
SALUD MENTAL EN PRISIÓN. LAS PARADOJAS SOCIOEDUCATIVAS¹

MENTAL HEALTH IN PRISON. THE SOCIOEDUCATIVE PARADOXES



Añaños-Bedriñana, F.T.
*Dpto. de Pedagogía e Instituto de
Investigación de la Paz y los Conflictos
(IPAZ). Universidad de Granada, G.I.
HISULA, UPTC*

Burgos-Jiménez, R.

Rodríguez-Sanjuán, A.
Universidad de Granada

Turbi-Pinazo, A.M.
Universidad Católica de Valencia

Soriano, C.
FAISEM

Llopis-Llacer, J.J.
Unidad de Conductas Adictivas. Castellón

email: fanntab@ugr.es

RESUMEN

El trabajo tiene por objeto analizar la salud mental en población penitenciaria, especialmente las mujeres, en relación a la identificación de

ABSTRACT

The purpose of the work is to analyze mental health in the prison population, especially women, in relation to the

¹ Este trabajo se enmarca en dos proyectos I+D+I: "Mujeres reclusas drogodependientes y su reinserción social. Estudio socioeducativo y propuestas de acción" [Ref. EDU2009-13408], realizado entre el año 2010 al 2014 y, el proyecto en curso "Procesos de reinserción y acompañamiento a mujeres en semilibertad" (REINAC), Ref. EDU2016-79322-R; financiados por el Ministerio de Economía, Industria y Competitividad del Gobierno español (MINECO), la Agencia española de Investigación (AEI) y Feder, 2016-2019.

las propias autopercepciones sobre la salud mental, las situaciones en torno al consumo paralelo de drogas, el tratamiento recibido y los procesos de intervención socioeducativa. Los datos seleccionados corresponden a un proyecto de investigación nacional (Ref. EDU2009-13408), realizado en 42 prisiones españolas, que se hallan en cumplimiento de condena, en una muestra de 538 mujeres encuestadas. Los resultados ponen en relieve la gran dimensión del problema en las prisiones, por encima de la población nacional, la mayor prevalencia del estigma social en las mujeres, la relación con el consumo de drogas, así como la escasa y/o inadecuada atención en los programas de intervención específica y social en las mujeres estudiadas.

PALABRAS CLAVE

Salud Mental, Género, Prisión, Intervención Socioeducativa.

identification of their own health self-perceptions about mental health, the situations surrounding the parallel use of drugs, the treatment received and the processes of socio-educational intervention. The data selected corresponds to a national research project (Ref. EDU2009-13408), carried out in 42 Spanish prisons, which are in compliance with the sentence, in a sample of 538 women surveyed. The results highlight the great dimension of the problem in prisons, above the national population, the higher prevalence of social stigma in women, the relationship with drug use, as well as the scarce and/or inadequate attention in the programs of specific and social intervention in the women studied.

KEYWORDS

Mental Health, Gender, Prison, Socio-educational Intervention.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene como propósito abordar una realidad compleja en torno a la salud mental en prisión. Término reconocido y empleado habitualmente en el campo sanitario, pero que a nivel social tiene algunos cuestionamientos al asociarse a connotaciones estigmatizantes (Casal, 2010; Romanach y Lobato, 2009), sobre todo cuando se refiere a la enfermedad mental, en un contexto como el penitenciario de por sí ya excluido (Añaños, 2012, 2013; Añaños, Fernández y Llopis, 2013). Desde el prisma social emergen voces para emplear otras definiciones, sin obviar la realidad de la diferencia de los grupos o individuos que presentan necesidades especiales, con menos carga discriminante o neutra (Foro de Vida Independiente -FVI-, 2005, citado en Romanach y Lobato, 2009), como por ejemplo la diversidad funcional, en este caso mental. De hecho, el estado español ha

ratificado la Convención de Naciones Unidas de Derechos de las Personas con Discapacidad –CDPD– (ONU, 2006), donde está incluida la diversidad funcional, para asegurar y promover el pleno ejercicio de los derechos humanos y las libertades fundamentales, así como su protección.

Pese a este dilema social, la perspectiva de la salud suele asociarse tradicionalmente a la presencia o la ausencia de la enfermedad (Lopera, 2015), sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013), entiende que es el bienestar en las dimensiones físicas, mentales y sociales; en el que el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (OMS, 2004). Planteamiento que abre una dimensión más amplia, teniendo en cuenta el contexto social, histórico, político cultural, que facilite el desarrollo social y personal.

En el medio penitenciario, la presencia poblacional mayoritaria en espacios ordinarios –“intramuros”–, frente a los regímenes de vida en semilibertad –abiertos– o en medidas alternativas a la prisión, evidencia que nos hallamos ante un sistema punitivo cuyo enfoque prioritario es el encierro de las personas que han delinquido. Los espacios además de situar y distinguir a los/as internos/as con la “separación interior”, son contextos de control de los desplazamientos y poder social (Añaños, Fernández y Llopis, 2013). La prisión se convierte en una “institución total” (Goffman, 1994), un lugar de referencia, aislados de la sociedad, en el que comparten rutinas diarias administradas y normativizadas formalmente, que puede provocar, entre otros, aburrimiento (CERMI², 2003), desidia y/o distanciamiento de la realidad, en el que, también, se albergan personas con problemas de salud mental, y/o puede ser generadores de las mismas.

Género y salud mental

Cuando se aborda la realidad de las mujeres con problemas con la salud mental, se parte de la base de la poca existencia de la perspectiva de género, a pesar de la preocupación que existe en las últimas décadas sobre esta temática, evidenciando todo tipo de desigualdades y desventajas sociales en las mujeres internas (Almeda, 2003; Añaños, 2013; Yagüe, 2007). Así, la realidad social distingue diferentes valoraciones de un mismo hecho o acción según quien lo realice, de suerte que el estigma en un hombre o una mujer son distintos, teniendo más carga negativa o repercusión en las mujeres. Esto mismo pasa a nivel histórico en cuanto a

² CERMI: Comité español de representantes de personas con discapacidad.

la situación de desigualdad que han padecido por este motivo, simplemente por el hecho de ser mujeres (Juliano, 2010; Ramos-Lira, 2014).

Las investigaciones llevadas a cabo en las últimas décadas han demostrado de manera inequívoca la existencia de claras diferencias tanto en la morbilidad psiquiátrica como en el patrón de conducta enferma desarrollados por hombres y mujeres, en el marco de dos tipos de formulaciones teóricas: las teorías constitucionales, genéticas y/o endocrinas -insuficientes para explicar el distinto comportamiento frente a esta problemática- y, las teorías ambientalistas -que defienden que son las variables socioculturales las que actúan a través de roles y patrones de conducta socialmente impuestos- (Montero et al., 2004).

Por otro lado, las desigualdades de género en la salud mental se pueden observar en las siguientes realidades:

- Primera, la propia visión de la salud mental entre hombres y mujeres, que si se analiza la relación entre enfermedad mental y género se evidencia la enfermedad de las mujeres (Ortega, 2011).
- Segunda, mayor prevalencia de trastornos mentales relacionados con los roles de cuidado familiar asumidos por las mujeres, lo que lleva a compaginar los cuidados con otras tareas de responsabilidad (Montero et al., 2004; Ortega, 2011). Tal es así, que la vivencia del aislamiento relacional familiar y social es una cuestión muy crítica y dura para los/as internos/as, pero en el caso de las mujeres, de acuerdo con Añaños, Fernández y Llopis (2013) y García, Añaños y Fernández (2017), la separación de sus hijos/as y familiares es una realidad doliente que las mujeres padecen más en prisión, debido a la implicación, responsabilidad y los roles tradicionales de género asumidos, viviéndola con mucha frustración y sentimientos encontrados y provocando con frecuencia problemas de diverso orden (depresión, ansiedad, adicción a los psicofármacos, etc.).
- Tercera, violencia de género (González, González, López, Polo y Rullas, 2010) que lamentablemente puede complicarse, entre otros, si hay una falta de información, servicios y/o la actitud negativa o de desconfianza por parte de los profesionales a la hora de denunciar dicha situación de violencia (Ramos-Lira, 2014).
- Cuarta, prevalencia de sufrir un estigma estructural o estigma institucional, a través, entre otros, de un conjunto de normas, políticas y procedimientos de entidades públicas o privadas que restringen los derechos y las oportunidades de las personas con enfermedades mentales,

legitimando las diferencias de poder y reproduciendo las inequidades y la exclusión social (Ramos-Lira, 2014).

- Quinta, a todo lo anterior, cabe sumar, los distintos tipos de exclusión por la vinculación al medio penitenciario (Añaños, 2012, 2013), que si cabe dan lugar peores pronósticos sociales de reinserción.

La prisión y la salud mental

Existe una gran dificultad para determinar cuál es la población con problemas de salud mental a nivel general, debido a la multitud de estudios parciales que abordan esta realidad. Si se centra el análisis en el medio penitenciario la situación no dista de la primera, cabe citar los más destacados en España:

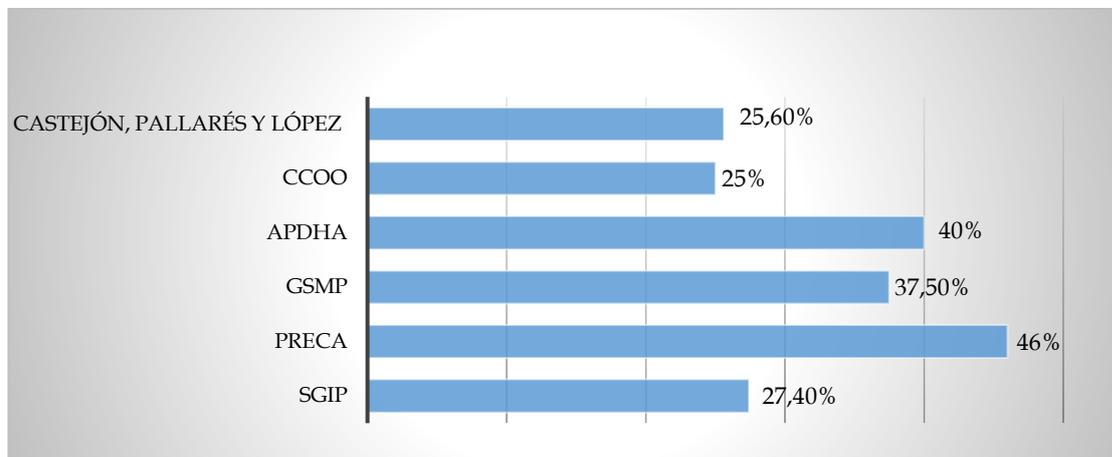


Figura 1. Estudios sobre salud mental en prisión

La Figura 1 muestra distintos trabajos de investigación sobre salud mental en prisión. Por ejemplo, la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias –en adelante SGIP- (SGIP, 2006) evidencia el 27,4% de personas con problemas de salud mental en prisión, sin incluir las adicciones de drogas, en los que el 1,8% tiene acreditada la discapacidad psíquica con certificado de discapacidad. El Grupo de Prevalencia de Trastornos Mentales en Cárceles –en adelante PRECA- (PRECA, 2011) señala que el 46% presenta dicha situación. Otro equipo que trabaja el tema es el Grupo de Trabajo sobre Salud Mental en Prisión –en adelante GSMP- (GSMP, 2011) indican una prevalencia del 37,5%, encontrando entre el 4% y 6% con un proceso mental grave. APDHA³ (2007) afirma que el 40% presenta trastornos mentales y de personalidad, de los cuales el 8% tiene enfermedad mental grave. López (2011) apunta que el 25,6% de los internos (uno de cada cuatro) tiene

³Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía.

recogido uno o varios diagnósticos psiquiátricos en su historia clínica. Y, Comisiones Obreras (CC.OO., 2010) muestra un dato cercano del 25%.

En suma, nos hallamos en una población con problemas de salud mental que oscila entre el 25%- 46%, lo que representa una cuestión de gran relevancia, poniendo a la luz una situación que, las personas encarceladas tienen entre 4 y 6 veces más probabilidad de padecer un trastorno psicótico o depresión grave que la población general y, alrededor de 10 veces más probabilidad de ser diagnosticados de un trastorno antisocial de la personalidad (PRECA, 2011). A su vez, otros autores (Arroyo, 2011; Caravaca-Sánchez, Falcón-Romero y Luna-Maldonado, 2014; OMS, 2013) también coinciden que la enfermedad mental entre la población penitenciaria es superior a la de la población general.

Otra cuestión poco tratada es la Patología Dual en prisión, es decir, la coexistencia en una misma persona de un trastorno por abuso de sustancias psicoactivas y cualquier otro trastorno psiquiátrico asociado (GSMP, SESP y AEN, 2006). Situación de gran importancia, que según Iñigo y Márquez (2011), en el Grupo de Salud Mental en Prisión -GSMP-, se registra entre el 30% y el 50% de diagnósticos por trastornos ocasionados por el consumo de drogas. APDHA (2007) señala que el 25% de la población padece depresiones y problemas mentales producidos por el consumo de drogas. Por su parte, PRECA (2011) precisa trastornos relacionados con el abuso de alcohol, cocaína y cannabis, como patologías más comunes (76,2%).

La intervención en salud mental en prisión

Como se ha observado en los puntos anteriores, la problemática de salud mental en prisión cobra dimensiones enormes y la tendencia es de crecimiento. Por tanto, la atención y el tratamiento socioeducativo y sanitario se convierte en un aspecto fundamental en la intervención penitenciaria. Así, en este proceso, Garcés, Duato, Vicente y Guadarrama (2012), expresan la necesidad de diferentes profesionales especializados (médicos, psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, educadores, etc.), conocedores del tema y que generen un ambiente coherente, seguro y grato para los usuarios; en el que tanto la atención individualizada y específica (Arroyo, 2006) como el trabajo con las familias y/o círculos sociales cercanos resulten básicos para el tratamiento socioeducativo y psicológico. Sin embargo, el trabajo con el exterior apenas se produce y, en su interior existe poca información detallada de estos procesos.

El tratamiento de la salud de los/as internos/as en prisión que padecen algún tipo de trastorno o patología psiquiátrica se lleva a cabo en distintos recursos penitenciarios (SGIP, 2019), a citar:

1. **Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios**, que son centros destinados específicamente a satisfacer las necesidades y demandas de la población penitenciaria con síntomas y patologías mentales graves, internados en ellas por decisión de los Tribunales de Justicia (SGIP, 2019a). Tiene como finalidad esencial el abordaje médico-asistencial, donde los/as internos/as no se clasifican en grados y son considerados pacientes. Actualmente en España existen dos, ubicados en Alicante y en Sevilla⁴. La Institución Penitenciaria desde 2009 demanda a través de su Propuesta de Acción para los Hospitales Psiquiátricos una mejora de los recursos y la coordinación con el sistema penitenciario, puesto que el tratamiento en este tipo de centros tiene una repercusión muy favorable, especialmente cuando es una intervención temprana (SGIP, 2009). En estos centros se desarrolla el *Programa de Salidas Terapéuticas* con el objeto de fomentar las habilidades sociales a través de actividades en el exterior, clasificadas por Cerezo y Díaz (2016) en: salidas con personal sanitario, salidas con familia, salidas sin acompañamiento y permisos de salida, siendo este último el más amplio y el que otorga al individuo una mayor libertad y autonomía. A través de este tipo de intervenciones se consigue que el interno experimente situaciones sociales y desarrolle su adaptación al medio social. De acuerdo con la SGIP (2019a) estos recursos se adaptan y organizan para el cumplimiento de la condena de internos que son derivados al centro por presentar un informe de diagnóstico de salud mental. No obstante, tienen una gran limitación al contar sólo con dos centros en todo el país, ofertando un reducido número de plazas y que prioriza las causas eximentes completas. Los individuos con causas eximentes parciales o incompletas se derivan, preferentemente, a las *enfermerías de los centros penitenciarios*. Asimismo, además de estos tipos de centros especializados, se cuenta con otros complementarios como las *Comunidades Terapéuticas*, que son recursos extra-penitenciarios destinados principalmente al tratamiento y abordaje de personas con adicciones y abuso de drogas, con las que la Institución Penitenciaria establece convenios para tratar a reclusos/as con adicciones que están cumpliendo condena (SGIP, 2019b). En algunos centros existe este recurso como parte de sus programas de intervención (comunidades terapéuticas intra-penitenciarias). Estos espacios resultan herramientas muy útiles para los

⁴ El hospital psiquiátrico de Alicante fue inaugurado en 1984, mientras que el de Sevilla en 1990.

internos con problemas de salud mental debido a su asociada relación con el consumo de sustancias, contando incluso con unidades psiquiátricas. Las comunidades terapéuticas trabajan bajo un modelo facilitador del cambio social y psicológico, adaptando habilidades sociales, valores y actitudes a la vida en sociedad (Fiestas y Ponce, 2012). Así, Gogeochea-Trejo, Pavón-León, Blázquez-Morales y Sánchez (2016) determinaron que pasado 12 meses en este tipo de centros se produce una reducción total de un 69% en el consumo, además de una disminución del malestar psicológico. Por esto, resulta un espacio favorecedor para el cuidado y atención de internos con patologías mentales y adicciones.

2. *Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales (PAIEM)*, para conseguir los cuidados y tratamientos garantizados desarrolla un amplio plan de intervención dedicado a la actuación integral, terapéutica, educativa y reinsertadora de las personas condenadas con algún tipo de trastorno mental (SGIP, 2009a). Este tipo de planes y actuaciones desarrollan la integridad e igualdad de los pacientes de salud mental condenados (Arroyo, 2011), este es el caso del PAIEM. El PAIEM, tiene como objetivo principal el cubrir las necesidades de salud mental del colectivo penitenciario. Según la SGIP (2009a; 2019a) se implementa en todos los centros penitenciarios del país desde el año 2009, desarrollando un protocolo de actuación especializada, basado fundamentalmente en intervenciones terapéuticas y ocupacionales en comunidad. Estas actuaciones requieren la participación del entorno social más cercano del individuo, ofreciendo salidas y permisos extraordinarios al paciente que permitan una reintegración social progresiva. Los ejes fundamentales del programa son (SGIP, 2019):

- La detección, diagnóstico y tratamiento médico de las personas con enfermedad mental.
- El desarrollo de actuaciones dirigidas a su rehabilitación y reinserción social, en un marco multidisciplinar.

De acuerdo con la SGIP (2017) el PAIEM atendió en el año 2017 a 3.273 internos en 67 establecimientos penitenciarios. En diciembre de ese mismo año se atendió a 1892 internos, lo que supone el 4,3% de la población reclusa en régimen cerrado y ordinario. De estos internos un 40,7% presenta patologías duales, el 38,1% padece trastorno psicótico, el 18,4% algún trastorno afectivo y el 11% padecen otros tipos de trastornos.

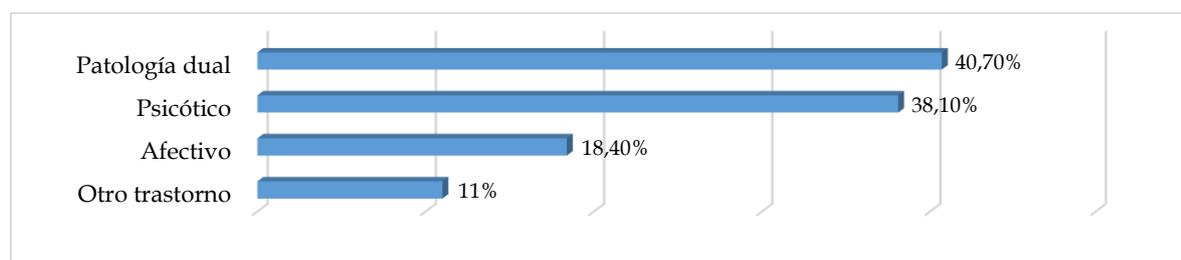


Figura 2: Tipos de trastornos de internos en PAIEM diciembre 2017 (Fuente: SGIP, 2017)

1. *Programa Puente de Mediación Social*, dirigido a internos con trastorno mental grave. Este plan se desarrolla en el medio abierto, especialmente en los Centros de Inserción Social –en adelante CIS–, con el propósito de dotar al interno en situación de semilibertad de recursos y oportunidades para facilitar tanto su proceso de reinserción social como su recuperación y tratamiento (SGIP, 2019a). El programa comparte grandes similitudes con el PAIEM, siendo definido por Cerezo y Díaz (2016:12) como un complemento que facilita la continuidad del tratamiento y de los cuidados ofrecidos precisamente en prisión. De tal modo, estas intervenciones serán diseñadas y coordinadas también por un equipo multidisciplinar que se denomina “*Unidad Puente*” (SGIP, 2019a), y que trabaja desde los CIS para facilitar una adecuada derivación de los enfermos mentales.

MÉTODO

Diseño

El estudio se llevó a cabo en el marco de una investigación I+D+I denominado “Mujeres reclusas drogodependientes y su reinserción social. Estudio socioeducativo y propuestas de acción” [Ref. EDU2009-13408], entre los años 2010 al 2014, con el aval institucional y autorización de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, Ministerio de Interior, así como de la Consejería de Justicia de la Generalitat de Cataluña (única Comunidad Autónoma con competencias en la materia), en el que se combinan métodos cualitativos y cuantitativos, del que se esgrimen las variables relacionadas al objeto de este trabajo.

El artículo tiene el propósito de analizar la salud mental en población penitenciaria, especialmente las mujeres, en relación a la identificación de las propias autopercepciones sobre la salud mental, las situaciones en torno al consumo paralelo de drogas, el tratamiento recibido y los procesos de intervención socioeducativa.

Muestra

La investigación abordó a las mujeres condenadas en el sistema penitenciario español, clasificadas en 2º o 3º grado de cumplimiento de pena a nivel nacional. La muestra se diseñó de forma estratificada con asignación a la proporcionalidad de la población penitenciaria femenina y según zonas geográficas, llegando a muestrear aproximadamente un 17% de la población en 42 centros penitenciarios, llegando a definirse una muestra de 599 mujeres.

Instrumentos y procedimiento

Los instrumentos empleados fueron cuestionarios (538) y entrevistas semiestructuradas (61), que se elaboraron "ad hoc" por el equipo investigador del citado proyecto. El cuestionario, del que se extrae los principales datos específicos para el presente trabajo, es un instrumento amplio de carácter mixto, con preguntas cerradas, escalas, llave y/o abiertas, que abordan las diversas realidades de las mujeres y los procesos de la intervención penitenciaria y, que fueron administradas en función de las características de las participantes, pudiendo ser auto-cumplimentadas, mixtas o guiadas. Las entrevistas fueron grabadas en voz, con una duración aproximada de 40 minutos.

Análisis de la información

Para el tratamiento y análisis de la información obtenida de carácter cuantitativo se usó el programa IBM SPSS versión 20, tratando de dar respuesta a los objetivos de la investigación e indagando en las categorías delimitadas y, en caso de información cualitativa se empleó el análisis de contenido.

RESULTADOS

A continuación se muestran los principales resultados de investigación en relación a la salud mental de las mujeres en prisión que han participado en el estudio.

Se puede observar, en la Figura 3, que la muestra general estudiada es reveladora de una situación muy significativa de presencia de patología psiquiátrica/psicológica en mujeres en un 80.9% de los casos. Por su parte, ahondando en las diferentes condiciones psicológicas/psiquiátricas percibidas y/o sentidas por las mujeres, planteadas mediante conductas, sensaciones y/o actitudes concretas, se identifican las sintomatologías especificadas en la Tabla 1.

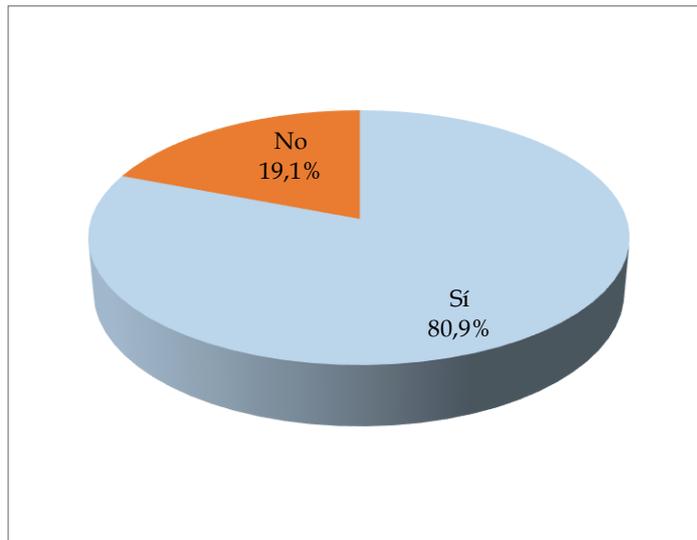


Figura 3. Presencia de patología psíquica/psicológica

Tabla 1: Prevalencia sintomatología psicológica/psiquiátrica, a partir de las auto percepciones de las mujeres

	N	%
Estado de ánimo deprimido.	278	51,7%
Ansiedad	253	47%
Cognitivos/demencias, (problemas de atención, memoria, concentración, olvidos...)	258	48%
Delirantes/psicosis, (alucinaciones: auditivas, visuales..., paranoias...)	64	11,9%
Trastornos del control de los impulsos, (dificultades para controlar la agresividad (verbal y no verbal), el enfado/ira.	58	10,8%
Trastornos de personalidad	55	10,2%
Trastornos de la conducta alimentaria (anorexia)	114	21,2%
Trastornos de la conducta alimentaria (bulimia)	184	15,5%
Intentos de suicidio	159	29,6%
Autolesiones	150	27,9%
Otro diagnóstico sin definir	57	10,6%*

Las afecciones prevalentes son los Trastornos del Estado de Ánimo, especialmente la sintomatología depresiva (51,7%), los trastornos cognoscitivos (48%) y los ansiosos (47%). En cuanto al tratamiento recibido relacionado a la presencia de psicopatologías, los resultados son preocupantes, dado que sólo el 46,7% (N=251) reciben algún tipo de tratamiento, con el objeto de fomentar sus capacidades, autonomía y adaptación personal para mejorar no sólo su estancia en prisión, sino también, según la SGIP (2019a), su relación social, familiar y laboral, siendo éstos (Figura 4):

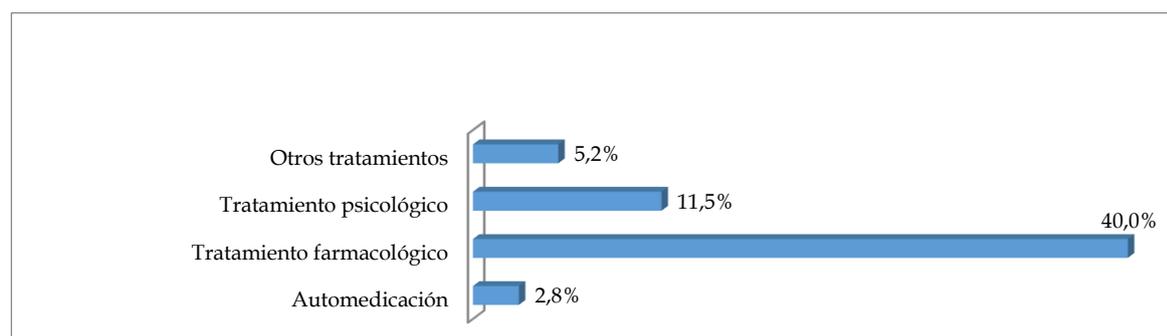


Figura 4: Mujeres con presencia de sintomatología psicológica/psiquiátrica que reciben tratamiento y tipo

Más de la mitad de las mujeres reclusas no reciben tratamiento por la sintomatología psicológica/psiquiátrica. De forma concreta sólo en el 11,5% se concretan tratamientos terapéuticos de orden psicológico, lo cual dadas las condiciones de encierro de estas mujeres son de suma necesidad.

Es revelador que el tratamiento prevalente sea de tipo farmacológico (40%), a la que cabe añadir la automedicación (2,8%).

A los hallazgos encontrados sobre la gran prevalencia de sintomatología psiquiátrica en la población reclusa estudiada, si se suma la comorbilidad de una conducta adictiva nos encontramos con la *Patología Dual*.

Tabla 2: Consumo de drogas y presencia de trastorno mental en las mujeres reclusas (patología dual)

	MUESTRA GLOBAL		ADICTAS ACTIVAS		EX ADICTAS		NO ADICTAS		ADICTAS EN PMM	
	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Padecen enfermedades psíquicas	80,9%	435	98,6%	68	86,1%	167	67,3%	142	90,6%	58

Los perfiles de adicción fueron definidos por Añaños (2013, 2017), distinguiéndose cuatro subgrupos en relación al consumo de sustancias: Adictas activas (AA), quienes mantienen el consumo en el momento de la investigación; Adictas en Programas de Metadona (PMM), aquellas que se hallan en programas de tratamiento alternativos como el de metadona; Ex adictas (EX), mujeres que se hallan en abstinencia al menos durante 6 meses previos a la investigación y; No adictas (NA), quienes no presentan consumos problemáticos de alcohol y drogas. En la definición del perfil no se tuvo en cuenta el tabaco ni los psicofármacos recetados.

De la Tabla 2 se deduce que, tomando como referencia el 80,9% con presencia de sintomatología psiquiátrica, casi la totalidad de las Adictas activas (98,6%) presentan patología dual, seguidas de las PMM (90,6%), Ex adictas (86,1%) y las No adictas (67,3%).

DISCUSIÓN

Que el 80,9% de las mujeres registren presencia de patología psiquiátrica/psicológica, representa un dato aplastante que pone en evidencia la gravedad de la problemática en este contexto, superando el dato del 20% de la población española (Haro et al., 2006), al 27% de la población general adulta europea (Tortella-Feliu et al., 2016), o al 46% que indica PRECA (2011); sin embargo, estos trabajos no distinguen el dato por sexo. Siguiendo los distintos estudios analizados (Montero et al., 2003; Ortega, 2011; Añaños, Fernández y Llopis, 2013; García, Añaños y Fernández, 2017; González, González, López, Polo y Rullas, 2010; Añaños, 2012, 2013; Ramos-Lira, 2014; Lledó, Manzanos y Álvarez, 2014) esto se relaciona con la trayectoria previa al ingreso: víctimas de violencia de género, infancia traumática, asunción de roles de cuidado, mayor estigma y exclusión de salud mental, etc.

La incidencia sintomatológica resulta de gran interés, si bien no se puede hablar con rotundidad de diagnósticos psiquiátricos, ya que los datos obtenidos se extraen de las respuestas en el instrumento, y por lo tanto son autopercepciones.

La tipología de afecciones prevalentes en Trastornos del Estado de Ánimo son: sintomatología depresiva 51,7%, trastornos cognoscitivos 48% y ansiedad 47%), cuyos síntomas pueden responder, fundamentalmente, a las condiciones de la reclusión, las limitaciones de la socialización, el enorme peso que supone para ellas dejar su vida, hijos/as, trabajo, etc. (Turbi y Llopis, 2017). A lo que cabe añadir el consumo de drogas como gran variable influyente en este tipo de trastornos (Casares-López, González-Meneses, Villagrà, Hoffman y Reinhard, 2011; Añaños, 2017). Si hacemos una simple comparación de estos resultados con la presencia (prevalencia-vida) de trastornos de estado de ánimo en mujeres españolas, por ejemplo, en relación al estudio ESEMed (Haro et al., 2006), donde los porcentajes oscilaban entre el 14,7% al 15,85% de episodio depresivo mayor, resultando muy inferiores frente a más de la mitad de la muestra halladas en esta investigación.

Cabe destacar otro dato alarmante, que en numerosas ocasiones pasa desapercibido, como es la alta prevalencia de intentos de suicidio (29,6%) y episodios de autolesiones (27,9%), que presentan las mujeres reclusas analizadas.

En esta situación se considera que los factores de riesgo, como el alto nivel de estrés y ansiedad psicosocial, que inciden en el proceso de adaptación al medio (Turbi y Llopis, 2017). En ese sentido, Novo, Pereira, Vázquez y Amado (2017) determinan que los internos con desajuste psicosociales y comportamentales tienen una peor adaptación al contexto, lo que supone una situación de mayor estrés y ansiedad.

La alta prevalencia de idea suicida y las conductas autolesivas dan lugar a señalar el programa de prevención de suicidio incorporado en la totalidad de los centros penitenciarios del territorio español (SGIP, 2014), porque se parte de que es una prioridad y preocupación de la entidad penitenciaria, considerando los factores de riesgo propios del medio, especialmente en las etapas iniciales del ingreso a prisión, activando el protocolo de actuación al respecto (SGIP, 2019c).

Los tratamientos prevalentes son fundamentalmente farmacológicos (40%), seguidos a gran distancia de los psicológicos (11,5%) y de automediación (2,8%). Siendo el último una situación que pone en riesgo su estado mental y físico al carecer ésta de control sanitario. Al respecto, Turbi y Llopis (2017), infieren que la presencia de problemática de consumo de drogas favorece dichos tratamientos, posiblemente, por un lado, porque es más demandado por la propia mujer reclusa y, por otro, porque la propia patología, el consumo y sus consecuencias requieren tratamiento.

La presencia al mismo tiempo de una conducta adictiva y un trastorno psiquiátrico (patología dual) vuelve a revelar una preocupante realidad. Así prácticamente, la cercana totalidad de AA (98,6%) tiene esta situación, seguidas de las PMM (90,6%), EX (86,1%) y NA (67,3%). Un descenso en la medida que baja la relación con la sustancia y, en el caso de las No Adictas, posiblemente, relacionado más con el consumo de psicofármacos no recetados, en los que se hallan más los trastornos del estado del ánimo, teniendo muy poca incidencia en trastornos de la personalidad (Turbi y Llopis 2017).

Los datos de las mujeres relacionadas con el consumo activo de drogas y tratamientos alternativos (AA y PMM) dan una media de 94,6% que presentan sintomatología psicológica-psiquiátrica (sin diagnóstico, sino autopercebida), ampliando el 40,7% que revela el PAIEM (SGIP, 2017).

De acuerdo con Lledó, Manzanos y Álvarez (2014) los internos con drogodependencias son propensos a desarrollar patologías duales tales como trastorno de la personalidad, trastorno antisocial o trastorno obsesivo-compulsivo.

El consumo de drogas, es un factor que dificulta más el trabajo terapéutico y de reinserción de la población objeto de estudio que presenta Patología Dual, por lo que nos enfrentamos a un nuevo reto. Para tal fin es necesario, en primer lugar, identificar el tipo de patología dual, y por otra cuál de los trastornos es primario o secundario (Solomon, Zimberg y Shollar, 1996), o dicho de otra forma, si el trastorno psiquiátrico es inducido o independiente (San Molina, Dueñas y Arranz, 2004).

CONSIDERACIONES FINALES

La literatura analizada y los datos de la investigación presentados, revelan cuestiones de gran importancia, en los que la población penitenciaria tiene mayor prevalencia de problemas de salud mental en relación a la población nacional general, llegándose a encontrar el 80,9% de sintomatología psicológica/psiquiátrica autopercibida (no diagnosticada) por las mujeres en las prisiones españolas.

Las principales afecciones son los trastornos del estado de ánimo (depresión 51,7%, cognoscitivo 48% y ansiosa 47%), lo que puede explicarse con los factores de riesgo relacionados a las condiciones de reclusión, las limitaciones de la interacción social sobre todo con el exterior, la separación de sus entornos sociales y personales, especialmente sus hijos, etc., llegando a manifestaciones extremas del 29,6% de intentos de suicidio y de 27,9% de autolesiones. Todas estas prevalencias deben instar a la entidad penitenciaria a ampliar y mejorar la intervención sanitaria mediante el diagnóstico temprano y el correspondiente abordaje especializado de calidad, en su caso, del programa de prevención de suicidios, el PAEIM, el Programa Puente, módulos de salud mental concretos, etc., considerando los factores de riesgo propio del medio y de las mismas personas internadas.

Sólo el 46,7% (N=251) ha recibido tratamiento psicopatológico, y por tanto, la mayor parte no ha tenido esta intervención específica, siendo la tipología farmacológica (40%) la preferente, por encima de la psicológica (11,5%) y de otros tratamientos (5,2%). La atención farmacológica es necesaria para los casos requeridos, pero no la única, porque el abordaje psicoterapéutico y socioeducativo mejoran o favorecen el pronóstico y evolución de las personas.

En cuanto a la patología dual, se evidencia que se halla en el 94,6% de mujeres que manifiestan sintomatología psicológica/psiquiátrica (no diagnosticada) y presentan consumo activo de drogas y en aquellas que se encuentran en los programas alternativos de metadona. Esto avala que las mujeres reclusas estudiadas presentan más factores de riesgo en relación a la patología mental.

En suma, nos hallamos ante unos datos preocupantes que ponen de manifiesto la gran importancia de la salud mental en prisión, especialmente en las mujeres. Todo ello requiere una actuación terapéutica y socioeducativa orientada al desarrollo integral de la persona, que amplíe el modelo sanitario de intervención (del casi exclusivo tratamiento farmacológico), teniendo en cuenta la perspectiva de género, de manera transdisciplinar y en función de las características de los/as internados/as en prisión, lo cual incidirá en su verdadero proceso de inserción-reinserción social, incluso redefiniendo terminologías en el marco de las diversidades.

REFERENCIAS

- Almeda, E. (2003). *Mujeres encarceladas*. Barcelona: Ariel.
- Añaños, F. (2012). Violencias y exclusiones en el medio penitenciario: Enfoque socio-educativo y de la paz. *Convergencia*, 19(59), 13-41.
- Añaños, F. (2013). Formación educativa previa ante las discriminaciones: las mujeres reclusas en España. *Revista de Educación*, 360, 91-118.
- Añaños, F. (2017). Definición de los perfiles de adicción, y rasgos de consumo en mujeres reclusas. En Añaños, F (coord.), *En prisión. Realidades e intervención socioeducativa y drogodependencias en mujeres*, (pp. 37-55). Madrid: Editorial Narcea.
- Añaños, F., Fernández, M. y Llopis, J. (2013). Aproximación a los contextos en prisión: una perspectiva socioeducativa. *Pedagogía social: revista interuniversitaria*, 22, 2-16.
- APDHA. (2007). *Enfermos mentales en prisiones ordinarias. Un fracaso de la sociedad del bienestar*. Madrid: APDHA.
- Arroyo, J. (2006). Los problemas de salud mental en las prisiones, vistos desde la atención primaria. *Norte de Salud mental*, 6(25), 35-44.
- Arroyo, J. (2011). Estrategias asistenciales de los problemas de salud mental en el medio penitenciario, el caso español en el contexto europeo. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 13(43), 100-111.
- Caravaca-Sánchez, F., Falcón-Romero, M., y Luna-Maldonado, A. (2014). Agresiones físicas en prisión, la enfermedad mental como factor de riesgo asociado. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 16(3), 84-90.
- Casal, J. (2010). Derechos y participación de las personas con diversidad mental. *Cuadernos de Trabajo Social*. Recuperado de: <https://link.galegroup.com/apps/doc/A310149296/AONE?u=googlescholar&sid=AONE&xid=f6dc7bb7>

- Casares-López, M., González-Menéndez, A., Villagrà, P., Hoffman, S., y Reinhard, I. (2011). Patología dual y trastornos mentales en reclusos consumidores de sustancias. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 16(2), 135-144.
- CCOO (2010). Informe sobre mental en prisiones. Recuperado de: http://www2.fsc.ccoo.es/comunes/recursos/99922/1885967-Informe_Salud_Mental_en_Prisiones.pdf
- Cerezo, A., y Díaz, D. (2016). El enfermo mental en el medio penitenciario español. *International Journal of Criminal Sciences*, 10, 1-24.
- CERMI. (2003). *Discapacidad y exclusión social en la unión*. Madrid: CERMI.
- Fiestas, F., y Ponce, J. (2012). Eficacia de las comunidades terapéuticas en el tratamiento de problemas por uso de sustancias psicoactivas: una revisión sistemática. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 29(1), 12-20.
- Garcés, E., Duato, A., Vicente, M., y Guadarrama, V. (2012). Los cuidados de enfermería psiquiátrica en los centros penitenciarios. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 8(3). Recuperado de: <http://sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/117>
- García-Vita, M., Añaños, F. y Fernández, M. (2017). Bienestar emocional en mujeres en centros penitenciarios españoles: la relevancia del historial adictivo y del país de origen. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 19(3), 79-86.
- Goffman, E. (1994). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gogiascochea-Trejo., Pavón-León, P., Blázquez-Morales, M., y Sánchez, A. (2016). Evaluación de resultados del tratamiento de adicciones en usuarios de una comunidad terapéutica. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*, 16(2), 27-40.
- González, F., González, J., López, M., Polo, C y Rullas, M. (2010). *Guía de atención a mujeres maltratadas con trastorno mental grave*. Madrid: Salud Madrid
- GSMP. (2011). *Guía Atención primaria de la salud mental en prisión*. Bilbao: OMEditorial.
- GSMP, SESP y AEN (2006). *Atención primaria de la Patología Psiquiátrica dual en prisión. Documento de consenso N° 1*. Zaragoza: Janssen-Cilag.
- Haro, J.M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., y Alonso, J. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina clínica*, 126(12), 445-451.
- Iñigo, C. y Markez, I. (Coords) (2011). *Guía de Atención primaria de la Salud Mental en Prisión*. Bilbao, País Vasco: OM Editorial
- Juliano, D. (2010). La criminalización de las mujeres. Estigmatización de las estrategias femeninas para no delinquir. En Fanny T. Añaños (Coord.) *Las mujeres en las prisiones. La Educación Social en contextos de riesgo y conflicto*, pp.25-44. Barcelona: Gedisa.

- Lledó, M., Manzanos, C. y Álvarez, M. (2014). Enfermedad mental y drogas en prisión. *Cuadernos de Psiquiatría comunitaria*, 12(1), 27-35.
- Lopera, J. (2015). El concepto de salud mental en algunos instrumentos de políticas públicas de la Organización Mundial de la Salud. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 32(1), 10-22.
- López, J. (2011). Las personas con TMG en el ámbito penal y penitenciario: situación social y propuestas de intervención psicosocial. *Corintios XIII: Revista de teología y pastoral de la caridad*, 137, 233-246.
- Montero, I., Aparicio, D., Gómez-Beneyto, M., Moreno-Küstner, B., Reneses, B., Usall, J., y Vázquez-Barquero, L. (2004). Género y salud mental en un mundo cambiante. *Gaceta Sanitaria*, 18, 175-181.
- Novo, M., Pereira, A., Vázquez, J., y Amado, B. (2017). Adaptación a la prisión y ajuste psicológico en una muestra de internos en centros penitenciarios [Adaptation to prison and psychological adjustment in a sample of prison inmates]. *Acción Psicológica*, 14(2), 113-128.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). Invertir en Salud Mental. Recuperado en: https://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf
- Organización de las Naciones Unidas (2006). *Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Recuperado en: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Salud mental: un estado de bienestar*. Recuperado en: https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Ortega, C. (2011). Las mujeres y la enfermedad mental. Una perspectiva de género a través de la historia contemporánea. *Cuadernos Kóre*, 1(4), 208-223.
- PRECA. (2011). *Informe prevalencia de trastornos mentales en centros penitenciarios españoles*. Barcelona: Informe PRECA.
- Ramos-Lira, L. (2014). ¿Por qué hablar de género y salud mental? *Salud mental*, 37(4), 275-281
- Romañach, J., y Lobato, M. (2009). Diversidad funcional, nuevo término para la lucha por la dignidad en la diversidad del ser humano. *Foro de vida independiente*, 5, 1-8.
- San Molina, L., Dueñas, R y Arranz, B. (2004). Aspectos generales de la patología dual. *Monografías de psiquiatría*, 16(4), 1-6.
- SGIP (2006). *Estudios Sobre Salud Mental en el Medio Penitenciario*. Recuperado de: http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/saludpublica/Estudio_sobre_Salud_Mental_en_el_Medio_Penitenciario.pdf
- SGIP (2009). *Hospitales Psiquiátricos Dependientes de la Administración Penitenciaria*. Recuperado de: <http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/d>

- [escargables/bEpidemiologicos/PROPUESTA_DE_ACCIóN_HOSPITALES_PSIQUIáTRICOS_PENITENCIARIOS.pdf](#)
- SGIP (2009a). *Protocolo de Aplicación Del Programa Marco de Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios (PAIEM)*. Recuperado de: http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/descargas/Protocolo_PAIEM.pdf
- SGIP (2014). *Instrucción 05/2014 Sobre programa marco de prevención de suicidios*. Secretaria General de Instituciones Penitenciarias. Madrid: Ministerio de Interior. Gobierno de España.
- SGIP (2017). *Programa de atención integral al enfermo mental en centros penitenciarios equipos y actividades 2017*. Recuperado de: http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/saludpublica/Memoria_PAIEM_2017.pdf
- SGIP (2019). *Atención sanitaria*. Recuperado de: <http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/laVidaEnPrision/atencionSanitaria/psiquiatria.html>
- SGIP (2019a): *Reeducación y reinserción social, Programas de intervención con enfermos mentales*. Recuperado de: <http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/Reeducacion/ProgramasEspecificos/enfermosMentales.html>
- SGIP (2019b). *Centros Penitenciarios*. Recuperado en: <http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/centrosPenitenciarios/localizacion.html?ept=psi>
- SGIP (2019c). *Prevención de Suicidio*: Recuperado de <http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/Reeducacion/ProgramasEspecificos/prevencionSuicidios.html>
- Solomon, J.; Zimberg, S. y Shollar, E. (Eds.) (1996). *Diagnóstico Dual. Evaluación, tratamiento, educación sanitaria y desarrollo de programas*. Barcelona, Ediciones en Neurociencias.
- Tortella-Feliu, M., Baños, R., Barrantes, N., Botella, C., Fernández-Aranda, F., García-Campayo, J., y Soler, J. (2016). Retos de la investigación psicológica en salud mental. *Clínica y Salud*, 27(1), 37-43.
- Turbi, A. y Llopis, J. (2017). Salud física y mental en mujeres reclusas en las cárceles españolas. En Añaños, F. (Ed). *En prisión: Realidades e intervención socioeducativa y drogodependencias en mujeres*, (pp. 71-86) Madrid, España: Narcea.
- Yagüe, C. (2007). Mujeres en prisión. Una intervención penitenciaria basada en sus características, necesidades y demandas. *Revista Española en Investigación Criminológica*, 5(4). Recuperado de: www.criminología.net.