



---

This is the **published version** of the bachelor thesis:

Roldán Sacasa, Iker; Navarro Villanueva, Carmen, dir. Reflexión crítica sobre el tratamiento de la salud mental en prisión : un elefante en la habitación. 2025. 67 pag. (Grau en Criminologia i Grau en Dret)

---

This version is available at <https://ddd.uab.cat/record/322443>

under the terms of the  license



**TRABAJO FINAL DE GRADO**

JUNIO DE 2025

Autor: Iker Roldán Sacasa

Directora: María Carmen Navarro Villanueva

Curso: 6º del Doble Grado de Criminología y Derecho

**REFLEXIÓN CRÍTICA SOBRE EL TRATAMIENTO  
DE LA SALUD MENTAL EN PRISIÓN.  
UN ELEFANTE EN LA HABITACIÓN.**

**Nº de palabras: 8.489**

*A Gemma Escuder y Judit Deprez, por su tiempo, por ayudarme altruistamente y brindarme una reflexión única sobre el tratamiento de la salud mental en prisión y de nuevo, especialmente a mi coordinadora, María Carmen Navarro Villanueva, por su dedicación, insistencia y revisión de cada pequeño detalle.*

## **LISTA DE ABREVIATURAS:**

Art: Artículo

CE: Constitución Española

Cit.: Citado anteriormente

CP: Código Penal

HPP: Hospital Psiquiátrico Penitenciario

LECrim: Ley de Enjuiciamiento Criminal

LOGP: Ley Orgánica General Penitenciaria

OMS: Organización Mundial de la Salud

PAIEM: Programa de Atención Integral al Enfermo Mental

PSI: Programa de Servicios Individualizados

RP: Reglamento Penitenciario

TMG: Trastorno Mental Grave

## RESUMEN

Uno de los mayores problemas existentes en los centros penitenciarios españoles es la grave situación en la que históricamente se han encontrado las personas con problemas de salud mental internadas en ellos. La salud mental en el ámbito penitenciario ha sido objeto de numerosos estudios en España. Sin embargo, es preciso un análisis de la misma desde el punto de vista criminológico. En efecto, según analizaré, la salud mental sigue siendo un grave problema en los centros penitenciarios españoles puesto que no se ofrece un tratamiento consistente, coherente y garante de los principios de reinserción y reeducación social exigidos por la Constitución (art. 25.2 CE).

Sin duda, las prisiones no son el lugar idóneo para una persona con problemas de salud mental. Estas personas deberían cumplir medidas de seguridad en un lugar distinto, de acuerdo con una normativa que garantice sus derechos, con los recursos adecuados y pudiendo seguir una evolución en sus tratamientos. Sin embargo, mientras la situación no cambie y dada la situación actual, caracterizada por la amplia sobrerrepresentación de personas con problemas de salud mental en las prisiones españolas, debería ofrecerse alguna solución a estas personas. Este será el objetivo principal del trabajo.

**Palabras clave:** Salud mental, medidas de seguridad, problemas, derecho penitenciario, criminología, prisión, Cataluña, centros psiquiátricos, medidas alternativas

## ABSTRACT

*One of the biggest problems in Spanish prisons is the serious situation in which people with mental health problems have historically found themselves interned in them. Mental health in prisons has been the subject of numerous studies in Spain. However, it is necessary to analyse it from a criminological point of view. Indeed, as I will analyse, mental health continues to be a serious problem in Spanish penitentiary centres, since there is no consistent, coherent treatment that guarantees the principles of reinsertion and social re-education required by the Constitution (art. 25.2 CE).*

*Undoubtedly, prisons are not the ideal place for a person with mental health problems. These people should serve security measures in a different place, in accordance with*

*regulations that guarantee their rights, with adequate resources and being able to follow an evolution in their treatment. However, as long as the situation does not change and given the current situation, characterised by the large over-representation of people with mental health problems in Spanish prisons, some solution should be offered to these people. This will be the main objective of the paper.*

**Keywords:** *Mental health, security measures, problems, penitentiary law, criminology, prison, Catalonia, psychiatric centres, alternative measures.*

## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN .....	7
1.1 TEMA Y RELEVANCIA CRIMINOLÓGICA.....	7
1.2 FINALIDAD Y OBJETIVOS .....	11
1.3 MODALIDAD DE TRABAJO Y METODOLOGÍA .....	11
2. MARCO TEÓRICO.....	12
2.1 LEGISLACIÓN PENITENCIARIA Y SALUD MENTAL.....	14
2.1.1 Medidas de seguridad.....	18
2.2 LA SALUD MENTAL EN PRISIÓN .....	18
2.2.1 Las dificultades del abordaje de problemas de salud mental en prisión .....	18
2.2.2 El Programa de Atención Integral al Enfermo Mental (PAIEM) en el resto de España. ....	20
3. ANÁLISIS DEL MODELO CATALÁN .....	22
3.1 MODELO DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL PENITENCIARIA EN CATALUÑA .....	22
4. DISCUSIÓN Y PROPUESTAS DE MEJORA .....	25
4.1 CONCLUSIONES.....	25
4.2 PROPUESTAS DE MEJORA .....	27
4.2.1 Aplicación efectiva de la normativa existente.....	27
4.2.2 Educación sobre salud mental en el contexto penitenciario.....	29
4.2.3 Aumento de los recursos .....	30
4.2.2 Romper con los prejuicios y estereotipos hegemónicos.....	31
4.2.5 Cambio del enfoque de la intervención penitenciaria .....	32

LIMITACIONES Y POSIBLES LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN .....	33
REFERENCIAS .....	34
ANEXOS .....	40
ANEXO I. ENTREVISTA A GEMMA ESCUDER Y JUDIT DEPREZ .....	40
ANEXO 2. SALUD MENTAL Y DROGODEPENDENCIA .....	58
ANEXO 3. HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS PENITENCIARIOS .....	60
ANEXO 4. CLASIFICACIÓN PENITENCIARIA Y PIT .....	62
ANEXO 5. RÉGIMEN DE CUMPLIMIENTO .....	62
ANEXO 6. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LAS COMPETENCIAS EN MATERIA PENITENCIARIA DE CATALUNYA.....	64
ANEXO 7. DIAGRAMA PROGRAMA PAIEM .....	66



## 1. INTRODUCCIÓN

### 1.1 TEMA Y RELEVANCIA CRIMINOLÓGICA

El tema seleccionado para la realización del presente TFG es el tratamiento la salud mental en los centros penitenciarios españoles. La pregunta más decisiva que deberíamos hacernos es la de ¿debe un enfermo mental estar en prisión? El título propuesto hace referencia precisamente a una expresión metafórica inglesa<sup>1</sup> cuyo significado apunta a aquellas cuestiones evidentes pero que son ignoradas o simplemente evitadas, a pesar de su incuestionable presencia o relevancia.

Los enfermos mentales siempre han sido un grupo de ciudadanos en situación de desventaja. Esa desventaja originaria ha contribuido, sin duda, a su ingreso en prisión y su posterior encarcelamiento que, a su vez, agrava su desprotección y les inclina hacia la recaída en el delito, y en no pocos casos, intermitentemente a su continuidad en el circuito penitenciario (Mata y Montero, 2021). A pesar de la ausencia de datos concretos que muestren los porcentajes de reincidencia en España de las personas con problemas de salud mental, la literatura recientemente ha expuesto como las personas privadas de libertad que presentan trastornos psicóticos enfrentan un aumento del 40% en las tasas de reincidencia en comparación con aquellas que no adolecen de problemas de salud mental (Lamberti et al., 2020; Weatherburn et al., 2021 en Argudo et al., 2024).

De una forma más específica, Capdevila et al. (2023) también mostraron que, en relación a determinados delitos, como los delitos sexuales, si existe problemática mental, la reincidencia es más elevada (28,6% tienen trastornos mentales graves y casi un 43% trastornos de personalidad). Incluso en el Informe sobre la Salud Mental en prisiones elaborado por la sección sindical estatal de CCOO en Instituciones Penitenciarias se llega a afirmar que hasta más del 80% de los “enfermos” sometidos a medidas de seguridad son reincidentes, asociándose dicha alta tasa de reincidencia con la denominada patología dual, esto es, la presencia de enfermedad mental juntamente con el Trastorno por Uso de Sustancias Psicoactivas (Sintas, 2023).

La problemática se ha vuelto más patente en los últimos años, ya sea por la sobreocupación existente en los dos únicos Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios que existen en España, como se mostrará, o por el aumento crónico de internos, enfermos

---

<sup>1</sup> “The elephant in the room” o “el elefante en la habitación”

mentales, que se encuentran en los centros penitenciarios de cumplimiento ordinario sin recibir el tratamiento adecuado a su enfermedad (García, 2021).

Desde el punto de vista de la salud mental, las personas que presentan en prisión problemas en relación a la misma deben tener a su alcance una atención sanitaria adecuada contando con, al menos, las mismas condiciones que en el caso de no encontrarse privados de libertad (Mata y Montero, 2021). Sin embargo, la doctrina no ha dejado de denunciar que las largas estancias en prisión de personas con problemas de salud mental acrecientan sus niveles de depresión, ansiedad fóbica e ideación paranoide (C. Molina, V. Lara, R. Pérez y D. López, 2021). También se ha puesto de relieve un aumento de las tasas de suicidio (Fruehwald, 2003 en Ordóñez y Ruiz, 2008). Pese a tales denuncias, Capdevila et al. (2023) exponen que los programas de salud mental son los menos utilizados en las prisiones catalanas y en los que se invierte un menor número de horas.

#### Imagen 1. Horas invertidas en actividades en prisión.

Horas invertidas en...	Media	Desviación estándar	Media	Máximo en jornadas de 7h	Máximo en semanas
Actividades globales del centro y tratamiento especializado	647,0	1.061,2	221,5	1.375	275
Animación sociocultural	132,1	250,3	44,0	547	109
Actividades operario/auxiliar de oficina	541,2	805,6	248,0	1.096	219
Educación reglada	129,7	219,6	61,0	410	82
Actividades deportivas	181,5	318,3	65,0	477	95
Formación ocupacional	305,2	429,4	131,0	674	135
Educación emocional y control impulsos	72,8	187,2	27,0	409	82
Programas de tráfico	87,6	157,4	36,0	224	45
Programas de conductas adictivas	105,5	219,8	31,0	185	37
Programas de salud mental	52,4	104,4	25,0	298	60

Fuente: Capdevila et al. (2023). Tasa de reincidencia penitenciaria 2020. CEJFE

La relevancia criminológica del tema expuesto es indudable y así es mostrado por numerosos estudios. Por ejemplo, Añaños et al., en el año 2017 ya exponían, de acuerdo con los datos proporcionados por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, que más del 25% de personas en prisión tenían problemas de salud mental en prisión. Por otro lado, el Grupo de Prevalencia de Trastornos Mentales en Cárceles (PRECA) en el

año 2011 realizó un estudio que obtuvo que el 84,4% de la población reclusa española padecía de al menos un trastorno mental. Otro equipo que trabaja el tema es el Grupo de Trabajo sobre Salud Mental en Prisión (GSMP) que en el mismo año 2011 indicaba una prevalencia del 37,5%, encontrándose entre el 4% y 6% con un proceso mental grave. APDHA3 (2007) afirma que el 40% presenta trastornos mentales y de personalidad, de los cuales hasta el 8% tiene enfermedad mental grave.

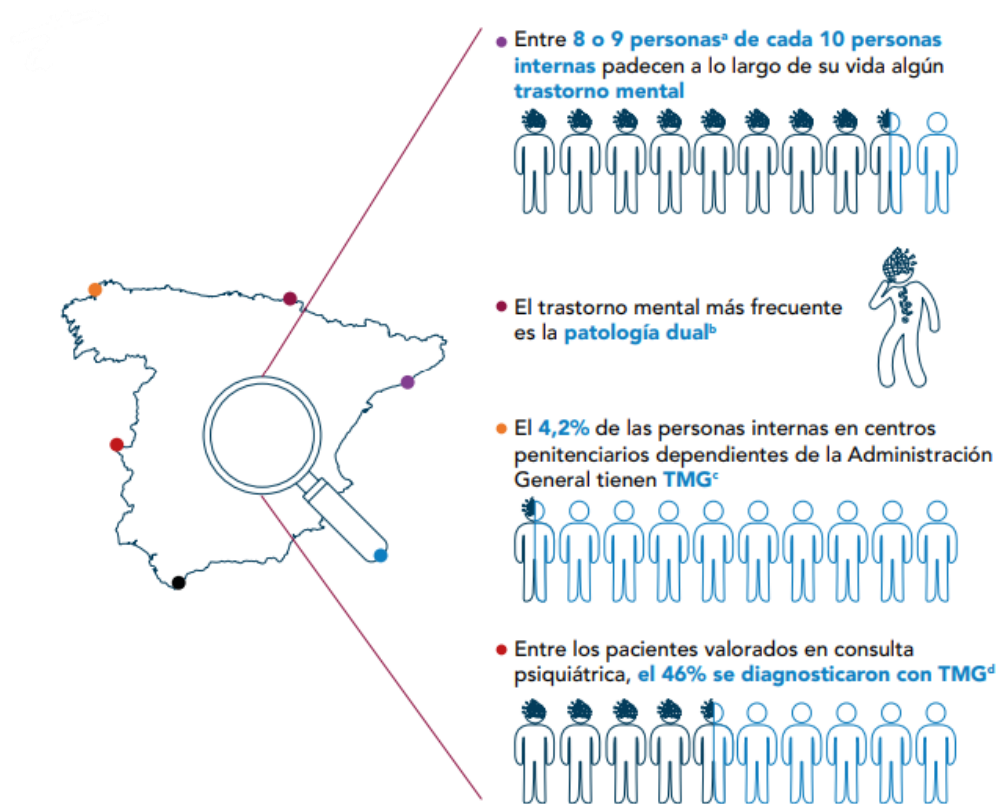
Estudios más recientes han expuesto que la prevalencia de trastornos mentales a lo largo de la vida de la persona interna en prisión varía entre 82,6% (López et al., 2016) y 90,2% (Zabala, 2016). Además, el Informe General de Instituciones Penitenciarias del 2022 muestra como la patología dual está presente hasta en el 81,6% de los internos. En la misma línea que Zabala, el informe realizado el año 2022 por el Observatorio de Derechos Humanos, salud mental y prisión afirma que el trastorno mental en personas de las prisiones españolas tiene una prevalencia vida de hasta un 90%. A su vez, en el año 2020, un estudio epidemiológico realizado en 3 centros penitenciarios de la Comunidad Valenciana<sup>2</sup> se evidenció que de 1328 internos el 81,6% tenía un trastorno dual<sup>3</sup> y hasta el 68,2% tenía un trastorno de personalidad (Arnau et al., 2020).

---

<sup>2</sup> Los 3 centros analizados fueron Castellón-I, Castellón-II y Valencia-II)

<sup>3</sup> Como se ha indicado anteriormente, el trastorno dual implica la presencia de enfermedad mental juntamente con el Trastorno por Uso de Sustancias Psicoactivas.

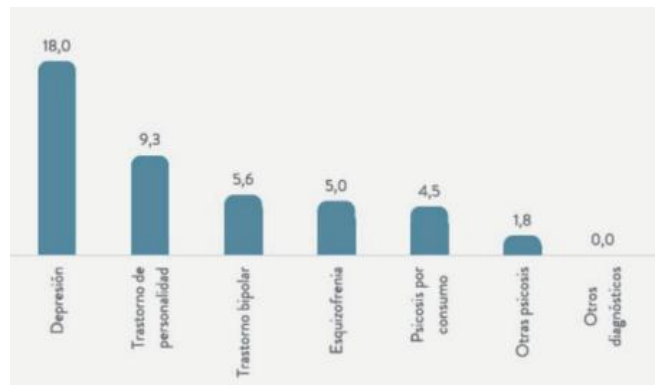
## Imagen 2. La salud mental en la población penitenciaria en los centros penitenciarios españoles



Fuente: Fuente: Calcedo, A., Antón, J., Paz, S. (2023). Libro blanco sobre la atención sanitaria a las personas con trastornos mentales graves en los centros penitenciarios de España.

Otros estudios, en cambio, exponen tasas más bajas. En España, el número de personas internas asciende a más de 55.000 y según los datos de la Encuesta sobre Salud y Consumo de Drogas de Población Interna en Instituciones Penitenciarias (Ministerio de Sanidad, 2022), el 34.8% refiere haber sido diagnosticada alguna vez en su vida de un trastorno mental.

**Imagen 3. Prevalencia de enfermedades mentales entre la población penitenciaria (%). España. 2022**



Fuente: Encuesta sobre Salud y consumo de Drogas en población interna en Instituciones penitenciarias. ESDIP 2022

## **1.2 FINALIDAD Y OBJETIVOS**

La finalidad del presente trabajo es resaltar la importancia de la salud mental en el cumplimiento de los objetivos de la pena, cuya orientación ex art. 25.2 CE se enfoca en la rehabilitación y reinserción social de los presos. A tal efecto, entre los objetivos principales se realizará un análisis de la adecuación del modelo organizativo existente en el sistema penitenciario español con la salud mental de los presos. Asimismo, se estudiará exhaustivamente el sistema de atención a la salud mental en los centros penitenciarios en Cataluña. El trabajo pretende, en definitiva, poner de relieve cómo deberían abordarse las psicopatologías de las personas que han cometido delito y, en especial, de aquéllas que acabarán ingresando en un centro penitenciario.

## **1.3 MODALIDAD DE TRABAJO Y METODOLOGÍA**

La metodología escogida implica una revisión bibliográfica sistemática de la doctrina existente en diversas fuentes sobre la posible relación de la salud mental con el tratamiento penitenciario, así como, en su caso, respecto de la reforma de la normativa penitenciaria.

Además, fue realizada una entrevista a finales del 2024 a Gemma Escuder Romeva, psicóloga de la Unidad de Hospitalización y Rehabilitación Psiquiátrica Intensiva de Catalunya (UHRPI-C) que se encuentra en el Centro Penitenciario Brians 2, y a Judit Deprez Molet, psicóloga de los Equipos de Salud Mental y Adicciones (ESMiA) del Centro Penitenciario de Mujeres de Barceloma, del Centro Penitenciario Quatre Camins y de los Centros Educativos de “Els Til·lers” y “Can Llupià”.

Consiguientemente, se adentrará en los derechos de las personas encarceladas, consolidados tanto legal como jurisprudencialmente, su situación en el entorno penitenciario, para acabar planteando las posibles críticas y mejoras en el sistema penitenciario español actual para con las personas encarceladas que padecen problemas de salud mental.

En primer lugar, el trabajo se centrará en analizar la normativa estrictamente penitenciaria como la Ley Orgánica General Penitenciaria (en adelante, LOGP) o el Reglamento Penitenciario (en adelante, RP), así como otras leyes como el Código Penal (en adelante, CP) o la Ley de Enjuiciamiento Criminal (en adelante, LECRIM). Seguidamente, se realizará una aproximación a un término tan complejo como es el de “salud mental”.

A continuación, se procederá a realizar un análisis de todos aquellos aspectos de la realidad penitenciaria que la doctrina ha subrayado como importantes en la relación entre el ámbito penitenciario y las personas con problemas de salud mental, tales como la sobre representación de personas con problemas de salud mental en prisión, su mayor vulnerabilidad en dicho contexto o la sobreocupación de los Hospitales Psiquiátricos.

Finalmente, se expondrá el modelo actual catalán y sus diferencias con el del resto de España finalizando con las conclusiones y una propuesta de cambios y mejoras desde el punto de vista criminológico.

## 2. MARCO TEÓRICO

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) define la **salud mental** como un bienestar que se proyecta tanto sobre dimensiones físicas como mentales y sociales. Un bienestar en el que el individuo es consciente de sus propias capacidades, así como es

capaz de afrontar las presiones y estrés normal de la vida, pudiendo trabajar de forma productiva y fructífera siendo capaz de hacer contribuciones a su comunidad.

Bajo la denominación del tratamiento de la salud mental en prisión en este trabajo no únicamente hacemos referencia a los problemas que han de afrontar aquellas personas que sufren de Trastorno Mental Grave (en adelante, TMG) en prisión, caracterizado por una combinación de alteraciones ya sean en las emociones, conducta, pensamiento o relaciones con los demás (OMS, 2020 en Galán et al., 2021). Las personas que sufren TMG son un grupo de personas que sufre trastornos psiquiátricos graves con alteraciones mentales de duración prolongada, con un grado variable de discapacidad y de disfunción social que hacen que deban ser atendidas por diversos recursos sociosanitarios (IMSERSO, 2022). No obstante, queremos hacer referencia a un abanico mayor, atendiendo a los problemas que deben encarar todos aquellos individuos que se encuentran encarcelados y que adolecen de problemas de salud mental.

La salud mental no necesariamente debe estar vinculada con un diagnóstico grave. La salud mental también se refiere al bienestar emocional (Escuder, 2024). Tal y como señala Deprez (2024), cuando se habla de salud mental debe de acogerse una concepción continua, de algo progresivo, que va del bienestar al completo malestar, encontrándose numerosos estadios intermedios que también implican problemas de salud mental. Esta concepción de la salud mental necesariamente obliga a pensar en que no solo una persona con TMG necesita acompañamiento, sino que hay muchos otros problemas de salud mental que padecen las personas que no han sido diagnosticadas con TMG, como la drogodependencia cuya idiosincrasia será analizada en el ANEXO 2.

Por su lado, el **enfermo mental** es definido por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias como aquel sujeto que tras haber cometido un delito es diagnosticado de un episodio agudo o crónico de trastorno mental (Ministerio del Interior, Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2011).

El contexto penitenciario se caracteriza por la vulnerabilidad y la falta de control de las decisiones de los presos (Zabala, 2017). Esta vulnerabilidad se explica como la experiencia de vivir en la inseguridad y la desesperanza, el rápido cambio social o los riesgos de violencia (OMS, 2004).

## 2.1 LEGISLACIÓN PENITENCIARIA Y SALUD MENTAL

La legislación actual aplicable al sistema penitenciario es la misma en toda España.<sup>4</sup> Sin embargo, coexisten tres sistemas políticos administrativos con competencias en la organización y gestión del sistema penitenciario. En primer lugar, la Administración Penitenciaria del Estado español, y por otro, la Administración Penitenciaria de Cataluña y la vasca. En el caso catalán, esta competencia se ejerce a través de la Secretaría de Servicios Penitenciarios, Rehabilitación y Justicia Juvenil.

Esta normativa, no obstante, no deja de contener una regulación estandarizada de derechos y deberes de las personas internas que es totalmente desconsiderada en relación a la situación y necesidades particulares de las personas con problemas de salud mental. Esa escasa sensibilidad del carácter general tampoco ha quedado subsanada a nivel particular mediante circulares o instrucciones sobre los diferentes aspectos de la vida en prisión de estos internos (Cuenca, 2022).

El sistema penal contempla como formas de respuesta frente al delito la aplicación de una pena y de las llamadas medidas de seguridad. La pena requiere como presupuesto la comprobación de la culpabilidad del autor. En cambio, las medidas de seguridad, en ausencia de culpabilidad, se sustentan sobre la peligrosidad criminal de quien ya ha cometido un delito. Por lo tanto, la aplicación de una u otra es determinada por las facultades de conocimiento y voluntad del autor en el momento que realizó la infracción penal para entender que ese hecho pueda serle atribuido personalmente.

En el CP está prevista como causa de inimputabilidad la “*anomalía o alteración psíquica*” que haga que la persona no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a la misma (art. 20.1 CP). En aquellos casos en los que la capacidad de entender y actuar no fuera anulada completamente, pero dicha alteración o anomalía influyera en la comisión del hecho delictivo, estaríamos ante una situación de semiimputabilidad o eximente incompleta, conllevando la imposición de una pena privativa de libertad y una medida de seguridad, dándose prioridad al cumplimiento de la segunda vía art. 104 CP.

---

<sup>4</sup> Por un lado, tenemos la Constitución Española de 1978 como máxima expresión de los derechos fundamentales de los ciudadanos. Por otro lado, la Ley Orgánica Penitenciaria de 1979, el Código Penal de 1995 y el Reglamento Penitenciario de 1996



Nadie que, debido a problemas de salud mental, no pueda entender el sentido de la pena debería ser sometida a un proceso penal, ni, por ende, ser castigada con una pena privativa de libertad. En estos casos, la persona debe ser declarada exenta de responsabilidad criminal (inimputable) y se le puede aplicar una medida de seguridad, siempre y cuando exista un pronóstico de peligrosidad que conlleve posibilidad de reincidencia (art. 95 y ss. CP), como el internamiento en un centro psiquiátrico. No obstante, una crítica necesaria al esquema actual es la obligación de que una persona inimputable tenga que ingresar en uno de los dos hospitales psiquiátricos penitenciarios cuando podría hacerlo en un centro psiquiátrico ordinario sin coincidir con personas que hayan sido condenadas a prisión y medida de seguridad (semiimputables) o que hayan llegado al Hospital Psiquiátrico Penitenciario (HPP, en adelante) vía art. 60 CP.

El problema del sistema actual es que, a pesar de que el CP contempla fundamentalmente la solución expuesta, hay supuestos en los que se puede producir el ingreso en prisión de estas personas. Tal y como muestra la Imagen 4, una vez que una persona con problemas de salud mental o TMG comete un delito nos podemos encontrar en tres escenarios distintos (Mata y Montero, 2021; Calcedo et al., 2023). En primer lugar, el supuesto en el que se acude a un servicio de gestión de penas y medidas alternativas donde la persona cumplirá una **medida de seguridad no privativa de libertad**, que sería lo más recomendable. En segundo lugar, el supuesto que ingresa en un HPP, desarrollados con profundidad en el ANEXO 3. Como hemos visto anteriormente, sería aquellos casos en los que la persona bien es declarada inimputable o semiimputable (parcialmente responsable) y el juez considera que debe cumplir la medida de seguridad, en este caso privativa de libertad, en un **HPP**. La clasificación penitenciaria así como el régimen de tratamiento en unidades psiquiátricas penitenciarias se encuentra desarrollado en los ANEXOS 4 Y 5. Es preciso puntualizar que únicamente existen dos HPP en España, situados en Alicante, para atender a todos los ciudadanos de la zona norte de España, y en Sevilla, para atender a los ciudadanos de la zona sur de España, sin que se halle ninguno en Cataluña.

#### Imagen 4. Supuestos en los que una persona con TMG comete un delito



Fuente: Calcedo, A., Antón, J., Paz, S. (2023). Libro blanco sobre la atención sanitaria a las personas con trastornos mentales graves en los centros penitenciarios de España.

El problema llega cuando nos encontramos ante el tercer supuesto, aquel en el que la **persona con problemas de salud mental ingresa en un centro penitenciario ordinario**, supuesto este que chocaría con lo dispuesto en la LECrim (art. 383 y 994) y el CP (arts. 20, 101 y ss.). Esto puede ser debido a cuatro escenarios. En primer lugar, que dicho trastorno o estado **no sea puesto de relieve a lo largo del proceso penal**. En segundo lugar, que se advierta pero que independientemente del mismo se considere que **la persona es imputable**, y por lo tanto responsable penalmente debiendo cumplir una pena privativa de libertad en prisión. En tercer lugar, que la persona sea **semi-imputable** (parcialmente responsable) y el juez imponga una **medida de seguridad privativa de libertad en prisión**; o, en cuarto y último lugar, que el **trastorno o problema de salud mental se genere en prisión**.

En aquellos casos en los que el trastorno mental aparece durante el periodo de cumplimiento de la pena, esto es, cuando se trate de una “demencia sobrevenida” (art. 60 CP), y siempre que suponga una “situación duradera de TMG que le impida conocer el sentido de la pena”, otorga la potestad al Juez de Vigilancia Penitenciaria Para suspender

la ejecución de la pena privativa de libertad. En este caso, el legislador penitenciario considera que no es posible cumplir con los fines de la pena por lo que impide que continúe ejecutándose.

En definitiva, siguiendo a Mata y Romero (2021), encontramos múltiples perfiles en la realidad penitenciaria:

- Personas con trastornos mentales graves que van a centros penitenciarios exclusivos para medidas de seguridad.
- Personas con algún tipo de trastorno mental a los que se impone una medida de seguridad con internamiento penitenciario no especializado, algo que no debería ocurrir en ningún caso y que muestra un mal funcionamiento del sistema.
- Personas que cuentan con diagnóstico previo de enfermedad mental pero que han sido declarados responsables en el proceso penal (su situación no varía respecto del común de la población penitenciaria), algo que tampoco debería de ocurrir.
- Personas ingresadas en prisión con diagnóstico previo de enfermedad mental no manifestado e inadvertido durante el proceso penal, lo que implicaría la necesaria aplicación del art. 60 CP en el momento en que dicho trastorno fuese detectado.
- Personas cuyos problemas mentales se habrían iniciado durante el periodo de cumplimiento de la pena (enfermedad o déficit mental sobrevenido), donde la respuesta debería ser exactamente igual que la anterior.

Consecuentemente, la realidad penitenciaria expresa una situación compleja y desorganizada, caótica, descoordinada respecto a las previsiones normativas y las infraestructuras adecuadas. Se destaca un exceso de personas con problemas mentales acompañadas de una insuficiencia en los recursos tanto personales como infraestructurales para su atención (Mata y Montero, 2021). No obstante, como se ha podido observar, muchas de estas situaciones no son culpa de la administración penitenciaria, sino que es la misma la que debe hacer frente a todas aquellas personas que, sufriendo de trastornos mentales graves o problemas de salud mental, llegan a los centros penitenciarios a cumplir penas privativas de libertad cuando no deberían haber llegado.

### 2.1.1 Medidas de seguridad

La medida de seguridad constituye la respuesta que nuestro CP (art. 20 CP) orchestra en relación con aquellas personas que han cometido un delito y a las que se les considera inimputables, de forma completa o incompleta, no siendo culpable de los actos delictivos, desde un punto de vista jurídico, siempre y cuando exista un pronóstico de peligrosidad que conlleve posibilidad de reincidencia (art. 95 y ss. CP),

Las medidas de seguridad pueden dividirse en:

1. **Medidas de seguridad privativas de libertad**, siendo aquellas que se cumplen en establecimientos específicos y adecuados a la patología de esa persona. La legislación penitenciaria diferencia entre (a) centros psiquiátricos; (b) centros de deshabitación; y (c) centros educativos especiales.
2. **Medidas de seguridad no privativas de libertad**, aquellas que pueden cumplirse en la comunidad como (a) la custodia familiar; (b) el tratamiento en centros médicos o establecimientos de carácter socio-sanitario; y (c) el sometimiento a programas, ya sean formativos, educativos, o culturales.

Sin embargo, una de las grandes críticas actuales es que, aunque las medidas de seguridad pueden cumplirse tanto en recursos de la red sociosanitaria, públicos o privados, o en el medio penitenciario, el uso de los recursos de la comunidad, implicando el cumplimiento de la misma en un centro psiquiátrico, constituye una excepción (Cuenca, 2022).

## 2.2 LA SALUD MENTAL EN PRISIÓN

### 2.2.1 Las dificultades del abordaje de problemas de salud mental en prisión

Salud mental y prisión tienen un difícil encaje. La confección tradicional del medio penitenciario como un medio reclusivo y de control constante, que autores como Foucault (1975) tildaban de castigo permanente, evidencian que no cualquier medida puede ser suficiente para permitir un abordaje oportuno de la problemática.

El entorno penitenciario es especialmente hostil para las personas con problemas de salud mental, particularmente por la generación de una situación constante de estrés y ansiedad que tiende a agudizar sus necesidades de atención, que, en la actualidad, no puede prestarse de forma adecuada (Cuenca, 2022).

La prisión no es el mejor espacio y contexto para tratar a un enfermo mental. Ni siquiera lo son los hospitales psiquiátricos (Mata y Montero, 2021), pues estos mantienen el mismo nivel de control y contención que una prisión común. El medio penitenciario evidencia que nos encontramos frente a un sistema punitivo cuyo enfoque hegemónico orbita alrededor de la necesidad de encierro de las personas que han delinquido.

La problemática de salud mental en prisión cada vez es mayor y su crecimiento exponencial no hace más que significarse (Añaños et al., 2017). Algunos de los datos más llamativos muestran como en personas encarceladas existe una probabilidad entre 4 y 6 veces mayor de padecer un trastorno psicótico (PRECA, 2011). Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que los problemas relacionados con la salud mental tienen hasta siete veces más probabilidades de aparecer entre la población reclusa que entre el público en general (Brime et al., 2024). Otros autores estiman que la tasa de personas en prisión diagnosticadas de trastornos mentales graves es cuatro veces más alta que la de la población general (Zaballa-Baños et al., 2016 en García, 2024). Hasta el 27,9% de los internos refiere que está actualmente en tratamiento con medicación psiquiátrica, y el 21,3% de los internos refiere que ha intentado alguna vez quitarse la vida (Pallarés y Utrera, 2022). A ello se ha de sumar que el contexto penitenciario provoca la aparición de trastornos mentales (Burney y Pearson, 1995 en García, 2024).

La realidad de las cárceles españolas está muy lejos de ser la recomendable. Por ello, algunos autores como Patricia Cuenca (2022) tildan la situación de las personas con problemas de salud mental en el medio penitenciario español como de muy preocupante. Éstas no pueden ejercitar sus derechos en igualdad de condiciones que el resto de la población reclusa por la persistencia de perjuicios, estereotipos que conducen a minusvaloraciones constantes, estigmatización, la falta de apoyos o la ausencia de formación de los profesionales que trabajan en el medio penitenciario (Cuenca, 2022).

La prisión viene definida necesariamente por la existencia de una paradoja conformada por la lucha contra un estigma de las personas con problemas de salud mental que es muy difícil de combatir. Los mantras constitucionales conformados bajo los conocidos objetivos de las penas, estos son, la reeducación y la reinserción social, colisionan frecuentemente con la exigencia de un estricto respeto a la normativa interna en los centros penitenciarios (Pallarés y Utrera, 2022). La rigidez característica del medio penitenciario en el que se desarrolla la vida, donde la adaptación a ese mismo medio se

prioriza sobre las necesidades individuales y el necesario tratamiento terapéutico en los procesos de reinserción, imposibilitan un cambio de paradigma que permita cambiar la tendencia autodestructiva que caracteriza el contexto penitenciario español actual.

Los procesos de reinserción han pasado a ser caracterizados por una ausencia de coherencia que conduce a procesos de despersonalización. Los presos sufren el riesgo de perder una identidad propia generando la ausencia de un propósito de vida, elemento señalado como piedra angular para poder superar los problemas existentes derivado a su vez en un rechazo al sistema penitenciario (Pallarés y Utrera, 2022; Díaz et al., 2021). En un ambiente de convivencia forzada en el que predomina la monotonía así como el aislamiento emocional es imposible la edificación de un espacio terapéutico adecuado para al tratamiento de la salud mental.

Otro de los problemas actuales es el recurso a la respuesta farmacológica. El trabajo que se lleva a cabo por el equipo PAIEM (resto de España) solo se ve reforzado con medidas farmacológicas por la insuficiencia de personal especializado, psicólogos, psiquiatras y terapeutas ocupacionales así como la disponibilidad y la demora en las externalizaciones sanitarias (Pallarés y Utrera, 2022; Leprez, 2024).

Bajo estas características, el problema no únicamente se proyecta sobre la vida en prisión. En cualquier tipo de contexto en el que el preso se introduzca en un espacio social, ya sea durante permisos penitenciarios, con el traslado al medio abierto o tras finalizar el cumplimiento de la pena, la persona no dispondrá de las herramientas adecuadas para poder desarrollar una vida habitual. No únicamente es que esas herramientas no las habrá podido adquirir durante el proceso carcelario, sino que, en ocasiones, se debe añadir la pérdida de herramientas propias que se han ido sustituyendo por otras más idóneas para adaptarse al medio penitenciario (Pallarés y Utrera, 2022).

### **2.2.2 El Programa de Atención Integral al Enfermo Mental (PAIEM) en el resto de España.**

Actualmente nos encontramos cerca del decimoquinto aniversario de uno de los estudios más importantes elaborados en España en relación con el contexto penitenciario y la salud mental, el Informe de prevalencia de trastornos mentales en centros penitenciarios, también conocido como Estudio PRECA, llevado a cabo en Barcelona (2011). Este

estudio ya reveló una prevalencia de patología psiquiátrica cinco veces mayor en la población reclusa, en comparación con la población general. Un estudio que vino a mostrar cómo *“en un medio tan iatrogénico como una cárcel, no es de extrañar que proliferen los problemas de salud mental”* (Pallarés y Utrera, 2022, p.208).

La respuesta de la Administración Penitenciaria Española fue implementar en el año 2009 el Programa de Atención Integral al Enfermo Mental en Prisión (en adelante, PAIEM), que no es una norma sino un programa de tratamiento (ANEXO 7).

El tratamiento planteado por el PAIEM busca en primer lugar detectar y tratar a todos los internos que sufran de algún trastorno mental y, en su caso, efectuar una derivación a programas de rehabilitación. En segundo lugar, mejorar la calidad de vida eliminando todos aquellos síntomas que se encuentran asociados con cada una de las patologías que presentan los presos y favoreciendo su adaptación al entorno penitenciario y, en tercer lugar, mejorar la reincorporación social o derivaciones a recursos socio-sanitarios comunitarios (Zabala, 2016).

No obstante, Guloksuz y Van Os en el año 2018 ya vinieron a denunciar la visión pesimista y clásica sobre los trastornos mentales presentes en el programa que influye en el tratamiento y la esperanza que los profesionales sanitarios tienen en la recuperación y reinserción social de los presos que se encuentran diagnosticados. A ello, se ha de sumar el estigma social existente sobre estas personas dando como resultados profesionales desmotivados que buscan centrar sus esfuerzos en otros colectivos menos estigmatizados (García, 2024).

En esta misma línea, García (2024) ha denunciado que las personas que están incluidas en el PAIEM, pueden tener un acceso menor a ciertos servicios, trabajos y actividades en los centros por los prejuicios que existen en relación a la salud mental, quedando finalmente aisladas o manifestando comportamientos inadaptados que confirmarían los prejuicios existentes.

### 3. ANÁLISIS DEL MODELO CATALÁN

#### 3.1 MODELO DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL PENITENCIARIA EN CATALUÑA

La atención a la salud mental en el ámbito penitenciario de Cataluña es una atención que se destaca por su integridad. Actualmente se encuentra conformada por un “*conjunto de unidades profesionales de diferentes ámbitos que atiende a personas que se encuentran privadas de libertad*” (Escuder et al., 2024, p. 56). Esta atención en Cataluña es diferencial, erigiéndose como una de las más integrales de España, así como el resto de los países europeos (imagen 5). La evolución histórica del sistema catalán hasta la actualidad se encuentra desarrollado en el ANEXO 6.

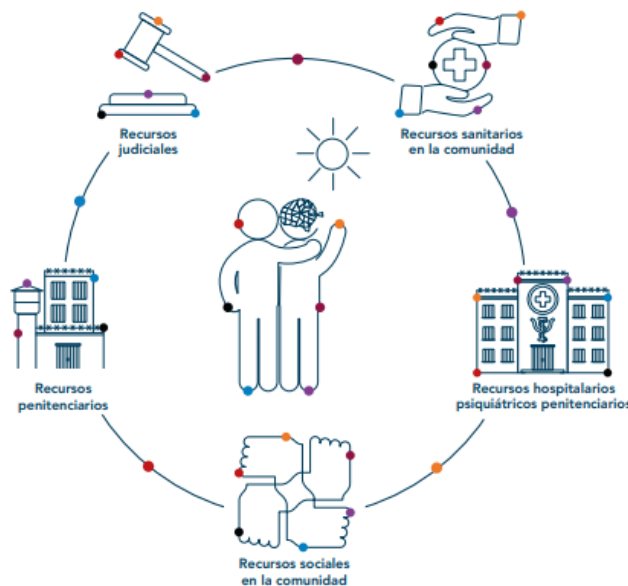
*“Es más integral en todos los niveles... de hospitalización, de seguimiento y de post seguimiento. Porque también tenemos los programas de soporte individualizado que atienden a la salida de prisión y que pueden estar hasta 2 años haciendo seguimiento”*

Gemma Escuder Romeva, 2025

Tal y como recoge el Libro Blanco en salud mental, “*todas las intervenciones en salud mental que se realizan en el ámbito psiquiátrico penitenciario en Cataluña se basan en la recuperación centrada en la persona*” (p. 249), es decir lo que se busca es fortalecer las capacidades propias de la persona, así como desarrollar nuevas habilidades que le permitan mejorar su calidad de vida. En este sentido siempre se va a facilitar la reinserción comunitaria, potencializando el mantenimiento de los vínculos comunitarios del individuo, tanto con su familia como su entorno. Es por ello que en la imagen 6 podemos ver la multidisciplinariedad de los recursos utilizados con en el entorno penitenciario catalán con las personas que presentan problemas de salud mental así como los diferentes equipos y recursos asistenciales sanitarios en salud mental que se dividen entre los diversos centros penitenciarios en los distintos territorios de Cataluña (Imagen 6).



**Imagen 5. Modelo de atención a la salud mental en el entorno penitenciario en Cataluña.**



Fuente: Calcedo, A., Antón, J., Paz, S. (2023). Libro blanco sobre la atención sanitaria a las personas con trastornos mentales graves en los centros penitenciarios de España.

### 3.2 RECURSOS ACTUALES

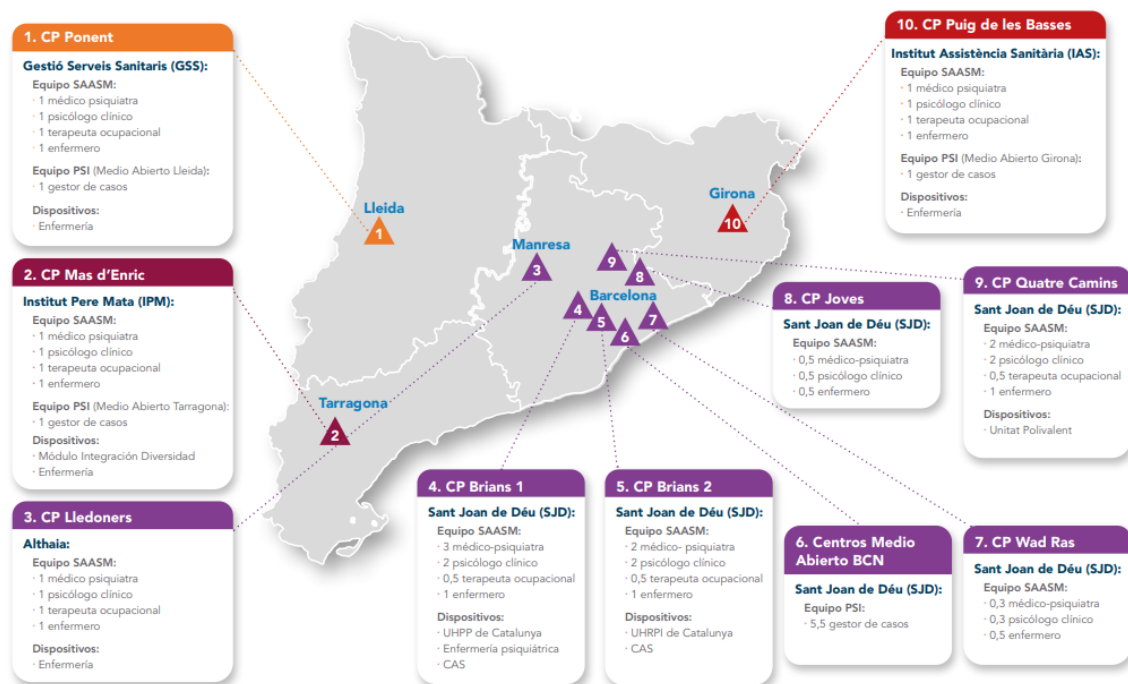
#### 3.2.1 Recursos hospitalarios

Dentro de los diferentes recursos hospitalarios destaca la creación en el año 2003 de la **Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Penitenciaria de Catalunya (UHPP-C)** en el Centro Penitenciario Brians 1 como forma especial de ejecución. Se trata de una unidad mixta que tiene como objetivo garantizar un abordaje diagnóstico y terapéutico idéntico a todas las personas, independientemente de su situación judicial, es decir, tanto aquellas que se encuentran en situación de prisión preventiva como aquellas que se hallen cumpliendo una pena privativa de libertad o una medida de seguridad en internamiento psiquiátrico.

En este sentido, se encarga tanto del diagnóstico como de la evaluación y tratamiento de los trastornos de salud mental que sean detectados en los centros penitenciarios catalanes, siempre y cuando requieran de ingreso hospitalario o sea recomendable realizar algunos de los programas específicos que son desarrollados en la unidad. Actualmente en el centro

trabajan alrededor de 100 personas que pertenecen a distintos grupos de profesionales entre los que se encuentra personal de enfermería, profesionales de psiquiatría, psicología clínica o integración social (Calcedo et al., 2023).

**Imagen 6. Distribución de los recursos asistenciales sanitarios en salud mental en los centros penitenciarios de Cataluña**



Fuente: Calcedo, A., Antón, J., Paz, S. (2023). Libro blanco sobre la atención sanitaria a las personas con trastornos mentales graves en los centros penitenciarios de España.

### 3.2.2 Recursos ambulatorios

Es de destacar el **Programa de Soporte y Colaboración entre Salud Mental y Atención Primaria Penitenciaria (PSP)** y el **Programa de Servicios Individualizados (PSI)**. Ambos programas aparecen con el objetivo de responder a las necesidades de una atención más idónea y orientada a las carencias individuales de las personas con trastornos mentales graves. En este sentido, se evidencia una alta tasa de trastornos mentales en las personas judicializadas que cumplen sentencias de prisión, por ello, es fundamental el poder brindar una atención psiquiátrica adecuada tanto durante el encarcelamiento como

en las fases posteriores a su puesta en libertad que permitan facilitar la reintegración social y minimizar la probabilidad de reincidencia (Calcedo et al., 2023).

- **Programa de Apoyo y Colaboración entre Salud Mental y Atención Primaria Penitenciaria (PSP)**

Se trata de un modelo que organiza e integra territorialmente los diferentes recursos, servicios y dispositivos, ya sean sanitarios como sociales disponibles. Es un modelo que se basa en la colaboración entre el Centro de Atención primaria (CAP) y el Centro de Salud Mental de Adultos (CSMA). Su objetivo es mejorar el grado en el que son atendidas las diversas necesidades en salud mental de los individuos mejorando la accesibilidad al servicio de salud mental o favoreciendo la continuidad asistencial.

- **Programa de Servicios Individualizados (PSI)**

El fin de este programa es garantizar la continuidad de la asistencia sanitaria en salud mental pero, a diferencia del anterior, una vez ya ha finalizado la intervención penitenciaria y la persona ya se encuentra en el medio comunitario. Implica un seguimiento intensivo con la asignación de un profesional que ocupa el lugar de Gestor de Casos/Coordinador del Proyecto Individualizado. El objetivo es acompañar a aquellas personas con trastornos mentales graves que cuentan con riesgo alto de exclusión social como factor principal contribuyente a su riesgo de reincidencia. El programa busca potenciar tanto la mejora de calidad de vida de la persona como la permanencia de la misma en su entorno familiar (Calcedo et al., 2023).

## **4. DISCUSIÓN Y PROPUESTAS DE MEJORA**

### **4.1 CONCLUSIONES**

A la luz del presente estudio se puede afirmar que la realidad penitenciaria evidencia un entorno que no es adecuado para personas que padecen de problemas de salud mental. El sistema penal sigue estando diseñado a grandes rasgos para la búsqueda de un fin punitivo

y de seguridad, en el que los efectos inmediatos pasan por delante del cambio y mantenimiento posteriores, dificultando gravemente una atención y tratamiento adecuados para este tipo de personas.

Las personas con problemas de salud mental no solo han aparecido como más vulnerables dentro del entorno penitenciario, sino que, además, la manifiesta inobservancia de normativa existente confluyen en la disfunción de la Administración penitenciaria y en el deterioro de la situación de aquéllas. Su encarcelamiento se encuentra lejos de favorecer su rehabilitación y su reinserción social. La prisión no ha dejado de proyectarse como un espacio donde las personas con problemas de salud mental son sobrerrepresentadas e institucionalizadas, no por representar un verdadero peligro, sino por la falta de aplicación de alternativas terapéuticas y recursos sociocomunitarios que permitan brindarles una atención adecuada.

Los problemas de salud mental son cada vez más más criminalizados y judicializados erigiéndose el enfermo mental como una persona potencialmente más peligrosa. Postura errónea y desacertada (García, 2021). La situación actual no solo muestra un claro abandono a las personas con problemas de salud mental en prisión, sino que hace muy probable su vuelta a la misma. En consonancia con lo expuesto, las personas con problemas de salud mental se encuentran en una especie de puerta giratoria entre la prisión y la libertad teniendo una probabilidad hasta 1,5 veces mayor de ser encarceladas que de ser hospitalizadas para el tratamiento de sus problemas mentales (López, 2015 en Mata y Montero, 2021).

Es necesario contar con nuevos instrumentos que permitan la detección de personas que sufran de problemas mentales tanto en estadios prematuros del proceso penal, como de aquellas que ya se encuentren en prisión, para poder brindar a estas personas una atención en unas condiciones al menos parecidas a las que pudiera tener cualquier ciudadano en el medio abierto, para, finalmente, obtener una reincorporación de los mismos al medio libre en las mejores condiciones para poder continuar su tratamiento y una vida digna.

La respuesta inicial sobre si debe una persona con problemas de salud mental estar o no en prisión ha quedado respondida. La institución penitenciaria, tal y como está concebidas actualmente, no cuenta con los medios y recursos suficientes para procurar la asistencia necesaria a estas personas. Internar sin ofrecer respuestas y un acompañamiento

especializado resulta en la perpetuación de un ciclo de exclusión social y recaídas. No se trata de crear espacios de impunidad para las personas que adolecen de problemas de salud mental y que han cometido un delito, sino de diseñar las respuestas adecuadas que respeten su dignidad y sean fieles al ideal rehabilitador y resocializador.

Todas las personas, independientemente de su estado de salud, deben ser objeto de una respuesta institucional a su conducta delictiva. No obstante, dicha respuesta debe ser justa y proporcional a cada sujeto. En el caso de las personas con problemas de salud mental la prisión carece absolutamente de sentido como solución institucional exponiendo a personas vulnerables en un entorno destructivo.

No se aboga por la impunidad sino por la evolución de un sistema que no puede imponer penas a quienes no pueden entender la ilicitud de sus actos. Es necesaria una justicia penal que no únicamente sea más ética, sino que sea eficaz. Imponer medidas de seguridad en lugar de penas no implica eximir de responsabilidad, sino adaptar la respuesta penal a las necesidades reales del sujeto. La resocialización de las personas con problemas de salud mental no se consigue mediante su aislamiento penitenciario, sino a través de una atención adecuada y profesional. Castigar sin comprender es una forma de injusticia y, encarcelar a quien no puede gobernarse a sí mismo no deja de reflejar una derrota del sistema jurídico.

## **4.2 PROPUESTAS DE MEJORA**

### **4.2.1 Aplicación efectiva de la normativa existente**

Las personas con problemas de salud mental en el medio penitenciario son víctimas. La realidad penitenciaria actual es testigo de una discriminación institucional, así como un maltrato que se plasma en frecuentes vulneraciones de derechos. Las condiciones en las que a estas personas se les priva de libertad acaban siendo de peor calidad, mayor duración e intensidad (Cuenca, 2022).

*“Resulta esencial tomar en consideración la realidad de las cárceles españolas, que no son entornos ideales de rehabilitación y resocialización y que adolecen de problemas estructurales susceptibles de afectar desproporcionadamente a las personas con discapacidad psicosocial”*

Cuenca, 2022, p.22

En el análisis de la normativa penitenciaria efectuado se ha tenido la ocasión de poner de manifiesto un incumplimiento de la normativa existente. El mal funcionamiento del sistema conlleva el cumplimiento de penas para aquellas personas que, adoleciendo de problemas de salud mental, no deberían ser condenadas a penas privativas de libertad, sino que deberían ser sometidas a medidas de seguridad en todo caso. Como se ha señalado con anterioridad, es el propio Código Penal que en su art. 20.1 exime de responsabilidad criminal a los inimputables. A su vez, son los artículos 101-102 CP los que prevén la aplicación de las medidas de seguridad, privativas o no de libertad, en lugar de la pena de prisión. Por otro lado, la LECrim (art. 383 y 994) establecen que el denominado *“penado demente”* será trasladado al establecimiento que corresponda, pero no ejecutará la pena, en caso de que correspondiera, en prisión.

Nadie que, debido a problemas de salud mental, no pueda entender el sentido de la pena debería ser sometida a un proceso penal, ni, por ende, ser castigada con una pena privativa de libertad. Si bien de acuerdo con la Sentencia de la sala 2ª del Tribunal Supremo de 24 de noviembre de 2010, el tenor literal del art. 383 CP debe ser interpretado de forma acorde a las exigencias del art. 3.1 CP, que exige las consecuencias vengas establecidas en sentencia tras la celebración de un juicio, acordar la celebración del juicio contra quien no es capaz de entender lo que en él ocurre, también resulta inconstitucional por lesionar el adecuado ejercicio del derecho de defensa (art. 24 de la CE) y el derecho a un proceso justo. Así, la mencionada sentencia afirma que *“la celebración de un juicio contra quien no entiende ni puede defenderse supone el quebranto de los derechos más elementales que conforman un juicio justo”* (STS 11 de Noviembre de 2020).

En definitiva, como también señaló la Consulta 1/1989 de la Fiscalía General del Estado, las personas imputadas con problemas de salud mental carecen de las capacidades procesalmente exigibles para salvaguardar sus derechos procesales y seguir y entender el

proceso penal en el que se encuentran inmersos. Consiguientemente, la solución procesal debe ser el archivo de esos procesos.

Pese a lo expuesto, la realidad dista mucho de las previsiones legales. Muchas son las personas que, con problemas de salud mental, son condenadas a prisión, sin que se haya valorado su capacidad penal ni hayan sido aplicadas las medidas de seguridad correspondientes. La presencia en prisión de personas con problemas de salud mental no únicamente representa un incumplimiento legal y un mal funcionamiento de los mecanismos previstos en el sistema, sino que genera una situación insostenible para los profesionales penitenciarios conllevando, a su vez, un mal funcionamiento del sistema penal. La realidad de las cárceles españolas muestra que *“no son entornos ideales de rehabilitación y resocialización y que adolecen de problemas estructurales susceptibles de afectar desproporcionadamente a las personas con problemas de salud mental, presentando condiciones particularmente adversas para este colectivo”* (Cuenca, 2022, p. 22)

Por ello, la primera propuesta se centra en la revisión de los mecanismos de detección, valoración y derivación desde las fases iniciales del procedimiento penal con el objetivo de asegurar la aplicación de las previsiones ya existentes en el sistema penal actual para evitar el ingreso en prisión de estas personas. Jueces y tribunales a la hora de enjuiciar a un hecho delictivo ocasionado bajo alguna anomalía o alteración psíquica precisan ayuda de especialistas, psiquiatras y/o médicos forenses (Mora, 2005). Con esa finalidad, es imprescindible la formación a los operadores jurídicos para garantizar un cumplimiento efectivo, no solo de la ley, sino de los principios de humanidad y justicia. Los programas de detección de los trastornos mentales y problemas de salud mental en general deben ser impulsados con determinación y para ello es necesaria una mayor y mejor formación del personal penitenciario sin cuya participación e involucración difícilmente puedan conseguirse los avances necesarios.

#### **4.2.2 Educación sobre salud mental en el contexto penitenciario**

Una vez las personas con problemas de salud mental han ingresado en prisión la Administración penitenciaria debe afrontar el problema del tratamiento de la salud mental en prisión. Hoy por hoy el entorno penitenciario es un entorno especialmente hostil para

estas personas, generando y aumentando situaciones de estrés y ansiedad sin que pueda prestarse una atención adecuada desde el medio penitenciario.

Los recursos penitenciarios no están pensados para ofrecer una respuesta adecuada a personas con necesidades psicológicas complejas. Por consiguiente, la educación sobre la salud mental de todas aquellas personas que trabajan en el contexto penitenciario es un elemento de ayuda en la comprensión de la manera en la que se manifiestan los problemas de salud mental, así como las vulnerabilidades específicas de estas personas en su día a día en prisión, lo que la Irish Prison Service en 2019, destacaba como factores fundamentales para la consecución de un trato comprensivo y respetuoso por los mismos (Escuder et al., 2024).

Esa necesidad de personal especializado en salud mental es patente (Álvarez Pérez et al. 2021 en Escuder et al., 2024). En relación a ello, las buenas relaciones entre el personal penitenciario y las personas encarceladas se relacionan con un mayor éxito en los programas de rehabilitación (Critoph, 2019 en Escuder et al., 2024).

#### **4.2.3 Aumento de los recursos**

En el caso de los centros penitenciarios ordinarios, la falta de especialización y de recursos dimensionan en mayor medida la falta de sentido de la presencia de personas con problemas de salud mental en prisión. Las condiciones propias de la privación de libertad con horarios rígidos, una convivencia forzada o la escasez de recursos terapéuticos hacen difícil poder suministrar a estas personas la atención que requieren.

En relación con el tratamiento de la salud mental el actual sistema se encuentra colapsado. Uno de los principales problemas en la realidad es la falta de recursos económicos y humanos para poder afrontar la sobrerrepresentación de los problemas de salud mental en prisión. Tal y como denunciaba Gemma Escuder, si un psiquiatra atiende a 15 personas en una mañana, el psicólogo no puede atender bien a 15 personas. Incluso autores como Mata y Montero (2021) llegan a afirmar que no son extraños los periodos en los que algún centro penitenciario ha carecido de psiquiatra. El sistema debe aumentar los recursos, dejando atrás respuestas que busquen la inmediatez para proponer sistemas que permitan respuestas de mantenimiento.



*“En Brians II, por ejemplo, que es una de las prisiones más grandes, que puede llegar a tener 1.400 internos y seguimiento externo, hay 7 psiquiatras y un psicólogo ¿O sea, esto es como de coña, no?”*

Gemma Escuder, 2025

No únicamente los recursos humanos y de personal son los que brillan por su ausencia. En la actualidad en todo el país sólo existen tres establecimientos psiquiátricos penitenciarios. Dos de ellos son Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios, situados en Alicante y Sevilla, con tasas de ocupación muy altas, generando la problemática de desviar pacientes a establecimientos de cumplimiento ordinario (Mata y Montero, 2021). El otro la Unidad Psiquiátrica Penitenciaria de Brians I, en Barcelona.

Aunque los HPP cuentan con una infraestructura y personal capacitado para el tratamiento de los problemas de salud mental, no están exentas de problemas. Estas instalaciones psiquiátricas no únicamente tienen el problema de la sobreocupación, haciendo que muchos sujetos deban ser ingresados en prisiones ordinarias, sino que a ello se le debe sumar una falta de control efectivo sobre ingresos y altas médicas al primar criterios judiciales (Mata y Montero, 2021).

En estos centros, la falta de personal técnico necesario también se reproduce. En este sentido, una noticia de El País de 7 de junio de 2019<sup>5</sup> resaltaba como “solo dos psiquiatras atienden a los 455 enfermos mentales internados por cometer delitos”, escaseando según la propia noticia terapeutas ocupacionales o auxiliares de clínica.

#### **4.2.2 Romper con los perjuicios y estereotipos hegemónicos**

Judith Deprez expone como imperativo interiorizar la interseccionalidad como necesaria para poder entender la atención a la necesidad, a la salud mental de las personas privadas de libertad. Las respuestas que permitan desviar a las personas del medio penitenciario deben de ir acompañadas necesariamente de campañas de sensibilización que permitan eliminar la alarma social existente en la opinión pública afrontando perjuicios y

---

<sup>5</sup> “Solo dos psiquiatras atienden a los 455 enfermos mentales internados por cometer delitos”, El País, 7 de junio de 2019, [https://elpais.com/sociedad/2019/06/06/actualidad/1559845060\\_904728.html](https://elpais.com/sociedad/2019/06/06/actualidad/1559845060_904728.html)

estereotipos. Es preciso cambiar el paradigma existente para poder atender a muchas necesidades que por ahora no están siendo atendidas.

Tal y como denuncia Cuenca (2022), es necesaria la eliminación de la reticencia existente entre los responsables de la red socio comunitaria para acoger a personas con problemas de salud mental, así como la eliminación de la alarma social en la opción pública.

#### **4.2.5 Cambio del enfoque de la intervención penitenciaria**

La problemática de salud mental en prisión cada vez es mayor y su crecimiento exponencial no hace más que significarse (Añaños et al., 2017). Es por ello, que correlativamente, la atención y el tratamiento socioeducativo y sanitario debe convertirse en el elemento esencial y fundamental de la intervención penitenciaria. Así, en este proceso, Garcés et al. (2012), expresan la necesidad de diferentes profesionales especializados (médicos, psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, educadores, etc.), conocedores del tema y que generen un ambiente coherente, seguro para los internos (Arroyo, 2006 en Añaños et al., 2017).

Hay una realidad no solo dentro de prisión, sino en toda la sociedad, que es la de la medicalización extrema. Por ello, otro de los cambios que deben ser patentes en el medio penitenciario es la eliminación de la tendencia a medicalizar y farmacolizar a las personas por delante de otros análisis que a lo mejor podrían ser previos y determinar la medicación como última instancia. A resultas de ello, en cuanto al tratamiento que se dispensa en prisión, la modalidad más extendida para las personas con problemas de salud mental es el tratamiento farmacológico, recibiendo hasta el 40% de los internos algún tipo de medicación (Rodríguez et al., 2017).

Otro de los aspectos que la mayor presencia psicológica en el cumplimiento de estas penas conllevaría la introducción de principios de rehabilitación psicosocial como la autonomía, la integración comunitaria, la recuperación personal o la terapia ocupacional. Como afirma Deprez (2024), la terapia ocupacional debería estar más reconocida y con mayor prevalencia. Tener una ocupación significativa es algo tan primordial como hacer seguimiento con psicología.

No se trata únicamente de la ausencia de recursos. Lo que se necesita es el apoyo institucional decidido y continuo a las entidades sociales que trabajan con este colectivo para poder conseguir que el contexto penitenciario sea lo más propicio posible para un enfoque verdaderamente terapéutico, lo que no existe actualmente en España tal y como denunció el Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y Tratos o Penas Inhumanas o Degradantes al Gobierno español en la visita realizada en septiembre del 2020 (Pallarés y Utrera, 2022). Es por ello, que correlativamente, la atención y el tratamiento socioeducativo y sanitario debe convertirse en el elemento esencial y fundamental de la intervención penitenciaria.

*“Las personas con problemas de salud mental en el medio penitenciario español vienen siendo víctimas de un maltrato y de una discriminación institucional plasmados en frecuentes vulneraciones de derechos y en su sometimiento a unas condiciones de privación de la libertad que terminan siendo más intensas, de peor calidad y de mayor duración, llegando a implicar incluso un segundo castigo”.*

Cuenca, 2022, p.19

## **LIMITACIONES Y POSIBLES LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN**

Este trabajo ha presentado diversas limitaciones, desde la propia extensión limitada por los requisitos formales del trabajo a una limitación temporal propia de un Trabajo Final de Grado que no permite hacer un trabajo de investigación longitudinal. De la misma forma, hubiera sido de mucho valor poder contar con relatos directos de personas internas, tanto en prisión, como en cumplimiento de medias de seguridad o en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Penitenciaria de Catalunya. No obstante, la limitación de tiempo y de recursos así como la burocracia administrativa dificultaban el proceso de hacer entrevistas directas con las personas que han sido objeto de estudio tales como no solo aquellos que adolecen de problemas de salud mental sino profesionales que afrontan día a día la realidad penitenciaria.

Por otro lado, también se ha de destacar la falta de estudios más recientes que aborden de una forma más específica el problema del tratamiento de la salud mental en prisión, así como tasas de prevalencia o tasas de reincidencia de personas con problemas de salud

mental, ya sea tras el cumplimiento de una medida de seguridad o de una pena privativa de libertad en prisión.

Es por ello, que sería recomendable como futuras líneas de investigación ahondar no sólo en el porqué se produce el malfuncionamiento del sistema que se ha denunciado a lo largo del trabajo sino poder realizar estudios comparativos entre las diversas opciones que brinda el sistema y analizar para cada una de ellas la tasa de reincidencia de las personas con problemas de salud mental.

## REFERENCIAS

Añaños, F.T., Burgos, R., Rodríguez, A., Turbi, A.M., Soriano, C. y Llopis, J.J. (2013). (2017). Salud mental en prisión. Las paradojas socioeducativas. *EduPsykhé: Revista de psicología y educación*, 16(1), 98-116.

Añaños, F. T., Fernández, M.P., y Llopis, J.J. (2013). Aproximación a los contextos en prisión. Una perspectiva socioeducativa. *Pedagogía social. Revista interuniversitaria*, (22), 13-28.

APDHA. (2007). Enfermos mentales en prisiones ordinarias. Un fracaso de la sociedad del bienestar. Madrid: APDHA

Argudo, A., Regueira, A.L., Gallego, L. y Sadek, 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.

Arnau F, García J, Benito A, Vera, EJ, Baquero A y Haro G (2020). Sociodemographic, Clinical, and Therapeutic Aspects of Penitentiary Psychiatric Consultation: Toward Integration Into the General Mental Health Services. *J Forensic Sci.* 65(1),5-160.

Bañuls, E., Clua García, R., Jiménez, R., y Imbernón, M. (2014). Presó, drogues i poblacions ocultes: Consum de drogues i conductes de risc per la salut en població penitenciària. *Invesbreu Criminologia*, 65, 4-7.

Calcedo, A., Antón, J. y Paz, S. (2023). Libro blanco sobre la atención sanitaria a las personas con trastornos mentales graves en los centros penitenciarios de España. SEPL.

Capdevila, M., Blanch, M., Pueyo, A., Framis, B., Soler, C., Ruiz, L., Arrufat, A., Díez, R y Ribas, P (2023). Tasa de reincidencia penitenciaria 2020. Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada (Catalunya). <https://hdl.handle.net/20.500.14226/634>

Caravaca, F., Falcón, M., & Luna, A. (2015). Prevalencia y predictores del consumo de sustancias psicoactivas entre varones en prisión. *Gaceta Sanitaria*, 29(5), 358-363. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.06.005>

CCOO (2010). Informe sobre mental en prisiones. Recuperado de: [http://www2.fsc.ccoo.es/comunes/recursos/99922/1885967-Informe\\_Salud\\_Mental\\_en\\_Prisiones.pdf](http://www2.fsc.ccoo.es/comunes/recursos/99922/1885967-Informe_Salud_Mental_en_Prisiones.pdf)

Cid, J. (2007). ¿Es la prisión criminógena? (un análisis comparativo de reincidencia entre la pena de prisión y la suspensión de la pena). *Revista de derecho penal y criminología*, (19), 427-456.

Confederación Salud Mental España. (2022). Observatorio Derechos Humanos, Salud Mental y Prisión: Informe 2022. <https://www.consalmmental.org/publicaciones/Observatorio-Derechos-Humanos-Salud-Mental-Prision-2022.pdf>

Cuenca, P. (2022). El tratamiento de las personas con problemas de salud mental en la normativa penal y penitenciaria. Reflexiones y propuestas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 42 (141), 141-158.

Díaz J.A., Laffite, H. & Zúñiga, R. (2021). Terapia de Aceptación y Compromiso en la Psicosis. *Ediciones Pirámide*

Foucault, M. (1975) Vigilar y castigar. Madrid: Siglo XXI, 1998.

Escuder, G., Traver, D., Deprez, J., Cuadrado, C., Infantes, E., y Muro, Á. (2024). Salut mental i drogodependència de les dones a l'execució penal. Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada (CEJFE). <https://cejfe.gencat.cat/ca/observatori/publicacions/ultims-5-anys/2024/salut-mental-drogodependencia-dones/>

García, 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.

García, E. (2024). Salud mental en el ámbito penitenciario. Un cambio de perspectiva: la importancia del contexto. *Revista de Estudios Penitenciarios*, (22), 157-170.

Gordaliza, A., y Markez, I. (2022). Trastornos del límite, un reto para los equipos técnicos penitenciarios: El derecho a la salud integral de las personas privadas de libertad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 42(141), 159-168. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352022000100010>

GSMP. (2011). Guía Atención primaria de la salud mental en prisión. Bilbao: OMEditorial.

Gómez, H., y Camino, A. (2022). Mental and behavioral disorders in the prison context. *Revista Española De Sanidad Penitenciaria*, 24(2), 66-74. <https://doi.org/10.18176/resp.00052>

García 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*, XLI, 59-135.

Gómez, H., y Camino, A. (2022). Mental and behavioral disorders in the prison context. *Revista Española De Sanidad Penitenciaria*, 24(2), 66-74. <https://doi.org/10.18176/resp.00052>

Gordaliza, A., y Markez, I. (2022). Trastornos del límite, un reto para los equipos técnicos penitenciarios: El derecho a la salud integral de las personas privadas de libertad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 42(141), 159-168. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352022000100010>

GSMP. (2011). Guía Atención primaria de la salud mental en prisión. Bilbao: OMEditorial.

Guloksuz, S. y Van Os, J. (2018). The slow death of the concept of schizophrenia and the painful birth of the psychosis spectrum. *Psychological Medicine*, 48 (2), 224-229.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). (2022). Trastorno Mental Grave. <https://creap.imserso.es/trastorno-mental-grave>

Jeanneret, F y Elejabarrieta, F. (2006). La producción y gestión del deseo de libertad: la puerta de entrada al dispositivo penitenciario. *Castalia revista de Psicología de la academia*. N° 10.

López, M.P. (2016). Internados psiquiátricos por razón penal: análisis crítico y forense de los patrones de respuesta. Tesis doctoral. Universidad de Murcia. <https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/45881/1/TESIS%20MILAGROS%20pdf.pdf>

Martínez, C., Quesada, P., de Miguel Calvo, E., Dzvonkovska, N., y Nieto, L. (2022). Situación de las personas con adicciones en las prisiones españolas. Una visión con perspectiva de género. Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente (UNAD), Madrid. [https://www.unad.org/ARCHIVO/documentos/biblioteca/1676366563\\_2023\\_01\\_16\\_estudio\\_prisiones\\_version\\_digital.pdf](https://www.unad.org/ARCHIVO/documentos/biblioteca/1676366563_2023_01_16_estudio_prisiones_version_digital.pdf)

Mata, R. y Montero, T. (2021). Salud mental y privación de libertad: aspectos jurídicos e intervención (1.<sup>a</sup> ed.). *J.M. Bosch Editor*. <https://doi.org/10.2307/j.ctv1tqcwk4>

Ministerio del Interior. (2022). Informe general de Instituciones Penitenciarias 2022. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. [https://www.interior.gob.es/opencms/pdf/archivos-y-documentacion/documentacion-y-publicaciones/publicaciones-descargables/publicaciones-periodicas/informe-general-de-instituciones-penitenciarias/Informe\\_General\\_IIPP\\_2022\\_12615039X.pdf](https://www.interior.gob.es/opencms/pdf/archivos-y-documentacion/documentacion-y-publicaciones/publicaciones-descargables/publicaciones-periodicas/informe-general-de-instituciones-penitenciarias/Informe_General_IIPP_2022_12615039X.pdf)

Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2022). Encuesta sobre salud y consumo de drogas en población interna en instituciones penitenciarias (ESDIP) 2022. [https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2022\\_ESDIP\\_Informe.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2022_ESDIP_Informe.pdf)

Molina, V., Lara, R., Pérez, B., y López, D. (2021). Sintomatología psicológica en población reclusa: un estudio exploratorio en relación a la edad, el historial

psicopatológico y el tiempo en prisión. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 23(1), 20-27.

Mora, A. (2005). Hacia un nuevo modelo de cooperación entre el Derecho penal y la Psiquiatría en el marco del enjuiciamiento de la inimputabilidad en virtud 51 de la eximente de anomalía o alteración psíquica. Aspectos materiales y formales. *Cuadernos de política criminal*, 86, 241-256.

Organización Mundial de la Salud. (2004). La promoción de la salud mental: conceptos, evidencia emergente y práctica. Ginebra: OMS. Recuperado de [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/promoción\\_de\\_la\\_salud\\_mental.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/promoción_de_la_salud_mental.pdf)

Organización Mundial de la Salud. (2013). Informe sobre la salud en el mundo 2013. Investigaciones para una cobertura sanitaria universal. Ginebra: OMS. En: <http://www.who.int/whr/2013/report/es/>

PRECA (2011). Informe Prevalencia de trastornos mentales en centros penitenciarios españoles (Estudio PRECA). Recuperado de: <https://www.consaludmental.org/publicaciones/EstudioPRECA.pdf>

Sintas, C. D. (2023). Salud Mental en el medio penitenciario. Tratamiento penitenciario en personas con TMG. Trabajo Final de Grado. Universidad Pontificia de Comillas. <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/70567/TFG.%20de%20Siintas%20Mesquida%2C%20definitivo.pdf?sequence=7>

Brime, B., Llorens, N., y Sánchez, E. (2024). Encuesta sobre Salud y Consumo de Drogas en Población Interna en Instituciones Penitenciarias (ESDIP 2022). Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad.

Ordóñez, L., y Ruiz, J. (2008). Suicidio en prisión. *Estado del arte en Psicología: Aportes desde la Psicología Jurídica y Clínica al contexto penitenciario*, 74-95.

Pallarés, J., y Utrera, I. (2022). Salud mental y prisión, difícil encaje. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 42(141), 207-213.



Pérez, F. (2004). El medio social como estructura psicológica. Reflexiones a partir del modelo ecológico de Bronfenbrenner. *Revista de Psicología y Psicopedagogía Universidad Camilo José Cela*, 3(2), 161-177.

PRECA. (2011). Informe prevalencia de trastornos mentales en centros penitenciarios españoles. Barcelona: Informe PRECA.

Ruiz, M., y Santibañez, R. (2014). Presó, drogues i educació social. *Educació social. Revista d'intervenció socioeducativa*, 57, <https://doi.org/10.34810/EducacioSocialn57id278607>

Zabala, C. (2016). Prevalencia de trastornos mentales en prisión: Análisis de la relación con delitos y reincidencia. Ministerio del Interior – Secretaría General Técnica.

## ÍNDICE DE LEGISLACIÓN

Constitución Española, BOE, 311, (1978). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229>

Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, BOE, 281, (1995). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-25444>

Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria, BOE, 239, (1979). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1979-23708>

Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario, BOE, 40, (1996). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1996-3307>

## **ANEXOS**

### **ANEXO I. ENTREVISTA A GEMMA ESCUDER Y JUDIT DEPREZ**

La entrevista fue realizada a finales del 2024 a Gemma Escuder Romeva y Judit Deprez Molet. Gemma Escuder Romeva en 2005 se incorporó como psicóloga en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Penitenciaria de Cataluña, del Parque Sanitario San Juan de Dios (PSSJD, en adelante). Además, desde el año 2007 es vocal del Comité de Investigación del PSSJD. Actualmente es psicóloga de la Unidad de Hospitalización y Rehabilitación Psiquiátrica Intensiva de Catalunya (UHRPI-C) que se encuentra en el Centro Penitenciario Brians 2. Por otra banda se encuentra dentro del grupo de investigación MERITT, donde lidera la línea de investigación sobre salud mental en el ámbito penitenciario (SMAP).

Por su lado, Judit Deprez Molet es psicóloga de los Equipos de Salud Mental y Adicciones (ESMiA) del Centro Penitenciario de Mujeres de Barceloma, del Centro Penitenciario Quatre Camins y de los Centros Educativos de “Els Til·lers” y “Can Llupià”.

ENTREVISTADOR: Buenos días, lo primero y gracias por atenderme y por estar aquí. Estoy con María Carmen, haciendo el trabajo en el grado de criminología y bueno, y pensé que era una opción de hacerlo acerca la salud mental en los centros penitenciarios y el punto de vista de bueno, un criminólogo. Cómo la criminología podría ayudar a la labor que realizáis y nada bueno, primero preguntaría a cada una cuál es vuestra experiencia en este campo y explicarme un poco lo que consideraréis más importante de vosotras.

GEMMA ESCUDER ROMEVA: Muy bien, pues Judit si quieres empezar tú.

JUDIT DEPREZ MOLET: Vale. Bueno, yo soy Judith, soy psicóloga, actualmente estoy trabajando en el Hospital Sant Joan de Déu en los equipos del programa de colaboración. La primaria que digamos, que somos los equipos de salud mental y adicciones dentro de los centros penitenciarios, estoy trabajando concretamente en el centro penitenciario de Donas Barcelona, que es coloquialmente conocido como “Wad-Ras”. Y el Centro

penitenciario de Cuatre Camins. También estoy actualmente un día a la semana haciendo terapia con las chicas de Justicia juvenil que están en el centro educativo de “Els Til·lers”. ¿Quieres que te explique la experiencia previa o esto ya te vale?

ENTREVISTADOR: Lo que consideréis vosotras que es importante.

JUDIT DEPREZ MOLET: Vale, bueno, pues esto sería de dónde. También estoy con Gemma, haciendo varios proyectos de investigación respecto a la salud mental y experiencias traumáticas de las mujeres privadas de libertad. Bueno, pues yo estoy ya.

GEMMA ESCUDER ROMEVA: Yo también soy psicóloga. Bueno, soy de Sant Joan de Déu desde el 2005 que entré directamente la unidad de hospitalización psiquiátrica penitenciaria, que hay en Brians 1. Estuve allí hasta el 2022 y en 2022 pasé a la unidad de rehabilitación psiquiátrica penitenciaria de Brians 2, donde estoy actualmente. Después, ya desde hace 5 años, soy la referente de la línea de investigación en salud mental en el ámbito penitenciario y justicia juvenil, que es una línea de investigación que se creó para bueno para aglutinar y para potenciar toda la investigación. Desde Sant Joan de Déu en el área penitenciaria de salud mental, que es bastante amplia. Yo si quieres luego me lo apunto y te envío una cosa, una diapositiva que tenemos de todo, de toda la atención del área penitenciaria y de cómo se distribuye la atención a la salud mental en el área penitenciaria porque es muy amplia. Y supongo que te te ayudará a ubicar un poco. ¿Vale?

ENTREVISTADOR: Empezaré con una pregunta un poco general y quizás un poco compleja. ¿Qué es en vuestra opinión, cómo definiría, salud mental? Porque a veces hablamos del concepto de salud mental y concepto bastante difícil que las definiciones tampoco de la OMS... tampoco dan mucho a entender que deberíamos de entender por salud mental.

GEMMA ESCUDER ROMEVA: ¿Yo? ¿Sí? Bueno, sí, tienes razón. En realidad, salud mental siempre se ha vinculado al concepto de trastorno mental, o sea, se entiende, no? Muchas veces hablamos de que una persona tiene problemas de salud mental y enseguida

pensamos en diagnósticos potentes y en enfermedad y en realidad ya hace años que la salud mental también se refiere al bienestar emocional. ¿No? Entonces yo creo que la salud mental implica todo aquello que está vinculado con el bienestar emocional y que es bueno. Que afecta al funcionamiento de las personas. No en cualquier ámbito, no salud mental en el trabajo. Salud mental en la vida cotidiana. Entonces yo creo que básicamente eso es la salud mental. Si lo hablamos en términos de enfermedad es el equilibrio del bienestar emocional y no sé, creo que no es una definición muy muy ortodoxa, pero yo creo que hay que contemplar esto, tanto el bienestar como el malestar emocional.

JUDIT DEPREZ MOLET: Sí, sí, yo solo añadiría que es un continuo ¿No? En realidad, que va del bienestar a al completo malestar y, por lo tanto, que tiene muchas capas entre medias ¿No? Y que es muy difícil decir cuándo empieza los problemas de salud mental o cuándo empieza el el bienestar. Tenemos que movernos en la concepción de que es algo progresivo, que es más calada de que, y que esto nos puede nutrir ¿No? De, de pensar en que no solo una persona con trastorno mental severo necesita acompañamiento de la salud mental, que es un poco lo que lo que decía Gemma.

ENTREVISTADOR: ¿Y partiendo de estas definiciones, entrando también un poco en tema, ¿cómo consideráis que es el estado de salud mental que existe en los centros penitenciarios más completo? Bueno, en Cataluña que es, es donde trabajáis vosotras.

JUDIT DEPREZ MOLET: Bueno, de esto venimos muy preparadas. Justo es que estamos haciendo un proyecto que está vinculado a la prevención del suicidio, y que por supuesto hablamos de de la salud mental y de todo lo que tiene que ver, no con el propio hecho de estar en el en un centro penitenciario. ¿El estar privados y privadas de libertad de por sí ya es un factor que contribuye al malestar emocional y psicológico, no? Por lo tanto, ya partiendo de esta premisa, la salud mental de las personas privadas de libertad está en unas condiciones diferentes a la, a lo que sería las personas en la Comunidad ¿No? Y además porque tiene que ver con que las personas que entran privadas de libertad tienen muchos factores de intersección en su realidad. Situaciones de exclusión, ninguna habilidad social, problemas familiares, situaciones traumáticas en la historia vital... En

mujeres sabemos que es más del 90%, pero que intuimos que nombres también, aunque el tipo de experiencias vividas son muy diferentes, ¿no? Pero que también vienen con experiencias traumáticas y la propia hostilidad y las dificultades del medio, ¿no? Sabemos también que la salud mental de las mujeres privadas de libertad tiene un mayor impacto porque las prisiones son androcéntricas, están pensados, pensadas para y por los hombres. ¿No? ¿Entonces decía, si sitúan una situación que están en un entorno donde no contempla del todo sus necesidades, no? ¿Y bueno, podríamos continuar, no? ¿Pero así como tu título sería esto, si Gemma me quieres añadir algo?

GEMMA ESCUDER ROMEVA: ¿Sí, bueno, yo sí, si te sirve, si no nos frenas eh, pero hay una parte que es como, ¿cómo está la salud mental en las personas que entran en prisión y luego cómo se gestiona la atención a la salud mental en prisión? Hay un capítulo del Libro Blanco que se hizo, que hizo Alfredo Calcedo y que hicimos de los capítulos que es el modelo de atención a la salud mental en Cataluña, en prisiones y que ya te lo enviaré si quieres está en abierto, eh? Creo que lo puedes encontrar, pero te lo puedo enviar y ahí verás un poco cómo se distribuye la atención a la salud mental, especialmente en Cataluña, que es prácticamente trata de equiparar la misma atención que se recibe en la Comunidad, que se reciba en la prisión, y eso significa que existen hospitales psiquiátricos, o sea, hospitales de salud mental, que existen grupos, equipos de salud mental y adicciones que visitan a todas las personas que necesitan atención y que están privadas de libertad. Hay grupos de PSI que equipos de PSI que son del programa de soporte individualizado, es decir, que hay como todo, un despliegue que es muy similar al de la Comunidad. Y luego, si añadir que realmente en los últimos años, cada vez más, las prisiones, a veces en algún momento se hace referencia que son los grandes psiquiátricos. ¿No? Porque el cierre de muchos recursos en la comunidad, recursos de larga distancia y en los típicos manicomios de toda la vida que ya se fueron cerrando afortunadamente, pero que no se ha desplegado todo aquello que teóricamente se debía desplegar y por tanto hay mucha gente que entra en prisión por la no atención de los problemas de salud mental. Es decir, que son es, es muy importante tener en cuenta que las personas en prisión tienen una presencia de de trastorno, además de afectaciones. Como decía Judith, muy amplias.

ENTREVISTADOR: Sin embargo, vosotras afirmáis que existe una precariedad en relación las personas privadas de libertad. ¿Por qué?

GEMMA ESCUDER ROMEVA: Bueno por, por lo que te comentaba Judit. Porque cuando las personas llegan a prisión suelen venir ya con una mochila de una carga de afectación, ¿no? Y de y de vulnerabilidad muy alta. Son personas que la gran parte tienen problemas de exclusión social, muchas personas son migrantes. Piensa que en Cataluña más del 50% de las personas en prisión son extranjeras, y una parte importante provienen de países en desarrollo o que están en situación de conflicto, con lo cual ya viene con una carga propia que hace que la estancia, la entrada en prisión ya tenga de por sí no una carga externa y que dentro claro, la privación de libertad afecta a la salud mental en cualquier ámbito o la falta de autonomía de elección, la confusión, la falta de información en el hecho de que él no sepa en qué no?

JUDIT DEPREZ MOLET: La falta de ocupación.

GEMMA ESCUDER ROMEVA: Exacto. La falta de ocupación sobre todo significativa, es decir, que responda a las necesidades, la precariedad laboral, es decir, hay un montón de situaciones, el conflicto, el hecho de que es un espacio hostil. Eso de por sí afecta a la salud mental y, por tanto, sí es precaria en todo su en todo su conjunto.

JUDIT DEPREZ MOLET: Sí, yo añadiría que, en cuanto a la atención y las ratios están estimadas, están bien teniendo en cuenta las ratios de comunidad y aún así, la prevalencia de diagnósticos y necesidades de salud mental en el ámbito penitenciario es mucho mayor. Por lo tanto, también haría falta una revisión de las ratios de profesionales, justamente por esto, por la prevalencia que hay entonces como para completar esta parte de atención, que también es importante.

ENTREVISTADOR: En este sentido también habláis de una cosa que me ha sorprendido,

que es la criminalización de las personas con trastornos mentales. ¿Cómo consideráis que esto también puede tener afectación al problema que estamos hablando?

JUDIT DEPREZ MOLET: Bueno, yo creo que cuando hablamos de estigma, que tiene mucho que ver con todas los ejes que se encuentran las personas privadas de libertad, pero los diagnósticos de salud mental es un eje más que aumenta el estigma. De hecho, por ejemplo, hay herramientas de valoración del riesgo donde el hecho de tener un diagnóstico en salud mental te penaliza, es decir, que a la hora de valorar si vas a salir de permisos o si estás preparado o preparada para un tercer grado, etcétera, etcétera, que tu tengas un diagnóstico en salud mental te penaliza. En cuanto a que te resta puntos y te aumenta el riesgo, lo cual esto ya es como algo muy objetivo más allá de lo que siempre hablamos, de que cada profesional que trabaja en el medio, si no revisa sus propios estigmas, lo reproduce. Y muchas veces, pues esta persona está loca ¿No? Ya se utilizan un lenguaje peyorativo que ya está poniendo a las personas con diagnóstico de salud mental en unos sitios determinados, de las prisiones. Y, además, en muchas veces también dentro de la propia dinámica de prisión hay dificultades y hay conocimiento de que esta persona tiene un diagnóstico solamente en el acceso a depende de qué lugares de trabajo en el poder empezar o no en los programas del PIT. En cuestión, en paternalizar un poco más, ¿No? Como estar muy pendientes de que se está tomando la medicación, no se la está tomando, usamos como unas actitudes más paternalistas y dejamos de atribuir ciertos aspectos relativos a la autonomía, como atribuyendo que una persona con 1 TMS es una persona incapaz de tomar decisiones de por sí sola, ¿no? Y que tenemos que usar como métodos de de más supervisión, cuando no necesariamente, ni mucho menos tiene que ser así, ¿no?

GEMMA ESCUDER ROMEVA: Sí, sí, sí, bueno, la ha respondido muy completa. Las personas que están en las unidades de salud mental, por ejemplo, en Brians 1, que es la unidad, que hay personas que es una unidad mixta y hay hombres, mujeres, y hay agudos subagudos y rehabilitación, es una unidad en la que hay muchas personas que no pueden salir a trabajar al medio penitenciario en la unidad de rehabilitación. Sí, pero también te encuentras en muchas ocasiones que suelen quedar los últimos de la lista que bueno, siempre hay la tendencia a pensar, bueno, pero este realmente puede hacer algo en cualquier modo ¿No? Como si en cualquier momento y en cualquier situación estuviera

la persona descontrolada o en riesgo. Y eso dificulta mucho la la aprobación de permisos de determinadas salidas, etcétera. Sí.

ENTREVISTADOR: ¿Consideráis que estos factores de riesgo se producen tanto dentro como fuera de prisión?

GEMMA ESCUDER ROMEVA: ¿Factores de riesgo para?

ENTREVISTADOR: Para la persona en sí. En el estudio si no me equivoco habláis de que las personas en ese sentido tienen ciertos factores de riesgo. De algunos habéis hablado. Que son personas que provienen de culturas diferentes, adicciones... En este sentido, ¿consideráis que los factores de riesgo que afectan a la salud mental de esa persona se siguen reproduciendo dentro del centro penitenciario?

GEMMA ESCUDER ROMEVA: En parte sí. Las personas que se encuentran en módulos, en ordinarios no afectados por trastornos de salud mental, suelen ser más vulnerables, entonces es más fácil que en muchas ocasiones accedan al consumo con más facilidad o que sean personas a las que se las se las extorsiones o sufran de algún tipo de de violencia ¿No? De agresividad. Entonces, todo esto agudiza, dificulta más el seguimiento de estas personas. Ahora se están creando, hay como unas pruebas piloto de crear unidades de intervención compensatoria que serían como módulos de 20 personas en los que básicamente se concentran las personas con vulnerabilidades, pero que no requieren una hospitalización, sino que pueden estar en un módulo. Pero con unas características un poco de atención específicas y con un equipo de salud mental añadido al equipo penitenciario que yo creo que trata de de, de atender estas necesidades ¿no? Pero bueno, en realidad la prisión es como una pequeña población entre muros. Pero la de cuestiones que se dan fuera también se dan dentro. El consumo de cannabis está muy extendido, la entrada de cocaína está muy extendida. Los episodios de violencia persisten... con lo cual, bueno, pues sí hay muchos factores de riesgo que siguen presentes dentro del medio. Puedes garantizar algunos. Toma de medicación, determinadas situaciones que a lo mejor



fuera no sería tanto, la atención inmediata en situaciones de riesgo... También porque se puede dar una atención muy rápida, pero hay muchas vulnerabilidades aún por cubrir.

JUDIT DEPREZ MOLET: ¿La vivienda también no?

ENTREVISTADOR: Bueno, a ver, volviendo un poco al tema principal. Podríais explicar cuál es el proceso que sigue una persona desde que recibe en este caso una sentencia condenatoria o, en su caso, un auto de prisión preventiva hasta que se produce su ingreso.

GEMMA ESCUDER ROMEVA: Sí te comento yo, Judit que siga. Vale, bueno, mira las unidades de ingreso. Piensa que para en las unidades de ingreso de prisión se puede entrar directamente desde la calle en el mismo momento de la comisión del delito. Si un juez lo determina, y esto suele pasar cuando ya se produce un delito y la persona acusada, se identifica ya como una persona que tiene un trastorno mental y por tanto, es posible que entre directamente la unidad de hospitalización dentro de prisión y allí el proceso es el que seguirías en un proceso normal, es decir, estancia en agudos, estabilización del cuadro en que ha llevado a la situación que en este tipo de casos suelen ser cuadros psicóticos y por tanto hay una estancia que puede variar de 10 días a un mes.

En agudos luego se pasa al proceso, a la unidad de subagudos, que es donde se produce ya una estabilización más continuada y a nivel judicial en este periodo se puede llegar a producir, pues una petición de declaración en juzgado y nosotros determinamos que esa persona está en condiciones o no para asistir. A partir de ahí su estancia como preventivo se puede mantener en la unidad, si realmente es una persona que consideramos que requiere estancia en la unidad de psiquiatría he de advertirla. Entonces se queda con nosotros en la UHP hasta que en el juicio se determina, esta persona tiene que cumplir en prisión o tiene que cumplir la o en un medio civil, es decir, si se le impone una medida de seguridad porque es será considerado de que haya un tipo de eximente completa o incompleta en cualquiera de los casos, si requiere por una cuestión de estabilización y de mantenimiento de la recuperación, quedarse en la unidad se quedará.

Es decir, aunque la orden sea de estar en en prisión, también puede estar en la unidad. Y lo mismo ocurre con la medida de seguridad, a pesar de que se le absuelva. Incluso se decreta en la estancia en la Comunidad. Es posible que se quede un tiempo con nosotros,

con lo cual este sería el proceso dentro de las unidades si se queda cumpliendo en la unidad y se estabiliza bien que es un hombre puede pasar la unidad de rehabilitación de Brians 2, que es ahí, solo hay cumplimientos ya judiciales y se puede estar el tiempo que lo requiera y ya se empieza un proceso de rehabilitación y de reinserción, dependiendo también de los años de las condiciones de la persona y de la situación de regularización en el país.

Aquí ya entraríamos en 1000 situaciones y en el caso de que la persona reciba una condena de prisión y pueda estar en un módulo ordinario, pues se le deriva el módulo ordinario con un seguimiento externo que los equipos es mía, hacen el seguimiento y ya está y se produce todo el trabajo que igual dará Judit y ya una vez que ya que está como equipo externo en los módulos igual te puede dar también un poco más de información.

JUDIT DEPREZ MOLET: Sí, a nosotros nos llegan los y las pacientes de varias formas, una podría ser para empezar con la que decía Gemma que dan el alta de la unidad y que, por lo tanto, avisan, de tal paciente es dado de alta de la unidad y pasa a centro penitenciario tal y por lo tanto entregamos.

Seguimiento por parte del equipo de salud mental, este sería una forma, aunque la más habitual es que cuando una persona entra en prisión por los servicios médicos, donde esta persona, pues es explorada y valorada y entre otras cosas se valora si hay antecedentes de salud mental. En caso de que los haya se deriva ya directamente a los equipos de salud mental. Por lo tanto, ya forma parte de nuestros pacientes. O, en caso de que no se detecte o no haya ningún problema previo, puede ser que durante el cumplimiento de la condena o la estancia en una prisión preventiva en, pues aparece personal, tenga alguna necesidad de atención a la salud mental, que normalmente es también detectada por los servicios médicos de atención primaria, sobre todo doctores y doctoras que derivan al equipo de salud mental. Hay otras vías, como pueden ser los equipos de tratamiento de la dirección del centro o que otros profesionales detecten alguna necesidad que no han sido detectada por parte de los servicios médicos y que se nos ponga en conocimiento, entonces, nosotros también igual valoramos el caso y decidimos si es un candidato o candidata a tener seguimiento con nosotros y después por la última parte que se me ocurre es cuando hay los protocolos de prevención de suicidio, que de forma inmediata con una persona se

encuentra en protocolo prevención de suicidio, pues pasa a formar parte de de los pacientes que tienen que ser vistos por salud mental según el riesgo de suicidio. No les ve solo psiquiatría, sino psiquiatría y psicología, y si no pasan a una unidad, también de de agudos.

En el caso de que el riesgo sea alto, es decir, que también desde los equipos ambulatorios, podemos hacer derivaciones a la sanidad. Unidades en caso de un riesgo alto de suicidio o bien en el caso de una descompensación psicopatológica que requiera de un entorno de mayor contención para su estabilización.

Nosotros hacemos seguimiento en los equipos de Brians son equipos multidisciplinares donde hay psiquiatría, psicología, enfermería, enfermería y Terapia Ocupacional, aunque no todos los centros tenemos Terapia Ocupacional, pero sí la mayoría. Entonces ya tengo seguimiento de frecuencia e intensidad, valorada y atendiendo las necesidades individuales de cada una de las personas y en caso de que finalicen la condena, o bien que tenga una libertad a espera de juicio o cualquiera de las situaciones que implique una puesta en libertad o que sea libertad provisional.

Lo que hacemos es una vinculación a los recursos de la Comunidad en caso de que la persona cumpla los criterios para para dicha de derivación, ya sea a centros de salud mental. El equipo del PSI que te comentaba al inicio y Gemma que son personas que dan soporte más individualizado a personas, especialmente cuando un trastorno mental severo, aunque hoy otros casos que pueden ser candidatos, pero especialmente las personas con un diagnóstico.

ENTREVISTADOR: ¿Cómo valoráis vosotros el proceso actual que sigue la persona?

GEMMA ESCUDER ROMEVA: Es correcto, pero con mejoras. O sea, hay muchas, la ratio que te comentaba Judith es importante, luego también hay una. Hay una realidad que no solo dentro de prisión, sino en toda la sociedad, que es la la medicalización extrema. Es decir, básicamente es a partir de la medida, de los médicos y médicas que están en los en los centros, los que aportan muchas veces la primera, la primera visita, ¿no? Esto en algunos momentos a nivel informal ya se hace de otras maneras, pero hay

mucha tendencia que la primera persona que visita sea psiquiatría, y eso hace que muchas veces la tendencia a medicalizar y así como “farmacolizar” a las personas por delante de otros análisis que a lo mejor podrían ser previos y determinar la medicación como última instancia, pero eso pregunta en toda la en toda la sociedad y funciona así la las áreas de atención médica, ¿no? Entonces, yo creo que ahí sí que tendría que haber una variación. Y luego, pues proveer de de otro tipo de profesionales ¿No? La Terapia Ocupacional, como dice Judith, debería estar como más reconocida y que formará parte más. Que hubiera más prevalencia, más presencia de de terapeutas ocupacionales y de Psicología, especialmente.

JUDIT DEPREZ MOLET: También preguntabas en referencia a los procesos de seguimiento que hacen los y las pacientes.

ENTREVISTADOR: Sí, también.

JUDIT DEPREZ MOLET: Oh, no, vale, bueno, claro, esto depende mucho del caso por caso, de todas las variables que también interfieren en el seguimiento. Hay veces que, por ejemplo, cuando están en régimen de restrictivos, que sería un primer grado, pues tenemos dificultad para visitar a las personas en la frecuencia o en la duración que queremos, lo cual pues es un impedimento muy claro que pone el medio. Luego también está, pues las propias necesidades del centro, pues a nivel regimental y de seguridad que pueden impedir los cambios constantes de módulos, especialmente en la población de hombres, que es muy fácil que vaya de un módulo a otro. La discontinuidad, pues de un seguimiento por el mismo profesional, aunque nosotros intentamos que no sea así. A veces pasa porque se les cambian de centro. No podemos continuar con la atención ni con el vínculo. Después, también ahí todo el tema que comentaba antes Gemma de las personas que están en consumo activo, que eso también, pues interfiere directamente en la estabilización en el caso de las personas con trastorno mental severo y de herencia, y el de seguimiento psicoterapéutico también y las variables más a nivel penales no, es decir, por ejemplo, en yo trabajo en banderas que son mujeres preventivas y cualquier noticia o ausencia de noticias en torno a su situación penal y penitenciaria

¿Pues también interfiere directamente en el bienestar, en el malestar, no? Entonces, realmente, cuando hablamos de los seguimientos en prisión, debemos tener en cuenta no solo lo que nos conviene sino lo que nos concierne a nosotros, que es el seguimiento, sino todo lo que está pasando alrededor de la persona que está interfiriendo en la capacidad de vincularse. Vincularse en el seguimiento y también en la prudencia que tengamos de interactuar, como profundizar, no profundizar... Por ejemplo, en aspectos traumáticos, sabiendo cuál es el momento más adecuado para que la persona no se desestabilice y poder garantizar, como que hay un, habrá una continuidad del seguimiento.

GEMMA ESCUDER ROMEVA: Sí, sí, yo también añadiría situaciones que son significativas respecto a dónde están ubicados. Lo que comentaba Judit, el hecho de que estén en preventivos tiene unas necesidades. El hecho de que se estén cumpliendo condenas largas tiene otras. El hecho del género, evidentemente, es que sean personas migradas o no, también tiene otras atenciones distintas y luego si están en el departamento especial de régimen cerrado, en los derechos, ya estamos hablando de Del top, no de malestar, ¿no? Y la atención, pues allí es, es se hace, pero a costa de mucho esfuerzo por parte de, pues Judit está atendiendo en el de Cuatre Camins, pero en muchas ocasiones con mucha presión para poder hacerlo, porque son departamentos que restringen mucho. El formato habitual de atención ¿No? Es que no da, cuesta mucho y hay muchísimas variables que afectan a cómo tú puedes gestionar el seguimiento.

JUDIT DEPREZ MOLET: Sí, empezando por una cosa como muy muy pragmática. Y es que en los despachos del Delta hay cámaras ¿No? Y aunque son cámaras para la seguridad de los profesionales, en un proceso psicoterapéutico, cuando hay cámaras y por ejemplo la persona puede estar desestabilizada o con sintomatología psicótica, me encuentro muy a menudo que la persona no quiere hablar, ¿no? Entonces, no hay una opción alternativa, es decir, si no hablas con cámaras no hablamos, ¿no? Entonces, claro, ya estamos limitando y aquí otra vez estamos con criminales ¿No? Como penalizando las personas con un diagnóstico en salud mental, porque por mucho que expliquemos al personal de vigilancia, oye, mira, esta persona no es que no está bien, no está estable. ¿Hablaré en un

despacho sin cámaras, no? No puede porque interfiere con la tecnología. Hay una limitación regimental que impide una correcta atención, en este caso, por ejemplo.

ENTREVISTADOR: Vale, En este sentido, me gustaría preguntaros acerca de dos cuestiones. En primer lugar, ¿vosotras tenéis o consideráis que el sistema existente en en Cataluña es un sistema integral? ¿En mayor medida que la atención del resto de España?

GEMMA ESCUDER ROMEVA: Sí.

ENTREVISTADOR: ¿Pero me gustaría preguntaros acerca de dos cuestiones, en primer lugar, si se consideráis que existen los medios necesarios para que, vosotras que estáis trabajando con estas personas, puedan actuar de una forma oportuna y, en segundo lugar, que cuál es vuestra opinión acerca la respuesta farmacológica. Algunos autores, por ejemplo Pallarés, denuncian el recurso habitual a la farmacología, que alguna que creo que Gemma has mencionado. Me gustaría saber vuestro pensar, vuestra opinión acerca de esta problemática.

GEMMA ESCUDER ROMEVA: Sí.

JUDIT DEPREZ MOLET: Sí, bueno, yo sí. Lo primero es reafirmar lo que decía Gemma en cuanto a calificación que en realidad responde a un patrón que está en la sociedad y ya en la red comunitaria. También porque también responde, a mi forma de ver, si no corrígeme Gemma, a la falta de presencia de Psicología. Es decir, si no tengo psicólogos para atender la ansiedad, por ejemplo, para simplificar y poner un ejemplo rápido, pues médico, doy fármacos para la ansiedad, que es más rápido y que tengo menos inversión de tiempo y menos inversión de profesional, ¿no? Entonces creo que no podremos reducir las prescripciones farmacológicas si no aumentamos otro tipo de de servicios, como es la propia Terapia Ocupacional, por ejemplo, que para reducir la ansiedad tener una ocupación significativa es algo primordial o hacer seguimiento con psicología. Es como una pescadilla que se muerde la cola, entonces esto es importante.

Cuando hablamos de psicofármacos y después también el mal uso, que eso es algo que siempre sale también. Muchas veces tú tienes una receta, pero la persona o bien porque yo estoy llamada o bien porque necesita dinero, pues vende o da su medicación a cambio de otras cosas. Y hay otras personas que no tienen esta prescripción y que sí que están haciendo un abuso de la medicación. Por lo tanto, aunque se utiliza lo que vendría a ser como una supervisión de la toma de medicación, hay muchas veces que no se cumple de forma correcta y esto también tiene una interferencia en las realidades del de los centros, ya que hay mucha sobremedicación y no por prescripción, para entendernos.

GEMMA ESCUDER ROMEVA: Sí, bueno, yo, yo creo que hay una realidad también, que es la inmediatez en el hecho de poder atender en a bueno si un psiquiatra atiende a 15 personas en una mañana, el psicólogo no puede atender bien a 15 personas en una mañana. ¿Y, por tanto, la inmediatez y la respuesta se identifica como que es muy rápida, no? Y además, muchas veces la presión del medio es bueno, dale algo a este porque menos la va a liar. ¿No? Entonces, este tipo de situaciones facilita mucho que se hagan prescripciones y además que prescribe mucha gente en prisión y no siempre hay una coordinación.

Por tanto, si a lo mejor se está haciendo un trabajo de que una persona sea adicta a determinado tipo de fármacos y es posible que no todo el mundo lo busque y se informe porque se puede informar y no todo el mundo lo hace y se prescriban esos fármacos igualmente en situaciones en que la persona se pone muy beligerante con la exigencia de ese fármaco y luego sí que es verdad que claro, la atención psicológica requiere de una motivación por parte de la persona y no siempre las personas se encuentran en situación de trabajar determinados aspectos. A lo mejor hay una realidad social, como comentaba Judit, que va a interferir siempre y que por tanto nosotros no vamos a solventar esa realidad, pero si podemos dar un espacio de rehabilitación, de validación emocional. Si el resto de profesionales no identifica nuestra figura como psicología, como una figura que tarde o temprano es generar un efecto de mayor mantenimiento, no de inmediatez.

¿Pero sin mantenimiento es muy difícil que esto cambie no? Y eso pasa también en el medio civil. Piensa que en prisión las ratios de profesionales de Psicología están muy por

debajo de las de psiquiatría pero a un nivel, por ejemplo, una prisión como Cuatre Camins en este momento está siendo atendida por Judith, que está 3 días por semana. Eso es, es de risa, o sea, deberían haber dos. Luego, si es verdad que hay una plaza por cubrir, pero en Brians dos, por ejemplo, que es una de las prisiones más grandes que puede llegar a tener 1400 internos y seguimiento externo, es decir, de los equipos que se mueven por las unidades, hay 7 psiquiatras y un psicólogo y medio. ¿O sea, esto es como, es de coña, no? O sea, que no tiene mucho sentido que estemos. Los 7 psiquiatras matizo que no están todos los días, es decir, hay 1 por módulo, ¿pero es que la psicóloga tiene que atender a los 15 módulos no? Entonces, esta situación evidencia una falta de interés y de intención de modificar luego, a nivel de costes. Siempre se identifica que parece que los costes son más baratos, pero los costes de fármacos son de asustarse

Yo no conozco ahora a datos que te pueda dar, pero lo puedes encontrar en cualquier sitio, es más barato atender con psicología que con fármacos, pero la industria tiene un papel crucial en el mundo sanitario y se seguirá prescribiendo mucho más que haciendo terapia.

ENTREVISTADOR: Vale, y volviendo a la otra pregunta, porque consideráis que el sistema penitenciario en Cataluña es más integral.

GEMMA ESCUDER ROMEVA: Porque los hospitales psiquiátricos, por ejemplo, están distribuidos de una manera más equitativa para la atención de toda la provincia, de toda la Comunidad Autónoma. Es decir, hay dos hospitales psiquiátricos. Bueno, 3, pero 1 está en obras, que atienden tanto a hombres como a mujeres en todo el territorio. En Instituciones Penitenciarias estatales hay dos hospitales psiquiátricos que solo atienden a medidas de seguridad y que uno se encuentra en Alicante y otro en Sevilla.

Es decir, que la zona norte, España, se atiende en Alicante y la zona sur se atiende en Sevilla. Si eres de Canarias te vas a Sevilla y si eres de Galicia te vas a Alicante, entonces la atención a las personas con medidas de seguridad es dramáticamente vulnerabilidad y desatendida porque esa persona se encuentra en un hospital psiquiátrico, que además tiene una visita de psiquiatra 1 o 2 días por semana. Es decir, que está externalizado y no y no hay una atención continuada.

Luego, si es verdad que tienen una figura que son unos equipos similares al tema que te comentaba, pero por ejemplo no tienen psicología clínica y Terapia Ocupacional. Y luego



la red. Toda la red estatal de atención a las medidas penales alternativas no está centralizada en cada Comunidad Autónoma.

Aquí en Cataluña tenemos medidas penales alternativas. Es un órgano que atiende todas las medidas penales alternativas, incluidas las medidas de seguridad que se dan en toda Cataluña y por tanto se centraliza. Y ahí, agentes de seguimiento de todas las medidas. En cambio, en España si tú pides a Instituciones Penitenciarias cuántas medidas de seguridad hay, no se sabe, solo se conocen las ingresadas dentro de los hospitales psiquiátricos penitenciarios, pero las demás dependen de cada juzgado. Entonces, hay una dificultad para atender y para seguir a las personas.

El modelo catalán tiene muchísimas cosas que mejorar, pero es más integral en todos los niveles... de hospitalización, de seguimiento y de post seguimiento. Porque también tenemos los programas de soporte individualizado que atienden a la salida de prisión y que pueden estar hasta 2 años haciendo seguimiento. ¿Los que se requieran, Eh?

A pesar de que la persona está en la Comunidad. No sé si así es muy General en el Libro Blanco, yo creo que en el Libro Blanco que te ahora te ahora te envío, ya te lo ha adjuntado un mail en justamente la la, la la búsqueda, si es verdad que se centraba mucho en el tema de trastornos mentales severos, porque bueno estaba también financiado por la industria y entiendo que estas cosas siempre acaban teniendo unos matices muy particulares.

Pero, pero haz ver la realidad, es decir, De hecho, nosotros no participamos en el Libro Blanco, que lo que pretendía era hacer una encuesta de los servicios de atención de salud mental a todas las prisiones, seleccionando unas cuantas por cada territorio. Y no quisimos participar porque donde estará esas preguntas hacía que no dieran una foto real de nuestra atención y, por tanto se sesgaba realmente porque no se incluía la mayor parte de los servicios que nosotros damos. No estaban en la encuesta porque no se dan en el resto de España. País Vasco ahora ya tiene las transferencias también de salud y de y de gestión penitenciaria y tienen también algunas unidades que incluso están muy por delante de la nuestra, que hay una atención en el medio civil de la ejecución penal, pero fuera de ahí, nosotros. Por eso escribimos un capítulo aparte, porque si no era imposible igualar la la atención y eso responde a la transferencia de de competencias.

Luego hay otra realidad que es que toda la atención de la salud en prisiones en Cataluña depende del Departamento de Salud, no de Justicia y además las prisiones dependen de

Justicia y no de Interior. En España todas las prisiones dependen del Ministerio de Interior, que es donde está policía, de atención de vigilancia, no de atención sanitaria. La salud está atendida por salud y la justicia está atendida por interior, entonces es una realidad que hace que de entrada la gestión sea absolutamente diferencial.

ENTREVISTADOR: Sí, sí me gustaría una última ¿Cuál consideras que es el mayor reto o los retos que a los que se enfrenta el sistema en relación con la salud mental en los sistemas penitenciarios catalanes? ¿Y cuáles creéis que son las posibles soluciones que puedan encontrarse a corto o a largo plazo?

JUDIT DEPREZ MOLET: Es difícil porque un único reto no sé. Creo que hay muchos no, pero creo que algo que puede responder a muchos de ellos sería como poder interiorizar la interseccionalidad como algo necesario para poder entender la la atención a la necesidad, a la salud mental de las personas privadas de libertad.

Si tenemos en cuenta la interseccionalidad, creo que nos va a permitir hacer muchas adaptaciones y atender a muchas necesidades que por ahora no están siendo atendidas. O no podemos atenderlas, pues por el volumen y la relación que tenemos los profesionales. Esto también implica hacer un especial énfasis al impacto que tiene el entorno penitenciario, nuestra salud mental, como decíamos, para dar una respuesta no muy larga y que pueda englobar muchas cosas, Eh?

GEMMA ESCUDER ROMEVA: Sí, yo, yo añadiría otra cuestión que hace un poco como de puente o equilibrio con la Comunidad. Te comentaba que muchas de las prisiones se han convertido en los grandes psiquiátricos. Y va a ir a más, va a ir a más porque en Cataluña se van a cerrar las unidades de rehabilitación y de larga estancia porque el plan director de Salud entiende que son unidades en las que las personas no pueden estar en periodos tan largos. En cambio, no da respuesta a aquellas personas que sí requieren una atención a la larga estancia, con lo cual se van a cerrar y esto directamente impacta a nosotros.

Primero, porque hay mucha gente quedará en la calle porque no cumpliera criterio. Si no hay suficiente despliegue de recursos de espacios, centros de salud, de salud mental, con listas de espera enormes, hospitales de día con plazas reportadas, es decir, que habrá una realidad de muchas personas que necesitan ingreso, que no lo van a tener y todas aquellas personas a las que se le imponen medidas de seguridad de internamiento en medio civil, pues ya a día de hoy ya estamos identificando que cuando quieres traspasar a esa persona al medio civil, porque ya se encuentra en situación de poder cumplir fuera las unidades de fuera, no te lo aceptan porque no tienen larga estancia, entonces esta persona se tiene que quedar o tienes que tratar de hacer tratamientos ambulatorios cuando normalmente los jueces no lo van a probar porque le faltan 10 años de estancia. ¿No? Entonces vamos a enfrentarnos a una realidad muy cruda.

Y es que las personas a las que se le impongan medidas de seguridad, se van a quedar en las unidades psiquiátricas penitenciarias, viéndose afectadas sus libertades legalmente. Es decir, una persona con una seguridad civil puede estar en un hospital psiquiátrico, puede tener su móvil, puede ver a su familia siempre que quiera, con la misma orden judicial pero dentro de prisión no puede tener móvil, no puede usar Internet, no puede visitar a su familia, ni entrar, ni salir cuando quiera, mientras que su situación judicial sí que lo permite. Con lo cual, esto va a agudizarse ¿Y la solución?

Es tan difícil y tan utópica que casi mejor no comentarla, pero sí que habrían pequeñas opciones cómo crear unidades de atención y de larga estancia específicas para personas que están en cumplimiento de medidas, pero que sean fuera. Unidades de seguridad o tener que personas que puedan estar en unidades de larga distancia porque si no, estás condenando a gente por encima de la condena propia que ya tiene judicial, entonces el reto va a ser muy potente.

Y luego toda la inmigración. Tenemos una presencia de personas inmigrantes no regularizadas específicamente que a pesar de requerir seguimiento en salud mental, no lo podrá tener porque no se va a poder quedar en el país o porque cuando se queda tampoco le van a poder ingresar porque nadie lo asume porque no está vinculado al territorio. Entonces, retos como estos, los chavales que entran, terminas que ahora están muchos en justicia juvenil por 1000 cuestiones y que acabarán estando en prisión también tarde o temprano, porque no se les va a dar ningún soporte y tienen todos los ejes de interseccionalidad que les están cruzando por todos lados y con lo cual retos, un montón.

JUDIT DEPREZ MOLET: Muchos.

GEMMA ESCUDER ROMEVA: Sí, soluciones, bueno, ayer mismo estábamos hablando del tema de la prevención del suicidio y entendíamos que una de las soluciones es tratar de que las prisiones se traten distinto y se gestionen de manera distinta. Más que atender al suicidio en sí y ya se nos plantean que son cuestiones prácticamente no muy idealistas y que y que eso no va a ocurrir, ¿no? Con lo cual, bueno, no vamos a desistir, pero va a ser complicado y van a ser muchos retos, sí.

ENTREVISTADOR: De acuerdo, pues, muchas gracias por vuestro tiempo. No os quiero robar más tiempo así que lo dejaremos por aquí. Muchas gracias a las dos por permitirme hablar con vosotras y compartir vuestras opiniones y conocimiento. Muchas gracias.

GEMMA ESCUDER ROMEVA: A ti.

JUDIT DEPREZ MOLET: A ti Iker.

## **ANEXO 2. SALUD MENTAL Y DROGODEPENDENCIA**

Otro de los aspectos destacados por la doctrina es la precariedad de la salud mental de las personas encarceladas. Consecuentemente, destacan las altas tasas de suicidio, autolesiones y violencia así como, ya se ha destacado con anterioridad, una prevalencia más elevada de trastornos mentales graves (Fazel *et al.*, 2011; Fazel & Seewald, 2012; *et al.*, 2014 en Escuder *et al.*, 2024).

El sistema no está preparado para abordar los problemas y necesidades. A resultas de ello, se ha producido una criminalización de las personas con TMG a consecuencia del encarcelamiento masivo, la pobreza, el consumo de drogas y la falta de acceso a tratamientos pertinentes (Shelton *et al.*, 2020; Vilhjalmsdottir *et al.*, 2023 en Escuder *et*

al., 2024). La criminalización y el correspondiente aislamiento son agravantes de los trastornos mentales de las personas en prisión (WHO Regional Office for Europe, 2023 en Escuder et al., 2024). Lo expuesto no deja de mostrar una situación límite de la salud mental de la población penitenciaria.

Esta problemática se acentúa en casos de alta complejidad. Personas con múltiples diagnósticos de trastornos mentales reciben en mayor medida medidas disciplinarias más severas. Entre estas medidas, destaca la de aislamiento, independientemente que la doctrina (Kendall- Tackett & Klest , 2009 en Escuder et al., 2024) haya expuesto que las personas en aislamiento que hayan vivido experiencias traumáticas son retraumatizadas, incrementando los problemas de salud mental y de comportamiento.

Estas experiencias traumáticas se encuentran relacionadas con la salud mental y el contexto penitenciario en tanto que las personas que las mismas pueden alterar el desarrollo evolutivo individual, habiéndose comprobado que dichas experiencias son uno de los factores de riesgo ambientales más conocidos que aumentan la probabilidad de que una persona desarrolle problemas de salud mental e incluso un trastorno mental (Van der Kolk, 2023 en Escuder et al., 2024).

Además, la victimización así como las experiencias traumáticas previas al encarcelamiento conllevan un mayor riesgo de conductas disruptivas así como una mayor dificultad en la gestión emocional o la normalización de la violencia (Batlle Manonelles, 2021 en Escuder et al., 2024). Dichas asociaciones no dejan de significar la importancia de ofrecer intervenciones de tratamiento que aborden dichos traumas.

Durante la estancia en prisión, la población penitenciaria está expuesta en mayor medida a factores de riesgo asociados con la aparición de trastornos mentales. En dicho sentido, Gómez y Camino (2022) denuncian que, durante el internamiento, las condiciones de vida así como las probables agresiones psicológicas y físicas contribuyen en el desarrollo de estos problemas de salud mental. A ello, debe sumarse la experiencia traumática de las restricciones de movimiento, las figuras de autoridad o la hipervigilancia causada por la idiosincrasia del contexto penitenciario (Miller & Najavits, 2012 en Escuder et al., 2024)

Uno de los principales problemas de la población penitenciaria se encuentra vinculado con el consumo de drogas. Así, el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones en el año 2023 afirmó que el porcentaje de personas consumidoras en los centros

penitenciarios era muy superior que el de la población general. Caravaca, Falcón y Luna (2015) señalaban diversos factores de riesgo vinculados con el consumo de sustancias psicoactivas durante el encarcelamiento destacando la pobreza, el paro, ausencia de pareja estable o un bajo nivel educativo.

Por su parte, Bañuls et al. en el año 2014 expusieron una mayor prevalencia en las prisiones españolas de trastornos de uso de sustancias así como otros trastornos mentales entre los que destacaban la ansiedad. Uno de los problemas innegables de las drogas en el contexto penitenciario es el exceso desbocado de uso de fármacos. Dicho uso desmedido es generador de secuelas irreversibles, complica el acceso a permisos y dificulta al convivencia adecuada en prisión (Gordaliza y Markez , 2022).

El problema de las adicciones se ve significativamente afectado por un factor de riesgo señalado con anterioridad como es las experiencias traumáticas, causadas a su vez por experiencias de violencia vividas por las personas que son privadas de libertad. Por ejemplo, Martínez Perza et al. (2022) destacan como un 74,8% de las mujeres consumidoras privadas de libertad fueron víctimas de maltrato físico, un 80,6% de maltrato psicológico, un 45,3% de abusos o agresiones sexuales.

### **ANEXO 3. HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS PENITENCIARIOS**

Tal y como denuncia Cuenca (2022), en España la oferta asistencial de la Administración Penitenciaria se reduce a los centros psiquiátricos que se hallan regulados en los arts. 183 a 191 del RP. Únicamente son dos los establecimientos psiquiátricos penitenciarios disponibles en el territorio español, localizados en Alicante y en Sevilla. Los HPP son centros exclusivos para enfermos mentales con medidas de seguridad privativas de libertad en casos de inimputabilidad y sentenciados a estar en los mismos hasta que se produzca la curación de su enfermedad evitando así el riesgo de reincidencia (Art. 95 y ss CP), teniendo como límite de cumplimiento la pena de prisión correspondiente al delito que en su caso se hubiera realizado.

Según los datos recogidos por la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria (SGSP), a principios de 2023 estaban ingresadas hasta 376 personas en alguno de estos dos Hospitales Psiquiátricos dependientes de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, una situación de sobreocupación que viene siendo denunciada desde hace

mucho tiempo (García, 2021). En ambos hospitales se encuentran personas con enfermedad mental sometidas a medidas de internamiento judicial principalmente.

Hospital Psiquiátrico Penitenciario se define como “*los Establecimientos o Unidades Psiquiátricas penitenciarias son aquellos centros especiales destinados al cumplimiento de las medidas de seguridad privativas de libertad aplicadas por los Tribunales correspondientes*” (art. 183 RP). Actualmente, podemos diferenciar por un lado, los establecimientos psiquiátricos penitenciarios y, por otro lado, las unidades psiquiátricas, las cuales se encuentran localizadas dentro en los centros penitenciarios ordinarios.

#### **Imagen 7. Distribución de las principales patologías en Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios (HPP)**

	HPP ALICANTE		HPP SEVILLA	Total
	VARONES	MUJERES	VARONES	
Trastornos Psicóticos	120	20	68	208
Trastornos afectivos	13	2	15	30
Trastornos de personalidad	12	4	10	26
Patología dual	42	6	52	100
Otro	6	0	6	12
Total				376

Fuente: Informe General 2022. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias

De acuerdo con el art. 183 RP en estos centros y unidades pueden ser ingresadas:

- Personas con “patología psiquiátrica”, para proceder a su observación de acuerdo con la LECrim
- Personas a las que por aplicación de las circunstancias eximentes del CP les haya sido aplicada una medida de seguridad de internamiento en centro psiquiátrico penitenciario
- Personas penadas a las que, por enfermedad sobrevenida o desapercibida, se les haya impuesto medida de seguridad que deba ser cumplida en establecimiento o unidad psiquiátrica penitenciaria,

En este sentido, la normativa penitenciaria incluye determinadas especificaciones en relación con la organización, el régimen de vida o el tratamiento a estas personas (art. 22 y 23 RP).

Es preciso mencionar que actualmente el CP no prevé la posibilidad de adopción del internamiento en centro psiquiátrico como medida cautelar de manera que, se aplica la prisión provisional implicando el ingreso de personas con problemas de salud mental, que podrían ser inimputables, como presos/as preventivo/as, en centros penitenciarios ordinarios.

#### **ANEXO 4. CLASIFICACIÓN PENITENCIARIA Y PIT**

La clasificación penitenciaria y el tratamiento dependen del conocimiento de los antecedentes del interno. Estos antecedentes deben de servir también para determinar cuál es el grado de tratamiento y el destino más adecuado. Además, implica establecer el PIT (Programa Individualizado de Tratamiento) con las actividades más adecuadas a las necesidades psiquiátricas que se determinen (Mata y Montero, 2021).

A pesar de las herramientas que se hallan en el RP, y algunas como hemos visto en el CP, muchas personas con problemas de salud mental continúan en prisión, incluso en situaciones en las que dichos problemas pueden implicar un sufrimiento adicional, por la falta de medios para dotar de sentido a la pena, por las particularidades del entorno penitenciario o por los problemas idiosincráticos de cada uno de estos internos. El sistema ha priorizado el criterio de la seguridad a los criterios tratamentales por la mayor dificultad de acceder a los servicios y recursos sociosanitarios (Cuenca, 2022).

#### **ANEXO 5. RÉGIMEN DE CUMPLIMIENTO**

El Reglamento Penitenciario dedica los arts. 185 a 190 al régimen de cumplimiento en un establecimiento o unidad psiquiátrica penitenciaria.

En el momento de su ingreso, el interno debe ser atendido por un facultativo de guardia, teniendo en cuenta los informes del Centro del que provenga. Una vez analizados toda la documentación decidirá el destino que considere más conveniente hasta su reconocimiento por un psiquiatra. El equipo multidisciplinar<sup>6</sup> debe, a su vez, presentar un

---

<sup>6</sup> De acuerdo con el art. 185.1 RP los equipos multidisciplinarios están integrados por psiquiatras, psicólogos, médicos generales, enfermeros y trabajadores sociales.



informe inicial a la autoridad judicial correspondiente en el que conste tanto la propuesta de diagnóstico como la evolución del tratamiento (mantenimiento o cese del internamiento, programa de rehabilitación, traslado a otro establecimiento...). Este informe debe repetirse con una periodicidad de 6 meses, dándose cuenta al juez y al Ministerio Fiscal sobre el estado y la evolución del interno (art. 187 RP).

Es el art. 188 RP el que regula las peculiaridades de este tipo de establecimientos en relación con la separación de los internos o las restricciones de libertad que única y exclusivamente se realizarán siempre y cuando sean necesarias para el éxito del tratamiento. Además, la utilización de medios coercitivos debe ser una medida excepcional y a diferencia de los pacientes internados en centros ordinarios, no es de aplicación el régimen disciplinario sancionador a las personas allí encarceladas.

Finalmente, los artículos 189 y 190 RP regulan las actividades rehabilitadoras y las relaciones con el exterior, respectivamente. En relación con las primeras, el art. 189 RP establece la obligación de fijar por escrito el programa de actividades rehabilitadoras así como programas individuales de rehabilitación. A su vez, el art. 190 RP establece que las comunicaciones con el exterior de los pacientes se fijarán en el programa individual de rehabilitación de cada uno de ellos debiéndose indicar todos los extremos de las mismas como el número de comunicaciones y salidas, la duración, personas con las que se pueden comunicar así como las condiciones en las que se celebran dichas comunicaciones.

Una vez finalizada la pena, de acuerdo con el artículo 185.2 del Reglamento Penitenciario, es la Administración Penitenciaria la responsable de solicitar colaboración con otras administraciones con el objetivo de prolongar el tratamiento psiquiátrico tras la puesta en libertad.

Por último, de acuerdo con el art. 97 CP, el internamiento en centro psiquiátrico es susceptible de ser revisado periódicamente con el objetivo de esclarecer si subsisten los motivos de su imposición, esto es, la peligrosidad criminal: si esta ha desaparecido, se ha minimizado o continua, implicando a su vez el cese, mantenimiento o suspensión de dicho internamiento (Mata y Montero, 2021).

## **ANEXO 6. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LAS COMPETENCIAS EN MATERIA PENITENCIARIA DE CATALUNYA**

Como se ha señalado con anterioridad, el sistema catalán es un sistema diferencial por su integridad. Sin embargo, para llegar a este punto se han de distinguir cuatro momentos clave. El primero ocurre en 1983, momento en el que se transfirieron las competencias de sanidad, entre las que se encontraban los centros y servicios sanitarios a Cataluña. El segundo, en 1984, momento en que las competencias en materia penitenciaria también se transfirieron a Cataluña. De esta manera, tal y como se reflejaría con posterioridad en el Estatut de Autonomía, Cataluña tenía ya desde ese momento competencia en la ejecución de la pena de prisión y en materia penitenciaria. Esta afirmación se proyecta en la gestión y organización integral de la política, personal y establecimientos de los centros penitenciarios de acuerdo con la legislación española.

Para encontrar el tercer punto clave se ha de avanzar hasta el año 1991, momento en el que se firma un convenio entre el Departament de Salut y el Departament de Justícia, que era el responsable de la sanidad penitenciaria hasta ese momento, con el objetivo de garantizar una adecuada asistencia sanitaria a las personas que se hallan en los centros penitenciarios.

El cuarto y último hecho clave es el Plan de atención a las necesidades en el ámbito de la salud mental penitenciaria que acontece en el año 2001 como resultado de un convenio entre el Departament de Salut, el Departament de Justícia y la Ordre Hospitalària de Sant Joan de Déu. Con este convenio se consiguen introducir en el sistema catalán dos elementos diferenciadores. En primer lugar, el personal que atiende a la salud mental dentro de los centros penitenciarios pasará a pertenecer a una entidad puramente sanitaria, que es Sant Joan de Déu – Serveis de Salut Mental. En segundo lugar, este convenio implicó la implementación de una alternativa a las enfermerías del ámbito sanitario dando como resultado a una serie de estructuras como la Unidad Polivalente del Centro Penitenciario Quatre Camins (2001) o la inauguración de la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Penitenciaria de Catalunya (UHPP-C), en el Centro Penitenciario Brians 1.

Con el paso de los años esta Unidad de Hospitalización emergerá como uno de los logros sanitarios más importantes en el contexto penitenciario catalán, tratándose como una unidad de gestión clínica 100% sanitaria que cuenta con diversos servicios de urgencias

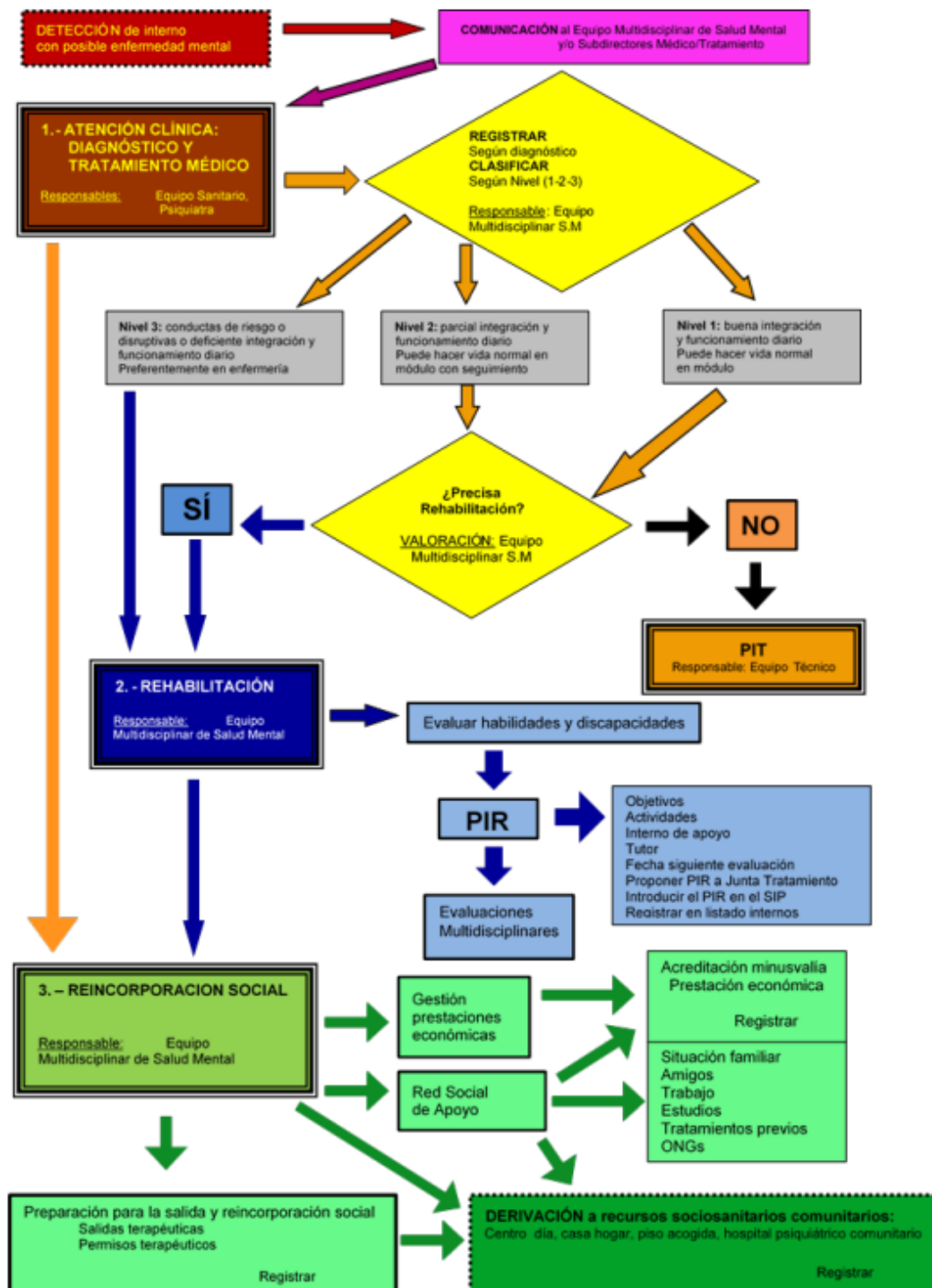
y que logra atender a toda la población penitenciaria de Cataluña que se encuentra en régimen cerrado.

Con el Decreto 399/2006, de 24 de octubre, se le asigna al Departament de Salut las funciones del cuidado de la salud de las personas privadas de libertad con lo que, el sistema actual de atención sanitaria de los centros penitenciarios catalanes forma parte de la red sanitaria pública del CatSalut.

Con posterioridad, en el año 2017 y subrayándose como una prioridad absoluta la necesaria mejora de la atención de la salud mental en el ámbito penitenciario se impulsó la creación de un abanico de servicios de salud mental que garantizasen un abordaje integral, orientado a la rehabilitación y a la consecución de la equidad de la atención a las personas con problemas de salud mental. Entre las diversas medidas que fueron introducidas se implementó el Programa de servicios individualizados en el ámbito penitenciario, programa dirigido a las personas internas que presentan un TMG y se encuentran en régimen de semilibertad. Además, se introduce el Servicio de Atención Ambulatoria en Salud Mental en todos los centros penitenciarios de Cataluña, siguiendo el Programa de Colaboración con Atención Primaria (PCP) (Escuder et al, 2024).

## ANEXO 7. DIAGRAMA PROGRAMA PAIEM

Imagen 8. Programa PAIEM



Fuente: Secretaria General de Instituciones Penitenciarias (2009)