

**INFORME PREVALENCIA DE  
TRASTORNOS MENTALES EN  
CENTROS PENITENCIARIOS  
ESPAÑÓLES  
(ESTUDIO PRECA)**

**GRUPO PRECA**

BARCELONA JUNIO 2011

## **INDICE**

1. Grupo Preca	3
2. Introducción	4
3. Método	5
4. Resultados	7
5. Discusión	9
6. Consideraciones	11
7. Bibliografía	12

## 1.- GRUPO PRECA (PREVALENCIA CÁRCELES)

El estudio Preca nace de la inquietud de profesionales de distintos ámbitos de la salud mental, del grupo de trabajo de Salud Mental en Prisiones de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria y de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Fruto del trabajo de este grupo se elabora un proyecto de investigación que obtiene una beca del Fondo de Investigaciones Sanitarias del Instituto Carlos III (FIS PIO52517).

El grupo PRECA queda constituido en el año 2006 con el objetivo de disponer de datos epidemiológicos relacionados con la salud mental de los internos en los centros penitenciarios españoles.

### INTEGRANTES GRUPO PRECA

ENRIC VICENS<sup>1,4</sup>, VICENÇ TORT<sup>1</sup>, ROSA MARÍA DUEÑAS<sup>1,4</sup>, ÁLVARO MURO<sup>1</sup>, FRANCESC PÉREZ-ARNAU<sup>1</sup>, JOSÉ MANUEL ARROYO<sup>2</sup>, ENRIQUE ACÍN<sup>2</sup>, ANGEL DE VICENTE<sup>2</sup>, RAFAEL GUERRERO<sup>3</sup>, JOAN LLUCH<sup>3</sup>, RAMÓN PLANELLA<sup>3</sup> y PILAR SARDA<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Sant Boi de Llobregat, Barcelona.

<sup>2</sup> Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Servicios Sanitarios, Ministerio del Interior. Madrid.

<sup>3</sup> Subdirecció de Institucions Penitenciaries. Serveis Sanitaris. Conselleria de Justícia. Generalitat de Catalunya.

<sup>4</sup> Red Española de Investigación en Actividades Preventivas y Promoción de la Salud. (REDIAPP, RD06/0018/0017), Barcelona.

Este informe incluye los datos preliminares de un artículo sobre prevalencia de trastorno mental en las cárceles españolas publicado en la revista *Criminal Behaviour and Mental Health* (*Crim Behav Ment Health*. 2011 Jun 26. doi: 10.1002/cbm.815. [Epub ahead of print])

## **2.-INTRODUCCIÓN**

Disponer de datos sobre prevalencia de los trastornos mentales en centros penitenciarios es de crucial importancia para poder mejorar los servicios de salud mental penitenciaria y facilitar la prevención de conductas delictivas relacionadas con la enfermedad mental (Hodgins and Muller-Isberner,2004). Desde los años 90 los estudios realizados en población penitenciaria a nivel mundial concluyen 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 (Fazel and Danesh, 2002; Andersen, 2004; Brugha et al., 2005).

Uno de cada 4 reclusos con trastorno psicótico presentan síntomas psicóticos atribuibles a la intoxicación o abstinencia de consumo de drogas (Brugha et al.,2005). Varios estudios realizados con reclusos en Europa [European Monitoring Centre for Drugs and DrugAddiction (EMCDDA), 2009] han mostrado que el consumo habitual de sustancias ilegales en estos sujetos antes de entrar en prisión, oscila entre un el 30% y el 50%. Una vez en prisión la mayoría de los reclusos consumidores reduce el consumo o lo abandona, pero el 27% de ellos admite consumir durante su encarcelamiento (EMCDDA, 2009).

Hasta la fecha, la mayoría de estudios epidemiológicos en población reclusa han tenido algunas limitaciones metodológicas relacionadas con el tamaño y heterogeneidad de las muestras y de los instrumentos de evaluación utilizados (Fazel and Danesh, 2002; Andersen, 2004). Es difícil extrapolar los datos obtenidos en muestras de un país a otro dada la heterogeneidad de la población penitenciaria y de las características particulares de los sistemas penales y psiquiátrico-legales (SWANZDSAJCS, 2009). Incluso dentro de Europa, pueden existir diferencias considerables. Por ejemplo, España cuenta con una de las mayores tasas de encarcelamiento de Europa (160/100.000). En el año 2008, había 73.558 internos, de los cuales 54.746 (50.626 hombres y 4.120 mujeres) cumplían condena, 17.849 (16.073 hombres y 1.776 mujeres) eran preventivos, alrededor de 600 eran pacientes psiquiátrico-forenses (medidas de seguridad) y el resto estaban en otra situación penal administrativa (arrestos de fin de semana, transferidos a otros centros penitenciarios, etc). [Instituto Nacional de Estadística (INE), 2010].En el Estudio sobre salud mental en medio penitenciario elaborado por el Ministerio del Interior (2007) señalan una prevalencia estimada de trastornos mentales en población reclusa española del 46%.

El objetivo de nuestro estudio es obtener datos fiables sobre la prevalencia vida y en el último mes de trastornos mentales en la población reclusa general. Esta investigación forma parte de un proyecto más amplio en el que se analizan variables relacionadas con delito, calidad de vida, salud y utilización de servicios entre otras en las personas con trastorno mental en entorno penitenciario.

### **3.-MÉTODO**

Se trata de un estudio epidemiológico descriptivo transversal. La muestra se compone de internos varones condenados de 5 prisiones españolas ubicadas en 3 comunidades españolas (Cataluña, Madrid y Aragón), cada una de las cuales acoge entre 1000-1500 reclusos. El número de internos en estas comunidades suponen el 28,8% del total en España (INE, 2010).

Criterios de inclusión:

- Varón
- 18-75 años
- Penado
- Ubicado en módulo ordinario del centro penitenciario.

Criterios de exclusión:

- Preventivos
- Estar ubicado en módulo psiquiátrico penitenciario,
- Pendiente de traslado a otro centro penitenciario,
- Libertad en los próximos 6 meses
- Bajo dominio de la lengua española

De los listados proporcionados por los centros penitenciarios, se eligió el mismo número de reclusos en cada una de las Comunidades participantes en el estudio mediante un muestreo aleatorio estratificado en una fecha índice (30 de marzo de 2007).

Setecientos ochenta y tres pacientes fueron seleccionados para el estudio ; 707 (90,3%) aceptaron y fueron entrevistados y 76 rehusaron participar. De los 707 reclusos, 235 estaban en centros penitenciarios de Madrid, 222 en Cataluña y 250 en Aragón. La recogida de datos se llevó a cabo entre Abril de 2007 y junio de 2008.

Las entrevistas clínicas fueron realizadas por 7 psicólogas con experiencia clínica y/o investigadora. Para asegurar la fiabilidad interobservador, las entrevistadoras realizaron un entrenamiento de 3 días en el cual recibieron instrucciones sobre el diseño del estudio y sobre el uso de los instrumentos de evaluación. Se asignaron dos entrevistadoras a cada una de las comunidades participantes en el estudio.

Los datos sociodemográficos, clínicos y penales fueron recogidos por las entrevistadoras. Los datos penales se confirmaron con los registros penitenciarios. Se utilizó la edición española de la versión clínica de la "Structured Clinical Interview for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Axis I Disorders" (SCID-I) para el diagnóstico de los trastornos mentales en Eje I según criterios DSM-IV (First et al., 1999). Para evaluar los trastornos de personalidad se utilizó la versión española (López-Ibor et al., 1996) de la International Personality Disorders Examination (IPDE)

(Loranger,1995). Como se recomienda en los estudios en población reclusa (Álvaro-Brun and Vegué González, 2008), se utilizó un punto de corte de 4 ó mas para detectar uno o más trastornos de personalidad.

Para asegurar la calidad de recogida de datos se implementó un estricto control del trabajo de campo. Éste control fue realizado por el equipo investigador que supervisó las entrevistas y verificó el consentimiento informado. Cada psicóloga entrevistadora tuvo un supervisor perteneciente al equipo investigador, que verificó que las entrevistas se llevaran a cabo siguiendo los procedimientos establecidos y que revisó de forma aleatoria el 10% de las entrevistas realizadas.

Se realizó un análisis de los datos recogidos para detectar posibles inconsistencias así como una revisión de los cuestionarios para evaluar las preguntas abiertas y notas añadidas por las entrevistadoras.

El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS versión 11.5 (SPSS, Inc., Chicago, IL, USA).

El proyecto de investigación fue revisado y aprobado por los Comités Éticos de Investigación Clínica de Sant Joan de Déu y Gol i Gorina (Ref:5/06; Marzo 2006) y fue autorizado por las autoridades penitenciarias participantes.

## **4.-RESULTADOS**

Los datos sobre variables sociodemográficas se muestran en la tabla 1. La media de edad de los participantes fue de 36,8 años (rango: 19-67). En el momento de la entrevista el estado civil más frecuente fue el de soltero (44%). Aproximadamente 1/3 de los participantes estaba en paro antes de entrar en prisión. El 16% de los entrevistados no tenían residencia legal en España.

Casi el 60% habían tenido contacto previo con el sistema judicial con antecedentes de arrestos o juicios previos. Alrededor de la mitad (54%) de los reclusos entrevistados eran reincidentes; el 18% habían estado en prisión previamente más de 4 veces (multi-reincidentes). Algunos sujetos habían cometido más de un delito, lo que explica que el número de delitos sea mayor que el tamaño muestral. El delito más frecuente fue robo seguido de tráfico de drogas. El 7% había cometido asesinato, homicidio y homicidio en grado de tentativa.

La prevalencia vida y del último mes de los trastornos mentales según criterios DSM-IV se muestran en la tabla 2. La prevalencia vida de presentar cualquier trastorno mental fue del 84,4%. El trastorno por uso de sustancias fue el más frecuente (76,2%) seguido del trastorno de ansiedad (45,3%), trastorno afectivo (41%) y trastorno psicótico (10,7%).

Entre los reclusos con trastorno por uso de sustancias (abuso o dependencia) los más frecuentes fueron los trastornos por consumo de alcohol y cocaína (Tabla 2). Entre los trastornos inducidos por sustancias el más prevalente a lo largo de la vida fue el trastorno de ansiedad (16,1%), seguido del trastorno afectivo (15,8%) y del trastorno psicótico (7,1%).

La prevalencia en el último mes de presentar cualquier trastorno mental fue del 41,2%. El trastorno más prevalente fue el de ansiedad (23,3%) seguido del trastorno por uso de sustancias (17,5%), trastorno afectivo (14,9%) y trastorno psicótico (4,2%). Dentro de las categorías mencionadas previamente, los trastornos más frecuentes fueron el trastorno por uso de cannabis (14,4%), trastorno de ansiedad no especificado (9,2%) y el trastorno depresivo mayor (7,8%).

Los reclusos con trastorno por uso de sustancias (n=539) tenían una alta comorbilidad con los grupos diagnósticos más prevalentes. Así, el trastorno de ansiedad (54,4%) fue el trastorno comórbido más frecuente seguido del trastorno afectivo (48,1%), trastorno psicótico (13,7%) y trastorno adaptativo (6,7%). De hecho, solo 57 reclusos (8 %) presentaron algún trastorno mental sin historia de trastorno por consumo de sustancias. En este subgrupo de pacientes, 33 reclusos (58%) tenían un trastorno afectivo a lo largo de su vida, 28 (49%) un trastorno depresivo mayor, 4 (7%) un trastorno depresivo no especificado, 4 (7%) un trastorno distímico y 1 (1,8%) un trastorno depresivo debido a otras enfermedades; 32 (56%) habían presentado

trastorno de ansiedad, 14 (25%) presentaron un trastorno adaptativo y 3 (5%) un trastorno psicótico. La prevalencia en el último mes fue de 25% (n = 14) para el trastorno afectivo y el trastorno de ansiedad y del 5% (n = 3) para el trastorno adaptativo y el trastorno psicótico.

Según los datos obtenidos mediante el cuestionario IPDE alrededor del 80% (n = 582) de los sujetos tenían al menos un trastorno de personalidad; 2/3 (n = 475) dos o más trastornos de personalidad y sólo 107 (15%) un trastorno de personalidad. Los trastornos de personalidad cluster B fueron los más prevalentes. Dentro del Cluster B, el 44% (n = 311) presentaba -un trastorno límite de la personalidad, el 33% (n = 232) un trastorno narcisista de la personalidad y el 23% (n = 165) un trastorno antisocial de la personalidad. El trastorno de personalidad más frecuente en el cluster A fue el trastorno paranoide de la personalidad (37%, n = 263)



## **5.-DISCUSIÓN**

Nuestro estudio es el más amplio llevado a cabo en España sobre la prevalencia del trastorno mental en centros penitenciarios. Uno de los resultados más destacados es que se observa claramente que la prevalencia de patología psiquiátrica entre los reclusos españoles es superior a la de la población general. Así, en una muestra de población general española se estimó que la prevalencia vida de trastorno mental en varones fue del 15,7% (Haro et al.,2006). Según los resultados obtenidos en nuestro estudio la prevalencia de enfermedad mental en población reclusa es alrededor de 5 veces más alta. En este sentido nuestros resultados coinciden con los obtenidos en otros países donde los datos de prevalencia se dan para ambas poblaciones (general y reclusa) (Brinded et al., 2001; Fazel and Danesh, 2002; Assasadi et al., 2006; Butler et al., 2006). El dato obtenido en nuestro estudio del 40% de prevalencia en el último mes de presentar algún trastorno mental según criterios DSM-IV se aproxima mucho a los resultados estimados en otros estudios en los que también se estudió la prevalencia en el último mes (e.g. 32%, Brink et al.,2001; 57%, Joukamaa, 1995).

Hasta la fecha, el otro estudio realizado en España procede del Ministerio del Interior (Sobre la salud mental en el medio penitenciario, 2007) que basado en una revisión de diagnósticos psiquiátricos recogidos en las historias clínicas de los internos. Este estudio indicaba que la prevalencia de padecer trastorno mental en población reclusa era del 45,9%, datos muy similares a los del presente estudio. Nuestro estudio complementa estos datos aportando una metodología más rigurosa y analizando cada uno de los diagnósticos clínicos según el DSM-IV.

La mayoría de los estudios previos en población reclusa han informado de la prevalencia en el último mes (Gunn et al., 1991; Brooke et al., 1996; Teplin et al.,1996; Brink et al., 2001; Fotiadou et al., 2006) pero no de la prevalencia vida (Chiles et al., 1990; Coté and Hodgins, 1990; Dudeck et al., 2009). La considerable variación en la estimación de la prevalencia que oscila entre el 37% y el 94% (Corrado et al, 2000), puede explicarse parcialmente por el tipo de prevalencia estudiada (vida o último mes), por las diferencias en la selección de la muestra y/o por los diferentes instrumentos de evaluación utilizados en los diferentes estudios (Fazel and Danesh, 2002; Andersen, 2004). En nuestro estudio, se evaluó tanto la prevalencia vida como la del último mes. Esta aproximación proporciona un punto de vista más amplio y de gran utilidad práctica sobre la presencia de trastorno mental en personas condenadas. Las autoridades de los centros penitenciarios deben de saber cuantos internos padecen algún trastorno mental en un momento determinado y la probable naturaleza de estos trastornos si quieren proporcionar un cuidado adecuado a esta población. Sin embargo, para planificar servicios que garanticen la continuidad del tratamiento en la comunidad se ha de tener en cuenta las necesidades a largo plazo de estos sujetos, por lo que para este propósito es de mayor utilidad el uso de los datos de prevalencia vida. La misma puntualización debe hacerse respecto a cada trastorno en particular así

como a la estimación general – los estudios en prisión basados en la prevalencia de periodo (último mes) tienden a subestimar la tasa de trastornos mentales así como las necesidades de salud de la población para cada trastorno.

La prevalencia del trastorno por uso de sustancias en reclusos es superior al 50% (Fazel et al., 2006; Tods et al., 2006; Spanish Home Office Report, 2007; EMCDDA, 2009). En nuestro estudio se observó que un 76% presentaba historia de trastorno por uso de sustancias, principalmente alcohol y cocaína. Estos datos disminuyen al 17,5% si consideramos la prevalencia en el último mes, siendo el cannabis la sustancia más consumida. Dada la importancia que tiene el consumo de drogas los servicios de salud penitenciaria deberían implementar programas integrales y específicos para tratar los trastornos por uso de sustancias en esta población.

En la muestra estudiada, la mayoría de los presos con trastornos afectivos, de ansiedad o psicóticos tienen también historia de consumo de drogas. De acuerdo con la literatura (Brinded et al., 2001; Farrell et al., 2002; Brugha et al., 2005) se observó una alta comorbilidad entre trastornos mentales y consumo de drogas. Una vez excluida la historia de consumo de drogas, se observa una disminución importante en las tasas de enfermedad mental en los reclusos, lo que pone de manifiesto la estrecha relación entre consumo de drogas y trastornos mentales.

Aunque en nuestro estudio se encontró una prevalencia superior de trastornos de personalidad a la observada en otros estudios (Moran, 1999; Fazel, 2002; Rotter et al., 2002; Andersen, 2004; Álvaro-Brun and Vegue González, 2008; Dudeck et al., 2009), encontramos una prevalencia inferior a la observada en otros estudios en el trastorno antisocial de la personalidad, lo que podría explicarse por la utilización de diferentes de instrumentos de evaluación de los trastornos de personalidad.

Destacable es el elevado porcentaje de población extranjera internada en las cárceles españolas estimada en 3,2 veces más a la de la población general en España (INE, 2010). Añadir que en nuestro estudio los reclusos extranjeros en un elevado número no tenían residencia legal, son desempleados y no tienen acceso a los servicios. Estas variables sumadas al propio encarcelamiento (American Psychiatric Association, 1995) suponen un factor de riesgo bien reconocido para la exclusión social (Royal College of Psychiatrists, 2007) y como desencadenantes de enfermedad mental (Morgan et al., 2007). Futuros estudios deben centrarse en esta población para analizar el efecto sobre la reincidencia penal y el papel que juegan los recursos de salud mental en su asistencia.

## **6.-CONSIDERACIONES**

Nuestro estudio es el primero en proporcionar datos sobre la prevalencia de trastorno mental en población reclusa general en España. La alta prevalencia de trastorno mental detectada es muy relevante tanto para la planificación como para la mejora en la atención psiquiátrica en las cárceles. El encarcelamiento es una oportunidad para detectar y tratar los trastornos mentales incluyendo trastornos por uso de sustancias incluyendo aquellos que en ocasiones son de difícil detección y vinculación de los servicios comunitarios. Los servicios psiquiátricos penitenciarios deberían formar parte de la red de asistencia psiquiátrica y social comunitaria que garantice un tratamiento integral de esta población de riesgo.

Frases clave:

- La prevalencia de enfermedad mental en población reclusa es alrededor de 5 veces superior a la población general.
- Ocho de cada diez reclusos han sufrido a lo largo de la vida de un trastorno mental incluyendo el consumo de drogas. Y cuatro de cada diez presentan un trastorno mental en el momento actual.
- Se pone de manifiesto la estrecha relación entre consumo de drogas y trastornos mentales.
- Dentro de la población penitenciaria, la población extranjera cabe considerarla como muy vulnerable, y que debido a su situación legal hacen difícil su vinculación a servicios sanitarios y sociales después del encarcelamiento.
- Las autoridades de los centros penitenciarios deberían conocer cuántos internos padecen algún trastorno mental en un momento determinado para proporcionar un cuidado adecuado a esta población.
- Para planificar servicios que garanticen la continuidad del tratamiento en la comunidad se ha de tener en cuenta las necesidades a largo plazo de estos sujetos, por lo que para este propósito es de mayor utilidad el uso de los datos de prevalencia vida.
- Dada la importancia que tiene el consumo de drogas los servicios de salud penitenciaria deberían implementar programas integrales y específicos para tratar los trastornos por uso de sustancias en esta población.

## **7.- BIBIOGRAFÍA**

- Álvaro-Brun E, Vegue González M (2008) Trastornos de personalidad en prisión: Una cuestión compleja. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria* 10: 29–30.
- American Psychiatric Association (APA) (1995) *DSM IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson SA.
- Andersen HS (2004) Mental health in prison populations. A review – With special emphasis on a study of Danish prisoners on remand. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 110: 5–59.
- Assasadi SM, Noroozian M, Pakravannejad M, Yahyazadeh O, Aghayan S, Shariat SV, Fazel S (2006) Psychiatric morbidity among sentenced prisoners: Prevalence study in Iran. *The British Journal of Psychiatry* 188: 159–164.
- Brinded PM, Simpson AI, Laidlaw TM, Fairley N, Malcolm F (2001) Prevalence of psychiatric disorders in New Zealand prisons: A national study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 35: 166–173.
- Brink JH, Doherty D, Boer A (2001) Mental disorder in federal offenders: A Canadian prevalence study. *International Journal of Law and Psychiatry* 24: 339–356.
- Brooke D, Taylor C, Gunn J, Maden A (1996). Point prevalence of mental disorder in unconvicted male prisoners in England and Wales. *BMJ* 313: 1524–1527.
- Brugha T, Singleton N, Meztlar H, Bebbington P, Farrell M, Jenkins R, Coid J, Fryers T, Metzler D, Lewis G (2005) Psychosis in the community and in prisons: A report from the British National Survey of Psychiatric Morbidity. *The American Journal of Psychiatry* 162: 774–780.
- Butler T, Andrews G, Allnutt S, Sakashita C, Smith NE, Basson J (2006) Mental disorders in Australian prisoners: A comparison with a community sample. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 40: 720–726.
- Chiles JA, Von Cleve E, Jemelka RP, Trupin EW (1990) Substance abuse and psychiatric disorders in prison inmates. *Hospital & Community Psychiatry* 41: 1132–1134.
- Corrado RR, Cohen I, Hart S, Roesch R (2000) Comparative examination of the prevalence of mental disorders among jailed inmates in Canada and the United States. *International Journal of Law and Psychiatry* 23: 633–647.
- Coté G, Hodgins S (1990) Co-occurring mental disorders among criminal offenders. *The Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law* 18: 271–281.
- Dudeck , Freyberger HJ, Spitzer C (2009) Prevalence of psychiatric disorders in prisoners with a short imprisonment: Results from a prison in north Germany. *Psychiatrische Praxis* 36: 219–224.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2009) <http://www.emcdda.europa.eu/index.cfm> [15 June 2010]
- Farrell M, Boys A, Bebbington P, Brugha T, Coid J, Jenkins R, Lewis G, Meltzer H, Marsden J, Singleton N, Taylor C (2002) Psychosis and drug dependence: Results from a national survey of prisoners. *The British Journal of Psychiatry* 181: 393–398.
- Fazel S, Danesh J (2002) Serious mental disorder in 23000 prisoners: A systematic review of 62 surveys. *Lancet* 359: 545–550.
- Fazel S, Parveen B, Doll H (2006) Substance abuse and dependence in prisoners: A systematic review. *Addiction* 101: 181–191.
- First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW (1999) *Guía del Usuario para la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV. Versión Clínica. SCID-I*. Barcelona: Masson.
- Fotiadou M, Livaditis M, Manou I, Kaniotou E, Xenitidis K (2006) Prevalence of mental disorders and deliberate self-harm in Greek male prisoners. *International Journal of Law and Psychiatry* 29: 68–73.
- Gunn J, Maden A, Swinton M (1991) Treatment needs of prisoners with psychiatric disorders. *BMJ* 303: 338–341.
- Haro JM, Palacin C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al. (2006) Prevalence of mental disorders and associated factors: results from the ESEMeD-Spain study. *Medicina Clínica* 126: 445–451.
- Hodgins S, Muller-Isberner R (2004) Preventing crime by people with schizophrenic disorders: The role of psychiatric services. *The British Journal of Psychiatry* 185: 245–250.
- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2010) <http://www.ine.es/> [17 August 2010]
- López-Ibor J, Pérez-Urdaniz A, Rubio V (1996) *Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad. Módulo DSM-IV. Versión española Organización Mundial de la Salud*. Madrid: Meditor.
- Joukamaa M (1995) Psychiatric morbidity among Finnish prisoners with special reference to

socio-demographic factors: Results of the Health Survey of Finnish Prisoners (Wattu Project). *Forensic Science International* 73: 85–91.

Loranger AW (1995) International Personality Disorder Examination (IPDE). World Health Organization. Geneva.

Moran P (1999) The epidemiology of antisocial personality disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 34: 231–242.

Morgan C, Burns T, Fitzpatrick R, Pinfold V, Priebe S (2007) Social exclusion and mental health: Conceptual and methodological review. *The British Journal of Psychiatry* 191: 477–483.

Olley MC, Nicholls TL, Brink J (2009) Mentally ill individuals in limbo: Obstacles and opportunities for providing psychiatric services to corrections inmates with mental illness. *Behavioral Sciences & the Law* 27: 811–831.

Rotter M, Way B, Steinbacher M, Sawyer D, Smith H (2002) Personality disorders in prison: Aren't they all antisocial? *The Psychiatric Quarterly* 73: 337–349.

Royal College of Psychiatrists (RCP) (2007) Prison Psychiatry: Adult prisons in England and Wales. College Report 141. London: RCP.

Smith SS, Baxter VJ, Humphreys MS (2003) Psychiatric Treatment in Prison: A missed opportunity? *Medicine, Science and the Law* 43: 122–126.

Ministerio del Interior (2007) Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Estudio Sobre Salud Mental en el medio penitenciario. [http://www.mir/INSTPEN/INSTPENI/Sanidad/PDF/estrategia\\_global\\_de\\_actuacion\\_EN\\_SALUD](http://www.mir/INSTPEN/INSTPENI/Sanidad/PDF/estrategia_global_de_actuacion_EN_SALUD) [20 July 2010]

SWANZDSAJCS (2009) Offenders with mental disorder on five continents: A comparison of approaches to treatment and demographic factors relevant to measurement of outcome. *International Journal of Forensic Mental Health* 8: 81–96.

Teplin LA, Abram KM, McClelland GM (1996) Prevalence of psychiatric disorders among incarcerated women. I. Pretrial jail detainees. *Archives of General Psychiatry* 53: 505–512.

Tods S, Hariga F, Pouza M, Leclercq D, Gilbert P, Malessi MI (2006) Drug use in Belgian prisons: Monitoring health risks. 2006 Final Report. Brussels: Modus Vivendi.

Vicens-Pons E, PRECA Group (2009) Aproximación a la metodología para el estudio de los trastornos mentales en población penitenciaria. *El estudio PRECA. Revista Española de Sanidad Penitenciaria* 11: 17–25.

Tabla 1: Características sociodemográficas, penales y delictivas

	<b>Muestra total (n=707)</b>	<b>Cataluña (n=222)</b>	<b>Aragón (n=250)</b>	<b>Madrid (n=235)</b>	<b>P-value</b>
<b>Edad: media (SD)</b>	36,8 (9,9)	36,4 (9,3)	36,8 (10,1)	37,1 (10,2)	
<b>Rango (Min - Max)</b>	19 - 67	20 - 67	20 - 67	19 - 67	
<b>Lugar de nacimiento: n (%)</b>					<0,0001 <sup>(a)</sup>
- España	513 (72,5)	166 (74,8)	167 (66,8)	180 (76,6)	
- África	70 (9,9)	29 (13,1)	32 (12,8)	9 (3,8)	
- América	63 (8,9)	9 (4,1)	31 (12,4)	24 (10,2)	
- Asia	12 (1,7)	8 (3,6)	3 (1,2)	1 (0,4)	
- Europa	44 (6,2)	9 (4,1)	15 (6)	20 (8,5)	
- Otros	1 (0,1)	1 (0,5)	2 (0,8)	1 (0,4)	
- Desconocido	4 (0,6)	-	-	-	
<b>Estado civil: n (%)</b>					0,009
- Soltero	311 (44)	83 (37,4)	121 (48,4)	107 (45,5)	
- Casado	216 (30,6)	67 (30,2)	66 (26,4)	83 (35,3)	
- Divorciado o separado	160 (22,6)	61 (27,5)	57 (22,8)	42 (17,9)	
- Viudo	20 (2,8)	11 (5)	6 (2,4)	3 (1,3)	
<b>Niveles de estudio: n (%)</b>					0,387
- Analfabeto	13 (1,8)	5 (2,3)	7 (2,8)	1 (0,4)	
- Sin estudios pero lee y escribe	24 (3,4)	8 (3,6)	12 (4,8)	4 (1,7)	
- Educación Primaria	447 (63,2)	141 (63,5)	150 (60)	156 (66,4)	
- Educación Secundaria	186 (26,3)	59 (26,6)	67 (26,8)	60 (25,5)	
- Universitario	35 (5)	8 (3,6)	14 (5,6)	13 (5,5)	
- Otros	2 (0,3)	1 (0,5)	-	1 (0,4)	
<b>Registros penales: n (%)</b>					
- Encarcelamientos previos	383 (54,2)	121 (54,5)	132 (52,8)	130 (55,3)	0,85
- Juicios previos	387 (54,7)	123 (55,4)	151 (60,4)	113 (48,1)	0,023
- Arrestos previos	417 (58,9)	147 (66,2)	136 (54,5)	134 (57)	0,011
<b>Tipo de delito (*): n (%)</b>					
- Homicidio	24 (3,4)	13 (5,9)	6 (2,4)	5 (2,1)	
- Tentativa de homicidio	23 (3,3)	7 (3,2)	11 (4,4)	5 (2,1)	
- Asesinato	23 (3,3)	8 (3,6)	10 (4)	5 (2,1)	
- Delitos sexuales	54 (7,7)	17 (7,7)	12 (4,8)	25 (10,7)	
- Violencia domestica	31 (4,4)	7 (3,2)	17 (6,8)	7 (3)	
- Daño	67 (9,5)	16 (7,2)	22 (8,8)	29 (12,4)	
- Robo con violencia	279 (39,6)	108 (48,6)	71 (28,5)	100 (42,7)	
- Robo	107 (15,2)	31 (14)	60 (24,1)	16 (6,8)	
- Tráfico de drogas	162 (23)	39 (17,6)	65 (26,1)	58 (24,8)	
- Violación de libertad condicional	35 (5)	10 (4,5)	20 (8)	5 (2,1)	
- Incendio	3 (0,4)	-	3 (1,2)	-	
- Amenazas	24 (3,4)	1 (0,5)	19 (7,6)	4 (1,7)	
- Otros delitos	126 (17,9)	27 (12,2)	34 (13,7)	65 (27,8)	
<b>Situación laboral antes de encarcelamiento: n (%)</b>					0,413
- Empleado	441 (62,4)	143 (64,4)	163 (65,2)	135 (57,4)	
- Desempleado	214 (30,3)	62 (27,9)	71 (28,4)	81 (34,5)	
- Otras	52 (7,3)	17 (7,7)	16 (6,4)	19 (8,1)	
<b>Delitos: n (%)</b>					0,85
- Primera vez	324 (45,8)	101 (45,5)	118 (47,2)	105 (44,7)	
- Reincidentes	383 (54,2)	121 (54,5)	132 (52,8)	130 (55,3)	
<b>Situación Legal : n (%)</b>					0,008
- Yes	579 (81,9)	183 (82,4)	201 (80,4)	195 (83)	
- No	112 (15,8)	35 (15,8)	48 (19,2)	29 (12,3)	
- Desconocida	16 (2,3)	4 (1,8)	1 (0,4)	11 (4,7)	

\* Algunos reclusos cometieron mas de un delito

(a) El test no cumple con los criterios de frecuencias esperadas

Tabla 2: Prevalencia vida y mes de trastorno mental

	Prevalencia Vida			Prevalencia en el último mes		
	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%
<b>Muestra total</b>	707	100		707	100	
<b>Trastorno mental</b>	<b>597</b>	<b>84,4</b>	<b>81,8-87,1</b>	<b>291</b>	<b>41,2</b>	<b>37,5-44,8</b>
<b>Trastorno por uso de sustancias (abuso/dependencia)</b>	539	76,2	73,1 - 79,4	124	17,5	14,7 - 20,3
Alcohol	328	46,4	42,7-50,1	5	0,7	0,1-1,3
Cocaína y estimulantes	407	57,6	53,9-61,2	15	2,1	1,1-3,2
Cannabis	356	50,4	46,7-54,0	102	14,4	11,8-17,0
Opiáceos	345	48,8	45,1-52,5	24	3,4	2,1-4,7
Sedantes	182	25,7	22,5-29,0	27	3,8	2,4-5,2
Otros	59	8,3	6,3-10,4	1	0,1	0,0-0,4
<b>Trastornos afectivos</b>	<b>290</b>	<b>41,0</b>	<b>37,4 - 44,6</b>	<b>105</b>	<b>14,9</b>	<b>12,2 - 17,5</b>
Trastorno depresivo mayor	158	22,3	19,3-25,4	55	7,8	5,8 - 9,8
Trastorno depresivo no especificado	18	2,5	1,4 - 3,7	7	1,0	0,3 -1,7
Distimia	35	5,0	3,4 - 6,5	23	3,3	1,9 - 4,6
Trastorno afectivo debido a enfermedad médica	5	0,7	0,1- 1,3	3	0,4	0,0 - 0,9
Trastorno afectivo inducido por sustancias	112	15,8	13,2 - 18,5	20	2,8	1,6 - 4,1
Trastorno bipolar:	13	1,8	0,8 - 2,8	7	1,0	0,3 - 1,7
Trastorno bipolar I	6	0,8	0,2 - 1,5	1	0,1	0,0 - 0,4
Trastorno bipolar II	3	0,4	0,0 - 0,9	2	0,3	0,0 - 0,7
Trastorno bipolar no especificado	4	0,6	0,0 - 1,1	4	0,6	0,0 - 1,1
<b>Trastornos de Ansiedad</b>	<b>320</b>	<b>45,3</b>	<b>41,6 - 48,9</b>	<b>165</b>	<b>23,3</b>	<b>20,2 - 26,5</b>
Trastorno de Ansiedad Generalizada	88	12,4	10,0 - 14,9	49	6,9	5,1 - 8,8
Trastorno de Ansiedad no especificado	107	15,1	12,5 - 17,8	65	9,2	7,1 - 11,3
Trastorno de angustia con agorafobia	14	2,0	1,0 - 3,0	9	1,3	0,4 - 2,1
Trastorno de angustia sin agorafobia	32	4,5	3,0 - 6,1	11	1,6	0,6 - 2,5
Agorafobia	41	5,8	4,1 - 7,5	20	2,8	1,6 - 4,1
Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica	2	0,3	0,0 - 0,7	0	0,0	0,0 - 0,0
Fobia social	17	2,4	1,3 - 3,5	14	2,0	1,0 - 3,0
Fobia específica	40	5,7	4,0- 7,4	6	0,8	0,2 - 1,5
Trastorno obsesivo compulsivo	16	2,3	1,2 - 3,4	25	3,5	2,2 - 4,9
Trastorno de ansiedad inducido por tóxicos	114	16,1	13,4 - 18,8	42	5,9	4,2 - 7,7
Trastorno de estrés posttraumático	25	3,5	2,2 - 4,9	3	0,4	0,0 - 0,9
<b>Trastorno adaptativo</b>	<b>31</b>	<b>4,4</b>	<b>2,9 - 5,9</b>	<b>NA</b>		
<b>Trastorno somatomorfo</b>	<b>21</b>	<b>3,0</b>	<b>0,8 - 5,0</b>	<b>13</b>	<b>1,8</b>	<b>0,3 - 3,5</b>
Somatomorfo no especificado	13	1,8	0,8 - 2,8	6	0,8	0,2 - 1,5
Hipocondría	4	0,6	0,0 - 1,1	5	0,7	0,1 - 1,3
Trastorno dismórfico corporal	4	0,6	0,0 - 1,1	2	0,3	0,0 - 0,7
<b>Trastorno psicótico</b>	<b>76</b>	<b>10,7</b>	<b>8,5 - 13,0</b>	<b>30</b>	<b>4,2</b>	<b>2,8 - 5,7</b>
Esquizofrenia	2	0,3	0,0 - 0,7	2	0,3	0,0 - 0,7
Trastorno esquizofreniforme	2	0,3	0,0 - 0,7	0	0,0	0,0 - 0,0
Trastorno esquizoafectivo	1	0,1	0,0 - 0,4	1	0,1	0,0 - 0,4
Trastorno delirante	6	0,8	0,2 - 1,5	3	0,4	0,0 - 0,9
Trastorno psicótico breve	6	0,8	0,2 - 1,5	1	0,1	0,0 - 0,4
Trastorno psicótico debido a enfermedad médica	0	0,0	0,0 - 0,0	1	0,1	0,0 - 0,4
Trastorno psicótico no especificado	29	4,1	2,6 - 5,6	15	2,1	1,1 - 3,2
Trastorno psicótico inducido por tóxicos	50	7,1	5,2 - 9,0	14	2,0	1,0 - 3,0

AGRADECIMIENTOS:

Entrevistadoras: Núria Martínez, Núria Brugulat, Nuria Suñen, Lucia Tomás, Marta Sánchez, Matilde Conde, Marta Cuñado

Tratamiento Estadístico: Victoria Moneta