

Francisco Javier Saavedra-Macías, Lara Murvartian,  
Joanna Brzeska, Marcelino López

## CAPÍTULO 2. TRASTORNOS PSICOLÓGICOS EN LOS CENTROS PENITENCIARIOS: FACTORES EXPLICATIVOS Y CONSECUENCIAS

### 1. Introducción

Además de los planteamientos filosóficos y políticos que la reclusión de hombres y mujeres en centros penitenciarios pueda generar, la prevalencia de los trastornos psicológicos (PTP) en estos centros es un tema de creciente interés profesional y ciudadano. En las últimas décadas las poblaciones penitenciarias de distintos países han sufrido un generalizado crecimiento. En este escenario, los estudios internacionales confirman la existencia de una elevada PTP en el medio penitenciario. La PTP en los centros penitenciarios es esencial para entender la elevada tasa de suicidios en estos centros, la cual es significativamente mayor que la de la población general, tanto en España como en el mundo.

Otro aspecto importante en la discusión sobre los trastornos psicológicos en los centros penitenciarios, que está directamente relacionado con el estigma asociado a las personas con trastornos mentales graves, es la relación entre los trastornos psicológicos y los delitos violentos. Esta cuestión es muy relevante ya que el estigma es un obstáculo evidente en el proceso de recuperación de todas las personas con trastornos mentales graves, se encuentren internadas en un centro penitenciario o vivan en la comunidad. En este campo los resultados son controvertidos, existiendo un riesgo significativo de cometer delitos violentos en personas diagnosticadas con algunos trastornos. No obstante, como veremos, la asociación entre las conductas violentas y el diagnóstico de algún trastorno psicológico es semejante o inferior a la asociación entre violencia y otras variables de tipo sociodemográfico. Por lo tanto, es necesario relativizar esta asociación para desestigmatizar a las personas diagnosticadas con trastornos mentales.

En el presente capítulo repasaremos sintéticamente todas estas cuestiones. En primer lugar, ofreceremos algunos resultados de estudios de prevalencia nacionales e internacionales. Seguidamente, discutiremos las posibles causas de esa elevada prevalencia sintetizando las hipótesis predominantes. En tercer lugar, trataremos la espinosa cuestión del papel de la enfermedad mental como factor de riesgo para la comisión de delitos, especialmente los violentos. Por último, haremos énfasis en las necesidades de atención psicológica de una población en condiciones de desigualdad y exclusión social.

## 2. Contexto institucional en España

En España y según los datos del Ministerio del Interior, desde el año 2009 se ha producido un descenso en la población penitenciaria absoluta y por cada 100 000 habitantes. En concreto, en el citado año, había 76 079 reclusos con una ratio de 163 reclusos/100 000 habitantes. En el año 2019 el número absoluto era de 58 517 con una ratio de 125.2 (VV. AA., 2020). A pesar de esta reducción del 19 %, España sigue superando la media de la Unión Europea y se sitúa en séptimo lugar en porcentaje de presos respecto al número de habitantes.

En nuestro sistema penitenciario el 92 % de los internos son hombres. El 81 % se encuentra bajo condena, el 16.1 % se halla en situación preventiva y el resto de los internos se encuentra con medidas especiales de seguridad. Respecto a los tramos de edad, el 79.8 % de la población penitenciaria se encuentra en el tramo de 31–60 años, siendo la población juvenil residual (0,6 %) y la de 26–30 años pequeña (12,7 %) comparada con la de 41–60 años (29,9 %). El porcentaje de internos mayores de 60 años también es muy reducido, un 4,2 %. El porcentaje de internos extranjeros se ha reducido levemente desde el año 2009. En concreto, en ese año supuso el 35.7 %, mientras que en el 2019 la proporción se redujo al 28 %. La mayoría de los extranjeros recluidos en nuestros centros penitenciarios son marroquíes (24,8 %) seguidos muy de cerca por los nacionales de la Unión Europea (23,1 %). La gran mayoría de los delitos están relacionados con el tráfico de drogas y robos. De hecho, nuestras cárceles acogen a más de 9754 reclusos por tráfico de drogas, cifra solo superada

por Italia. Por robos, en nuestros centros penitenciarios se recluye a 27 347 personas, cifra solo superada por Rusia.

Es importante destacar que este alto ratio de personas encarceladas por 100 000 habitantes, si lo comparamos con la media europea, no correlaciona con la tasa de criminalidad que padece España. De hecho, España es de los países más seguros de Europa según EuroStat ya que se sitúa entre los últimos diez puestos en casos de homicidios intencionales, en una posición intermedia en cuanto a agresiones y prácticamente a la cola respecto a tasa de robos y atracos. En relación con las agresiones sexuales, España se sitúa en el puesto 27 de los 41 países que estudia Eurostat. Los datos indican un descenso de la ratio de criminalidad en los últimos años. Son algunos países del norte de Europa como Suecia, Noruega o el Reino Unido los que sufren una mayor tasa de criminalidad, mientras que España, Polonia o Grecia disfrutan de tasas de criminalidad reducidas.

### **3. Trastornos psicológicos en los centros penitenciarios**

La elevada PTP en los centros penitenciarios es un hecho contrastado en una gran diversidad de países (Andersen, 2004; Arboleda-Flórez, 2004; Fazel y Seewald, 2012). Existen matices en cuanto a los diagnósticos más prevalentes y, desde luego, debate en cuanto a sus causas (López y cols. 2021), pero la existencia de una PTP mucho mayor en los centros penitenciarios que en la población comunitaria es indiscutible. Mientras que en la población comunitaria española se halló una prevalencia de vida de algún trastorno psicológico (PVTP) de casi el 16 % según uno de los estudios epidemiológicos más rigurosos (Haro y cols. 2006), la población penitenciaria presenta más del 80 % en los tres estudios más exhaustivos realizados en España (ver tablas 1 y 2) (López y cols., 2016; Vicens y cols., 2011; Zabala-Baños y cols., 2016). La determinación detallada de las prevalencias de los distintos diagnósticos tiene especial interés para la salud pública. Especialmente, teniendo en cuenta que existe una infraestimación del diagnóstico psiquiátrico en el ámbito penitenciario. Es decir, existe una población significativa de internos e internas en los centros penitenciarios que no tienen diagnóstico (Fazel y cols, 2016).

Tabla 1. Prevalencia de problemas de salud mental en poblaciones generales nacionales e internacionales

Tipo de problemas	ESEMeD España (Hombres) (Haro y cols., 2006)	ESEMeD Europa (Hombres) (ESEMeD, 2004)	Estudios europeos (Wittchen y cols., 2011)	NCS USA Prevalencia 12 meses (Narrow y cols., 2002)			
	Prevalencia vida 12 meses	Prevalencia vida 12 meses	Preval. anual	Brutas Con criterios clínicos			
Al menos un trastorno mental	15,7	5,3	21,6	7,1	27,1	30,2	20,6
Psicosis					1,2	0,2	0,2
Trastornos afectivos	6,7	2,3	9,5	2,8	7,8	11,1	7,5
Trastornos de ansiedad	5,7	2,53	9,5	3,8	14,0	18,7	12,1
Abuso o dependencia Alcohol	6,5	1,4	7,4	1,3	3,4	9,9	6,5
Substancias						3,6	2,4

Analizar las posibles causas de esa elevada prevalencia puede ayudar a diseñar servicios de salud mental más eficaces, así como a prevenir conductas como la suicida que, como veremos, se encuentran relacionadas con el padecimiento de trastornos psicológicos. Por otra parte, la prevalencia de ellos en los centros penitenciarios está relacionada con el papel de la enfermedad mental como factor de riesgo para la comisión de delitos, especialmente los violentos. Por último, una adecuada imagen de la prevalencia de estos trastornos en las cárceles es imprescindible para la formulación y el desarrollo de estrategias adecuadas para hacerles frente.

En uno de los primeros estudios mediante diagnósticos clínicos *in-situ* en muestra penitenciaria española, PRECA-II, López y cols. (2016) hallaron la prevalencia a lo largo de la vida de una muestra significativa de la población penitenciaria andaluza (ver tabla 2). El 82,6 % de la muestra presentaba antecedentes de haber padecido algún tipo de trastorno psicológico a lo largo de su vida y el 25,8 % de haberlo padecido en el último mes (prevalencia mes). Los trastornos más prevalentes fueron los relacionados con el abuso y dependencia a sustancias psicoactivas (prevalencia vida de 65,9 % y prevalencia mes de 6,6 %) y los trastornos afectivos (31,4 % y 9,3 %), de ansiedad (30,9 % y 10,4 %) y psicóticos (9,5 % y 3,4 %). La prevalencia probable estimada de trastornos de personalidad estaba entre el 56,6 % y el 79,9 %, dependiendo del punto de corte del inventario de trastorno de personalidad utilizado.

En relación con otros estudios hay también concordancia en general con los datos nacionales (Vincens y cols., 2011) e internacionales (Ander sen, 2004; Fazel y Seewald, 2012), pese a las diferencias de metodología e instrumentos utilizados. En concreto, respecto a las diferencias con el estudio hermano, PRECA-I, Prevalencias Cárceles, (Vincens y cols., 2011), se obtiene un patrón semejante en prevalencia de vida, aunque el PRECA-II arroja significativamente una menor prevalencia en el último mes para todos los diagnósticos.

Como síntesis de los estudios nacionales e internacionales podemos concluir lo siguiente<sup>1</sup> (López y cols., 2021; López y cols., 2016). Los trastornos por abusos y dependencia son los más prevalentes, obteniendo, como

---

1 Para una revisión a fondo de los estudios sobre prevalencia de trastornos psicológicos en las cárceles en español acudir a López y cols. 2021.

Tabla 2. Prevalencia en instituciones penitenciarias. Comparación con estudios nacionales e internacionales

Tipos de problemas	Estudio Inst. Penitenciarias 2006 (DGIP, 2007)	Estudio PRECA I 2008 (Vicens y cols., 2011)		Revisión estudios internacionales (Fazel y cols., 2003; 2012)		Estudio de Andalucía PRECA II 2010 (López y cols., 2016)
		P. P.	P. V.	2003	2012	
<b>Trastornos Eje I</b>						
Trastornos psicóticos	3,4 %	4,2 %*	10,7 %*	3,7 %	3,6 %	3,4 %
Trastornos afectivos	12,8 %	14,9 %*	41,0 %*	10,0 %	10,2 %	9,7 %
Trastornos de ansiedad		23,3 %*	45,3 %*			10,4 %
<b>Total trastornos funcionales</b>						20,3 %
Abuso o dependencia	36,1 %	17,5 %	76,2 %			6,6 %
<b>Trastornos inducidos</b>						7,0 %
<b>Total trastornos Eje I</b>	49,6 %	41,2 %	84,4 %			25,8 %
<b>Trastornos de personalidad</b>						
Esquizoide			37,2 %			20,0 %
Paranoide			23,3 %	47 %		23,6 %
Antisocial			44,0 %			26,8 %
Límite			32,8 %			35,7 %
Narcisista			82,3 %	65 %		35,1 %
<i>Al menos uno</i>	9,4 %					79,7 %

\* Incluye trastornos funcionales e inducidos por enfermedad o consumo de sustancias.

en el estudio desarrollado en Andalucía descrito anteriormente (López y cols., 2016), prevalencias que superan el 50 % de la población. Además, estos trastornos destacan por su elevada comorbilidad, siendo habitual que aparezcan junto con trastornos de personalidad o de ansiedad. Los trastornos de personalidad son los segundos más prevalentes siendo el disocial y el límite los más habituales.

La prevalencia de los trastornos de ansiedad es la que más se asemeja a la de la población comunitaria, aunque como en el estudio anterior pueden ascender hasta el 30 % de la población penitenciaria. Aquí también encontramos una elevada comorbilidad con otros diagnósticos.

Algunos estudios también han encontrado una elevada presencia de discapacidades intelectuales (Fazel y Danesh, 2002). A este respecto hay que advertir de la dificultad para evaluar adecuadamente este aspecto sin que la variable de una deficiente escolarización, muy habitual en el medio penitenciario, pueda confundir los resultados. De hecho, en el estudio PRECA-II se decidió no informar de los resultados de discapacidad ya que señalaban prevalencias de discapacidad intelectual de más del 30 %, lo cual indicaba algún problema metodológico grave (López y cols., 2016).

Por último, nos encontramos los trastornos mentales graves (TMG) como la esquizofrenia y las psicosis delirantes que arrojan una prevalencia vida aproximada del 5 % de las personas encarceladas. Son estos trastornos nucleares en el debate sobre la desinstitucionalización que trataremos más tarde.

Aunque la gran mayoría de los internos en centros penitenciarios son hombres, y la criminalidad está claramente sesgada por género, es necesario que diferenciemos las prevalencias totales que hemos visto anteriormente según el sexo. Fazel y Seewald, (2012) hallaron una mayor prevalencia de depresión mayor en mujeres encarceladas que en hombres, aunque las diferencias no fueron significativas. En ese estudio, la prevalencia de los trastornos psicóticos era prácticamente la misma a nivel descriptivo.

En cuanto a las diferencias por sexo en los trastornos por dependencia, está claramente constatado que existen tasas más bajas de trastornos por consumo de sustancias en las mujeres respecto a los hombres en la población general (ESEMED, 2004). Sin embargo, en la población penitenciaria el caso es distinto. Las tasas de trastornos por abuso de alcohol entre los reclusos son muy semejantes entre hombres y mujeres. Incluso respecto

a la dependencia de sustancias son considerablemente más elevadas en mujeres (51 %, rango 43 %-58 %) que en los hombres (30 %, rango 10 %-61 %) de acuerdo con un reciente estudio (Fazel y cols, 2017). Tal y como Baranyi y cols. (2019) apuntan, estos resultados podrían estar relacionados por las menores tasas de encarcelamiento de mujeres. Este hecho implicaría que las mujeres encarceladas son un grupo más extremo entre los individuos de alto riesgo con elevadas tasas de problemas de consumo de sustancias.

En los pocos estudios realizados en países con ingresos bajos o medios se obtienen resultados muy similares a los de los países más desarrollados, aunque entre ellos hay una gran heterogeneidad (Baranyi y cols., 2019). A pesar de que los países en vía de desarrollo presentan una prevalencia más reducida que los países desarrollados en esquizofrenia y depresión mayor en la población comunitaria, estos resultados no se traducen a la población penitenciaria. Baranyi y cols (2019) explican estos resultados por el escaso desarrollo de los sistemas comunitarios de atención a la salud mental en los países con bajos ingresos, que son prácticamente ausentes entre las poblaciones socialmente desfavorecidas y marginadas de estos países, principalmente las que tienen más riesgo de terminar en las cárceles. Además, advierten de las violaciones de los derechos humanos entre las personas con problemas de salud mental durante el encarcelamiento, especialmente en el caso de la psicosis.

Una de las hipótesis más populares de la elevada prevalencia de problemas de salud mental en las cárceles es la relacionada con la llamada “ley Penrose” (Mundt - Konrad, 2019), basada en una correlación estadística negativa encontrada en un estudio de los años 30 (Penrose, 1939) sobre varios países europeos, entre camas en prisiones y en instituciones psiquiátricas (a más cárceles menos hospitales o viceversa). La formulación posterior de la hipótesis es sencilla: la eliminación de camas psiquiátricas durante las reformas de finales del pasado siglo originó un trasvase de pacientes desde los hospitales psiquiátricos a las cárceles. Una visión más sutil y razonable sugiere que el factor a considerar no es el cierre en sí de las antiguas instituciones sino la insuficiente financiación y dotación de los nuevos servicios de salud mental comunitaria que deberían haberlas sustituido (Winkler y cols., 2016). Sin embargo, como suele pasar con las teorías excesivamente reduccionistas, análisis más profundos de esta



relación la han refutado, no hallándola en un conjunto de 26 países europeos (Blüml y cols, 2015) o encontrándola solo en países en desarrollo (Large y Nielsen, 2009). Además, esta “ley”, utilizada frecuentemente por los detractores de las reformas psiquiátricas llevadas a cabo en Europa, ha sido criticada por fundamentarse en exceso en correlaciones y por diferentes problemas metodológicos (Prins, 2011; Kalapos, 2016). En definitiva, no existe un modelo explicativo que, teniendo en cuenta los matices de los distintos sistemas penitenciarios y de salud mental, pueda relacionar la disminución de las camas en hospitales psiquiátricos y el aumento de los trastornos psicológicos, especialmente los graves, en las cárceles (López y cols., 2021).

Aunque mantengamos serias reservas hacia esta hipótesis, debemos denunciar la débil financiación de nuestro sistema de salud mental en España. Déficit que será mucho más evidente tras el aumento de la incidencia de problemas de salud mental que se predice tras la crisis por COVID-19. Por ejemplo, según datos del Consejo General de Psicología, España tiene cuatro veces menos profesionales de la psicología en la sanidad pública que la media europea (4 por 100 000 habitantes frente a los 18 por 100 000 en Europa) (Defensor del Pueblo, 2020). De manera más general, se ha señalado una evidente e importante infradotación de las distintas categorías profesionales de nuestros servicios públicos de salud mental, si los comparamos con las tasas de otros países europeos con modelos de atención similares, incluso descontando el efecto de sus diferentes niveles de riqueza (López, 2021).

Otra de las hipótesis de la elevada prevalencia de los problemas de salud mental en los centros penitenciarios implica considerar que la delincuencia, especialmente los delitos más graves, se encuentra ligada de forma natural con los trastornos psicológicos graves. En definitiva, esta teoría implicaría explicar el delito y en particular la violencia mediante la enfermedad o el déficit mental. Por su relevancia, dedicaremos a esta hipótesis el siguiente apartado.

#### **4. Violencia y diagnóstico psiquiátrico**

La utilización de la enfermedad mental como explicación del crimen o de la violencia es característica de la modernidad. Foucault (1990) nos

describe cómo a lo largo del siglo XIX el discurso médico se extiende al ámbito legal y moral hasta el punto de convertirse en uno de los más privilegiados. No es extraño que en el siglo XIX la condena en prisión se consolide definitivamente como castigo legal y que el hospital psiquiátrico adquiriera las características que todos reconocemos hoy en día. De hecho, la explicación psiquiátrica de la violencia es muy natural. Ante un homicidio una de las primeras respuestas de carácter coloquial es la de “se ha vuelto loco”. Además, la violencia es uno de los rasgos más fuertemente asociados en el imaginario social a los trastornos psicológicos, especialmente a los graves, como la esquizofrenia. Todo ello a pesar de que se estima que no más del 10 % de los diversos tipos de violencia social pueden ser atribuibles a personas con problemas de salud mental (Walsh y cols., 2002). Además, es bien conocido que las personas diagnosticadas con trastornos mentales tienen más riesgo de ser víctimas de violencia que de ejercerla (López y cols., 2009). Por ello, este hecho es uno de los mayores obstáculos a la recuperación y a la rehabilitación de las personas con trastornos psicológicos, especialmente si han cumplido algún tipo de condena. Por estas razones el estudio de la asociación entre las conductas violentas y los trastornos psiquiátricos en el ámbito penitenciario tienen importantes repercusiones en salud pública.

Hasta los años 90 del pasado siglo, la mayoría de los estudios no encontraron relación entre el diagnóstico de TMG, como la esquizofrenia, y la violencia. Sin embargo, en las últimas décadas tanto estudios prospectivos como retrospectivos han hallado consistentemente un mayor riesgo de conductas violentas en muestras de personas diagnosticadas con esquizofrenia con *odds ratio* (OR) de 1 hasta 7 (Fazel y cols. 2009; Shaw y cols. 2012). No obstante, el riesgo de cometer actos de violencia en personas con diagnósticos concurrentes de esquizofrenia y abuso de sustancia no supera el riesgo que padecen aquellos con solo el diagnóstico de abuso (Fazel y cols. 2009; Wallace y cols., 2004).

Además, en un estudio con una muestra de 473 reclusos en centros penitenciarios andaluces, Saavedra y cols. (2017) halló que estar diagnosticado con algún trastorno psicótico presentaba un OR ajustado de 3.71;  $p = .046$ , pero que aun más fuerte era el riesgo de violencia para aquellos reclusos con bajo nivel educativo (OR =10.32;  $p = .029$ ). Por otra parte, en un estudio prospectivo y longitudinal con reclusos en el Reino Unido,

Keers y cols. (2014) concluyeron que solo los pacientes con esquizofrenia que no fueron tratados se asociaban con el riesgo de conductas violentas.

Halle y cols. (2020) también arrojan datos esperanzadores respecto a la relación entre la enfermedad mental y la peligrosidad, violencia y delincuencia. En su estudio con una muestra comunitaria donde el 47,1 % tenía un diagnóstico de salud mental, encontraron que no existía relación significativa en cuanto a la implicación en la violencia y la delincuencia entre quienes padecían un trastorno psicológico y quienes no ni entre determinados trastornos y delitos específicos. Estos resultados contradecían a gran parte de la literatura, ante lo cual los autores justificaron que normalmente los estudios en este campo se llevan a cabo con muestras de alto riesgo (pacientes psiquiátricos y reclusos), a diferencia de su muestra, de carácter comunitario. No obstante, los niveles de violencia hallados entre sus participantes fueron elevados, lo que llevó a pensar que quizá otros factores que ya habían sido propuestos en la literatura, como el bajo nivel socioeconómico, aumentan el riesgo de ejercer violencia más que el hecho de padecer un trastorno psiquiátrico. Así mismo, justificaron las diferencias entre sus resultados y los de otros estudios haciendo referencia a las diferentes conceptualizaciones y mediciones de las conductas violentas y agresivas entre unas investigaciones y otras.

En esta misma línea, Cashman y Thomas (2017) encontraron una débil asociación entre la delincuencia violenta y la enfermedad mental en población joven tras analizar las bases de datos con el historial de salud mental y delictivo de una muestra donde el 96 % presentaba historial criminal. Entre los jóvenes, que suele haber más riesgo de victimización, existió además una fuerte relación entre la victimización y la enfermedad mental, especialmente la victimización violenta. En relación con la victimización, Saavedra y López, (2013) hallaron en un estudio sobre las experiencias traumáticas y la psicosis que el 8.87 % de una muestra representativa de la población penitenciaria andaluza había sufrido al menos una experiencia traumática antes de los 16 años. Estos autores utilizaron la definición del DSM-IV de experiencia traumática. Es decir, cualquier evento caracterizado por peligro de muerte o de amenazas hacia su integridad física o la de otros, habiendo reaccionado subjetivamente con miedo intenso, desesperación u horror.

Como se puede observar, el estado de la cuestión es complejo y, hasta cierto punto, controvertido. No obstante, como Douglas y cols. (2009), Saavedra y cols. (20017) y Halle y cols. (2020) han señalado parece ser que variables de tipo sociodemográfico y metodológico están mediando la relación entre el diagnóstico de trastornos mentales y las conductas violentas. A nivel metodológico, el tipo de muestra en el cual se estudia la asociación entre violencia y trastornos psicológicos puede influir en su fuerza, no estando claro si las muestras comunitarias disminuyen (Halle y cols., 2020) o aumentan esa relación (Douglas y cols. 2009). También la forma de categorizar las conductas violentas o el procedimiento de diagnóstico pueden tener un papel relevante en los resultados de las investigaciones. Por otra parte, existen variables sociodemográficas y psicopatológicas que interaccionan con el diagnóstico en su asociación con las conductas violentas. Hemos visto que el nivel educativo y económico es un predictor de la violencia aún más fuerte que el diagnóstico en algunos estudios. El historial de abusos de sustancias o de trastornos psicológicos en la familia también ha sido señalado al respecto. En relación con la psicopatología, algunos estudios han sugerido que no solo es necesario considerar el diagnóstico, sino un tipo especial de síntomas positivos denominados “delirios de amenaza/control” ya que se han encontrado un efecto significativo mediador de estos en las conductas violentas (Swanson y cols., 2006).

Estos resultados apuntan a que la asociación entre diagnóstico psiquiátrico y la conducta violenta, ya sea en muestra comunitaria o institucionalizada, parece existir con un tamaño de efecto pequeño o mediano, pero, y esto es esencial, se encuentra imbricada con una serie de variables sociodemográficas como el bajo nivel económico o educativo en un contexto de marginalización. Quizás se esta red compleja de variables la que mejor explican la violencia y no de forma aislada las variables psicopatológicas. Además, debemos recordar con el objetivo de reducir el estigma asociado a las personas con trastornos psicológicos que estas tienen mucho más riesgo de ser víctimas de violencia que de cometerla (Cashman y Thomas, 2017; López y cols., 2009).

## **5. Conducta suicida en los centros penitenciarios**

Según la organización Mundial de la Salud, cada año se suicidan en el mundo 700 000 (OMS, 2021) personas. La tasa de suicidios en España

por 100 000 habitantes en el año 2018 fue de 7.76, todavía más baja que las de otros países de la Unión Europea como Reino Unido, 8.08, Alemania, 10.96, Países Bajos, 10.89, o Noruega, 12.71 (Ministerio de Sanidad de España, 2021). Sin embargo, en España el número de personas muertas por suicidio aumentó un 3,7 % en el año 2019 de acuerdo con el Instituto Español de Estadística (Confederación de Salud Mental España, 2021).

En uno de los estudios más rigurosos y objetivos sobre suicidio y prisiones, Fazel y cols. (2017) calcularon la tasa por 100 000 internos en las cárceles de numerosas naciones entre los años 2011 y 2013. En concreto, esta fue de 43 para España, 83 para Inglaterra y Gales, 81 para Alemania, 99 para Holanda, y 180 para Noruega. Como se puede comprobar la tasa de suicidio entre los internos penitenciarios multiplica en algunos casos por 15 la correspondiente a la población comunitaria. En el caso de España, la multiplica por 6.

La tasa de suicidios en las prisiones presenta dos características. La primera es que, en los países con mayor proporción de población encarcelada, por ejemplo los EE. UU., se encuentra menos tasa de suicidio por 100 000 internos, en este caso 23. Otra particularidad es que esta tasa respecto a la de la población comunitaria es mayor en mujeres que en hombres. Por ejemplo, si en España con un 95 % de intervalo de confianza los hombres tienen una tasa de suicidios en las cárceles respecto a la población comunitaria de 3.7, en mujeres hallamos un 8.7. Es decir, hay mucha más diferencia entre las tasas de suicidio en la comunidad y en las prisiones en las mujeres que en los hombres (Fazel y cols., 2017). En un estudio clásico sobre 95 casos de suicidio en las cárceles holandesas, Blaauw y cols. (2005) hallaron que las variables que mejor explicaban la conducta suicida eran las sociodemográficas como tener más de 40 años y la falta de un hogar, las variables de tipo psicopatológico como la historia de abuso de drogas y de tratamiento psiquiátrico, y las variables legales, por ejemplo, el encarcelamiento previo y la condena por delito violento. Estas variables lograban predecir el 82 % de los suicidios cometidos en la población penitenciaria holandesa con un 0.82 de especificidad. En cualquier caso, además de las variables sociodemográficas y legales, todos los estudios en el medio penitenciario destacan que las variables de tipo psicopatológico son esenciales para predecir la conducta suicida (Arsenault-Lapierre y cols., 2004; Negredo y cols., 2011; Ruiz-Pérez y de Labry-Lima, 2006; Saavedra y López, 2015).

Un estudio en población condenada masculina en centros penitenciarios andaluces confirma la relevancia de las variables psicopatológicas (Saavedra y López, 2015). El análisis de una muestra representativa de 473 internos arrojó que el 33.5 % de la población se encontraba en riesgo de cometer suicidio. Los diagnósticos (prevalencia vida) que mejor explicaban haber cometido un intento suicida fueron los siguientes: trastornos afectivos (OR ajustado 2,733), trastornos de personalidad (OR ajustado 3,115) y trastornos de ansiedad (OR ajustado 1,834), junto con los antepsiquiátricos familiares (OR ajustado 1,630). Estas fueron las variables que se conservaron en el modelo del análisis de regresión final. Aunque teniendo solo en cuenta los OR crudos, disfrutar de pareja y el ser inmigrante funcionaron como factor de protección. Así, en contra de algunos estudios descritos anteriormente, ninguna variable sociodemográfica o legal resistió la entrada de las variables psicopatológicas en el análisis de regresión.

La evidente influencia de las variables psicopatológicas en la conducta suicida y su alta prevalencia en el medio penitenciario, como hemos visto en el apartado anterior, requieren que los internos sean correctamente diagnosticados *in situ*, ya sea por recursos sanitarios normalizados o por servicios psiquiátricos especializados en los centros penitenciarios. Los diagnósticos e información clínica anteriores podrían ser útiles pero insuficientes. De igual modo, es necesario el tratamiento de los trastornos psicopatológicos por equipos profesionales de salud mental durante los internamientos.

## **6. A modo de conclusión: consecuencias y propuestas de intervención**

Aunque los resultados que señalan una mayor prevalencia de los trastornos psicológicos en las cárceles que en la población comunitaria son consistentes, hay que advertir de problemas relevantes metodológicos que nos obligan a ser cautos en su interpretación. Por una parte, el uso de cuestionarios autocumplimentados para evaluar a los internos es muy cuestionable y puede conllevar múltiples sesgos. De forma parecida, el uso de entrevistas diagnósticas breves como el MINI-entrevista neuropsiquiátrica, muy utilizada en este ámbito, en vez de entrevistas diagnósticas exhaustivas, puede derivar en una sobreestimación de los diagnósticos,

especialmente de los trastornos de personalidad. De hecho, normalmente, los estudios realizados mediante entrevistas diagnósticas por psicólogos clínicos o psiquiatras entrenados para ello arrojan datos de prevalencia más reducidos (Fazel y cols., 2016) que aquellos que utilizan procedimientos menos rigurosos. Además, las altas prevalencias en trastornos de personalidad pueden estar causadas esencialmente por trastornos como el de conducta antisocial. Algunos de los criterios que definen este diagnóstico, por ejemplo, el incumplimiento de reglas y normas, son de carácter tautológico si lo aplicamos a las personas encarceladas. De esta forma estaríamos psicologizando conductas que estarían relacionadas con factores sociales económicos e incluso políticos que son más difíciles de estudiar.

Por otra parte, dejando aparte los problemas diagnósticos, la conceptualización de lo que se entiende por violencia o como se categorizan los delitos puede variar de una legislación a otra o de un estudio a otro, por lo que hay que ser muy cauto con las comparaciones. No obstante, se han hecho metaanálisis en este campo muy rigurosos (Favril y cols., 2020; Fazel y Danesh, 2002; Fazel y cols., 2017; Fazel y Seewald, 2012).

El debate sobre las causas de esta elevada prevalencia sigue abierto y dos hipótesis compatibles son las más relevantes. Por una parte, es lógico pensar que el entorno penitenciario es muy estresante, especialmente para los internos preventivos que todavía no se han adaptado, y que facilitaría la aparición de diferentes trastornos, especialmente de carácter ansioso-depresivo y adaptativo. No obstante, en un estudio prospectivo realizado en prisiones inglesas se halló que los síntomas de depresión disminuían en los meses siguientes a la llegada a prisión, pero los síntomas psicóticos permanecían estables. Aunque el estudio no tenía la potencia suficiente para realizar diagnósticos psiquiátricos, sugirió que el estrés sufrido al ingreso en prisión no son las únicas explicaciones de las altas tasas de trastornos mentales. En la misma línea, los datos de autoinforme de una encuesta nacional de presos australianos revelaron que alrededor de la mitad de los entrevistados declararon que su salud mental había mejorado durante su encarcelamiento (Fazel y cols., 2016).

Por otra parte, es posible pensar que aquellos que terminan recluidos en las prisiones padecen con más probabilidad trastornos mentales. Es decir, la cárcel importa las personas con trastornos mentales. Esta hipótesis sería secundada por aquellos que defienden la asociación entre violencia

y trastorno mental y también serviría de fundamento a los seguidores de la hipótesis “Penrose”. Es decir, la disminución de las camas psiquiátricas implica directamente una subida de los trastornos mentales en las cárceles. La psicologización de la violencia puede resultar muy atractiva ya que aporta una explicación simple que deja orillados los factores sociales, económicos y políticos, mucho más incómodos para nuestros gestores. Además, tranquiliza nuestras conciencias al separar en compartimentos estancos aquellas personas con problemas de salud mental y en riesgo de cometer actos violentos, y las personas supuestamente sanas y libres de cualquier riesgo. Sin embargo, lo que nos señala la investigación es que las variables psicológicas, entre las cuales incluimos los trastornos psicológicos, se imbrican en factores como los estilos de vida, nivel educativo, estatus social, eventos traumáticos vitales, recursos sociosanitarios, etc., cuando las estudiamos en relación con la violencia.

Además de la alta tasa de suicidios, una consecuencia muy preocupante de la elevada prevalencia de trastornos psicológicos en los centros penitenciarios son las autoagresiones (Favril y cols. 2020; Fazel y cols. 2016) y la victimización (Fazel y cols., 2016). Nos ocupamos brevemente de la segunda. Como hemos indicado anteriormente las personas con trastornos mentales graves padecen un riesgo elevado de sufrir violencia dentro y fuera de la cárcel, aunque en esta última ese riesgo se eleva. En un extenso estudio con más de 7000 internos en cárceles estatales en los EE. UU., se encontró que 1 de 12 hombres internos con trastornos mentales informó al menos de un incidente de abuso sexual por otro recluso (en el caso de reclusos sin problemas mentales la proporción era de 1 entre 33). Además, este riesgo era tres veces superior en las mujeres con trastornos psicológicos (Blitz y cols. 2008). Padecer trastornos mentales también incrementa el riesgo de sufrir agresiones físicas en las cárceles, en concreto de acuerdo con Teplin y cols. (2005), 1.6 veces más que los internos sin trastorno por parte de un compañero y 1.2 veces por parte de un profesional. De nuevo, las mujeres con problemas mentales tenían más riesgo que los hombres. Estos resultados son esenciales para enfrentarse a la imagen social de las personas con trastornos psicológicos como violentas, una de las características más persistentes del estigma en salud mental. De hecho, estos datos nos demuestran que las personas con trastorno mentales en los centros



penitenciarios, pero también en la comunidad, son más víctimas que perpetradores (Eisemberg, 2005).

En cuanto a las posibles intervenciones en el medio penitenciario para enfrentarse a esta alta prevalencia y a los problemas que conlleva, es evidente que es necesario mejorar la atención sanitaria en las cárceles, especialmente la psicológica, desde la identificación de los trastornos hasta su tratamiento (Forrester y cols. 2018). Y esto solo es posible hacerlo en coordinación con los servicios sanitarios públicos. Es evidente que ambas instituciones tienen objetivos diferentes que no se deben confundir, pero ambas tienen responsabilidades sobre estas personas.

Es esencial, cuidar la atención sanitaria y social de aquellas personas con trastornos psicológicos que abandonan las cárceles para evitar recaídas. La continuidad de cuidados debe ser garantizada con un seguimiento de profesionales de ambas instituciones.

También, es necesario que en nuestro país se establezca un procedimiento sistemático de obtención de datos preciso, especialmente de la población femenina. Tal y como López y cols. (2021) afirman:

“...necesitamos completar la información sobre las prisiones ordinarias y los hospitales psiquiátricos penitenciarios, con datos más precisos y representativos e incluyendo a las mujeres. Pero también sobre las trayectorias anteriores y posteriores a la llegada y salida de las instituciones, completando el perfil de esa “carrera penal” y situándola en el contexto más amplio de las poblaciones generales encarceladas...”

Este es un campo de trabajo idóneo para la innovación social y sanitaria. Por ejemplo, mediante programas de formación específicos a profesionales de las cárceles, fuerzas de seguridad, personal administrativo, funcionarios de prisiones, pero también a operadores jurídicos como abogados o jueces. Por parte sanitaria, sería conveniente que los profesionales que se coordinen con los centros penitenciarios tengan formación forense y que conozca este medio.

Programas de supervisión de internos en riesgo han sido exitosos. En Inglaterra y en Gales se implementó una estrategia nacional de evaluación del riesgo de suicidio en las cárceles que, al menos, en los primeros 10 años desde su nacimiento redujo notablemente los suicidios (Fazel y cols., 2016). En nuestro país, la implementación del Programa Marco de

Prevención de Suicidios en los Centros Penitenciarios, programa regulado por la instrucción 14/2005, redujo la tasa de suicidios en la década 2000–2010.

La creación de nuevos espacios de control y atención psiquiátrica diferentes del clásico hospital psiquiátrico penitenciario o de los módulos especiales de tratamiento de las cárceles es discutible, pero muy interesante. Estos recursos serían unidades de pequeño tamaño, mixtas, que agruparan personal de instituciones penitenciarias y sanitarias, dedicadas a la atención de todas las personas en los cuales sea necesaria su “recuperación personal” y su “control social” (López y cols., 2021).

Además, y más allá de todas las medidas de carácter clínico o sanitario, cualquier medida de carácter psicosocial en el ámbito de la prevención o la promoción de la salud que mejore la calidad de vida de los internos, y que favorezca el desistimiento del delito mediante la reflexión crítica, como las que se proponen en este volumen, pueden tener un impacto positivo. En cualquier caso y de acuerdo con nuestros comentarios anteriores, todas las intervenciones deben ser adecuadamente evaluadas.

## Referencias

- Andersen, H.S. (2004): “Mental health in prison populations. A review—with special emphasis on a study of Danish prisoners on remand”, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 424, pp. 5–59. [https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2004.00436\\_2.x](https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2004.00436_2.x). último acceso 12 de diciembre 2021.
- Arboleda-Flórez, J. (2004): “On the evolution of mental health systems”, *Current Opinion in Psychiatry*, 17(5), pp. 377–380. <https://doi.org/10.1097/01.yco.0000139973.37566.3b>
- Arsenault-Lapierre, G., Kim, .C, y Turecki, G. (2004): “Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: A metaanalysis”, *BMC Psychiatry*, 4(37). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-4-37>
- Baranyi, G., Scholl, C., Fazal, S., Patel, V., Priebe, S., y Mundt, A. P. (2019): “Severe mental illness and substance use disorders in prisoners in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis of prevalence studies”, *The Lancet Global Health*, 7(4), pp. 461–471. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30539-4](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30539-4)
- Blaauw, E., Kerkhof, F. M., y Hayes, L. M. (2005): “Demographic, Criminal, and Psychiatric Factors Related to Inmate Suicide”, *Suicide and*

- Life-Threatening Behavior*, 35(1), pp. 63–75. <https://doi.org/10.1521/suli.35.1.63.59268>.
- Blitz, C. L., Wolff, N., y Shi, J. (2008): “Physical victimization in prison: the role of mental illness”, *International Journal of Law and Psychiatry*, 31, pp. 385–93
- Blüml, V., Waldhor, T., Kapusta, N.D., Vyssoki, B. (2015): “Psychiatric hospital bed numbers and prison population sizes in 26 European countries: a critical reconsideration of the Penrose hypothesis”, *PLoS ONE*, 10(11), e0142163. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0142163>
- Cashman, E. L., y Thomas, S. D. M. (2017): “Does Mental Illness Impact the Incidence of Crime and Victimisation among Young People?”, *Psychiatry, Psychology and Law*, 24(1), pp. 33–46. <https://doi.org/10.1080/13218719.2016.1195476>
- Confederación de Salud Mental España (2021): “Las muertes por suicidio crecen un 3,7% en España según las últimas cifras del INE”. Disponible online en <https://consaludmental.org/sala-prensa/muertes-suicidio-crecen-espana-ine/>, último acceso 1 de marzo de 2022.
- Defensor del Pueblo (2020): “El defensor del pueblo recomienda al gobierno y las CCAA incrementar la asistencia psicológica en el sistema nacional de salud”. Disponible online en <https://www.defensordelpueblo.es/noticias/salud-mental/>, último acceso 1 de marzo de 2022.
- Douglas K. S., Guy L. S., y Hart S. D. (2009): “Psychosis as a risk factor for violence to others: A meta-analysis”, *Psychological Bulletin*, 135(5), pp. 679–706. <https://doi.org/10.1037/a0016311>.
- Eisenberg, L. (2005): “Violence and the mentally ill victims, not perpetrators”, *Archive General of Psychiatry*, 62, pp. 825–826.
- ESEMeD (2004): “MHEDEA 2000 Investigators . Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project”, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 420, pp. 21–27.
- Favril, L., O’Connor, R. C., Hawton, K., y Vander Laenen, F. (2020): “Factors associated with the transition from suicidal ideation to suicide attempt in prison”, *European Psychiatry*, 63(1), pp. e101, 1–7 <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.101>.
- Fazel, S., y Danesh, J. (2002): “Serious mental disorder in 23.000 prisoners: a systematic review of 62 surveys”, *Lancet*, 359(9306), pp. 545–550.

- Fazel S., Gulati G., Linsell L., Geddes J. R., y Grann M. (2009): “Schizophrenia and violence: Systematic review and meta-analysis” *PLoS Medicine*, 6(8), e1000120. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000120>
- Fazel, S., Yoon, I.A., y Hayes, A.J. (2017): “Substance use disorders in prisoners: an updated systematic review and meta-regression analysis in recently incarcerated men and women”, *Addiction*, 112(19), pp. 1725–1739. <https://doi.org/10.1111/add.13877>
- Fazel S., y Seewald, K. (2012): “Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: Systematic review and meta-regression analysis”, *The British Journal of Psychiatry*, 200(5), pp. 364–373. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.096370>
- Fazel, S., Hayes, A. J., Bartellas, K., Clerici, M., y Trestman, R. (2016): “Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions”, *The Lancet Psychiatry*, 3(9), pp. 871–881. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30142-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30142-0)
- Forrester, A., Till, A., Simpson, A., y Shaw, J. (2018): “Mental illness and the provision of mental health services in prisons”, *British Medical Bulletin*, 127, pp. 101–109. doi: 10.1093/bmb/ldy027.
- Foucault, M. (1990): *La vida de los hombres infames*. Ediciones de La Piqueta, Madrid.
- Halle, C., Tzani-Pepelasi, C., Pylarinou, N. R., y Fumagalli, A. (2020): “The link between mental health, crime and violence”, *New Ideas in Psychology*, 58 (100779). <https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2020.100779>
- Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., Codony, M., Dolz, M., y Alonso, J. (2006): “Prevalencia de trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMEd-España”, *Medicina Clínica*, 126(12), pp. 445–451. <https://doi.org/10.1157/13086324>
- Kalapos, M. P. (2016): “Penrose’s law: methodological challenges and call for data”, *International Journal of Law and Psychiatry*, 49(Pt A), pp. 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2016.04.006>
- Keers, R., Ullrich, S., DeStavola, B. L., y Coid, J. W. (2014): “Association of violence with emergence of persecutory delusions in untreated schizophrenia”, *American Journal of Psychiatry*, 171(3), pp. 332–339. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13010134>

- Large M, y Nielsen O. (2009): “The Penrose hypothesis in 2004: patient and prisoners numbers are positively correlated in low-and-middle income countries but are unrelated in high-income countries”, *Psychology and psychotherapy*, 82( Pt 1), pp. 113–119. <https://doi.org/10.1348/147608308X320099>
- López M. (2021). *Mirando atrás para seguir avanzando. Una reflexión sobre el pasado y el presente de la atención en salud mental*, Herder: Barcelona.
- López M, Laviana M., y López A. (2009): “Estigma social, violencia y personas con trastornos mentales graves”, en Markez, I., Fernández, A., y Pérez, P. (Coord.). *Violencia y salud mental. Salud mental y violencias institucional, estructural, social y colectiva*, AEN, Madrid.
- López, M., Laviana, M., Saavedra, F. J., y López, A. (2021): “Problemas de salud mental en población penitenciaria. Un enfoque de Salud Pública”, *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*.
- López, M., Saavedra, F. J., López, A., y Laviana, M. (2016): “Prevalencia de problemas de salud mental en varones que cumplen condena en centros penitenciarios de Andalucía (España)”, *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 18(3), pp. 76–85.
- Ministerio de Sanidad de España (2021): “Notas de prensa. Sanidad publica un documento de recomendaciones a los medios de comunicación para las informaciones sobre las conductas suicidas”. Disponible online en <https://www.msbs.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=5006>, último acceso, 1 de marzo de 2022.
- Mundt ,A. P., y Konrad, N. (2019). “Institutionalization, deinstitutionalization, and the Penrose hypothesis”. en Javed A., y Fountoulakis, K.N. (eds.). *Advances in Psychiatry*, Springer International Publishing, Scham, pp 187-196.. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-70554-5\\_winkler](https://doi.org/10.1007/978-3-319-70554-5_winkler)
- Narrow, W. E., Rae, D. S., Robins, L. N., y Regier, D. A. (2002): “Revised prevalence estimates of mental disorders in the United States: using a clinical significance criterion to reconcile 2 surveys’ estimates”, *Archives of General Psychiatry*, 59(2), pp. 115–123. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.59.2.115>
- Negredo, L., Melis, F., y Herrero, O. (2011): *Factores de riesgo de la conducta suicida en internos con trastorno mental grave* Ministerio del Interior, Madrid.

- OMS (2021): “Suicidio”, Disponible online en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>, último acceso 1 de marzo de 2022.
- Penrose, L.S. (1939): “Mental disease and crime: outline of a comparative study of European statistics”, *British Journal of Medical Psychology*, 18, pp. 1–15. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1939.tb00704.x>
- Prins, S. J. (2011): “Does transinstitutionalization explain the overrepresentation of people with serious mental illnesses in the criminal justice system?”, *Community Mental Health Journal*, 47(6), pp. 716–722. <https://doi.org/10.1007/s10597-011-9420-y>
- Ruiz-Pérez, I., y de Labry-Lima, A. O. (2006): “El Suicidio en la España de Hoy”, *Gaceta Sanitaria*, 20 (Supl. 1), pp. 25–31. <https://doi.org/10.1157/13086023>
- Saavedra, J., y López, M. (2013): “Association Between Traumatic Experiences and Psychosis Among Incarcerated Men”, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(9), pp. 773–779. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182a21488>
- Saavedra, J. y López, M. (2015): “Riesgo de suicidio de hombres internos con condena en centros penitenciarios”, *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 8(4), pp. 224–231 <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2013.07.004>
- Saavedra, J., López, L., y Trigo, E. (2017): “Association between Violent Crime and Psychosis in Men Serving Prison Terms”, *The Spanish Journal of Psychology*, 20 (e30), pp. 1–11. <https://doi.org/10.1017/sjp.2017.27>
- Shaw J., Senior J., Stevenson C., Lennox C., y Short V. (2012): “Mental illness, personality disorder and violence: A scoping review”, Offender Health Research Network Website. Disponible online en <http://www.ohrn.nhs.uk/OHRNResearch/MIviolence.pdf>, ultimo acceso 1 de marzo de 2022.
- Swanson, J., Swartz, M., van Dorn, R., Elbogen, E., Wagner, H. R., Rosenheck R., Stroup, T. S., McEvoy, J. P., y Lieberman, A. (2006): “A national study of violent behavior in persons with schizophrenia”, *Archives of General Psychiatry*, 63(85), pp. 490–499. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.5.490>
- Teplin, L.A., McClelland, G.M., Abram, K.M., y Weiner, D.A. (2005): “Crime victimization in adults with severe mental illness: comparison with the National Crime Victimization Survey”, *Archives of General Psychiatry*, 62(8), pp. 911–21. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.8.911>

- Vicens, E., Tort, V., Dueñas, R.M., Muro, A., Pérez-Arnau, F., Arroyo, J.M., Acín, E., De Vicente, A., Guerrero, R., Lluch, J., Planella, R., Sarda, P. (2011): “The prevalence of mental disorders in Spanish prisons”, *Criminal Behaviour and Mental Health*, 21(5), pp. 321–32. <https://doi.org/10.1002/cbm.815>
- VV. AA. (2020): *Anuario Estadístico. Ministerio del Interior. Catálogo de Publicaciones de la Administración General del Estado*. Disponible online en <http://www.interior.gob.es/documents/642317/1204854/Anuario+Estad%C3%ADstico+del+Ministerio+del+Interior+2019/81537fe0-6aef-437a-8aac-81f1bf83af1a>, último acceso 1 de marzo de 2022.
- Wallace, C., Mullen, P., y Burgess, P. (2004): “Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders”, *American Journal of Psychiatry*, 161(4), pp. 716–727. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.4.716>
- Walsh, E., Buchanan, A., y Fahy, T. (2002): “Violence and schizophrenia: Examining the evidence”, *The British Journal of Psychiatry*, 180(6), pp. 490–495. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.6.490>
- Winkler, O., Barrett B., McCrone, P., Csémy, L., Janousková, M., y Höschl, C. (2016): “Deinstitutionalized patients, homelessness, and imprisonment: systematic review”, *The British Journal of Psychiatry*, 208(5), pp. 421–428. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.161943>
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercker, A., van Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R., y Steinhausen, H. C. (2011): “The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010”, *European neuropsychopharmacology: the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 21(9), pp. 635–679. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.07.018>
- Zabala-Baños, M.C., Segura, A., Maestre-Miquel, C., Martínez-Lorca, M., Rodríguez-Martín, B., Romero-Ayuso, D., y Rodríguez, M. (2016): “Mental disorder prevalence and associated risk factors in three prisons of Spain” *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 18(1), pp. 13–23. <https://dx.doi.org/10.4321/S1575-06202016000100003>