

Prevalencia de trastorno mental y factores de riesgo asociados en tres prisiones de España

MC Zabala-Baños¹, A Segura¹, C Maestre-Miquel¹,
M Martínez-Lorca², B Rodríguez-Martín¹, D Romero, M Rodríguez¹

¹ Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Terapia Ocupacional. Facultad de Terapia Ocupacional, Logopedia y Enfermería. Universidad de Castilla la Mancha, Talavera de la Reina, España

² Departamento de Psicología. Facultad de Terapia Ocupacional, Logopedia y Enfermería. Universidad de Castilla la Mancha, Talavera de la Reina, España

RESUMEN:

Objetivos: Conocer la prevalencia vida y prevalencia mes de personas con trastorno mental y su asociación con factores de riesgo sociodemográficos y penales en tres centros penitenciarios de España (Ocaña I y II y Madrid VI).

Material y Método: Estudio epidemiológico descriptivo transversal con una muestra de 184 internos. Los datos sociodemográficos y penales se recogieron mediante una entrevista ad hoc. Los trastornos mentales se evaluaron con la versión clínica de la Structured Clinical Interview for Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders Axis I Disorders (SCID-I).

Resultados: La prevalencia vida de trastorno mental fue del 90,2%, siendo los trastornos mentales más frecuentes el abuso o dependencia de sustancias (72,3%), seguidos de los trastornos del estado de ánimo (38,5%) y los trastornos psicóticos (34,2%). La prevalencia de cualquier trastorno mental en el último mes fue del 52,2%, siendo el principal trastorno el psicótico (20,7%) seguido del abuso o dependencia de sustancias (18,5%), y del trastorno del estado de ánimo (13%). Para cada uno de los trastornos se encontró un perfil sociodemográfico como factor de riesgo.

Discusión: La prevalencia de las personas con trastorno mental es muy elevada en las prisiones españolas, estando asociada a un perfil sociodemográfico característico. Es esencial continuar investigando esta realidad, traduciendo los resultados en acciones de tipo terapéutico y preventivo, adaptadas al estatus de los internos para reducir las desigualdades sociales en esta situación prioritaria de Salud Pública.

Palabras clave: Prisiones; Trastornos mentales; Prevalencia; Epidemiología; Salud mental; Drogas ilícitas; Trastornos relacionados con sustancias; Factores de riesgo; España.

MENTAL DISORDER PREVALENCE AND ASSOCIATED RISK FACTORS IN THREE PRISONS OF SPAIN

ABSTRACT:

Aims: To determine the lifetime and monthly prevalence of people with mental disorders and its association with socio-demographic factors and criminal risk in three Spanish prisons (Ocaña, Madrid I, II and VI).

Method: Cross-sectional epidemiological study of a sample of 184 inmates. Socio-demographic and criminal data were collected by an *ad hoc* interview. Mental disorders were assessed with the clinical version of the Structured Clinical Interview for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Axis I Disorders (SCID-I).

Results: Life prevalence of mental disorders was 90.2%. The most common mental disorders and substance abuse or dependence was 72.3%, followed by mood disorder (38.5%) and psychotic disorders (34.2%). Moreover, the prevalence of any mental disorder in the last month was 52.2%. The main psychotic disorder (20.7%) was followed by substance abuse or dependence (18.5%), and mood disorder state (13%). A socio-demographic profile as a risk for each disorder was found.

Discussion: The prevalence of people with mental disorders is very high in Spanish prisons, and is associated with a distinct demographic profile. It is essential to continue researching this reality, translating the results into therapeutic and preventive action adapted to the status of inmates to reduce social inequalities in this high priority public health situation.

Keywords: Prisons; Mental disorders; Prevalence; Epidemiology; Mental health; Street drugs; Substance-related disorders; Risk factors; Spain.

INTRODUCCIÓN

En los últimos 25 años la población penitenciaria ha aumentado en la mayoría de los países¹. En muchos de ellos, como los Países Bajos y Grecia hasta un 150%. En España dicha población se ha incrementado llegando a 140/100.000 habitantes². Este incremento de la población penitenciaria va en paralelo al aumento de la prevalencia de los trastornos mentales en la misma, siendo mayor que en la población general³⁻⁴. Estudios epidemiológicos señalan que las tasas de población penitenciaria con trastornos mentales comunes duplican las de la población general y cuadriplan las de trastorno mental grave⁵, lo que convierte a los trastornos mentales en los centros penitenciarios en un grave problema de salud pública⁶, estando muchos de ellos asociados con los trastornos por abuso y dependencia de sustancias y alcohol.

En una revisión de estudios⁷ se concluye que la mayoría de las personas que están en los centros penitenciarios sufren algún tipo de trastorno mental a lo largo de su vida, presentando el 61% un diagnóstico de trastorno mental y el 33,8% una puntuación positiva en problemas de salud mental.

En relación a los tipos de trastornos mentales más comunes, la revisión y metaanálisis⁸ realizada en 24 países pone de manifiesto la prevalencia del trastorno psicótico y de depresión mayor, presentándolo uno de cada siete internos. Así mismo, había una alta comorbilidad de estos trastornos con el trastorno por abuso de sustancias, siendo ésta mayor en los trastornos psicóticos (13,6% a 95%), manteniéndose en los varones cinco años después de su detención en un 27%, y siendo más alta que en la población general, afectando a uno de cada seis⁹.

En nuestro país, es relevante el estudio PreCa⁴, primer estudio epidemiológico multicéntrico cuyo objetivo es conocer la prevalencia vida y prevalencia mes de los trastornos mentales en prisión. Los resultados muestran una prevalencia vida para cualquier trastorno mental del 84,4%, siendo los más frecuentes, el trastorno por consumo de sustancias, seguido del trastorno por ansiedad, trastorno del estado de ánimo y trastorno psicótico. La prevalencia mes fue del 41,2%, siendo el trastorno por ansiedad el más frecuente, seguido del trastorno por uso de sustancias, trastorno del estado de ánimo y trastorno psicótico.

En este contexto, el objetivo del presente trabajo es conocer la prevalencia vida y prevalencia mes de los principales trastornos en prisión, así como el perfil sociodemográfico de la población penitenciaria masculina en dos centros de la Comunidad de Castilla-La

Mancha y un centro de la Comunidad de Madrid, siguiendo la metodología del estudio PreCa⁴.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un diseño de estudio epidemiológico descriptivo transversal, de metodología no experimental, realizado a varones penados, ingresados en los centros penitenciarios de Ocaña I, Ocaña II (Castilla-La Mancha) y Madrid VI (Comunidad de Madrid).

Sujetos del estudio

Criterios de Inclusión: 1) Varones en situación de privación de libertad, cumpliendo condena en los centros penitenciarios objeto del presente estudio. 2) Rango de edad comprendido entre los 18-75 años. 3) Extranjeros castellano parlantes o con un nivel de comunicación y comprensión del castellano suficiente. 4) Con capacidad mental para otorgar consentimiento informado.

Criterios de exclusión: 1) Mujeres. 2) Internos preventivos. 3) Internos en cumplimiento de medidas de seguridad. 4) Extranjeros con dificultades idiomáticas. 5) Puesta en libertad a 6 meses. 6) Internos en medio abierto. 7) Internos con patologías somáticas graves que imposibiliten la realización de la entrevista. 8) Internos con traslado inminente a otros centros penitenciarios. 9) Internos ingresados en unidades psiquiátricas penitenciarias. 10) Personas sin capacidad mental para otorgar consentimiento informado.

Tamaño muestral

La muestra incluida en el estudio (n=184), se seleccionó a partir de la lista suministrada por cada centro penitenciario que contenía los números de identificación de los internos, mediante la técnica de muestreo aleatorio estratificado. Cada sujeto seleccionado para la muestra, tenía tres suplentes. De los 184 sujetos entrevistados, únicamente 5 personas fueron seleccionadas de los suplentes y la tasa de respuesta fue del 97,7%. La distribución de los internos se realizó proporcionalmente al tamaño poblacional de cada centro penitenciario.

Variabes del estudio

Se consideraron las variables sociodemográficas (edad, nacionalidad, estado civil, nivel máximo de estudios finalizados, situación laboral y lugar de residencia), variables delictivas o penales (tipo de delito,

Tabla 1. Características sociodemográficas de las personas estudiadas.

		Muestra total n = 184	
Edad, media (DE) (rango mín-máx)		39,6 (11,3) (20-71)	
Lugar de nacimiento: n° (%)			
	España	101	(54,9)
	África	14	(7,6)
	América latina	49	(26,6)
	Asia	1	(0,5)
	Europa	19	(10,3)
Estado civil: n° (%)			
	Soltero	91	(49,5)
	Casado o emparejado	53	(28,8)
	Separado o divorciado	36	(19,6)
	Viudo	4	(2,2)
Nivel educativo: n° (%)			
	No sabe leer/escribir	2	(1,1)
	Estudios primarios incompletos	41	(22,3)
	Estudios primarios completos	59	(32,1)
	Estudios secundarios	57	(31,0)
	Estudios universitarios	22	(12,0)
	Otros	3	(1,6)
Historia criminal: n° (%)			
	Encarcelamiento previo	77	(41,8)
	Arresto previo	100	(54,6)
	Juicio previo	98	(53,3)
Tipos de delitos: n° (%)			
	Homicidio	9	(4,9)
	Tentativa homicida	6	(3,3)
	Asesinato	5	(2,7)
	Delito sexual	9	(4,9)
	Violencia doméstica	17	(9,2)
	Lesiones	10	(5,4)
	Robo con violencia	38	(20,7)
	Robo con intimidación	21	(11,4)
	Robo sin intimidación	13	(7,1)
	Robo sin violencia	13	(7,1)
	Delito contra la salud pública	61	(33,2)
	Quebrantamiento de condena	1	(0,5)
	Incendios	2	(1,1)
	Amenazas/coacciones	3	(1,6)
	Otro	37	(20,8)
Situación laboral previa: n° (%)			
	Empleado	106	(57,6)
	Desempleado	62	(33,7)
	Otras	16	(8,7)
Reincidencia: n° (%)			
	Primer ingreso	107	(58,2)
	Reincidencia	77	(41,8)

DE = desviación estándar

Tabla 2. Prevalencias vida y último mes de los principales trastornos mentales.

Trastorno mental	Prevalencia vida			Prevalencia último mes		
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%
Enfermedad Mental	166	90,2	85,9-94,5	96	52,2	44,9-59,4
Abuso o Dep de sustancias	133	72,3	65,8-78,7	34	18,5	12,8-24,1
Estimulantes	3	1,6	0,0-3,4	1	0,5	0,0 -1,6
Cannabis	30	16,3	10,9-21,6	18	9,8	5,4-14,0
Cocaína	73	39,6	32,5-46,7	8	4,3	1,4-7,340
Alucinógenos	2	1,09	0,0-2,5	1	0,5	0,0-1,6
Opioides	34	18,4	12,8-24,1	6	3,3	0,7-5,8
Sedantes	3	1,6	0,0-3,4	1	0,5	0,0-1,6
Otros	1	0,5	0,0-1,6	0	0,0	0-0
Alcohol	83	45,1	37,8-52,3	15	8,2	4,1-12,1
Trastornos del EstadoAnimo	71	38,5	31,5-45,6	24	13,0	8,1-17,9
Trastorno Depresivo Mayor	52	28,2	21,7-34,7	16	8,7	4,6-12,7
Trastorno Distímico	15	8,1	4,1-12,1	15	8,2	4,1-12,1
Trast Ánimo por Enf Médica	3	1,6	0,0-3,4	1	0,5	0,0-1,6
Trast Ánimo por Sustancias	38	20,6	14,7-26,5	12	6,5	2,9-10,0
Trastorno bipolar I	8	4,3	1,3-7,3	1	0,5	0,0-1,6
Trastorno bipolar II	1	0,5	0,0-1,6	1	0,5	0,0-1,6
Otro Trastorno Bipolar	12	6,5	1,3-11,6	4	2,2	0,1-4,2
Trastorno de ansiedad general	12	6,5	2,9-10,0	0	0,0	0-0
Trastorno de ansiedad NE	3	1,6	0,0-3,4	1	0,5	0,0-1,6
Trastorno de angustia con agoraf	10	5,4	2,1-8,7	7	3,8	1,0-6,5
Trastorno de angustia sin agoraf	11	5,9	2,5-9,4	3	1,6	0,0-3,4
Agorafobia sin trast de angustia	19	10,3	5,9-14,7	nd	-	-
Trastorno ansiedad enf médica	0	0,00	0-0	0	0,0	0-0
Fobia Social	7	3,8	1,0-6,5	nd	-	-
Fobia Específica	41	22,2	16,2-28,3	nd	-	-
Trastorno obsesivo-compulsivo	15	8,1	4,1-12,1	14	7,6	3,7-11,4
Trastorno de ansiedad sustancias	18	9,7	5,4-14,0	6	3,3	0,6-5,8
Trastorno estrés postraumático	42	22,8	16,7-28,9	11	6,0	2,5-9,4
Trastorno adaptativo	5	2,7	0,3-5,0	nd	-	-
Trastorno de somatización	10	5,4	2,1-8,7	nd	-	-
Hipocondria	10	5,4	2,1-8,7	nd	-	-
Trastorno dismórfico corporal	6	3,2	0,6-5,8	nd	-	-
Trastorno Psicótico	63	34,2	27,3-41,1	38	20,7	14,7-26,5
Esquizofrenia	21	11,4	6,8-16,0	18	9,8	5,4-14,0
Trastorno esquizofreniforme	0	0,0	0-0	0	0,0	0-0
Trastorno esquizoafectivo	2	1,0	0,0-2,5	1	0,5	0,0-1,6
Trastorno delirante	7	3,8	1,0-6,5	6	3,3	0,6-5,8
Trastorno Psicótico Breve	0	0,0	0-0	0	0,0	0-0
Trast Psicótico por enf médica	0	0,0	0-0	0	0,0	0-0
Trast psicótico no especif	10	5,4	2,1-8,7	3	1,6	0,0-3,4
Trast Psicótico por sustancias	24	13,0	8,1-17,9	10	5,4	2,1-8,7

Intervalo de confianza al 95%. Nd = información no disponible.

tiempo de condena, régimen penitenciario, número de procesos judiciales, arrestos e ingresos) y variables clínicas (trastornos mentales a lo largo de la vida y en el último mes).

Instrumentos de evaluación

1. Entrevista Estructurada de Recogida de Datos Socio-Demográficos ad hoc que recoge información de datos sociodemográficos y penales.
2. Structured Clinical Interview for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Axis I Disorders (SCID-I), para el diagnóstico de los trastornos mentales según criterios DSM-IV¹⁰. Es un protocolo de entrevista para realizar los diagnósticos más importantes del Eje 1 del DSM-IV¹¹ siguiendo un modelo de entrevista de diagnóstico clínico. Permite aumentar la validez diagnóstica mediante la facilitación de la aplicación de los criterios diagnósticos y la indagación sistemática de síntomas que de otra forma podrían pasar desapercibidos¹².

Su aplicación se realizó de manera individual y manual. La participación de los sujetos fue voluntaria, otorgando su consentimiento informado por escrito y firmado, previa explicación del estudio. Para la realización de este estudio fue necesaria la autorización de las administraciones penitenciarias pertinentes.

Análisis estadístico

Las variables sociodemográficas fueron descritas mediante la frecuencia absoluta y el porcentaje. Las prevalencias han sido expresadas con frecuencias absolutas y porcentajes con intervalo de confianza al 95%. Se han calculado Odds-ratio crudas y ajustadas de presentar trastorno mental en diferentes variables sociodemográficas utilizando modelos de regresión logística. El modelo multivariado incluye todas las variables sociodemográficas incluidas en la Tabla. Todos los test de significación estadística son bilaterales, asumiendo un nivel de significación $P < 0,05$. Los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS v.22.0 (SPSS para Windows; SPSS Inc., Chicago, IL., USA).

RESULTADOS

En la Tabla 1 se muestran las características sociodemográficas, historia criminal y reincidencia de las personas estudiadas. La edad media fue de 39,6 años. El 54,9% eran españoles y el 26,6% de América Latina. Únicamente el 28,8% estaban casados o empa-

rejados. El 55,5% tenían estudios primarios o menos, y sólo el 12% estudios universitarios. El 57,6% tenía empleo previo al ingreso. El 41,8% eran reincidentes siendo los delitos más frecuentes el delito contra la salud pública (33,2%), seguido del robo con violencia (20,7%). Por último, el 54,6% había tenido arrestos previos.

En la Tabla 2 se muestran la prevalencia vida y en el último mes de los principales trastornos mentales. La prevalencia de cualquier trastorno mental a lo largo de la vida fue del 90,2%, siendo los trastornos mentales más frecuentes el trastorno por abuso o dependencia de sustancias (72,3%; IC 95% 65,8-78,7), seguidos de los trastornos del estado de ánimo (38,5%; IC 95% 31,5-45,6) y los trastornos psicóticos (34,2%; IC 95% 27,3-41,1).

En relación a las sustancias que con mayor frecuencia originaron el abuso o dependencia a lo largo de la vida, observamos la primacía del alcohol (45,1%; IC 95% 37,8-52,3) seguido de la cocaína (39,6%; IC 95% 32,5-46,7).

Por otra parte, la prevalencia de cualquier trastorno mental en el último mes fue del 52,2% (IC 95% 44,9-59,4), siendo el principal trastorno el psicótico (20,7%; IC 95% 14,7-26,5) seguido del trastorno por abuso o dependencia de sustancias (18,5%; IC 95% 12,8-24,1) y del trastorno del estado de ánimo (13%; IC 95% 8,1-17,9).

En la Tabla 3, se muestra la prevalencia y Odds-ratio cruda y ajustada de tener un trastorno del estado de ánimo o de ansiedad, según factores sociodemográficos analizados. Respecto a los trastornos del estado de ánimo, los principales factores de riesgo están relacionados con la edad, duplicando su frecuencia a partir de los 40 años, (OR ajustada 1,92; IC 95% 0,65-5,6); el nivel de estudios universitarios (OR ajustada 2,68; IC 95% 0,69-10,14) frente a aquellos que solo tenían estudios inferiores a los primarios; haber nacido en España (OR ajustada = 0,37; IC95% 0,09-1,5 para los africanos, OR ajustada = 0,07; IC 95% 0,02-0,2 para los latino-americanos y OR ajustada = 0,29; IC 95% 0,09-1 para los del resto de Europa); y estar desempleado (OR ajustada = 1,69; IC 95% 0,79-3,6).

En relación a los trastornos de ansiedad, los factores fueron la edad, observando que estos disminuyen con la edad (OR ajustada = 0,44; IC 95% 0,13-1,5) en las personas de 50 años en adelante; el estado civil, aumentando en los casados (OR ajustada = 1,44; IC 95% 0,62-3,3); los estudios, siendo superior en los que tenía estudios menos que primarios (OR ajustada = 1,92; IC 95% 0,74-5,0); el lugar de nacimiento, donde los extranjeros tuvieron una probabilidad mucho menor de tener trastorno de ansiedad (OR ajustadas =

Tabla 3. Prevalencia y Odds-ratio cruda y ajustada de padecer un trastorno del estado de ánimo o de ansiedad, según factores sociodemográficos.

	Cualquier trastorno del estado de ánimo			Cualquier trastorno de ansiedad		
	Prevalencia	OR	OR ajustado	Prevalencia	OR	OR ajustado
	%, IC95%	IC95%	IC95%	%, IC95%	IC95%	IC95%
Edad						
20 a 29	34,1% (19,0-49,3)	1	1	63,4% (48,0-78,8)	1	1
30 a 39	31,5% (18,7-44,3)	0,89 (0,37-2,1)	0,77 (0,27-2,2)	66,7% (53,7-79,7)	1,15 (0,49-2,7)	1,47 (0,54-3,9)
40 a 49	50,0% (36,2-63,8)	1,93 (0,83-4,5)	1,92 (0,65-5,6)	57,4% (43,8-71,0)	0,78 (0,34-1,8)	0,67 (0,25-1,8)
50 y más	39,4% (21,8-57,0)	1,25 (0,48-3,2)	0,96 (0,27-3,5)	48,5% (30,5-66,5)	0,54 (0,21-1,4)	0,44 (0,13-1,5)
Estado civil						
Nunca casado	37,4% (27,2-47,5)	1	1	60,4% (50,2-70,7)	1	1
Casado	37,7% (24,2-51,2)	1,02 (0,50-2,0)	1,82 (0,74-4,5)	60,4% (46,8-74,0)	0,997 (0,50-2,0)	1,44 (0,62-3,3)
Prev casado	42,5% (26,5-58,5)	1,24 (0,58-2,6)	1,44 (0,53-3,9)	60,0% (44,1-75,9)	0,98 (0,46-2,1)	1,32 (0,49-3,5)
Nivel estudios						
< primarios	39,5% (24,3-54,8)	1	1	62,8% (47,7-77,8)	1	1
primarios	44,1% (31,0-57,1)	1,20 (0,54-2,7)	1,27 (0,49-3,3)	71,2% (59,3-83,1)	1,46 (0,63-3,4)	1,92 (0,74-5,0)
secundarios	29,8% (17,6-42,1)	0,65 (0,28-1,5)	1,56 (0,54-4,5)	52,6% (39,3-66,0)	0,66 (0,29-1,5)	1,07 (0,41-2,8)
universitarios	50,0% (27,3-72,7)	1,53 (0,54-4,3)	2,68 (0,69-10,4)	45,5% (22,9-68,1)	0,49 (0,17-1,4)	0,87 (0,25-3,1)
Lugar de nacimiento						
España	51,5% (41,6-61,4)	1	1	70,3% (61,2-79,4)	1	1
África	42,9% (13,2-72,5)	0,71 (0,23-2,2)	0,37 (0,09-1,5)	42,9% (13,2-72,5)	1,46 (0,63-3,4)	0,25 (0,06-1,0)
América latina	12,2% (2,7-21,8)	0,13 (0,05-0,3)	0,07 (0,02-0,2)	51,0% (36,5-65,5)	0,66 (0,29-1,5)	0,42 (0,18-1,0)
Europa resto	31,6% (8,6-54,6)	0,43 (0,15-1,2)	0,29 (0,09-1,0)	42,1% (17,7-66,6)	0,49 (0,17-1,4)	0,38 (0,12-1,2)
Situación laboral						
Empleado	34,9% (25,7-44,1)	1	1	52,8% (43,2-62,5)	1	1
Desempleado	46,8% (34,0-59,5)	1,64 (0,86-3,1)	1,69 (0,79-3,6)	71,0% (59,3-82,6)	2,18 (1,12-4,2)	1,82 (0,87-3,8)

IC95%: Intervalo de confianza al 95%. Las OR están ajustadas por todas las variables de la tabla.

Tabla 4. Prevalencia y Odds-ratio cruda y ajustada de padecer un trastorno por abuso o dependencia de sustancias o cualquier trastorno mental, según factores sociodemográficos.

	Abuso o dependencia de sustancias			Cualquier trastorno mental		
	Prevalencia %, IC95%	OR IC95%	OR ajustado IC95%	Prevalencia %, IC95%	OR IC95%	OR ajustado IC95%
Edad						
20 a 29	73,2% (59,0-87,3)	1	1	92,7% (84,4-100)	1	1
30 a 39	81,5% (70,8-92,2)	1,61 (0,61-4,3)	1,47 (0,50-4,3)	92,6% (85,4-99,8)	0,99 (0,21-4,7)	0,82 (0,15-4,4)
40 a 49	74,1% (62,0-86,1)	1,05 (0,42-2,6)	1,12 (0,38-3,3)	90,7% (82,8-98,7)	0,77 (0,17-3,4)	0,54 (0,10-3,0)
50 y más	54,5% (36,6-72,5)	0,44 (0,17-1,2)	0,35 (0,10-1,2)	81,8% (67,9-95,7)	0,36 (0,08-1,5)	0,11 (0,02-0,7)
Estado civil						
Nunca casado	78,0% (69,4-86,7)	1	1	91,2% (85,3-97,1)	1	1
Casado	66,0% (52,9-79,2)	0,55 (0,26-1,2)	0,68 (0,28-1,6)	86,8% (77,4-96,2)	0,63 (0,22-1,9)	1,37 (0,37-5,1)
Prev casado	67,5% (52,3-82,7)	0,59 (0,26-1,3)	0,86 (0,31-2,4)	92,5% (84,0-100)	1,19 (0,30-4,7)	3,02 (0,52-17,4)
Nivel estudios						
< primarios	74,4% (60,8-88,0)	1	1	90,7% (81,7-99,7)	1	1
primarios	76,3% (65,1-87,5)	1,10 (0,44-2,7)	1,21 (0,44-3,3)	93,2% (86,6-99,8)	1,41 (0,33-6,0)	2,27 (0,42-12,3)
secundarios	70,2% (57,9-82,4)	0,81 (0,33-2,0)	0,79 (0,28-2,2)	89,5% (81,3-97,7)	0,87 (0,23-3,3)	1,84 (0,38-8,8)
universitarios	59,1% (36,8-81,4)	0,50 (0,17-1,5)	0,75 (0,19-2,9)	81,8% (64,3-99,3)	0,46 (0,10-2,1)	1,23 (0,20-7,6)
Lugar de nacimiento						
España	76,2% (67,8-84,7)	1	1	96,0% (92,2-99,9)	1	1
Africa	64,3% (35,6-93,0)	0,56 (0,17-1,8)	0,71 (0,17-3,1)	85,7% (64,7-100)	0,25 (0,04-1,5)	0,20 (0,03-1,6)
América latina	67,3% (53,7-81,0)	0,64 (0,30-1,4)	0,71 (0,28-1,8)	81,6% (70,4-92,9)	0,18 (0,05-0,6)	0,11 (0,02-0,5)
Europa resto	73,7% (51,9-95,5)	0,87 (0,28-2,7)	0,99 (0,27-3,7)	84,2% (66,2-100)	0,22 (0,04-1,1)	0,16 (0,02-1,1)
Situación laboral						
Empleado	72,6% (64,0-81,3)	1	1	87,7% (81,4-94,1)	1	1
Desempleado	69,4% (57,6-81,2)	0,85 (0,43-1,7)	0,69 (0,32-1,5)	91,9% (85,0-98,9)	1,59 (0,54-4,7)	1,11 (0,33-3,8)

IC95%: Intervalo de confianza al 95%. Las OR están ajustadas por todas las variables de la tabla.

Tabla 5. Prevalencia y Odds-ratio cruda y ajustada de padecer un trastorno psicótico, según factores sociodemográficos.

	Trastorno psicótico		
	Prevalencia	OR	OR ajustado
	%, IC95%	IC95%	IC95%
Edad			
20 a 29	22,0% (8,7;35,2)	1	1
30 a 39	35,2% (22,0;48,3)	1,93 (0,76;4,9)	2,01 (0,69;5,9)
40 a 49	46,3% (32,6;60,0)	3,07 (1,23;7,6)	2,88 (0,98;8,5)
50 y más	30,3% (13,8;46,9)	1,55 (0,54;4,4)	1,19 (0,32;4,4)
Estado civil			
Nunca casado	40,7% (30,4;50,9)	1	1
Casado	20,8% (9,5;32,0)	0,38 (0,17;0,8)	0,46 (0,18;1,2)
Prev casado	37,5% (21,8;53,2)	0,88 (0,41;1,9)	0,87 (0,33;2,3)
Nivel estudios			
< primarios	41,9% (26,5;57,2)	1	1
primarios	45,8% (32,7;58,9)	1,17 (0,53;2,6)	1,12 (0,45;2,8)
secundarios	19,3% (8,7;29,9)	0,33 (0,14;0,8)	0,50 (0,17;1,4)
universitarios	27,3% (7,1;47,5)	0,52 (0,17;1,6)	0,82 (0,21;3,2)
Lugar de nacimiento			
España	45,5% (35,7;55,4)	1	1
Africa	21,4% (-3,2;46,0)	0,33 (0,09;1,2)	0,22 (0,04;1,2)
América latina	16,3% (5,6;27,1)	0,23 (0,10;0,5)	0,37 (0,14;1,0)
Europa resto	31,6% (8,6;54,6)	0,55 (0,19;1,6)	0,81 (0,23;2,8)
Situación laboral			
Empleado	34,0% (24,8;43,1)	1	1
Desempleado	32,3% (20,3;44,2)	0,93 (0,48;1,8)	0,69 (0,32;1,5)

IC95%: Intervalo de confianza al 95%. Las OR están ajustadas por todas las variables de la tabla.

0,25; IC 95% 0,06-1 en los africanos, OR ajustada = 0,42; IC 95% 0,18-1 en los latino-americanos y OR ajustada = 0,38; IC 95% 0,12-102 en los del resto de Europa, respecto a los nacidos en España; y por último, estar desempleado (OR ajustada = 1,82; IC 95% 0,87-3,8).

Respecto a los trastornos por uso o dependencia de sustancias (ver Tabla 4), los factores de riesgo son la edad en su franja de 30-39 años (OR ajustada = 1,47; IC 95% 0,5-4,3), el hecho de estar soltero frente a estar casado o haberlo estado (OR ajustada = 0,68; IC 95% 0,28-1,6 y 0,86; IC 95% 0,31-2,4 respectivamente), el no haber completado los estudios primarios a los universitarios (OR = 0,75; IC 95% 0,19-2,9), en los desempleados (OR ajustada = 0,69; IC 95% 0,32-1,5) y ser español frente a los extranjeros (OR ajustada = 0,71; IC 95% 0,17-3,1 para los africanos respecto a los nacidos en España).

La posibilidad de tener cualquier trastorno mental está asociada a la edad, siendo ésta mayor en el rango 20-29 años, estar previamente casado (OR ajustada = 3,02; IC 95% 0,52-17,4) respecto a los nunca casados, y también fue más alta en los que tenían estudios primarios incompletos o primarios (OR ajustada 2,27; IC 95% 0,42-12,3). Los extranjeros tuvieron una probabilidad mucho menor (OR ajustada = 0,11; IC 95% 0,02-0,5 en los latino-americanos y OR ajustada = 0,16; IC 95% 0,02-1,1 en los del resto de Europa), respecto a los nacidos en España. Finalmente, estar en situación de desempleo (OR ajustada = 1,11; IC 95% 0,33-3,8).

En la Tabla 5 puede observarse cómo los factores de riesgo de tener un trastorno psicótico son tener entre 40-49 años (OR ajustada = 2,88; IC 95% 0,98-8); estar soltero; tener estudios primarios (OR ajustada 1,12; IC 95% 0,45-2,8), los extranjeros nacidos en África o América Latina presentaron una probabilidad mucho menor (OR ajustada = 0,22; IC 95% 0,04-1,2 en los africanos y OR ajustada = 0,37; IC 95% 0,14; 1,0 en los latino-americanos) respecto a los nacidos en España y finalmente, el estar desempleado (OR ajustada = 0,69; IC 95% 0,32-1,5).

DISCUSIÓN

El perfil de nuestra muestra está formado por varones con una media de edad de 39,6 años, en su mayoría de nacionalidad española, con estudios primarios, solteros y en situación de empleo en el momento del ingreso en prisión, un alto porcentaje de reincidencia y arrestos previos. El tipo de delitos más frecuentes fueron el delito contra la salud pública y

el delito por robo con violencia. En cuanto al tipo de delito, nuestros resultados concuerdan con otros estudios¹³, donde los delitos contra la salud pública son los más frecuentes en varones encarcelados. Nuestros datos de reincidencia fueron inferiores a otros estudios españoles^{4,14}.

Nuestros hallazgos muestran una elevada prevalencia de trastorno mental a lo largo de la vida con un 90,2%, siendo superior a otros estudios europeos con una prevalencia entre el 27% y 78%^{15-16,7} y siendo ligeramente superior a la prevalencia encontrada en el estudio PreCa⁴ y en el estudio realizado por la Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de personas con Enfermedad Mental (FAISEM)¹⁴, que utilizó la misma metodología que nuestro estudio y encontró una prevalencia de 82,6%. Respecto a la población general, la prevalencia que encontramos en la población penitenciaria de nuestro estudio fue de 5,3 veces superior. En cuanto a la prevalencia mes, más de la mitad de los internos de nuestra muestra presentaban un trastorno mental, siendo superior a las estimaciones de otros estudios europeos (32%)¹⁷ y nacionales (40%)⁴ y el estudio de Faisem (25,8%)¹⁴.

En cuanto al tipo de trastorno a lo largo de la vida, en nuestra muestra el trastorno por abuso o dependencia de sustancias fue el más común (72,3%), coincidiendo con estudios noruegos¹⁸, siendo la sustancia más consumida el alcohol. Estos datos concuerdan con otros estudios^{4, 19}. Sin embargo, otros autores, ponen de manifiesto que el trastorno por consumo de sustancias en la población penitenciaria, siendo inferior a nuestros datos²⁰, es superior al 50%^{3,21-24}, y las sustancias más consumidas el cannabis y la heroína, aunque en la actualidad este consumo ha disminuido sobre el 30%²⁵. Si bien es cierto que el consumo de alcohol y drogas se produce con mucha frecuencia en el entorno penitenciario²⁶, es también un hábito asociado a variables sociodemográficas, características del encarcelamiento y comorbilidad psiquiátrica²⁷.

En cuanto a los otros dos trastornos más comunes, los trastornos del estado de ánimo y los trastornos psicóticos, nuestros datos coinciden con otros estudios internacionales^{3, 8}, que los sitúan entre los más frecuentes después del trastorno por consumo de sustancias. Llama sin embargo la atención las diferencias respecto al trastorno psicótico en nuestro estudio donde las prevalencias vida y mes son más elevadas y están en concordancia con otros estudios²⁸ que advierten también el elevado riesgo de trastorno psicótico en prisión, lo que nos hace pensar, entre los motivos, que su enfermedad pueda pasar inadvertida en el proceso penal, las características del propio entorno penitenciario y la falta de recursos en la comunidad para el

cumplimiento de sus penas, convirtiendo a las prisiones en “un repositorio de los enfermos mentales graves”²⁹.

Los datos de que disponemos para comparar provienen en su mayoría de otros países en los que los investigadores alertan sobre el elevado número de internos con trastorno mental y la falta de seguimiento³⁰. En España existe una escasa literatura al respecto. Destaca un estudio longitudinal³¹ encontrándose una alta tasa de comorbilidad por consumo de sustancias, trastornos de personalidad, cuadros ansiosos, depresivos y psicóticos.

En cuanto a las variables sociodemográficas, en nuestro estudio, destaca cómo todas las categorías diagnósticas son mayores en la población española y menor en la población extranjera, sobre todo en la población latinoamericana. Una posible explicación podría ser el fenómeno de la “paradoja latina o ventaja de salud latina”. Este se refiere a mejores resultados de salud tanto física como mental en diferentes comunidades latinas a pesar de vivir una situación económica y social desfavorable³² y aunque no se conocen las causas de ello, algunos autores³³⁻³⁴ han apuntado a rasgos distintivos propios de la cultura latina como las redes de apoyo social extensas, interacciones sociales placenteras, recíprocas y no competitivas, vínculos familiares sólidos y su sentido de la religiosidad que se ha asociado a posibles amortiguadores del estrés psicosocial.

Estudios previos muestran que el abuso de sustancias y el trastorno mental es mayor entre internos jóvenes y con peores circunstancias socioeconómicas³⁵⁻³⁶. Nuestros resultados siguen esta línea al reportar que la probabilidad de abuso o dependencia de sustancias es menor en el caso de internos casados, extranjeros o con estudios avanzados, y mayor en los internos de entre 30-39 años.

En una institución cerrada, donde la circunstancia social de las personas y su perspectiva vital pueden resultar muy adversas, los problemas de salud mental se incrementan notablemente. La estancia en prisión obliga a un esfuerzo constante de adaptación psicosocial y hemos observado que existen una serie de factores sociodemográficos, como edad, origen, estatus civil, empleo o estudios, que marcan una diferencia en el padecimiento de ciertos trastornos mentales en el ámbito de prisión. Es esencial continuar con la investigación en este ámbito, profundizar en el rol del estatus social de los internos, como se está haciendo ya en otros países³⁷, y traducir los resultados en acciones de tipo terapéutico y preventivo, adaptadas a dicho estatus para reducir las desigualdades sociales en esta situación prioritaria de Salud Pública.

Nuestro estudio tiene algunas limitaciones, a saber, la exclusión de mujeres, las personas mayores, ingresados en unidades psiquiátricas y los internos preventivos. Por otra parte, nuestra muestra no es muy extensa, aunque contribuye a conocer mejor esta realidad, ampliando el conocimiento sobre la prevalencia de los trastornos mentales en las prisiones españolas, así como el perfil sociodemográfico replicando una metodología previamente validada.

CORRESPONDENCIA

Carmen Zabala Baños
Email: Carmen.Zabala@uclm.es
Universidad de Castilla la Mancha.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González Sánchez I. Aumento de presos y Código Penal: Una explicación insuficiente. Rev electrónica de ciencia penal y criminología [Internet]. 2011 [citado 2015 Mar 27]; 13: 1-22 [aprox. 20 p.]. Disponible en: <http://criminnet.ugr.es/recpc> – ISSN 1695-0194.
2. Institute for Criminal Policy Research [homepage on the internet]. London: ICPS; c1997-2016 [cited 2015 May 29]. ICPS, World Prison Brief 2015; [about 2 screens]. Available from: <http://www.prisonstudies.org/country/spain>.
3. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. Lancet. 2002; 16: 545-50.
4. Vicens E, Tort V, Dueñas RM, Muro A, Pérez-Arnau F, Arroyo-Cobo JM, et al. The prevalence of mental disorders in Spanish prisons. Crim Behav Ment Health. 2011 Dec; 21 (5): 321-32. doi: 10.1002/cbm.815.
5. 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.
6. Fazel S, Baillargeon J. The health of prisoners. Lancet. 2011; 377: 956-65.
7. Lafortune D. Prevalence and screening of mental disorders in short-term correctional facilities. International Journal of Law and Psychiatry. 2010; 33: 94-100.
8. Fazel S, Seewald K. Severe mental illness in 33,588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. BJP. 2012; 200: 364-73. doi: 10.1192/bjp.bp.111.096370.

9. Abram KM, Zweeker NA, Welty LJ, Hershfield JA, Dulcan MK, Teplin LA. Comorbidity and continuity of psychiatric disorders in youth after detention: a prospective longitudinal study. *JAMA Psychiatry*. 2015; 72 (1): 84-93. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2014.1375.
10. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Guía del usuario para la entrevista clínica estructurada para los trastornos del Eje I del DSM- IV. Version clínica SCID I. Barcelona: Masson; 1999.
11. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV). Washington DC: APA; 1994.
12. Vicens-Pons E, Arroyo-Cobo JM, Tort V, Pérez Arnau F, Muro A, Sardá P, et al. Aproximación a la metodología para el estudio de los trastornos mentales en población penitenciaria. El estudio PreCa. *Rev Esp Sanid Penit*. 2009; 11: 17-25.
13. González-Sánchez I. La cárcel en España: mediciones y condiciones del encarcelamiento en el siglo XXI. *Rev D Penal y Crim*. 2012; 8: 351-402.
14. Fundación pública andaluza para la integración social de personas con enfermedad mental. FAISEM. Prevalencia de problemas de salud mental en centros penitenciarios andaluces. Memoria 2012. Sevilla: Junta de Andalucía; 2013. 53 p.
15. Fotiadou M, Livaditi M, Manou I, Kaniotou E, Xenitidis K. Prevalence of mental disorders and deliberate self-harm in Greek male prisoners. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2006; 29: 68-73.
16. Dressing H, Kief C, Salize HJ. Prisoners with mental disorders in Europe. *The British Journal of Psychiatry*. 2009; 194 (1), 88.
17. Brink JH, Doherty D, Boer A. Mental disorder in federal offenders: A Canadian prevalence study. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2001; 24: 339-56.
18. Værøy H. Depression, anxiety, and history of substance abuse among Norwegian inmates in preventive detention: Reasons to worry? *BMC Psychiatry*. 2011; 11 (40): 1-7.
19. Casares-López MJ, González A, Torres M, Secades R, Fernández-Hermida JR, Álvarez M. Comparación del perfil psicopatológico y adictivo de dos muestras de adictos en tratamiento: en prisión y en comunidad terapéutica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2010; 10: 225-243.
20. Marín-Ballasote N, Navarro-Repiso C. Estudio de la prevalencia de trastorno mental grave (TMG) en los centros penitenciarios de Puerto I, II y III del Puerto de Santa María (Cádiz): nuevas estrategias en la asistencia psiquiátrica en prisiones. *Rev Esp Sanid Penit*. 2012; 14: 80-5.
21. Fazel S, Parveen B, Doll H. Substance abuse and dependence in prisoners: A systematic review. *Addiction*. 2006; 101: 181-91.
22. Tods S, Hariga F, Pouza M, Leclercq D, Gilbert P, Malessi MI. Drug use in Belgian prisons: Monitoring health risks. Final Report. Brussels: Modus Vivendi; 2006.
23. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Estudio Sobre Salud Mental en el medio penitenciario. Madrid: Dirección General de Instituciones Penitenciarias; 2007.
24. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Luxembourg: European Union; 2009.
25. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Luxembourg: European Union; 2013.
26. Rowell TL, Wu E, Hart CL, Haile R, Nabila El-Bassel. Predictors of drug use in prison among incarcerated Black men. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2012; 38 (6): 593-7.
27. Lukaszewicz M, Falissard B, Michel L, Neveu X, Reynaud M, Gasquet I. Prevalence and factors associated with alcohol and drug-related disorders in prison: a French national study. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2007; 2 (1).
28. Jarret M, Valmaggia L, Parrot J, Forrester A, Winton-Brown T, Maguire H, et al. Prisoners at ultra-high-risk for psychosis: a cross-sectional study. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2015; Mar 3: 1-10.
29. Teplin, LA. La prevalencia de los trastornos mentales graves entre los detenidos de las cárceles urbanas masculinas: comparación con el Programa de Captación Epidemiológica Area. *American Journal of Public Health*. 1990; 663-9.
30. Shaw J, Baker D, Hunt IM, Moloney A, Appleby L. Suicide by prisoners: National clinical survey. *Br J Psychiatry*. 2004; 184: 5.
31. Arnau-Peiró F, García-Guerrero J, Herrero-Matías A, Castellano-Cervera JC, Vera-Remartínez EJ, Jorge-Vidal V, et al. Description of the Psychiatric Unit in prisons in the autonomous community of Valencia. *Rev Esp Sanid Penit*. 2012; 50-60.
32. Markides KS, Coreil J. The health of Hispanics in the south western United States: An epidemiologic paradox. *Public Health Reports* 1986; 101: 253-65.
33. Marin G, Marin BV. Research with Hispanic populations. Newbury Park, CA: Sage; 1991.
34. Gallo LC, Penedo FJ, Espinosa de los Monteros K, Arguelles W. Resiliency in the face of disad-

- vantage: do Hispanic cultural characteristics protect health outcomes? *J Pers.* 2009; 1707-46.
35. Steinbrimsson S, Sigurdsson MI, Gudmundsdottir H, Aspelund T, Magnusson. A. Mental disorder, imprisonment and reduced life expectancy – A nationwide psychiatric inpatient cohort study. *Crim Behav Ment Health.* 2015. doi: 10.1002/cbm.1944
- 36 Pauly V, Frauger E, Rouby F, Sirere S, Monier S, Paulet C, et al. Analysis of addictive behaviours among new prisoners in France using the OPPI-DUM program. *Encephale.* 2010; 36 (2): 122-31.
- 37 Friestad C. Socio-economic status and health in a marginalized group: the role of subjective social status among prison inmates. *Eur J Public Health.* 2009; 20 (6): 653- 8.