

Prevalencia de problemas de salud mental en varones que cumplen condena en centros penitenciarios de Andalucía (España)

M López¹, FJ Saavedra², A López¹, M Laviana³

¹ Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental. FAISEM. Sevilla

² Departamento de Psicología Experimental. Facultad de Psicología. Universidad de Sevilla

³ Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

RESUMEN

Objetivos: Estimar la prevalencia de problemas de salud mental en varones que cumplen condena en instituciones penitenciarias en Andalucía.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal de una muestra aleatoria de 472 varones penados de dos centros penitenciarios en Andalucía. Se obtuvieron datos sociodemográficos y penales generales y se identificaron problemas de salud mental mediante dos instrumentos validados de investigación epidemiológica: la entrevista SCID-I, para diagnosticar trastornos del Eje I de la DSM-IV y el cuestionario autoaplicado IPDE, para estimar Trastornos de personalidad.

Se analizaron los datos (proporciones e intervalos de confianza) con el paquete estadístico SPSS-18.

Resultados: El 82,6% de la muestra tenía antecedentes de haber padecido algún tipo de problema de salud mental a lo largo de su vida (prevalencia-vida) y el 25,8 de haberlo padecido en el último mes (prevalencia mes). Los trastornos más frecuentes del Eje I fueron los relacionados con el abuso y dependencia a sustancias psicoactivas (prevalencia vida de 65,9% y prevalencia mes de 6,6%), seguidos por los trastornos afectivos (31,4%-9,3%), de ansiedad (30,9%-10,4%) y psicóticos (9,5%-3,4%). La prevalencia probable estimada de trastornos de personalidad estaba entre el 56,6% y el 79,9 (puntos de corte del IPDE de "5" y "4" respectivamente).

Conclusiones: La población masculina y penada de centros penitenciarios de Andalucía muestra una elevada prevalencia de problemas de salud mental, similar a la encontrada en otras poblaciones penitenciarias españolas e internacionales, pero sus necesidades de atención deben tener en cuenta las diferentes patologías que presentan.

Palabras clave: prisiones; salud mental; trastornos mentales; España; epidemiología; prevalencia; factores de riesgo; trastornos de la personalidad.

PREVALENCE OF MENTAL HEALTH PROBLEMS IN SENTENCED MEN IN PRISONS FROM ANDALUCÍA (SPAIN)

ABSTRACT

Objectives: To estimate the prevalence of different mental health problems in men serving prison sentences in Andalusia.

Methods: Descriptive, cross-sectional study of a random sample of 472 men interned in two prisons located in Andalusia. We collected socio-demographic and general criminal and penitentiary data, and we identified mental health problems with two validated instruments for epidemiological research in mental health: the SCID-I interview to diagnose Axis I disorders of the DSM-IV and the self-applied questionnaire IPDE to estimate personality disorders.

We analyzed the data (proportions and confidence intervals) with the SPSS-18 statistical package.

Results: 82.6% of the sample had a history of having suffered some type of mental health problem throughout their life (prevalence-life) and 25.8 have suffered from them in the past month (month prevalence). The most common disorders of the Axis I (DSM-IV) are related to abuse of and dependence on psychoactive substances (prevalence life of 65.9% and month prevalence of 6.6%), with an important but less frequent presence of affective (31.4%-9.3%), anxiety (30.9%-10, 4%) and psychotic disorders (9.5%-3, 4%). As regards personality disorders, the estimated probable prevalence lies between the 56.6% ("5" cut-off point) and the 79.9 ("4" cut-off point).

Conclusions: The male inmate population in prisons in Andalucía shows a high prevalence of mental health problems, similar to that found in other Spanish and international prisons, but their care needs should take into account the different pathologies that they present.

Keywords: prisons; mental health; mental disorders; Spain; epidemiology; prevalence; risk factors; personality disorders.

Texto recibido: 11/09/2015

Texto aceptado: 06/02/2016

INTRODUCCIÓN

Un tema importante, objeto de creciente interés profesional y ciudadano, es la elevada prevalencia de problemas de salud mental identificada en poblaciones penitenciarias de distintos países¹⁻⁴, en el marco de un fuerte y generalizado crecimiento de dichas poblaciones^{5,6}. Una visión general, apoyada en la revisión de la literatura profesional, sanitaria y judicial-penitenciaria, permite identificar varias implicaciones de interés para la Salud Pública. Así, la valoración de la situación de salud y de las necesidades de atención de unas poblaciones en condiciones de desigualdad y exclusión social^{1,4,7}, la identificación de las posibles causas de esa elevada prevalencia y en concreto la consideración del papel que en ella puedan jugar las nuevas modalidades de atención en salud mental^{2,4,8}, o el papel de la enfermedad mental como factor de riesgo para la comisión de delitos, especialmente los violentos^{9,10}. Pero, sobre todo, la identificación, formulación y desarrollo de estrategias adecuadas para hacerle frente^{11,12}, en un contexto internacional de diversidad de valoraciones y programas concretos^{4,13}.

Un tema previo es la identificación del tipo de problemas de salud mental que se presentan y la determinación, lo más rigurosa posible, de sus perfiles cuantitativos. Teniendo en cuenta que para especificar esos problemas, es necesario abandonar el carácter supuestamente unitario de la denominación genérica (“problemas de salud mental”) para delimitar problemas muy diversos en su magnitud, trascendencia, posibilidades y estrategias de intervención: trastornos mentales comunes, trastornos mentales graves, trastornos de personalidad, abuso y dependencia a sustancias, etc. Problemas que introducen matices relevantes en una situación general de previsibles y generalizadas carencias en su atención^{2,4,5,7,8,11-13}.

En España empezamos a disponer de alguna información al respecto. Así, tras un primer estudio de Instituciones Penitenciarias, realizado en 2006 y basado en información administrativa de las prisiones¹⁴, entre 2007 y 2008 se realizó un estudio de prevalencia

(estudio PRECA) sobre una muestra aleatoria de 750 varones que cumplían condena en 5 Centros de 3 Comunidades Autónomas (Aragón, Cataluña y Madrid), con instrumentos validados de investigación epidemiológica¹⁵. Para conocer la situación en Andalucía hemos realizado un estudio, con la misma metodología, que nos permite ampliar esa información con la de dos instituciones radicadas en nuestra Comunidad y establecer algunas comparaciones con el estudio anterior y con otros realizados en países de nuestro entorno y cuyos resultados más generales presentamos aquí.

MATERIAL Y MÉTODOS

En contacto con la Dirección General de Instituciones Penitenciarias se decidió reproducir la metodología del estudio PRECA, que facilitaba la obtención de los permisos oficiales y favorecía la comparabilidad de la información. Para ello, sobre la base de las 17.495 personas internadas a finales de 2009 en los centros penitenciarios situados en Andalucía y teniendo en cuenta que en su mayor parte (en torno al 80%) se trataba de varones penados, se eligió una muestra aleatoria de 500 internos de esas características, para poder obtener datos con una precisión del 2% y un nivel de confianza del 95%, y contando con la posibilidad de disponer finalmente de un número algo menor por el previsible rechazo de algunas personas a participar en el estudio. De acuerdo con la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria se decidió elegir la muestra en dos instituciones, una en la Andalucía Oriental y otra en la Occidental (los Centros Penitenciarios de Albolote en Granada y de Morón en Sevilla) según criterios de representatividad, facilidad de acceso y colaboración de sus equipos directivos.

La selección dentro de estos se efectuó de manera aleatoria, incluyendo todos los módulos de cada Centro, con una lista también aleatoria de posibles sustitutos para el caso de posibles rechazos, interrumpiéndose la sustitución a las dos negativas consecutivas. El número total de personas que recha-

zaron participar fue de 45, pudiéndose substituir y entrevistar a otros 29. Hay también 12 entrevistas que no pudieron completarse por distintas razones. Finalmente se obtuvieron datos válidos completos de 472 internos, cifra que garantiza los niveles de confianza y precisión fijados.

Siguiendo la metodología del estudio PRECA se utilizaron un conjunto de instrumentos con versiones españolas validadas¹⁵. En el presente artículo ofrecemos los datos correspondientes a tres de ellos:

- Una entrevista para datos sociodemográficos y penitenciarios, elaborada específicamente para el estudio.
- La entrevista diagnóstica estructurada SCID-I, para el diagnóstico de trastornos del Eje I del DSM-IV.

- El inventario autoaplicado incluido en el cuestionario IPDE, para la identificación de trastornos de personalidad.

Para su aplicación se seleccionaron 8 profesionales de la Psicología, 4 por centro, la mitad de los cuales tenían experiencia previa de trabajo en instituciones penitenciarias. Fueron debidamente entrenados, con participación del investigador principal y otro profesional del equipo de investigación del estudio PRECA. Así mismo, a lo largo del proceso fueron coordinados directamente, con frecuentes sesiones de control y discusión de casos, por parte de uno de los responsables técnicos del estudio.

La información se recogió en los Centros a lo largo del segundo semestre del año 2010, garantizándose el consentimiento informado de los participantes

Tabla 1 Características generales de la muestra y comparación con el estudio PRECA.

| Variables | Nuestro estudio | Estudio PRECA | Valor de "p"* |
|---------------------------------|-----------------|---------------|---------------|
| Edad | | | |
| Media y D. estándar | 37,2 (10,3) | 36,8 (9,9) | NS |
| Rango | 18-76 | 19-67 | |
| 18-30 años | 29,9% | | |
| 31-40 años | 35,1% | | |
| 41-60 años | 33,1% | | |
| ➤ 60 años | 1,9% | | |
| Lugar de nacimiento | | | |
| España | 81,8% | 72,5% | p<0,001 |
| Nivel educativo | | | |
| No sabe leer ni escribir | 3,6% | 1,8% | NS |
| Lee y escribe pero sin estudios | 5,5% | 3,4 | p=0,03 |
| Estudios primarios | 72,0% | 63,2% | p>0,02 |
| Estudios secundarios | 15,0% | 26,3% | p=0,001 |
| Estudios universitarios | 1,7% | 5,0% | p=0,003 |
| Estado civil | | | |
| Soltero | 47,0% | 44,0% | NS |
| Casado o pareja estable | 31,4% | 30,6% | NS |
| Separado | 20,3% | 22,6% | NS |
| Viudo | 1,1% | 2,8% | p=0,008 |
| Situación laboral previa | | | |
| Empleado | 63,1% | 62,4% | NS |
| Desempleado | 31,4% | 30,3% | NS |
| Tipo de delito | | | |
| Contra las personas | 28,2% | 25,3% | NS |
| Contra la propiedad | 53,8% | 64,1% | p<0,001 |
| Contra la Salud pública | 24,6% | 23,0% | NS |
| Antecedentes penales | | | |
| Sí | 53,0% | 54,2% | NS |

* Se incluye el valor exacto cuando es igual o mayor de 0,001 y menor de 0,05. Cuando es mayor de 0,05 se considera no significativo ("NS").

y la confidencialidad de la información. Fue transcrita a una base de datos específica, sin datos de identificación personal, y analizada con el paquete estadístico SPSS-18. Para la información contenida en este artículo general se utilizaron cálculos de proporciones (prevalencia en el último mes y a lo largo de la vida) con sus correspondientes Intervalos de Confianza (con un nivel de confianza del 95%), calculando los valores de “p” en las comparaciones con otros estudios mediante el Epidat-4.1 (datos agregados analizados mediante el estadístico “z”)

RESULTADOS

Las características sociodemográficas de las 472 personas estudiadas (varones y penados) se resumen en la Tabla 1, que permite compararlos con los correspondientes al estudio PRECA. Se trata de una población relativamente joven (el 65% entre 18 y 40 años), con sobrerrepresentación de personas sin pareja (el 52% antes de la entrada en prisión y el 68% después), bajo nivel educativo (el 80% no ha pasado de los estudios primarios) y mayoritariamente de origen español (el 81%) y específicamente de Andalucía (el 70%). El 63% tenían un empleo antes de la entrada en prisión, pero solo en el 16% de los casos se trataba de un empleo estable.

Con respecto a características penitenciarias, la Tabla resume también el tipo de delitos cometidos, agrupado en tres grandes bloques: robo (53,8%), violencia directa hacia las personas (28,2%) y tráfico de drogas, tipificado como “delito contra la salud pública” (24,6%). El grupo más numeroso (“robo con

violencia”, con casi el 30% del total de delitos) participa sin embargo de los dos primeros grupos, aunque lo hemos incluido en el primero en razón de su finalidad. La casi totalidad de la muestra (98%) estaba en régimen de segundo grado y más de la mitad de la misma tenía antecedentes personales (53%) y familiares (43%) de estancia en prisión.

Características muy similares a las del estudio PRECA, con solo alguna diferencia significativa en un mayor porcentaje de españoles, un menor nivel educativo y una menor proporción de delitos contra la propiedad.

En relación con la prevalencia de problemas de salud mental, la Tabla 2 resume los principales resultados obtenidos en cuanto a diagnósticos del Eje 1 de la DSM-IV. El instrumento utilizado, la SCID-I, permite obtener dos cifras de prevalencia, una prácticamente puntual, referida al último mes y otra a toda la vida, es decir la de quienes han padecido alguno de los trastornos incluidos en dicho Eje respectivamente en el último mes y alguna vez en su vida. Como podemos ver las cifras son importantes, incluyendo uno de cada cuatro en el último mes y multiplicando por más de 3 esa cifra, si hablamos de al menos una vez en su vida.

Esos datos globales suman trastornos concretos muy diferentes en cuanto a sus características clínicas, necesidades de atención y presumibles razones de su presencia elevada en el medio penitenciario. Así, vemos que la mayoría de las personas tienen antecedentes de trastornos relacionados con el consumo de sustancias (el 66% en referencia a toda la vida y más de un 6% en el último mes, incluso dentro de la prisión), y que la prevalencia de trastornos funcionales (no dependientes del consumo de sustancias ni de

Tabla 2. Prevalencia actual y a lo largo de la vida de trastornos mentales del Eje I del DSM IV identificados por la SCID I (n= 472).

| Type of disorder | Prevalencia vida | | | Prevalencia último mes | | |
|---|------------------|------|-----------|------------------------|------|-----------|
| | Nº | % | (95%) IC | Nº | % | (95%) IC |
| Al menos un trastorno | 390 | 82,6 | 78,9-85,9 | 122 | 25,8 | 21,9-30,0 |
| Al menos un t. funcional | 261 | 55,3 | 50,7-59,8 | 96 | 20,3 | 16,8-24,3 |
| T. Psicóticos | 56 | 11,9 | 9,1-15,1 | 18 | 3,8 | 2,3-6,0 |
| T. Afectivos | 148 | 31,4 | 27,2-35,7 | 44 | 9,3 | 6,8-12,3 |
| T. Ansiedad | 146 | 30,9 | 26,8-35,3 | 49 | 10,4 | 7,8-13,5 |
| Abuso o dependencia | 311 | 65,9 | 61,4-70,2 | 31 | 6,6 | 4,5- 9,2 |
| T. inducidos (Sustancias o Enfermedad médica) | 92 | 19,5 | 16,0-3,1 | 33 | 7,0 | 4,9-9,7 |

una enfermedad somática) alcanza incluso a más de la mitad de la muestra en cifras de prevalencia vida y del 20% en el último mes.

Desagregando más los datos de trastornos funcionales vemos que corresponden mayoritariamente a trastornos depresivos y de ansiedad, que afectan respectivamente en torno al 30% de la muestra en cifras de prevalencia vida y en torno al 10% en las de prevalencia del último mes. Por último, cerca del 12% han padecido a lo largo de la vida y casi un 4% en el último mes algún trastorno psicótico, mayoritariamente de los relacionados con la esquizofrenia.

Una característica destacada es la elevada “comorbilidad” (la suma de los porcentajes parciales es mayor de 100), de la que la Tabla 3 resume la referida a la coincidencia de trastornos funcionales y de los derivados del consumo de sustancias. Como vemos, afecta a sobre todo las cifras de prevalencia vida y en mucha menor medida a las de prevalencia en el último

mes (por la lógica disminución del segundo grupo de trastornos dentro de la prisión, con casi un 40% de las personas con antecedentes de asociación de ambos tipos de trastornos).

En relación con los trastornos de personalidad (Eje II del DSM-IV), el instrumento utilizado no permite un diagnóstico preciso sino solo una estimación de prevalencia, que varía según el punto de corte del instrumento. Lo habitual ¹⁶ es utilizar el punto “4” (4 o más respuestas positivas) cuando se utiliza como instrumento de cribado, aunque con el riesgo de obtener demasiados falsos positivos, especialmente en algunos trastornos concretos ¹⁷. Por ello la Tabla 4 ofrece los datos también con el punto de corte “5” (5 o más respuestas positivas), de menor sensibilidad pero mayor especificidad. En cualquier caso vemos que la mayoría de las personas entrevistadas (el 80% con punto de corte “4” y el 57% con “5”) presentan síntomas de padecer algún tipo de trastorno de perso-

Tabla 3. Comorbilidad entre trastornos funcionales y relacionados con el abuso o la dependencia de sustancias (n= 472).

| | Ninguno | | | Solo funcional | | | Mixto | | | Solo sustancias | | |
|------------------------|---------|------|-------------|----------------|------|-------------|-------|------|-------------|-----------------|------|-------------|
| | Nº | % | (75%) IC | Nº | % | (75%) IC | Nº | % | (75%) IC | Nº | % | (75%) IC |
| Prevalencia vida | 82 | 17,4 | (14,1-21,1) | 79 | 16,7 | (13,5-20,4) | 182 | 38,6 | (34,1-43,1) | 129 | 27,3 | (23,4-31,6) |
| Prevalencia último mes | 350 | 74,1 | (69,9-78,0) | 91 | 19,3 | (15,8-23,1) | 5 | 1,1 | (0,3-2,4) | 26 | 5,5 | (3,6-8,0) |

Tabla 4. Prevalencia de trastornos de personalidad según el Modulo de cribado (autoaplicado) de la IPDE según dos puntos de corte del instrumento (n=470).

| Tipo de trastorno | Punto de corte “4” | | | Punto de corte “5” | | |
|-----------------------|--------------------|------|-----------|--------------------|------|-----------|
| | Nº | % | (95%) IC | Nº | % | (95%) IC |
| Paranoide | 111 | 23,6 | 19,8-27,7 | 55 | 11,7 | 8,9-15,0 |
| Esquizoide | 94 | 20,0 | 16,5-23,9 | 36 | 7,7 | 5,4-10,4 |
| Esquizotípico | 94 | 20,0 | 16,5-23,9 | 52 | 11,1 | 8,4-14,3 |
| Histriónico | 161 | 34,3 | 30,0-38,7 | 84 | 17,9 | 14,5-21,6 |
| Antisocial | 126 | 26,7 | 22,7-30,7 | 56 | 11,9 | 9,1-15,2 |
| Narcisista | 165 | 35,0 | 30,8-39,6 | 82 | 17,5 | 14,1-21,2 |
| Límite | 168 | 35,6 | 31,4-40,3 | 107 | 22,8 | 19,0-26,8 |
| Obsesivo-compulsivo | 101 | 21,5 | 17,9-25,5 | 43 | 9,1 | 6,7-12,1 |
| Dependiente | 60 | 12,8 | 9,9-16,1 | 27 | 5,7 | 3,8-8,2 |
| Evitativo | 181 | 38,5 | 34,1-43,1 | 123 | 26,2 | 22,2-30,4 |
| Al menos un trastorno | 377 | 79,9 | 76,3-83,7 | 266 | 55,6 | 52,1-61,1 |

nalidad, siendo los más frecuentes los “evitativo”, “límite”, “narcisista” e “histriónico”. Pero también aquí con un elevado grado de comorbilidad (el 60% reúne criterios para más de un trastorno y el 45% para más de dos, utilizando el punto de corte “4”).

DISCUSIÓN

El estudio tiene algunas limitaciones que comparte con el estudio PRECA, que hemos reproducido para facilitar la relación con Instituciones Penitenciarias y por sus posibilidades de comparación. Hacemos referencia básicamente a dos temas.

El primero la limitación a varones penados que, aunque incluye la mayoría de las personas en prisión, deja fuera dos grupos minoritarios pero importantes que deberían ser explorados en posteriores estudios: las mujeres penadas y los hombres y mujeres en prisión preventiva. Tampoco incluye información sobre personas internadas en los dos Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios⁴.

Y el segundo los instrumentos utilizados, con ventajas e inconvenientes específicos en relación con otros utilizables también en este medio. La SCID-1 permite obtener diagnósticos del Eje I de DSM-IV, pero el módulo autoaplicado del IPDE, que funciona bien como cribado y es fácil de aplicar a diferencia de las entrevistas diagnósticas disponibles, tiene problemas de precisión para estimar directamente la prevalencia de trastornos de personalidad¹⁷.

Pese a estas limitaciones, los resultados obtenidos, que muestran una sobrerrepresentación de personas con diferentes problemas de salud mental en la población estudiada en relación con la población general, concuerdan básicamente con los datos internacionales disponibles y refuerzan la información de la que empezamos a disponer con respecto a nuestro país.

Así, aunque hay diferencias menores que pueden ser debidas, al menos en parte, a los diferentes instrumentos empleados para estimar la prevalencia, importantes revisiones y estudios concretos publica-

dos muestran, en diferentes países de nuestro entorno, una prevalencia elevada de problemas de salud mental y unos perfiles concretos en los que encontramos mayoritariamente trastornos relacionados con el consumo de sustancias, trastornos de personalidad, problemas de ansiedad y depresión y, en menor medida pero siempre muy por encima de en la población general, trastornos psicóticos encuadrables en el grupo de Trastornos Mentales Graves^{1-3, 15, 16}.

Como ya mencionamos, en España hay dos estudios para comparar. El de Instituciones Penitenciarias, realizado en 2006 sobre una muestra estatal de 1009 personas (928 hombres y 81 mujeres) y basado en la documentación disponible en las prisiones¹⁴, y el estudio PRECA¹⁵ realizado en 2008 sobre 700 personas en 5 centros penitenciarios de Aragón, Cataluña y Madrid con idéntica metodología que el nuestro. Coincidimos con ambos (Tabla 6) en la detección de una prevalencia elevada con perfiles similares, salvo en los trastornos de personalidad del estudio de Instituciones Penitenciarias, en el que la información basada en historias clínicas detecta muy pocos casos de este tipo de problemas. Con el estudio PRECA coincidimos básicamente en el perfil general de los distintos problemas y en las cifras globales de prevalencia vida, pero obtenemos cifras significativamente más bajas de prevalencia en el último mes para el conjunto y tanto de prevalencia en el último mes como a lo largo de la vida en las referidas a trastornos de ansiedad, depresión y abuso o dependencia a sustancias psicoactivas. Por el contrario encontramos una mayor prevalencia de trastornos psicóticos a lo largo de la vida. No es fácil establecer las razones de estas diferencias, por otro lado comunes a las diversas investigaciones internacionales, dada la naturaleza transversal del estudio, en tiempos diferentes y sin conocer las dinámicas específicas de las instituciones y los territorios. Así, la menor presencia de antecedentes de trastornos psicóticos encontrada en el estudio PRECAS quizás tenga que ver con su presencia en otros módulos específicos que no fueron estudiados¹⁵ o, más allá de las prisiones, con la existencia de otras instituciones que siguen

Tabla 5. Comorbilidad entre Trastornos del Eje I (SCID I) y posibles trastornos de personalidad (Punto de corte “4” del Módulo de cribado de la IPDE).

| Trastornos Eje I: | Ningún trastorno | | | Solo T. Funcional | | | T. por sustancias | | |
|-------------------|------------------|------|-------------|-------------------|------|-------------|-------------------|------|-------------|
| | Nº | %TP* | IC | Nº | %TP | IC | Nº | %TP | IC |
| Prevalencia vida | 82 | 69,5 | (58,3-79,2) | 79 | 77,2 | (66,4-85,9) | 311 | 84,9 | (80,4-88,7) |
| P. último mes | 350 | 76,0 | (71,2-80,4) | 91 | 96,7 | (90,7-99,3) | 31 | 90,3 | (74,2-98,0) |

* Porcentaje con algún probable trastorno de personalidad

Tabla 6. Prevalencia de problemas de salud mental en instituciones penitenciarias (%). Comparación con otros estudios nacionales.

| Type of disorders | Nuestro estudio (N: 472)) | | PRECA (N: 707) | | D. G I P (N: 1.009) |
|--------------------------------------|------------------------------|--------|---------------------------|---------------------------|------------------------|
| | P Mes | P Vida | P Mes | P Vida | |
| <i>Trastornos Eje I</i> | | | | | |
| Psicóticos | 3,8 | 11,9 | 3,2 ^{NS *} | 10,7 ^{0,001} | 3,4 |
| Afectivos | 9,3 | 31,4 | 14,9 ^{0,005} | 41,0 ^{0,001} | 12,8 |
| De ansiedad | 10,4 | 30,9 | 23,3 ^{<0,001} | 45,3 ^{<0,001} | |
| Abuso o Dependencia | 6,6 | 65,9 | 17,5 ^{<0,001} | 76,2 ^{<0,001} | 36,1 |
| Al menos un T. | 25,8 | 82,6 | 41,2 ^{<0,001} | 84,4 ^{NS} | 49,6 |
| <i>Trastornos de Personalidad **</i> | | | | | |
| Paranoide | | 23,6 | | 37,2 ^{<0,001} | |
| Antisocial | | 26,7 | | 23,3 ^{NS} | |
| Límite | | 35,6 | | 44,0 ^{0,004} | |
| Narcisista | | 35,0 | | 32,8 ^{NS} | |
| Al menos un T. | | 79,9 | | 82,3 ^{NS} | 9,4 |

* En superíndice figuran los valores de “p” en su comparación con los resultados de nuestro estudio.

** Se comparan aquellos tipos que figuran en el artículo de presentación de los resultados del estudio PRECA¹⁵.

cumpliendo similares funciones de “control social” en las Comunidades Autónomas en las que se realizó el estudio PRECA.

En relación con otros estudios hay también concordancia con los datos internacionales, pese a las diferencias de metodología e instrumentos utilizados en los diversos estudios^{1, 3}. La concordancia es mayor en los que se han realizado con similares instrumentos: SCID-1¹⁸⁻²³ y Cuestionario autoaplicado de la IPDE¹⁶. En todos ellos hay una prevalencia elevada de trastornos, entre los que destaca como especialmente relevante el de los relacionados con el consumo de sustancias²⁴ y con cifras muy por encima de las referidas a la población general^{25, 26}, como puede verse especialmente en los pocos casos en que se obtienen con la misma metodología^{27, 28}.

El presente artículo presenta los datos más generales de la prevalencia encontrada, como una primera aproximación al tema. Quedan pendientes análisis complementarios, que ayuden a dilucidar en qué medida la información obtenida resulta de utilidad para mejorar nuestro conocimiento de los temas que señalábamos en la introducción como relevantes para la Salud Pública.

El primero es el de las necesidades de atención en salud mental de la población penitenciaria y a este respecto el estudio muestra una elevada prevalencia de problemas, diferenciando entre distintos grupos de desigual trascendencia y completando los datos hasta ahora disponibles en el estudio PRECA con los de una nueva Comunidad Autónoma. Aunque las cifras obtenidas en estudios de prevalencia (en este caso las referidas al último mes, que son las que expresan la situación actual) no traducen directamente necesidades de atención^{29, 30}, sí que ayudan a delimitar mejor los problemas, aunque sea por comparación con la población general. A este respecto conviene tener en cuenta que en dicha población las tasas de personas que buscan y reciben atención son sensiblemente inferiores a las de quienes presentan algún tipo de problema identificable, especialmente en los más prevalentes^{26, 30}, y que hay serias dudas de que representen por sí mismas las necesidades de atención³⁰, como a veces se hace de modo excesivamente simplista.

Podemos ver en todo caso que hay al menos 4 grupos de problemas diferentes: los mayoritarios que son los derivados del consumo de sustancias y los encuadrables dentro del grupo de Trastornos Menta-

les Comunes (combinaciones de trastornos afectivos y de ansiedad), un número menor pero especialmente sensible de Trastornos Mentales Graves (Esquizofrenia, Trastorno Bipolar y Depresiones psicóticas, estas últimas minoritarias³¹ pero imposibles de diferenciar con la SCID dentro del grupo de Depresiones Mayores) y un número importante de trastornos de personalidad con perfiles menos precisos y con grandes dudas sobre la necesidad y posibilidad de atenderlos con las tecnologías sanitarias disponibles. Hay que señalar también que la asociación de distintos diagnósticos, habitualmente referida como “comorbilidad”, deja dudas con respecto a que se deba a la coexistencia de distintos tipos de trastornos o a un artefacto de nuestros insuficientes sistemas diagnósticos³².

El segundo es el de la relación entre padecer trastornos mentales y riesgo de conductas delictivas que terminan en prisión, aspecto para el que parecen más relevantes las cifras de prevalencia vida. En este caso los factores fundamentales parecen ser los referidos al consumo de sustancias y a los trastornos de personalidad, que afectan a la inmensa mayoría de las personas estudiadas. Si tradujésemos los porcentajes obtenidos en una estimación del número de personas que podrían padecer los distintos tipos de problemas en el conjunto de la población penitenciaria en Andalucía y comparásemos esas cifras con las de personas atendidas en los servicios públicos de salud mental, veríamos que representan solo una mínima parte de las mismas, con cifras que coinciden con estudios internacionales de riesgo delictivo^{9, 10, 33}. Pero este análisis requiere un trabajo que deberemos hacer posteriormente.

Ese riesgo de conductas delictivas mayor que el de la población general entre quienes tienen algunos tipos de trastornos de personalidad y consumen sustancias, además de otras variables sociológicas más o menos conocidas y también detectadas en el estudio (varones, jóvenes, con bajo nivel cultural y que viven en entornos problemáticos) es probablemente un factor clave en esta sobrerrepresentación penitenciaria de personas con trastornos mentales^{3, 33}, más allá de la fácil atribución del problema al cierre de los Hospitales Psiquiátricos. Que esas cifras elevadas se encuentren en países con viejos y nuevos sistemas de atención en salud mental y, dentro de España, en regiones con y sin dichos hospitales³⁴, relativiza mucho ese posible papel, habitualmente señalado^{4, 35, 36} pero crecientemente discutido^{8, 37-39}.

Y, finalmente y en relación con el tema fundamental que es el de posibles estrategias para controlar el problema^{4, 11-13, 36, 40-43}, incluyendo no solo la atención de quienes están en el sistema penitenciario sino la interrupción de la entrada en el mismo, el estudio es

un punto de partida más preciso para su formulación y debate, incluyendo los aspectos ya señalados y de nuevo diferenciando mejor entre los distintos tipos de problemas identificados.

Temas que lógicamente requieren trabajo adicional para sacar rendimiento a los datos obtenidos, además de investigaciones adicionales que sería importante poner en marcha.

CORRESPONDENCIA:

Marcelino López
FAISEM
Avenida de las Ciencias, 27. Acc. A
41020 Sevilla
marcelino.lopez@juntadeandalucia.es

FINANCIACIÓN

Presupuesto ordinario de FAISEM sin financiación externa adicional

AGRADECIMIENTOS

A los Doctores Enric Vicens y Antonio Serrano (Parc Sanitari San Joan de Deu de Sant Boi de Llobregat) por su apoyo en el diseño y la organización del estudio, así como en la formación del personal encuestador.

A D. José Manuel Arroyo (Subdirección General de Sanidad Penitenciaria) por facilitarnos los permisos y trámites que lo hicieron posible.

A los Directores de los dos Centros Penitenciarios (D. José Vidal y D. Naum Álvarez) y a sus respectivos equipos técnicos.

Al personal encuestador, dirigido por las Licenciadas Macarena Bernal y Rosario Romero (ambas de la entidad TENPORE S.C.) y formado por los licenciados y licenciadas José Manuel Domínguez, Javier Castillo, Amalia José García, Belén González, Eva María Jiménez, Ana María Moles y Rocío Sánchez. Personas que aseguran la fiabilidad de la información.

CONFLICTOS DE INTERESES

Ninguno

REFERENCIAS

1. Andersen HS. Mental health in prisons populations. A review- with special emphasis on study

- of Danish prisoners on demand. *Acta Psychiatr Scand.* 2004; 110 Suppl 424:5-19.
2. Arboleda-Florez J. Mental patients in prisons. *World Psychiatry.* 2009; 8 :187-9.
 3. Fazel S, Seewald K. Severe mental illness in 33.588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. *Br J Psychiatry.* 2012; 200:364-73.
 4. Hernández M, Herrera R (Coord.). *La atención en salud mental de la población reclusa.* Madrid: AEN; 2003.
 5. Dumont DM, Brockmann B, Dickman S, Alexander N, Rich JD. Public Health and the epidemic of incarceration. *Annu Rev Public Health.* 2012; 33:325-39.
 6. Walmsley R. *World Population List.* London: International Centre for Prison Studies; 2011.
 7. Fraser A, Gattherer A, Hayton P. Mental health in prisons: great difficulties but are there opportunities? *Public Health.* 2009; 13:410-4.
 8. Lurigio AJ. People with serious mental illness in the criminal justice system: causes, consequences, and correctives. *The Prison Journal.* 2011; 91Suppl 3:66S-86S
 9. Harris A, Lurigio. Mental illness and violence: a brief review of research and assessment strategies. *Aggression Violent Behav.* 2007; 12:542-51.
 10. López M, Laviana M, López A. Estigma social, violencia y personas con trastornos mentales graves. En Márquez I, Fernández A, Perez-sales P (Ed). *Violencia y Salud Mental. Salud mental y violencia institucional, estructural, social y colectiva.* Madrid: AEN; 2009. P. 187-207.
 11. Earthrowl M, O'Grady J, Birmingham L. Providing treatment to prisoners with mental disorders. Development a policy. Selective literature review and expert consultation exercise. *Br J Psychiatry.* 2003; 182:299-302.
 12. Reed J. Delivering psychiatry care to prisoners: problems and solutions. *Adv Psychiat Treat.* 2002; 8:117-127.
 13. Dressing H, Salize H-J. Pathways to psychiatric care in European Prisons System. *Behav Sci Law.* 2009; 27:801-10.
 14. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. *Estudio sobre Salud Mental en el medio penitenciario.* Madrid: DGIP; 2007.
 15. Vicens E, Tort V, Dueñas RM, Muro A, Pérez-Arnau F, Arroyo JM, et al. The prevalence of mental disorders in Spanish prisons. *Crim Behav Ment Health.* 2011; 21(5):321-32.
 16. Slade K, Forrester A. Measuring IPDE-SQ personality disorders prevalence in pre-sentenced and early stage prisons populations, with sub-type estimates. *Int J Law Psychiat.* 2013; 36:207-12.
 17. Alvaro-Brun E, Vegue-Gonzalez M. Validez del Cuestionario International personality Disorder Examination (IPDE) en una muestra de población penitenciaria. *Rev Esp Sanid Penit.* 2008; 10:35-40.
 18. Brink JH, Doherty D, Boer A. mental disorder in federal offenders: a Canadian prevalence study. *Int J Law Psychiat.* 2001; 24:339-56.
 19. Herrman H, McGorry P, Mills J, Singh B. Hidden severe psychiatric morbidity in sentenced prisoners: an Australian Study. *Am J Psychiat.* 1991; 148:236-9.
 20. Piselli M, Elisei S, Murgia N, Quartesan R, Abram KM. Co-occurring psychiatry and substance use disorders among male detainees in Italy. *Int J Law Psychiat.* 2009; 32:101-7.
 21. Stalenheim EG, Von Knorring L. Psychopathy and Axis I and Axis II psychiatric disorders in a forensic psychiatric population in Sweden. *Acta Psychiatr Scand.* 1996; 94:217-23.
 22. Steadman HJ, Osher FC, Robbins PC, Case B, Samuels S. prevalence of serious mental illness among jail inmates. *Psychiatr Serv.* 2009; 60:761-5.
 23. Trestman RL, Ford J, Zhang W, Wiesbrock V. Current and lifetime psychiatric illness among inmates not identified as acutely mentally ill at intake in Connecticut's jails. *J Am Acad Psychiatry Law.* 2007; 35:490-500.
 24. Fazel S, Bains P, Doll H. Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. *Addiction.* 2006; 101:181-91.
 25. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al. Prevalencia de trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Med Clín (Barc).* 2006; 126 (12):445-51.
 26. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2011; 21:635-79.
 27. Butler T, Andrews G, Allnut S, Sakashita C, Smith NE, Basson J. Mental disorders in Australian prisoners. A comparison with a community sample. *Aust N Z J Psychiatry.* 2006; 40:272-6.
 28. Brugha T, Singleton N, Meltzer H, Bebbington P, Farrell M, Jenkins R, et al. Psychosis in the community and in prisons: a report from the British National Survey of Psychiatric Morbidity. *Am J Psychiatry.* 2005; 162:774-80.

29. Mechanic D. Is the prevalence of mental disorders a good measure of the need for services? *Health Aff.* 2003; 22(5): 8-20.
30. Sareen J, Henriksen CA, Stein MB, Afifi TO, Lix LM, Enns MW. Common mental disorders diagnosis and need for treatment are not the same: findings from a population-based longitudinal survey. *Psychol Med.* 2013; 43:1941-51.
31. Gaudiano BA, Dalrymple KL, Zimmerman M. Prevalence and clinical characteristics of psychotic versus nonpsychotic major depression in a general psychiatric outpatient clinic. *Depress Anxiety.* 2009; 26:54-64.
32. Maj M. "Psychiatric comorbidity": an artefact of current diagnostic systems? *Br J Psychiatry.* 2005; 186(3):182-4.
33. Constantine R, Andel R, Pettila J, Becker M, Robst J. Characteristics and experiences of adults with serious mental illness who were involved in the criminal justice system. *Psychiatr Serv.* 2010; 61(5):451-7.
34. López M, Laviana M, García-Cubillana P.- Los Hospitales Psiquiátricos en la(s) Reforma(s). Notas para orientar una investigación necesaria. En Pérez F (Coordinador). *Dos décadas tras la Reforma Psiquiátrica.* Madrid: AEN; 2006.
35. Lamb HR, Weinberger LE. Some perspectives on criminalization. *J Am Acad Psychiatry Law.* 2013; 41:287-93.
36. Arroyo-Cobo JM. Estrategias asistenciales de los problemas de salud mental en el medio penitenciario. El caso español en el contexto europeo. *Rev Esp Sanid Penit.* 2011; 13:100-11.
37. Large M, Nielsen O. The Penrose hypothesis in 2004: patient and prisoner numbers are positively correlated in low-and-middle income countries but are unrelated in high-income countries. *Psychol Psychother.* 2009; 82:113-9.
38. Prins SJ. Does transinstitutionalization explain the overrepresentation of people with serious mental illnesses in the criminal justice system? *Community Ment Health J.* 2011; 47:716-22.
39. Raphael S, Stoll MA. Assessing the contribution of the deinstitutionalization of the mentally ill to growth in the U. S. incarceration rate. *J Legal Stud.* 2013; 42:187-222
40. Osher FC, Steadman HJ. Adapting evidence-based practice for persons with mental illness involved with the criminal justice system. *Psychiatr Serv.* 2007; 58:1472-8.
41. Draine J, Wilson AB, Pogorzelski W. Limitations and potential in current research on services for people with mental illness in the criminal justice system. *J Offender Rehabil.* 2007; 45:159-77.
42. Olley MC, Nicholls TL, Brink J. Mentally ill individuals in Limbo: obstacles and opportunities for providing psychiatric services to corrections inmates with mental illness. *Behav Sci Law.* 2009; 27:811-31.
43. Skeem JL, Manchak S, Peterson JK. Correctional policy for offenders with mental illness. Creating a new paradigm for recidivism reduction. *Law Hum Behav.* 2011; 35:110-26.