

**UNIVERSITAT
JAUME·I**

Trabajo Fin de Grado

**LA INCIDENCIA DE LOS
TRASTORNOS DE PERSONALIDAD
EN LA POBLACIÓN RECLUSA:
ALTERNATIVAS PARA LA MEJORA
DEL TRATAMIENTO ACTUAL**

Presentado por:

Sara Coll Mateu

Tutor/a:

Alba Sebastián Tirado

Grado en Criminología y Seguridad

Curso académico 2021/22

ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| EXTENDED SUMMARY..... | 3 |
| Resumen/Abstract..... | 8 |
| 1. Introducción..... | 9 |
| 1.1. La salud mental en los centros penitenciarios españoles..... | 9 |
| 2. Trastornos de personalidad..... | 10 |
| 2.1. Concepto..... | 10 |
| 2.2. Trastornos de personalidad y conductas violentas..... | 11 |
| 2.3. Modelos de categorización y diagnóstico de los trastornos de personalidad..... | 12 |
| 2.4. Clasificación de los trastornos de personalidad según el DSM-V..... | 13 |
| 3. Repercusión de los trastornos de personalidad respecto a la imputabilidad en el ámbito jurídico-penal..... | 19 |
| 4. Investigaciones y estudios que relacionan la conducta criminal, la población reclusa y los trastornos de personalidad..... | 21 |
| 4.1. Investigaciones y estudios españoles..... | 21 |
| 4.2. Investigaciones y estudios internacionales..... | 25 |
| 5. Una justificación clara de por qué debe abordarse la situación de los TTPP entre la población reclusa..... | 26 |
| 6. Situación actual en España respecto al tratamiento..... | 28 |
| 6.1. Hospitales psiquiátricos penitenciarios..... | 28 |
| 6.2. Programas de atención en España para las personas con trastorno mental en prisión..... | 28 |
| 7. Limitaciones de los tratamientos y problemas en la gestión actual en materia de salud mental..... | 31 |
| 7.1. Limitaciones para el tratamiento de los trastornos de personalidad..... | 32 |
| 8. Terapias de tercera generación para el tratamiento de trastornos de personalidad..... | 33 |
| 9. Alternativas encontradas en el ámbito internacional..... | 38 |
| 10. Objetivos, recomendaciones y mejoras..... | 42 |
| CONCLUSIONES..... | 43 |
| REFERENCIAS..... | 46 |

EXTENDED SUMMARY.

The Spanish Constitution, in Article 25.2, gives particular relevance to social reintegration: *"Punishments entailing imprisonment and security measures shall be aimed at rehabilitation and social reintegration and may not consist of forced labour. The person sentenced to prison shall enjoy during the imprisonment the fundamental rights contained in this Chapter except those expressly limited by the terms of the sentence, the purpose of the punishment and the penal law. In any case, he shall be entitled to paid employment and to the appropriate Social Security benefits, as well as to access to cultural opportunities and the overall development of his or her personality."*

From this article, we can see the importance given by the Spanish Constitution to social reintegration, rehabilitation and equality of care within the prison to the treatment received by the general society, especially concerning health, fundamental human rights and the development of the personality of prisoners.

However, even though the Spanish Constitution emphasises the importance of prisoners having the same rights as the general society, the fact is that the welfare of prisoners is an issue that has been repeatedly neglected, especially in the field of mental health, not only in Spain but also in a large number of countries internationally.

Admission to prison involves a process of adaptation and assimilation to the prison environment, characterised by social and emotional isolation, a depersonalised and routine schedule of daily life, and continuous supervision and control, which affects the privacy of inmates. During this process, it becomes clear that any pathology that an inmate may present, before or after the admission, without adequate and individualised treatment, will progressively worsen while the person is in this environment.

On the other hand, the negative aspects are not only caused by the prison environment but are also influenced by the individual factors of the inmates, especially when they have certain personality characteristics that make adaptation difficult. The presence of a high number of inmates with psychiatric pathologies and maladaptive behaviour has a dysfunctional impact on the social environment of the prison, including not only the inmates but also the staff.

This text will summarise the most characteristic behavioural features of the different personality disorders. It will explain their classification according to the Diagnostic and

Statistical Manual of Mental Disorders DSM-V, produced by the American Psychiatric Association, which divides personality disorders into three clusters:

- **Cluster A:** Paranoid personality disorder, schizoid personality disorder, schizotypal personality disorder.
- **Cluster B:** Borderline personality disorder, histrionic personality disorder, narcissistic personality disorder, antisocial personality disorder.
- **Cluster C:** Dependent personality disorder, avoidant personality disorder, obsessive-compulsive personality disorder.

Some of the characteristics described throughout the text highlight the difficulty of this type of disorders to adapt adequately to the penitentiary environment:

- a) Emotional instability.
- b) Distorted interpretations of reality.
- c) Disproportionate responses and reactions.
- d) Problems maintaining stable interpersonal relationships.
- e) Intolerance to frustration.
- f) Self-destructive thoughts.
- g) Unfounded mistrust of other people.
- h) Lack of insight into their personality traits.

The fundamental reason for this paper is to expose, in a comprehensive manner, an overview of the incidence of personality disorders in the prison environment. The aim is to understand the influence of the penitentiary environment on the rehabilitation, imputability and treatment of inmates diagnosed with a personality disorder.

On the other hand, the aim is to provide an overview of the correlation between these disorders and criminality, explaining both the data showing that personality disorders represent a significant clinical risk for violent behaviour, as well as the information showing the stigmatisation that these people suffer, which leads to a disproportionate association of violent behaviour with these disorders simply because they are diagnosed with them.

This academic work will mention the various limitations encountered in the treatment of personality disorders, for example, the absence of alternatives to prison, the lack of staff in prisons or the existence of treatments that are not highly individualised.

It also offers a brief description of current protocols and proposals for their improvement, such as third-generation therapies:

- Dialectical Behavioural Therapy.
- Acceptance and Commitment Therapy.
- Functional Analytic Psychotherapy.

The text also mentions other alternatives found in the international field, mainly focused on increasing the number of professionals in charge of treating prisoners with mental health problems, the establishment of a welcoming environment as close as possible to life in society and the individualisation of treatment.

This kind of situation could be improved if the workers responsible for dealing directly with prisoners were to receive training in mental health, enabling them to become familiar with the different pathologies most frequently encountered in prison, their characteristics and the reactions expected from these prisoners. This would consequently contribute to reducing emotional overload and stress in those who have greater problems in adapting. It will also contribute to improving the social climate in prison.

It is essential to carry out an adequate diagnosis and treatment to achieve effective rehabilitation and reintegration for these inmates. This requires taking into account several factors, such as:

- In order to achieve an accurate diagnosis of personality disorders, it is truly important to continuously observe the subjects, their interpersonal relationships and their behaviour in different situations, to be able to detect those behaviours that are relevant for the diagnosis. This makes the diagnosis an arduous and time-consuming task, which highlights the urgent need to respect the timeframes for the detection, stabilisation and treatment of the patient, according to their needs.
- In addition, another relevant factor is comorbidity, this is the presence of two or more mental disorders or illnesses co-occurring at the same time in the same subject. Comorbidity also implies that there is an interaction between the two disorders that may worsen the evolution of both.

- It is relevant to mention drug use, as it is common for individuals diagnosed with a mental health disorder to be also diagnosed with a drug use disorder. Throughout the text, it will be noted data from several studies that have diagnosed at least two concurrent personality disorders in the same subject, as well as their relationship with substance abuse.

With regard to the relationship between personality disorders and imputability, it will be mentioned the obstacles encountered, from the judicial sphere, in establishing a common doctrine. It is necessary to examine each case in detail, since it has been determined that the prevalence of personality disorders in penitentiary centres is more significant than among the general population.

'Prevention', 'reintegration', 'rehabilitation' and 'treatment' are terms that recur repeatedly throughout the text. It is essential to obtain and study information, data and statistics in order to have a reliable picture of the reality regarding the prevalence of subjects with personality disorders in prison. Also, to be able to develop and update, in an efficient way, plans and protocols focused on the treatment and re-socialisation of the subjects.

It is particularly relevant that these plans and protocols are developed with sufficient information because the prison environment is an added obstacle to the reintegration of the subjects, making it difficult for a person with dissocial and maladaptive behaviour to acquire and learn socially adaptive behaviours. This is an added difficulty for the professional treating the prisoner because the inmate lives in an environment that is not very favourable for his/her recovery. Furthermore, the isolation from his/her family and friends does not contribute to the reintegration of the inmate.

The lack of professional staff provided by the responsible public institutions in charge of providing the relevant facilities for the mental health care of inmates will also be highlighted. This problem, coupled with the lack of mental health training for prison staff, makes it difficult for staff to identify and treat specific mental health problems on time, such as coping with crises and attempts at self-harm or suicide.

Taking into account the lack of information and poor coordination between the organisations, the community and the government institutions responsible for penitentiary matters, as well as the shortage of mental health staff in prisons and the lack of prison psychiatric hospitals, it is considered pertinent to offer a true

representation of reality, within what the extension of this work allows, of the current situation in terms of mental health, and more specifically the situation regarding personality disorders, also offering a series of proposals for its improvement.

Given the relevance of this line of research in the field of psychopathology and imputability in the legal-criminal field, and for the development of all the above mentioned, a search and collection of information has been carried out through various studies and proposals found at national and international level.

Resumen:

El presente trabajo tiene como finalidad ofrecer un visionado sobre la incidencia de los trastornos de personalidad en la población reclusa. Se pretende entender cómo influye el ámbito penitenciario en su rehabilitación y tratamiento, la correlación entre dichos trastornos y la conducta violenta, y su repercusión respecto a la responsabilidad criminal. El trabajo tratará temas como, la ausencia de alternativas al ingreso en prisión, la falta de personal en centros penitenciarios y de datos proporcionados por las instituciones gubernamentales, y la existencia de tratamientos poco individualizados. También se pretende ofrecer una breve descripción de los protocolos y tratamientos hallados en España en materia de salud mental actualmente y de las limitaciones halladas para tratar este tipo de trastornos. El objetivo radica en ofrecer una serie de mejoras para el tratamiento, la rehabilitación y reinserción de estas personas, y en fomentar la investigación exhaustiva y la obtención de cifras oficiales, contribuyendo a la pronta identificación de este tipo de trastornos. Para ello se han consultado varios estudios y propuestas encontradas en el ámbito nacional e internacional.

Palabras clave: trastornos de personalidad, centro penitenciario, tratamiento, reinserción, salud mental.

Abstract:

This paper aims to provide an overview of the incidence of personality disorders in the prison population. The purpose is to understand how the penitentiary environment influences their rehabilitation and treatment, the correlation between these mental disorders and violent behaviour, and their repercussions in terms of criminal responsibility. The work will address issues such as the absence of alternatives to imprisonment, the lack of staff in prisons and data provided by government institutions, and the existence of treatments that are not sufficiently individualised. It also aims to briefly describe the protocols and treatments currently found in Spain in the field of mental health and the limitations found in treating this type of mental disorder. The objective is to offer some improvements for the treatment, rehabilitation and reintegration of these people, to encourage further research and official data, as well as to contribute to the early identification of this type of mental disorder. To this end, several studies and suggestions found in national and international literature have been reviewed.

Keywords: personality disorders, penitentiary, treatment, reintegration, mental health.

1. Introducción.

1.1. La salud mental en los centros penitenciarios españoles.

La salud mental en el ámbito penitenciario es un asunto problemático, social e institucionalmente. Por una parte, se resalta que la estigmatización, procedente de la sociedad, vinculada a los trastornos mentales, es un problema realmente considerable que sigue sin abordarse (Zabala, 2016). Por otra parte, las instituciones encargadas de la salud mental en España, de su tratamiento y de la facilitación de recursos, medios y personal, presentan una desatención significativa hacia la situación actual de los centros penitenciarios (Rodríguez, 2017).

Datos oficiales extraídos de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP), indican que, durante el mes de diciembre de 2020 se registraron un total de 55.180 personas reclusas en todo el país, de las cuales 51.165 eran varones (92,7%) y 4.015 eran mujeres (7,3%) (SGIP, 2020). Además, según el Instituto Nacional de Estadística el total de condenados (en prisión o no), abarcando todos los delitos, fue de 221.437 personas, lo que supone un descenso considerable con años anteriores (286.931 personas en 2019) (INE, 2020).

Especialmente, con la llegada de la Covid-19, se ha podido observar un incremento en la falta de atención psiquiátrica y psicológica, reflejada en la ausencia de profesionales que dependen de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (MNP, 2021). Se estima que el 67,7% de la población reclusa con trastorno mental no ha tenido ningún tipo de relación con los servicios asistenciales para la salud mental, ni tampoco con terapias para la rehabilitación psicosocial, previamente a su entrada en prisión (Castejón et al., 2010). Además, datos obtenidos en un informe desarrollado en 2013 (SGIP, 2013), determinaron que el 42,7% de las consultas en centros penitenciarios (8.990/21.053 ingresos) fueron motivadas por patologías psiquiátricas.

En cuanto al entorno penitenciario, las circunstancias en las que se encuentran los reclusos, privados de libertad, aislados, bajo vigilancia y con un control estricto y constante sobre prácticamente todas sus acciones, puede acentuar los trastornos mentales que pudieran padecer con antelación a su ingreso en prisión. Los expertos ponen de manifiesto que los centros penitenciarios dificultan el tratamiento individualizado, desencadenando una desvinculación de los reclusos de su ambiente familiar y de sus allegados, todo esto sumado a la mencionada escasez de personal,

en comparación al elevado número de población reclusa que necesita atención en materia de salud mental (Zabala, 2016).

Los trastornos mentales hallados con mayor frecuencia entre la población penitenciaria son los trastornos de personalidad, los trastornos de ansiedad, los trastornos depresivos y los trastornos relacionados con el consumo de sustancias, cuyas tasas también son realmente significativas, en ocasiones coexistiendo en un mismo sujeto (Vicens et al., 2011).

Así pues, el objetivo principal de este trabajo es exponer los datos existentes en cuanto a la incidencia de los diferentes trastornos de personalidad en la población reclusa, la relación que tienen con las conductas violentas y su repercusión respecto a la imputabilidad en el ámbito jurídico-penal. Se propone una ampliación de los programas de tratamiento existentes, así como la propuesta de mejoras y tratamientos alternativos, con cambios que reestructuren completamente la manera en que los reclusos con trastornos de personalidad son tratados actualmente. Estas propuestas irán enfocadas a crear un entorno lo más cercano posible a una vida en sociedad, para la correcta reinserción de los reclusos.

2. Trastornos de personalidad.

2.1. Concepto.

Según el DSM-V, (APA, 2013) la última revisión del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría, los trastornos de personalidad se pueden definir como unos patrones de comportamiento rígidos, que se desvían notablemente de las expectativas de la cultura del individuo y que se manifiestan en dos o más de los siguientes ámbitos: cognición, afectividad, funcionamiento interpersonal y control de los impulsos.

Este patrón perdurable de comportamiento es inflexible y se expande a una gran variedad de circunstancias, causando malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. Su inicio se puede remontar al menos a la adolescencia o a las primeras etapas de la edad adulta.

La perdurabilidad de este patrón no se puede achacar a factores como los efectos fisiológicos de determinados estupefacientes u otras alteraciones o disfunciones

médicas. Sin embargo, se pone de manifiesto que la relación entre dichos factores y los trastornos de personalidad son relevantes para el desarrollo de la conducta criminal, algo que se desarrollará en los apartados siguientes (Esbec y Echeburúa, 2010).

2.2. Trastornos de personalidad y conductas violentas.

Entre los aspectos vinculados a la conducta violenta se hallan factores de diversa índole que confluyen en un mismo sujeto y en unas circunstancias específicas. Diversos estudios (Zabala, 2016; Caballo, 2004), resaltan los siguientes factores: (1) factores personales y biológicos, como el nivel educativo y socioeconómico, la edad, el sexo, el abuso de estupefacientes, el diagnóstico de trastornos mentales, la genética, los mecanismos neurofisiológicos, haber sido víctima de algún tipo de delito, entre otros; (2) factores sociales, como la exclusión social y las relaciones interpersonales; (3) factores comunitarios, como el entorno, que puede contribuir o inhibir el comportamiento violento, siendo los centros penitenciarios un ejemplo de entorno perjudicial; (4) factores culturales; y (5) la falta de tratamiento psiquiátrico y de terapias de rehabilitación.

Algunos trastornos de personalidad, en adelante TTPP, suponen un factor de riesgo clínico notable en relación con las conductas violentas (Esbec y Echeburúa 2010). Además, cabe mencionar la relación que existe entre estos trastornos y las conductas violentas en materia jurídico-penal. La evidencia se encuentra en las diversas sentencias jurídicas (González-Guerrero, 2007; Cano y Contreras, 2009) que señalan casos en los que una anomalía psicopatológica repercute sobre la imputabilidad de un hecho delictivo y en el elevado número de sujetos con TTPP entre la población reclusa (Zabala, 2016).

Si bien es cierto que el diagnóstico de un TTPP constituye un factor de riesgo en cuanto a la reincidencia (Esbec y Echeburúa, 2010), se debe tener en cuenta que las diferentes investigaciones no evidencian que la violencia esté asociada de manera permanente a un trastorno de personalidad concreto. Es decir, aunque se establezca una relación entre algunos TTPP y la conducta criminal, este vínculo no es sistemático ni tampoco directo.

Del mismo modo, el diagnóstico de un TTPP tampoco justifica en sí mismo la conducta criminal, ya que se deben tener en cuenta los numerosos factores ajenos al

trastorno comentados anteriormente. Además, con frecuencia, ser diagnosticado con un trastorno de personalidad hace a los sujetos ser más propicios de ser víctimas que delincuentes (Zabala, 2016).

Los datos expuestos hasta el momento indican una correlación evidente entre algunos trastornos de personalidad y la conducta criminal, lo cual no quiere decir que toda persona diagnosticada con un trastorno de la personalidad vaya a realizar un hecho delictivo o a tener conductas violentas, esto puede depender del tipo de TTPP, de la relación del sujeto con la persona agraviada, entre otros factores relevantes. En definitiva, se deben llevar a cabo investigaciones más exhaustivas para determinar realmente la prevalencia de los TTPP en la conducta criminal y en la amenaza que suponen los reclusos.

2.3. Modelos de categorización y diagnóstico de los trastornos de personalidad.

La mayoría de los estudios revisados (Arnau-Peiró et al., 2012; Marín-Basallote y Navarro-Repiso, 2012) han utilizado, generalmente, los modelos de categorización siguientes: El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). El DSM-V (APA, 2013) es la última revisión del primer modelo de categorización mencionado, publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría, y el CIE-10 es la 10ª (OMS, 1992) y última revisión del segundo modelo, publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Si bien es cierto que estos métodos son altamente fiables, en ocasiones es habitual hallar diversos diagnósticos de TTPP en un mismo sujeto dentro de la población penitenciaria debido a la coincidencia de unos mismos ítems que diagnostican diferentes TTPP. Esto no quiere decir que un sujeto no pueda ser diagnosticado con varios TTPP o que los datos sean erróneos, sino que quizás esa dualidad no es algo tan habitual como los datos muestran, es decir, que en ocasiones los datos pueden estar sobrevalorados (Esbec y Echeburúa, 2010).

Respecto a la evaluación de los trastornos de personalidad es fundamental la utilización de un instrumento diagnóstico, por ejemplo, el '*International Personality Disorder Examination*' (IPDE), una entrevista semiestructurada actualmente adaptada a las últimas versiones del CIE y DSM (Esbec y Echeburúa, 2010). La evaluación también debe incluir un análisis exhaustivo del historial clínico del sujeto, de sus relaciones interpersonales, de sus antecedentes penales y de sus conocimientos y

valores, además de la realización de un test de personalidad (Caballo, 2004; Zabala, 2016).

2.4. Clasificación de los trastornos de personalidad según el DSM-V.

El DSM-V es la versión más utilizada en los estudios más recientes, aún así es habitual encontrar estudios que han utilizado la revisión anterior (DSM-IV-TR), debido a su escasa variabilidad en cuanto a los TTPP. A lo largo de este trabajo se hará referencia a los trastornos de personalidad incluidos en el DSM-V, que incluye diez categorías, repartidas en tres clústeres: Cluster A, Cluster B y Cluster C.

- Los sujetos del **Cluster A**, presentan menos conductas violentas que los sujetos del grupo B, generalmente. Sin embargo, presentan una suspicacia y una capacidad de pensar y razonar poco convencional que los asocian a las clases de violencia de mayor gravedad. Pertenecen a este grupo los trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico.
- Los sujetos del **Cluster B** son los que presentan una mayor relación con la conducta criminal en términos generales, y con la violencia particularmente. Siendo los sujetos con una mayor relación al consumo de drogas y alcohol. Se incluyen en este grupo los trastornos límite, histriónico, narcisista y antisocial.
- Los sujetos del **Cluster C** presentan el menor de los índices en cuanto a su relación con las conductas violentas en comparación a los otros grupos, siendo un factor ajeno, por ejemplo el consumo de alcohol, el desencadenante de muchas conductas violentas dentro de este grupo. La sumisión, la ansiedad, las conductas obsesivas y la constante necesidad de seguridad son características propias de estos sujetos, vinculadas de manera negativa al furor y a la agresividad frente a una situación de rechazo, desatención o abandono. Se incluyen en este grupo los trastornos por evitación, por dependencia y obsesivo-compulsivo.

(APA, 2013; Esbec y Echeburúa, 2010; Zabala, 2016)

A continuación se desarrollarán más detalladamente los trastornos de personalidad más relevantes por su relación con la violencia y la conducta criminal.

- **Trastorno paranoide de personalidad (TPP).**

Algunos de los rasgos típicamente asociados a este trastorno son la pérdida de contacto con la realidad, la suspicacia, la asignación de conductas coléricas a otras personas y la desconfianza. Las acciones violentas que perpetran se deben a interpretaciones distorsionadas de las intenciones de los demás, esto genera respuestas desproporcionadas (Sáiz Roca et al., 2006).

El TPP es uno de los trastornos de personalidad más habituales entre hombres y mujeres en la población reclusa, además, presentan un alto índice de reincidencia, alrededor del 40% presentan antecedentes penales. Respecto a las víctimas, a menudo es gente cercana de la cual desconfían o por la que se sienten engañados (González-Guerrero, 2007).

Los delincuentes más habituales son asesinos en serie o en masa, maltratadores hacia sus parejas y sujetos que han contribuido a la sociedad de alguna manera y no se sienten compensados por su labor, por ejemplo miembros del ejército. No suelen darse circunstancias modificativas de la responsabilidad criminal por la mera detección del TPP en un sujeto (Esbec y Echeburúa, 2010).

➤ **Trastorno antisocial de personalidad (TAP).**

En estas personas se pueden encontrar actitudes agresivas, impulsivas e irresponsables y una falta de remordimientos por sus actos. No suelen cumplir órdenes, tampoco toleran la frustración y tienen la necesidad de experimentar nuevas vivencias por su propensión al aburrimiento. Si bien es cierto que el TAP puede alterar las facultades psíquicas, históricamente no se ha considerado como una circunstancia modificativa de la responsabilidad criminal para atenuar la pena de los sujetos (Sáiz Roca et al., 2006).

No se establecen unos delitos concretos asociados al TAP, ya que suelen ser sujetos que transgreden de manera continuada las normas, tanto sociales como legales. Es habitual que ataquen a sus conocidos, verbal o físicamente, les resulta complicado mantener un puesto de trabajo durante un largo plazo de tiempo, en la infancia no se amoldan al ámbito académico y tienden a fugarse de la vivienda familiar (Esbec y Echeburúa, 2010).

Los sujetos con TAP desconocen, generalmente, a sus víctimas, y cuando los conocen la relación con ellas es mínima o superficial, debido a su escasa empatía

suelen deshumanizarlas (González-Guerrero, 2007). En cuanto al diagnóstico es usual la confusión entre el TAP y actos delictivos comunes, lo que lleva a diagnosticar en exceso este tipo de trastorno entre la población reclusa (Esbec y Echeburúa, 2010).

- **TAP y Psicopatía.**

El trastorno antisocial de la personalidad y la psicopatía presentan algunas concordancias entre ellos en relación a criterios diagnósticos, no obstante, el primero se sustenta en comportamientos antisociales, relacionados con la criminalidad y desatiende ligeramente los rasgos afectivos y síntomas interpersonales característicos de las personas con psicopatía (Moreno-Manso et al., 2019).

La psicopatía se caracteriza por una conducta manipuladora, apática y narcisista. Son sujetos en los que predomina un nivel de inteligencia alto, que utilizan para sus propios fines controladores. Su inteligencia emocional, por el contrario, es baja, esto no implica que no entiendan las emociones de las personas, lo que está socialmente o éticamente aceptado, sino que no empatizan con el sufrimiento, físico o emocional, de los demás (Caballo, 2004).

Los sujetos con TAP suelen desarrollarse en un entorno donde predomina la falta de recursos económicos, el fracaso académico, una familia desestructurada y la prevalencia de un nivel intelectual bajo en pro del aprendizaje social, lo que lleva a adoptar el tipo de conductas explicadas anteriormente. Por otra parte, respecto a la psicopatía se encuentran disfunciones neurobiológicas, que explicarían la conducta agresiva y una respuesta emocional anómala, por ejemplo, alteraciones en la amígdala o un lóbulo frontal ligeramente reducido (Blair et al., 2006).

La psicopatía se asocia principalmente a un tipo de violencia instrumental, por otra parte, algunos sujetos con un trastorno mental responden violentamente, de manera reaccionaria e impulsiva. Los psicópatas no manifiestan signos de alteración o nerviosismo bajo presión, por lo que sus pulsaciones, tensión arterial y respiración no se ven afectadas (Esbec y Echeburúa, 2010).

Los hechos delictivos más habituales son delitos contra la propiedad, delitos de guante blanco, como robos sin violencia y estafas, delitos contra la libertad sexual, generalmente cuando confluye con algún tipo de parafilia, y por último, delitos de lesiones. De manera recurrente, se utiliza el concepto de psicopatía erróneamente en

la sociedad actual, ya que no todos los sujetos diagnosticados con psicopatía presentan conductas hostiles, ni tampoco los sujetos con conductas agresivas tienen porque ser psicópatas (Esbec y Echeburúa, 2010).

➤ **Trastorno límite de personalidad (TLP).**

Algunos de los rasgos típicamente asociados a este trastorno son la carencia de estabilidad en las relaciones afectivas, la impulsividad y la falta de adaptación en los diferentes ámbitos de la sociedad, lo que supone un problema para estos sujetos, ya que no aceptan la soledad, el abandono, siendo sensibles al rechazo. La marginalidad, asociada al consumo de estupefacientes y la práctica de la prostitución también son características habituales entre los sujetos con TLP (Sáiz Roca et al., 2006).

Podemos encontrar una gran cantidad de sujetos diagnosticados con TLP entre la población reclusa, en mujeres es el TTPP que se da más frecuentemente, predominando las conductas autoagresivas, por otra parte, en cuanto a los hombres, aparece en el segundo puesto conjuntamente con el trastorno paranoide de la personalidad. Los ataques violentos son desmesurados con frecuencia, seguidos de remordimientos y peticiones de socorro (Esbec y Echeburúa, 2010).

Determinadas investigaciones de sujetos con TLP han puesto de manifiesto que presentan una problemática en cuanto a la interpretación de rostros neutros, siendo concebidos como una amenaza (Coid et al., 2006). Otros estudios relacionados con delitos de agresión sexual y violencia de género, exponen que en estos supuestos los sujetos con TLP presentan inestabilidad emocional, dependencia, maltrato psicológico y desconfianza infundada hacia su pareja (Leue et al., 2004).

La comorbilidad entre el TLP, el TAP y el consumo de sustancias tóxicas favorecen la aparición de episodios de cólera. Un 77% de las mujeres reclusas en centros penitenciarios de alta seguridad y un 62% de los hombres internos en hospitales psiquiátricos penitenciarios cumplen este complejo perfil. Dichos episodios también aumentan, aunque en menor medida, cuando existe una asociación entre el TLP, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, la depresión o el trastorno bipolar (Esbec y Echeburúa, 2010).

Los sujetos diagnosticados con TLP presentan un grado de padecimiento emocional que les hace propensos a las conductas suicidas, además, de presentar

una comorbilidad con otros trastornos mentales de manera usual (Caballo, 2004). Todo esto hace que el TLP sea el trastorno de la personalidad más propenso a ser contemplado como atenuante en el ámbito jurídico (Sáiz Roca et al., 2006).

➤ **Trastorno narcisista de personalidad (TNP).**

Entre las características típicamente relacionadas al TNP podemos encontrar la carencia de empatía, la arrogancia y la utilización de otras personas como medio para sus propios fines. Necesitan ser reconocidos y admirados, y tienden a magnificar sus éxitos. Por el contrario, no toleran sus fallos, errores, así como las críticas que reciben, y envidian los triunfos de los demás (Sáiz Roca et al., 2006).

La asociación entre los rasgos comentados, junto a conductas autoritarias y abusivas hacia otras personas, favorecen la aparición de la ira y la hostilidad, así como una comorbilidad con otros trastornos como el TPP. La prevalencia del trastorno narcisista de la personalidad entre hombres reclusos en establecimientos psiquiátricos alcanza el 25%. Los hechos delictivos relacionados con este trastorno suelen incluir acusaciones, falsas denuncias y simulación de delitos, también delitos contra la libertad e indemnidad sexuales y la violencia de género. No obstante, no es el trastorno que más conductas criminales presenta. Es habitual encontrar como víctimas a personas de su entorno (Esbec y Echeburúa, 2010).

La agresividad puede surgir cuando se sienten atacados y comúnmente dan prioridad a sus intereses e impulsos frente a los derechos y libertades de otras personas. A menudo se encuentran rasgos narcisistas entre toda clase de personas con conductas violentas (Caballo, 2004). Además, no suelen darse circunstancias modificativas de la responsabilidad criminal por la mera detección del TNP en un sujeto (Sáiz Roca et al., 2006).

➤ **Trastorno de personalidad por evitación (TPE).**

Las características representativas de este trastorno, también conocido como trastorno de la personalidad evitativa, son la inhibición social y la baja autoestima. Son sujetos inseguros, temerosos ante cualquier situación que les haga susceptibles de ser humillados y con una falta de aptitudes para socializar (APA, 2013). El estilo de apego evitativo se encuentra fácilmente entre la población reclusa, aunque debido a la inclinación de estos sujetos a evitar la socialización no es frecuente que cometan un

hecho delictivo en comparación a sujetos con otro tipo de TTPP. Sin embargo, al igual que ocurre en otros trastornos, por ejemplo el TAP, podemos encontrar una predisposición a la criminalidad, asociada a delitos concretos. El TPE no está asociado a implicaciones jurídicas (Sáiz Roca et al., 2006).

Este perfil se encuentra habitualmente en los delitos contra la libertad e indemnidad sexual. Su motivación principal es la venganza, que se da cuando se sienten humillados, desprestigiados o ridiculizados por una mujer, sea ese motivo fundado o fruto de la fantasía. La misma situación se puede dar con cualquier persona de su entorno más cercano o con desconocidos, también al sentir que están siendo rechazados (Esbec y Echeburúa, 2010).

➤ **Trastorno de personalidad por dependencia (TDP).**

Las características representativas de este trastorno, también conocido como trastorno dependiente de la personalidad, son la necesidad sistemática de reconocimiento o aprobación, lo que hace que actuar de manera autónoma sea problemático para estos sujetos. La sumisión y la dependencia hacia otras personas es habitual, debido a la incapacidad para tomar decisiones por ellos mismos y a su baja autoestima (APA, 2013).

Respecto a sus implicaciones en la criminalidad, es habitual encontrar sujetos con TDP que han actuado como cómplices en algún tipo de delito. La correlación es clara, debido a su dependencia, a su afán por complacer a otras personas y a la necesidad de aprobación, determinados sujetos suelen valerse de esa situación para utilizarlos en la comisión de actos delictivos. Por otra parte, el TDP no está asociado a implicaciones jurídicas (Sáiz Roca et al., 2006).

Otro tipo de conductas violentas pueden darse al pensar que van a ser abandonados, sea este pensamiento fundado o no. En estos casos es frecuente la violencia de género y las reacciones agresivas hacia la persona que consideran culpable de su abandono, incluso en ocasiones extremas, el homicidio, seguido de conductas suicidas. El consumo de bebidas etílicas es un factor a tener en cuenta como propiciador de algunas de estas conductas (Esbec y Echeburúa, 2010).

➤ **Otros trastornos de personalidad relevantes.**

Los trastornos de personalidad mencionados a continuación no son tan significativos para la conducta criminal como los anteriores. Sin embargo, una breve mención es pertinente ya que se han encontrado algunos estudios (Zabala, 2016; Vicens et al., 2011 y FAISEM, 2012) que identifican sujetos con estos TTPP entre la población reclusa. Se destacan los siguientes: Trastorno esquizoide de la personalidad (TEP), Trastorno esquizotípico de la personalidad (TEZP), Trastorno histriónico de la personalidad (THP) y Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (TOC).

Entre los sujetos con TEP y TEZP presentan una predisposición a aislarse debido a su acusada ansiedad social y una forma de pensar ilusoria, malinterpretando las palabras y acciones ajenas (APA, 2013). Habitualmente nos encontramos ante una falta de precipitadores externos evidentes, sus agresiones suelen realizarse en solitario, de manera impulsiva e impredecible, generalmente, debido a una invasión de su espacio personal o porque se les ha incomodado de alguna manera (Caballo, 2004).

Los sujetos con THP generalmente suelen desarrollar algún hecho delictivo para llamar la atención, porque se presenta una comorbilidad con otros trastornos de personalidad como el TAP o el TNP o por otros factores personales y situacionales. Es habitual que en estos sujetos predominen las conductas fantasiosas, lo que conduciría a fallos de percepción, a la propensión a sentirse humillados, a la ira y a los altibajos emocionales (Sáiz Roca et al., 2006).

Respecto a los sujetos con TOC, el desorden y el incumplimiento de una norma les genera una profunda intranquilidad. Aquellas situaciones que provocan una transgresión de las reglas en estos sujetos pueden ser la pérdida de control, un cúmulo de episodios de ira mal gestionados, junto a la ingesta de bebidas etílicas o la nula tolerancia a ser vejados y criticados, o la comorbilidad con otros trastornos de personalidad y con trastornos del estado de ánimo (Sáiz Roca et al., 2006).

3. Repercusión de los trastornos de personalidad respecto a la imputabilidad en el ámbito jurídico-penal.

La inimputabilidad implica que un sujeto es eximido de la responsabilidad penal debido a su incomprensión de la ilicitud de un acto delictivo o por haber actuado en base a una percepción anómala de la realidad. Es decir, el sujeto no tiene la capacidad

de entender el hecho delictivo y el impacto que esto supone, y por ello, no se le aplica una pena (Martínez et al., 2001).

En tales circunstancias un sujeto no tiene la capacidad de adaptar su conducta de manera objetiva y lógica con respecto a su entorno y a su propio ser. No obstante, en cuanto a las implicaciones jurídicas de los TTPP, se ha establecido que los rasgos de personalidad en sí mismos no alteran la cualidad de imputabilidad de un sujeto. Si bien es cierto que, aunque estos sujetos suelen preservar las capacidades cognitivas y volitivas de manera íntegra, no son capaces de hacer uso de ellas de manera adecuada, debido, por ejemplo, a la falta de estabilidad emocional y de empatía o a la problemática para ajustar su conducta a las reglas (Esbec y Echeburúa, 2010).

Los precedentes jurisprudenciales indican la problemática y los obstáculos que se encuentran para fijar una doctrina común sobre la repercusión de los TTPP en la responsabilidad criminal, siendo necesario analizar cada caso minuciosamente. En términos generales, el Tribunal Supremo (TS) ha establecido que a los TTPP se les puede aplicar la atenuante por analogía del art. 20.6º CP, y también, la eximente incompleta del art. 21.1ª CP, pero exclusivamente en los supuestos de extrema gravedad o vinculados a otros trastornos mentales o a la toxicomanía (Esbec y Echeburúa, 2010).

Como se ha comentado anteriormente, aquellos trastornos de personalidad que presentan más posibilidades para que les sea aplicada una circunstancia modificativa de la responsabilidad criminal son el TAP y el TLP, que por otra parte, también suelen ser los más representativos entre la población reclusa (Sáiz Roca et al., 2006). Según datos recogidos del TS, un 57% de sujetos con TAP con comorbilidad con otros trastornos son imputables, siendo el 67% si no hay comorbilidad. Por otra parte, respecto a la psicopatía únicamente se considerará la aplicación de atenuantes por analogía o la eximente incompleta en caso de que se halle una comorbilidad con otros trastornos mentales, aproximadamente el 90% de los sujetos con psicopatía con comorbilidad con otros trastornos son imputables (Martínez et al., 2001).

Ahora bien, esto no quiere decir que no se contemplen estas circunstancias para otros TTPP cuando se da una coexistencia con otros factores susceptibles de ser considerados como atenuantes o eximentes. Los sujetos con TTPP resultan, en la mayoría de ocasiones, imputables, según datos recogidos del Tribunal Supremo, en un 78% de los casos y en un 68% si aparecen con comorbilidad con otro trastorno

(Martínez et al., 2001). Un estudio de 1.783 sentencias del TS halló la existencia de trastornos de personalidad en un porcentaje del 11,7% de estas sentencias, de las cuales se apreció una eximente incompleta en un 17% debido a una obcecación o arrebató, en particular, en relación al TPP y al TLP, y un 21% derivado de alteraciones psíquicas (Cano y Contreras, 2009).

En resumen, pese a que algunos TTPP, de manera individual, no afectan normalmente a la responsabilidad criminal de las personas que los padecen, lo cierto es que existen hechos que sugieren que bajo unas condiciones específicas dichos sujetos presentan una probabilidad más elevada de llevar a cabo un hecho delictivo.

4. Investigaciones y estudios que relacionan la conducta criminal, la población reclusa y los trastornos de personalidad.

A continuación se mencionan una serie de estudios que ponen de manifiesto la alta prevalencia de los TTPP en los centros penitenciarios, aunque dicha prevalencia sea significativa, los datos varían en las diferentes investigaciones debido a los grupos de muestra y a los instrumentos para su evaluación e identificación.

Respecto al análisis y las conclusiones que se extraen de los diferentes estudios ha de tenerse en cuenta que los ordenamientos legales y la demografía difieren sustancialmente de un país a otro, y por tanto, las cifras no tienen porque ajustarse por completo entre poblaciones. Las diferentes culturas, normas sociales y pautas educativas también pueden influir en los datos y el tratamiento.

Inclusive en aquellos países con culturas parecidas, una gran diversidad cultural o países que presentan una circulación transfronteriza fluida, como en la Unión Europea, existen notables diferencias. Concretamente, según datos obtenidos por la oficina estadística de la Comisión Europea (Eurostat), entre 2017-2019, España presenta una tasa de encarcelamiento de 125.8 presos por 100.000 habitantes, ligeramente superior a sus países colindantes (Eurostat, 2019).

4.1. Investigaciones y estudios españoles.

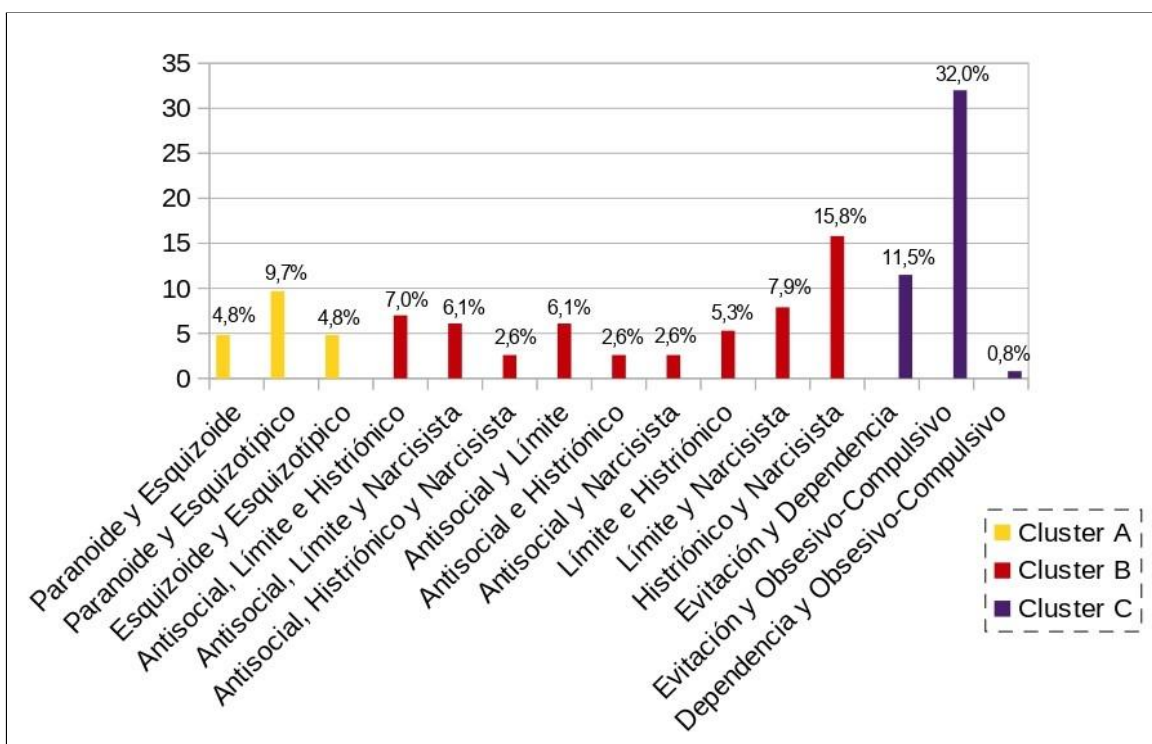
A continuación se resumen los datos significativos de las investigaciones encontradas en materia de trastornos de personalidad en la población reclusa en España:

Un estudio (Zabala, 2016) realizado sobre la prevalencia de trastornos mentales en prisión y su relación con la delincuencia y la reincidencia se centró en el análisis de los diferentes trastornos de personalidad. Respecto al Cluster A, el 9,7% de los reclusos se correspondía con el TPP y el TEZP conjuntamente, y el 4,8% con la combinación del TPP y el TEP, así como del TEP y el TEZP.

En lo que respecta al Cluster B, podemos observar que la combinación con el porcentaje más elevado se halla entre el TNP y el THP (15,8%), seguido del TLP y el TNP (7,9%) y también del TAP, el TLP y el THP (7,0%). Las agrupaciones de trastornos de personalidad restantes, incluidas en el Cluster B, presentaron unos datos de entre 2,6%, en el TAP y el THP, y en el TAP y el TNP, así como en el conjunto de los tres (TAP, THP y TNP), y 6,1%, en la combinación de TAP, TLP y TNP, y en el TAP junto al TLP.

En lo que respecta al Cluster C, el porcentaje más elevado se halló en aquellos reclusos con un diagnóstico en el que concurrían el TPE y el TOC (32%), seguido de un 11,5%, perteneciente a la combinación del TPE y el TDP, y finalmente, sólo un porcentaje muy reducido fue diagnosticado con TDP y TOC, de manera simultánea (0,8%). Con el propósito de una mejor asimilación de los datos obtenidos por el estudio se muestra la gráfica explicativa siguiente (Véase Figura 1):

Figura 1. Porcentaje de sujetos con positivo en TTPP: Cluster A, Cluster B y Cluster C.



Nota. Elaboración propia. Recuperado de:
http://www.interior.gob.es/documents/642317/1201664/Prevalencia_de_trastornos_mentales_en_prision_126170587_web.pdf/19568d3f-ffb3-4f28-9539-ca646e9cf475

En relación a los reclusos que fueron diagnosticados con todos los trastornos del Cluster A se halló un 16,1%. Respecto al Cluster B, se halló un total del 7,9%, y en cuanto al Cluster C, un total del 10,7%. Además, en este mismo estudio se encontró que un 80,4% presentaba dos o más trastornos de personalidad, un 10,3% presentaba sólo uno, y el 9,2% de los reclusos no presentaba ningún TTPP.

Examinando diversas sentencias judiciales (González-Guerrero, 2007) en España en materia penal, entre los años 1983 - 2007 se extrae la conclusión de que el TTPP más relevante respecto al sexo masculino es el trastorno antisocial de la personalidad (39,14%), seguido del trastorno límite de la personalidad (28,18%) y del trastorno paranoide de la personalidad (18,66%). Por otra parte, respecto al sexo femenino, es el trastorno límite de la personalidad.

Asimismo, otro estudio español (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2008), en el que se evaluó, con el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II), a varios reclusos penados por graves conductas violentas contra sus parejas, se halló mayor prevalencia del trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (57,8%), seguido del trastorno dependiente de la personalidad (34,2%), del trastorno paranoide de la personalidad (25%) y del trastorno antisocial de la personalidad (19,7%).

Un estudio basado en la realización del IPDE sobre una muestra de 60 hombres reclusos en el centro penitenciario de Zaragoza determinaron que el 30% fue diagnosticado con un trastorno de la personalidad, primando los trastornos del Cluster B (Arroyo y Ortega, 2009). Datos similares se encuentran en una investigación basada en el análisis de documentos de interconsultas empleados en la atención psiquiátrica de varios centros penitenciarios en Andalucía. La prevalencia de TTPP fue 35,2% sobre una muestra de 128 reclusos (Marín-Basallote y Navarro-Repiso, 2012).

La primera ocasión en que un estudio epidemiológico es publicado en España, examinando varios centros penitenciarios con el fin de identificar la prevalencia de trastornos mentales se da en 2011 con el Estudio PreCa. El estudio, con una muestra de 707 reclusos, repartidos entre diversos centros penitenciarios de Madrid, Cataluña y Aragón, en base a datos obtenidos por el IPDE, encontró que 582 reclusos, el 82,3%

de la muestra, presentaban al menos un trastorno de la personalidad, 475 reclusos presentaban dos o más TTPP y 107 reclusos, el 15% de la muestra, presentaban sólo un TTPP. Respecto a los TTPP pertenecientes al Cluster B, se identificó a un 23% de los reclusos con TAP, a un 33% con TNP y a un 44% con TLP. Respecto al Cluster A, se halló un 37%, 263 reclusos, con TPP (Vicens et al., 2011).

El año siguiente a la realización del Estudio PreCa, la Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM), reproduce este estudio con 474 reclusos en unos centros penitenciarios de Andalucía. La prevalencia hallada en cuanto a los TTPP fue del 79,7%, predominando el trastorno de la personalidad por evitación (38,5%) y el trastorno límite de la personalidad (35,7%) (FAISEM, 2012).

Respecto a los centros penitenciarios de la Comunidad Valenciana se llevó a cabo una valoración de las actuaciones de asistencia durante las consultas de psiquiatría. Durante la valoración se determinó que un 59,2% de la muestra se ajustaba a las pautas diagnósticas para un TTPP, y que de este porcentaje, el 90% se correspondía con el Cluster B. Con respecto a los delitos cometidos, se encontraron los delitos contra la propiedad (60,3%), contra las personas (11,0%) y contra la salud pública (9,9%), así como en materia de violencia de género (10,6%) (Arnau-Peiró et al., 2012).

Los diferentes estudios españoles seleccionados aportan una serie de conclusiones. En primer lugar, se puede observar que varias investigaciones presentan tasas de una prevalencia realmente altas, entre el 79,7%-90,8% (Zabala, 2016; Vicens et al., 2011; FAISEM, 2012). Por otra parte, también se han encontrado estudios con una prevalencia considerablemente menor, entre el 30%-35,2% (Marín-Basallote y Navarro-Repiso, 2012; Arroyo y Ortega, 2009). En segundo lugar, aquellos estudios realizados en España (Álvaro et al., 2014; Arnau-Peiró et al., 2012), con unos datos más acorde a los estudios realizados internacionalmente (Fazel y Danesh, 2002; Von Schönfeld et al., 2006) presentan unas tasas de prevalencia de alrededor del 60%.

Entre los diferentes tipos de trastorno de la personalidad, varios estudios españoles (González-Guerrero, 2007; Arnau-Peiró et al. 2012; Arroyo y Ortega 2009) encuentran el TAP y el TLP como los trastornos hallados con mayor frecuencia en el ámbito penitenciario, lo que concuerda con numerosas investigaciones a nivel internacional, mencionadas a lo largo de este trabajo (Fazel y Danesh, 2002; Sepehrmanesh et al.,

2014; Von Schönfeld et al. 2006; Zoccali et al., 2008). Por otra parte, los estudios restantes difieren de los anteriormente comentados y concluyen que aquellos TTPP encontrados con un porcentaje mayor son el TOC (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2008), el TPE (FAISEM, 2012; Zabala, 2016), seguido del THP, del TNP y del TPP (Zabala, 2016), sin embargo, todos tienen en común altos porcentajes hallados para el TLP (Vicens et al., 2011; FAISEM, 2012).

4.2. Investigaciones y estudios internacionales.

A continuación se resumen los datos significativos de las investigaciones encontradas en materia de TTPP en la población reclusa a nivel internacional:

Un estudio (Fazel y Danesh, 2002) se propuso analizar un total de 10.797 hombres y 3.049 mujeres para determinar la prevalencia de los TTPP en la población reclusa. Las cifras encontradas fueron del 65% en hombres y del 42% en mujeres. En los hombres predomina el trastorno antisocial de la personalidad (47%) siendo en las mujeres del 21%, predominando en el sexo femenino el trastorno límite de personalidad (25%).

En varios estudios (Zoccali et al., 2008, Pondé et al., 2011, Sepehrmanesh et al., 2014) realizados en centros penitenciarios, comprendiendo diferentes países como Italia, Brasil e Irán, entre 2008 y 2014, se encontraron elevadas tasas de prevalencia para el trastorno antisocial de la personalidad y el trastorno límite de la personalidad. De aquellos sujetos diagnosticados con algún tipo de TTPP, en Italia, el TAP presentaba una tasa del 60,3% y el TLP un 19,5%; por lo que se refiere a Brasil, en un centro penitenciario de régimen cerrado, el TAP presentaba una tasa del 26,9% y el TLP un 19,7%; y en lo que concierne a Irán, el TAP presentaba una tasa del 62,2% y el TLP un 31,2%.

Diversos estudios realizados entre la población reclusa afirman que ésta presenta una mayor propensión a padecer determinados trastornos del estado de ánimo y trastornos psicóticos, así como se ha especificado que la probabilidad de que un recluso presente un trastorno de la personalidad antisocial es alrededor de diez veces mayor que la población general (Fazel y Danesh, 2002; Andersen, 2004).

Varios estudios alemanes hallaron una prevalencia de trastornos de personalidad considerable. El primero encontró una prevalencia del 53,2%. Además, se halló una

prevalencia significativa en cuanto a otro tipo de trastornos como con el trastorno de estrés post-traumático y el abuso de estupefacientes (Von Schönfeld et al. 2006).

Los estudios sobre reincidencia y trastornos mentales se ven afectados, generalmente, por una circunstancia que ha demostrado ser muy relevante y sin la cual no se podría obtener una imagen y unos datos fieles a la realidad, esto es el abuso de drogas y alcohol (Kovaszny et al., 2004). Gran parte de los TTPP se asocian a este consumo, presentando una comorbilidad de hasta seis veces más alta que el conjunto de la población (Abram et al., 2015). Entre la población reclusa que se encuentra en tratamiento de deshabitación y desintoxicación se halla con frecuencia la presencia de TTPP (Lurigio y Swartz, 2000).

5. Una justificación clara de por qué debe abordarse la situación de los TTPP entre la población reclusa.

Disponer de datos sobre la tasa de prevalencia de sujetos con trastornos de personalidad, así como de otros trastornos mentales, en los centros penitenciarios, es decisivo para facilitar la planificación de los tratamientos de salud mental, facilitando la prevención de la conducta criminal en relación con las patologías psiquiátricas (Zabala, 2016).

El conocimiento de esta información también es relevante para la reinserción, ya que una vez el hecho delictivo se ha realizado y el sujeto entra en prisión, necesitará de un tratamiento eficaz, que solo se podrá desarrollar gracias a la obtención de datos y a su estudio. Esto es especialmente relevante en el entorno penitenciario, ya que este ambiente puede dificultar la adaptación de un sujeto al tratamiento (Zabala, 2016).

Actualmente, la cifra de población reclusa con TTPP va en aumento, y los agentes sociales no están proporcionando una solución para ajustarse a estas circunstancias. En numerosas ocasiones estos sujetos se ven perjudicados, necesitan un tratamiento individualizado, sin embargo, siguen un tratamiento bastante genérico en prisión, con pocos recursos existentes y con un seguimiento deficiente, en vez de en un establecimiento especializado para tratar dichas psicopatologías (Esbec y Echeburúa, 2010).

La Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP) de España, perteneciente al Ministerio del Interior, es responsable de la administración penitenciaria a nivel estatal y del cuidado de las personas en prisión. Entre otras muchas gestiones, este organismo también es responsable de garantizar que el entorno penitenciario sea seguro y digno, y de la mejora de la salud, tanto física como mental, de los reclusos (SGIP, 2020).

Si bien existen planes, tratamientos y servicios de apoyo, estos no son del todo efectivos, algo que se debe principalmente a la carencia de datos aportados por las organizaciones estatales durante los últimos años (Zabala, 2016). Cada uno de los centros penitenciarios debería tener conocimiento del número de reclusos con trastornos de personalidad, entre otros trastornos mentales, con el fin de facilitar un tratamiento adaptado y óptimo para la población penitenciaria. Sin embargo, la falta de información y la mala coordinación entre los servicios, las organizaciones, la comunidad y los responsables del Gobierno en materia penitenciaria dificulta enormemente el desarrollo de planes y tratamientos específicos para los reclusos.

Esta problemática se refleja también a nivel internacional, por ejemplo, un informe acerca de la salud mental en prisiones elaborado en Reino Unido (NAO, 2017), especifica que varias estadísticas demuestran la existencia de un alto número de incidentes de autolesiones y muertes autoinfligidas en las cárceles, estas situaciones se relacionan con el estado actual de la salud mental en el entorno penitenciario.

Otros factores relevantes que han contribuido al aumento de los problemas de salud mental en los centros penitenciarios son la falta de personal penitenciario por la reducción de fondos, lo que dificulta la prevención y control de algunas situaciones como la elevada presencia de drogas y el desarrollo de planes efectivos para detectar, identificar y tratar problemas específicos de salud mental a tiempo. Además, otro factor significativo es el estado actual de deterioro respecto al entorno de algunas prisiones (Rodríguez, 2017).

Por último, abordar las necesidades de salud mental de los reclusos reducirá los episodios de reincidencia, ayudará a redirigir a las personas con problemas de salud mental fuera de la prisión hacia el tratamiento y la rehabilitación, y reducirá la discriminación y el estigma hacia estos sujetos. También mejorará el bienestar y la calidad de vida de los reclusos con enfermedades de salud mental, la población carcelaria en general, la comunidad y los trabajadores (NAO, 2017). Además, una

mejor comprensión de la salud mental fomentará el desarrollo y la reforma de políticas respecto a este tema y también beneficiará al correcto seguimiento de la salud de los reclusos, y a la innovación y mejora de las investigaciones.

6. Situación actual en España respecto al tratamiento.

6.1. Hospitales psiquiátricos penitenciarios.

Los hospitales psiquiátricos penitenciarios son el principal recurso para abordar la atención integral respecto a la salud mental entre la población penitenciaria. Su finalidad principal es asegurar la estabilidad psicopatológica de los sujetos, ofrecer a los internos una asistencia especializada y la disminución del peligro que suponen sus actos (DGIP, 2006). Las diferentes disciplinas de estos hospitales incluyen la psiquiatría, la psicología o la medicina. El equipo multidisciplinar, mediante sus conocimientos y los recursos disponibles, centra su asistencia en fomentar el progreso del interno para facilitar su rehabilitación, atendiendo a los aspectos psicosociales, biológicos y culturales de los sujetos (Zabala, 2016).

Una de las limitaciones de estos centros, es que se centran únicamente en la atención de las personas cuya imputabilidad se ha visto alterada, es decir, sujetos a los cuales se les ha eximido de la responsabilidad penal. Por lo que aquellos reclusos en centros penitenciarios con trastornos mentales se ven perjudicados, al quedar limitado el tratamiento farmacológico y psicosocial que estos sujetos puedan recibir (Rodríguez, 2017).

6.2. Programas de atención en España para las personas con trastorno mental en prisión.

El elevado número de reclusos en centros penitenciarios con trastorno mental requiere la elaboración y puesta en funcionamiento de un tratamiento para cada sujeto. Además, requiere abarcar el contexto social y familiar de los reclusos y promover su adaptación al ambiente penitenciario, siendo el objetivo principal la reinserción del recluso, debiendo conciliar el cumplimiento de la medida privativa de libertad con la reinserción del sujeto en la sociedad (DGIP, 2006).

Sin embargo, los centros penitenciarios no presentan un entorno adecuado para las personas con trastornos mentales. Además, existen deficiencias tanto en la aplicación de legislación como en la coordinación entre las instituciones responsables en materia

penitenciaria y los agentes sociales responsables de los recursos de salud mental. Esta problemática conlleva que las necesidades asistenciales de los internos, tanto dentro del centro como en su puesta en libertad, puedan verse perjudicadas (Rodríguez, 2017).

Asimismo, la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013, resalta dicha carencia asistencial, constatando las limitaciones en cuanto al diagnóstico e identificación de los sujetos con trastorno mental durante las diferentes fases del internamiento. Para atajar esta situación, la SGIP crea el '*Protocolo de Aplicación del Programa Marco de Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios*' (PAIEM) y el '*Programa Puente*'.

- Protocolo de Aplicación del Programa Marco de Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios (PAIEM).

Durante los últimos años, el programa PAIEM se ha llegado a implantar en el 97% de las prisiones españolas, este programa se sustenta en el modelo biopsicosocial, centrándose en una atención integral, en la rehabilitación y reinserción social, y en la autonomía del interno para facilitar su vida en sociedad una vez se halle en libertad. Todo esto llevado a cabo por un equipo de profesionales de diferentes disciplinas, en el que prima la colaboración y coordinación con las instituciones responsables en materia penitenciaria y entidades colaboradoras fuera de prisión. Es fundamental que todo el personal del centro penitenciario se implique en el desarrollo del programa, adaptándolo a las particularidades de cada prisión.

En primer lugar, el programa se encarga de la detección, diagnóstico y estabilización de los reclusos con trastornos mentales. En segundo lugar, se encarga de la mejora y recuperación de la capacidad funcional de los reclusos, de sus aptitudes para ejecutar eficazmente las actividades básicas, y de los comportamientos que permiten a los internos vivir de forma independiente y autónoma. También se centra en la adecuación al ambiente carcelario del interno, así como de evaluar las habilidades y limitaciones de su funcionamiento psicosocial y de supervisar y evaluar su progresión. Para ello se desarrolla un plan individualizado de rehabilitación.

Por último, se encarga de promover la reinserción social, derivando a los internos a los recursos socio-sanitarios de la comunidad con el objetivo de garantizar la continuación del tratamiento y el cumplimiento de las medidas de seguridad, y también para fomentar las relaciones sociales y familiares del sujeto, así como para gestionar las asignaciones económicas a las que tenga derecho, una vez se hallen en libertad.

(SGIP, 2009; Zabala, 2016; DGIP, 2006)

Tras una evaluación del programa PAIEM, varios autores (Sanz et al., 2014) recalcan que este programa se considera eficaz siempre que no se dé una falta de personal en prisión y que exista una buena coordinación entre el equipo multidisciplinar y las entidades colaboradoras con el centro penitenciario. También es fundamental el cumplimiento de los tiempos, es decir, la preparación del sujeto con suficiente antelación para la puesta en libertad, asegurándose de que su recuperación va marcada por las necesidades del sujeto y su capacidad de adaptación a cada nivel comentado anteriormente. Por otra parte, consideraron que las actividades que se realizan son eficaces durante las fases de detección, estabilización y rehabilitación del sujeto pero menos eficaces en cuanto a su reinserción en la sociedad.

- **Programa puente de Mediación Social.**

En respuesta a las limitaciones halladas en el programa PAIEM, la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias considera conveniente su optimización y propone la creación del Programa Puente de Mediación Social. El objetivo general de este programa es el desarrollo del proceso para la reinserción social de los sujetos con trastornos mentales graves. Los elementos de este programa son la autonomía, la inclusión, la igualdad, la coordinación, la formación y la investigación.

Se destaca la necesidad de ayudar a los internos a responsabilizarse de sus actos y a tomar la iniciativa sobre las decisiones respecto a su futuro, fomentando las relaciones interpersonales del sujeto y su vinculación y participación en la sociedad. Para ello se considera fundamental reducir la discriminación y el estigma, creando un plan individualizado de rehabilitación, colaborando con los recursos comunitarios coordinadamente.

Las fases de intervención del Programa Puente incluyen la acogida y vinculación al programa, mediante la evaluación funcional y de discapacidad del interno y la elaboración del plan individualizado de rehabilitación. Además, se planifica el seguimiento y supervisión del interno, asignando un profesional como tutor, y un recluso como figura de apoyo. Los tipos de intervención y actividades consisten en la atención y apoyo psicosocial, psiquiátrica, laboral y familiar, y el asesoramiento legal y jurídico.

(SGIP, 2017; Zabala, 2016; Sanz et al., 2014)

Una evaluación realizada por (Álvaro et al., 2014) en un Centro de Inserción Social de Madrid durante los primeros cuatro años de la puesta en práctica del programa, evidencia la validez del programa en cuanto a su correlación con los servicios de salud, en las relaciones interpersonales y en la intervención en actividades rehabilitadoras.

7. Limitaciones de los tratamientos y problemas en la gestión actual en materia de salud mental.

Durante la explicación de la situación actual respecto al tratamiento en materia de salud mental en España, se pone de manifiesto la necesidad de que un equipo multidisciplinar lleve a cabo el diagnóstico, elaboración, seguimiento e implantación del tratamiento, para la posterior rehabilitación y reinserción del interno (SGIP, 2017; SGIP, 2009). Un informe realizado por la Secretaría de Estado de Relaciones con las Cortes y Asuntos Constitucionales en respuesta a una pregunta escrita al Congreso de los Diputados, resalta el escaso número de profesionales de la salud (médicos, médicos interinos y psiquiatras) por establecimiento penitenciario (centros penitenciarios y hospitales psiquiátricos penitenciarios) (SERCAC, 2020).

De este informe se puede extraer, como principal conclusión, la falta de plazas públicas para el personal de la salud responsable de la población reclusa, y concretamente, la escasez en cuanto a la diversidad de disciplinas profesionales entre los años 2015-2019. De hecho, en la mayoría de centros penitenciarios, no ha habido ningún profesional en psiquiatría proporcionado por el Estado, entre 2015 y 2019, en toda España se han contabilizado cuatro psiquiatras en 2015, cuatro en 2016, tres en 2017, tres en 2018 y seis en 2019. Además, la mayoría de estos profesionales se encuentran en hospitales psiquiátricos penitenciarios y una mínima parte en centros penitenciarios.

La falta de personal en materia de salud mental en los centros penitenciarios y la escasez de hospitales psiquiátricos penitenciarios, así como la falta de financiación, muestran el deterioro del servicio en materia de salud en el entorno penitenciario existente en España (SERCAC, 2020). Todo ello sumado a la carencia de personal de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, dedicado a la seguridad, vigilancia y traslado de reclusos, que favorece dicho deterioro, ya que sin éstos, los traslados a hospitales, el desarrollo de actividades que fomenten la vida en sociedad o los permisos de salida, son prácticamente imposibles de realizar (Rodríguez, 2017).

Lo comentado anteriormente fomenta el deterioro de la vida de los internos, del equipo multidisciplinar y de los empleados públicos penitenciarios restantes. Además, dada esta situación, sumado al propio ambiente carcelario, los profesionales son cada vez más reacios a incorporarse a un puesto en las prisiones. Además, las plazas para Psicólogos de Instituciones Penitenciarias, son escasas en comparación al elevado número de reclusos y se denuncia la falta de especialidad clínica, también resulta preocupante que algunas de estas plazas se queden sin cubrir (Rodríguez, 2017).

Los tratamientos actuales, así como los planes de reinserción y rehabilitación tienen aspectos positivos, sin embargo, la falta de personal profesional en estos centros dificulta el hecho de poder llevarlos a cabo correctamente. Uno de los principales problemas relacionados con el tratamiento en materia de salud mental es la poca especificidad de los tratamientos a los sujetos en particular, es decir, la generalización de éstos planes hace poco probable que sean tan eficaces como un tratamiento individualizado. En comparación, la tendencia europea se aproxima a la utilización de tratamientos individualizados que dependen de la personalidad y evolución del recluso. (Fernández, 2005).

El personal profesional penitenciario no cuenta con suficiente información y datos para desarrollar prácticas individualizadas de salud mental. Además, la coordinación y comunicación entre las instituciones y la prisión es deficiente, así como las prácticas para identificar a los reclusos con necesidades de salud mental concretas. Asimismo, los presos no reciben un seguimiento adecuado cuando son liberados y los datos que muestran la escasez de personal y recursos en el ámbito penitenciario son alarmantes (Rodríguez, 2017; SERCAC, 2020).

7.1. Limitaciones para el tratamiento de los trastornos de personalidad.

En relación con el tratamiento se pueden encontrar varios obstáculos para establecer un vínculo terapéutico idóneo, lo que podría favorecer la cronificación de los trastornos de personalidad (Caballo, 2004).

Primeramente, gran parte de los sujetos con TTPP presentan determinados patrones de personalidad egosintónicos que dificultan su adaptación, lo cual significa que presentan una carencia en el entendimiento o falta de percepción sobre sus rasgos de personalidad. Estos sujetos suelen mostrar dificultades para relacionarse socialmente, así como para mantener un puesto de trabajo o una relación sentimental

estable, no siendo conscientes y responsabilizando a los demás de sus problemas. Por tanto, esa atribución externa de sus propios impedimentos y la nula capacidad para reconocer sus errores en la manera que tienen de percibir, tanto a ellos mismos como a otras personas y a la sociedad en general, son los motivos por los cuales, su respuesta al tratamiento no es tan buena como la de otros sujetos sin TTPP (Caballo, 2004).

En segundo lugar, es usual encontrar dentro del entorno penitenciario, sujetos en los que concurren dos o más trastornos de personalidad u otros trastornos mentales, lo que se conoce como comorbilidad. Esto puede perjudicar al tratamiento, ya que debe individualizarse todavía más, lo que resulta dificultoso para los profesionales que tratan al sujeto, no solo por la complejidad de dichas patologías sino también por la falta de recursos de estos profesionales dentro de prisión (Hernández et al., 2006).

En tercer lugar, el hecho de hallarse en un centro penitenciario, la pérdida de libertad y de contacto con sus allegados así como el entorno carcelario en sí, muchas veces caracterizado por la presencia de conductas violentas, favorece la desocialización de los sujetos con TTPP y dificulta el tratamiento psicológico, ya que las relaciones interpersonales de los sujetos constituyen un factor muy importante para que estos progresen respecto a su recuperación (Rodríguez, 2017).

Otra situación perjudicial es el reducido espacio donde desarrollan las actividades de ocio. Varios profesionales que han participado en la vida diaria de los internos recalcan que estas zonas son demasiado reducidas, particularmente para los internos con TTPP. Es fundamental para favorecer la recuperación de los internos que se respete su espacio personal y que tengan espacio suficiente para el desarrollo de las actividades, de forma en que no se incomoden los unos a los otros (Rodríguez, 2017).

8. Terapias de tercera generación para el tratamiento de trastornos de personalidad.

Como se ha comentado anteriormente, en España se ha fomentado un tratamiento para los reclusos con Trastornos Mentales Graves, sin hacer grandes distinciones respecto a trastornos específicos. Esta parte del trabajo explicará una propuesta basada en diferentes prácticas ya existentes que han demostrado su eficacia en relación a algunos trastornos de personalidad, especialmente para el trastorno límite de la personalidad, algo que es de gran utilidad debido a los elevados porcentajes

hallados de este TTPP en prisiones. Éstos son los tratamientos cognitivo conductuales y conductuales.

Se resaltan tres tratamientos, que forman parte de las terapias de conducta de tercera generación: *Terapia Dialéctica Conductual* (TDC), *Terapia de Aceptación y Compromiso* (ACT) y *Psicoterapia Analítico Funcional* (FAP) (Navarro-Leis y López, 2013).

Terapia Dialéctica Conductual (TDC)

La TDC se fundamenta en la *teoría dialéctica* y la *teoría biosocial*, y se basa en la formación del sujeto en habilidades psicosociales y en validar las capacidades del interno, participando en sesiones grupales, y en sesiones individuales, orientadas a la psicoterapia. Asimismo, analiza los problemas de motivación que puedan obstaculizar la obtención de habilidades de conducta adaptativas mediante entrenamiento y aprendizaje.

El profesional del equipo multidisciplinar responsable, debe transmitir al interno que sus respuestas emocionales y sus percepciones son entendibles y coherentes en el contexto en el que se ha desarrollado su vida hasta el momento. Por ejemplo, las conductas autolíticas y suicidas se entienden como conductas irracionales que deben ser corregidas, sin embargo, teniendo en cuenta que gran parte de las vivencias de los sujetos con TTPP son disfuncionales, percibidas como caóticas y generando un malestar significativo, se puede comprender que el intento de autolesión no sea un comportamiento irracional para el sujeto.

El objetivo es construir una terapia firme y saludable, ya que el profesional de la terapia será, generalmente, la persona que más fortalezca y afiance las conductas adaptativas del interno, especialmente en el ámbito penitenciario. La duración de la terapia suele oscilar entre seis meses y un año, dependiendo de la gravedad de cada caso. La TDC incluye cuatro módulos de formación de habilidades, y a menudo, los internos recorren cada módulo en dos ocasiones:

- 1) *Habilidades básicas de conciencia* (dos o tres sesiones, sujetas a revisión en cada módulo siguiente): Este módulo se enfoca en desarrollar y poner en práctica una serie de habilidades, por ejemplo, instruir al interno para desarrollar comportamientos con conciencia, es decir, corregir las conductas impulsivas, propias de los sujetos con TTPP. A tal efecto, se enseña al recluso a observar su comportamiento, su entorno y sus

emociones, tratando de no suprimir las sensaciones que le generan, aprendiendo a experimentar ese instante sin tratar de alterarlo.

2) *Habilidades de efectividad interpersonal* (duración de ocho semanas, aproximadamente): Generalmente, cuando los internos con TLP tratan de poner en práctica sus habilidades interpersonales a circunstancias concretas, aparecen respuestas emocionales desmedidas y difíciles de controlar, que dificultan la aplicación de las habilidades básicas de conciencia. Para atajar este problema, en este módulo se entrena la asertividad y la resolución de problemas interpersonales.

3) *Habilidades de regulación de las emociones* (duración de ocho semanas, aproximadamente): Las emociones de algunos sujetos con TTPP son volubles y de gran intensidad, lo que les resulta realmente arduo de gestionar debido al profundo malestar que les generan. Esto genera respuestas conductuales desadaptativas, utilizadas como una herramienta para aliviar el sufrimiento.

4) *Habilidades de tolerancia al malestar* (duración de ocho semanas, aproximadamente). La formación de estas habilidades va orientada al aprendizaje, aceptación y manejo del malestar, ofreciendo métodos para enfrentarse a las situaciones de crisis, encontrando distracciones que aporten estímulos positivos, considerando objetivamente las ventajas y desventajas de una situación, y sin juzgar, modificar o controlar una situación, un pensamiento o emoción.

(Aramburu, 1996; Linehan, 2003; Ruiz et al., 2012; Navarro-Leis y López, 2013; Caballo, 2004)

Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)

El objetivo de la ACT implica que el sujeto esté dispuesto a entrar en contacto con aquellos estímulos que le resultan desagradables (estimulación aversiva). De esta forma, se enseña al interno a enfrentarse a sus circunstancias personales y a interactuar de una forma distinta con el malestar. Para este fin, la ACT utiliza una metodología basada en ejemplos, metáforas y ejercicios experienciales, además, fomenta la comprensión de que las ideas, emociones y recuerdos no son obstáculos y promueve la toma de perspectiva o distancia con respecto a éstos.

La toma de perspectiva permite al sujeto anticiparse a su conducta y a sus reacciones, imaginando la manera en que experimentaría una situación, un pensamiento o emoción desde un punto de vista crítico. Por otro lado, la toma de distancia permite adquirir una visión global de una situación, estimulando el autoconocimiento del interno, esto le permite ser consciente de sus habilidades y de fomentar la toma de decisiones y resolución de problemas de manera constructiva.

Con el fin de reducir la rigidez psicológica de los internos, la ACT utiliza procedimientos desarrollados mediante una guía acorde a cada supuesto concreto.

- 1) Fase 1. “Desesperanza creativa”: Se debe establecer una relación terapéutica adecuada, analizando las estrategias que el interno ha utilizado anteriormente para modificar las emociones y pensamientos que le producen malestar, de esta manera, el sujeto reflexiona sobre si esos métodos han sido útiles para evitar la angustia y el sufrimiento. El recluso debe tomar conciencia de la paradoja que supone haber intentado tener el control sobre los eventos privados que concurren en su persona, teniendo en cuenta que sus esfuerzos por conseguirlo no han dado resultado, y ello le ha supuesto un descontento mayor.
- 2) Fase 2. “La estrategia de control de los eventos privados es el problema, no la solución”: Esta fase trabaja con el interno los efectos negativos obtenidos al tratar de controlar determinadas experiencias. Con la utilización de paradojas, ejercicios experienciales y metáforas, el recluso aprende que el problema radica en intentar controlar los eventos privados y que la solución se halla en la aceptación de éstos, mostrándole que el problema son sus propios intentos de control.
- 3) Fase 3. “De-fusión cognitiva”: Es habitual entre algunos sujetos con TTPP, la confusión de sus propios pensamientos con la realidad, perdiendo la perspectiva de la situación. Esta fase ayuda al sujeto a gestionar los pensamientos disfuncionales y obsesivos y a observarlos objetivamente, tratando de debilitar el control que dichos pensamientos ejercen sobre el comportamiento. Esta fase no tiene la función de eliminar los pensamientos del interno, sino que éste aprenda a romper con la fusión entre pensamiento y hecho real, diferenciando estos conceptos y entendiendo que los pensamientos no tienen porqué estar basados en la realidad.
- 4) Fase 4. “Dimensiones del yo”: El “yo” es el contexto donde se producen los eventos privados, abarca todos los eventos cognitivos y su contenido puede generar problemas psicológicos y rigideces en la conducta. El objetivo de esta

fase se basa en trabajar con el interno su capacidad de asumir experiencias susceptibles de atacar su personalidad, diferenciando el “yo” como persona, de los pensamientos y emociones.

- 5) Fase 5. “Clarificación de valores”: Esta fase se halla presente desde el inicio de la terapia y se basa en la identificación de los valores del interno y en las conductas asociadas a dichos valores. Mediante el uso de distintos ejercicios se ayuda al recluso a precisar sus objetivos y los obstáculos que puedan surgir.
- 6) Fase 6. “Voluntad y compromiso”: La última fase consiste en que el interno esté dispuesto a experimentar vivencias que antes evitaba y que suponían un control de sus acciones diarias. Esta fase trata de fomentar el compromiso del recluso con el cambio en su conducta, a través de la valoración de sus propias decisiones y de las conclusiones alcanzadas al final de la terapia. El recluso debe estar decidido a adoptar cambios por sí mismo.

(Navarro-Leis y López, 2013; León-Quismondo et al., 2014; Hayes et al. 2006; Ruiz et al., 2012)

Psicoterapia Analítico Funcional (FAP)

La Psicoterapia Analítico Funcional está expresamente indicada para los individuos que presentan una problemática en cuanto a las relaciones interpersonales, un elemento distintivo de los TTPP, con independencia del subtipo. La FAP está basada en aquello que el interno expone, comunica y expresa en las sesiones terapéuticas. A los comportamientos significativos que emergen de las sesiones se les denomina Conductas Clínicamente Relevantes (CCR), éstas pueden ser cualquier diálogo, pensamiento, sentimiento, observación o recuerdo del recluso. Se han identificado tres clases de CCR:

- a) CCR tipo 1: Son los problemas del interno que suceden durante las sesiones y que deben reducirse con el avance de la terapia. Estas conductas se hallan controladas por estímulos aversivos y suelen incluir conductas de escape y evitación, aquellas que se producen para evitar hacer algo que el sujeto no desea hacer.
- b) CCR tipo 2: Son las conductas consideradas como mejoras del interno durante la sesión clínica.
- c) CCR tipo 3: Consiste en la interpretación y observación, por parte del recluso, de sus propias conductas y de la causa de éstas, además de los estímulos reforzantes, discriminativos y elicidores relacionados con ellas.

El equipo multidisciplinar deberá: (1) Detectar las CCR que surgen durante las sesiones clínicas; (2) Establecer un entorno terapéutico para que aparezcan las CCR de tipo 1, es decir, las conductas problemáticas, permitiendo el desarrollo de mejoras en la conducta del recluso; (3) Impulsar naturalmente las CCR de tipo 2; (4) Identificar qué cualidades de la conducta del sujeto son fortalecedoras para éste; y (5) Fomentar que el recluso desarrolle habilidades que le permitan analizar objetivamente y desde una perspectiva práctica su conducta, generando así CCR de tipo 3 adecuadas.

(Navarro-Leis y López, 2013; Ruiz et al., 2012; Ferro et al., 2009)

Con respecto a la evidencia empírica de las terapias de tercera generación en los TTPP, se pueden encontrar varios autores que avalan su eficacia. Por otra parte, las limitaciones halladas son la falta de un mayor número de investigaciones y el posterior seguimiento de los pacientes, especialmente respecto a la aplicación de estas terapias en el ámbito penitenciario.

Con respecto a la TDC, se halla un estudio que demuestra una mejora significativa en relación a la reducción de conductas autolíticas y suicidas en sujetos con TTPP y de los ingresos en centros penitenciarios y hospitales, además de una disminución en el consumo de estupefacientes (Shearin y Linehan, 1992). Dos años más tarde, los mismos autores comparan la eficacia entre la aplicación de la ACT individualmente, y de la ACT y TDC en conjunto, indicando mayor efectividad en la unión de ambas. (Shearin y Linehan, 1994). Otro estudio refleja una mejora en referencia al malestar psicológico, reduciendo la sensación de desánimo y ansiedad mediante la aplicación de la TDC en individuos con TTPP (Simpson et al. 1998).

En relación a la FAP, se hallan estudios que demuestran su eficacia en relación al TLP (Kohlenberg y Tsai, 2000), al THP y al TNP (Callaghan et al., 2003). Además, la aplicación de las terapias FAP y ACT unidas reflejaron un resultado exitoso respecto al TEZP (Olivencia y Cangas, 2005). Por último, varios autores avalan la considerable eficacia de la TDC en el tratamiento del TLP (Panos et al., 2014).

9. Alternativas encontradas en el ámbito internacional.

En este apartado se hará referencia a la asistencia de los reclusos con problemas de salud mental desde el ámbito internacional.

1. La primera de las opciones hace referencia a unidades psiquiátricas dependientes de la Justicia en Holanda. Estas unidades constan de un equipo

multidisciplinar, altamente dotado de personal, que trata a un número reducido de internos. En 2010, una delegación de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP) realizó una visita a Holanda con el objetivo de observar el funcionamiento de la asistencia sanitaria a los reclusos con trastornos mentales (SESP, 2010). Se realizaron las siguientes visitas:

A) Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Oostvaarderskliniek: El establecimiento cuenta con 180 internos con trastornos mentales, atendidos por 360 trabajadores, contando con un psiquiatra las 24 horas. El plazo para el diagnóstico tiene una duración de tres meses, ya que la observación del interno es fundamental para establecer un tratamiento adecuado, que se fundamenta en el análisis de los precursores del delito y en el tratamiento médico-psiquiátrico (SESP, 2010).

La rehabilitación se basa en talleres ocupacionales de carpintería, lavandería, jardinería y conocimientos culinarios, siendo el principal objetivo la imitación de una vida en libertad. Se les permite llevar a cabo diferentes profesiones dentro del centro y desplazarse con libertad por el centro, a excepción de una zona restringida. No hay celdas sino dormitorios convencionales adaptados, atendiendo a las precauciones de seguridad para internos y trabajadores. Además, cada once reclusos, se comparte una zona de jardinería, que cuidan y equipan con mobiliario construido en el propio taller de carpintería (SESP, 2010).

Una de las grandes propuestas del centro se basa en la interacción social, el hospital se halla en el centro de una localidad, y aunque al principio los habitantes se mostraban reticentes, finalmente se ha conseguido que participen de la vida diaria de los internos, incluso realizando deportes de equipo con ellos (SESP, 2010).

B) Unidad Psiquiátrica del Centro Penitenciario de Ámsterdam: Tiene capacidad para 130 internos y cuenta con diversos talleres culinarios, de teatro, deporte, búsqueda de empleo y salas de ocio. El ingreso es efectuado por el personal de enfermería, formados en salud mental, drogodependencia y enfermedades infecciosas, además, los funcionarios de prisión también se encuentran formados en materia de salud mental. Entre el personal de la prisión se puede encontrar un psicólogo clínico cada 8 enfermos mentales y los internos están en continua vigilancia con la ayuda de los cuidadores. El centro promueve que los médicos puedan desarrollar otras labores profesionales fuera del centro penitenciario, ya que suponen un complemento de su

formación, beneficiando la atención dentro de la prisión e igualando el trato al recibido por la sociedad general (SESP, 2010).

Las políticas en materia penitenciaria de Países Bajos han conseguido reducir notablemente la población penitenciaria del país. Durante el internamiento, los permisos de salida y la puesta en libertad se definen por el equipo multidisciplinar, y después de la puesta en libertad, se realiza un seguimiento durante unos años. Con los reclusos se abordan asuntos como su futuro lugar de residencia y empleo, y el asesoramiento sobre gestión financiera. La atención recibida es individualizada gracias al elevado número de plazas para la atención psiquiátrica.

2. La segunda de las opciones hace referencia a unidades psiquiátricas dependientes de Sanidad, como en Inglaterra y Gales. En 2008, una delegación de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP), fue convocada por el '*Sainsbury Centre for Mental Health*' a Londres con el objetivo de observar el funcionamiento de la asistencia sanitaria a los reclusos con trastornos mentales (SESP, 2008). Se realizaron las siguientes visitas:

A) Hospital de Bracton: Éste hospital psiquiátrico penitenciario cuenta con varias áreas de tratamiento, permisos de salida, talleres ocupacionales e incluso una granja particular de aves para la Terapia Asistida Con Animales (TACA). Además, el hospital no cuenta con las usuales rejas de seguridad, lo que implica que los internos podrían fugarse fácilmente, sin embargo no lo intentan gracias al entorno agradable, a las instalaciones acogedoras y al perfil de los sujetos. Una de las cuestiones que se pueden destacar como parte relevante de la reinserción es que, previamente a la concesión del alta, el equipo clínico hace uso de una escala de riesgo de violencia con el objetivo de evaluar el grado de reincidencia (SESP, 2008).

B) Prisión de alta seguridad HMP Belmarsh: En ésta se encuentran a diario dos psiquiatras, además de psicólogos clínicos, personal de enfermería, monitores terapéuticos y sujetos de apoyo, además, se pone de manifiesto la gran cantidad de funcionarios de prisión encargados del control y asistencia a los internos. En esta visita la propuesta más relevante es la informatización de los historiales clínicos de los pacientes, esto permite optimizar el tiempo, atendiendo a más internos, accediendo a la información de manera más rápida y maximizando la eficiencia de los empleados (SESP, 2008).

C) Hospital de alta seguridad Broadmoor: En este centro se utiliza la terapia cognitivo-conductual, además, se destaca el diseño actualizado y perfeccionado de las celdas y el entorno creado con el objetivo de hacer más agradable la estancia de los internos. Las instalaciones se describen como cuidadas y acogedoras, no sólo aquellas a cargo del centro, sino también las de uso privado de los reclusos. Los reclusos reciben el alta siguiendo un criterio tratamental, no jurídico, esto abordaría el problema comentado en apartados anteriores sobre el respeto de los tiempos del paciente para adaptarse a las diferentes fases del tratamiento (SESP, 2008).

En todas las propuestas encontradas, tres de los factores fundamentales para el adecuado funcionamiento de los tratamientos han sido, la adecuada cantidad de personal, el establecimiento de un ambiente acogedor lo más próximo posible a la vida en sociedad y la individualización del tratamiento. Otra de las grandes mejoras se encuentra en la informatización de los datos de los pacientes, el acceso a la información sería mucho más rápida y ordenada, pudiendo acceder por búsqueda de palabras clave, fechas, orden alfabético, información relevante, entre otros, indistintamente y desde cualquier lugar. Estos factores forman parte de las cuestiones problemáticas más señaladas de los protocolos actuales en España (SESP, 2010; SESP, 2008).

En cuanto a las similitudes con la problemática en España se resaltan: (a) Los largos trámites burocráticos y las demoras en los traslados a los hospitales, aunque es una problemática común a varios países con protocolos y tratamientos diferentes; (b) La reducción en el personal en horario nocturno, si bien es cierto que se necesita menos personal que por el día, llama la atención que en algunos de los centros no haya personal sanitario en todo el establecimiento durante la noche; (c) la entrada a prisión de personas con trastornos mentales, aún cuando son inimputables; y (d) la falta de interés político y social por el bienestar de los reclusos (Rodríguez, 2017).

Siguiendo la tendencia de Europa, la aplicación en España de las alternativas encontradas iría orientada al establecimiento de unidades psiquiátricas, al menos, en cada comunidad autónoma de España. Teniendo en cuenta que sólo existen dos Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios en toda España, se consideraría la creación de estas unidades como una gran ayuda para la descongestión de población reclusa en los centros penitenciarios. El espacio en el que se concentrarían los diferentes reclusos sería mayor y renovado, y los profesionales tratarían a un número razonable

de reclusos, ya que ahora los grupos son tan amplios que es difícil asumir su tratamiento por un único equipo multidisciplinar.

10. Objetivos, recomendaciones y mejoras.

Esta parte del trabajo mostrará una serie de objetivos y sugerencias que deben cumplirse para considerar la eficacia de los tratamientos y programas desarrollados a lo largo del trabajo para abordar la atención integral de la salud mental en el ámbito penitenciario.

1) El equipo encargado de tratar a los reclusos debe estar formado por profesionales de diferentes disciplinas para responder a las necesidades médicas, jurídicas, psicosociales, clínicas, familiares y personales, ya que para el desarrollo de un tratamiento individualizado es crucial la realización de un adecuado seguimiento por parte de un equipo formado por profesionales de distintas áreas (Zabala, 2016).

2) Es indispensable la colaboración y coordinación entre las instituciones responsables en materia de salud, la administración de la justicia y los servicios comunitarios encargados de la rehabilitación de los reclusos. Una atención y seguimiento continuado reforzará los traslados desde los establecimientos penitenciarios a los centros hospitalarios, reducirá los tiempos de respuesta en caso de emergencia y reducirá las tasas de suicidio, autolesiones, agresiones y reincidencia (Arroyo-Cobo, 2011).

3) Es fundamental la provisión de un número de personal acorde a los reclusos y a las necesidades de cada centro, esto implica al equipo multidisciplinar, a los funcionarios públicos de prisiones y a los miembros pertenecientes a las FFCCS, así como la implementación de cursos de formación continuada para dicho personal, ya que si no existen recursos suficientes, las actividades más básicas y usuales (supervisión, permisos de salida, traslados a hospitales, etc.) no se pueden llevar a la práctica. Otro objetivo es la provisión de financiación para asegurar el desarrollo del tratamiento, la preparación del personal, la mejora de los centros y cambios en la política nacional de salud mental (Rodríguez, 2017).

4) La implementación de campañas de sensibilización, concienciación e información destinadas a la sociedad y al personal responsable en materia de salud y legalidad, para una mejor comprensión de la situación a la que se enfrentan los sujetos con problemas de salud mental en prisión, erradicando la estigmatización, contribuyendo al

acceso a los servicios comunitarios para la reinserción y a la formación e integración laboral de los reclusos (Arroyo-Cobo, 2011).

5) Es fundamental llevar a cabo estudios respecto a la prevalencia de los trastornos mentales con anterioridad al ingreso en el centro penitenciario, la prevalencia de reclusos con patología dual, las tasas de reincidencia, de suicidio y autolesiones, los niveles de satisfacción de los reclusos y del personal penitenciario y los trastornos mentales específicos más predominantes en los centros penitenciarios. Esto ayuda a comprender si los tratamientos y planes de reinserción son efectivos o si necesitan una mejora, además, su estudio permite proponer nuevos proyectos que permitan explicar y predecir la reincidencia (NAO, 2017).

6) Es fundamental generar un entorno en prisión más favorable y digno para la recuperación de los reclusos, incluyendo zonas más espaciosas, con acceso libre a una zona exterior vigilada, iluminación adecuada, mobiliario arreglado, salas dotadas de sistemas de llamada de emergencia y ventanas de inspección. En definitiva, la creación de un entorno acogedor en la medida de lo posible, un entorno reservado y tranquilo que genere una sensación de seguridad, de protección y de confianza al sujeto, que le haga comprender que su bienestar es importante, y le permita entablar una relación profesional adecuada con el equipo multidisciplinar (SESP, 2010)

7) En la medida de lo posible, se procederá a la ampliación de las unidades psiquiátricas existentes en el país, fomentando el principio de equivalencia asistencial, que consiste en la equiparación de los servicios de la salud en la comunidad al de los centros penitenciarios (Arroyo-Cobo, 2011).

CONCLUSIONES.

Tras la revisión bibliográfica y el análisis del contenido, se pueden extraer una serie de conclusiones:

En primer lugar, diversos autores señalan que los trastornos de personalidad representan un problema difícil de abordar en el ámbito penitenciario. Los seis subtipos relacionados particularmente con el comportamiento violento y la población reclusa son: el límite (TLP), el antisocial (TAP), el narcisista (TNP), el paranoico (TPP), el dependiente (TDP) y el evitativo (TPE). De todos modos, se destaca como más relevante la valoración de los rasgos subyacentes que conforman la personalidad global de un individuo y los síntomas activos que podrían señalar la presencia de un

problema psicológico en un recluso, en vez de la clasificación por categorías en sí misma (Esbec y Echeburúa, 2010).

Las investigaciones sobre la correlación entre trastornos de personalidad y conducta violenta presentan algunas controversias, que pueden ser causadas por la utilización de métodos para el diagnóstico diferentes o la comorbilidad con otros TTPP. También cabe destacar que la población penitenciaria de cada país puede ser diferente atendiendo a diversos factores, por lo que tiene sentido que los resultados también lo sean (Esbec y Echeburúa, 2010).

Generalmente, se obvia el hecho de que los sujetos con TTPP son también víctimas de violencia, de estigmatización y discriminación. Además, en numerosas ocasiones, éstos provienen de familias desestructuradas, sin recursos económicos y formación insuficiente. Esto afecta de manera negativa a la rehabilitación, salud e inserción social, laboral y académica del sujeto (Rodríguez, 2017).

En segundo lugar, se destaca la dificultad de determinar cuando una persona es imputable o inimputable en el ámbito jurídico en relación a los diferentes trastornos de personalidad existentes, y se resalta la necesaria investigación respecto a esta materia, dada la prevalencia de este tipo de trastornos en la población reclusa, ya que para la mayoría de sujetos con TTPP no suelen darse circunstancias modificativas de la responsabilidad criminal. (Von Schönfeld et al. 2006)

En tercer lugar, este texto señala diferentes estudios e investigaciones que han sido de gran utilidad para mostrar una imagen real de la prevalencia de los trastornos de personalidad entre la población reclusa. Sin embargo, la información oficial, por parte de las diferentes instituciones gubernamentales, es realmente escasa y genérica, y los tratamientos y protocolos de atención a los trastornos mentales en España (PAIEM y Programa Puente) se orientan al conjunto de problemas de salud mental existentes en prisión, mencionando problemas de salud mental específicos ocasionalmente. Varios expertos consideran que es fundamental la actualización o ampliación de dichos programas para desarrollar programas individualizados (Sanz et al., 2014).

En lo que respecta a la problemática en materia de salud mental en España, se puede destacar la falta de plazas públicas para profesionales referentes al equipo multidisciplinar, debiendo recurrir a contrataciones externas para cubrir una atención psiquiátrica mínima. También se resaltan las limitaciones respecto a la detección de

los sujetos con trastornos mentales específicos, la falta de coordinación entre los centros penitenciarios, centros de reinserción social comunitarios e instituciones gubernamentales responsables y las limitaciones en el tratamiento y seguimiento individualizado (SERCAC, 2020).

Respecto a los procedimientos encontrados en el ámbito internacional para la mejora de los programas actuales en España, se destaca el aumento de personal en la prisión, la realización de talleres ocupacionales para promover un internamiento lo más cercano a la vida en libertad, y la realización de un tratamiento individualizado (SESP, 2008; SESP, 2010). Además, en lo relativo a las terapias de tercera generación, se puede concluir que han demostrado su eficacia para el tratamiento de determinados trastornos de personalidad, principalmente en el TLP, permiten aliviar el sufrimiento de la persona, reducir las conductas autolíticas y optimizar sus habilidades. Sin embargo, se destaca la carencia de estudios que demuestren su eficacia en el ámbito penitenciario (Navarro-Leis y López, 2013).

El ingreso en un centro penitenciario supone, para los sujetos diagnosticados con trastornos de personalidad, la posibilidad de acceder a una atención clínica básica, ya que éstos suelen ingresar descompensados psicológicamente, carentes de tratamiento y medicación, por tanto, inicialmente, la prisión posibilita la estabilización y mejora de sus síntomas. No obstante, una vez transcurre un tiempo, la prisión se convierte en un impedimento para el desarrollo de las capacidades de la persona, debido a la falta de estimulación, arraigo social, tratamiento individualizado y talleres ocupacionales con significado identitario y orientados al trastorno (Rodríguez, 2017).

En conclusión, abordar las necesidades de salud mental de los reclusos reduciría los episodios de reincidencia, fomentaría el desarrollo de tratamientos individualizados y ayudaría a redirigir a las personas con problemas de salud mental fuera de la prisión hacia el tratamiento y la rehabilitación, reduciendo las tasas de reincidencia, la discriminación y el estigma. También mejoraría el bienestar y la calidad de vida de los reclusos con enfermedades de salud mental, la población carcelaria en general y la comunidad. Finalmente, beneficiaría a los profesionales en materia de salud mental y al sistema judicial, contando con más personal, recursos, datos y estadísticas concretas.

REFERENCIAS.

- Abram, K. M., Zwecker, N. A., Welty, L. J., Hershfield, J. A., Dulcan, M. K. y Teplin, L. A. (2015). Comorbidity and continuity of psychiatric disorders in youth after detention: a prospective longitudinal study. *Journal of the American Medical Association, Psychiatry*, 72(1), 84-93.
- Álvaro, E., López-Fernández, J. M., Zabala, M. C. y Vegue, M. (2014). *Personas con trastorno mental grave en el CIS Victoria Kent. Análisis de resultados del programa puente*. Trabajo presentado en el X Congreso Nacional y XVIII Jornadas de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria, Barcelona.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5*. Arlington, VA: Estados Unidos.
- Andersen, H. (2004). Mental Health in Prison Populations. A review - with special emphasis on a study of Danish prisoners on remand. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110(s424), 5-59.
- Aramburu, B. (1996). La terapia dialéctica conductual para el trastorno límite de la personalidad (Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder). *Psicología Conductual*, 4(1), 123-140.
- Arnau-Peiró, F., García-Guerrero, J., Herrero-Matías, A., Castellano-Cervera, J., Vera-Remartínez, E., Jorge-Vidal, V., y Iranzo-Tatay, C. (2012). Descripción de la consulta psiquiátrica en centros penitenciarios de la Comunidad Valenciana. *Revista Española De Sanidad Penitenciaria*, 14(2), 50-61.
- Arroyo-Cobo, J. (2011). Estrategias asistenciales de los problemas de salud mental en el medio penitenciario, el caso español en el contexto europeo. *Revista Española De Sanidad Penitenciaria*, 13(3).
- Arroyo, J. M. y Ortega, E. (2009). Los trastornos de personalidad en reclusos como factor de distorsión del clima social de la prisión. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 11(1), 11-15.
- Blair, R., Peschardt, K., Budhani, S., D.G.V. Mitchell, D., y Pine, D. (2006). The development of psychopathy. *Journal Of Child Psychology And Psychiatry*, 47, 262-275.
- Caballo, V. E. (2004). Manual de trastornos de la personalidad: descripción, evaluación y tratamiento. *Madrid: Síntesis*.
- Callaghan, G., Summers, C., y Weidman, M. (2003). The Treatment of Histrionic and Narcissistic Personality Disorder Behaviors: A Single-Subject Demonstration of Clinical Improvement Using Functional Analytic Psychotherapy. *Journal Of Contemporary Psychotherapy*, 33(4), 321-339.
- Cano, M. C. y Contreras, L. (2009). Valoración penal de los trastornos de personalidad. En F. Expósito y S. Peña (Eds.). *Procesos judiciales. Psicología jurídica de la*

familia y del menor (pp 21-28). Murcia: Sociedad Española de Psicología Jurídica y Forense.

- Castejón, M. A., Pallarés, J. y López-Fernández, J. M. (2010). Las personas con trastorno mental grave en el ámbito penal y penitenciario. Situación actual y propuestas de intervención psicosocial. *Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental*. Boletín primavera 2010. Madrid. Asociación Madrileña de Salud Mental.
- Coid, J., Yang, M., Roberts, A., Ullrich, S., Moran, P., y Bebbington, P. et al. (2006). Violence and Psychiatric Morbidity in a National Household Population - A Report from the British Household Survey. *American Journal Of Epidemiology*, 164(12), 1199-1208. <https://doi.org/10.1093/aje/kwj339>
- Dirección General de Instituciones Penitenciarias. (DGIP). (2006). *Estrategia global de actuación en salud mental: Estudio sobre salud mental en el medio penitenciario*. Ministerio del Interior.
- Esbec, E. y Echeburúa, E. (2010). Violencia y trastornos de la personalidad: implicaciones clínicas y forenses. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(5), 249-261.
- Eurostat. (2019). *Prison statistics - Statistics Explained*. Ec.europa.eu. Recuperado de, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Prison_statistics.
- Fazel, S., y Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The Lancet*, 359(9306), 545-550.
- Fernández Cubero, R. (2005). Introducción al Sistema Penitenciario Español. 13-16.
- Fernández-Montalvo, J., y Echeburúa, E. (2008). Trastornos de personalidad y psicopatía en hombres condenados por violencia grave contra la pareja. *Psicothema*, 20(2), 193-198.
- Ferro, R., Valero, L., y López, M. (2009). La conceptualización de casos clínicos desde la psicoterapia analítica funcional. *Papeles Del Psicólogo*, 30(3), 255-264.
- Fundación Pública Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental. (FAISEM) (2012). *Prevalencia de problemas de salud mental en centros penitenciarios andaluces. Informe general*. Sevilla. FAISEM
- González-Guerrero, L. (2007). Características descriptivas de los delitos cometidos por sujetos con TP: motivaciones subyacentes, "modus operandi" y relaciones víctima-victimario *Psicopat Clinica Leg Foren.*, 7, 19-39.
- Hayes, S., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A., y Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research And Therapy*, 44(1), 1-25.
- Hernández, M., Herrera, R., Iñigo, C., Markez, I., Ortega, L., y Ortega, E. et al. (2006). Atención primaria de la patología psiquiátrica dual en prisión. *Grupo De Trabajo*

Sobre Salud Mental En Prisión. Sociedad Española De Sanidad Penitenciaria. Asociación Española De Neuropsiquiatría.

- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2020). Recuperado de <https://www.ine.es/consul/serie.do?d=true&s=CON239>
- Kohlenberg, R., y Tsai, M. (2000). Radical behavioral help for Katrina. *Cognitive And Behavioral Practice*, 7(4), 500-505.
- Kovaszny, B., Miraglia, R., Beer, R., y Way, B. (2004). Reducing Suicides in New York State Correctional Facilities. *Psychiatric Quarterly*, 75(1), 61-70.
- León-Quismondo, L., Lahera, G., y López-Ríos, F. (2014). Terapia de aceptación y compromiso en el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo. *Revista De La Asociación Española De Neuropsiquiatría*, 34(124).
- Leue, A., Borchard, B., y Hoyer, J. (2004). Mental disorders in a forensic sample of sexual offenders. *European Psychiatry*, 19(3), 123-130.
- Linehan, M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite (Manual for treating borderline personality disorder)*. Paidós.
- Lurigio, A. J. y Swartz, J. A. (2000). Changing the contours of the criminal justice system to meet the needs of persons with serious mental illness. *Criminal Justice*, 3, 45-108.
- Mecanismo Nacional de Prevención (MNP). (2021). *Informe anual 2020*. Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura. Defensor del Pueblo.
- Marín-Basallote, N., y Navarro-Repiso, C. (2012). Estudio de la prevalencia de trastorno mental grave (TMG) en los centros penitenciarios de Puerto I, II y III del Puerto de Santa María (Cádiz): nuevas estrategias en la asistencia psiquiátrica en las prisiones. *Revista Española De Sanidad Penitenciaria*, 14(3), 80-85.
- Martínez, T., López, F., y Díaz, M. (2001). Los trastornos de la personalidad en el derecho penal: Estudio de casos del Tribunal Supremo. *Psicopatología Clínica, Legal Y Forense*, 1, 87-101.
- Moreno-Manso, J., Pozueco-Romero, J., García-Baamonde, M., Blázquez Alonso, M., Guerrero Barona, E., y Guerrero Molina, M. (2019). Psicópatas versus trastornos de la personalidad: Matices clínico-conceptuales y aspectos diferenciales. *Summa Psicológica*, 16(1), 51-59.
- National Audit Office (NAO) (2017) Mental health in prisons. London: National Audit Office Press Office (HC 42, Session 2017–2019)

- Navarro-Leis, M., y López, M. (2013). Terapias cognitivo conductuales para el tratamiento de los trastornos de personalidad [Cognitive behavioral therapies for the treatment of personality disorders]. *Acción Psicológica*, 10(1).
- Olivencia, J., y Cangas, A. (2005). Tratamiento psicológico del trastorno esquizotípico de la personalidad. Un estudio de caso. *Psicothema*, 17(3), 412-417.
- Organización Mundial de la Salud, OMS (1992). CIE-10. *Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Panos, P., Jackson, J., Hasan, O., y Panos, A. (2014). Meta-Analysis and Systematic Review Assessing the Efficacy of Dialectical Behavior Therapy (DBT). *Research On Social Work Practice*, 24(2), 213-223.
- Pondé, M., Freire, A., y Mendonça, M. (2011). The Prevalence of Mental Disorders in Prisoners in the City of Salvador, Bahia, Brazil. *Journal Of Forensic Sciences*, 56(3), 679-682.
- Rodríguez, R. (2017). *Excluidos e internados: La problemática de las personas con discapacidad en Centros Penitenciarios*. Fundación ONCE.
- Ruiz, M., Díaz, M., y Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Desclée De Brouwer.
- Sáiz Roca, D., Pérez Beltrán, M., y Sáiz Roca, M. (2006). *Psicología criminal. CAP III. La psicología criminal en la práctica pericial forense* (pp. 81-95). Pearson.
- Sanz, J., Gómez-Pintado, P., Ruiz, A., Pozuelo, F. y Arroyo, J. M. (2014). Programa de Atención Integral al Enfermo Mental en las prisiones españolas (PAIEM). Valoración tras cuatro años de funcionamiento. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 16, 91-102.
- Secretaría de Estado de Relaciones con las Cortes y Asuntos Constitucionales (SERCAC). (2020). Respuesta del Gobierno de España a la pregunta escrita 184/1595 el 23/12/2019 en el Congreso de los diputados.
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP). (2009). Protocolo de aplicación del programa marco de atención integral a enfermos mentales en centros penitenciarios (PAIEM).
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP). (2013). *Informe general*. Madrid. Ministerio del Interior. Secretaría General Técnica.
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP). (2017). Programa Puente extendido: Salud mental en penas y medidas alternativas. Ministerio del Interior. Catálogo de publicaciones de la Administración General del Estado.

- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP). (2020). Datos estadísticos de la población reclusa. Total nacional diciembre 2020.
- Sepehrmanesh, Z., Ahmadvand, A., Akkasheh, G., y Saei, R. (2014). Prevalence of Psychiatric Disorders and Related Factors in Male Prisoners. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 16(1).
- Shearin, E., y Linehan, M. (1992). Patient-therapist ratings and relationship to progress in dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 23(4), 730-741.
- Shearin, E., y Linehan, M. (1994). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: theoretical and empirical foundations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 61-68.
- Simpson, E., Pistorello, J., Begin, A., Costello, E., Levinson, J., y Mulberry, S. et al. (1998). Focus on Women: Use of Dialectical Behavior Therapy in a Partial Hospital Program for Women With Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Services*, 49(5), 669-673.
- Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP). (2008). *Visita a Londres de una delegación de la SESP*. Recuperado de <https://www.sesp.es/sesp/D357/portada/inicio>
- Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP). (2010). *Holanda y el trato a los enfermos mentales detenidos*. Recuperado de <https://www.sesp.es/sesp/G106/noticiasnew/VerUno/Id/H279>
- Vicens, E., Tort, V., Dueñas R. M., Muro, A., Pérez-Arnau, F., Arroyo, J. M., Acín, E. y Sardá, P. (2011). The prevalence of mental disorders in Spanish prisons. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 21(5), 321-332.
- Von Schönfeld, C., Schneider, F., Schröder, T., Widmann, B., Botthof, U., y Driessen, M. (2006). Prevalence of psychiatric disorders, psychopathology, and the need for treatment in female and male prisoners. *Der Nervenarzt*, 77(7), 830-841.
- Zabala, C. (2016). *Prevalencia de trastornos mentales en prisión: Análisis de la relación con delitos y reincidencia*. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Interior.gob.es. Recuperado de http://www.interior.gob.es/documents/642317/1201664/Prevalencia_de_trastornos_mentales_en_prision_126170587_web.pdf/19568d3f-ffb3-4f28-9539-ca646e9cf475.
- Zoccali, R., Muscatello, M., Bruno, A., Cambria, R., Cavallaro, L., y D'Amico, G. et al. (2008). Mental disorders and request for psychiatric intervention in an Italian local jail. *International Journal Of Law And Psychiatry*, 31(5), 447-450.