



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Facultat de Dret

Tesis de Máster

La incidencia de los problemas de Salud Mental en la población penitenciaria española y la respuesta de la Administración a esta realidad

Máster en

Criminología, Política Criminal y Sociología Jurídico-Penal

Tutor: Madrid Pérez, Antonio

Valbuena-Cossío, Raúl

2020/2021

Resumen

El objeto de este trabajo es contextualizar la realidad penitenciaria en materia de salud mental. Para ello se ha realizado una revisión de literatura internacional y nacional sobre la prevalencia de problemas mentales de la población carcelaria, además de analizarse los factores de riesgo y de protección que afectan a la salud mental y la atención y evaluación sanitaria en el contexto penitenciario español.

Por un lado, la literatura analizada muestra una mayor prevalencia de enfermedades mentales en los reclusos (entre el 63,3% y el 84,4%) respecto a la población general (33,5%). Además, se ha encontrado variabilidad en la prevalencia de determinados trastornos entre las mujeres y los hombres en prisión, siendo el trastorno de ansiedad el más prevalente en mujeres y el trastorno antisocial de la personalidad el más frecuente en hombres. En general en el contexto español destacan el trastorno por consumo de sustancias, el trastorno de ansiedad, los trastornos del ánimo, los trastornos de personalidad y los psicóticos.

Los factores de riesgo y de protección aquí analizados constituyen variables que pueden aportar beneficios muy amplios si la Administración Penitenciaria consigue minimizarlos y potenciarlos respectivamente desde un adecuado abordaje sanitario-penitenciario.

Palabras clave: salud mental, prisión, prevalencia, trastornos mentales, factores de riesgo, factores de protección, servicio de salud penitenciaria, asistencia sanitaria penitenciaria.

Abstract

The purpose of this work is to contextualize the prison reality in terms of mental health. To this aim, international and national bibliography has been reviewed. The analysed factors include the prevalence of mental problems in the prison population, the risk and protective factors that affect mental health as well as health care and health care evaluation in the Spanish prison context.

The review shows a higher prevalence of mental illnesses in inmates (between 63.3% and 84.4%) compared to the general population (33.5%). Variability has been found in the prevalence of certain disorders between women and men in prison, anxiety disorder being the most prevalent in women compared to the antisocial personality disorder in men. In general, the most problematic pathologies among the Spanish prison population are substance use disorder, anxiety disorder, mood disorders, personality disorders and psychotic disorders.

The present work highlights factors that can be used for ameliorating mental health in prison. More concretely, it identifies risk and protective factors that can be minimized or promoted to ensure an adequate care. The Penitentiary Administration has a crucial role here, as including those factors in their programs could improve the sanitary-prison approach for mental illness.

Keywords: mental health, prison, prevalence of mental disorders, risk factors, protective factors, prison health service, prison health care.

Índice

Resumen	1
Abstract	1
1. Introducción	3
2. Delimitación del trabajo de investigación	5
2.1. Objeto de estudio	5
2.2. Preguntas de investigación e hipótesis	5
2.3. Objetivos	5
3. Fundamentos teóricos	6
3.1. La Salud Mental en el contexto penitenciario.....	6
3.1.1. Concepto de Salud Mental.....	6
3.1.2. Concepto de Trastornos Mentales	9
3.2. Prevalencia de trastornos mentales en la población penitenciaria	13
3.2.1. Introducción.....	13
3.2.2. Estudios internacionales.....	14
3.2.3. Conclusiones.....	29
3.2.4. Estudios nacionales.....	32
3.2.5. Conclusiones.....	41
3.3. Factores que inciden sobre la salud mental.....	43
3.3.1. Introducción.....	43
3.3.2. Estresores (factores de riesgo).....	44
3.3.3. Recursos (factores protectores).....	49
3.3.4. Conclusiones.....	52
3.4. Atención y evaluación de la salud mental en prisión	53
3.4.1. Introducción.....	53
3.4.2. Atención y evaluación sanitaria en el contexto penitenciario español	54
3.4.3. Conclusiones.....	62
4. Conclusiones y reflexiones finales.....	64
5. Referencias bibliográficas.....	69

1. Introducción

El estudio de la salud mental constituye en sí mismo un aspecto vital en el bienestar de las personas que ha estado relegado a un segundo plano, tras el estigma y la discriminación. Es en las últimas décadas cuando ha cobrado una mayor relevancia, haciéndose consciente la carga y potencial que supone para el progreso social. Asimismo, los estudios encargados de investigar la salud mental son necesarios para obtener datos relevantes sobre la prevalencia de los problemas mentales y su repercusión, las necesidades de las personas afectadas, y que todo ello sea utilizado en la elaboración de políticas públicas de salud, convergiendo en el desarrollo de una atención sanitaria y social, digna y necesaria (Gabilondo Cuéllar, 2011; Vicens et al., 2011).

En 1959 en el Octavo Informe del Comité de Expertos en Salud Mental, P. M. Kaul, Subdirector General de la Organización Mundial de la Salud (OMS), recalcó la necesidad de alcanzar un conocimiento mucho más fidedigno sobre la prevalencia, incidencia y etiología de los trastornos mentales para la eficacia de su prevención. Presupuestos que han sido llevados a cabo hasta el momento con el fin de adecuar las políticas públicas sanitarias a las necesidades de las personas con patologías mentales.

Las investigaciones que se han elaborado en base a la población general no pueden ser extrapoladas a la realidad penitenciaria, a esta población. Es debido a las sustanciales diferencias en las variables ambientales, personales y sociodemográficas, así como tampoco de un país a otro por la disparidad entre sus culturas, políticas y sistemas. Sin embargo, no deja de ser de interés las investigaciones desarrolladas en otros contextos, más aún cuando en España los estudios han sido más bien escasos y locales. Según se destaca en la investigación de Vicens et al. (2011), una de las investigaciones más completas hasta la fecha en España (el estudio PreCA¹), estudio epidemiológico encargado de estimar la prevalencia de la población penitenciaria con trastornos mentales, determina que esta es del 84,4% y que el trastorno por abuso o dependencia de sustancias es el más prevalente con una tasa del 76,2%. Además, esta población muestra una prevalencia de al menos 5 veces superior en comparación con la población general (Zabala-Baños et al., 2016).

Los problemas o afecciones de la salud mental afectan a la sociedad en su conjunto y no solo a un individuo o a un grupo aislado de la misma. Es por ello por lo que constituye un desafío importante para el progreso y desarrollo de la sociedad. Como en otros ámbitos el riesgo es mayor en determinados grupos, como las personas más pobres,

¹ Prevalencia de trastornos en cárceles.

sin hogar, desempleadas, víctimas de violencia, migrantes y refugiadas, ancianas, mujeres maltratadas...(Organización Mundial de la Salud, 2004). En particular, las tasas de prevalencia de trastornos psicóticos entre la población carcelaria de países con ingresos medios y bajos son más altas que en los de ingresos más altos (el 5,5% frente al 3,5% de los países de ingresos altos (Fazel & Seewald, 2012)).

Las personas internas en los centros penitenciarios también suponen un grupo de riesgo por su especial condición. Hay que contemplar los efectos del encarcelamiento porque, obviamente, en muchos aspectos estas personas tienen mayores dificultades que la población en general a la hora de realizar o desarrollar sus habilidades, afrontar el estrés, trabajar, contribuir con la comunidad, autorrealizarse, etc.

El objeto de este estudio es contextualizar la realidad penitenciaria en materia de salud mental, de forma que, a través del conocimiento de la prevalencia de problemas mentales de la población carcelaria, junto con el análisis de los factores de riesgo y de protección que inciden en la salud mental y de la atención sanitaria y evaluación psicológica de los servicios de salud de la Administración penitenciaria, atisben un poco de luz a esta realidad.

Respecto a la consecución del objeto, resulta crucial conocer cómo la Administración Penitenciaria vela por minimizar los efectos de la cárcel y los recursos que emplea para la atención sanitaria de los reclusos. Necesariamente se tiene que concebir la salud mental bajo una filosofía “positiva” de manera que los servicios de salud penitenciarios estén enfocados en la detección precoz de enfermedades mentales, en la recuperación de las patologías sufridas por la enfermedad y el mantenimiento de la salud del individuo. Esta es la línea de actuación, pero ello supone a la Administración una mayor implicación para garantizar unos mismos niveles de bienestar equiparados a los que se encuentran la comunidad. El entretenimiento, las responsabilidades, el ocio, el trabajo y el estudio, los programas educacionales y terapéuticos, y todas aquellas actividades que promocionen la salud mental han de ser desarrolladas con el fin de que la población penitenciaria goce de buena salud.

El presente estudio nace dentro de este contexto con la pretensión de contribuir a incrementar el conocimiento de la incidencia de los problemas mentales y de la propia vivencia carcelaria en el estado de salud mental de las personas privadas de libertad en centros penitenciarios, así como la respuesta que se da a este problema desde la Administración. De modo que contribuya tanto a comprender mejor la realidad de estas personas como en una mejor planificación y optimización de los servicios y recursos de salud en la prisión (Hodgins & Müller-Isberner, 2004).

2. Delimitación del trabajo de investigación

2.1. Objeto de estudio

El objeto de estudio es la realización de un análisis sobre “la incidencia de problemas mentales de la población penitenciaria y de la respuesta de la Administración a esta realidad” en la actualidad en España.

2.2. Preguntas de investigación e hipótesis

- ¿Cómo se ve puede ver deteriorada la salud mental de las personas privadas de libertad?
- ¿Hasta qué punto la pena privativa de libertad (o la propia Institución Penitenciaria) es de ayuda o es perjudicial o es inocua para la salud mental de las personas internas?
- ¿Las políticas seguidas son eficaces para atender los problemas de salud mental?
- ¿Qué recursos dedica la Administración en sus servicios de salud?

Las hipótesis que se barajan en el estudio son que,

- La Administración penitenciaria no atiende suficientemente la salud mental y física de las personas que hay internas.
- El contexto penitenciario no es el espacio más adecuado para tratar adecuadamente a las personas con enfermedades mentales.
- La salud mental de las personas privadas de libertad se deteriora con el paso del tiempo dentro de la Institución.

2.3. Objetivos

Objetivo general

Analizar la prevalencia de problemas mentales de la población penitenciaria, los factores de riesgo y de protección que inciden en la salud mental y la atención sanitaria y la evaluación psicológica proporcionada por la Administración penitenciaria.

Objetivos específicos

- Determinar cuáles son las principales dificultades para garantizar y proteger la salud mental de los internos.
- Determinar el efecto de la cárcel en la salud mental de las personas internas en ella.

3. Fundamentos teóricos

3.1. La Salud Mental en el contexto penitenciario

El concepto contemporáneo de salud mental auspicia la vertiente positiva de salud mental, la prevención y promoción, rompiendo con la consideración de que la salud mental tratase meramente de la ausencia de enfermedad.

Bajo esta perspectiva, las organizaciones oficiales y distintos países han implementado y regulado sus políticas y normativas en materia de salud. Sin embargo, en lo referente a la salud mental la realidad no es sino otra, priorizándose el tratamiento y la rehabilitación en la práctica.

3.1.1. Concepto de Salud Mental

El concepto de salud mental es ambiguo. En cierta manera porque queda englobado dentro de otro concepto, el de “salud”, el cual de por sí es amplio. Por ello se han formulado diferentes interpretaciones, unas más concretas y otras bastante menos cerradas. Entonces, dada la imprecisión del concepto y su naturaleza polisémica, es conveniente abordarlo bajo una perspectiva histórica. De manera que este recorrido amplíe la mirada al concepto, porque la salud mental no se trata únicamente de la “ausencia de enfermedades mentales” sino que es una concepción holística.

A lo largo de la historia se encuentran referencias sobre la salud mental como “estado”, pero no es hasta 1946 cuando se hace referencia como “disciplina” (Bertolote, 2008). Previamente, era la “higiene mental” (disciplina y movimiento por la promoción de la salud) la encargada del desarrollo y promoción de actividades que favoreciesen la salud mental, la cual se centraba en la comunidad global y en la necesidad de la prevención más que de la curación individual. En 1937, el “*National Comitee for Mental Hygiene*”, estableció la consecución de sus objetivos a través de las siguientes medidas: (I) procurar un diagnóstico y tratamiento precoz; (II) desarrollar una hospitalización óptima; (III) estimular la investigación; (IV) afianzar la comprensión y el apoyo público sobre actividades de psiquiatría e higiene mental; (V) instruir a las personas y al personal los principios de higiene mental; y (VI) cooperar con organismos privados y gubernamentales en el campo de la higiene mental (Bertolote, 2008).

Por el contrario, tras la creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1948 y el I Congreso Internacional de Salud Mental se conceptúa y define la salud mental: condición que permite a la persona alcanzar un estándar satisfactorio individual y social; sometida a fluctuaciones tanto biológicas como sociales, e impregnada, además, en las relaciones y en la implicación de la propia persona en su entorno social y físico (Bertolote, 2008). También se establece en el preámbulo de su Constitución que “la

salud mental es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Organización Mundial de la Salud, 2006, p. 1).

Sin embargo, este concepto desde sus inicios ha generado algo de controversia y en ocasiones se ha utilizado indiscriminadamente ambos conceptos, el de “higiene mental” y el de “salud mental”. A pesar de que la OMS cuente con una sección dedicada en exclusiva a la salud mental (a petición de sus Estados miembros) es tal el uso indistinto, que el propio informe primero del director general de la OMS se refirió en inglés a una sección denominada “*Mental Health*” y al mismo tiempo su versión en francés se refería “*Hygiène Mentale*”(Bertolote, 2008). No es hasta bien entrada la década de los 60’ cuando se asienta el concepto de salud mental.

Como se ha adelantado, la OMS reconoció la importancia de la salud mental considerándola como interdependiente de la salud y a su vez, relacionada con ella. Tal es así que, en su Informe de 2001 sobre la salud mental, dedicó en su primer capítulo a promocionar y señalar la importancia tanto de la salud física como la mental, enfatizando que ambas son determinantes para el bienestar general de las personas y de la sociedad. Porque la “salud” es considerada “*no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades, sino un estado completo de bienestar físico, mental y social*” (Organización Mundial de la Salud, 2001, p. 3).

Posteriormente, en 2004 la OMS concreta el concepto de salud mental, considerándola además como un estado de bienestar caracterizado por la consciencia de las propias capacidades para afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y hacer una contribución a la comunidad. Así pues, la salud mental es la base del bienestar y el funcionamiento adecuado de la persona y de la comunidad (Organización Mundial de la Salud, 2004).

El concepto incluye elementos como el bienestar subjetivo, la autonomía, la competencia, la dependencia intergeneracional y el reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente. Por lo tanto, la definición que es utilizada en el estudio es:

“Un estado de bienestar por medio del cual los individuos reconocen sus habilidades, son capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, y contribuir a su comunidad. Se refiere a la posibilidad de acrecentar la competencia de los individuos y comunidades y permitirles alcanzar sus propios objetivos” (Organización Mundial de la Salud, 2004, p. 7)

A su vez, la salud mental lleva aparejada la existencia de una serie de determinantes que pueden o bien suponer un riesgo o bien actuar como protectores. Es decir, la salud mental fluctúa en un océano de estímulos y determinantes que pueden minar o potenciar de un modo u otro su estado, el cual, además, está directa e indirectamente interrelacionado con el propio estado de salud física. Se clasifica pues, entre determinantes internos, los psicológicos y biológicos, y determinantes externos, los sociales.

Así pues, en lo referente a los determinantes psicológicos y biológicos que actúan sobre la salud mental, la OMS (2001) apunta a dos vías de influencia: (I) la vía fisiológica, que enfermedades mentales como la ansiedad y la depresión pueden llegar a manifestar cambios en las funciones neuroendocrinas e inmunitarias y acentuar la susceptibilidad a diversas enfermedades físicas; y (II) la vía del comportamiento, la cual depende en gran medida de su salud mental, y se entiende por comportamiento en materia de salud, a un amplio abanico de actividades como la alimentación, ejercicio o conductas de riesgo como el consumo de estupefacientes o prácticas sexuales, entre otras.

A pesar de que se trate de vías distintas son interdependientes, ya que el comportamiento puede llegar a afectar a la fisiología, y a su vez las funciones de ésta pueden influir en el comportamiento. Se trata de un modelo integrado de salud física y mental en el que sus distintos componentes se encuentran interrelacionados e influyéndose los unos a los otros a lo largo del tiempo. Además, esta interconexión según Zabala (2016), permite reconocer, por un lado, la influencia de los trastornos mentales en la salud y el riesgo de desarrollar enfermedades y, por otro lado, la existencia de condicionantes de la salud que inciden en el riesgo de desarrollar un trastorno mental.

En cuanto a los determinantes sociales, la OMS (2001) incide sobre la importancia que supone para la salud en general los factores socioeconómicos, debido a que éstos pueden llegar a afectar de forma muy significativa a la salud mental de los individuos. De hecho, existe una relación directa entre el nivel socioeconómico y la prevalencia de determinadas enfermedades mentales (Lorant et al., 2003). Como la depresión, con mayor prevalencia en poblaciones con niveles socioeconómicos más bajos.

Esta interdependencia entre salud mental y los resultados de salud en general, justifica la propuesta de la OMS, “de que no hay salud sin salud mental”. Afirmación que ha sido apoyada y respaldada por múltiples organismos e instituciones internacionales como el Consejo de Ministros de la Unión Europea, la Organización Panamericana de la Salud, el Real Colegio de Psiquiátricos del Reino Unido y la Federación Mundial de la Salud

Mental. Así pues, la OMS en su Informe de la carga global de enfermedades de 2005, considera a los trastornos mentales como generadores, a largo plazo, de discapacidad y dependencia; entre otros. De forma que cobra importancia y se torna imprescindible la introducción de la “atención de la salud mental” como medida de prevención, intervención y disminución dentro de las políticas públicas, de salud y sociales (Prince et al., 2007).

Por tanto, la salud mental es esencial para que los individuos puedan desarrollar su vida, mantener sus relaciones sociales, ser capaces de adaptarse y hacer frente a los cambios y reveses inherentes de la vida cotidiana. De por sí su consecución es complicada, pues si el contexto en el que se encuentra el individuo es privado de libertad innegablemente se agrava, debido principalmente a los efectos del encarcelamiento. Porque en este contexto los elementos estresantes, como la ruptura de las redes sociales o la falta de apoyo familiar/social, se hayan más agudizados y concentrados que en el propio entorno social de referencia del interno (Capdevila i Capdevila & Ferrer Puig, 2012).

En definitiva, la salud mental mantiene una relación recíproca con el bienestar y funcionamiento de la persona, así como con el contexto en el que se desarrolla, siendo ésta, un factor determinante en los resultados de salud global. La presencia de un trastorno mental socava este funcionamiento, originando un coste personal, emocional, social, relacional, sanitario, económico y de discapacidad que constituye un problema de salud pública (Organización Mundial de la Salud, 2004). Alrededor de un tercio de la población padece al menos de un trastorno mental (el 33,5%) respecto al 63,3% de los presos, de los cuales el 41,6% padecen al menos de dos o más trastornos mentales (Fovet et al., 2020).

3.1.2. Concepto de Trastornos Mentales

Tanto los trastornos mentales como los de la personalidad representan uno de los mayores problemas de Salud Pública. Pueden llegar a padecerlos cualquier persona, no discrimina entre distintas sociedades y culturas, son frecuentes en cada una de ellas. Además, los trastornos pueden llegar a crear altos niveles de discapacidad y de sufrimiento, sea en las propias personas que lo padecen o aflicción en sus familiares (Organización Mundial de la Salud, 1996).

Ahora bien, aunque las sociedades hayan acogido o al menos hayan demostrado dar un determinado nivel de asistencia a las personas que padecen algún tipo de discapacidad física, en cuanto a las personas con enfermedades mentales se refiere, se han denotado actitudes más prejuiciosas, cargadas de estigmas y de rechazo.

Ante la problemática que suponen los trastornos mentales y de la personalidad, las distintas sociedades psiquiátricas y la OMS han demostrado preocupación en la mejora del diagnóstico y en su clasificación. Lo cual, ha mejorado notablemente las bases conceptuales en las clasificaciones actuales respecto a sus predecesoras.

Las primeras clasificaciones de enfermedades tuvieron una única e importante utilidad, simplemente administrativa y con fines estadísticos. Sin embargo, en la actualidad, además de satisfacer este interés, se pretende que tanto la investigación clínica como epidemiológica como su plasmación en servicios, se realicen en base a unos criterios uniformes.

*The American Psychiatric Association*² (APA) y la OMS, son con seguridad dos grandes asociaciones internacionales en materia de salud mental que han elaborado sistemas de clasificación sobre los trastornos mentales y de la personalidad, con una reconocida validez legal, científica e internacional.

En 1949 con la sexta edición de la Clasificación de las Enfermedades (CIE) de la OMS aparece por primera vez un capítulo dedicado exclusivamente a los trastornos mentales. En base a esta clasificación de la OMS el comité de estadística de la APA, en colaboración con otros grupos de investigación, revisó y desarrolló la clasificación, e incorporó criterios de diagnóstico. De modo que nació en 1952 una variante del CIE 6, el "*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*³" (DSM MD). Con el paso del tiempo ambos manuales se han ido revisando y actualizando. En la actualidad nos encontramos con la undécima revisión de la "Clasificación Internacional de Enfermedades para Estadísticas de Mortalidad y Morbilidad" (CIE-11) publicado en 2019 y la quinta edición de la "Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales" (DSM-V) publicado en 2013.

Nuevamente, la conceptualización de estos términos no ha gozado tampoco de un consenso claro en su definición o conceptualización. Según Zabala (2016) la definición que quizás mayor acogida haya tenido es la otorgada por el *National Institute of Mental Health*⁴ (NIMH) el 1987. La cual se desarrolla en base a tres dimensiones: en primer lugar, el diagnóstico, donde se incluye los trastornos psicóticos y determinados trastornos de personalidad; en segundo lugar, el tiempo de la enfermedad o del tratamiento –duración estimada superior a 2 años; por último, la presencia de discapacidad –indicando afectación en las aptitudes laboral, social y familiar.

² Asociación Americana de Psiquiatría.

³ "*Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*".

⁴ Instituto Nacional de Salud Mental.

Esta dificultad de conceptualización ha hecho que se hayan ido definiendo los límites del concepto y que a su vez se pudiese englobar las diferentes posibilidades existentes. Así, el Manual DSM, se refiere al trastorno mental como:

“Síndrome o patrón comportamental psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar [...], a una discapacidad [...] o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además, [...] no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular [...]. Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado [...] ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción” (Association, 1998, p. XXI).

Y la OMS los define de la siguiente manera:

“No son sólo variaciones dentro de la <<normalidad>>, sino fenómenos claramente anormales o patológicos [...] duraderos o recurrentes, y deben causar cierta angustia personal o alteraciones de funcionamiento en una o más facetas de la vida [...] pero, si no se satisfacen todos los criterios fundamentales para un trastorno en concreto, esa angustia no es un trastorno mental” (Organización Mundial de la Salud, 2001, p. 21).

Por tanto, ambos sistemas coinciden en catalogar el trastorno mental como un síndrome o patrón comportamental significativamente clínico, que origina angustia o malestar recurrente alterando la vida de la persona y, caracterizado generalmente, por la combinación indistinta entre pensamientos, emociones, comportamiento y relaciones personales anormales.

Por otro lado, según los manuales de diagnóstico existen diferentes tipos de trastornos mentales con sus propios criterios diagnósticos, pero a pesar de ello, en su gran mayoría comparten una serie de características; como recoge la OMS (2001, 2004):

- Son comunes y universales, pudiendo afectar a personas de todas las edades y nacionalidades en alguna etapa de su vida.
- Suponen un impacto negativo en la calidad de vida de las afectadas, incluyese familiares.
- Pueden ser diagnosticados y tratados.
- Su presencia y evolución están determinados por: (I) factores ambientales y sociales (como la pobreza o el encarcelamiento) (II) factores biológicos y

orgánicos (como enfermedades físicas crónicas); y (III) factores individuales (como la edad y el sexo).

- Afectan y se ven afectados por otras enfermedades como el cáncer, enfermedades cardiovasculares o el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA).
- Pueden coexistir con otro u otros trastornos en la misma persona. Coexistencia conocida como comorbilidad psiquiátrica o patología dual.
- Presentan tasas desproporcionadas de mortalidad y discapacidades.
- Originan grandes repercusiones económicas.

Estas características conllevan en muchos casos a situaciones de estigmatización, discriminación y marginación, que en los casos más graves llevan a sufrir violaciones de los derechos humanos.

Dentro del estudio, también se consideran los trastornos de personalidad, comunes en el ámbito penitenciario. Los mismos organismos atañen esta problemática, el DSM-IV, los define como *“patrones permanentes e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto”* (Association, 1998, p. 645).

El DSM-IV los codifica en tres grupos en función de las características que comparten. (I) El Grupo A incluye los trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico de la personalidad (Las personas que padecen este tipo de trastornos suelen parecer raros o excéntricos), (II) el Grupo B incluye el trastorno antisocial, el límite, el histriónico y el narcisista de la personalidad (Las personas con estos trastornos suelen parecer dramáticos, emotivos e inestables) y (III) el Grupo C, incluye los trastornos por evitación, por dependencia y el obsesivo-compulsivo de la personalidad (Las personas que padecen estos trastornos suelen parecer ansiosos o temerosos).⁵

En el contexto penitenciario estos trastornos suelen presentar comorbilidad junto a otros trastornos, principalmente con los trastornos relacionados con sustancias y esta comorbilidad específica es lo que se ha denominado patología dual. Mesa-Cid y Rodríguez-Testal (2011) lo definen como *“una forma particular de comorbilidad, en la que coexisten una patología psíquica y un trastorno relacionado con el consumo de*

⁵ Desde el propio manual, recalcan que dicho agrupamiento, a pesar de su utilidad a efectos de investigación y docencia, no ha sido validado de forma consistente. Ya que presenta importantes limitaciones como que las personas puedan presentar al mismo tiempo varios trastornos de la personalidad pertenecientes a distintos grupos.

sustancias. *Un uso menos frecuente, pero igualmente adecuado, refiere la coincidencia de cualquier trastorno psíquico con el déficit intelectual*⁶. La coexistencia de ambos trastornos puede estar relacionados o no, (a) puede ser que ambos se traten de trastornos primarios, sin que ninguno sea el precipitante del otro, (b) puede que el abuso del consumo de sustancias sea la causa del trastorno mental, y (c) que el precipitante del abuso de sustancias sea el trastorno mental. En cuanto a la comorbilidad que más prevalece en este tipo de contextos se trata de los trastornos de personalidad, concretamente el trastorno del estado de ánimo, los trastornos de ansiedad y la esquizofrenia junto al consumo de alcohol y otras drogas como la cocaína y el cannabis (Butler et al., 2011; Fazel & Seewald, 2012; Molina Coloma et al., 2018).

En resumen, se ha realizado un breve recorrido por el proceso de conceptualización que ha tenido la salud mental a lo largo del tiempo, constituyéndose la salud mental en un pilar fundamental para la salud general, así como el abordaje de los trastornos mentales que suponen un riesgo para la salud y una carga en los centros penitenciarios debido a su alta prevalencia.

3.2. Prevalencia de trastornos mentales en la población penitenciaria

3.2.1. Introducción

El número de personas reclusas en los sistemas penitenciarios de la mayoría de los países ha aumentado desde los años 80 (González, 2011), superando la cifra de los 10 millones de personas encarceladas en todo el mundo, con un crecimiento por década de 1 millón de personas (Walmsley, 2011) y con notables variaciones en los índices de encarcelamiento entre los países. De forma que, unos pocos países albergan gran parte de la población penitenciaria mundial, como Estados Unidos con más de 2 millones, India cerca de alcanzar los 500.000, Rusia con casi 600.000, Brasil cerca de 700.000 y China con alrededor del millón y medio de personas reclusas (Walmsley, 2018). En otros países como Grecia o Países bajos la población penitenciaria ha llegado a duplicarse e incluso se ha llegado a alcanzar cifras récord en torno a los 90.000 internos en Inglaterra y Gales (Forrester et al., 2013).

En lo que respecta a España, su población reclusa ha llegado a duplicarse con respecto a la registrada en 1975⁶, situándose alrededor de los 70.000 en 2010⁷. Este incremento de la población penitenciaria es muy significativo debido a que conlleva en paralelo un aumento de la prevalencia de las personas con algún tipo de trastorno mental, siendo

⁶ 8440 personas reclusas en centros penitenciarios españoles (González, 2011).

⁷ Es importante reflejar que desde 2010 se ha producido un descenso hasta los 58.000 internos en 2020.

esta mayor que en la población no penal (Fazel & Danesh, 2002; Mundt et al., 2013; Vicens et al., 2011), 5 veces superior (Zabala-Baños et al., 2016).

En el conjunto europeo, entorno a los seis millones de personas están privadas de libertad, de las cuales la mayoría proviene de grupos en exclusión social. A consecuencia de ello, en el contexto penitenciario las tasas de enfermedades están sobrerrepresentadas en comparación con la población no penitenciaria (Arroyo-Cobo, 2015). La academia coincide que la población penitenciaria tiene de dos a cuatro veces más probabilidades de sufrir un cuadro psicótico y una depresión mayor que la población no penal, y hasta diez veces más de sufrir un trastorno de personalidad antisocial (Andersen, 2004; Brugha et al., 2005; Fazel & Danesh, 2002). Por otra parte, las personas con patologías mentales que se encuentran encarceladas tienen unas tasas de suicidio entre 7 y 9 veces superiores que la población general (Íñigo-Barrio et al., 1999). Ello hace que los pacientes psiquiátricos que se encuentran encarcelados constituyan un colectivo especialmente vulnerable (20,6% en riesgo de suicidio (Martínez-Cordero, 2012)).

En definitiva, los estudios epidemiológicos que han sido elaborados hasta la fecha señalan que los trastornos mentales suponen un grave problema de salud pública dentro de los centros penitenciarios (Fazel & Baillargeon, 2011), las tasas de internos con trastornos mentales comunes llegan a duplicar las de la población no penal y si tratase de trastornos mentales graves hasta cuadruplicarla (Arroyo-Cobo, 2011).

3.2.2. Estudios internacionales

Las primeras investigaciones sobre la salud mental –o más concretamente— sobre estudios de los trastornos mentales en el contexto carcelario se sitúan en 1939 (Zabala-Baños et al., 2016). Con el paso del tiempo fue creciendo el interés en esta línea de investigación. Se comenzó a plantear las necesidades específicas que plantea la cárcel, entre otras, la asistencia sanitaria en materia de salud mental en aras de reconocer y dar una respuesta a la desigualdad en materia de salud en los centros penitenciarios. En esta línea, la OMS en 1995 enfocada en la prisión comienza a dar asesoramiento a sus estados miembros en materia de salud mental, consumo de sustancias tóxicas y en el desarrollo del sistema de salud en prisión.

A partir de aquí, se desarrollan con más intensidad investigaciones en la línea de la salud mental en prisión. Estos ponen de manifiesto la disparidad entre la población no penal y la penal, asumiendo la población penitenciaria una mayor prevalencia de problemas de salud mental. Gracias a la elaboración de investigaciones en esta materia, cada vez más, se ha puesto de manifiesto las altas tasas de prevalencia de trastornos

mentales entre los internos que permanecen en los centros penitenciarios occidentales frente a la población general no penal. A pesar de la heterogeneidad entre unos estudios y otros; debido principalmente a cuestiones metodológicas y a diferencias normativas de cada país.

Esta revisión cuenta con diez estudios que datan entre el 2002 hasta el 2020, descritos cronológicamente. Se ha seleccionado lo que, al parecer, son las investigaciones internacionales más relevantes sobre el estudio de los problemas mentales de la población penitenciaria. Con el fin de dotar de una mayor riqueza al meta estudio, además de focalizarse únicamente sobre la prevalencia de problemas mentales en la población penitenciaria, se ha tenido en cuenta en el análisis investigaciones con otros enfoques. De modo, que se ha incluido estudios sobre el cambio del estado mental en relación con el encarcelamiento, estudios centrados en el uso de fármacos en prisión, estudios comparativos entre la población penitenciaria y la población no penal, estudios focalizados en los factores asociados a los trastornos mentales comunes, entre otros. De modo que cada uno de ellos ayude al lector a conocer verdaderamente esta realidad descrita, ya que cada estudio aportará una pieza más en este rompecabezas que supone la salud mental en prisión.

Se comienza, por tanto, con la investigación realizada por Fazel y Danesh (2002), "*Serious mental disorder in 23.000 prisoners: a systematic review of 62 surveys*"⁸. La cual consiste en una revisión sistemática sobre la prevalencia de trastornos mentales graves en la población penitenciaria de 12 países occidentales. Un total de 62 encuestas sobre prevalencias de enfermedades psicóticas, depresión mayor y de trastornos de la personalidad publicadas entre 1966 y 2001. La población comprende un total de 22.790 internos, incluidos los preventivos y condenados.

Fazel y Danesh emplearon multitud de instrumentos como la Entrevista de diagnóstico internacional compuesta y la Entrevista clínica estructurada para el Manual diagnóstico y estadístico, o el Cuestionario sobre trastornos de la personalidad.

En cuanto a los resultados, en materia de enfermedades psicóticas obtuvieron que el 3,7% y el 4% de hombres y mujeres, respectivamente, se les diagnosticó una enfermedad psicótica. Con respecto a la depresión mayor, revelaron que el 10% y el 12% de hombres y mujeres, respectivamente, se les diagnosticó con esta enfermedad mental. En relación con el trastorno de la personalidad, obtuvieron que el 65% y el 42% de hombres y mujeres, respectivamente, se les diagnosticó con dicha enfermedad y, el

⁸ "*Trastorno mental grave en 23.000 presos: una revisión sistemática de 62 encuestas*".

47% y el 21% de hombres y mujeres, respectivamente, fueron diagnosticados con el trastorno antisocial de la personalidad.

Los resultados obtenidos en la investigación por Fazel y Danesh sugieren que uno de cada siete internos, en países occidentales, tienen alguna enfermedad psicótica o depresión mayor y, uno de cada dos hombres y una de cada cinco mujeres padecen de trastorno antisocial de la personalidad. Estos datos muestran el riesgo de sufrir un trastorno psiquiátrico grave, el cual es sustancialmente mayor en la población penitenciaria que en la no penal. Es más, los internos tienen entre dos y cuatro veces más enfermedades psicóticas y/o depresión grave y en torno a diez veces más de trastorno antisocial de la personalidad. Como la carga de las enfermedades mentales graves es considerable, los autores cuestionan que los internos que padecen estas enfermedades reciban una atención sanitaria adecuada, dado a los recursos limitados de la mayoría de las prisiones occidentales.

De modo de conclusión, Fazel y Danesh hacen hincapié en la necesidad de realizar más investigaciones en este ámbito, principalmente en países no occidentales, de modo que estos estudios puedan ayudar a colocar esta problemática en la agenda política y a tomar iniciativas de salud pública.

En Noruega, Kjelsberg y Hartvig (2005) "*Can morbidity be inferred from prescription drug use? Results from a nation-wide prison population study*⁹", realizaron su investigación con la pretensión de estimar la proporción de personas reclusas enfermas en los centros penitenciarios a través del uso de los fármacos recetados. La investigación data de 2004, con una muestra de 2617 personas internadas entre 36 cárceles del país. Ello representaba el 90% de la población carcelaria total del país.

Kjelsberg y Hartvig recopilaron datos detalladas sobre el uso de fármacos psiquiátricos y somáticos a nivel nacional, con el fin de establecer diagnósticos tanto psiquiátricos como somáticos de mejor estimación en base a las fichas de medicación. Les proporcionaron acceso a las fichas de los internos que recibían algún tipo de medicamento recetado en cada uno de los centros penitenciarios en estudio. Siempre anónimas, enumerándose según la edad, el sexo, los fármacos de uso somático y psiquiátrico y las dosis. Para la clasificación diagnóstica los autores utilizaron la ICPC-2¹⁰.

⁹ "*¿Se puede inferir la morbilidad del uso de medicamentos recetados? Resultados de un estudio de población penitenciaria a nivel nacional*".

¹⁰ La segunda edición de la Clasificación Internacional de Atención Primaria.

Prácticamente la mitad de los internos no usaban medicación alguna, el 48,1%. Por el contrario, entre los 1357 de reclusos que sí tomaban medicación, el 19,4% usaba medicamento psiquiátrico, el 16,7% solo medicamentos somáticos y el 15,7% tomaban tanto psiquiátricos como somáticos. También entre los que tomaban habitualmente medicación, al 71% se les prescribió más de un fármaco.

Por una parte, respecto a la morbilidad psiquiátrica. Los trastornos depresivos y los del sueño fueron los más prevalentes, un 11,2% y 10,9% respectivamente. Cerca del 4% de los reclusos padecía algún tipo de trastorno psicótico. También encontraron una mayor frecuencia en personas en detención preventiva que en prisión preventiva o en presos ya condenados, un 14,9% frente al 6,6% y al 2,7% respectivamente. Más de un tercio de todos los reclusos, el 35,1%, recibieron medicación destinada a aliviar trastornos mentales. En cuanto a diferencias de género, en general las mujeres recibieron medicamentos más a menudo, por ejemplo, el 5,9% de mujeres –frente al 1,2% de hombres— recibieron medicamentos indicativos a problemas graves de alcohol u otras drogas.

Por otra parte, en cuanto a la morbilidad somática. El 6,7% de los internos presentaba algún dolor o algún tipo de enfermedad infecciosa y alergia. El trastorno que afectaba a la mayoría de los reclusos era el asma, a un 4,1%. En cuanto a los síntomas y trastornos a nivel digestivo estos también fueron frecuentes, un 5,2% de los internos padecieron de alguno siendo el más frecuente la dispepsia. En cuanto a diferencias de género, a las mujeres se les prescribieron con mayor frecuencia fármacos destinados a tratar afecciones somáticas, en particular la migraña, dolor en general y el asma.

Kjelsberg y Hartvig conscientes de las cuestiones más fundamentales que influyen en sus resultados, resaltaron que, incluso presuponiendo un óptimo servicio de salud, las estimaciones de morbilidad derivadas del uso de medicamentos recetados era una estimación mínima, dado que no se podía identificar la totalidad de trastornos únicamente mediante la inspección de fichas de medicación. Ya que ciertos trastornos, con una alta prevalencia, como el trastorno de personalidad, rara vez se someten a tratamiento con fármacos y por tanto ausentes en sus estimaciones. Además, debido a su enfoque jerárquico los llevaba a subestimar trastornos menos graves cuando estos concurren con otras afecciones de mayor gravedad.

Con estas cuestiones, a pesar de que la investigación utiliza una fuente de información poco convencional, fueron capaces de proporcionar un conocimiento valioso sobre la salud, física y mental, de las personas internadas en los centros penitenciarios de Noruega.

En Australia, la investigación de Butler et al. (2011), "*Co-occurring mental illness and substance use disorder among Australian prisoners*"¹¹, estudio sobre la prevalencia de comorbilidad de trastornos mentales y abuso de sustancias entre los internos de los centros penitenciarios del estado de New South Wales¹². El estudio data de 2011, pero las encuestas de las que se nutren son del 2001. La población comprende un total de 1478 personas divididas en dos grupos, internos preventivos y condenados.

La selección del grupo de preventivos se trataba de una muestra de internos admitidos durante un periodo de cuatro meses y evaluados en las 24 horas del ingreso y, la muestra de los condenados se extrajo de 29 centros del Estado. Ambas muestras fueron seleccionadas a través de dos encuestas sobre la salud mental de los internos: "*New South Wales Inmate Health Survey*"¹³.

En cuanto al método evaluativo de los trastornos mentales y el abuso de sustancias, Butler et al. emplearon varios instrumentos combinados, la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI-A), el cuestionario SF-12 y la escala K-10 de Kessler¹⁴; bajo los criterios del DSM-IV y el CIE-10.

En lo referente a los resultados, la prevalencia general de algún tipo de trastorno mental fue del 43% en los últimos 12 meses, sin embargo, fue significativamente mayor en las mujeres con un 61% frente a los hombres con un 39%; o la prevalencia general por uso de sustancias que fue del 55%, siendo también mayor entre las mujeres con un 69% frente al 52% en los hombres. En general, las mujeres tuvieron mayor prevalencia de trastornos mentales que los hombres, por ejemplo, el 55% de mujeres padecieron trastornos de ansiedad frente al 32% de los hombres.

En cuanto a la comorbilidad, más de la mitad de las mujeres internas que presentaba síntomas de un trastorno psicótico estaba diagnosticada con trastorno afectivo, el 65% de las mujeres frente al 51% de los hombres; o un trastorno de ansiedad, el 90% las mujeres frente al 67% de los hombres; o tenía aparejado un trastorno por abuso de sustancias, el 58% por consumo de opioides y el 55% por estimulantes. Entre las personas diagnosticadas con trastornos afectivos, la depresión fue el trastorno mental más común entre el conjunto de los internos, con un 16%, y el 82% de las mujeres y el 73% de los hombres fueron diagnosticados de un trastorno de ansiedad.

¹¹ "*Enfermedad mental concurrente y trastorno por uso de sustancias entre los presos australianos*".

¹² Nueva Gales del Sur.

¹³ "*Encuesta de Salud de Reclusos de Nueva Gales del Sur*".

¹⁴ Instrumento sobre el malestar psicológico que se emplea para detectar trastornos de ansiedad y depresivos.

Butler et al. cuando confronta sus resultados con la comunidad australiana encuentra que, el 46% de las mujeres internas que fueron diagnosticadas con una enfermedad mental también lo fueron por un trastorno por abuso de sustancias, en comparación con el 4,8% de la población no penal. En cuanto a los hombres internos, el 25% frente al 2,8% de la comunidad.

Finalmente, los autores concluyen haciendo hincapié en la necesidad de que los actores involucrados sean, como mínimo, conscientes del problema de la comorbilidad de las enfermedades mentales. La mejora en la atención y tratamiento médico beneficiará directamente a los internos con una mejora en su salud física y mental y con una mayor probabilidad de que su integración tras su puesta en libertad sea satisfactoria. Además, indirectamente el sistema de justicia penal, los servicios de salud mental y otros servicios sociales se verán más desahogados. Para ello, se torna completamente necesario dotar de los recursos adecuados a la Administración para tratar y gestionar de manera eficiente esta problemática.

En Alemania, la investigación realizada por Dettbarn (2012), "*Effects of long-term incarceration: A statistical comparison of two expert assessments of two experts at the beginning and the end of incarceration*"¹⁵, consiste en estudio sobre los efectos que tiene a largo plazo la privación de libertad en la persona presa, además del análisis comparativo entre dos evaluaciones al comienzo y al final del encarcelamiento. La investigación data de 2005, pero los exámenes de los que se nutren son entre 1979 y la fecha de publicación. La muestra es de 87 detenidos, dos de ellas mujeres.

Dettbarn comparó el examen psiquiátrico realizado previo ingreso con el realizado al final de la condena y con una constante de un mínimo de 3 años entre ambos exámenes. Estos exámenes constaban de entrevistas, pruebas psicológicas, historial psicológico, archivos penitenciarios, etc. Además, en esta comparativa se cotejaba variables tales como la existencia de un diagnóstico de trastorno mental, la presencia de enfermedades somáticas y la evolución del contacto social con la comunidad.

Por un lado, en cuanto a la prevalencia de trastornos mentales entre el primer examen y el último cambió significativamente. El 69% de los internos fueron diagnosticados con un trastorno mental en su primer examen. Por el contrario, en el segundo examen decreció hasta el 48,3% de los internos. Siendo los trastornos de personalidad los que ocupaban la mayor proporción con un 51%. A pesar de ello, la prevalencia de internos con trastornos de personalidad constituyó el mayor descenso entre el primer y el

¹⁵ "*Efectos del encarcelamiento a largo plazo: una comparación estadística de dos evaluaciones de dos expertos al comienzo y al final del encarcelamiento*".

segundo examen, con un descenso del 19,7%. Adicionalmente, el trastorno de adaptación tuvo una tasa del 25,2% de reclusos diagnosticados; entre los que se incluyeron las autolesiones y los intentos de suicidio, con un 5,7% y 8% respectivamente.

Por otro lado, respecto a la “*responsabilidad emocional*” y a la “*agresividad reactiva*” también mejoraron sus valores. Por ejemplo, en el primer examen, los internos se describían como personas tristes, inestables y preocupadas. Tras el segundo examen los internos se consideraron a sí mismos como personas más dóciles, moderados y considerados. En lo referente con la “*escala de perfeccionismo*” pasaron de ser personas impulsivas, indisciplinadas a considerarse más compulsivos, organizados y autodisciplinados.

Dettbarn confirma que la prevalencia de personas diagnosticadas con algún tipo de trastorno mental disminuye en la prisión, habiendo una tendencia hacia una estabilidad emocional, incluida una menor depresión y agresividad. Aun así, la prevalencia de algunos trastornos, como la depresión, se mantuvieron por encima de los valores normales en comunidad. Por último, concluye que, en base a sus resultados obtenidos, no encuentra una evidencia clara de la correlación entre una mayor duración de la pena privativa de libertad y que ésta en sí misma, condujese a una enfermedad física o a una disminución de la capacidad cognitiva de los internos.

Fazel y Seewald (2012), “*Severe mental illness in 33.588 prisoners worldwide: systematic review and metaregression análisis*”¹⁶. Retoman la revisión de publicaciones globales en su investigación, la cual consiste en la revisión de 81¹⁷ publicaciones sobre la prevalencia de la psicosis y la depresión en la población penitenciaria, con el fin de proporcionar evaluaciones sintetizadas e investigar las fuentes de la heterogeneidad entre los diferentes estudios. Escogieron 109 muestras segmentadas basadas en 33.588 internos.

En cuanto a la metodología, siguieron la guía PRISMA¹⁸ y los criterios de inclusión fueron los siguientes: (I) la población se tomó como muestra de una población penitenciaria general¹⁹, (II) los diagnósticos de los trastornos mentales se realizaron a

¹⁶ “*Enfermedad mental grave en 33.588 presos en todo el mundo: revisión sistemática y análisis de metaregresión*”.

¹⁷ 56 publicaciones datan del periodo 1966 a 2001 tratándose de su revisión anterior, y las 25 más recientes del periodo 2001 a 2010.

¹⁸ Guía para la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis.

¹⁹ Se excluyeron aquellas investigaciones que emplearon algún tipo de herramienta de cribado porque podría llegar a una subestimación si la herramienta tuviera poca sensibilidad y, por ende, también los estudios en los que la población estuviera seleccionada o bien por el tipo de delito o bien el interno

través de entrevistas y exámenes clínicos, siempre mediante instrumentos validados, (III) los diagnósticos cumplieron con los criterios basados en el CIE o el DSM y (IV) las tasas de prevalencia han de ser en los seis meses anteriores. En consecuencia, escogieron 109 muestras basadas en 33.588 internos en 24 países.

Fazel y Seewald encontraron que la diferencia entre la prevalencia de enfermedades psíquicas era significativa en los países con ingresos más bajos en comparación con los países de mayor ingreso, tasas del 5,5% y el 3,5%, respectivamente. Sin embargo, no hallaron ninguna diferencia significativa entre internos preventivos y condenados o entre mujeres y hombres, e incluso ningún cambio estadístico significativo a lo largo del tiempo.

Respecto a las tasas de depresión mayor sí que hallaron heterogeneidad significativa entre los estudios en hombres y mujeres, tasas del 10,2% y del 14,1% respectivamente. Así mismo, destacaron que los estudios en los que se emplearon los criterios del DSM y en los países con ingresos bajos mostraban prevalencias más altas.

En cuanto a la comorbilidad, tan solo hubo cinco publicaciones desde 2001. Las tasas variaron del 20,4 al 43,5% en aquellos internos con algún tipo de trastorno mental y de abuso de sustancias, del 13,6 al 95% los que padecían una enfermedad psíquica junto al abuso de sustancias, y del 9,2 al 82,5% los que tenían trastornos del estado del ánimo o depresión mayor con el abuso de sustancias.

Al contrario de las primeras hipótesis, Fazel y Seewald no encontraron un aumento en la prevalencia de trastornos psíquicos y la depresión a lo largo del tiempo. Considerando que la mejora en la atención sanitaria, especialmente la psiquiátrica, junto con la derivación de los internos con trastornos mentales en prisión al hospital, las mejores condiciones de vida y la intervención de organizaciones no gubernamentales, hayan contribuido en la mejora de la salud en los centros penitenciarios.

Por otra parte, en lo referente al estudio de la heterogeneidad entre las diferentes investigaciones encontraron dos posibles de las causas. En primer lugar, los estudios que se basaron en los criterios del DSM tenían tasas de prevalencia mayores en comparación a los que se basaron en el CIE. Una de las posibilidades que barajaron es que ambos manuales incluyen pequeñas diferencias en sus sistemas de diagnóstico, como, por ejemplo, en el CIE la "fatiga" es tratada como un criterio básico para la depresión, mientras que en el DSM es simplemente una característica asociada. En

preventivo y el condenado estuviesen en la misma muestra, ya que también puede conducir a sobreestimaciones.

segundo lugar, que pueda haber otras explicaciones como, por ejemplo, la comorbilidad con otros trastornos mentales.

Fazel y Seewald concluyen resaltando la importancia que tiene la prisión en materia de salud pública. Consideran que la prisión constituye una oportunidad para tratar enfermedades mentales dado que, de otro modo, no se tratarían en libertad. De modo que un tratamiento sanitario eficaz reducirá las tasas de reincidencia²⁰.

Walker et al. (2014), "*Changes in mental state associated with prison environments: a systematic review*"²¹, en su estudio, también caracterizado por tratarse de una revisión sistemática, se centraron en el análisis de los cambios del estado mental de los internos en relación con aspectos del encarcelamiento y el contexto penitenciario. El estudio data de 2014, pero los artículos de los que se nutre esta investigación son entre 1976 y 2011.

El objetivo del estudio fue identificar todas las pruebas primarias publicadas que relacionasen el contexto penitenciario con cambios en el estado mental de los internos, para extraer así conclusiones relevantes para los profesionales y responsables de la Administración. Walter et al. pusieron el foco exclusivamente en la privación de libertad, en el encarcelamiento y en el entorno penitenciario, más que en factores sociales e individuales o en las habilidades emocionales.

En lo referente a la metodología, Walker et al. emplearon los siguientes criterios de inclusión: (I) estudios sobre el cambio del estado mental que fuesen primarios y en internos mayores de edad, (II) internos que se encontrasen en el centro penitenciario, preventivos y condenados, y (III) además que existiese un factor exógeno vinculado al cambio de estado mental de la persona.

En cuanto a los resultados obtenidos de la revisión, Walker et al. describen diferentes estudios aportando datos significativos.

En primer lugar, en dos investigaciones de Gibbs (1987, 1991), encontraron que los síntomas eran significativamente peores en los primeros días del ingreso que días previos al encarcelamiento, con incrementos en los espectros de ansiedad, depresión y obsesivo-compulsivo, aunque la gravedad de los síntomas se redujese relativamente pronto, a los cinco días, no volvieron a los niveles de preingreso.

En segundo lugar, Zamble E. (1992), Harding T. y Zimmermann E. (1989) y Taylor P.J. Et al. (2010), entre otros, en sus estudios confirmaron que el estado mental de los internos no se deterioraba con el paso del tiempo, sino que mejoraba. Otros estudios

²⁰ Una revisión previa de Fazel y Yu (2011) encontró que las tasas de reincidencia de las personas con un trastorno mental aumentan en un 40% en comparación con los que no padecen alguna.

²¹ "Cambios en el estado mental asociados con los entornos carcelarios: una revisión sistemática".

establecen –o más bien sugieren– el plazo de mejoría en las cuatro semanas (Taylor et al., 2010), pasados los dos primeros meses (Harding & Zimmermann, 1989; Hassan et al., 2011) o pasados los tres primeros meses (Blaauw et al., 2007). En una investigación de internos con condenas de larga duración, Zamble E. (1992) sugiere que las condiciones especiales en prisión y el tiempo del que dispone el interno para una posible maduración supone una motivación de superación personal en miras a su puesta en libertad futura, lo que podría explicar la mejoría de los estados mentales.

Por último, el confinamiento solitario es asociado con efectos negativos sobre la salud mental suponiendo un mayor riesgo de desarrollar durante el aislamiento un trastorno psiquiátrico (Andersen et al., 2000), y el hacinamiento en los centros penitenciarios tienen también un efecto perjudicial en la salud mental (Paulus et al., 1978), posteriormente respaldado por la investigación de Cox et al. (1984) donde encontró mayores tasas en instituciones mayores y que el aumento de la población penitenciaria sin un aumento en paralelo de las instalaciones se asociaron con mayores tasas.

En definitiva, Walker et al. enfatizan en la importancia de un adecuado diagnóstico en el ingreso a la prisión, para identificar a posibles internos con riesgo de suicidio y a los internos con trastornos mentales graves que requieran una especial intervención. También, la relevancia en la detección de ansiedad y depresión en los internos preventivos que en comparación con los condenados requieren un apoyo adicional. Por otro lado, resaltan la necesidad de más investigaciones sobre los efectos del entorno físico carcelario en la salud mental, como la arquitectura, la luz, los espacios comunes, el tamaño de las celdas, entre otros. Así como de investigaciones adicionales sobre aquellos internos cuya salud mental haya mejorado durante su estancia en prisión, hayan podido mantenerla después de su puesta en libertad o si por el contrario se ha deteriorado.

En Estados Unidos, Al-Rousan et al. (2017), *“Inside the nation’s largest mental health institution: a prevalence study in a state prison system”*²², estudio sobre prevalencia en el sistema penitenciario estatal de Iowa. La investigación data de 2015, con una muestra de 8574 internos. En la población se tuvieron en cuenta variables demográficas, el historial médico, la clasificación penitenciaria, el tipo de condena y delito, la fecha de ingreso de prisión y de diagnóstico, entre otras, para evitar sesos provenientes de otras variables.

²² *“Dentro de la Institución de salud mental más grande del país: un estudio de prevalencia en un sistema penitenciario estatal”.*

Dicha investigación parte con tres objetivos: (I) ilustrar la prevalencia de enfermedades mentales a través del sistema de datos de la propia prisión, (II) perfilar las enfermedades mentales y las comorbilidades en diferentes subgrupos de la población penitenciaria, y (III) determinar la vulnerabilidad de esta población y aportar formas de ayudar con este problema de salud pública.

The Iowa Department of Corrections (IDOC)²³ recopila información sobre la salud de todos los reclusos al ser incluidos en el sistema penitenciario estatal durante el procesamiento, fue posible obtener así una mejor comprensión sobre la aparición de enfermedades mentales entre los internos. Así, pretendieron que los intervalos entre las fechas de encarcelamiento y el diagnóstico psiquiátrico, las diferencias en la distribución de edad y la asociación del consumo de sustancias tóxicas arrojasen claridad en la comprensión de esta problemática.

En general, cerca de la mitad de los hombres internos, el 48%, tenían antecedentes o se les había diagnosticado una o más enfermedades mentales. Las internas por su parte tenían una mayor tasa de diagnósticos con algún tipo de enfermedad mental, el 60% frente al 46,6%.

Casi un tercio de todos los reclusos, el 29%, padecía una enfermedad mental grave y una tasa similar de abusos de sustancias. Casi la mitad de los internos que padecían algún tipo enfermedad mental tenían antecedentes de abusos de sustancias, un 48,5%. La depresión y los trastornos depresivos mayores fueron las más prevalentes, suponiendo un 18% y un 38% respectivamente. Los siguientes con mayor prevalencia fueron los trastornos de ansiedad y de pánico, con una tasa del 17%.

El estudio revela que las mujeres tenían más probabilidades de ser diagnosticadas de trastornos depresivos mayores, de abuso de sustancias, de trastornos bipolar, de estrés postraumático, del sueño, de la alimentación... mientras que los hombres eran más propensos a padecer de trastornos de control de impulsos y de distimia.

Por otra parte, Al-Rousan et al. cotejaron los diagnósticos de todas las enfermedades mentales de los internos desde su internamiento y determinaron que el intervalo medio hasta que se diagnostica a una persona con un trastorno por abuso en el consumo de sustancias y trastornos bipolares es de 11 meses; o para la depresión, ansiedad o de un trastorno de personalidad es de 26, 24 y 29 meses, respectivamente; o para el diagnóstico de la esquizofrenia o la distimia es de 52 y 45 meses, respectivamente, siendo estas dos las duraciones medias más largas. El tiempo de diagnóstico más corto, siete meses, resultó ser para la demencia. Los autores también establecieron que cerca

²³ Departamento Correccional de Iowa.

del 90% de las enfermedades mentales fueron diagnosticadas al sexto año del ingreso en prisión.

Estos resultados dejan claro la importante labor que tiene por delante la Administración, y así es como concluyen Al-Rousan et al., haciendo énfasis en que un correcto diagnóstico en el momento de la admisión o ingreso mejoraría notablemente la atención médica de los internos de los centros penitenciarios.

En Brasil, el estudio desarrollado por Audi et al. (2018), "*Common mental disorder among incarcerated women: a study on prevalence and associated factors*"²⁴, consiste en una investigación sobre la prevalencia de trastornos mentales comunes y los factores asociados en la población femenina penitenciaria. El estudio data de 2012 al 2013, con una muestra de 1.013 mujeres internas en el Penal de Mujeres en Campinas, São Paulo. Además, esta investigación formó parte de una investigación más amplia que investigó las condiciones de salud de las internas y de los trabajadores de la institución.

El objetivo del estudio fue evaluar la prevalencia de trastornos mentales comunes (TMC) entre las mujeres encarceladas e investigar su asociación con variables sociodemográficas, clínicas, estilo de vida... y consumo de sustancias, así como los tipos de violencia que hayan sufrido previo encarcelamiento.

Audi et al. se apoyaron en el cuestionario como método para recabar información. En el cual se abordaba características socioeconómicas, demográficas, duración de la condena, condiciones de vida y de salud en la prisión, situación previa de violencia, entre otras. La variable dependiente del estudio fue el trastorno mental común²⁵.

Por una parte, la prevalencia encontrada para el trastorno mental común fue del 66,7%. Por otra parte, en relación con las variables independientes –morbilidad autoinformada, estilo de vida y tipos de violencia vivida— observaron que, en cuanto a la primera, existía una mayor prevalencia de este trastorno entre las mujeres hipertensas y las mujeres con sobrepeso u obesidad. En lo referente a la segunda variable, también había mayor prevalencia entre las mujeres que no practicaban actividad física a diario y las fumadoras, o por ejemplo, una tasa del 81,9% entre las mujeres que informaron de tomar tranquilizantes. Por último, según los tipos de violencia sufrida en el año anterior de su ingreso en prisión, a excepción de la agresión física en la niñez o en la

²⁴ "*Trastorno mental común entre mujeres encarceladas: un estudio sobre la prevalencia y los factores asociados*".

²⁵ El cual fue evaluado mediante el Self-Reporting Questionnaire 20 (SRQ-20). Este se trata de un instrumento para detectar este tipo de trastorno en la población, desarrollado por la OMS.

adolescencia, todas las variables estaban asociadas con la presencia de un trastorno mental común.

En sus observaciones finales, Audi et al. hacen hincapié en que la identificación de la presencia de problemas mentales en el momento del ingreso es una labor necesaria, la cual orientaría la adopción de medidas específicas con el fin de mitigar el sufrimiento más allá de la pena privativa de libertad.

En Ecuador, el estudio elaborado por Molina-Coloma et al. (2018), "*Diferencias generales y entre sexos en salud mental: un estudio comparativo entre población penitenciaria y población general*", parte con el objetivo de realizar una descripción del nivel de síntomas y trastornos psicopatológicos de la población penitenciaria para ser comparada con la población general. Dicho estudio data de 2018, con dos muestras de 101 personas reclusas y de 92 personas pertenecientes a la población no penal en Ecuador.

Molina Coloma et al. a la hora de seleccionar su población de estudio siguieron los siguientes criterios de inclusión para la población penal: (I) tener la facultad de leer y escribir, (II) dar el consentimiento de participación, (III) no estar en la condición de preventivo. Por otro lado, los criterios para la población general fueron: (I) tener mayoría de edad, (II) capacidad de leer y escribir, (III) ser residentes de la misma ciudad donde está ubicado el centro penitenciario, y (IV) dar el consentimiento.

Los instrumentos principales empleados en la evaluación fueron el cuestionario de 90 síntomas revisado (SCL-90-R) en su versión española, utilizada para evaluar los síntomas de malestar mental y la Minientrevista neuropsiquiátrica internacional (MINI) empleada para evaluar algunos trastornos mentales en base al DSM-IV y el CIE-10.

De acuerdo con los resultados obtenidos en la investigación, la población reclusa presentaba una prevalencia significativamente mayor que la no penal. El porcentaje de internos con algún tipo de trastorno mental fue del 59,40% frente al 17,39% de la población no penal. En prisión, los problemas mentales más representativos fueron el trastorno antisocial de la personalidad con un 32,67%, y el abuso de sustancias y dependencia del alcohol, con un 30,69% y 27,67%, respectivamente. Por el contrario, entre la población no penal fueron el trastorno de ansiedad, con un 4,35%, y también el abuso de sustancias y dependencia del alcohol con un 5,43% y 10,87%, respectivamente. Respecto a las diferencias de género, el 64,71% y el 21,74% de los hombres internos y de la población no penal, respectivamente, presentaba algún trastorno mental, frente al 54% de las mujeres internas y el 13,04% de la población no

penal. En cuanto a la comorbilidad, la prevalencia la patología dual representaba el 42,57% del conjunto de internos, siendo los hombres los más afectados.

Molina Coloma et al. concluyen que la población penitenciaria presenta una prevalencia mayor de problemas mentales en contraposición a la población no penal. Que el abuso de sustancias y el abuso del alcohol, el trastorno de estrés postraumático, la depresión mayor y el riesgo del suicidio son los problemas más frecuentes entre las internas, y, entre los hombres prevalecen los trastornos adictivos, de ansiedad y el de personalidad antisocial. De ahí, la importancia en mejorar las condiciones en los centros penitenciarios trabajando en la atención primaria, de modo que disminuyan los efectos nocivos de la privación de libertad sobre la salud mental.

En Francia, el estudio elaborado por Fovet et al. (2020), "*Mental disorders on admission to jail: A study of prevalence and a comparison with a community sample in the north of France*"²⁶, consiste en una investigación sobre la prevalencia de trastornos mentales en la población penitenciaria de dos centros franceses, de Nord y Pas-de-Calais, y su comparación con una muestra comunitaria de la misma área geográfica. El estudio data entre 2014 y 2017, con una muestra de 653 personas que habían ingresado recientemente en prisión.

El objetivo del estudio fue establecer tasas de prevalencia de trastornos mentales en la población penitenciaria a la hora de su ingreso para comparar esta frecuencia con la población no penal. Recopilaron información de la encuesta sobre salud mental en la población penitenciaria elaborada por la *Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France*²⁷ y la Organización Mundial de la Salud.

La población penitenciaria fue escogida bajo cinco condiciones, (a) dar el consentimiento informado, (b) hablar francés, (c) tener mayoría de edad, d) no tener ningún trastorno o incapacidad que impidiese participar, y (e) estar en prisión por menos de 72 horas. También se tuvieron en cuenta variables demográficas al uso como la etnia, sexo, renta mensual, vivienda, entre otras. Mientras que la población general debía cumplir los siguientes criterios: (a) dar su consentimiento informado, (b) hablar francés, (c) tener la mayoría de edad, (d) residir en Nord o Pas-de-Calais, y (e) no estar institucionalizados o sin hogar.

En la detección de los trastornos psiquiátricos entre la población penitenciaria, emplearon la entrevista psiquiátrica estandarizada MINI en su versión francesa,

²⁶ "*Trastornos mentales al ingreso en la cárcel: un estudio de prevalencia y una comparación con una muestra comunitaria en el norte de Francia*".

²⁷ Federación Regional de Hauts-de-France para la Investigación en Psiquiatría y Salud Mental.

siguiendo los estándares del CIE-10. En cambio, para la población general emplearon datos regionales de la Encuesta de Salud Mental en la población General (MHGP).

Por una parte, Fovet et al. en su estudio de la muestra aislada de la población penitenciaria obtuvieron las siguientes tasas. La prevalencia de trastornos de ansiedad fue del 44,4%, la de los trastornos afectivos fue del 31,2%, destacándose el trastorno depresivo mayor con la tasa más alta, un 27,2%. Respecto a la prevalencia de los trastornos psicóticos fue del 6,9% y los de abuso de sustancias fue del 53,5%. También identificaron que el 31,4% de los internos encuestados corrían riesgo de suicidio.

Por otra parte, los datos y conclusiones resultantes de la confrontación de ambas muestras. La prevalencia fue mayor en la población penitenciaria que en la población no penal. Excepto para la distimia y el síndrome psicótico aislado, todas las demás prevalencias fueron mayores, tanto para los trastornos psiquiátricos como por abuso de sustancias. Si se incluye que el 66,5% de la población no penal no tenía ningún tipo de trastorno mental mientras que el 63,3%²⁸ de la población penal sí, se llega a comprender mejor esta gran disparidad entre ambas muestras.

El equipo de investigación resalta tres hallazgos. En primer lugar, que la prevalencia de trastornos psiquiátricos y por abuso de sustancias fue alta, cerca de dos tercios de la población penitenciaria. En segundo lugar, esta prevalencia fue significativamente mayor respecto a la muestra de la población no penal. Por último, las comorbilidades fueron muy frecuentes entre la población penitenciaria, el 42,6% padecía al menos dos trastornos psiquiátricos o por abuso de sustancias.

Fovet et al. en su estudio tienen en cuenta, y así lo manifiestan, que se debe tener en cuenta algunas limitaciones en su método de evaluación. Por ejemplo, dado que el equipo quería evaluar la prevalencia de trastornos psiquiátricos al ingreso, dentro de las primeras 72 horas, como consecuencia de que los niveles de angustia, ansiedad... son más altos al comienzo del ingreso, pueden haber causado una sobreestimación de algunos trastornos. También la limitación en la comparación de la prevalencia entre una población y otra debido el desfase temporal entre ambos estudios. A pesar de ello, recalcan que sus resultados son consistentes ya que, comparándolos con otros estudios, como los de Trestman et al. (2007) y Gunter et al. (2008), entre otros, obtienen resultados son similares.

En definitiva, Fovet et al. concluyen que es sumamente fundamental la detección de este tipo de trastornos al ingreso, de manera que se pueda iniciar un tratamiento en el menor intervalo de tiempo posible. Por otra parte, enfatizan en la necesidad de

²⁸ El 41,6% presentaba dos o más trastornos diagnosticados.

implementar programas de prevención primaria con el fin de reducir la privación social y el abuso de sustancias, entre otras, y desarrollar alternativas a la prisión para las personas con trastornos mentales graves.

3.2.3. Conclusiones

La revisión ha contado con un total de diez estudios datados entre el 2002 hasta 2020. Se han incluido las investigaciones que se han considerado más relevantes sobre el estudio de los problemas mentales de la población penitenciaria. A pesar de que existe heterogeneidad entre los resultados de los diferentes artículos, todos subrayan importantes puntos comunes.

De acuerdo con la literatura analizada, se encuentra una mayor prevalencia de enfermedades mentales entre la población penitenciaria en comparación con la población general. Mientras el 66,5% de la población libre no sufre ningún trastorno mental, el 63,3% de la penitenciaria sufre un trastorno mental y el 41,6% al menos dos (Fovet et al., 2020).

A pesar de que el contexto penitenciario cuenta con una alta prevalencia de problemas mentales entre sus residentes y no se trate del mejor espacio para una óptima reinserción social y rehabilitación de una enfermedad psicológica, el estado mental de los internos tiende a mejorar con el paso del tiempo, aunque nunca vuelve a valores preingreso. Los estudios que trabajan esta línea establecen el inicio de la mejoría entre la cuarta semana y los tres primeros meses de encarcelamiento (Blaauw et al., 2007; Harding & Zimmermann, 1989; Taylor et al., 2010). Concretamente, la gravedad de los síntomas relacionados con la ansiedad y la depresión va decreciendo tras el quinto día de ingreso (Gibbs, 1987, 1991). Además, son varios los autores que sostienen no encontrar una correlación clara entre una mayor duración de la pena privativa de libertad y un aumento de enfermedades físicas o disminución de la capacidad cognitiva (Dettbarn, 2012).

Uno de los puntos fuertes de la revisión es la amplia bibliografía respecto a la prevalencia de problemas mentales entre la población penitenciaria. Como se ha narrado anteriormente, el contexto carcelario sostiene una carga importante de enfermedades mentales. Entre las patologías más prevalentes se encuentra el trastorno por abuso de sustancias con una tasa del 55% (Butler et al., 2011)²⁹, el trastorno de personalidad con un 51% (Dettbarn, 2012), los trastornos afectivos con un 50% (Butler

²⁹ Por el contrario, autores como Al-Rousan et al. (2017) han obtenido una tasa del 26%, o como Molina-Coloma (2018) del 30,69%, o como Fovet et al. (2020) del 53,5%.

et al., 2011)³⁰ y los trastornos psicóticos con un 6,9% (Fovet et al., 2020)³¹. Sin olvidar que el 31,4% de los internos se encuentran en riesgo de suicidio dentro de las primeras 72 horas de encarcelamiento (Fovet et al., 2020).

Además de reflejar datos estadísticos generales, es importante destacar y poner en contexto la disparidad de género en este ámbito. A pesar de que la gran mayoría de población penitenciaria es masculina, las reclusas femeninas no pueden quedar relegada a un segundo plano. Más aún cuando normalmente las mujeres reclusas tienen mayor prevalencia de trastornos mentales (el 61% de las internas sufre al menos uno frente al 39% de hombres (Butler et al., 2011))³². El 65% de las mujeres tienen diagnosticado un trastorno afectivo (Butler et al., 2011), el 90% un trastorno de ansiedad (Butler et al., 2011), el 69% un trastorno por abuso de sustancias (Butler et al., 2011) y el 4% un trastorno psicótico (Fazel & Danesh, 2002). El trastorno antisocial de la personalidad constituye una excepción, siendo superior en los hombres (con un 47%) frente al 21% de las mujeres (Fazel & Danesh, 2002).

Un problema persistente de esta población es la comorbilidad entre al menos dos trastornos mentales. Casi la mitad de la población penitenciaria (el 42,57%) padece una patología dual: un trastorno mental unido a un trastorno por abuso de sustancias (Molina Coloma et al., 2018). Siendo esta combinación mayor entre las mujeres con un 46% frente a los hombres con un 25% (Butler et al., 2011).

Analizar cómo responde la Administración a esta elevada tasa de trastornos mentales es fundamental para salvaguardar el bienestar de los presos. La prisión se ha caracterizado por el elevado uso de psicofármacos en contraposición a otros métodos menos lesivos, como la terapia. Aunque quizás cumplan mejor con la imperativa inmediatez del control, pues la funcionalidad del fármaco respecto a la estabilización del estado mental de una persona descontrolada y/o enferma es indudable, un abuso de la farmacología puede llegar a producir efectos adversos. En relación con el uso de medicación, según Kjelsberg (2005) el 51,9% de los internos toman algún tipo de fármaco durante su permanencia en el centro penitenciario, siendo la medicación más utilizada la pauta para los trastornos psicóticos suponiendo el 19,4%. Entre los internos que consumen medicación habitualmente el 71% de ellos toma más de un fármaco. Es conveniente señalar que un abuso de opioides, estimulantes, sedantes y de los medicamentos contra la ansiedad pueden provocar dependencia, problemas de

³⁰ Fovet et al. (2020) obtuvieron una tasa del 31,2%.

³¹ Sin embargo, Kjelsberg y Hartvig (2005) obtuvieron el 4%.

³² Respaldado por Al-Rousan (2017) con el 60% de mujeres frente al 46,6% de hombres. Aunque, por el contrario, Molina-Coloma (2018) obtiene una tasa del 54% de mujeres frente al 64,71% de los hombres.

memoria, ralentización de la respiración, problemas cardiacos... Así pues, uso justo y controlado junto con su combinación con alternativas como la terapia es lo más recomendable.

Tal y como se adelantaba en las conclusiones existen diferencias entre los resultados obtenidos sobre la prevalencia de enfermedades mentales de los diferentes estudios analizados. Esta heterogeneidad sobre los resultados de una misma temática dificulta proyectar una imagen fidedigna de la realidad que está siendo estudiada. Por ello, es importante conocer las posibles causas de este fenómeno. Fazel et al. (2012) identifican dos posibles causas. En primer lugar, las pequeñas diferencias en los sistemas de diagnósticos entre el DSM y el CIE hacen que se tienda a sobrestimar o subestimar el diagnóstico de una enfermedad mental, según los criterios de diagnóstico que se hayan utilizado. Por ejemplo, la "fatiga" es tratada como un criterio básico para la depresión según el CIE, mientras que para el DSM se trata simplemente de una característica asociada. De modo que, en este caso, el CIE tendría tendencia a sobreestimar el trastorno depresivo mientras que el DSM a subestimarlo. En segundo lugar, la comorbilidad con otros trastornos mentales puede suponer otra causa de subestimación.

Por otro lado, a la hora de comparar los resultados de diferentes estudios es necesario tener en cuenta qué enfermedades mentales se están estudiando, qué población ha compuesto las muestras y la diferencia temporal entre estudios. No son comparables los resultados obtenidos cuando la muestra ha sido obtenida con distintos criterios, cuando no se ha discriminado entre población preventiva de la condenada o cuando existe un desfase temporal amplio entre una población y otra (Fovet et al., 2020). Del mismo modo, respecto a la disparidad de género, el menor tamaño muestral, junto con las escasas investigaciones sobre la prevalencia de enfermedades mentales en la población femenina penitenciaria, pueden constituirse como causas de la heterogeneidad entre artículos.

En definitiva, todos estos estudios además de mostrar la disparidad existente entre la prevalencia de problemas mentales de la población penitenciaria frente al de la población general, revela la trascendencia de establecer el foco en el adecuado diagnóstico al ingreso de una persona en prisión. Para evaluar la eficacia de este diagnóstico inicial, resulta crucial conocer el intervalo medio entre el momento que se produce el ingreso en prisión y el primer diagnóstico psiquiátrico. Esta información refleja lo que supone la salud mental de las personas para la Administración y puede revelar las carencias de recursos materiales y humanos destinados a la sanidad penitenciaria. Según la información aportada por Al-Rousan et al. (2017) las enfermedades mentales

en el entorno penitenciario son diagnósticas en un 90% alrededor del sexto año del encarcelamiento y el intervalo medio entre las fechas del encarcelamiento y del diagnóstico psiquiátrico es muy dinámico. Tal es así que el intervalo medio más corto es de siete meses para la demencia y las duraciones medias más largas hasta dar con un diagnóstico psiquiátrico son para la distimia y la esquizofrenia, con intervalos de tres años y nueve meses, y de cuatro años y cuatro meses, respectivamente. Estos resultados revelan que no se está siguiendo con el consenso académico y no se focalizan los recursos en el diagnóstico al ingreso. Una mejora en esta dirección podría favorecer una identificación precoz de posibles internos con patologías mentales graves y en riesgo de suicidio que requieran una especial atención. Ello permitiría adoptar medidas específicas en un menor intervalo de tiempo para poder de mitigar el sufrimiento y disminuir los efectos nocivos de la privación de libertad y del ambiente carcelario sobre la salud mental (Al-Rousan et al., 2017; Audi et al., 2018; Fovet et al., 2020; Molina Coloma et al., 2018; Walker et al., 2014).

3.2.4. Estudios nacionales

La propia Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP), distintas asociaciones de profesionales sanitarios, jurídicos y sociales, y asociaciones en defensa de los derechos humanos, tildan la elevada prevalencia de personas padecientes de algún trastorno mental como el principal problema de salud en los centros penitenciarios españoles, junto con las toxicomanías (Zulaika et al., 2012).

En España este tipo de estudios han sido escasos, locales y con una metodología quizás poco contrastada. Sin embargo, a causa de la magnitud del problema, la salud mental está teniendo un mayor interés entre los investigadores por lo que están emergiendo investigaciones con cada vez un mayor rigor científico.

La enfermedad mental puede estar o no relacionada con la comisión del delito, pero en muchas ocasiones pasa inadvertida durante el proceso penal. Por ello los servicios de salud penitenciarios ofrecen una oportunidad para controlar enfermedades y promover conductas saludables entre segmentos poblaciones con una menor educación sanitaria y mayor carga de enfermedades mentales (Arroyo-Cobo, 2015).

Las investigaciones nacionales que han sido seleccionadas en el meta estudio datan entre 1999 hasta 2016. Descritas cronológicamente. Se ha procedido del mismo modo a la hora de seleccionar la literatura nacional que en la selección de las investigaciones internacionales. De tal forma que se han escogido estudios enfocados exclusivamente en la prevalencia de problemas mentales como investigaciones elaboradas desde diferentes enfoques, como estudios de perfilación clínico y delictivo, estudios centrados

en la descripción de la consulta psiquiátrica penitenciaria y, estudios centrados en los factores asociados a los trastornos mentales.

Se comienza, por tanto, con el estudio elaborado por Iñigo-Barrio et al. (1999), "*Perfil clínico y delictivo de los enfermos ingresados en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante*", el cual consiste en una investigación sobre los perfiles médico-psiquiátricos, psico-sociales y toxicológicos de los pacientes internos en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante (HPPA), Comunidad Valenciana, además de comprobar si este grupo de personas se encuentran con un elevado nivel de marginación. El estudio data de 1999, pero se llevó a cabo desde 1994 con una muestra total de 267 personas.

Iñigo-Barrio et al. en el momento del recabado de información se interesaron principalmente en los antecedentes clínicos, delictivos y sociales de todos los internos que ingresaron cuando realizaron el estudio. Para contrastar toda la información y llegar a obtener los datos más fidedignos, se apoyaron tanto en los cuestionarios contrastados por los historiales clínicos como en los testimonios de las sentencias, en los expedientes de la penitenciaria y en casos muy concretos en la propia opinión de los familiares de los internos. Por otra parte, manejaron multitud de variables en su estudio tanto sociales previas al ingreso y durante su internamiento, como médicas, psiquiátricas, jurídicas, delictivas y en la propia historia psicopatológica familiar y personal.

En cuanto a los resultados, la patología psiquiátrica que fue más prevalente fue el grupo de la esquizofrenia, esquizotípica e ideas delirantes, seguidos por los trastornos de la personalidad y del comportamiento y los trastornos mentales precipitados por el consumo de sustancias psicótropas³³. Los autores determinaron que en la mayoría de los casos que atendieron el origen de la patología psiquiátrica de los internos fue el consumo de sustancias y, en otros casos el trastorno por consumo de sustancias coexiste con la patología psiquiátrica primaria. También que el 74,5% de los internos fueron diagnosticados de esquizofrenia (TMG).

Por otro lado, en cuanto a las tasas de suicidio entre la población penitenciaria, afirmaron que es de siete a nueve veces superior respecto a la población no penal y respecto en pacientes psiquiátricos existe elevada heterogeneidad entre estudios que la sitúan entre el 4 y el 55%. Es por ello, por lo que los enfermos mentales y los presos son considerados grupos de alto riesgo. De hecho, en su estudio obtuvieron que el intento de suicidio, con un 32%, es la conducta autolítica más prevalente.

³³ Debido a una mala calidad visual de la gráfica donde debieran aparecer las proporciones, no se ha podido averiguar las prevalencias de cada enfermedad mental.

Adicionalmente, el estudio contó con información que quizás no se suele tenerse en cuenta y que sin duda son datos muy interesantes. Por ejemplo, observaron una alta conflictividad familiar en gran parte de los internos, el 62%. Igualmente, el 12% de los internos tenían antecedentes de enfermedad mental en su familia, concretamente en uno de sus progenitores. Al margen, el 29,7% había tenido que ejercer la mendicidad en algún momento de su vida, de los cuales, el 60% tenía como segundo diagnóstico un trastorno por consumo de sustancias.

Por último, Iñigo-Barrio et al. concluyeron en que la escasez de programas alternativos en los centros penitenciarios, sean hospitales o no, dificultan la integración de los internos en sociedad interfiriendo además con la normalización del enfermo mental. Además, criticaron el tratamiento que se seguía en las instituciones penitenciarias para las patologías mentales, basado fundamentalmente en la consecución de un tratamiento farmacológico, obviando otros interesantes tipos de terapia como la cognitiva o conductual, habilidades sociales... que les permitirían además adquirir una serie de habilidades de cara a su puesta en libertad.

En el Principado de Asturias, la investigación realizada por Martínez-Cordero (2000), *“Perfil patológico del interno ingresado en la Enfermería de un Centro Penitenciario”*, consiste en un estudio estadístico y descriptivo en el que se determinó el perfil patológico del interno que ingresaba en la enfermería del centro penitenciario de Villabona. El estudio data del 2000, pero la recogida de información se produjo en 1998, con una muestra total de 34 personas.

Para la consecución del estudio, Martínez-Cordero recabó la información de las historias clínicas de los internos ingresados en enfermería. En primer lugar, es necesario conocer cuáles fueron los criterios sanitarios que justificaron el ingreso de los internos que, al fin y al cabo, han sido los que han compuesto la muestra del estudio. Por un lado, para tener un control adecuado de los tratamientos de los pacientes de cara a minimizar el riesgo de engaños o que se equivocasen en las tomas, lo que supuso el 67,6%. Por otro lado, para llevar a cabo el seguimiento clínico del paciente, su evolución de salud, suponiendo el 32,4%. En segundo lugar, los pacientes fueron agrupados en dos grupos distintos según el diagnóstico. Por un lado, aquellos diagnosticados con una patología psiquiátrica, el 41,2%, y aquellos con una patología no psiquiátrica, el 58,8%.

En referencia a los resultados, la mayor prevalencia de trastornos fueron los cuadros psicóticos, suponiendo el 36% de los pacientes, seguidos de trastornos depresivos, con un 29%, y los trastornos de la personalidad con un 7% de los casos. Al margen, un 14% de los internos sufrían de alcoholismo y tenían retraso mental, el 2,9% de los internos

se habían lesionado una vez y, además, se detectó que el 20,6% de los internos tenían riesgo de suicidio, de los cuales el 86% tenía diagnósticos psiquiátricos.

Adicionalmente, el estudio contó con información que quizás no se suele tenerse en cuenta y que sin duda son datos muy interesantes. Durante el estudio se solicitó la excarcelación de 6 internos por padecer una patología incurable³⁴, como el SIDA, por el contrario, no se solicitó en ningún momento la excarcelación de algún interno con un diagnóstico psiquiátrico.

Martínez-Cordero en su reflexión final hace hincapié en el peso tan importante que supone la patología psiquiátrica entre los internos ingresados en el módulo de enfermería y, además, de revelar el motivo por el cual los internos ingresan con mayor frecuencia a la enfermería, por un adecuado control de la toma de los fármacos de sus tratamientos.

En Aragón, el estudio realizado por Calvo Estopiñán et al. (2008), "*Prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes ingresados por el Servicio de Psiquiatría en el Módulo Penitenciario del H.U.M.S.*³⁵", consiste en un estudio descriptivo en el que se buscaba determinar qué trastornos psiquiátricos son los de mayor prevalencia en la población penitenciaria a cargo del servicio de psiquiatría. La investigación data de 2008, con una muestra de 136 personas, las cuales ingresaron a cargo del Servicio de Psiquiatría entre el 2000 y 2004.

Calvo Estopiñán et al. se apoyaron en el Servicio de Archivos del Hospital para que les facilitase el listado de pacientes. Gracias a este servicio pudieron realizar una revisión de las historias clínicas de todos los pacientes de su muestra y siguieron los criterios del CIE-9 para recoger los diagnósticos psiquiátricos.

En lo referente a los resultados, al menos el 50% de los internos estuvieron ingresados por lo menos 6 días en el Módulo del H.U.M.S. Los trastornos mentales diagnosticados con mayor prevalencia fueron los trastornos de la personalidad, con un 22%, seguido de los trastornos esquizofrénicos, con un 16,3%, de los trastornos de psicosis afectivas, con un 6,5%, y de los trastornos por dependencia alcohólica, con un 6,5%. Por otra parte, encontraron que el 49% padecía de un trastorno mental comórbido, siendo nuevamente el trastorno de la personalidad el más prevalente, con un 11,9%, seguido

³⁴ Procedimiento recogido en el Reglamento Penitenciario, en su artículo 196.2. Libertad condicional de septuagenarios y enfermos terminales: "*Igual sistema se seguirá cuando, según informe médico, se trate de enfermos muy graves con padecimientos incurables. Cuando los servicios médicos del Centro consideren que concurren las condiciones para la concesión de la libertad condicional por esta causa, lo pondrán en conocimiento de la Junta de Tratamiento, mediante la elaboración del oportuno informe médico*" (Ministerio de Justicia e Interior, 1996).

³⁵ Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza, Aragón.

por el abuso de las drogas, con un 10,7%, de los trastornos esquizofrénicos, con un 5,1%, entre otros.

Calvo Estopiñán et al. concluyen en que la asistencia psiquiátrica en los centros penitenciarios es inadecuada e insuficiente. En muchas ocasiones es necesario que el paciente se traslade al hospital, lo que conlleva tanto una carga asistencial como un incremento en los costes, porque los centros penitenciarios carecen de equipos multidisciplinares de salud mental.

Por su parte, Vicens et al. (2011), "*The prevalence of mental disorders in Spanish prisons*", elaboraron un estudio epidemiológico sobre la prevalencia de trastornos mentales entre la población penitenciaria en España. La investigación data de 2011, pero la recolección de datos se realizó entre 2007 y 2008. La muestra estuvo compuesta por hombres condenados procedentes de cinco cárceles de Aragón, Cataluña y la Comunidad de Madrid, compuesta por un total de 700 internos (mismo número de internos de cada región).

El objetivo perseguido por los autores en la investigación fue la de obtener cifras lo suficientemente precisas de la prevalencia vida³⁶ y periodo (mes anterior de la entrevista) de los trastornos mentales de la población penitenciaria española.

La población penitenciaria fue escogida en base a una serie de criterios de inclusión: (I) ser varón, (II) pertenecer al rango de edad de 18 a 75 años, (III) estar en prisión como condenado y (IV) estar recluido en un módulo ordinario. En cuanto a los criterios de exclusión fueron los siguientes: (I) estar en prisión como preventivo, (II) encontrarse recluido en un módulo psiquiátrico, (III) estar próximo a ser trasladado de prisión o su puesta de libertad (dentro de los 6 meses y (IV) no comprender suficiente el español.

Vicens et al. hicieron uso de diferentes instrumentos en la recopilación de datos en su estudio, como la Entrevista Clínica Estructurada del DSM-IV para el diagnóstico de los trastornos mentales, o la versión española del International Personality Disorder Examination (IPDE)³⁷ para diagnosticar trastornos de la personalidad.

³⁶ Prevalencia entendida en epidemiología como "la proporción de personas que sufren una enfermedad con respecto al total de la población en estudio". La prevalencia se mide en términos de porcentajes o proporciones y se puede distinguir tres tipos de prevalencia teniendo en cuenta el ciclo evolutivo de la persona: (I) prevalencia puntual: personas que padecen una enfermedad o un trastorno en un momento determinado; (II) prevalencia de periodo: personas que presentan una enfermedad o un trastorno en algún momento a lo largo de un periodo; y (III) prevalencia vida: las personas que padecen una enfermedad o trastorno en algún momento a lo largo de su vida (Organización Mundial de la Salud, 2001).

³⁷ Examen Internacional de Trastornos de la Personalidad.

En relación con los resultados, la prevalencia vida de los trastornos mentales obtenida fue del 84,4%, mientras que la prevalencia mes fue del 41,2%³⁸. Los trastornos mentales con mayor prevalencia vida fueron el trastorno por consumo de sustancias con un 76,2%, seguido del trastorno de ansiedad con un 45,3%, del trastorno del estado de ánimo con un 41% y del trastorno psicótico con un 10,7%. En cuanto a la prevalencia mes, el trastorno más frecuente fue el de ansiedad con un 23,3%, seguido del trastorno por consumo de sustancias con un 17,5%, del trastorno del estado de ánimo con un 14,9% y del trastorno psicótico con un 4,2%.

Entre los internos que padecían trastorno por consumo de sustancias, la droga más consumida fue el alcohol y la cocaína; estos internos mostraron una alta comorbilidad, siendo el trastorno de ansiedad el trastorno comórbido más común con un 54,4%, seguido del trastorno del estado de ánimo con un 48,1%, del trastorno psicótico con un 13,7% y del trastorno de adaptación con un 66,7%. Tan solo, el 8% de los internos de los que padecían al menos un trastorno mental no tenía antecedentes por un trastorno por consumo de sustancias.

Por otra parte, los trastornos de la personalidad del Grupo B fueron los más frecuentes. Dos tercios de la muestra padecía de al menos dos trastornos de la personalidad y tan solo el 15% de uno. El trastorno de la personalidad más prevalente fue el trastorno límite de la personalidad con una tasa del 44%, seguido del narcisista con un 33% y del trastorno antisocial de la personalidad con un 23%. Por el contrario, el trastorno de la personalidad del Grupo A más prevalente fue el trastorno de la personalidad paranoide con una tasa del 37%.

Vicens et al. concluyen afirmando que los resultados que han obtenido en su investigación muestran la clara semejanza entre la prevalencia de una población a otra. Según su estudio, la prevalencia de trastornos mentales en la población penitenciaria es cinco veces mayor que en la población no penal, la cual según Haro et al. (2006) la prevalencia vida en los hombres era de 15,7%. Aparte, resaltan el deber de los administradores penitenciarios en conocer en profundidad esta problemática, de modo que planifiquen y mejoren los servicios psiquiátricos. Reconocen también, la dificultad de planificar el servicio sanitario en los centros penitenciarios, dado que, por ejemplo, si existe un elevado porcentaje de presos extranjeros y además, se dan ciertas variables como ser desempleado o no tener residencia, ambas asociadas al propio encarcelamiento, ello les supone una condición de especial vulnerabilidad y de riesgo

³⁸ Los datos oficiales con los que contaban eran los del Informe del Ministerio del Interior español del año 2007, en el que mostraron una prevalencia general de trastorno mental en población penitenciaria del 46% (Dato muy similar al obtenido para la prevalencia periodo por Vicens et al.).

de exclusión social, por lo que este grupo —especialmente— permanece en una puerta giratoria entre los servicios de salud mental y la reincidencia. Por ello, es de interés académico, penal y social que las futuras investigaciones y la propia administración penitenciaria pudieran centrarse en este grupo de prisioneros.

En la Comunidad Valenciana, la investigación llevada a cabo por Arnau-Peiró et al. (2012), "*Descripción de la consulta psiquiátrica en centros penitenciarios de la Comunidad Valenciana*", consiste en un estudio epidemiológico longitudinal en el que se exploraron los perfiles clínicos, sociodemográficos y de tratamientos de los pacientes internados que hubieran sido derivados a consulta psiquiátrica en los centros penitenciarios de Valencia II de Picassent, Castellón I y Castellón II de Albocácer. El estudio data de 2011, pero la recolección de datos fue entre 2009 y 2011, con una muestra de 786 personas.

El objetivo principal del estudio de Arnau-Peiró et al. fue la descripción de la actividad asistencial psiquiátrica en tres centros penitenciarios diferentes. De tal forma que, a la hora de conformar la muestra de su estudio, incluyeron a todos los pacientes que fueron derivados por el servicio sanitario y valorados en consulta psiquiátrica penitenciaria durante el intervalo de tiempo que duró su estudio. Así pues, los casos derivados por el servicio médico, bajo el criterio clínico del médico de atención primaria, eran principalmente personas con trastornos mentales graves, con patologías duales y pacientes reacios al tratamiento que se les había instaurado. Por otra parte, la duración media del seguimiento psiquiátrico de los internos fue de 208,3 días y las causas de suspensión fueron por alta médica, puesta en libertad, traslado de centro penitenciario y por fallecimiento.

En cuanto a los resultados, Arnau-Peiró et al. los muestran según el motivo de derivación y el diagnóstico. Por un lado, el motivo más predominante por el que fueron derivados los internos a la consulta psiquiátrica fue por síntomas ansiosos, suponiendo el 44,2%, seguido por tener síntomas del ánimo depresivo, con un 17,2%, por síntomas psicóticos, con un 11,7%, por el propio seguimiento psiquiátrico del interno, con un 7,8%, por la valoración de la demanda de psicofármacos, con un 5,9%, por alteraciones del sueño, con un 3,3%, y para el seguimiento de los internos de riesgo de suicidio, con un 1,6%. Por otro lado, con respecto al diagnóstico de trastornos mentales, el más prevalente fue el trastorno de ansiedad generalizada, con un 49,2%, seguido del trastorno depresivo mayor, con un 20,8% y el trastorno psicótico, particularmente la esquizofrenia con un 11,7%. Con relación al diagnóstico de los trastornos de personalidad, el Grupo B fue el más prevalente con una tasa del 90% de los internos y respecto a la comorbilidad, el 59,3% padecía un trastorno de ansiedad generalizada, el

12% un trastorno depresivo y el 6,6% un trastorno psicótico. Por último, el 87,1% de los internos que admitieron consumir algún tipo de sustancia tenía asociado un diagnóstico psiquiátrico del Eje I o del Eje II del DSM-IV.

Arnau-Peiró et al. concluyen haciendo hincapié en la importante figura que supone el psiquiatra consultor. Consideraron que una adecuada asistencia médica, en este caso psiquiátrica, es inconcebible sin la figura del psiquiátrico y resulta muy complicado debido a las jornadas laborales parciales del colectivo. Por ello, reabrieron el debate de que la administración penitenciaria demostró su incapacidad para abastecer de unos servicios de salud adecuados, por lo que sería interesante que los servicios de salud autonómicos asumieran esta competencia.

Zabala-Baños et al. (2016), "*Prevalencia de trastorno mental y factores de riesgo asociados en tres prisiones de España*", elaboraron una investigación epidemiológica descriptiva sobre la prevalencia de trastornos mentales en la población penitenciaria masculina en tres centros españolas, uno en la comunidad de Madrid y dos en Castilla-La Mancha. El estudio data de 2015, con una muestra total de 184 personas.

El objetivo perseguido por Zabala-Baños et al. en el estudio, es averiguar la prevalencia vida y periodo –mes– de los trastornos mentales más frecuentes, así como conocer el perfil sociodemográfico de la población penitenciaria.

La población penitenciaria fue escogida bajo estos parámetros de inclusión: (I) ser hombre cumpliendo una pena privativa de libertad, (II) tener entre 18 y 75 años, (III) poseer un nivel suficiente de español, y (IV) dar el consentimiento. Por el contrario, los criterios de exclusión fueron: (I) ser mujer, (II) estar preventivo o cumpliendo una medida de seguridad, (III) no poseer un nivel suficiente de comprensión del español, (IV) que su puesta en libertad fuera antes de 6 meses o fueran a ser trasladados próximamente a otro centro, (V) internos en medio abierto, (VI) internos recluidos en el módulo psiquiátrico, y (VII) internos con patologías somáticas graves o personas sin capacidad para realizar la entrevista o dar el consentimiento.

Por otro lado, Zabala-Baños et al. emplearon la entrevista estructurada de recogida de datos sociodemográficos ad hoc y para el diagnóstico de los trastornos mentales utilizaron la entrevista SCID-I siguiendo los criterios del DSM-IV.

En cuanto a los resultados, la mayor parte de los internos había padecido a lo largo de su vida algún trastorno mental, la prevalencia vida fue del 90,2%, siendo el trastorno por abuso de sustancias el más frecuente, suponiendo el 72,3%, seguido del trastorno del estado de ánimo, con un 38,5%, los trastornos psicóticos, con un 34,2% y el trastorno depresivo mayor, con un 28,2%. En cambio, tomando como referencia la prevalencia

mes, la tasa de prevalencia de tener algún trastorno descendió hasta el 52,2%, siendo el trastorno psicótico el más frecuente, con un 20,7%, seguido del trastorno por abuso de sustancias, con un 18,5% y del trastorno del estado de ánimo, con un 13%.

En relación con los factores de riesgo asociados a los trastornos mentales, Zabala-Baños et al. únicamente trataron la prevalencia de tener un trastorno psicótico o un trastorno por abuso de sustancias o un trastorno del estado de ánimo según factores sociodemográficos. Por ejemplo, respecto al trastorno por abuso de sustancias los factores de riesgo son: (I) la edad (situarse en la franja entre los 10 y 39 años) (II) el estado civil (estar soltero) (III) nivel de estudios (no tener estudios primarios), (IV) situación laboral (estar desempleado) y (V) lugar de nacimiento (ser español).

Zabala-Baños et al. concluyeron su estudio poniendo el foco en el esfuerzo constante por parte de los internos en la adaptación psicosocial que les supone la prisión, como institución cerrada, en donde las circunstancias sociales, los problemas de salud física y mental y la perspectiva vital pueden llegar a ser bastante adversas. Por ello, consideraron esencial seguir profundizando en esta problemática de cara a reducir la desigualdad en Salud Pública.

En Andalucía, la investigación realizada por López et al. (2016), "*Prevalencia de problemas de salud mental en varones que cumplen condena en centros penitenciarios de Andalucía (España)*", consiste en un estudio descriptivo sobre la determinación de la prevalencia de problemas de la salud mental entre la población penitenciaria. La investigación data del 2015, pero la información fue recogida en 2010, con una muestra total de 472 personas provenientes de los centros penitenciarios de Albolote, Granada, y de Morón, Sevilla.

López et al. decidieron reproducir la metodología del estudio PRECA, de cara a que les permitiese ampliar la información de este estudio con dos centros penitenciarios en la comunidad de Andalucía y así, poder establecer algunas comparaciones. Emplearon la entrevista SCID-I a la hora de diagnosticar los trastornos mentales del Eje 1 del DSM-IV y en cuanto a la estimación de los trastornos de personalidad el cuestionario autoaplicado IPDE.

En lo referente a la prevalencia, la mayoría de los internos tenían antecedentes en relación con el consumo de sustancias. La prevalencia vida fue del 65,9% en el consumo de sustancias, la mayor, seguida del trastorno afectivo, con un 31,4%, del trastorno de ansiedad con un 30,9% y de los trastornos psicóticos, con un 11,9%. Por el contrario, si se toma como referencia la prevalencia mes, en el último mes, los valores cambian significativamente, de modo que el trastorno más prevalente es el trastorno de ansiedad,

con un 10,4%, seguido del trastorno afectivo, con un 9,3%, del abuso o dependencia de sustancias, con un 6,6%, y de los trastornos psicóticos, con un 3,8%. Con respecto a la comorbilidad entre los trastornos funcionales y el abuso o dependencia de sustancias, tiene una elevada prevalencia, principalmente a la prevalencia vida, con unas tasas del 38,6% frente al 1,1% respecto a la prevalencia mes.

Por último, en relación con los trastornos de personalidad, el 79,9%³⁹ de los internos padecía de al menos un trastorno de personalidad. El trastorno de la personalidad evitativo es el más prevalente, con un 38,5%, seguido del trastorno límite de la personalidad, con un 35,5%, del trastorno de la personalidad narcisista, con un 35%, y del trastorno histriónico de la personalidad, con un 34,3%. Con respecto a la comorbilidad, el 60% de los internos reúne los criterios para padecer más de un trastorno y el 45% más de dos⁴⁰.

El estudio de López et al. en comparación con el estudio PRECA obtuvieron cifras generales muy similares de la prevalencia vida, sin embargo, respecto a las cifras de la prevalencia mes fueron significativamente menores; así como en la prevalencia vida y mes para los trastornos de ansiedad, depresión y abuso de sustancias. Por el contrario, obtuvieron una prevalencia mayor en la prevalencia vida para los trastornos psicóticos.

López et al. concluyen destacando cuatro grupos de problemas: (I) la elevada prevalencia de trastornos mentales en la población penitenciaria, un número menor de trastornos mentales graves pero sensiblemente importante y también una elevada prevalencia de trastornos de la personalidad; (II) la relación de padecer un trastorno mental y el riesgo de conductas delictivas; (III) cobra especial relevancia el consumo de sustancias y los trastornos de personalidad como factores de riesgo en relación a la comisión de delitos, y (IV) las estrategias para controlar esta problemática, destacando la interrupción de la entrada de personas con problemas mentales y dar una atención sanitaria adecuada a las personas que se encuentren internas en los centros penitenciarios.

3.2.5. Conclusiones

La revisión ha contado con un total de siete estudios datados entre el 1996 hasta 2016. Se han revisado las investigaciones que se han considerado más relevantes sobre el estudio de los problemas mentales de la población penitenciaria. A pesar de que existe

³⁹ Resultados obtenidos con el punto de corte "4" (4 o más respuestas positivas). Por el contrario, poniendo el punto de corte "5", obtuvieron una prevalencia del 55,6%.

Todas las prevalencias empleando el punto de corte "5" son más bajas que con el "4".

⁴⁰ Empleando el corte "4".

heterogeneidad entre los resultados de los diferentes estudios, todos subrayan puntos comunes.

De acuerdo con la literatura nacional analizada, se encuentra una mayor prevalencia de enfermedades mentales entre la población penitenciaria en comparación con la población general, en concordancia también con los resultados obtenidos de la literatura internacional. La prevalencia de padecer al menos un trastorno mental fue 5,3 veces superior respecto a la población general (Zabala-Baños et al., 2016). De igual modo, por ejemplo, para las prevalencias de los internos diagnosticados con psicosis y depresión son entre 2 y 4 veces superiores en relación con la población no penal (Calvo Estopiñán et al., 2008). En suma, la prevalencia de que un interno padezca una enfermedad mental es del 84,4%⁴¹.

Tal y como se ha defendido, uno de los puntos fuertes de la revisión sigue siendo la amplia bibliografía respecto a la prevalencia de problemas mentales entre la población penitenciaria. Del mismo modo, el contexto carcelario español también sostiene una carga importante de personas con alguna enfermedad mental. Entre las patologías más prevalentes se encuentra el trastorno por consumo de sustancias con un 76,2% (Vicens et al., 2011)⁴², seguida del trastorno de ansiedad con un 49,2% (Arnau-Peiró et al., 2012), del trastorno del estado del ánimo con un 38,5% (Zabala-Baños et al., 2016) y de la esquizofrenia con un 11,4% (Zabala-Baños et al., 2016).

La comorbilidad constituye un problema persistente entre este tipo de población. De igual modo que en el ámbito internacional, casi la mitad de la población penitenciaria española (el 49%) padece de dos trastornos mentales simultáneos. Entre los más prevalentes son las patologías duales con un 38,6% (López Álvarez et al., 2016) y los trastornos funcionales junto a un trastorno de la personalidad con una tasa del 11,9% (Calvo Estopiñán et al., 2008).

En España, también ha sido importante el uso de los fármacos en los centros penitenciarios. Tal es así que, Iñigo-Barrio (1999) recrimina el lugar predominante que ocupa el tratamiento farmacológico para tratar una enfermedad mental, quedando relegados otros tipos de terapia cognitivas de forma que el interno no toma el

⁴¹ Se trata de una prevalencia mayor respecto a las obtenidas en la bibliografía internacional. A pesar de ello, es una tasa similar a la obtenida por otros autores nacionales. López-Álvarez et al.(2016) obtiene una tasa de un 82,6% y Zabala-Baños et al. (2016) del 90,2% (recordando que se hace referencia a la prevalencia vida).

⁴² Tasas de prevalencia similares se han obtenido en estudios más recientes, como el de Zabala-Baños (2016) con una tasa del 72,3% y el de López-Álvarez (2016) con una tasa del 65,9%.

protagonismo ni adquiere habilidades útiles tanto para revertir su enfermedad como de cara a su puesta en libertad.

Del mismo modo que en la bibliografía internacional existen diferencias entre los resultados obtenidos sobre la prevalencia de enfermedades mentales de la literatura española. Esta heterogeneidad probablemente comparta las mismas causas con los estudios analizados anteriormente.

Entre los puntos débiles, un dato que puede echarse en falta es el contar con algún estudio que pusiese en contexto la realidad de la población penitenciaria femenina en cuanto a su salud mental. Aunque es cierto que la gran mayoría de la población penitenciaria en España es masculina, ello no tiene por qué primar y relegar la población reclusa femenina a un segundo plano.

En definitiva, conocer la prevalencia de las personas que sufren trastornos mentales en los centros penitenciarios es dar voz a una causa silenciada. La comparativa entre la población penitenciaria y la población general atisba una desigualdad abrupta. Además, estar en posesión de esta información puede llevar a una mejora sustancial de la salud de este colectivo, al poder identificar sus necesidades específicas. Así mismo, permite a la Administración una adecuada planificación en cuanto a sus servicios sanitarios de manera que permitiría mejorar la atención, evaluación y calidad sanitaria. Paralelamente, es crucial que se produzca una coordinación entre la Administración penitenciaria con las respectivas instituciones sanitarias y sociales, para la implantación de políticas preventivas que ayuden a mitigar los problemas mentales y la estigmatización que existe en torno a las personas que padecen una enfermedad mental. En suma, la Administración debe de garantizar unos servicios de salud dignos en los que abunden programas alternativos a los farmacológicos, que preparen al interno de la forma más adecuada a su futura reincorporación en la comunidad.

3.3. Factores que inciden sobre la salud mental

3.3.1. Introducción

En un centro penitenciario, toda persona que es internada se encuentra en un contexto caracterizado por el aislamiento afectivo, una rutina y vigilancia permanente, falta de privacidad y una nueva escala de valores que, entre otras, afecta directamente a las relaciones interpersonales manifestándose dinámicas de agresividad y desconfianza. Todo ello, asociado a frustraciones y estrés conlleva una sobrecarga emocional en el interno. En los casos menos graves, puede desencadenar la aparición de desajustes conductuales y en el resto —sobre todo si previamente ya han manifestado desequilibrios— la manifestación de comportamientos patológicos.

Una buena parte de las personas que ingresan en un centro penitenciario es debido a un comportamiento socialmente inadaptado y en algunos casos como expresión de un proceso patológico. Es evidente que por mínima que sea cualquier patología o disfunción que el interno padezca o padeciese antes de su internamiento, si no sigue o siguiese previamente un tratamiento adecuado, ésta progresivamente se agravará durante su permanencia en el centro, debido a que el hecho de mantener una adecuada salud mental en este contexto resulta muy exigente.

Tal y como se ha hecho hincapié, la población penitenciaria se la considera un colectivo de riesgo, donde uno de los grupos más característicos es compuesto por personas que provienen de ambientes deprimidos, contextos sociales y familiares marginales, con niveles económicos bajos, procesos de socialización y educativos deficitarios (existiendo niveles altos de alfabetización), laboralmente poco cualificados con empleos inestables y ocupaciones diversas –que no requieren cualificación, y poseen limitadas habilidades sociales y personales para relacionarse con otros y afrontar sus problemas (Zabala Baños, 2016).

Además de estos rasgos más generales, desde la perspectiva psicológica los más significativos son la alta frecuencia de eventos traumáticos (el 22,8% de los reclusos padecen de estrés postraumático (Zabala-Baños et al., 2016)), el elevado porcentaje de consumo abusivo de sustancias tóxicas (el 76,2%% padece un trastorno por abuso de sustancias (Vicens et al., 2011)) y la alta prevalencia de problemas de salud mental (el 84,4% padecen al menos de un trastorno mental (Vicens et al., 2011)); en comparación con la población no penal.

Por último, la clasificación que se ha empleado es la que sugiere Zulema Altamirano Argudo (2013) en su tesis doctoral *“El bienestar psicológico en prisión: antecedentes y consecuencias”*. Dicha clasificación se ha elegido debido a su gran profundidad, precisión y desarrollo de los procesos cognitivos subyacentes a los factores de riesgo y protección. La autora identifica una serie de factores de protección (positivos) y de riesgo (negativos) relacionados con la salud mental y principalmente con los procesos de estrés que los internos experimentan durante su paso por prisión. La autora denomina a los factores de riesgo como “estresores” y a los factores de protección como “recursos”.

3.3.2. Estresores (factores de riesgo)

El término estrés se ha convertido en una palabra de uso cotidiano, en un componente más en las vidas de las personas, con el que se lidia habitualmente y se trata de prevenir y eliminar, o de manejarlo como buena mente se pueda (Lazarus, 2000). Puede definirse

como “la ambivalencia entre la percepción que el sujeto tiene de las demandas que se le plantean y su disposición para afrontar dichas demandas” (Frydenberg & Lewis, 2000, p. 13), o, dicho de otra forma, es el resultado entre la demanda y la propia capacidad para ajustarse a ella.

Según el modo en que las personas elaboren el significado de su bienestar frente a lo que esté sucediendo y sobre lo que pueda o no hacerse al respecto, el estrés se manifiesta con mayor o menor intensidad a través de los pensamientos, emociones y acciones. Además, una exposición continua y/o elevada puede suponer un desgaste físico, mental y emocional en la persona, de forma que puede expresarse negativamente en forma de ansiedad, hostilidad e incluso depresión, derivando en secuelas para el organismo y en la salud mental de la propia persona.

Entonces, trasladándose al contexto penitenciario, desde el primer momento en el que la persona ingresa en prisión ha de hacer frente a numerosos estresores que, dependiendo de las habilidades que dispongan tendrán unas consecuencias u otras sobre su estado físico y mental. En este contexto, los internos deberán hacer frente a una mayor frecuencia e intensidad de situaciones que puedan ser percibidas como estresantes, sin contar con los medios del exterior, afectando con un grado mayor de intensidad al carecer de la posibilidad de tener un cierto control con los hechos que suceden tanto en el exterior como en el interior de la prisión.

Por consiguiente, los estresores o demandas son aquellos aspectos físicos, sociales y de la propia organización de la prisión que suponen un esfuerzo físico y/o mental para el interno. Los cuales no necesariamente tienen porqué ser negativos, únicamente si requiriesen un alto esfuerzo y desgaste para el interno (Argudo, 2013, p. 135). Estos estresores o demandas serían lo que comúnmente se denomina factores de riesgo. A modo introductorio se destacarían como estresores la propia pérdida de libertad, la exposición a ser intimidado, el aburrimiento, el haber sido víctima de abusos, entre otros.

Argudo (2013) los clasifica en dos categorías (I) estresores penales y penitenciarios, los aspectos más específicos de la situación penal del interno, y (II) estresores vitales, aquellas experiencias traumáticas del interno a lo largo de su vida y aquellas que se han producido durante su encarcelamiento.

3.3.2.1. Estresores penales y penitenciarios

Según Argudo (2013, pp. 136–138) los estresores específicos más característicos en el contexto penitenciario son los siguientes:

(I) El hecho de encontrarse como preventivo. Principalmente, la incertidumbre y el desconocimiento de cuánto tiempo permanecerá privado de libertad.

(II) El ser primario. Es decir, estar interno en un centro penitenciario por la comisión de un primer delito y/o ser la primera vez que ingresa. La falta de conocimiento del entorno, los prejuicios o temores asociados a la prisión, el propio esfuerzo que requiere adaptarse a esa nueva realidad junto a los efectos de prisionización hacen que el paso primerizo por la cárcel sea especialmente estresante.

(III) El tipo de módulo que se le asigna. Según el módulo habrá un perfil de reclusos u otro, además del régimen, ya que conlleva una normativa más restrictiva, como un mayor aislamiento y un menor número de horas de patio.

(IV) El tiempo de la condena. Los internos con condenas cortas, menos de dos años, tienden a adaptarse menos en la prisión porque no terminan de asimilar el contexto y sus circunstancias, por lo que el paso por prisión les genera un mayor estrés que a los internos que tienen condenas muy largas, más de cinco años, que por el contrario si consiguen una mejor adaptación a su nueva situación. Sin embargo, el instante más estresante para estos últimos es cuando se acerca su puesta en libertad.

(V) Que los servicios médicos, alimentación o higiene sean deficitarios. Se trata de aspectos muy básicos, pero que en prisión toman una especial relevancia entre los internos.

(VI) El hacinamiento. La sobreocupación puede dificultar la correcta segmentación de los internos. Principalmente en los internos jóvenes primarios se considera un estresor asociado a la vida en prisión.

(VII) La escasez o ausencia tanto de permisos de salida como de visitas a familiares son estresores predominantes debido a la relevancia de la red de apoyo social.

(VIII) Las enfermedades que surgen durante la estancia en la cárcel.

(IX) La violencia. La cual puede ser detonada por múltiples factores como el hacinamiento, escasez de actividad, niveles altos de ansiedad, entre otros. Además, este comportamiento conlleva sanciones penitenciarias y éstas también pueden ser fuentes de estrés.

(X) La exposición a robos, amenazas o extorsiones.

(XI) El consumo de sustancias tóxicas y aspectos relacionados con ellas, como el control del tráfico o las deudas generadas.

(XII) El hecho de disponer o no de dinero. Poder hacerse cargo con los gastos habituales durante su estancia en el economato (café, refrescos, tabaco, entre otros) e incluso saldar las deudas contraídas con otros internos.

(XIII) El tipo de delito. En la prisión hay determinados delitos que no son tolerados entre los propios internos como los delitos de agresiones sexuales y abuso a menores de edad. Entonces, internos que hayan cometido este tipo de delitos pueden ser objetos de agresiones y amenazas de acuerdo con el código interno.

3.3.2.2. *Estresores vitales (pasados y presentes)*

Las primeras semanas de encarcelamiento requieren un especial esfuerzo adaptativo por parte de los internos, ya que se trata de un periodo caracterizado por suponer un elevado nivel de estrés y es un periodo en el que los internos requieren un especial seguimiento (Walker et al., 2014). Así pues, el ingreso en prisión se trata de un suceso que reviste especial importancia en la vida de una persona, considerándose un acontecimiento traumático (Argudo, 2013).

En esta línea, autores como Dettbarn (2012) ven el suicidio como la forma más severa de la adaptación en un centro penitenciario. En consecuencia, el suicidio o el intento de suicidio es tomado como un indicador en la detección del grado de estrés en prisión (Capdevila i Capdevila & Ferrer Puig, 2012).

Respecto a esta problemática, Massaro (2003) afirma que las tasas de suicidio entre los internos que se encuentran como preventivos doblan las tasas respecto a los que se encuentran ya condenados. En cuanto a éstas, debido a la gran heterogeneidad que existe en su determinación varían entre el 4 y el 55%, lo que dificulta crear una imagen certera al respecto (Iñigo et al., 1999). A pesar de ello, hay que tener muy en cuenta la población con la que se ha realizado el estudio, si está en condición preventiva o condenado, si ha pasado una semana desde su ingreso o 6 años, he aquí una de las causas entre la heterogeneidad entre las tasas de diferentes estudios. En lo que respecta al periodo adaptativo del encarcelamiento, incluyese preventivos y condenados, Fovet et al. (2020) identifica una tasa del 31,4% de los internos que han intentado suicidarse entre las primeras 72 horas de su ingreso en un centro penitenciario. De la misma manera, ocurre durante la primera semana de la puesta en libertad que, según Fazel et al. (2012), la mortalidad es 29 veces más altas que las tasas generales y en cuanto a las tasas generales de suicidio en prisión respecto a la población general aumentan de cuatro a cinco veces.

En cuanto a los estresores vitales en el pasado, Argudo hace referencia a las experiencias traumáticas de una persona que ha vivido y ha ido anexionando a lo largo de su vida.

Por otro lado, existe una diferencia significativa en el riesgo de padecer ciertos tipos de trastornos en cuanto al género, como los trastornos por estrés postraumático siendo las

mujeres las personas con mayor prevalencia (Al-Rousan et al., 2017; Molina Coloma et al., 2018). Según Audi et al. (2018), la mayoría de los tipos de violencia, psicológica, sexual, física, que las mujeres han sufrido en el año previo a su encarcelamiento, a excepción de la agresión física en la niñez o adolescencia, se asocian positivamente con la presencia de un trastorno mental. Por consiguiente, las mujeres internas que sufrieron violencia psicológica en el año previo a su ingreso o que presenciaron violencia psicológica en su familia durante la adolescencia, tienen el doble de probabilidades de padecer un trastorno mental común en comparación con las mujeres que no sufrieron este tipo de violencias.

Respecto al presente, se contaría con las denominadas molestias diarias en prisión, condiciones ambientales del contexto carcelario que tienen un efecto sobre la calidad de vida del interno, y con los acontecimientos estresantes en el presente, eventos con una carga mayor.

Las condiciones ambientales en prisión tienen un efecto sobre la calidad de vida sobre los internos. Dado que el día a día de los internos está determinada desde el momento de su ingreso junto a la ambivalencia entre la interpretación de las demandas y el control del interno para afrontarlas, originan que estresores, por pequeños que sean y dada su continuidad, tengan un impacto significativo sobre el bienestar físico y mental de los internos. El frío el calor, la dieta, el ruido, la rigidez de los horarios, la escasez de actividades, el aburrimiento, el conflicto con otros internos, entre otros, son pequeños eventos que hacen mella con el paso del tiempo (Argudo, 2013, p. 140).

Por otro lado, respecto a los acontecimientos estresantes en el momento presente. Estos son considerados como eventos traumáticos, por lo que representan una mayor carga de en los niveles de estrés que las molestias diarias. Los más frecuentes son el hecho de presenciar una muerte o que se haya producido un motín en la prisión, discusiones entre los internos o con el personal penitenciario, embarazos durante la estancia, amenazas y extorsiones, entre otros (Argudo, 2013, p. 139). Por su parte, los acontecimientos fuera de la cárcel también impactan sobre los internos. Estos suelen producirse en su entorno más cercano y como tampoco tienen un cierto control pueden afectarles de forma severa. Estamos ante circunstancias como la pérdida de una vivienda, problemas en la familia, el fallecimiento de un allegado (Argudo, 2013, p. 140).

La falta de libertad unida a la falta de control respecto a múltiples esferas de su vida junto a la dependencia y rigidez de la institución penitenciaria, dificultan que se dé una

respuesta adecuada. Por lo que la rumiación⁴³ constante hace mella en la salud mental del interno. La sintomatología asociados a estos acontecimientos estresantes suelen estar asociados a una evaluación negativa de la prisión, insatisfacción respecto al apoyo social y un afrontamiento evitativo. Siendo la consecuencia más grave el trastorno de estrés postraumático. Respecto a este trastorno, según Baranyi (2018) la prevalencia vida en el contexto penitenciario oscila entre el 4 y el 32% en los hombres y entre el 16 y 58% en las mujeres, en contraposición en la población general la tasa se estima en un 5% en los hombres y en un 10,4% en mujeres. Las principales explicaciones de la disparidad de género que destaca el autor son la edad y el tipo de trauma, los roles de género y los mecanismos de afrontamiento. Por ejemplo, las mujeres tienen mayores altas de exposición a la violencia sexual que los hombres y utilizan con mayor frecuencia estrategias de afrontamientos centradas en la evitación.

3.3.3. Recursos (factores protectores)

Los recursos son las características de la propia persona o de su entorno que le afecta positivamente, es decir, sirven como fuentes de apoyo de las puede ayudarse para reducir los costes psicológicos del impacto de los estresores. Así mismo permitirán también conseguir objetivos tales como el propio proceso de reinserción o rehabilitación dado que son factores protectores que promueven el crecimiento y desarrollo de la persona.

En el contexto penitenciario, los factores de protección específicos y más relevantes que influyen en los internos están clasificados en externos y personales. En cuanto a los recursos externos, se trataría de los factores penitenciarios y sociales, enfocados principalmente a alcanzar su rehabilitación y reinserción. En referencia a los recursos personales, se trataría de los factores personales, inherentes entre las personales y que están relacionados específicamente con el estrés.

3.3.3.1. Recursos externos

En el marco penitenciario, los internos no pueden disponer de los mismos recursos externos que si estuvieran libres en la comunidad, de ahí su importancia. De forma que tanto la administración como el entorno social y personal del interno pueden llegar a incidir positivamente en su bienestar.

Desde la Administración penitenciaria se proporciona los recursos con el fin de la reinserción y rehabilitación, por lo que en cierta medida son instrumentos motivadores

⁴³ La rumiación es un fenómeno psicológico que surge normalmente cuando la persona se encuentra estresada o deprimida, donde pone el foco de atención en unos pensamientos que le producen estrés y malestar.

para el interno. Dentro de la rigidez penitenciaria, el conjunto de actividades que conforman el tratamiento penitenciario permite a los internos mantener una mente y cuerpo más activos, sentirse más útiles por lo que su autoestima mejora y ocupar horas de su día a día, entre otras. Además de poder conseguir una mayor implicación por parte del interno en el tratamiento penitenciario y en su proceso de reinserción, conllevan una mejora de su conducta y actitud durante su permanencia en el centro penitenciario.

Según Argudo (2013, p. 145) los recursos externos penitenciarios más destacables se encuentran: (I) el trabajo remunerado, afectando positivamente en la autoestima del interno y le supone una estimulación; (II) el deporte, tratándose un elemento clave en el control y afrontamiento del estrés; (III) la educación y formación, proporcionan estimulación mental, relaciones interpersonales positivas, el aprendizaje de un oficio; (IV) programas específicos (violencia de género, drogodependencia, ludopatía, etc.) donde adquieren desde habilidades sociales y personales hasta la abstención y deshabituación en el consumo de sustancias tóxicas; y (V) permisos ordinarios, salidas programadas, flexibilidad en el grado... entre otros.

Por otro lado, el apoyo social también constituye un factor asociado con la promoción del bienestar y a la salud mental. Si este recurso constituye un elemento clave en la vida de las personas para hacer frente a acontecimientos estresantes, más aún para las personas que se encuentren privadas de libertad. Se presume que tanto las redes internas como externas en prisión sirven consistentemente como formas de apoyo. Las relaciones íntimas y de confianza, las familiares y las de pareja son especialmente efectivas para contrarrestar el estrés. En contraposición, también puede suponer un estresor o un factor de riesgo. La separación forzada de sus familias y de su red social, unido al tiempo que el interno va a permanecer en prisión y junto a las dificultades económicas y por lejanía que dificultan las visitas, este factor de protección puede llegar a transformarse en uno de riesgo, con sus debidas consecuencias aparejadas como depresión, ansiedad, entre otras.

3.3.3.2. Recursos personales

Este tipo de recursos son los que poseen las personas para hacer frente a los procesos estresantes, es decir, son los rasgos y las capacidades inherentes de las personas que son de utilidad funcionando positivamente para hacer frente al estrés, la angustia, el malestar... Se destacan tres, (I) las estrategias de afrontamiento, aquellos esfuerzos cognitivos orientados al manejo del estrés; (II) las creencias sobre el mundo, conjunto de creencias sobre sí mismo, los otros y el mundo; y (III) los recursos psicológicos; conjunto de características psíquicas destinadas a reducir el impacto negativo de los estresores (Argudo, 2013, p. 130).

Las estrategias de afrontamiento persiguen dos finalidades, o bien alterar la fuente de estrés (centrado en el problema) o bien cambiar percepción del estresor (centrado en las emociones). Las personas privadas de libertad no siempre cuentan con estrategias suficientemente efectivas para afrontar su situación, ya que la vida en prisión limita las respuestas que puedan dar a sus problemas. En este punto destacan las estrategias de distanciamiento y solución racional, reconocidas como las más adaptativas, y la evitación y el afrontamiento centrado, asociadas a más rumiaciones por lo que resultan ser menos adaptativas (Argudo, 2013, pp. 158–160). La utilidad de cualquier estrategia de afrontamiento varía según el tipo de situación estresante, el tipo de personalidad y de los resultados obtenidos.

De manera de ejemplo, las respuestas centradas en la emoción, principalmente la evitación, pueden ser de utilidad en la justa medida, pero un uso indiscriminado puede tener efectos adversos y llegar a agotar emocionalmente al interno. El estilo de afrontamiento evitativo está relacionado con trastornos del tipo depresivo. Este tipo de respuestas pueden llegar a suponer un factor de riesgo cuando la persona tenga la percepción clara de no poder modificar una realidad que le esté causando malestar por sus propios. Entre las conductas más frecuentes, respecto a este estilo de afrontamiento entre población penitenciaria, se destaca las conductas autolesivas, considerándose el consumo de sustancias tóxicas la más prevalente.

En relación con las estrategias de afrontamiento sobre creencias del mundo, estas permiten a las personas interactuar con el mundo en el día a día. Se trata de la imagen cognitiva que las personas tienen sobre sí mismas, de los demás y sobre el mundo que dan una cierta percepción de orden y control. Tienen tres dimensiones, (I) la “benevolencia del mundo”, creencias sobre que el mundo es benévolo y por consiguiente se puede confiar en las personas en él; (II) el sentido del mundo, la concepción del mundo como controlable, y (III) yo digno de respeto, las creencias positivas de uno mismo, el control sobre el entorno y de uno mismo, y sobre la motivación vital (Argudo, 2013, p. 164).

Todas estas creencias están basadas en la experiencia emocional, por lo que pueden ser cuestionadas. Entonces para que la persona se cuestione su sistema de creencias ha debido de padecer un hecho traumático, de modo que podría tener una visión más negativa en cada una de las tres dimensiones. Así pues, este estilo de afrontamiento puede considerarse como un factor protector ya que en caso de ser positivo ayuda al interno. Pero, si las creencias han sido afectadas prevaleciendo la connotación negativa del suceso traumático, dificultará un afrontamiento sano de su situación, por lo que se estaría ante un factor de riesgo.

En lo que respecta a los recursos psicológicos, son aquellos factores de protección que permiten a la persona reducir el impacto negativo de los estresores, enfrentándose a la ambivalencia de las demandas externas e internas, es decir, son los rasgos y capacidades propios del individuo que le ayudan junto a sus habilidades en la evaluación y afrontamiento de los desafíos en su vida (Argudo, 2013). La importancia de estos recursos radica en que permiten enfrentar las situaciones estresantes e influir de forma positiva en ella, de forma que pueden llegar a incidir acompañar positivamente a los estilos de afrontamiento.

Los factores de protección que más relevancia pueden tener en el contexto penitenciario son: el autocontrol, la competencia emocional, la inteligencia social, la autoeficacia, la autoestima, el optimismo, la mentalidad abierta, la vitalidad, el sentido del humor, entre otros. A pesar de encontrarse en el marco penitenciario estos recursos son considerados especialmente valiosos dado que frente a acontecimientos traumáticos pueden preservar la salud mental de los internos, incluso la física.

3.3.4. Conclusiones

Con el desarrollo del presente capítulo se han podido conocer algunas de las variables que pueden influir sobre la salud mental de la población penitenciaria. Es importante recordar que desde el primer momento que una persona ingresa en un centro penitenciario va a interactuar con multitud de variables y según las habilidades que disponga tendrán unas consecuencias u otras sobre su estado mental y físico. Tampoco hay que olvidar aquellas que se dan fuera de la prisión, porque carecer de control sobre los hechos que ocurren en el exterior puede llegar a tener efectos más adversos.

De acuerdo con la literatura, la estancia en prisión conlleva niveles elevados de estrés y de malestar que van haciendo mella en el interno, desgastándole a nivel emocional y psicológico. Ello lleva aparejado sintomatologías fundamentalmente ansioso-depresivas⁴⁴. A esto hay que sumarle variables constantes como la desconfianza, el continuo estado de alerta y la pérdida de vínculos afectivos.

Por lo tanto, es imprescindible resaltar el deber de la Administración en conocer en profundidad esta problemática, de modo que pueda mitigar los estresores o potenciar las habilidades protectoras. Es decir, en el contexto penitenciario se dan una serie de factores de riesgo y de protección que son intrínsecos de esta realidad, lo cual debería traducirse en programas de acción específicos para esta población. El ser primario, el hacinamiento, la ausencia de permisos de salida, la temperatura, la rigidez de los

⁴⁴ Recuérdese que los trastornos por ansiedad y por depresión son de los más prevalentes entre la población reclusa.

horarios o el aburrimiento son algunos de los estresores del interno que la Administración debería mitigar.

Ahora bien, existen factores no intrínsecos que son mucho más difíciles de intervenir pues provienen de la casuística de cada individuo. Se estaría haciendo referencia a estresores vitales pasados como el haber sido víctima de violencia psicológica en la familia o factores protectores como el autocontrol, el sentido del humor o el optimismo. De nuevo, la Administración puede realizar una importante labor a través de programas y actividades enfocados en el desarrollo y potenciación de estos recursos psicológicos. Trabajar estos aspectos permitirá al interno enfrentar las situaciones estresantes del presente e incluso las de tiempo atrás que todavía le producen malestar.

Uno de los puntos fuertes de este capítulo es el desarrollo de los procesos cognitivos subyacentes a los factores de riesgo y protección. Este modo de clasificación resulta atípico en comparación con el resto de literatura, principalmente criminológica, que está más centrada en la estandarización de un perfil y podría considerarse un excelente complemento. Variables tan comunes como la “edad entre 20 a 29 años” podría ser menor o igual de interesantes académicamente que la “utilización de una estrategia de afrontamiento evitativa”.

En definitiva, este desarrollo lleva a hacer hincapié sobre las dimensiones que conforman el funcionamiento de la psique. Los beneficios que pueden obtenerse de aprender y potenciar características tales como la autonomía, la autoaceptación o el crecimiento personal son muy amplias. Considerando que estas características se comportan como factores de protección, su mejora conllevaría a mitigar las consecuencias estresantes de la prisión. Es por ello, por lo que las intervenciones terapéuticas deben tener protagonismo en los centros penitenciarios, buscando potenciar las fortalezas y los propios recursos de los que dispone el individuo con el fin de bloquear o mitigar los efectos más nocivos de los estresores que le surjan durante su estancia en prisión.

3.4. Atención y evaluación de la salud mental en prisión

3.4.1. Introducción

Es un hecho que desde hace años la OMS está dando toques de atención a los diferentes países, sobre la necesidad imperativa de trabajar en la universalización del acceso a la salud y en la disminución de las desigualdades. También desde la Unión Europea e incluso desde España, se han ido publicando recomendaciones generales, con el fin de impulsar y coordinar los esfuerzos de las instituciones sanitarias públicas, para garantizar las mismas oportunidades en el acceso sanitario.

Tal y como se ha hecho referencia anteriormente, la patología mental entre la población penitenciaria es un grave problema de salud pública. A pesar de que la realidad en el contexto penitenciario sea compleja y descoordinada, se ha constatado tras la revisión de diversos estudios sobre la prevalencia de enfermedades mentales en la población penitenciaria, que esta población tiene tasas de prevalencia mayores respecto a la población general.

De cara pues, a garantizar, equiparar y mejorar la asistencia sanitaria de la institución penitenciaria, es primordial contar con un programa de atención al enfermo mental adaptado a este medio, de modo que la especialización sanitaria a este contexto traiga consigo una equiparación en el servicio sanitario entre la población penitenciaria, que ya de por sí se encuentra bastante excluida o precarizada en múltiples esferas, respecto a la población general.

3.4.2. Atención y evaluación sanitaria en el contexto penitenciario español

En la *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud* (Gómez-Beneyto et al., 2011) se desarrollan los principios y valores básicos del modelo de atención a la salud mental que dan sentido a las diferentes líneas estratégicas para el abordaje de esta problemática, desde la promoción de la salud mental, prevención y atención de las enfermedades mentales, la erradicación del estigma asociado al enfermo mental, hasta la formación del personal sanitario, la coordinación entre instituciones y la investigación en salud mental.

Los trastornos mentales desde hace tiempo suponen para el conjunto de los países un desafío, debido a su enorme dimensión en términos sanitarios, económicos y sociales. En enero de 2005 se produjo la Conferencia de Helsinki, en la cual los estados miembros suscribieron la *Declaración Europea de Salud Mental*. En ella, se reconoce que la salud y el bienestar mental son fundamentales para la calidad de vida de las personas y de la sociedad en su conjunto. Además, se reconoce que la promoción de la salud mental, la prevención y tratamiento son una prioridad para la Unión Europea, e insta a los países miembros a diseñar e implementar sistemas de salud integrales que cubran todos estos aspectos descritos anteriormente. Así mismo, se promueven acciones dirigidas a la concienciación y promoción de factores protectores, a la eliminación de estigmas y discriminación, a ofrecer apoyos específicos para la prevención de los factores de riesgo, a potenciar la atención comunitaria y a evaluar la situación de la salud y las necesidades de la sociedad, entre otras (Organización Mundial de la Salud, 2005).

En esta línea, en 2011 se produjo la *Declaración política de Río sobre los determinantes sociales de la salud*. La comunidad internacional volvió a reunirse con el objeto de lograr

una equidad social y sanitaria, comprometiéndose a incentivar y apoyar planes y estrategias en pro de la salud, fomentar políticas sobre los determinantes sociales de la salud, reorientar el sector sanitario con miras a lograr una equidad en salud, fortalecer la cooperación internacional, entre otras (Organización Mundial de la Salud, 2011).

Así mismo, en 2013 la OMS publica el "*Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*", plan que pretende dar prioridad a la atención de los trastornos mentales, estableciendo para ello una serie de metas, objetivos y una propuesta de acciones que permitan mejorar la calidad de vida de las personas que padecen estas enfermedades mentales, así como de sus familias. Respecto a los objetivos más generales, se pueden destacar la promoción de la atención y el cuidado, mejorar la recuperación y la promoción de los derechos humanos. En cuanto a los específicos contemplan cuatro, implementar las estrategias de promoción y prevención, fortalecer la investigación en salud mental, proporcionar servicios integrales y consolidar el liderazgo en salud mental (Organización Mundial de la Salud, 2013).

Por su parte, cada Comunidad Autónoma en España ha desarrollado su plan de estrategias en base a los Planes de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, respondiendo a las particularidades de cada territorio en cuanto a su población, recursos, infraestructuras, etc.

Es un hecho constatado la existencia de una mayor prevalencia de enfermedades mentales entre la población penitenciaria con respecto a la población general no penal (Fovet et al., 2020; Molina Coloma et al., 2018). Este hecho no solo es debido al efecto específico de la cárcel sobre las personas que se encuentran internadas en ella, sino a una multiplicidad de razones entre las que se encuentra la desaparición de los manicomios y al deterioro socioeconómico –cada vez mayor– de una buena parte de la población que cuenta con una buena tasa de personas con trastornos mentales, que de una forma u otra terminan en prisión (Arroyo-Cobo, 2011).

Tal y como se ha descrito y explicado en el capítulo previo, el 63,3 % de la población penitenciaria general padece al menos de un trastorno mental y el 41,6% de dos o más (Fovet et al., 2020). Las enfermedades mentales más prevalentes en el contexto penitenciario son el trastorno por abuso de sustancias con un 55% (Butler et al., 2011), el trastorno de ansiedad con un 44,45% (Fovet et al., 2020), el trastorno antisocial de la personalidad con un 32,67% (Molina Coloma et al., 2018)⁴⁵ y los trastornos afectivos con un 31,2% (Fovet et al., 2020). Sin que pase desapercibido que un 31,4% de los

⁴⁵ Sin embargo, Dettbarn (2012) obtiene unas tasas de prevalencia del 51% para los trastornos antisociales de la personalidad.

internos se encuentran en riesgo de suicidio (Fovet et al., 2020). Tampoco hay que olvidar la disparidad de género, ya que las mujeres tienen unas tasas significativamente mayores que los hombres, del 61% respecto al 39% (Butler et al., 2011)⁴⁶, disparidad que también es sostenida por Al-Rousan (2017) que su estudio obtiene unas tasas del 60% frente al 46,6%; además, unos trastornos son más prevalentes en un género que en otro, por ejemplo, los trastornos más prevalentes entre las mujeres son el trastorno de ansiedad con una tasa del 55% (Butler et al., 2011), el trastorno por consumo de sustancias con una tasa del 69% (Butler et al., 2011) y el trastorno depresivo mayor con una tasa del 14,1% (Fazel & Seewald, 2012) y en cuanto a los hombres son los trastornos de la personalidad, con una tasa del 65% (Fazel & Danesh, 2002) y los trastornos psicóticos con una tasa del 4% (Fazel & Danesh, 2002).

Los servicios sanitarios penitenciarios, por tanto, deben de dar asistencia a un elevado número de personas con alguna patología mental, bien porque la padecían en su ingreso, bien porque sufren una reagudización durante su paso por prisión, o bien porque se ha expresado tras el encarcelamiento. La *Ley Orgánica General Penitenciaria* (LOGP) regula la organización de la asistencia primaria, especializada y hospitalaria en prisión en su Capítulo III, *Asistencia sanitaria*, y asegura en el artículo 36.2 que “*además de los servicios médicos de los establecimientos, los internos podrán ser asistidos en las instituciones hospitalarias y asistenciales de carácter penitenciario y, en caso de necesidad o de urgencia, en otros centros hospitalarios*” (Ministerio de Justicia e Interior, 1996, p. 12).

Precisamente, la asistencia sanitaria penitenciaria sigue lejos de estar integrada, a pesar de que esté contemplada específicamente en la Ley de Cohesión y Calidad en 2003, todavía no ha sido asumida por la mayoría de las Comunidades Autónomas, tan solo el País Vasco y Cataluña han cumplido el proceso. Se trata de una Ley en la que se incluye la transferencia de los servicios e instituciones sanitarias dependientes de Instituciones Penitenciarias a las Comunidades Autónomas para su plena integración en los servicios autonómicos de salud, con el objeto de dotar de un marco legal en el que se coordine la cooperación de las Administraciones públicas sanitarias de modo que se garantice la calidad y equidad y se reduzcan las desigualdades en salud (Jefatura del Estado, 2003).

El Código penal de 1995 diversifica los supuestos de inimputabilidad tal y como se entiende hoy en día. En este sentido, la anomalía o alteración psíquica que afecte a la comprensión y actuación de un hecho como ilícito, los estados de intoxicación plena o

⁴⁶ A pesar de lo narrado en el texto, uno de los artículos revisados en este estudio (Molina Coloma et al., 2018) muestra resultados diferentes, obteniendo las mujeres unas tasas de prevalencia de trastornos mentales de un 54% frente al 64,71% en los hombres.

síndrome de abstinencia inhabilitante junto a las alteraciones en la percepción desde el nacimiento o infancia que afecten gravemente a la conciencia de la realidad, artículo 20.1,2 y 3 del Código Penal, son los considerados supuestos de inimputabilidad.

En este sentido, además de que se produzca una infracción objetiva tipificada legamente, el Derecho penal exige que el individuo tenga capacidad individual sobre la conducta prohibida, de modo que esta dimensión subjetiva ha de tenerse en cuenta a la hora de la responsabilidad penal y en la ejecución de la pena. Así mismo, a la persona que se le ha atribuido un delito pero que carece de imputabilidad el Tribunal tiene la posibilidad de imponer alguna de las medidas de seguridad previstas en la ley.

Entonces, para los casos que concierne a las personas con patologías psiquiátricas se les impone –según la gravedad del hecho– una medida de seguridad u otra. Estas medidas pueden ser sin internamiento, como la custodia familiar o la libertad vigilada (art. 96.3 CP); medidas con internamiento no penal, en un centro psiquiátrico, en un centro de deshabitación y en centros educativos especiales; e internamiento en centros penitenciarios (art.96.2 CP).

A pesar de contar con estas medidas y de contar con dos Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios en Sevilla y en Alicante, como es sabido, en los centros penitenciarios conviven internos, sean condenados o preventivos, con patologías mentales. Se encuentran cuatro situaciones distintas en las que una persona con una patología psicológica o psiquiátrica esté interna en un centro penitenciario. En primer lugar, las personas que hayan ingresado con diagnóstico previo no manifestado o inadvertido durante el proceso. Por ejemplo, un sujeto que se encuentre en situación provisional, no se haya producido por tanto el juicio sobre su responsabilidad penal y con ello no se haya apreciado su situación. En segundo lugar, personas que a pesar de contar con un diagnóstico previo de enfermedad mental hayan sido declaradas responsables en el proceso; jurídicamente su situación no variaría respecto al interno común, sin embargo, sus necesidades son distintas. En tercer lugar, personas ingresadas con algún tipo de antecedente que no había tenido influencia alguna en su situación penal, generalmente enfermedades desconectadas del hecho delictivo perpetrado que se han reagudizado previos al delito. En cuarto lugar, las personas con alguna enfermedad mental de cuyas patologías no constaban antecedentes, sino que se han manifestado durante el cumplimiento de la pena, la llamada “enfermedad mental sobrevenida”.

Según el sentido del cumplimiento de la pena, si el interno por la gravedad de la afección a la salud mental de las patologías mentales que padece, no se encuentra en condiciones de ser consciente del sentido y los contenidos de la pena, bajo estas

condiciones no es posible cumplir con los fines asignados a la pena, por lo que se impediría que continuase ejecutándose. Tal es así que, según el art. 60 del CP si se aprecia en el penado una situación duradera de trastorno mental grave que le impida conocer el sentido de la pena, el Juez de Vigilancia penitenciaria suspenderá la ejecución de la pena privativa de libertad, garantizando que reciba la asistencia médica precisa (Jefatura del Estado, 1995).

Según Arroyo-Cobo (2015) gran parte de los internos pasan en prisión un tiempo de media entre seis meses y tres años. El éxito del tratamiento médico y de la rehabilitación de los internos garantiza la reducción del riesgo en la reincidencia delictiva, a condición de que su desviación tenga que ver con su trastorno mental. De modo que los servicios de salud penitenciarios deben contribuir también a la consecución de una sociedad más sana, dotando de los recursos asistenciales que por derecho tiene esta población.

Sin embargo, no se caracteriza por tratarse de un objetivo de fácil cumplimiento, principalmente por la carencia de recursos personales y materiales, pero también debido a que las enfermedades mentales son caracterizadas por su complejidad y cronicidad. Además, la compleja vida carcelaria, determinada por el control, la convivencia forzada, la disciplina, la monotonía, el aislamiento social y emocional... dificultan que existan espacios adecuados para el tratamiento. A pesar de ello, estos espacios existen en determinados módulos como en la enfermería o los talleres ocupacionales (Arroyo-Cobo, 2011). Estos espacios terapéuticos que pueden gozar con una atmósfera especial y adecuada para implementar las terapias rehabilitadoras, junto a la formación del personal penitenciario en el manejo y cuidado de las personas que padezcan una enfermedad mental y junto al diagnóstico precoz de estas enfermedades, podrán constituirse como pequeñas piezas claves en la recuperación de la salud de estas personas.

Aun así, la Administración debe, al menos, garantizar la equivalencia entre la calidad y asistencia sanitaria que recibe un interno con la que recibiese una persona en la comunidad. Para ello, es primordial hacer frente a las necesidades que plantean esta casuística especial y para ello los propios internos en prisión representan una fuente de información excelente.

Según la OMS (2001, p. 3), el presupuesto que es destinado para promocionar y garantizar la salud mental es inferior al 1% del gasto total en materia de salud en la mayoría de los países, siendo que los trastornos mentales representan el 12% de la carga de morbilidad mundial. Una relación claramente desproporcionada. En 2007 la OMS realizó una publicación desde su Oficina Europea en la que se establecieron unos

criterios para mejorar la asistencia sanitaria en los centros penitenciarios europeos, advirtiendo la excepcionalidad y dificultad de mantener los principios y valores del modelo comunitario: la autonomía de los pacientes, la continuación de los tratamientos, la equidad en la atención, entre otras (Sanz et al., 2014).

En España, en respuesta a esta situación la Administración penitenciaria puso en marcha el "*Programa marco de atención integral a enfermos mentales en centros penitenciarios*" (PAIEM) en el año 2009 para los centros penitenciarios de todo el país, a excepción de Cataluña que sí que tiene transferida las competencias de la Administración penitenciaria.

La intervención sobre el enfermo mental implica promover de forma específica tres procesos (I) la recuperación de la salud interviniendo los aspectos clínicos de la enfermedad, (II) la superación de los efectos negativos de la enfermedad, la rehabilitación, y (III) la continuidad del tratamiento, los cuidados y el apoyo. Con ello, los objetivos implementados en el PAIEM son: (I) Detectar, diagnosticar y tratar a todos los internos que padezcan algún tipo de trastorno mental, (II) incrementar la autonomía personal y la adaptación al entorno de los internos, en esencia mejorar su calidad de vida, y (III) optimizar la reincorporación social y la derivación adecuada a los servicios comunitarios (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2009, p. 3).

El PAIM consta de tres líneas o fases de actuación o intervención. La primera persigue el diagnóstico y la estabilización del paciente (Detección, diagnóstico y tratamiento), la segunda la rehabilitación psicosocial (Elaboración del programa de rehabilitación) y la tercera garantizar una adecuada derivación y reinserción del paciente en su puesta en libertad (Reinserción social). Además, el modelo asistencial reúne todas las directrices y principios que los expertos recomiendan en el abordaje de los problemas de salud mental en prisión (Sanz et al., 2014), la autonomía, continuidad y derivación a recursos externos, la multidisciplinariedad (participación de distintos profesionales en prisión), formación, coordinación y colaboración con instituciones y entidades sanitarias, entre otras (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2009, p. 4).

En cuanto a los recursos humanos, materiales y a las actividades del PAIM. En relación con el equipo multidisciplinar de salud mental siempre estará compuesto por el personal sanitario, siendo imprescindibles el médico, el personal de enfermería y el psiquiatra, por el psicólogo, el educador y trabajador social. También si es posible se recomienda la participación de distintos profesionales de asociaciones u ONGs, del jurista, de monitores deportivos y ocupacionales, maestros y de los funcionarios de vigilancia que

presten su servicio en estos módulos (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2009, p. 6).

Respecto a los recursos materiales, todos aquellos que sean necesarios para el adecuado funcionamiento del programa. Entre los que destacan las actividades, clasificadas como “comunes” del centro penitenciario, en ellas participa toda la población penitenciaria y se trata de actividades recreativas, culturales, deportivas, educativas, laborales, entre otras; o “específicas” orientadas en exclusividad a las personas con alguna enfermedad mental y se trata de actividades destinadas a promocionar la autonomía, el autocontrol, la autoestima, sus habilidades sociales, entre otras (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2009, p. 7).

En lo que respecta a la detección de internos con enfermedades mentales se sigue un protocolo de actuación tanto en el momento del ingreso como durante la estancia. Simplemente se trata de la detección por parte del personal del centro penitenciario de una serie de características. Por ejemplo, si se detecta que el interno manifiesta que percibe o escucha cosas que los demás no son capaces; un lenguaje incoherente; elevada impulsividad; grave deterioro en el aseo personal; haber cumplido una medida de seguridad en un centro especial; entre otros (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2009, p. 13). De manera que, en el caso que el personal detecte al menos una de estas características deberá de ponerlo en conocimiento de los servicios sanitarios o de los profesionales que conforman el equipo multidisciplinar de salud mental del centro.

Una vez que se ha producido la detección de un interno con una de las características anteriormente comentadas para incluir al interno en el PAIM debe de cumplir con estos dos criterios de inclusión: (I) que la presencia de esta sintomatología interfiera en su integración en la vida penitenciaria y (II) tener una patología dual (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2009, p. 7). Desde el momento que el interno es incluido se procederá a realizar un estudio individualizado con el fin de completar el diagnóstico psicológico y psiquiátrico, determinar el nivel de intervención, asignar una serie de objetivos, asignarle un interno de apoyo y de un tutor, y la planificación, seguimiento y evaluación (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2009, p. 8). Esto constituirá el *Programa Individualizado de Rehabilitación* (PIR), el cual para su desarrollo se deberá tener en cuenta el tiempo previsto que el interno permanecerá en el centro de modo que pueda hacerse efectivo el cumplimiento del PIR.

Una vez diseñado el PIR se establece una planificación para realizar el seguimiento y la evaluación de los internos incluidos, el cual se realizará hasta que el interno salga del

centro⁴⁷. Para ello, emplean unas fichas de evaluación que contará con la historia clínica de cada interno del PAIEM y de fichas semestrales en las que se irá anotando las actividades en las que hayan participado, las salidas a la comunidad, los permisos terapéuticos, derivaciones a centros comunitarios, entre otras (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2009, pp. 16–21).

En definitiva, los puntos fuertes que reúne el PAIEM a la hora de abordar la asistencia de los problemas de salud mental son (I) la multidisciplinariedad entre los profesionales involucrados (II) la equiparación de los servicios asistenciales a los de la comunidad, (III) la continuidad asistencial durante el internamiento y tras su puesta en libertad, (III) la flexibilidad y disponibilidad de recursos, y (IV) el diseño de un programa individualizado de rehabilitación.

Un elemento muy importante a la hora de evaluar la eficacia de un programa, además de los datos estadísticos es conocer la perspectiva de los profesionales involucrados. Así es como Sanz et al.(2014) "*Programa de Atención Integral al Enfermo Mental en las prisiones españolas (PAIEM). Valoración tras cuatro años de funcionamiento*", en su estudio evalúan el programa desde las percepciones recogidas de los miembros del equipo PAIEM de los centros penitenciarios españoles. Con una muestra compuesta por un total de 331 profesionales (91%) de los 62 centros penitenciarios de los 68 que tienen integrado el PAIEM.

Los resultados obtenidos por Sanz et al. muestran que el 71% de los profesionales encuestados consideraron que entre el 50 y el 100% de los pacientes que fueron incluidos en el programa mejoraron. El equipo del PAIEM recoge la información de cada interno en su historia clínica y en el protocolo de tratamiento, sin embargo, encontraron dificultades para disponer de esta información cuando el interno había sido trasladado de otro centro.

De entre las actividades que el equipo realizaba con mayor frecuencia junto a los internos fueron los programas destinados al autocuidado, a la limpieza y aseo de celda, a la educación para la salud, al perfeccionamiento de habilidades sociales y cognitivas, a la aceptación de la enfermedad, entre otras. A la hora de emplear instrumentos reglamentarios alternativos con objetivos resocializadores, la mayoría de los profesionales utilizaron los permisos de salida, ya sean culturales, de ocio, de tratamiento, de trabajo, etc.

⁴⁷ No obstante, el equipo de salud mental debe reunirse al menos una vez al mes y con carácter extraordinario las veces que se considere.

Sanz et al. respecto al momento de la puesta en libertad de los internos, observaron que los equipos que iniciaban las actuaciones entre seis meses a un año antes de la fecha prevista, entorno al 65% de los equipos. Estos equipos obtuvieron los mejores resultados en la intervención con los internos. También observaron una correlación entre los equipos que obtuvieron mejores resultados y se apoyaron en una ONG en el proceso de reinserción.

Por último, los profesionales destacaron una serie de ventajas con la institucionalización del PAIEM, entre las que destacan el tratamiento individualizado y la mejor adaptación del interno, una mejora en la colaboración entre los profesionales, una mejor percepción de la atención sanitaria por parte de los pacientes y la mejora en la adherencia en el tratamiento. Entre los inconvenientes, destacan la mayor carga de trabajo.

3.4.3. Conclusiones

La Institución penitenciaria española ha sufrido una reorganización interna a nivel sanitario para poder hacer frente a la elevada carga de enfermedades mentales dentro de sus centros. El hecho de encontrar un crecimiento de la prevalencia de patologías mentales entre la población penitenciaria no debe hacer pensar en una correlación trastorno mental y delincuencia, o prisión y deterioro mental. Tal y como se ha puesto en contexto en capítulos anteriores estas correlaciones no se sostienen. En primer lugar, porque gran parte de las patologías de estos enfermos mentales llevan evolucionando varios años y su deterioro acaba desembocando en comportamientos delictivos propios de la exclusión social, como la drogadicción, hurtos, lesiones... (Arroyo-Cobo, 2011). En segundo lugar, porque no se ha encontrado una correlación clara entre una mayor duración de la condena y un aumento de enfermedades físicas o disminución de la capacidad cognitiva (Dettbarn, 2012).

Esta reorganización se ha puesto en marcha con el PAIEM, el cual ha recogido multitud de directrices que han compartido un gran número de expertos a la hora de abordar la asistencia de los problemas de salud mental (Arroyo-Cobo, 2011; Sanz et al., 2014). La multidisciplinariedad entre sus profesionales, la equiparación y continuidad asistencial, un tratamiento individualizado, la flexibilidad y variedad de recursos y la involucración de las ONGs e instituciones sociales son ejemplos de los recientes cambios en la Institución Penitenciaria española. Dichas directrices han ido poniéndose en relieve gracias a la Conferencia de Helsinki, la Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud y los planes de acción sobre la salud mental de la OMS (2001, 2004, 2005, 2011, 2013).

En cierta manera, parece ser que el PAIEM ha traído consigo mejoras en los servicios sanitarios penitenciarios. Así pues, el foco en el tratamiento farmacológico ha quedado relegado en un segundo plano. Con este protocolo se ha pautado la directriz como ultima ratio del empleo de fármacos y que el espacio de enfermería sea un lugar de paso. De modo que se han potenciado programas destinados al autocuidado, al perfeccionamiento de habilidades sociales y cognitivas, a la aceptación de la enfermedad o el empleo de instrumentos reglamentarios como los permisos de salida, con el fin de potenciar los recursos protectores de los internos y minimizar ciertos factores de riesgo. Así pues, se ha puesto en el centro el cuidado en lugar del control de forma que la persona ha cobrado más protagonismo.

La mejor coordinación entre instituciones junto a la intrapenitenciaria ha conllevado también que los equipos sanitarios obtuvieran mejores resultados en la intervención con los internos. Para ello ha sido muy importante iniciar las actuaciones para ir preparando al preso a la comunidad entre seis meses y un año antes de la fecha prevista. El apoyo de ONGs en el proceso de reinserción es otro de los elementos que ha permitido la obtención de mejores resultados (Sanz et al., 2014).

En relación con los inconvenientes, la implementación del PAIEM ha supuesto para los profesionales del servicio sanitario una mayor carga de trabajo. Sin embargo, ha conllevado destacables ventajas como la implantación del tratamiento individualizado, el incremento de la colaboración entre los profesionales, una mejor adaptación del interno y su percepción de la atención, y una mayor adherencia al tratamiento (Sanz et al., 2014).

En definitiva, la SGIP se ha esforzado en ir adoptando al contexto español las estrategias y directrices que se han demandado desde la OMS y la Unión Europea. Ello ha significado una mejora en la calidad asistencial sanitaria a la hora de abordar los problemas de salud mental entre la población penitenciaria, a pesar de los problemas estructurales que todavía no han sido solventados, entre los que se destacaría que los servicios de salud penitenciarios todavía no hayan sido asumidos por las comunidades autónomas. Probablemente, se obtendrían unos servicios sanitarios de mayor calidad si se tratase de una misma institución sanitaria la que atendiese a estas personas. Ello, aseguraría unos mejores índices en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento, contribuyendo a la mejora de la salud de un colectivo que padece una enorme prevalencia de patologías mentales.

4. Conclusiones y reflexiones finales

La principal aportación de este trabajo es arrojar luz a una realidad tan abrupta como lo es la prisión. De modo que contextualizar la realidad penitenciaria en materia de salud mental de voz a unas personas normalmente silenciadas y se traduzca en una mejora sustancial de la salud de estas personas. Con este objetivo se ha realizado una revisión bibliográfica internacional y nacional sobre la prevalencia de los problemas mentales en la población penitenciaria.

Los resultados encontrados pretenden ampliar el conocimiento sobre la realidad en la que se encuentran estas personas privadas de libertad respecto a su salud mental. Para ello, se han analizado los factores de riesgo y de protección que inciden sobre su salud mental, haciendo principal hincapié en los factores intrínsecos del contexto penitenciario y en la atención y evaluación sanitaria en el contexto penitenciario español.

A la hora de analizar los resultados obtenidos de los distintos estudios internacionales y nacionales hay que tener muy en cuenta la variabilidad de estos, de modo que se hace necesario presentar los resultados con cautela debido a su heterogeneidad.

Conclusiones por objetivos

En relación con el primer objetivo, los resultados del análisis descriptivo de los artículos en materia de salud mental en prisión corroboran que la prevalencia de los trastornos mentales, tanto en los centros penitenciarios internacionales como en los nacionales es muy elevada. La población carcelaria española cuenta con una tasa de 84,4% (Vicens et al., 2011). Los países europeos han tenido tasas inferiores, en Francia un 63,3% (Fovet et al., 2020) y en Alemania un 69% (Dettbarn, 2012). En relación con el resto de los continentes la prevalencia española también es mayor respecto a los encontrados en EE.UU. con un 48% (Al-Rousan et al., 2017), en Ecuador con un 59,40% (Molina Coloma et al., 2018), en Australia con un 43% (Butler et al., 2011) y en Brasil con un 66,7% (Audi et al., 2018).

Respecto a las tasas de prevalencia penitenciaria en comparación con la población general, los estudios indican que es más elevada en la población carcelaria que en la población general. Fovet et al. (2020) estimaron una prevalencia del 33,5% en población general y Molina-Coloma et al. (2018) obtuvieron una tasa del 6,52% (u otras comorbilidades con un 2,17%) de sufrir patología dual. Así mismo, estos estudios señalan que las tasas de población penitenciaria con trastornos comunes duplican las de la población general y las de trastorno mental grave pueden hasta cuadruplicarse (Andersen, 2004; Arroyo-Cobo, 2011; Brugha et al., 2005; Fazel & Danesh, 2002; Zabala-Baños et al., 2016). Según estos resultados la población penitenciaria que

padece de alguna enfermedad mental tiende a mostrar patologías más severas y con mayor comorbilidad que las personas que se encuentran en la comunidad.

A nivel nacional se ha realizado una comparativa entre los estudios analizados y se ve que las tasas de prevalencia son más o menos homogéneas 90,2% (Zabala-Baños et al., 2016) y 82,6% (López Álvarez et al., 2016). Ello llama la atención respecto a la similitud de estas tasas –más actuales– con las del estudio PRECA (2011), que recoge datos de 2007 y 2008, el cual obtuvo un 84,4% de la población reclusa española que padecía de al menos un trastorno mental. A pesar de que hayan pasado casi 10 años entre estudios, esta similitud sugiere que las respectivas políticas sanitarias no han surtido un gran efecto, al menos de momento, y la prisión sigue albergando una tasa continua de personas con patologías mentales que han delinquido.

A la hora de analizar los tipos de trastornos, y en aras de facilitar la comprensión de los datos, se han seleccionado únicamente los de mayor prevalencia. La patología mental más frecuente es el trastorno por consumo de sustancias 76,2% (Vicens et al., 2011), seguido del trastorno de ansiedad con un 45,3% (Vicens et al., 2011), los trastornos del ánimo con un 38,5% (Zabala-Baños et al., 2016), el trastorno de personalidad con un 22% (Calvo Estopiñán et al., 2008) y los trastornos psicóticos con un 10,7% (Vicens et al., 2011). Más concretamente, entre los trastornos del ánimo el que más prevalece es el trastorno depresivo mayor con un 20,8% (Arnau-Peiró et al., 2012), entre los trastornos de personalidad el más frecuente es el trastorno antisocial de la personalidad con un 26,7% (López Álvarez et al., 2016) y entre los trastornos psicóticos la esquizofrenia con un 11,4% (Arnau-Peiró et al., 2012). En cuanto al riesgo de suicidio la tasa de prevalencia se sitúa en el 20,6% (Martínez-Cordero, 2012).

Respecto con la disparidad de género se ha encontrado variabilidad en la prevalencia de determinadas patologías mentales entre las mujeres y hombres en prisión (60% frente al 46,6% respectivamente (Al-Rousan et al., 2017)), obteniendo las reclusas prevalencias más elevadas para los trastornos de abuso de sustancias (69% frente al 52% (Butler et al., 2011)), el trastorno de ansiedad (55% frente al 32% (Butler et al., 2011)) y el trastorno depresivo mayor (14,1% frente al 10,2% (Fazel & Seewald, 2012)). Por el contrario, los hombres obtienen tasas más elevadas para los trastornos de la personalidad (65% frente al 41% (Fazel & Seewald, 2012)). En este sentido, se encuentran diferencias entre mujeres y hombres, en tanto que las reclusas presentan con más frecuencia sintomatologías ansioso-depresivas durante su privación de libertad. Esto se debe principalmente a la separación de su entorno social (en especial de los hijos), al rol que desempeñan en sociedad, a los tipos de eventos traumáticos que sufren (mayor proporción de agresiones físicas, psicológicas y sexuales de

personas cercanas) y a los mecanismos de afrontamiento que emplean (más frecuente del tipo evitativo).

Con relación al segundo objetivo, gracias al desarrollo del análisis de los factores de riesgo y de protección que afectan a la salud mental en las personas privadas de libertad se han podido conocer algunas de las variables más relevantes que influyen sobre el bienestar de los reclusos desde una perspectiva psico-criminológica.

De forma conjunta, el análisis permite conocer la relevancia que adquiere la Administración a la hora de potenciar los factores protectores y minimizar los de riesgo, en aras de garantizar el bienestar de la población reclusa y de preservar e incluso mejorar su salud mental. Gran parte de los factores que influyen en los internos, sean intrínsecos de la propia casuística del individuo o de la prisión, pueden intervenir. Por un lado, la Administración puede hacerse cargo de minimizar la carga de estrés que suponen los factores de riesgo penitenciarios y las molestias diarias en prisión. Por otro lado, puede ayudar a los reclusos a hacer frente a acontecimientos estresantes mediante el empleo de los recursos penitenciarios y su combinación con programas en los que se potencien los recursos personales de los propios internos. Así se potenciaría algo aún más importante: la adquisición de recursos y habilidades psicológicas claves para sus vidas.

Así pues, según los resultados de las tasas de prevalencia junto al análisis de los factores podemos concluir que la estancia en prisión se constituye como un espacio adverso debido a los niveles de estrés y de malestar más altos. Ello conlleva a un desgaste psicológico y emocional que se traduce formalmente en patologías mentales, como el trastorno de ansiedad (44,4% (Fovet et al., 2020)), el trastorno de depresión mayor (27,2% (Fovet et al., 2020)) o el trastorno del sueño (10,9% (Kjelsberg & Hartvig, 2005)). En esta adaptación del interno a la prisión, los recursos como las estrategias de afrontamiento, el apoyo social y las creencias positivas del mundo sirven para amortiguar el efecto dañino de la privación de libertad. A pesar de contar con ello, la adaptación a este contexto supone un proceso muy estresante y como consecuencia, los internos pueden desarrollar trastornos adaptativos (25,2% (Dettbarn, 2012)) entre los que destacan las autolesiones (5,7% (Dettbarn, 2012)) y los intentos de suicidio (8% (Dettbarn, 2012)). El buen funcionamiento psicológico de las personas supone un factor de protección clave en el estado de su salud mental, por ello resulta tan favorable su desarrollo y potenciación de manera que los internos ganen habilidades y autonomía en su propia salud.

En relación con el último objetivo, respecto a la atención y evaluación de los internos en el contexto penitenciario español, hay que destacar que la implementación del PAIEM ha traído consigo importantes mejoras respecto al abordaje de las enfermedades mentales. Esto se ha producido principalmente gracias a la multidisciplinariedad del equipo profesional, la mejor coordinación y colaboración entre instituciones extra e intrapenitenciarias, la continuidad asistencial y el tratamiento individualizado (Arroyo-Cobo, 2011; Sanz et al., 2014). A ello hay que sumarle las nuevas dinámicas de las actividades específicas que potencian sus recursos psicológicos (autocontrol, habilidades sociales, autoestima entre otras). Esta serie de mejoras del servicio de salud de los centros penitenciarios se ha traducido en una mejor percepción de la atención sanitaria por parte de los internos, en su mejor adaptación y en la mejora en la adherencia al tratamiento médico (Sanz et al., 2014).

Sin embargo, en la actualidad los centros penitenciarios siguen albergando altas prevalencias de enfermedades mentales. La Administración no es la única que tiene el deber y la labor de garantizar la salud de estas personas, ya que una gran parte de las patologías mentales de este colectivo llevan varios años evolucionando. Se trata de un segmento de la población con una menor educación sanitaria y mayores cargas de enfermedades mentales y el deterioro de sus capacidades mentales acaba desembocando en comportamientos delictivos (Arroyo-Cobo, 2011, 2015). Por ello, la responsabilidad debe ser compartida entre instituciones (sistemas sanitario, educativo y político), de manera que el conocimiento se traduzca en eficientes políticas sobre la promoción de la salud mental, así como en la concienciación comunitaria para minimizar la estigmatización de las enfermedades mentales. De esta manera, si las comunidades tienen mejores niveles de salud la prisión no acabará siendo el espacio donde va a parar este colectivo.

Preguntas de investigación

A continuación, se pasan a comentar las preguntas de investigación planteadas en el presente estudio. Respecto a cómo puede verse deteriorada la salud mental en las personas que se encuentran privadas de libertad, una gran parte de los internos arrastran patologías mentales previas a su encarcelación. Según Al-Rousan et al. (2017) el 48% presentan antecedentes o estaban diagnosticados con una o más enfermedades mentales antes de su ingreso. Además, durante el encarcelamiento el bienestar de los presos va mermando y deteriorándose su salud mental debido al estrés permanente y a los factores de riesgo como las molestias diarias, los eventos traumáticos y la falta de apoyo social.

En cuanto a cómo afecta la pena privativa de libertad a los presos, la literatura converge en que existe un deterioro evidente durante su estancia. Sin embargo, con el paso del tiempo la salud del conjunto de los internos tiende a mejorar y estabilizarse, pero no vuelve a niveles previos a su encarcelación (Walker et al., 2014).

En cuanto a las políticas implementadas sobre el abordaje de los problemas mentales en los centros penitenciarios españoles, el programa PAIEM se ha mostrado eficaz produciendo mejoras en los internos. El PAIEM ha reducido el uso de fármacos para dar protagonismo a la persona, apoyándose en otro tipo de tratamientos, enfocados en desarrollar en el interno habilidades y recursos psicológicos útiles para su reintegración y el cuidado de su salud mental.

En relación con los recursos que la Administración dedica a los servicios de salud penitenciarios, el PAIEM cuenta con un equipo multidisciplinar formado por personal sanitario, psicólogos, educadores y trabajadores sociales. Además, siempre que sea posible se complementará este equipo con juristas, monitores deportivos y ocupacionales, y profesionales de ONGs involucradas en los centros, entre otros. En lo que respecta a los recursos materiales cuenta con dos clases de actividades, “comunes” en las que participa la población penitenciaria en su conjunto y las “específicas” dirigidas exclusivamente a las personas con patologías mentales. Para poder realizar adecuadamente todas estas actividades es necesario un determinado número de profesionales. Sin embargo, hay que tener en cuenta lo enunciado por Sanz et al. (2014) y Arnau-Peiró(2012) respecto a que el PAIEM supone una carga importante de trabajo para los empleados, algunos de los cuales tienen jornadas laborales parciales. Esto dificulta el óptimo funcionamiento del programa y sugiere que no se están destinando y/o gestionando eficientemente los recursos de la Administración.

Limitaciones de la investigación

El estudio no está exento de limitaciones en el sentido de que no cuenta con la percepción de los trabajadores y de la propia población penitenciaria, las cuales son imprescindibles para obtener una imagen completa. El punto de vista de los empleados podría poner de manifiesto cómo afecta el contexto carcelario al ejercicio de su profesión y saber si ellos han percibido una mejora de la salud de los presos. La percepción de los internos es clave a la hora de realizar una evaluación más fidedigna de sus necesidades y conocer de primera mano el efecto del programa. Ambas visiones aportarían información complementaria al presente trabajo y una perspectiva más holística sobre las virtudes y carencias de los servicios sanitarios penitenciarios.

Futuras investigaciones

Sería interesante que los estudios futuros, al menos a nivel nacional, siguiesen una misma metodología, de modo que se obtengan unos resultados más homogéneos y se puedan así realizar comparaciones. También sería conveniente que a la hora de analizar los factores que inciden en la salud mental de los reclusos, se tuvieran en cuenta las variables externas e intrínsecas del individuo y de la Administración que les afectan durante su privación de libertad. Estas dos recomendaciones facilitarían el conocimiento de las necesidades de los internos con patologías mentales y ayudarían a desarrollar mejores políticas sanitarias.

5. Referencias bibliográficas

- Al-Rousan, T., Rubenstein, L., Sieleni, B., Deol, H., & Wallace, R. B. (2017). Inside the nation's largest mental health institution: A prevalence study in a state prison system. *BMC Public Health*, *17*(1), 1–9.
- 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, Supplement*, *110*(424), 5–59. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2004.00436_2.x
- Andersen, H. S., Sestoft, D., Lillebæk, T., Gabrielsen, G., Hemmingsen, R., & Kramp, P. (2000). A longitudinal study of prisoners on remand: psychiatric prevalence, incidence and psychopathology in solitary vs. non-solitary confinement. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *102*(1), 19–25.
- Argudo, Z. A. (2013). *El bienestar psicológico en prisión: antecedentes y consecuencias*. Universidad Autónoma de Madrid.
- Arnau-Peiró, F., García-Guerrero, J., Herrero-Matías, A., Castellano-Cervera, J. C., Vera-Remartínez, E. J., Jorge-Vidal, V., Arques-Egea, S., & Iranzo-Tatay, C. (2012). Descripción de la consulta psiquiátrica en centros penitenciarios de la Comunidad Valenciana. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, *14*(2), 20–31.
- Arroyo-Cobo, J. M. (2011). Estrategias asistenciales de los problemas de salud mental en el medio penitenciario, el caso español en el contexto europeo. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, *13*(3), 100–111. <https://doi.org/10.4321/s1575-06202011000300005>
- Arroyo-Cobo, J. M. (2015). Los centros penitenciarios: un lugar y una población especialmente vulnerables. *Revista Multidisciplinar Del Sida*, *3*(6), 34–39.
- Association, A. P. (1998). DSM IV: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. In *DSM IV: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*.
- Audi, C. A. F., Santiago, S. M., Andrade, M. da G. G., & Francisco, P. M. S. B. (2018). Common mental disorder among incarcerated women: a study on prevalence and associated factors. *Ciencia & Saude Coletiva*, *23*, 3587–3596.
- Baranyi, G., Cassidy, M., Fazel, S., Priebe, S., & Mundt, A. P. (2018). Prevalence of posttraumatic stress disorder in prisoners. *Epidemiologic Reviews*, *40*(1), 134–145.

- Bertolote, J. M. (2008). Raíces del concepto de salud mental. *World Psychiatry (Ed Esp)*, 6(2), 113–116.
- Blaauw, E., Roozen, H. G., & van Marle, H. G. C. (2007). Saved by structure? The course of psychosis within a prison population. *International Journal of Prisoner Health*.
- Brugha, T., Singleton, N., Meltzer, H., Bebbington, P., Farrell, M., Jenkins, R., Coid, J., Fryers, T., Melzer, D., & Lewis, G. (2005). Psychosis in the community and in prisons: a report from the British National Survey of psychiatric morbidity. *American Journal of Psychiatry*, 162(4), 774–780.
- Butler, T., Indig, D., Allnutt, S., & Mamoon, H. (2011). Co-occurring mental illness and substance use disorder among Australian prisoners. *Drug and Alcohol Review*, 30(2), 188–194.
- Calvo Estopiñán, P., Soler González, C., Día Sahún, J. C., & Ventura Faci, T. (2008). Prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes ingresados por el Servicio de Psiquiatría en el Módulo Penitenciario del HUMS. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 10(3), 69–72.
- Capdevila i Capdevila, M., & Ferrer Puig, M. (2012). *Salut mental i execució penal*.
- Cox, V. C., Paulus, P. B., & McCain, G. (1984). Prison crowding research: The relevance for prison housing standards and a general approach regarding crowding phenomena. *American Psychologist*, 39(10), 1148.
- Dettbarn, E. (2012). Effects of long-term incarceration: A statistical comparison of two expert assessments of two experts at the beginning and the end of incarceration. *International Journal of Law and Psychiatry*, 35(3), 236–239.
- Fazel, S., & Baillargeon, J. (2011). The health of prisoners. *The Lancet*, 377(9769), 956–965.
- Fazel, S., & Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The Lancet*, 359(9306), 545–550.
- Fazel, S., & Seewald, K. (2012). Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 200(5), 364–373.
- Fazel, S., & Yu, R. (2011). Psychotic disorders and repeat offending: systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 37(4), 800–810.
- Forrester, A., Exworthy, T., Olumoroti, O., Sessay, M., Parrott, J., Spencer, S.-J., & Whyte, S. (2013). Variations in prison mental health services in England and Wales. *International Journal of Law and Psychiatry*, 36(3–4), 326–332.
- Fovet, T., Plancke, L., Amariei, A., Benradia, I., Carton, F., Sy, A., Kyheng, M., Tasniera, G., Amad, A., Danel, T., Thomas, P., & Roelandt, J.-L. (2020). Mental disorders on admission to jail: A study of prevalence and a comparison with a community sample in the north of France. *European Psychiatry*, 63(1). <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.38>
- Frydenberg, E., & Lewis, R. (2000). *ACS: escalas de afrontamiento para adolescentes*. TEA ediciones.

- Gabilondo Cuéllar, A. (2011). Epidemiología del episodio depresivo mayor en España. Estudio descriptivo y análisis de resultados en el contexto europeo. Proyecto Esemad-España. *TDX (Tesis Doctorals En Xarxa)*. <http://www.tdx.cat/handle/10803/77785>
- Gibbs, J. J. (1987). Symptoms of psychopathology among jail prisoners: The effects of exposure to the jail environment. *Criminal Justice and Behavior*, 14(3), 288–310.
- Gibbs, J. J. (1991). Environmental congruence and symptoms of psychopathology: A further exploration of the effects of exposure to the jail environment. *Criminal Justice and Behavior*, 18(3), 351–374.
- Gómez-Beneyto, M., José Rodríguez Escobar, Rodríguez, E. R., González, B. G., Quintana, A. B., Sánchez, D. V., & Peña-Rey, I. (2011). Estrategia De Salud Mental En El Sistema Nacional De Salud. *Adolescent Psychiatry*, 7(1), 93–102. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136083/1/9789275318508_spa.pdf?ua=1 %5Cn<http://www.suicidiopreencion.com/pdf/RTM3.pdf>%5Cn<http://revistas.usbbo.g.edu.co/index.php/Psychologia/article/view/358>%5Cn<http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789243548>
- González, I. (2011). Aumento de presos y Código Penal: una explicación insuficiente. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*, 13(4).
- Gunter, T. D., Arndt, S., Wenman, G., Allen, J., Loveless, P., Sieleni, B., & Black, D. W. (2008). Frequency of mental and addictive disorders among 320 men and women entering the Iowa prison system: use of the MINI-Plus. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, 36(1), 27–34.
- Harding, T., & Zimmermann, E. (1989). Psychiatric symptoms, cognitive stress and vulnerability factors: A study in a remand prison. *The British Journal of Psychiatry*, 155(1), 36–43.
- Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., Codony, M., Dolz, M., & Alonso, J. (2006). Prevalence of mental disorders and associated factors: results from the ESEMeD-Spain study. *Medicina Clínica*, 126(12), 445–451.
- Hassan, L., Birmingham, L., Harty, M. A., Jarrett, M., Jones, P., King, C., Lathlean, J., Lowthian, C., Mills, A., & Senior, J. (2011). Prospective cohort study of mental health during imprisonment. *The British Journal of Psychiatry*, 198(1), 37–42.
- Hodgins, S., & Müller-Isberner, R. (2004). Preventing crime by people with schizophrenic disorders: The role of psychiatric services. *British Journal of Psychiatry*, 185(SEPT.), 245–250. <https://doi.org/10.1192/bjp.185.3.245>
- Iñigo, C., Pérez-Cárceles, M., Osuna, E., Cabrero, L. A., & Luna, A. (1999). Perfil clínico y delictivo de los enfermos ingresados en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante. *Rev Esp Sanid Penit*, 2, 25–31.
- Iñigo-Barrio, C., Pérez-Cárceles, M., Osuna, E., Cabrero, E., & Luna, a. (1999). Perfil clínico y delictivo de los enfermos ingresados en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 2, 25–31. <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/134>
- Jefatura del Estado. (1995). *BOE.es - BOE-A-1995-25444 Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal*. 143. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-25444>

- Jefatura del Estado. (2003). Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Última modificación 30 Marzo 2021. *Boletín Oficial Del Estado*, 128, 29 de marzo, 1–46.
- Kjelsberg, E., & Hartvig, P. (2005). Can morbidity be inferred from prescription drug use? Results from a nation-wide prison population study. *European Journal of Epidemiology*, 20(7), 587–592.
- Lazarus, R. S. (2000). Estrés y emoción. *Manejo e Implicaciones En Nuestra Salud*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- López Álvarez, M., Saavedra Macías, F. J., López Pardo, A., & Laviana Cuetos, M. (2016). Prevalencia de problemas de salud mental en varones que cumplen condena en centros penitenciarios de Andalucía (España). 9, 76–85.
- Lorant, V., Deliège, D., Eaton, W., Robert, A., Philippot, P., & Ansseau, M. (2003). Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*, 157(2), 98–112.
- Martínez Cordero, A. (2000). Perfil patológico del interno ingresado en la Enfermería de un Centro Penitenciario. *Rev. Esp. Sanid. Penit*, 2(2), 41–47.
- Martínez-Cordero, A. (2012). Perfil patológico del interno ingresado en la Enfermería de un Centro Penitenciario. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 2(2).
- Massaro, J. (2003). Working with people with mental illness involved in the criminal justice system. *Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Washington, DC*.
- Mesa Cid, Pedro J., Rodríguez Testal, J. F. (2011). *Manual de psicopatología clínica* (Nº1). Editorial Pirámide.
- Ministerio de Justicia e Interior. (1996). Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario. *Boletín Oficial Del Estado*, 40, 1–96. <https://www.boe.es/boe/dias/1996/02/15/pdfs/A05380-05435.pdf>
- Molina Coloma, V., Pérez, J. I., & Salaberría, K. (2018). Diferencias generales y entre sexos en salud mental: Un estudio comparativo entre población penitenciaria y población general = General and sex differences in mental health: A comparative study between prison and general population. *Revista Mexicana de Psicología*, 35(2), 117–130. <https://ezproxy.biblioteca-uoc.idm.oclc.org/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2018-39520-002&lang=es&site=ehost-live&scope=site%0Ahttp://veronicamolinalcoloma@gmail.com>
- Mundt, A. P., Alvarado, R., Fritsch, R., Poblete, C., Villagra, C., Kastner, S., & Priebe, S. (2013). Prevalence Rates of Mental Disorders in Chilean Prisons. *PLoS ONE*, 8(7), 4–11. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0069109>
- Organización Mundial de la Salud. (1996). *CIE 10 trastornos mentales y del comportamiento: pautas diagnósticas y de actuación en atención primaria*. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/43979>
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001: Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*.

- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Invertir en salud mental*. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42897>
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Declaración de Helsinki: Conferencia Ministerial de la OMS para la Salud Mental*. 8. <https://consaludmental.org/publicaciones/DeclaracionHelsinki.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2006). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. *Organización Mundial de La Salud*, 45(Documentos básicos), 1–48.
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud*. 14.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Plan de acción sobre salud mental. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.
- Paulus, P. B., McCain, G., & Cox, V. C. (1978). Death rates, psychiatric commitments, blood pressure, and perceived crowding as a function of institutional crowding. *Environmental Psychology and Nonverbal Behavior*, 3(2), 107–116.
- Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M. R., & Rahman, A. (2007). No health without mental health. *The Lancet*, 370(9590), 859–877.
- Sanz, J., Gómez-Pintado, P., Ruiz, A., Pozuelo, F., & Arroyo, J. M. (2014). Programa de Atención Integral al Enfermo Mental en las prisiones españolas (PAIEM): valoración tras cuatro años de funcionamiento. *Revista Espanola de Sanidad Penitenciaria*, 16(3), 91–102. <https://doi.org/10.4321/S1575-06202014000300005>
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2009). *Protocolo De Aplicación Del Programa Marco De Atención Integral a Enfermos Mentales En Centros Penitenciarios (Paiem)*. 23.
- Taylor, P. J., Walker, J., Dunn, E., Kissell, A., Williams, A., & Amos, T. (2010). Improving mental state in early imprisonment. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 20(3), 215–231.
- Trestman, R. L., Ford, J., Zhang, W., & Wiesbrock, V. (2007). Current and lifetime psychiatric illness among inmates not identified as acutely mentally ill at intake in Connecticut's jails. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, 35(4), 490–500.
- Vicens, E., Tort, V., Dueñas, R. M., Muro, Á., 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), 321–332. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/cbm.815>
- Walker, J., Illingworth, C., Canning, A., Garner, E., Woolley, J., Taylor, P., & Amos, T. (2014). Changes in mental state associated with prison environments: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 129(6), 427–436.
- Walmsley, R. (2011). *International Centre for Prison Studies, World Prison Population List, Ninth Edition*. 1–6. www.prisonstudies.org
- Walmsley, R. (2018). World Prison Population List (twelfth edition). *Institute for Criminal Policy Research*, 12, 1–19. www.prisonstudies.org

- Zabala Baños, M. C. (2016). *Prevalencia de trastornos mentales en prisión: análisis de la relación con delitos y reincidencia*.
- Zabala-Baños, M., Segura, A., Maestre-Miquel, C., Martínez-Lorca, M., Rodríguez-Martín, B., Romero, M., & Rodríguez, D. (2016). Prevalencia trastorno mental y factores de riesgo asociados en tres prisiones de España. *Rev. Esp. Sanid. Penit*, 13–24.
- Zamble, E. (1992). Behavior and adaptation in long-term prison inmates: Descriptive longitudinal results. *Criminal Justice and Behavior*, 19(4), 409–425.
- Zulaika, D., Etxeandia, P., Bengoa, A., Caminos, J., & Arroyo-Cobo, J. M. (2012). Un nuevo modelo asistencial penitenciario: la experiencia del País Vasco. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 14(3), 91–98. <https://doi.org/10.4321/s1575-06202012000300004>