exclusión, que a su vez favorece procesos de criminalización. Una vez dentro del sistema jurídico-penal, resulta muy difícil salir, produciéndose entradas y salidas constantes, fenómeno conocido como “puerta giratoria”. La escasez de recursos residenciales genera una fuerte demanda de alojamiento, lo que desencadena en múltiples problemas: la ausencia de un domicilio estable impide el empadronamiento; sin empadronamiento, no es posible obtener la tarjeta sanitaria; y sin ésta, no se puede acceder a la medicación prescrita. Así, la combinación de no tener un lugar donde vivir y padecer una enfermedad no tratada, sitúa a muchos de ellos en situaciones de exclusión extrema, que a menudo deriva en la reincidencia. Paradójicamente, las mismas condiciones de vulnerabilidad que les condujeron a la prisión tienden a agravarse una vez que salen de ella (Rodríguez Rodríguez, 2017).

Se puede concluir, por tanto, que la entrada de personas con TMG en el sistema penal y penitenciario es, en gran medida, consecuencia de la insuficiencia de recursos comunitarios adecuados de salud mental (Zabala, 2015). Esta carencia estructural, sumada al contexto penitenciario, evidencia que las prisiones representan un fracaso, tanto en términos de intervención como en la prevención de la reincidencia (Longoria, 2014; Valverde, 1991). Los datos lo confirman: la reincidencia promedio en España se sitúa entre el 50 y 60% (Longoria, 2014). Por ello, resulta clave garantizar la atención psiquiátrica durante el encierro y la continuidad asistencial tras la salida, con el fin de favorecer la reinserción social y reducir la reincidencia (Calcedo-Barba et al., 2023).

Frente a esta problemática, algunos autores proponen alternativas que trascienden el modelo penitenciario tradicional. Valverde (1991), por ejemplo, propone la creación

de prisiones alternativas que no reproduzcan las características de los centros actuales, enfatizando que “para poder intervenir en la prisión, es necesario abrirla” (p. 66), en el sentido de que mantener el vínculo del recluso con su entorno social resulta fundamental para su tratamiento. Por su parte, Pérez y Hernández (2022) cuestionan que las personas con enfermedad mental permanezcan en prisión y proponen separarlas, implementando intervenciones que identifiquen y reduzcan los factores de riesgo asociados con la violencia y la reincidencia delictiva. Según estos autores, la presencia de un trastorno mental y su tratamiento no son los elementos de vulnerabilidad más importantes a intervenir, sino las carencias socioeconómicas, las dificultades de vivienda y la escasez de oportunidades vitales que enfrentan al salir de prisión. Sin embargo, este tipo de propuestas genera una gran cantidad de críticas que, en ocasiones, puede generar el efecto contrario, reforzando la idea del aislamiento de las personas con TMG en las cárceles.

## **6. DISCUSIÓN**

La literatura coincide en señalar que el TMG presenta una prevalencia significativamente superior en el medio penitenciario en comparación con la población general (Etxebarria et al., 2024; Marín-Basallote y Navarro-Repiso, 2012; Pallarés y Utrera, 2022; Vicens et al., 2011). Diversos estudios evidencian que los trastornos mentales en prisión multiplican cinco veces las cifras de la población comunitaria (Hava, 2021; Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2018; Zabala 2015). En el caso específico del TMG, aunque en prisiones ordinarias su prevalencia se sitúa en torno al 4%, esta proporción supera ampliamente la registrada en la población general (Hava, 2021). Datos de la OMS (2023) refuerzan esta sobrerrepresentación al señalar que aproximadamente un 32,75% de las personas reclusas en Europa ha sido diagnosticada con algún trastorno mental, frente al 13,10% en población general. En conjunto, estos resultados reflejan que el sistema penitenciario concentra un elevado número de personas con TMG, lo que apunta a limitaciones estructurales tanto en la red comunitaria de salud mental como en los propios recursos penitenciarios, contribuyendo a una sobrerrepresentación sostenida de esta población en prisión.

Ahora bien, para comprender esta realidad actual, resulta necesario atender a su evolución histórica. La historia de la psiquiatría penitenciaria muestra la constante tensión entre castigo, control social y tratamiento. Desde el siglo XVI, la “locura” y el delito quedaron vinculados a la privación de libertad y, aunque las reformas humanitarias

impulsadas por autores como Howard, Beccaria y Bentham promovieron una cierta humanización del sistema penal (Garrido, 1983), los “locos delincuentes” permanecieron recluidos en prisión sin una diferenciación específica. Posteriormente, durante el siglo XIX y el franquismo, el encierro se caracterizó por la precariedad, el hacinamiento y un marcado control disciplinario (Álvarez-Uría, 1983; Roldán, 1989). No será hasta la Constitución de 1978 que se avance hacia la atención comunitaria y la integración sanitaria. No obstante, la sobreocupación crónica en los centros penitenciarios y otras limitaciones estructurales han dificultado la consolidación efectiva de un modelo terapéutico (Hava, 2021; Revelles, 2019).

Actualmente, la atención a personas con TMG en el sistema penitenciario español se centra en dos Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios, ubicados en Alicante y Sevilla. Sin embargo, no todas las personas con este diagnóstico acceden a ellos, ya que el ingreso depende de criterios judiciales, de la disponibilidad de plazas y de que el trastorno mental haya sido detectado durante el proceso penal (Barrios, 2007; Calcedo-Barba et al., 2023; Marín-Basallote y Navarro-Repiso, 2012). Aunque estos centros trabajan con equipos multidisciplinares desde un enfoque terapéutico, siguen teniendo limitaciones y restricciones propias del entorno penitenciario (Cerezo y Díaz, 2016; Secretaría General de Instituciones Penitenciarias y Equip Vincles Salut, 2011). Por ello, su idoneidad es objeto de debate, aunque continúan considerándose necesarios ante la falta de alternativas en la comunidad (Calcedo-Barba et al., 2023; Hava, 2021; Pérez y Hernández, 2022). En los centros penitenciarios ordinarios, el PAIEM ofrece una atención estructurada que puede mejorar el pronóstico de sus participantes, pero también presenta problemas de recursos, coordinación y participación familiar (Argudo-Palacios et al., 2021; García López, 2019; Sanz et al., 2024). En definitiva, aunque se han producido grandes avances, siguen existiendo limitaciones estructurales y tensiones entre la dinámica penitenciaria y el enfoque terapéutico.

De manera general, la prisión ejerce un profundo impacto psicológico y social en los reclusos, fenómeno conocido como institucionalización penitenciaria. Clemmer (1958) introdujo el concepto de “prisionización” para explicar cómo la cultura carcelaria moldea las actitudes y las conductas de los presos. Posteriormente, Haney (2002) amplía esta idea al describir efectos comunes de la prisión como dependencia, desconfianza, alineación y estrés postraumático. En la misma línea, Valverde (1991) destaca los efectos somáticos y psicosociales del encierro, como alteraciones sensoriales, pérdida de control

y debilitamiento de vínculos externos. En el caso de las personas con TMG, la cárcel actúa como un factor de riesgo que puede agravar la sintomatología de la enfermedad mental, dificultar la rehabilitación y condicionar la atención clínica (Arroyo-Cobo y Ortega, 2007; Sant et al., 2014). Además, el estigma hacia esta población condiciona las dinámicas interpersonales en el entorno penitenciario, incrementando su vulnerabilidad. Por ello, existe la necesidad de implementar programas individualizados que mitiguen los efectos de la prisionización y garanticen tratamiento y rehabilitación, tanto para quienes ingresan con trastorno mental como para quienes lo desarrollan durante el encierro (Calles-Rubiales e Ibáñez, 2020).

En este sentido, la intervención penitenciaria en personas con TMG enfrenta un debate entre enfoques centrados en el tratamiento médico-psiquiátrico y aquellos orientados a la gestión del riesgo social y la protección (Iñigo et al., 1999). Históricamente, las respuestas institucionales eran coercitivas y violentas (Álvarez-Uría, 1983) y, aunque en la actualidad esta situación se ha superado, predomina el tratamiento farmacológico, con escasa atención a terapias psicológicas o sociales (Sánchez Monge, 2014). Valverde (1991) propone adaptar la intervención según la inadaptación del recluso, mientras que García López (2019) destaca la importancia de preparar la llegada de la libertad y considerar el entorno social para que los programas sean efectivos y contribuyan a reducir la reincidencia. De hecho, factores como la patología dual, la anosognosia, la discontinuidad en la atención y la falta de recursos comunitarios aumentan la probabilidad de reincidencia delictiva y de exclusión social (Arroyo-Cobo, 2011; Calcedo-Barba et al., 2023; Revelles, 2019; Rodríguez Rodríguez 2017; Zabala, 2015). Para enfrentar estas dificultades, se han propuesto prisiones alternativas que mantengan los vínculos sociales (Valverde, 1991), así como separar a las personas con enfermedad mental del sistema penitenciario, abordando factores socioeconómicos y de vulnerabilidad más que la patología en sí, lo que podría disminuir la reincidencia y favorecer la integración social (Pérez y Hernández, 2022).

En conclusión, la atención a hombres con TMG en las prisiones ordinarias españolas parece ser insuficiente y fragmentaria, lo que deteriora su pronóstico y favorece la reincidencia. Aunque existen Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios en Alicante y Sevilla, así como programas como el PAIEM, factores como la sobreocupación, la rigidez del sistema, la falta de continuidad terapéutica y la escasez de personal profesional limitan su eficacia (Argudo-Palacios et al., 2024; Barrios, 2007; Calcedo-Barba et al., 2023). La

prisionización e institucionalización afectan especialmente a esta población, aumentando la falta de autoestima, el estrés postraumático y la alienación (Clemmer, 1958; Haney, 2022; Valverde, 1991). Además, la reincidencia y el pronóstico no depende sólo de la enfermedad mental, sino de la falta de apoyos socioeconómicos, residenciales y comunitarios, evidenciando que la insuficiencia de recursos especializados en el sistema penitenciario es un factor clave en el ciclo de criminalización y exclusión (Pérez y Hernández, 2022).

## **7. CONCLUSIONES**

El presente trabajo permite formular diversas conclusiones. En relación con el objetivo general, se constata que los recursos actuales resultan insuficientes para garantizar una rehabilitación efectiva y frenar el ciclo de exclusión social que afecta a los hombres con TMG en el sistema penitenciario.

En cuanto a los objetivos específicos, en primer lugar, respecto a la conceptualización del TMG y su prevalencia, se concluye que éste, definido por criterios clínicos, presenta en las prisiones ordinarias españolas una prevalencia aproximada del 4%, cifra significativamente superior a la de la población general. Este dato pone de manifiesto la especial vulnerabilidad de este colectivo.

En relación con el segundo objetivo, centrado en la contextualización histórica de la relación entre enfermedad mental y sistema penitenciario, se observa que el modelo ha evolucionado desde planteamientos basados en la exclusión y el castigo hacia un enfoque orientado a la reinserción. No obstante, persisten tensiones estructurales que dificultan la adopción de un abordaje plenamente terapéutico.

Respecto al tercer objetivo, orientado al análisis de las consecuencias de la institucionalización penitenciaria en esta población, se comprueba que los efectos de la prisionización deterioran de forma significativa la salud mental de estos hombres, agravando su sintomatología debido a la dureza y las dinámicas propias del entorno carcelario.

En cuanto al cuarto objetivo, relativo a la descripción de los recursos disponibles para la atención en salud mental en el ámbito penitenciario, aunque el programa PAIEM y los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios de Alicante y Sevilla proporcionan una

atención especializada necesaria, su eficacia se ve limitada por la sobreocupación, la rigidez normativa y la falta de personal.

Por último, en relación con el objetivo de explorar las dificultades derivadas de la insuficiencia de tratamiento psiquiátrico y su pronóstico, se concluye que la falta de continuidad en el tratamiento y la ausencia de redes de apoyo comunitarias tras la puesta en libertad generan un efecto de “puerta giratoria”, que vincula un pronóstico clínico desfavorable con elevadas tasas de reincidencia.

A su vez, el presente trabajo presenta varias limitaciones que deben considerarse al interpretar sus resultados. En primer lugar, se trata de una revisión bibliográfica de carácter cualitativo que no incluye datos empíricos propios, por lo que el análisis depende de la calidad y disponibilidad de los estudios previos consultados. Además, existe una falta de datos recientes y homogéneos en el ámbito penitenciario español que dificulta un análisis más preciso de la situación actual. Asimismo, el estudio se centra en una población muy concreta, exclusivamente en hombres con TMG en prisiones ordinarias españolas, lo que restringe la generalización de las conclusiones a otros colectivos, como mujeres o personas recluidas en otro tipo de centros penitenciarios.

Desde una perspectiva científica y criminológica, este trabajo aporta evidencia sobre cómo la insuficiencia de recursos especializados, la fragmentación de la atención sanitaria y la falta de redes de apoyo contribuyen al ciclo de criminalización y exclusión de los hombres con TMG. Conecta con debates sobre el abolicionismo de la prisión y la necesidad de replantear el sistema penal, mostrando que la cárcel no solo limita la libertad de movimiento, sino que puede agravar la vulnerabilidad y perpetuar la reincidencia. La investigación refuerza la idea de que el tratamiento de la enfermedad mental debe integrarse con intervenciones sociales, económicas y residenciales, para promover una reinserción efectiva.

Por otro lado, es importante subrayar que este trabajo no pretende sugerir una relación causal entre la enfermedad mental y la criminalidad o la reincidencia delictiva. Por el contrario, los resultados del análisis muestran que la presencia de un trastorno mental no constituye, por sí sola, el principal factor explicativo de la reincidencia. Más bien, los elementos de mayor vulnerabilidad se sitúan en el ámbito socioeconómico y estructural, como la precariedad económica, la falta de apoyo social y familiar, las

dificultades de acceso a la vivienda y la escasez de oportunidades laborales y sociales tras la salida de prisión.

En cuanto a futuras líneas de investigación, resulta fundamental evaluar empíricamente la eficacia de programas como el PAIEM y el Programa Puente en términos de pronóstico clínico, continuidad del tratamiento y reincidencia delictiva en la actualidad. En este sentido, es necesario explorar la coordinación entre los recursos penitenciarios y comunitarios de salud mental, así como las barreras estructurales que dificultan la reinserción. Asimismo, sería pertinente analizar si la intervención penitenciaria se orienta principalmente hacia un modelo médico o hacia un enfoque biopsicosocial, evaluando cómo esta orientación influye en los resultados clínicos y sociales. En conjunto, estas líneas de investigación permitirían también cuestionar la idoneidad de la prisión como destino para personas con TMG, explorando alternativas comunitarias que permitan una reinserción efectiva en la sociedad y garanticen un tratamiento y seguimiento adecuados.

Finalmente, el presente trabajo pone de relieve la relevancia de la criminología para comprender la relación entre la enfermedad mental grave, el sistema penitenciario y los procesos de reinserción social. Desde esta disciplina, es posible analizar cómo el sistema penal responde a colectivos en situación de vulnerabilidad, como los hombres con TMG, y cómo estas respuestas pueden influir en fenómenos como la exclusión social o la reincidencia delictiva. En este sentido, los resultados ponen de manifiesto la necesidad de desarrollar políticas sociales y penales que aborden los factores de riesgo y las condiciones estructurales que influyen en las trayectorias delictivas.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez-Uría, F. (1983). *Miserables y locos. Medicina mental y Orden social en la España del siglo XIX*. Tusquets editores.
- Argudo-Palacios, A., Regueira-Fuenteseca, A. L., Gallego-Fernández, L. y Sadek-El-Shahat, O. (2024). Explorando la salud mental en prisión: un análisis en el Programa de Atención Integral al Enfermo Mental (PAIEM). *Apuntes de Psicología*, 42(3), 207-216. <https://doi.org/10.55414/pm476w38>
- Arroyo-Cobo, J.M. (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*, 13(3), 100-111. <https://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/13>
- Arroyo-Cobo, J.M. y Ortega, E. (2007). A quality improvement program for mental health care in prison. Evaluation of the results after 6 years (2000-2005). *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 9(1), 15-28. <https://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/87/212>
- Arroyo-Cobo, J.M. (2014). El modelo de atención a los problemas de salud mental en IIPP: una respuesta al debate permanente ¿enfermo o delincuente? *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 12(1), 13-16. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5035591>
- Badia, X. (2020). ¿Hay alternativas a la prisión? *Cristianisme i Justicia. Suplemento del Cuaderno n.220 de CJ*, (225). <https://www.cristianismeijusticia.net/es/hay-alternativas-la-prision>
- Barrios, L.F. (2007). Origen, evolución y crisis de la institución psiquiátrica penitenciaria. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 27(100), 473-500. <https://10.4321/S0211-57352007000200016>
- Barrios, L.F. (2000). Un siglo de psiquiatría penitenciaria. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 2(1), 23-30. <https://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/174/711>

- Basaglia, F. (1972). *La institución negada. Informe de un Hospital Psiquiátrico*. Barral Editores.
- Calcedo-Barba, A., Antón, J. y Ruiz, S.P. (2023). *Libro Blanco sobre la atención sanitaria a las personas con trastornos mentales graves en los centros penitenciarios de España*. Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria y Sociedad Española de Psiquiatría Legal.
- Calles-Rubiales, N. e Ibáñez del Prado, C. (2020). Influencia de la salud mental de los reclusos en el clima relacional de prisiones. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 22(3), 124-134.  
<https://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/603>
- Cerezo, A. y Díaz, D. (2016). El enfermo mental en el medio penitenciario español. *International E-Journal of Criminal Sciences*, 2(10), 1-24.  
<http://www.ehu.es/inecs>
- Clemmer, D. (1958). *The Prison Community*. Rinehart & Company, Inc.
- Conejo, S., Moreno, P., Morales, J. M., Alot, A., García-Herrera, J. M., González López, M. J., Quemada, C., Requena, J. y Moreno, B. (2014). Opiniones de los profesionales del ámbito sanitario acerca de la definición de trastorno mental grave: un estudio cualitativo. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 37( 2), 223-233. <https://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272014000200005>
- Constitución Española (1978). *Boletín Oficial del Estado*.  
[https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/\(1\)/con](https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/(1)/con)
- Dirección General de Instituciones Penitenciarias. (2007). *Estudio sobre salud mental en el medio penitenciario*. Dirección General de Instituciones Penitenciarias, Subdirección General de Sanidad Penitenciaria.
- Etxebarria, X., Martínez, M. y Ollero, J. (2024). *Abordaje resocializador de la enfermedad mental en el sistema penal y penitenciario. Reflexiones a partir de la experiencia navarra*. Servicio de Publicaciones Facultad de derecho Universidad Complutense de Madrid.

- Flores, L. F. (2000). Un siglo de psiquiatría penitenciaria. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 2(1), 23-30.  
<https://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/174/711>
- Foucault, M. (2014). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Siglo Veintiuno Editores.
- Fuentes, M. y Fernández, E. M. (2016). La esquizofrenia en el medio penitenciario. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 36(130), 405-420.  
<https://10.4321/S0211-57352016000200007>
- García-Andrade, R. F., Rendón-Luna, B. S., De Meneses, E. M. T., Martínez, V. V., Ortiz, M. F. B., y Prieto, B. R. (2017). Conducta delictiva en las personas sin hogar con trastorno mental grave. *Revista Española De Medicina Legal*, 44(2), 55-63.  
<https://doi.org/10.1016/j.reml.2017.09.003>
- García López, V. (2019). Programas específicos de tratamiento en las prisiones españolas: control de la agresión sexual, atención integral a enfermos mentales y unidades terapéuticas y educativas. *Revista de Estudios Socioeducativos*, (7), 184-200.  
[http://dx.doi.org/10.25267/Rev\\_estud\\_socioeducativos.2019.i7.13](http://dx.doi.org/10.25267/Rev_estud_socioeducativos.2019.i7.13)
- Garland, D. (2001). *The culture of control: Crime and Social Order in Contemporary Society*. Oxford University Press.
- Garrido, L. (1983). *Manual de ciencia penitenciaria*. Instituto de Criminología de Madrid. Editoriales de Derecho Reunidas, S.A.
- Grandes, A. (2020). *La madre de Frankenstein*. Tusquets Editores.
- Haney, C. (2002). *The Psychological Impact of Incarceration: Implications for Post-Prison Adjustment*. The Urban Institute.
- Hava, E. (2021). Enfermedad mental y prisión: análisis de la situación penal y penitenciaria de las personas con trastorno mental grave (TMG). *Estudios Penales y Criminológicos*, 41, 59-135. <https://doi.org/10.15304/epc.41.6718>

- Instituto Nacional de Estadística. (18 de septiembre de 2025). *Estadística de Condenados: Adultos / Menores, Año 2024*. Instituto Nacional de Estadística. Recuperado el 20 de enero de 2026 de [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176793&=ultiDatos&idp=1254735573206](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176793&=ultiDatos&idp=1254735573206)
- Iñigo, C., Pérez-Cárceles, M.D., Osuna, E., Cabrero, E. y Luna, A. (1999). Perfil clínico y delictivo de los enfermos ingresados en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 1(2), 25-31. <https://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/134>
- Kinderman, P. (2014). *A prescription for psychiatry: Why we need a whole new approach to mental health and wellbeing*. Springer.
- Longoria, M.B. (2014). La Unidad Terapéutica y Educativa de Villabona: un modelo alternativo a la prisión tradicional. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 12(1), 51-58. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5035613>
- López, M., Laviana, M., Saavedra, F. J., y López, A. (2021). Problemas de salud mental en población penitenciaria. Un enfoque de salud pública. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 41(140), 87-111. <https://10.4321/S0211-57352021000200005>
- López, M., Saavedra, F. J., López, A. y Laviana, M. (2016). Prevalencia de problemas de salud mental en varones que cumplen condena en centros penitenciarios de Andalucía (España). *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 18(3), 76-85. <https://idus.us.es/items/c4cb7933-eb60-494c-b288-5bdbdd2ad28f>
- Marín-Basallote, N. y Navarro-Repiso, C. (2012). Estudio de la prevalencia de trastorno mental grave (TMG) en los centros penitenciarios de Puerto I, II y III del Puerto de Santa María (Cádiz): nuevas estrategias en la asistencia psiquiátrica en las prisiones. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 14(3), 80-85. <https://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/311>
- Mora, I. (2007). *Enfermos mentales en las prisiones ordinarias: un fracaso de la sociedad del bienestar*. Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía.

<https://consaludmental.org/centro-documentacion/enfermos-mentales-prisiones-ordinarias/>

Negredo, L. y Pérez, M. (2019). *Intervención y tratamiento de delincuentes en prisión y medidas alternativas*. Editorial Síntesis, S.A.

Novo, M., Pereira, A., Vázquez, M.J. y Amado, B.G. (2017). Adaptación a la prisión y ajuste psicológico en una muestra de internos en centros penitenciarios. *Acción Psicológica*, 14(2), 113-128. <https://doi.org/10.5944/ap.14.2.20784>

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240050860>

Organización Mundial de la Salud. (2023). *Status report on prison health in the WHO European Region 2022*. World Health Organization. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289058674>

Ortiz, A. y Huertas, R. (2018). *Críticas y alternativas en psiquiatría*. Catarata.

Pallarés, J. y Utrera, I. (2022). Salud mental y prisión, difícil encaje. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 42(141), 207-213. <https://10.4321/S0211-57352022000100013>

Pérez, E. y Hernández, M. (2022). Alternativas al encarcelamiento de las personas con problemas de salud mental: experiencias internacionales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 42(141), 251-267. <https://10.4321/S0211-57352022000100016>

Revelles, M. (2019). Personas reclusas con trastorno mental grave: el éxodo tras la reforma psiquiátrica en España. *Revista de Historia de las Prisiones*, (9), 111-134. <http://hdl.handle.net/10498/32939>

Rodríguez Rodríguez, R.M. (2017). Discapacidad psíquica y riesgo de exclusión social. Las personas con enfermedad mental en centros penitenciarios. *Panorama social*, (26), 135-142. <https://www.funcas.es/revista/perspectivas-sobre-las-desigualdades-sociales/>

- Rodríguez Yagüe, C. (2023). Estándares penitenciarios europeos sobre enfermedad mental y privación de libertad. *Revista General de Derecho Penal*, 40(16), 1-84.  
<https://derechopenitenciario.com/publicacion/estandares-penitenciarios-europeos-sobre-enfermedad-mental-y-privacion-de-libertad/>
- Roldán, H. (1988). *Historia de la Prisión en España*. Publicaciones del Instituto de Criminología de Barcelona.
- Sánchez Bursón, J.M. (2001). Los pacientes mentales en prisión. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 21(78), 139-153.  
[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352001000200009&lng=es&nrm=iso](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352001000200009&lng=es&nrm=iso)
- Sánchez Monge, J.M. (2014). FEAFES: 20 años comprometida con la población penal penitenciaria con trastornos mentales, con sus familiares y allegados/as. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 12(1), 59-68.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5035617>
- Sanz, J., Gómez-Pintado, P., Ruiz, A., Pozuelo, F. y Arroyo, J.M. (2014). Programa de Atención Integral al Enfermo Mental en las prisiones españolas (PAIEM). Valoración tras cuatro años de funcionamiento. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 16(3), 91-102.  
<https://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/365>
- Saraceno, B. (2024). La salud mental en el mundo. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 21(1), 98-104.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10014011>
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias y Equip Vincles Salut. (2011). *Guía para la Promoción de la Salud Mental en el Medio Penitenciario*. Ministerio del Interior: Secretaría General Técnica.
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2018). *Informe General 2018: Centro Penitenciario y C.I.S. de Ceuta*. Ministerio del Interior: Secretaría General Técnica.

- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2024). *Informe General 2024: Reforma del Centro Penitenciario El Dueso*. Ministerio del Interior: Secretaría General Técnica.
- Valverde, J. (1991). *La cárcel y sus consecuencias. La intervención sobre la conducta desadaptada*. Editorial Popular, S.A.
- Vicens, E., Tort, V., Dueñas, R.M., Muro, A., Pérez Arnau, F., Arroyo, J.M., Acín, E., De Vicente, A., Guerrero, R., Llunch, J., Planella, R. y Sarda, P. (2011). Informe Prevalencia de Trastornos Mentales en Centros Penitenciarios Españoles (Estudio PRECA). *Criminal Behaviour and Mental Health*, 21(5), 321-332. <https://10.1002/cbm.815>.
- Zabala-Baños, M.C., Segura, A., Mestre-Miquel, C., Martínez-Lorca, M., Rodríguez-Martín, B., Romero, D. y Rodríguez, M. (2016). *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 18(1), 13-23. <https://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/397>
- Zabala, M.C. (2015). *Prevalencia de trastornos mentales en prisión: análisis de la relación con delitos y reincidencia*. [Tesis de doctorado, Universidad Complutense de Madrid]. Biblioteca Complutense.