Universidad Europea VALENCIA

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Trabajo Fin de Máster

LA SALUD MENTAL DE LAS MUJERES PRESAS EN CÁRCELES DE EUROPA Y FACTORES QUE INFLUYEN EN LA MISMA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Presentado por: Julia Guadalupe Sánchez Góngora.

Tutor/a: María Ángeles Martínez Sanchis y Priscila Fabra López.

Curso: 2024-2025

Convocatoria: Extraordinaria.

ÍNDICE

RESUMEN **3**

PALABRAS CLAVE **4**

1.- MARCO TEÓRICO ***4***

1.2.- DATOS DE PRESAS EN EL MUNDO, EUROPA Y ESPAÑA **5**

1.3.- SALUD MENTAL EN LAS CÁRCELES EUROPEAS **5**

2.- OBJETIVO **10**

3.- MÉTODO **10**

4.- RESULTADOS **14**

4.1.- RESUMEN DE LA MUESTRA **28**

4.2.- RESUMEN DE LOS RESULTADOS **28**

5.- DISCUSIÓN **29**

5.1.- INTRODUCCIÓN **29**

5.2.- TRASTORNOS MENTALES EN LAS CÁRCELES EUROPEAS **29**

5.3.- COMORBILIDAD ENTRE TRASTORNOS MENTALES **30**

5.5.- CONDUCTAS SUICIDAS EN PRISIÓN **31**

5.6.- SITUACIÓN DE LAS CÁRCELES ESPAÑOLAS **32**

5.7.- IMPLICACIONES PENITENCIARIAS Y POLÍTICAS **33**

5.8.- OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE **35**

5.9.- LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN **36**

5.10.- CONCLUSIÓN FINAL **36**

6.- BIBLIOGRAFÍA **37**

RESUMEN

El presente trabajo consiste en una revisión sistemática que tiene como objetivo explorar el estado de salud mental de las mujeres encarceladas en Europa y los factores que influyen en dicha salud, tratando de poner en el foco un colectivo históricamente ignorado, tanto por las instituciones políticas como por la investigación psicológica. A través de la recopilación y análisis de 17 estudios empíricos cuantitativos, podemos observar, por un lado, que existe una alta prevalencia de trastornos mentales entre las mujeres reclusas, siendo más comunes los síntomas de depresión, ansiedad, ideación suicida y estrés postraumático. Además, el consumo de drogas es un fenómeno común antes y durante el encarcelamiento, presentándose frecuentemente de forma comórbida con los síntomas mencionados anteriormente. Por otro lado, existen múltiples factores, tanto individuales como ambientales, sociales y estructurales, que influyen en la salud mental de las reclusas. Entre los factores que influyen negativamente en la salud mental de las presas encontramos: antecedentes de experiencias adversas en la infancia, como abuso físico, verbal o sexual, bajo nivel educativo, desempleo, maternidad y el estrés ambiental característico de las prisiones. Entre los factores protectores de la salud mental de las reclusas encontramos la resiliencia y la terapia de aceptación y compromiso. Estos resultados, nos llevan a destacar la importancia de que las instituciones políticas y penitenciarias dejen de ignorar esta alarmante realidad y tomen medidas, adaptadas a esta población, para acabar con la "epidemia" de trastornos mentales ocurrida en las cárceles europeas.

This paper consists of a systematic review that aims to explore the mental health status of women in prison in Europe and the factors that influence this health, trying to put into focus a group historically ignored by both political institutions and psychological research. Through the collection and analysis of 17 quantitative empirical studies, we can observe, on the one hand, that there is a high prevalence of mental disorders among women prisoners, with symptoms of depression, anxiety, suicidal ideation and post-traumatic stress being more common. In addition, drug use is a common phenomenon before and during imprisonment, often occurring comorbidly with the aforementioned symptoms. On the other hand, there are multiple factors, both individual, environmental, social and structural, that influence the mental health of women prisoners. Factors that negatively influence the mental health of women prisoners include: a history of adverse childhood experiences such as physical, verbal or sexual abuse, low educational attainment, unemployment, childbearing and the environmental stresses that are characteristic of prisons. Among the protective factors for the mental health of female prisoners we found resilience and acceptance and commitment

therapy. These results lead us to highlight the importance of political and penitentiary institutions to stop ignoring this alarming reality and to take measures, adapted to this population, to put an end to the 'epidemic' of mental disorders occurring in European prisons.

PALABRAS CLAVE

Mujeres presas, reclusas, salud mental, trastorno metal, cárceles, ámbito penitenciario. Female prisoners, inmates, mental health, mental disorders, prisons, penitentiary environment.

1.- MARCO TEÓRICO

1.1.- INTRODUCCIÓN

En los últimos años ha ido aumentando la atención prestada por la sociedad europea a la salud mental, hecho que es observable a través de los múltiples informes emitidos por las diferentes instituciones políticas de países europeos y la abundante investigación actual relacionada con dicho tema, por ejemplo, el informe de la OMS sobre la situación de la salud penitenciaria en la Región Europea (2022) o las múltiples investigaciones de Carava-Sánchez (2021, 2016). Sin embargo, la salud mental no está igual de estudiada en todos los sectores de la población, existen grupos sociales que parecen ser casi invisibles a ojos de la psicología, de los cuales existe menos información sobre su estado de salud mental y los factores que influyen en ella. Este hecho, dificulta la tarea de diseñar e implementar estrategias de prevención e intervención específicas, necesarias para tratar las distintas enfermedades mentales en estos grupos sociales, los cuales suelen estar compuestos por minorías y personas vulnerables socialmente, como es el caso de las mujeres encarceladas.

Existe mucha menos bibliografía científica sobre la salud mental de las mujeres reclusas que de sus compañeros varones, lo que puede llevar al error de aplicar los resultados de estudios realizados con varones a la realidad de las reclusas, ignorando que el proceso de salud- enfermedad no sólo está influenciado por factores productivos y socioeconómicos, también lo está por factores psicosociales originados por los roles de género, que determinan diferentes maneras de vivir y, por consiguiente, de enfermar (Markez et al., 2012). El estado de salud mental de las presas y los factores que influyen en ella deberían ser considerados asuntos de salud pública y darles la importancia que se merecen. Primero, porque estamos hablando de la salud de las personas, y segundo, porque cuanto mejor sea la salud en las prisiones mejor será la salud pública. Esta mejora es

importante no únicamente para la población carcelaria, también para el resto de la población, ya que las prisiones son parte de las diferentes comunidades y las personas que viven en la cárcel volverán a ellas al finalizar sus condenas (Informe sobre la situación de la salud penitenciaria en la Región Europea de la OMS, 2022).

1.2.- DATOS DE PRESAS EN EL MUNDO, EUROPA Y ESPAÑA

Según un informe del Centro Internacional de Estudios Penitenciarios (2022), actualmente hay más de 740.000 mujeres y niñas confinadas en instituciones penitenciarias alrededor del mundo, ya sea tras recibir una condena o en prisión preventiva. La cantidad de mujeres y niñas en la cárcel a nivel mundial ha crecido casi un 60% desde el año 2000, cuando aproximadamente había 466.000 mujeres y niñas presas. En él año 2022, las mujeres y niñas representaban el 6,9% de la población penitenciaria en todo el mundo. En lo relativo a Europa, existe una tasa de 10 reclusas por cada 100.000 habitantes y las presas representan el 5,9% de la población carcelaria total. En estos últimos años, se ha reportado una reducción del 13% de la población penitenciaria femenina europea, debido principalmente a que en Rusia se ha producido una gran disminución de mujeres y niñas presas. Si excluimos las cifras de Rusia, observamos que se ha producido un aumento aproximado del 8% en la población penitenciaria femenina en Europa, en comparación con el menos del 6% que ha crecido la población general (Centro Internacional de Estudios Penitenciarios, 2022). En lo referente a España, según el Instituto Nacional de Estadística (2024), el número de presas en 2023 era de 18.653 mujeres, correspondientes al 12,97% del total de personas presas.

1.3.- SALUD MENTAL EN LAS CÁRCELES EUROPEAS

En cuanto a salud mental, el informe de la OMS sobre la situación de la salud penitenciaria en la Región Europea (2022) ofrece datos alarmantes tales como que la prevalencia del consumo de drogas en reclusas puede alcanzar el 60%, o que solo el 44,4% de los países realiza dietas adaptadas según las necesidades de las mujeres. Además, 105 presas (0,6%) dieron a luz en la cárcel en el 2020 y más del 30% de los países no ofrecen pruebas de embarazo a las reclusas al ingreso en prisión (OMS, 2022). Este informe, no ofrece más datos específicos sobre la salud mental de las mujeres en las cárceles europeas, lo cual es un indicador de la poca atención que recibe este colectivo por parte de las instituciones, incluso actualmente, dado que es el último informe emitido por esta entidad sobre salud mental en prisiones. Sin embargo, durante la estancia en prisión, la presencia de síntomas de ansiedad, estrés y depresión es frecuente en las reclusas (Caravaca-Sánchez,

2020) y existe un menor porcentaje de mujeres (53%) que de hombres (62%) que califica su estado de salud como bueno o muy bueno (Encuesta sobre salud y consumo de drogas en población interna en instituciones penitenciarias, 2022), dicho de otra forma, casi la mitad de las presas califica su estado de salud como malo o muy malo.

Además, se puede observar una diferenciación en la tipología de enfermedades mentales según el género. Durante la estancia en prisión, las mujeres reciben frecuentemente diagnósticos asociados con la depresión y los trastornos de personalidad, mientras que los hombres suelen recibir diagnósticos de trastornos de esquizofrenia (Argudo-Palacios, 2024), siendo la prevalencia del trastorno bipolar y la psicosis similar en ambos sexos (Encuesta sobre salud y consumo de drogas en población interna en instituciones penitenciarias, 2022).

Otro dato alarmante, es que el suicidio sea la causa individual más común de muerte en los entornos penitenciarios. En las cárceles, se observan tasas más altas de conductas suicidas que en la población en general y las personas encarceladas presentan más conductas y pensamientos suicidas a lo largo de sus vidas (OMS, 2007). Además, dentro de la población carcelaria con ideas suicidas, las mujeres presentan más intentos de suicidio (65,8%) que los hombres (61,4%) (ESDIP, 2022). En este punto, es importante recordar que las instituciones penitenciarias son las responsables de la protección y salud de las personas encarceladas y, el ignorar este deber, puede ser razón de impugnación legal (OMS, 2007).

Uno de los grandes retos que enfrentan las prisiones actualmente es la alta prevalencia de consumo de drogas que se produce tras sus muros. La prevalencia del consumo de drogas ilegales y legales, tanto en libertad como en prisión es mayor en hombres que en mujeres. Sin embargo, en las cárceles es donde se puede observar las diferencias más notables de consumo de sustancias entre géneros, debido a que las presas reducen más el consumo al entrar en la cárcel. El tabaco es la única droga cuyo consumo aumenta al entrar en la cárcel en ambos sexos, siendo más común en hombres. En el consumo de heroína y cannabis se encuentran las mayores diferencias entre sexos dentro de la cárcel, siendo mucho menor en presas. En adición, 15,5% de las presas ha recibido tratamiento para controlar o dejar el consumo de drogas durante el encarcelamiento actual, siendo la cocaína base la droga que más tratamientos ha generado entre reclusas. Aun así, las sobredosis no mortales son más comunes estando en libertad (17%) que dentro de la cárcel (2,7%) y suelen ocurrir antes del primer ingreso, además son más frecuentes en hombres (ESDIP, 2022). Para finalizar, es importante destacar que existe una asociación entre la ansiedad, estrés y depresión y el consumo de drogas y alcohol (Caravaca- Sánchez,

2020).

1.4.- FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SALUD MENTAL DE LAS RECLUSAS

A continuación, hablaremos sobre los diferentes factores que contribuyen a la alta prevalencia de trastornos mentales entre la población penitenciaria femenina, centrándonos en aquellos que llevan a estas mujeres a ver la muerte cómo una opción viable para solucionar sus problemas. Existen múltiples factores tanto ambientales como individuales que influyen en las altas tasas de suicidio presentes en el entorno penitenciario. Para empezar, las prisiones son lugares donde se concentran grupos vulnerables que tienen un riesgo de suicidio más alto tradicionalmente, por ejemplo, personas con trastornos mentales, jóvenes, drogodependientes, con antecedentes de intentos de suicidio y privadas de sus derechos socialmente (OMS, 2007). En cuanto a los antecedentes de intentos de suicidio, las presas reportaron haber tenido más ideación suicida a lo largo de la vida que los hombres (38,7% en reclusas y 31,8% en reclusos) y más intentos de suicidio a lo largo de la vida (25,4%) que los presos (19,5%) (ESDIP, 2022). El impacto psicológico de la detención y el encarcelamiento, esperar una larga condena de cárcel, los síntomas de abstinencia en personas drogodependientes y el estrés diario asociado con vivir en una prisión son factores que pueden sobrepasar las habilidades de las presas promedio para afrontar las distintas situaciones penitenciarias, siendo peores las consecuencias si las reclusas pertenecen a los grupos vulnerables citados anteriormente. Además, en algunas prisiones no existen procedimientos ni políticas formales para, primero identificar y luego manejar a las reclusas suicidas. Es en el momento de la evaluación cuando hay que conocer especialmente los factores de alto riesgo presentes en las presas, pero con frecuencia no existe un seguimiento correcto de los niveles de aflicción de las prisioneras, lo cual disminuye las probabilidades de detectar a las presas con un riesgo agudo de suicidio. Otro factor, que aumenta las tasas de suicidio en los ambientes penitenciarios, es la sobrecarga de trabajo, y en ocasiones, la falta de entrenamiento adecuado del personal de salud mental, que pueden estar ignorando señales tempranas de riesgo de suicidio, aun cuando existen procedimientos y políticas adecuadas. Por último, los ambientes penitenciarios suelen estar aislados de los programas comunitarios de salud mental, por lo que tienen poco o ningún acceso a tratamientos o profesionales de la salud mental (OMS, 2007).

1.5.- PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LAS RECLUSAS

Las características sociodemográficas de las reclusas empeoran el impacto psicológico producido por el encarcelamiento. Existe una criminalización hacia los sectores

sociales más vulnerables, siendo los delitos de las personas más precarizadas los que sufren más castigo y tienen peor consideración, y dicha criminalización tiene género. Los sectores sociales más pobres están sobrerrepresentados en los sistemas penitenciarios, y concretamente las mujeres tienen mayor vulnerabilidad, debido en parte a las cargas familiares, a la precariedad en los ingresos, a los antecedentes de abuso y a la significativa cantidad de mujeres en situación de desempleo o no activas. Además, la forma en la que las mujeres y hombres reaccionan y perciben las conductas transgresivas y de riesgo también está influenciada por el género. El perfil de la mujer delincuente está marcado por la feminización de la pobreza: desproporción de minorías étnicas, madres solteras, mujeres sin sofisticación criminal y crónicamente desempleadas (Markez et al., 2012). Además, presentan carencia de habilidades sociales, lo que suele desembocar en baja autoestima (Cervelló, 2006). Por último, es importante destacar que existen diferencias por género en lo referido al nivel de estudios y ocupación (Markez et al., 2012), las presas presentan un bajo nivel de escolarización y preparación laboral. De hecho, el trabajo desempeñado en prisión suele estar relacionado con peluquería, labores y costura, lo cual refleja la influencia de los roles de género en el ámbito penitenciario (Cervelló, 2006). La educación y la ocupación, además de la clase social, repercuten significativamente en la vida de las personas y determinan, en parte, su estado de salud. Según van empeorando las condiciones del contexto, añadido a la falta de oportunidades y a las estructuras de poder, los indicadores de salud de la población en general se vuelven más negativos, siendo las mujeres las que se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad ante la exclusión social y la pobreza (Markez et al., 2012).

Para finalizar, es importante destacar que el encarcelamiento femenino consta de unas condiciones específicas, por ejemplo, el tipo de delito cometido, recibir pocas sanciones disciplinarias o la separación de los hijos (Cervelló, 2006). Por un lado, los delitos más comunes son contra la salud pública o contra la propiedad (ESDIP, 2022), siendo raros los delitos violentos excepto en conflictos conyugales. Por otro lado, se estima que el 75% de las presas son madres. Estas cargas familiares, hacen que el impacto psicológico de la cárcel se extienda al resto del núcleo familiar, afectando principalmente a los hijos menores de edad. Las condiciones específicas de encarcelamiento femenino, también abren nuevos horizontes para crear o mejorar intervenciones que mejoren la salud mental, orientándolas hacía el mantenimiento de los vínculos con los hijos y aprovechando la falta de sanciones cometida por esta población (Cervelló, 2006).

1.6.- SITUACIÓN DE LAS MUJERES RECLUSAS EN ESPAÑA

Empezaremos hablando sobre el perfil sociodemográfico de las presas en España, en el cual podemos encontrar múltiples factores de vulnerabilidad social, que corroboran la idea de la feminización de la pobreza. Dicho perfil, es el de una mujer de 41 años, española, que dejó los estudios al terminar la educación obligatoria o antes. Durante el año previo a la entrada en prisión, estaba desempleada en búsqueda de trabajo o formaba parte de la población no activa, además vivía en un lugar estable y con sus hijos. Sin embargo, es destacable el hecho de que el 15,3% no vivía en un lugar estable antes del encarcelamiento actual y el 12% había vivido en un centro de menores. Por último, más de la mitad de las presas tienen pareja (66,1%) y muchos de ellos (6 de cada 10) se encuentran también recluidas en la cárcel (Encuesta sobre salud y consumo de drogas en población interna en instituciones penitenciarias, 2022).

En cuanto al historial médico de salud mental, se puede observar cómo las reclusas, en comparación con sus compañeros varones, presentan más diagnósticos de enfermedades mentales (42,3% vs 34,3%), obteniendo el valor más alto (46,9%) las prisioneras que se encuentran en edades comprendidas entre los 35 y los 44 años. También, presentan más tiempo medio de tratamiento por dichas enfermedades (9,6 vs 8,7 años) y el 26,1% de las presas ha recibido alguna vez tratamiento, estando en libertad, para controlar o dejar el consumo de drogas, frente al 17,1% que ha recibido tratamiento en la cárcel (ESDIP, 2022). Estos datos ponen en relieve la vulnerabilidad psicológica de las mujeres que entran en prisión, lo que hace más urgente mejorar las evaluaciones psicológicas en las instituciones penitenciarias para detectar a las mujeres que presenten signos de enfermedades mentales. Una vez identificadas, el siguiente paso consistiría en diseñar e implementar intervenciones eficaces y adaptadas a las necesidades específicas de este grupo.

1.7.- OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE

En este contexto, es importante destacar que el presente trabajo cumple con varios de los objetivos de desarrollo sostenible (ODS), adoptados por las Naciones Unidas para 2030. Dichos objetivos, también denominados Objetivos Globales, fueron adoptados en 2015 para hacer un llamamiento mundial con el fin de proteger el planeta, erradicar la pobreza, la discriminación hacia mujeres y niñas, el hambre, y el sida, garantizando un 2030 en que las personas puedan disfrutar de prosperidad y paz. Los ODS, suman 17 en total y están relacionados entre ellos, es decir, el cambio en una de las áreas afectará a las demás. Por lo tanto, el desarrollo debe ser equilibrado en cuanto a la sostenibilidad ambiental,

social y económica (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, s.f.). Entre los 17 ODS, este trabajo contribuye especialmente a los siguientes: salud y bienestar, igualdad de género, reducción de las desigualdades, trabajo decente y crecimiento económico, educación de calidad, fin de la pobreza y paz, justicia e instituciones sólidas. En el apartado de "discusión", se especificará de qué manera este trabajo cumple dichos objetivos.

1.8.- CONCLUSIÓN Y RESUMEN

En resumen, las mujeres presas presentan peor estado de salud mental que los presos y más factores de vulnerabilidad tanto a nivel psicológico como económico y social. Estos factores acentúan el impacto psicológico que causa el encarcelamiento, teniendo graves consecuencias sobre la salud mental, siendo la peor de ellas el suicidio. Aun así, actualmente existe poca bibliografía sobre el estado de salud mental de las mujeres en las cárceles y sobre los factores estructurales, sociales e individuales que influyen en la salud mental de esta población. Por esta razón, el presente trabajo tiene el objetivo de recopilar la bibliografía disponible sobre el estado de salud de las mujeres encarceladas en Europa e identificar los factores que influyen en ella, visibilizando una realidad frecuentemente olvidada tanto por la psicología, como por las instituciones políticas. Poner en el foco la salud mental de las mujeres encarceladas, además de ser justicia social, es una cuestión de salud pública y derechos humanos. Citando a Nelson Mandela "nadie conoce realmente cómo es una nación hasta haber estado en una de sus cárceles".

2.- OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es realizar una revisión sistemática de estudios empíricos cuantitativos para, por un lado, explorar el estado de salud mental de las mujeres en prisión en Europa y, por otro, identificar los factores que influyen en ella. A partir de la evidencia científica disponible, se busca aportar información relevante sobre las necesidades específicas de atención en salud mental de esta población para orientar estrategias de prevención e intervención adecuadas.

3.- MÉTODO

Durante la realización de este trabajo se han seguido las directrices que marca la declaración PRISMA 2020. Además, para llevar a cabo la presente revisión sistemática se buscaron estudios en diferentes bases de datos: PubMed, Wos of Science y SCOPUS. La búsqueda se llevó a cabo desde enero del 2025 hasta marzo del 2025.

A continuación, se especificará con detalle cómo se ha realizado la estrategia de búsqueda. El primer paso, fue crear una ecuación de búsqueda que incluyera los términos más relevantes para lograr los objetivos del presente trabajo. Para ello, se seleccionaron los dos conceptos más importantes de la revisión: “mujeres presas” y “salud mental”. A partir de distintos sinónimos de dichos conceptos, se construyó la siguiente ecuación de búsqueda:

("población femenina penitenciaria" OR "female prison population" OR "mujer* presa*" OR "imprisoned women" OR "female prisioners" OR "prisioner woman" OR "prisioners women" "prisionera* femenina*" OR "mujer* encarcelada*" OR prisionera OR convicta OR reclusa* OR delincuente OR "mujer* prisionera*" OR "imprisoned women" OR "imprisoned woman" OR "incarcerated women" OR "incarcelated woman" OR "mujer* criminal*" OR "cárcel de mujeres" OR "convicted woman" OR "convicted women" OR "inmated women" OR "inmated woman" OR "sentenced women" OR "sentenced woman" OR "criminal women" OR "criminal woman" OR "delinquent women" OR "delinquent woman") AND ("mental health" OR "salud mental" OR "enfermedad mental" OR "trastorno mental" OR "problema de salud mental" OR "problema psicológico" OR "salud psicológica" OR "mental illness" OR "mental disorder" OR "mental health problem" OR "mental ill health" OR "psychological problem" OR "psychological issue" OR "psychological illness" OR "psychological health")

Esta ecuación fue introducida en tres bases de datos diferentes, SCOPUS, PubMed y Wos of Science. A través de la opción de “búsqueda avanzada”, se indicó que la búsqueda se llevara a cabo sólo en el título, resumen, palabras clave o tema de los diferentes estudios. Así, conseguimos evitar estudios que contengan alguna de las palabras de la ecuación de búsqueda pero que no traten realmente sobre el tema que nos interesa investigar. Este fue el único filtro utilizado para llevar a cabo la búsqueda.

Para llevar a cabo la selección de artículos académicos que forman parte de la revisión sistemática se especificaron una serie de criterios a seguir. A continuación, se expondrán los diferentes criterios de inclusión y exclusión utilizados para realizar dicha tarea.

Por un lado, los criterios de inclusión utilizados fueron los siguientes:

- Estudios que hablen sobre la salud mental de mujeres presas en las cárceles.
- Estudios que tratan sobre las mujeres presas.

- Estudios de tipo cuantitativo y empírico.
- Estudios llevados a cabo en cárceles europeas.
- Estudios redactados en inglés y español.
- Estudios que respondan a los objetivos de este trabajo.
- Estudios que presenten calidad y rigor.

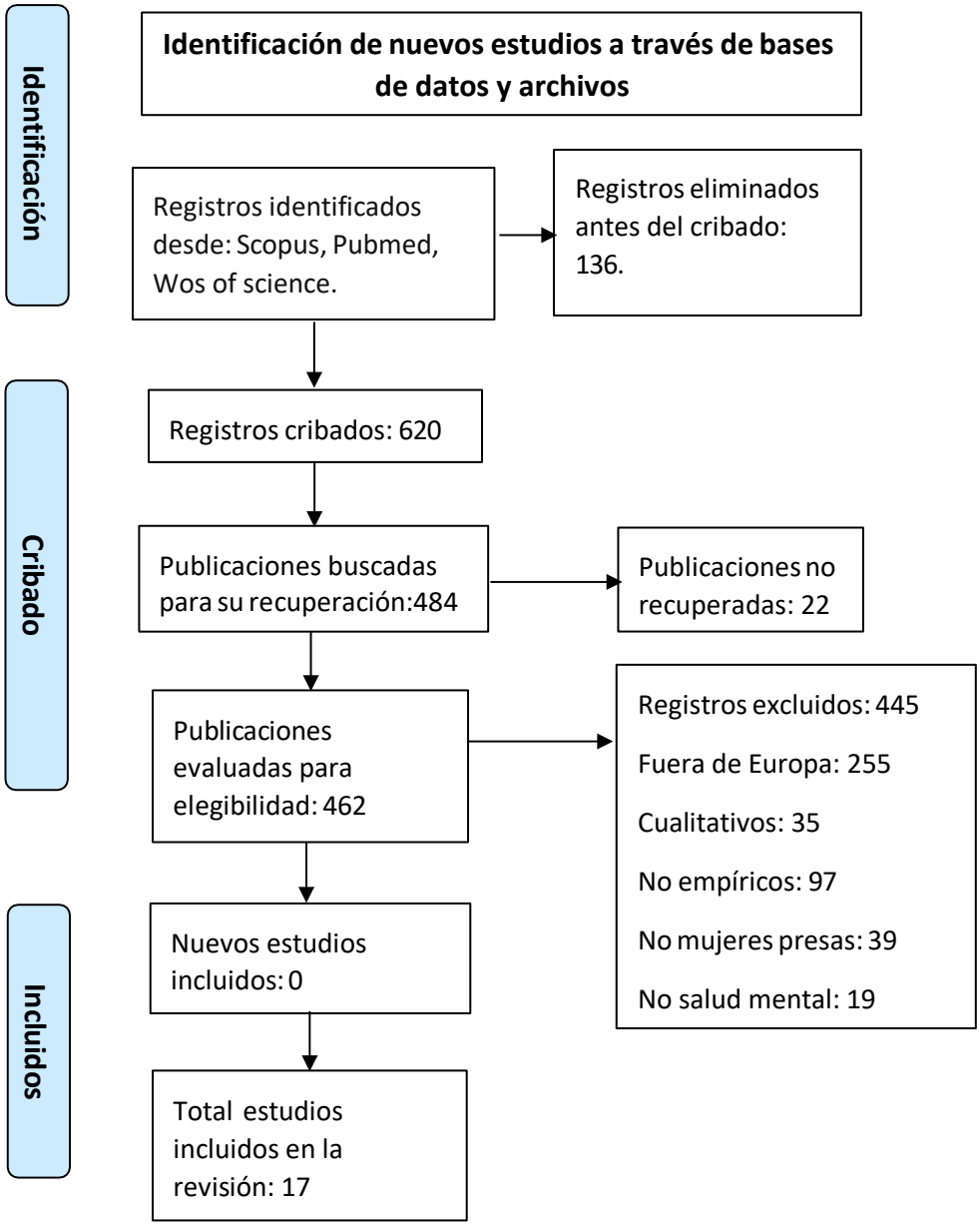
Por otro lado, entre los criterios de exclusión nos encontramos:

- Estudios llevados a cabo en cárceles fuera de Europa.
- Estudios que no estén centrados o relacionados con la salud mental.
- Estudios no empíricos.
- Estudios cualitativos.
- Estudios no centrados en las presas o llevados a cabo con otro tipo de población.
- Estudios cuya versión completa no se ha podido encontrar o conseguir.

El proceso de selección de estudios, se realizó a través de una revisión, uno por uno, de todos los artículos resultantes de introducir la ecuación de búsqueda en las diferentes bases de datos utilizadas. El primer paso. fue utilizar la aplicación Mendeley para identificar los artículos que aparecían duplicados tanto entre las distintas bases de datos como dentro de una misma base de datos. Una vez identificados los artículos repetidos, fueron clasificados según los criterios de inclusión y exclusión. Por último, se llevó a cabo la revisión y clasificación del resto de artículos resultados de la búsqueda.

En lo referido a las variables incluidas en la revisión sistemática encontramos, por un lado, la variable dependiente, formada por los problemas de salud mental relacionados con las reclusas: trastornos de depresión, ansiedad, estrés, de la personalidad, afectivos, fóbicos además de psicosis, malestar psicológico, autolesiones, consumo de drogas y conductas relacionadas con el suicidio. Por otro lado, encontramos la variable independiente, formada por los diferentes factores de riesgo y de protección presentes en las mujeres presas: experiencias adversas en la infancia, historial de tratamiento por abuso de sustancias, tratamiento y antecedentes de problemas de salud mental, eventos vitales traumáticos, nivel educativo, edad, país de origen, estado civil, lengua materna, nacionalidad, vida laboral antes del encarcelamiento, duración de condena, tipo de delito e historial de encarcelamientos, conflictos familiares en la infancia, tiempo transcurrido en la cárcel desde su entrada, conductas de riesgo y maternidad.

Figura 1. *Diagrama de flujo PRISMA.*



4.- RESULTADOS

A continuación, se presenta la tabla de resultados que recoge de forma sintetizada los principales hallazgos de las investigaciones incluidas en la revisión sistemática, con el objetivo de facilitar la comparación e identificación de diferencias significativas o patrones comunes entre los estudios incluidos. Además, la tabla tiene como objetivo ofrecer una visión general del estado de salud mental de las presas en cárceles europeas y los diferentes factores que influyen en dicha salud.

Tabla 1. *Tabla de resultados.*

AUTORES Y AÑO	LUGAR	OBJETIVOS	MUESTRA	VARIABLES E INSTRUMENTOS	RESULTADOS
Jan Mir, et al. 2015.	Berlín, Alemania.	Valorar las comorbilidades del trastorno por consumo de sustancias con otros trastornos psicológicos en presas.	150 reclusas. -*Edad*: 34,3 años. -*Estado civil:* 93% vivía sola. -*Educación*: 59% baja. -*Trabajo:* 75% desempleadas. -*Origen:* 83% no migrante.	- Variables sociodemográficas. - Mini-Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI). - Entrevista Clínica Estructurada II del DSM-IV, completada con el módulo para el trastorno límite de la personalidad (TLP) del SCID-II. - Prueba de Fagerström de dependencia de la nicotina (FTND).	**EXPLORAR EL ESTADO DE SALUD MENTAL** **Consumo de sustancias** Un total 93 reclusas (62%) tenían trastornos (trast.) por consumo de sustancias: 49 (33%) abuso/dependencia del alcohol; 76 (51%) abuso/dependencia de drogas ilegales; y 53 (35%) trast. por consumo de opiáceos. **Trastornos mentales** La mayoría de las presas (n=139, 91%) tenían al menos un trast. mental: trast. afectivos (n=97, 65%); trast. de ansiedad (n=65, 43%); TPA (n=41, 27%); TLP (n=22, 15%); riesgo de suicidio bajo (n=63, 47%), medio (n=5, 3%) y alto (n=12, 8%). **Comorbilidad** Entre las reclusas con trast. por consumo de sustancias, 84 (90%) tenían al menos otro trast. mental; n=63 (68%) tenían trast. afectivos comórbidos, n=45 (49%) trast. de personalidad límite o antisocial y n=41 (44%) trast. de ansiedad comórbidos.
Aurélie Augsburger, et al. 2022.	Lonay, Suiza.	Valorar las necesidades de tipo sanitario, el acceso a la prevención médica y el estado de salud de las reclusas encarceladas.	Participaron 60 mujeres presas de la prisión "La Tuilière". - *Edad:* 34,3 años. - *Educación:* 26,7% no terminó educación obligatoria.	- Encuesta de investigación, basada en el modelo de la Encuesta de salud de reclusos de Nueva Gales del Sur. - Cuestionario de salud del paciente 9 (PHQ-9).	**EXPLORAR EL ESTADO DE SALUD MENTAL** **Trastornos mentales y comorbilidad** El 43,3% declaró problemas de salud mental: *trast. de ansiedad* (50%), tanto en niveles moderados (20%) como severos (30%); *trast. depresivos* (20%) con síntomas moderados (20%), moderadamente severos (23,3%) y severos (20%); y niveles de *estrés percibido* (75%), tanto moderados (58,3%) como altos (16,7%).

			- *Trabajo:* 68,3% desempleadas. - *Origen:* 33% Europa, 15% África y 45% suizas.	- Cuestionario de Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7). - Escala de estrés percibido (PSS-10). - La Prueba de Fagerström para la Dependencia a la Nicotina (FTND). - Prueba de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT). - Prueba de detección de abuso de drogas (DAST-10).	El 35% presentó comorbilidad entre problemas de salud física y mental. Además, el 20,7% padecían un riesgo moderado de problemas relacionados con drogas, el 41,4% un riesgo importante y el 20,7% grave. **FACTORES QUE INFLUYEN A LA SALUD MENTAL** - *Tabaco:* El 78,3% eran fumadoras activas con niveles de dependencia moderados (40%) y altos (8,3%). - *Alcohol:* 38 consumieron alcohol en los 12 meses anteriores al encarcelamiento. El 21,1% de estas presas tenía riesgo de dependencia al alcohol, el 10,5% sobrepasaba las recomendaciones de consumo y el 15,8% mantenía un consumo peligroso y nocivo. El 6,8% (n= 4) declaró haber consumido alcohol desde su entrada en prisión. - *Drogas ilícitas*: El 49,2% informó haber utilizado una droga ilícita en los 12 meses previos a la entrada en prisión y el 8,3% (n=5) durante la estancia en prisión. - *Conducta sexual*: N=8 habían sido prostitutas antes del encarcelamiento. El 88,1% declararon no tener actividad sexual durante la estancia en prisión. -*Actividad física:* El 76,7% declaró un descenso se la actividad física desde la entrada en prisión.
Brenda Wright, et al. 2006.	Dublín, Irlanda.	Valorar la prevalencia de los problemas de abuso de sustancias, la morbilidad psiquiátrica y los problemas sociales y de	- Muestra transversal (MT): Se entrevistó a 92 presas, (68 condenadas y 24 en prisión preventiva). - Muestra de nuevas reclusas (MN): Se entrevistó a 94	- Escala para Esquizofrenia y Trastornos Afectivos, Versión para Toda la Vida (SADS-L). - Cuestionario de Gravedad de la Dependencia (SODQ).	**EXPLORAR EL ESTADO DE SALUD MENTAL** **Ambas muestras** Los trast. más comunes: trast. fóbicos y de pánico. Prevalencia de la psicosis a los 6 meses fue de 5,4% (n=5). Altas tasas de abuso de sustancias. - El 51,4% de las 72 pacientes cribadas dio + en la prueba SAPAS (n=37), las cuales tenían tasas más altas de morbilidad psiquiátrica en comparación con las SAPAS-.

	salud relacionados entre las presas recién ingresadas y en prisión preventiva y presas condenadas.	presas en prisión preventiva en las 72 horas posteriores a su ingreso en prisión. - *Edad*: 31,5 años MT; 27,4 años MN. - *Estado civil*: 62% solteras en ambas. - *Educación:* Bajo nivel en ambas. - *Trabajo:* 77,2% MT y 67,8% MN estaban desempleadas. - *Origen:* 86,8% MT y 78,7% MN eran blancas y europeas.	- Entrevista demográfica. - Programa para la Evaluación de la Personalidad, Versión de Cribado (SAPAS).	Solo 3 de ellas no presentaban ningún trast. mental comórbido, ni consumo/dependencia de sustancias. **Muestra transversal** - 7 reclusas tenían antecedentes de alguna enfermedad psicótica. De estas, el 43% (n=3) también presentaban antecedentes comórbidos de trastornos por consumo de alcohol o sustancias. - La prevalencia puntual de alguna trast. mental fue del 33,7% (n=31). Específicamente, la prevalencia de la *psicosis* fue de un 3,3% (n=3) y de *trast. afectivos* un 16,3% (n=15), siendo la del *trast. depresivo mayor* de un 12% (n=11) y la del *trast. de ansiedad de un* 15,2% (n=14). - Problemas de dependencia: 18,5% (n=17) al alcohol en los 6 meses anteriores al encarcelamiento; 46,7% (n=43) en los 6 meses anteriores; 42,4% (n=39) a los opiáceos en el año previo. - Autolesiones: 41,1% (n=37) al menos una vez; 10,9% (n=10) en los 6 meses previos; 26,1% (n=24) de forma reiterada; el 8,9% (n=8) más de 5 episodios. - El 40,4% declaró el suicidio de 1 persona importante en su vida (n=36), el 7,9% (n=7) de un familiar de 1er grado. **Muestra de nuevas reclusas** -10 presas tenían antecedentes de enfermedad psicótica. De estas, el 80% (n=8) también tenían antecedentes comórbidos de trast. por consumo de drogas. - La prevalencia puntual de alguna enfermedad mental fue del 22,3% (n=21). Específicamente, la prevalencia de la psicosis fue de un 5,4% (n=5) y de *trast. afectivos* un

					10,8% (n=10), siendo la del *trast. depresivo mayor* de un 4,3% (n=4) y la del *trast. de ansiedad de un* 6,5% (n=6). - Problemas de dependencia: 48,4% (n=45) presentaban drogodependencia actual, el 24,7% (n=23) al alcohol; 45,2% (n=42) a los opiáceos en el año previo. - Autolesiones: 38,7% (n=36) al menos una vez; 9,6% (n=9) en los 6 meses previos; 27,9% (n=26) de forma reiterada y el 11,8% (n=11) declaró más de 5 episodios. Los métodos de autolesión más utilizados fueron: sobredosis 23,7% (n=22), autolaceración 22,8% (n=21) y ahorcamiento 11,8% (n=11). - El 31,2% (n=29) declaró el suicidio de una persona importante; 6,5% (n=6) de un familiar de 1er grado.
Emma Plugge y Ray Fitzpatrick. 2005.	Inglaterra, Reino Unido	Valorar el estado de salud de las presas.	66 presas. - *Edad:* 28,9 años. - *Educación:* 63% no finalizó la educación obligatoria. - *Trabajo:* 31% trabajadoras. - *Origen:* 23% caribeñas negras y 61% blancas.	- Cuestionario de calidad de vida (SF-36).	**EXPLORAR EL ESTADO DE SALUD MENTAL** - Las puntuaciones de las presas fueron significativamente inferiores en todas las dimensiones (a excepción de 3) que las puntuaciones de las mujeres de la clase social V. La diferencia mayor se encontró en el funcionamiento social. - Se observó una diferencia significativa en las puntuaciones del componente mental, teniendo las mujeres encarceladas puntuaciones menores. Esta diferencia no se observó en el componente físico.
Anne-Marie Slotboom, et al. 2011.	Países Bajos	Analizar el bienestar de las presas a través de la evaluación de la prevalencia de problemas mentales e	251 presas de 4 instituciones. - *Edad:* 35 años. - *Estado civil:* 25% con pareja/marido. - *Educación:* 50% bajo nivel.	- El cuestionario ISWI (Estudio internacional sobre el encarcelamiento de mujeres). Además, se añadieron preguntas sobre el contexto del delito, autolesión y suicidio.	**EXPLORAR ESTADO SALUD MENTAL** **Factores importados: experiencias previas al encarcelamiento.** - El 27% tenía problemas de salud mental (SM) previos y el 14% recibía tratamiento por adicción. El 80% había vivido alguna vivencia traumática. El 40% había sufrido abuso psicológico y el físico (más común), seguido de la violencia relacional/familiar, el abuso sexual, abuso de

	investigar en qué grado podrían explicarse dichos problemas por factores de importación o privación.	- *Origen*: 76% neerlandesas.	- Escala de Impacto de Eventos (IES) - Medidas de Eventos Vitales Negativos (EVN)	drogas/alcohol en las relaciones/familia, y ser víctima de un delito. - El 56% presentó síntomas depresivos, el 63% TEPT, el 17% autolesiones y el 31% pensamientos suicidas, la mayoría antes de su detención actual. **FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SALUD MENTAL.** **Factores de privación: experiencias del encarcelamiento.** - El estrés ambiental fue significativo (4,3 en una escala de 5 puntos). Recibir visitas: 47% varias veces al mes, 33,3% nunca o poco. El 40% no recibía visitas de sus hijos. El 80% alegan que son demasiado cortas. El 50% tenía bajas posibilidades de contacto familiar. El 61% calificó las actividades de ocio como malas. Sólo el 22% tenía buena opinión sobre la atención médica. **Relación entre factores y problemas de salud mental.** - *Quejas depresivas.* Influyen 6 factores (fact.) de privación: sentirse excluido por los reclusos, entorno estresante, inseguridad, falta de respeto del personal, pocas oportunidades de educación, tiempo libre y trabajo y falta de contacto familiar. Y un fact. de importación: el tratamiento previo por problemas de salud mental. - *Riesgo de autolesión*. Influyen 8 fact., 5 de privación: problemas en prisión, falta de respeto y represión del personal, hijos pequeños y falta de contacto familiar. Fact. de importación: tratamiento previo por problemas de SM, lengua materna (no nativos más posibilidad) y la detención previa (encarceladas por 1ª vez más probabilidad).

					- *Irritabilidad.* Fact. de privación: entorno estresante, preventiva, inseguridad, faltas de respeto del personal, exclusión por los reclusos y pocas posibilidades de ocio, educación y trabajo. Fact. de importación: el tratamiento anterior para problemas de salud mental. - *TEPT*. Fact. de importación: experiencias traumáticas y el tratamiento anterior por problemas de salud mental.
Christine Friestad, et al. 2012.	Noruega.	Investigar la prevalencia de experiencias adversas en la infancia.	141 presas. - *Edad:* 33,3 años. - *Estado civil:* 62% con marido/pareja. - *Educación:* 58% no terminó el instituto. - *Origen:* 54% tenía al menos un progenitor con ciudadanía extranjera.	- Entrevista estructurada a través de la cual se obtuvo información contextual, general y datos sobre la victimización infantil a través de preguntas extraídas del estudio "Experiencias adversas en la infancia" (Felitti et al., 1998). - Información sociodemográfica. - Preguntas sobre el abuso de drogas e intentos de suicidio.	**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SALUD MENTAL.** - *Abusos:* El 39% declaró abuso emocional, el 36% físico y el 19% sexual. - La presencia de trast. mentales en miembros del hogar y el divorcio/separación de los padres son los indicadores más frecuentes de EAI, declarados por casi el 50%. Solo el 17% reportó no haber vivido EAI y el 34% había vivido 5 o más. - Cerca del 50% informó haber crecido en un hogar con alguien que padecía un trast. mental. Cerca del 50% declaró abuso de drogas entre las personas del hogar. - La cantidad de ACE aumentó significativamente el riesgo de abuso de drogas e intentos de suicidio en la edad adulta. Por cada ACE vivida, creció en un 25% el riesgo de abusar de drogas en la adultez y la probabilidad de intento de suicidio. - Ser de origen inmigrante disminuyó el riesgo de abuso de drogas y estar soltero incrementó significativamente el riesgo de suicidio.
Francisco Caravaca Sánchez, et al. 2018.	España	Examinar la prevalencia y las correlaciones del consumo de	Participaron 225 presas, procedentes de 6 prisiones localizadas en Castilla la Mancha	-Cuestionario sociodemográfico.	**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SALUD MENTAL:** **-** El 52% informó haber consumido al menos una droga durante su estancia en prisión. El 33,8% había consumido alcohol, 28,9% cannabis, 19,6% cocaína, 14,2% heroína y 9,3% crack. El 44,4% de estas reclusas,

	drogas entre las reclusas.	(34), Valencia (51), Andalucía (68) y Murcia (72). - *Edad:* 37,5 años. - *Estado civil:* 48,9% con pareja/marido. - *Educación:* 66,2% terminó secundaria. - *Trabajo:* 65% desempleadas. - *Origen:* 80% españolas.	-Pregunta sobre el consumo de drogas en prisión - 4 preguntas adaptadas del Cuestionario de Trauma Infantil. - 5 preguntas adaptadas del EMCDAA. - Pregunta sobre el consumo de drogas antes de la entrada en prisión.	habían consumido más de un tipo de droga (policonsumo) en los últimos 6 meses en la cárcel. -El 61,8% (n=139) informó haber consumido alguna droga en los 6 meses anteriores a la entrada en prisión. De estas, el 61,8% había consumido sólo una droga y el 38,2% varias. El 48,9% (n=86) consumían alcohol antes del encarcelamiento, el 38,2% cannabis, el 35,6% cocaína, el 24,9% heroína y el 13,3% el crack. El 52% informó haber consumido al menos una droga en los 6 meses anteriores en prisión. - Las consumidoras de drogas eran más jóvenes (35,9 años) que las no consumidoras (39,2 años). Aquellas con padres divorciados, tenían más probabilidades de presentar consumo de drogas en prisión. - El historial de consumo de drogas antes del encarcelamiento está relacionado positivamente con el consumo de drogas en prisión para todas las sustancias. De las consumidoras de drogas en prisión: el 69,2% alcohol, 52,1% cannabis, 49,6% cocaína, 36,8% heroína antes de entrar en prisión. De las no-consumidoras: 25,9% alcohol, 23,1% cannabis, 20,4% cocaína y el 12% heroína antes de la entrada en prisión. - El 60% de las consumidoras en prisión se identificaron como policonsumidoras antes de entrar en prisión, en comparación con el 21,3% de las no consumidoras. - Los antecedentes de consumo de drogas, la edad y antecedentes de consumo de crack estaban positiva y significativamente relacionados con el consumo de drogas en prisión.

Francisco Caravaca-Sánchez, et al. 2021.	Sureste de España.	Examinar la prevalencia y los factores asociados a los intentos de suicidio en presas.	174 mujeres de dos prisiones. - *Edad:* entre 18 y 58 años. - *Educación:* cerca del 40% no terminó secundaria. - *Origen:* 74,7% españolas.	- Intentos de suicidio: pregunta extraída de estudios previos con muestras de presas en España y otros países: en la cárcel ¿ha intentado quitarse la vida? - Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS). - Encuesta de Apoyo Social del Estudio de Resultados Médicos (MOS-SSS). - Prueba de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT-C). Además, se les preguntó sobre el consumo de cocaína, cannabis, alucinógenos, heroína y anfetaminas. en los 3 meses previos: - Victimización en la cárcel: ser víctima de insultos verbales o intimidación, robos, abuso sexual y físico. - Datos demográficos y penitenciarios.	**EXPLORAR ESTADO DE SALUD MENTAL** - El 15,5% (n=27) declaró haber intentado suicidarse (IS) durante su encarcelamiento. - Las presas que informaron de IS presentaron niveles más altos de ansiedad, estrés y depresión. **FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SALUD MENTAL** - Diferencias entre las que IS, en comparación con las que no, respectivamente: abuso de alcohol (55,6% vs 25,9%), consumo de drogas (55,6% vs 13,6%) y victimización, que incluye: amenazas (85,2% vs 62,6%), robo (70,4% vs 36,1%), abuso sexual (37% vs 6,8%) y físico (51,9% vs 20,4%). - La diferencia entre grupos fue grande en los trast. del estado de ánimo y en el total de tipos de victimización, y moderada en cada tipo de victimización y en el consumo de drogas. Los intentos de suicidio correlacionan positivamente con: diestrés mental (correlación más fuerte); consumo de drogas (correlación moderada); consumo de alcohol (correlación más débil); victimización (varía dependiendo del tipo). - La victimización: correlaciono positiva y significativamente con los trastornos mentales y el consumo de drogas, y negativamente con el apoyo social. La angustia mental se asoció con el consumo de drogas y alcohol. Aumentó las probabilidades de suicidio: consumir drogas, nivel educativo bajo, estar casado, 1ª vez en prisión, mayor apoyo social, angustia mental y maltrato físico.

Louis Favril y Freya Vander Laenen. 2018.	Flandes, Bélgica.	Investigar la ideación suicida reciente y los factores correlativos en reclusas.	Se seleccionaron 123 presas de 4 cárceles flamencas. - *Edad:* 38 años. - *Estado civil*: 49,6% con pareja. - *Origen:* 87,6% belga.	- Datos criminológicos y sociodemográficos - Escala de suicidio de Paykel (PSS). Para medir la NSSI se añadió el siguiente ítem: ¿Alguna vez se ha hecho daño intencionadamente, pero sin intención de quitarse la vida? - Cuestionario de salud general (GHQ-12).	**EXPLORAR EL ESTADO DE SALUD MENTAL** - El 57,7% antecedentes de ideación suicida. El 36,6% un intento de suicidio en la vida y tener ideación suicida mientras estaba encarcelada. El 25,2% realizó alguna vez NSSI y el 18,7% reportó un historial tanto de intento de suicidio como de NSSI. - El 51,1% declaró angustia psicológica severa durante las últimas 4 semanas de encarcelamiento. -El 32,5% habían consumido drogas en prisión. - Antecedentes de intentos de NSSI y suicidio se relacionaron positiva y significativamente con la ideación suicida durante la estancia en prisión. - La angustia psicológica grave durante el último mes, los antecedentes en NSSI y el consumo de drogas en la cárcel se relacionaron de forma independiente con la ideación suicida reciente en reclusas.
Francisco Caravaca-Sánchez, et al. 2021.	Suroeste de España.	Investigar la relación entre y los estados emocionales negativos y la victimización penitenciaria e infantil con los síntomas del TEPT durante la estancia en prisión.	225 reclusas - *Edad:* 35,1 (TSQ+) y 38,8 años (TSQ–). - *Estado civil:* 63,6% TSQ+; 53,2% TSQ- marido/pareja. - *Educación:* 51,5% TSQ+; 62,4% TSQ- terminaron mínimo secundaria. - *Origen:* Mayoría españolas (87,9% TSQ+; 71,6% TSQ–)	- Sociodemografía. - Preguntas adaptadas del cuestionario Lifetime Trauma and Victimization History (LTVH) y de varias investigaciones previas. - Preguntas sobre abuso sexual, agresión sexual y violencia física. - Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS). - Cuestionario de Detección de Traumas (TSQ).	**FACTORES QUE INFLUYEN: EN LA SALUD MENTAL** El 19% dio positivo en la prueba TSQ. En comparación con las TSQ-, las presas TSQ+: - Mayor probabilidad: depresión (78,8%), estrés (84,8%) y ansiedad (87,9%). - Mayor victimización: emocional infantil (57,6%), física en la cárcel (54,5%) y sexual infantil (54,5%). -Eran más jóvenes (35,1 vs 38,8 años).

Francisco Caravaca-Sánchez, et al. 2019.	Murcia, España.	Investigar el apoyo social y la relación entre los estados emocionales negativos actuales y las ACE, durante la estancia en prisión.	174 presas de 2 cárceles. - *Edad:* 38 años. - *Estado civil:* 55,2% con pareja/marido. - *Educación:* 60% secundaria. - *Origen:* 74,7% españolas.	- Encuesta de Apoyo Social del Estudio de Resultados Médicos. - Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés. -Preguntas sobre ACE adaptadas de un estudio previo de Wolff y Shi (2012). - Sociodemografía.	**EXPLORAR EL ESTADO DE SALUD MENTAL** - Alrededor del 75% reportó un estado emocional negativo. **FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SALUD MENTAL.** - El 41,4% declaró haber sufrido algún tipo de victimización infantil. El 37,4% reportó abuso emocional, el 21,8% físico y el 19,5% sexual. Las reclusas ACE+, en comparación con las ACE-: - Menor apoyo social de todos los tipos. - Niveles más elevados de estrés, depresión y ansiedad.
Ewa Syg it - Kowa l kowska, et al. 2017.	Czersk, Polonia.	Investigar cómo la resiliencia influye en los estados mentales de las presas e identificar el factor que predice el bienestar mental.	46 presas. - *Edad:* 35,95 años.	- Escala de Medición de Resiliencia (RMS-25). - Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS-M). - Sociodemografía.	**EXPLORAR EL ESTADO DE SALUD MENTAL** - El 69% (n=29) presentó algún trastorno mental. - El 26,2% (n= 11) no padecía trastornos de ansiedad, el 4,8% (n=2) estados limítrofes. - El 47,6% ausencia de depresión, 40,4% (n=17) depresión y el 12% (n=5) limítrofe. **FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SALUD MENTAL** - Resiliencia: baja (n=20, 47,6%), media (n=7, 16,7) y alta (n=15, 35,7%). A mayor resiliencia, menor intensificación de los problemas mentales. - Predictores de la ansiedad; tener menos: habilidades de afrontamiento, tolerancia a las emociones negativas y tiempo en prisión. - Predictores de la depresión; tener menos: tolerancia a las emociones negativas y habilidades de afrontamiento.
Patricia Villagrá Lanza, et al. 2014.	Asturias, España.	Comparar la terapia cognitivo-conductual (TCC), la terapia de aceptación y	50 reclusas, todas consumidoras activas de drogas. 3 grupos: - 19 TCC. - 18 ACT.	- Índice de Sensibilidad a la Ansiedad. - Índice de Gravedad de la Adicción-6 (ASI-6).	**EXPLORAR EL ESTADO DE SALUD MENTAL** - El 86% tenían algún trast. mental, siendo frecuentes los trast. depresivos, de ansiedad, y de personalidad antisocial. **FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SALUD MENTAL**

		compromiso (ACT) y un grupo de control, en presas que padecen un trastorno por abuso de sustancias.	- 13 Grupo control. - *Edad:* 33,2 años. - *Estado civil:* La mayoría soltera.	- Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional. -Cuestionario de Aceptación y Acción.	- Abstinencia post-tratamiento: 15,8% TCC, 27,8% ACT y 7,7% grupo control. - Abstinencia a los 6 meses: 26,7% TCC, 43,8 ACT y 18,2% grupo control. - La sensibilidad a la ansiedad disminuyó de forma progresiva en la ACT y TCC, pero este cambio solo se mantuvo en la ACT a los 6 meses. - Los trast. mentales disminuyeron en la ACT a lo largo del tiempo, con una disminución progresiva en los síntomas depresivos y ansiosos, y en la gravedad de la adicción.
Emma Plugge, et al. 2011.	Inglaterra.	Analizar la calidad de vida relacionada con la salud de las presas al ingreso en la cárcel e investigar los cambios durante 3 meses en prisión.	92 presas. - *Edad:* 35,5 años. - *Educación:* 39% continuó estudiando después de los 16 años. - *Etnia:* 58% blancas.	- Cuestionario de calidad de vida (SF-36), incluido en un cuestionario que indagaba sobre conductas relacionadas con la salud.	**EXPLORAR EL ESTADO DE SALUD MENTAL** - Los resultados al ingresar en prisión en el componente mental (MCS) fueron del 35,5%, en comparación con el 48,9% de las mujeres inglesas **FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SALUD MENTAL** - Se observó una mejora significativa en las presas que seguían en la cárcel tras 3 meses en: rol emocional, salud mental, energía, puntuación resumen en el componente mental, percepción general de salud y funcionamiento físico y social.
Paolo Iliceto, et al. 2011.	Lecce, Italia.	Comparar el apego inseguro, el temperamento, la impulsividad y la sexualidad de las reclusas con mujeres en libertad.	2 muestras: -> 40 ciudadanas. -> 40 reclusas: - *Edad*: 30,98 años. - *Estado civil: n*=25 no casadas. - *Educación*: n=8 continuaron los estudios después de los 13 años.	- Evaluación del Temperamento de Memphis (TEMPS A). - Escala de apego inseguro. - Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11). - Escala SESAMO (escala de evaluación de la relación sexual).	**EXPLORAR EL ESTADO DE SALUD MENTAL** - Las presas obtuvieron puntuaciones más altas en: temperamento (29,52 vs 22,85), temperamento irritable (6,4 vs 4,27), ansiedad (74,83 vs 61,80), impulsividad (69,48 vs 60,53) y evitación (54,45 vs 41,33). - Las presas presentan más problemas psicosexuales. - No se encontraron diferencia en el temperamento hipertímico. **FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SALUD MENTAL**

			- *Trabajo: n*=35 desempleadas.		- En ambas muestras el temperamento ansioso/distímico/ciclotímico se relacionó positiva y significativamente con evitación, ansiedad, impulsividad y temperamento irritable.
Krzysztof Gąsior. 2018.	Polonia.	Examinar la relación entre las experiencias traumáticas en la infancia y el estrés postraumático, el apego y la calidad de vida.	154 mujeres repartidas en 2 muestras: -> Presas: 118 (39 adictas). -> Adictas: 36. - Edad: 38,2 años. - *Estado civil:* 39% solteras y 23% casadas. - *Educación:* 48,7% terminó primaria.	- Escala de disfunción familiar de origen. - Inventario de síntomas de trauma – 2(TSI-2). - Cuestionario de medidas de resiliencia. - Cuestionario de satisfacción con la vida.	**EXPLORAR EL ESTADO DE SALUD MENTAL** - Las presas adictas presentan: mayor intensificación del estrés postraumático crónico y agudo**.** **FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SALUD MENTAL** - Las presas adictas presentan una estructura de familia de origen más disfuncional; imagen más negativa de la madre y de sus prácticas parentales; experiencias traumáticas infantiles más intensas; menos resiliencia aplicada a las relaciones familiares y competencias personales; menos satisfacción con la vida en las áreas de vida personal y relaciones con los amigos. - El apego ansioso diferenciaba significativamente el grupo de presas adictas. - El estrés postraumático se intensifica por la adicción y el funcionamiento familiar. Está relacionado positivamente con el funcionamiento familiar y negativamente con la resiliencia y la calidad de vida. - La calidad de vida está asociada positivamente con la resiliencia y negativamente con el funcionamiento familiar. La resiliencia es un factor protector asociado de forma negativa con el apego ansioso y evitativo.
Francisco Caravaca Sánchez, et al. 2016.	Murcia, España.	Investigar las tasas de exposición a la violencia sexual o física antes del encarcelamiento	225 reclusas. - *Edad:* 37,5 años. - *Estado civil:* 48,4% casadas.	- Datos sociodemográficos y criminales. - Preguntas sobre la exposición a la violencia.	**ANALIZAR EL ESTADO DE SALUD MENTAL** - Tratamientos en prisión: 70,3% por trast. de depresión o ansiedad; 25,3% por consumo de sustancias. **FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SALUD MENTAL** - El 40% sufrió violencia antes de entrar en prisión, la violencia física fue más frecuente que la sexual. Las tasas

	y analizar si las mujeres expuestas a dicha violencia reciben tratamiento de salud mental durante la estancia en prisión.	- *Educación:* Más del 50% no terminó secundaria. - *Origen:* 80,9% españolas, 3,1% europeas y 16% no europeas.	- Preguntas sobre el tratamiento de la depresión, la ansiedad y el consumo de sustancias.	de violencia en la edad adulta (23,6%) fueron menos frecuentes que en la infancia (30,2%). - El 76,9% de las que habían sufrido violencia recibieron tratamiento de salud mental durante su encarcelamiento, con tasas significativamente altas (77,9%) en aquellas que sufrieron violencia durante la infancia. - Predictores del tratamiento de salud mental durante la estancia en prisión: nacionalidad española y exposición a la violencia.

En la presente revisión bibliográfica, se han seleccionado 17 artículos académicos para explorar la salud mental de las presas en Europa, así como los factores que la condicionan. Los estudios incluidos ofrecen una visión integral del estado de bienestar psicológico y físico de las reclusas, identificando tanto los principales trastornos como las posibles determinantes sociales, institucionales y penitenciarias. Este enfoque fortalece la comprensión del fenómeno y aporta una base sólida para diseñar medidas de intervención efectivas.

4.1.- RESUMEN DE LA MUESTRA

Los estudios incluidos ofrecen una visión relativamente consistente sobre algunas de las características sociodemográficas de las mujeres presas en Europa. Se trata de una población mayoritariamente joven-adulta, entre los 30 y los 38 años, pocos estudios incluyen mujeres mayores de 60 años o menores de 25 años. En lo referido al estado civil, en numerosas investigaciones predominaron las reclusas solteras, mientras que, en otras fueron más comunes las presas con marido o pareja. Un número significativo de reclusas son madres, presentando un porcentaje mayor al 60% en todos los estudios que midieron dicha variable. Además, muchas de estas madres tienen hijos menores de 18 años. La mayoría de mujeres encarceladas presentaron niveles educativos bajos. Por un lado, un gran porcentaje no terminaron la educación obligatoria, por otro lado, existe una mínima presencia de presas con estudios universitarios. En cuanto al ámbito laboral, la mayoría se encontraba en situación de desempleo antes del ingreso en prisión, con un porcentaje mayor o igual al 65% en todos los estudios incluidos que examinaron dicha variable. Por último, suelen predominar las presas de origen nacional en las muestras de los diferentes países, aun así, podemos observar una significativa presencia de reclusas extranjeras en varias muestras, como es el caso de Suiza, Irlanda y España. Los lugares de procedencia de estas mujeres suelen ser África, Europa del Este o América Latina.

4.2.- RESUMEN DE LOS RESULTADOS

Las investigaciones revisadas muestran de manera consistente que las mujeres presas en Europa presentan una alta prevalencia de enfermedades mentales, siendo las más frecuentes: ansiedad, depresión, estrés, trastorno de estrés postraumático y trastorno límite de la personalidad. Además, la comorbilidad es un fenómeno muy extendido, especialmente con el consumo de drogas, llegando la comorbilidad al 90% entre las consumidoras, en el estudio de Jan Mir et al. (2015). Dicho consumo, se da tanto antes de la entrada en prisión, como durante la estancia en prisión, siendo el policonsumo una práctica muy extendida entre las reclusas. Las drogas más utilizadas fueron el alcohol, cannabis, cocaína y opiáceos. Así mismo, es

destacable el número de presas que ha sufrido experiencias traumáticas previas al encarcelamiento, especialmente durante la infancia, las cuales representan más de la mitad de la población carcelaria femenina, según los resultados de Slotboom et al. (2011), Friestad et al. (2012) y Caravaca-Sánchez et al. (2021). Las experiencias traumáticas infantiles más frecuentes fueron el abuso emocional, físico o sexual y están relacionadas con el consumo de sustancias, trastornos psicológicos y la conducta suicida durante la edad adulta. En lo referido al suicidio, encontramos altas tasas tanto de conductas suicidas como de ideación suicida y autolesiones, llegando los intentos de suicido a superar el 30% en el estudio de Favril y Vander Laenen (2018). Para finalizar, las intervenciones psicológicas como la terapia de aceptación y compromiso y la terapia cognitivo conductual, mejoran los síntomas ansiosos, depresivos y el consumo de sustancias, siendo más eficaz la terapia de aceptación y compromiso a la hora de mantener los cambios a lo largo del tiempo, según el estudio de Villagrá Lanza et al. (2014).

5.- DISCUSIÓN

5.1.- INTRODUCCIÓN

Los resultados obtenidos en la presente revisión sistemática reflejan que la salud mental de las mujeres encarceladas en Europa constituye un problema multidimensional, influido por múltiples factores, tanto individuales como sociales y estructurales. Este trabajo no sólo pone en evidencia la mala salud mental de las presas en Europa, también señala la ineficacia de las instituciones políticas y penitenciarias europeas para abordar de forma eficaz la “epidemia” de enfermedades mentales que sufren estas mujeres.

5.2.- TRASTORNOS MENTALES EN LAS CÁRCELES EUROPEAS

En lo referido al estado de salud mental en prisión, nuestros resultados muestran que existe una alta prevalencia de trastornos mentales en las presas europeas, lo cual concuerda con la bibliografía existente y con los resultados de los estudios y encuestas llevados a cabo por organismos oficiales (Caravaca-Sánchez F., 2020) (OMS, 2022). Entre los hallazgos más consistentes, encontramos la alta prevalencia de síntomas de ansiedad, depresión, estrés y trastornos de la personalidad entre las reclusas europea. Los estudios de Slotboom et al. (2011), Jan Mir et al. (2015), Caravaca-Sánchez, et al. (2019), Lanza, et al. (2014) y kowska et al. (2017) ponen de manifiesto que más del 60% de las reclusas sufren algún trastorno mental, llegando a alcanzar este porcentaje el 88% en el estudio de Lanza, et al. (2014) y el 91% en el estudio de Jan Mir et al. (2015). A través de estos hallazgos, podemos concluir que la salud

mental de las presas en Europa está muy deteriorada, mientras que las democracias occidentales presumen de ser defensoras de los derechos humanos, tienen a una gran cantidad de mujeres soportando mucho sufrimiento psicológico encerradas en cárceles, y no existe perspectiva de cambio a corto o medio plazo.

5.3.- COMORBILIDAD ENTRE TRASTORNOS MENTALES

Además, según los estudios de Jan Mir et al. (2015), Wright et al. (2006), Favril y Vander Laenen (2018), Caravaca-Sánchez et al. (2021) y Villagrá Lanza et al. (2014) existe una alta comorbilidad entre los diferentes trastornos mentales, especialmente con el consumo de sustancias. Según el estudio de Jan Mir et al. (2015) casi todas (90%) las presas que consumían drogas presentaban otro trastorno mental, siendo las combinaciones más frecuentes con trastornos afectivos, de ansiedad y personalidad. Estos datos, coinciden con la investigación de Caravaca-Sánchez et al. (2020) citada al principio de la revisión, en la cual concluye que existe una asociación entre la ansiedad, estrés y depresión y el consumo de drogas y alcohol. En adición, a través de los resultados de Augsburger et al. (2022), se puede observar que el 35% de las presas presentó comorbilidad entre problemas de salud física y mental. Otras investigaciones incluidas, destacan la comorbilidad existente entre, por un lado, el consumo de drogas y, por otro lado, la ideación suicida en el estudio de Favril y Vander Laenen (2018) y la victimización en la cárcel, en el estudio de Caravaca-Sánchez et al. (2021). Ante estos resultados es posible concluir que el consumo de drogas no es solo una consecuencia del malestar psicológico, sino que lo potencia, pudiendo algunas reclusas llegar incluso a contemplar el quitarse la vida cómo una salida viable a sus problemas.

5.4.- CONSUMO DE DROGAS

A través de los estudios incluidos, podemos observar una alta prevalencia del consumo de drogas entre las reclusas, tanto antes de entrar en prisión como durante el encarcelamiento. Dicha prevalencia constituye uno de los grandes retos a los que se enfrentan tanto los sistemas penitenciarios como políticos, ya que atendiendo a los resultados del estudio de Jan Mir et al. (2015), el 62% de las presas presentaban trastornos por consumo de sustancias y según Augsburger et al. (2022) casi la mitad (49,2%) había consumido drogas ilícitas en año previo a la entrada en prisión. En lo referido al consumo de drogas en prisión, encontramos datos muy dispares entre los resultados. Por un lado, la investigación de Augsburger et al. (2022) sitúa el consumo de drogas durante el encarcelamiento en el 8,3% y Favril y Vander Laenen (2018) en el 32,5%, estos porcentajes son poco o moderadamente significativos. Por otro lado, estudios como el de Caravaca-Sánchez et al. (2018) y Wright et al.

(2006) concluyen que existen altas tasas de abuso de sustancias durante el encarcelamiento (52% y 46,7% respectivamente), siendo las drogas más frecuentes: alcohol, cannabis, heroína y crack. Estos porcentajes, a diferencia de los anteriores, ya representan cifras alarmantes sobre el consumo de drogas en prisión. Adicionalmente, el policonsumo en prisión es un fenómeno extendido, el cual se da en el 44% de las reclusas según Caravaca-Sánchez et al. (2018). Con respecto al tratamiento, podemos observar en la investigación de Villagrá Lanza et al. (2014) que la Terapia de Aceptación y Compromiso es la que más abstinencia logró conseguir en las reclusas adictas, manteniendo los beneficios a los seis meses de la intervención. Basándonos en los resultados de los estudios incluidos, es importante crear medidas eficaces para, primero identificar y posteriormente intervenir, en las presas que presenten trastornos por consumo de sustancia. Por último, la diferencia de resultados entre los estudios incluidos sobre el consumo de drogas en prisión, se podría deber a que, consumir drogas ilegales constituye un delito que puede suponer una multa o pena de cárcel dependiendo del caso, aunque no existe un consenso unánime entre los diferentes países europeos sobre qué sustancias son ilegales, pero sí una opinión bastante generalizada, ya que en la mayoría de países sólo son legales el tabaco y el alcohol. Si, además, una reclusa consume drogas en prisión, es probable que reciba algún tipo de castigo además de la multa o alargamiento de condena, que será diferente en función del país, la prisión y el contexto en general. Esto puede desembocar en que muchas reclusas prefieran no incluir en sus respuestas dicha conducta delictiva, por temor a represalias de algún tipo. Otra razón para esta diferencia de resultados, podría ser que algunas presas reduzcan mucho el consumo de sustancias al entrar en prisión, tal y como concluye el ESDIP (2022), mientras que en otras presas no lleven a cabo dicha reducción de consumo durante el encarcelamiento.

5.5.- CONDUCTAS SUICIDAS EN PRISIÓN

Si los datos sobre las enfermedades mentales resultan preocupantes, los datos sobre las conductas relacionadas con el suicidio en las mujeres reclusas escalan la problemática a otro nivel. Las investigaciones incluidas en esta revisión reflejan una alarmante prevalencia de ideas suicidas, intentos de suicidio y autolesiones. El 15% de las presas ha intentado suicidarse durante la estancia en prisión y más de la mitad (57,7%) habían intento suicidarse alguna vez en su vida según datos de Caravaca-Sánchez et al. (2021) y Favril y Vander Laenen (2018). En lo referido a las autolesiones, el estudio de Wright et al. (2006) refleja que el 41,1% de las presas que llevan un tiempo en prisión se habían autolesionado al menos una vez, en comparación con el 38,7% de las presas recién ingresadas, siendo los métodos más utilizados sobredosis, autolaceración y ahorcamiento. Esta diferencia de porcentajes, aunque no es muy

grande, podría deberse al empeoramiento de la salud mental producido por el contexto desgastante y hostil del sistema penitenciario. Los resultados obtenidos, están en la misma línea que los resultados de ESDIP (2022) y el informe de la OMS (2007), el cual concluye que se observan tasas más altas de conductas suicidas en la población reclusa que en la población en general, presentando las personas reclusas más conductas y pensamientos suicidas a lo largo de sus vidas, además de situar al suicidio como la causa individual más común de muerte en las cárceles.

En adición, se encontraron varios factores asociados al suicidio: angustia psicológica severa, consumo de drogas, historial de autolesiones, el suicidio de una persona significativa en su vida, la victimización en prisión, entorno penitenciario hostil, falta de contacto familiar, haber recibido tratamiento previo para la salud mental, haber vivido experiencias adversas en la infancia y niveles más altos de ansiedad, estrés y depresión, según los estudios de Caravaca-Sánchez et al. (2021), Favril y Vander Laenen (2018), Wright et al. (2006), Slotboom et al. (2011) y Friestad et al. (2012). Estos datos reflejan una realidad a menudo invisibilizada, y es que las mujeres reclusas presentan un estado de salud mental tan pésimo que les puede llevar incluso a la muerte, lo cual pone en evidencia la urgencia de que los diferentes sistemas penitenciarios y políticos adopten protocoles eficaces para, primero identificar y después intervenir con las presas que presenten indicadores de suicidio. Dicha evaluación debería hacerse en el momento del ingreso, además de un seguimiento a lo largo del encarcelamiento por si en algún momento aparecieran estos indicadores. Estas medidas están en línea con el informe de la OMS (2007), el cuál propone formalizar políticas y procedimientos para identificar y manejar a las reclusas que presenten riesgo de suicidio. En este punto, es importante reflexionar sobre el hecho de que en 2025 todavía suenen actualizadas las medidas propuestas por un informe redactado en 2007, más aún cuando se trata de un tema tan urgente e importante como lo es el suicidio.

5.6.- SITUACIÓN DE LAS CÁRCELES ESPAÑOLAS

A continuación, hablaremos sobre la salud mental de las presas en España, debido a que es el país europeo que más estudios ha aportado a la presente revisión sistemática, ofreciendo la información suficiente para hacernos una idea general sobre dicho tema en este contexto. Centrándonos en los centros penitenciarios españoles, nos encontramos con un panorama desolador en cuanto a la salud mental de las presas. Existe una alta prevalencia de enfermedades mentales, atendiendo al estudio de Villagrá Lanza et al. (2014), el 86% tenía al menos un trastorno psicológico, siendo los más comunes la ansiedad, depresión y trastorno de

la personalidad. Además, el 19% padecía trastorno de estrés postraumático, el cual se asoció con altas tasas de victimización tanto en prisión como en la infancia, y niveles más altos de estrés, ansiedad, depresión según datos de Caravaca-Sánchez et al. (2021). Con respecto al tratamiento psicológico, según el estudio de Villagrá Lanza et al. (2014), la terapia de aceptación y compromiso es más eficaz que la terapia cognitivo conductual, tanto para reducir los síntomas adictivos y depresivos como para mantener la abstinencia a lo largo del tiempo. En cuanto a la victimización, encontramos que el 40% de las reclusas había sufrido violencia antes de la entrada en prisión, siendo más común en la infancia, las cuales presentaban tasas más altas de haber recibido tratamiento por ansiedad o depresión, según la investigación de Caravaca-Sánchez et al. (2016). Sin embargo, atendiendo al estudio de Caravaca- Sánchez et al. (2019) encontramos que el porcentaje de mujeres que habían sufrido victimización infantil es del 41,4%. En cualquier caso, parece apropiado concluir que las presas en España presentan alta prevalencia de victimización infantil. En relación con el consumo de drogas, el 52% había consumido alguna droga durante el encarcelamiento y el 44,4% presentaban policonsumo, siendo las drogas más utilizadas: alcohol, cannabis, cocaína y heroína, según los resultados de Caravaca-Sánchez et al. (2018). Para finalizar, el 15% de las reclusas había intentado suicidarse durante la estancia en prisión y presentaban tasas más altas de angustia emocional**,** consumo de drogas y victimización, tanto sexual como física y verbal, según el estudio de Caravaca-Sánchez et al. (2021). En resumen, las reclusas en España presentan una alta prevalencia de trastornos mentales comórbidos con el consumo de sustancias, intentos de suicidio y victimización, principalmente infantil. El único aspecto bueno a resaltar, es el interés de las investigadoras e investigadores españoles por la salud mental de las reclusas encarceladas en España, haciendo especial mención a Francisco Caravaca-Sánchez, que tanto ha aportado a la presente revisión. Todavía queda un largo camino por recorrer para mejorar la salud mental de las presas, pero invertir en investigación es crucial para poder entender la compleja realidad de estas mujeres y así, crear protocolos y programas eficaces de prevención e intervención para los distintos trastornos psicológicos presentes en dicha población.

5.7.- IMPLICACIONES PENITENCIARIAS Y POLÍTICAS

Dada la cantidad alarmante de reclusas que padecen un trastorno mental y presentan riesgo de suicidio, es de vital importancia que las instituciones penitenciarias y políticas dejen de ignorar el sufrimiento de estas mujeres y les proporcionen las herramientas y medios necesarios para mejorar su estado de salud mental.

Por un lado, las instituciones penitenciarias tienen el poder suficiente para mejorar

múltiples aspectos de la vida en prisión. Basándonos en los resultados del estudio Slotboom, et al. (2011), se proponen las siguientes medidas que podrían adoptar los centros penitenciarios para mejorar la salud mental de las reclusas: reducir el significativo estrés ambiental en las cárceles, buscar opciones de ocio de calidad, ofrecer atención médica accesible y de calidad, pruebas psicotécnicas para seleccionar al personal de la prisión que tiene contacto directo con las presas, sanciones ejemplares para faltas de respeto por parte del personal de la prisión, ofrecer oportunidades educativas y laborales de calidad y mejorar el sistema de visitas para que las presas puedan pasar más tiempo con sus seres queridos, especialmente para aquellas que tienen hijos menores de edad, las cuales son más del 60% de según los resultados de Wright, et al. (2006), Favril y Vander Laenen (2018) y Jan Mir, et al. (2015), a excepción del estudio de Augsburger, et al. (2022) que las sitúa en el 51,7%, por lo que concluimos que más de la mitad de la población penitenciaria femenina tiene hijos menores de edad.

Por otro lado, las instituciones políticas que gobiernan en los diferentes países y regiones tienen el deber de velar por la salud de sus ciudadanas y este deber no debería pasarse por alto en los medios penitenciarios. Los resultados de la presente revisión evidencian la falta de leyes eficaces para proteger y preservar la salud mental de las mujeres en prisión. Es necesario una reforma radical del sistema penitenciario que solo podría lograrse a través de políticas y leyes, en las que se sustituya el carácter punitivista de las cárceles por un contexto enfocado hacía la reinserción de las reclusas en la sociedad. Además, para lograr está reinserción de forma eficaz es crucial atender los problemas de salud mental que enfrenta esta población ya que, en muchas ocasiones, les llevan a tomar decisiones perjudiciales para su propia vida y salud. Basándonos en los resultados de los estudios incluidos, llegamos a la conclusión de que el medio penitenciario no constituye un ambiente apropiado para la reinserción, sino un lugar donde los sectores más vulnerables de la población conviven en condiciones cuestionables, con un alto estrés ambiental. En este sentido, sería una propuesta interesante sustituir las cárceles por otras medidas que ayuden a la reinserción de las reclusas, como arresto domiciliario, trabajos en la comunidad o viviendas/urbanizaciones tuteladas donde vivan bajo la supervisión de personal capacitado y cuenten con un régimen de salidas, el cual variará dependiendo del caso, hasta que se complete su proceso de reinserción. Estas viviendas estarían integradas en la sociedad y permitirían la integración paulatina de la persona en la comunidad, esto supondría que las reclusas estuvieran más conectadas con la sociedad y facilitaría las visitas de los distintos familiares y amigos, a diferencia de las cárceles actuales que suelen situarse alejadas de núcleos urbanos.

En este contexto, es importante recalcar las características socioeconómicas de las mujeres reclusas, las cuales presentan niveles educativos bajos y un gran porcentaje de desempleo, siendo mayor o igual al 65% en todos los estudios incluidos. En adicción, existe un porcentaje significativo de presas que son madres solteras y un número importante de mujeres migrantes. Estás características, coinciden con la bibliografía existente sobre esta población (Markez et al., 2012) (Cervelló, 2006). Ante estos datos, aparece la pregunta ¿son las cárceles sitios prácticamente exclusivos para las personas más precarizadas y vulnerables de la sociedad? Basándonos en las características sociodemográficas de las presas, concluimos que la prevención es mejor forma de abordar las problemáticas del sistema penitenciario. En este sentido, entre las distintas medidas que podrían aplicar los sistemas políticos encontramos crear políticas y leyes eficaces destinadas a:

- Mejorar el sistema educativo, prestando especial atención al abandono escolar.
- Evitar la feminización de la pobreza, lo cual desemboca en altas tasas de desempleo para la población femenina, entre otras consecuencias.
- Mejorar la situación socioeconómica de las madres solteras y mujeres migrantes, ofrecerles recursos y herramienta eficaces para que no se vean en la necesidad de delinquir.
- Prevenir el consumo de drogas en la población en general.
- Acabar con las desigualdades basadas en el género presentes en nuestra sociedad, las cuales causan un gran prejuicio a la salud mental de las mujeres y niñas.
- Proteger a la infancia adecuadamente, buscando evitar cualquier tipo de victimización infantil.

5.8.- OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE

Como bien reflejan las medidas propuestas anteriormente, este trabajo se ajusta a varios de los objetivos de desarrollo sostenible (ODS), adoptados por las Naciones Unidas para 2030: salud y bienestar, igualdad de género, reducción de las desigualdades, trabajo decente y crecimiento económico, educación de calidad, fin de la pobreza y paz, justicia e instituciones sólidas.

Los objetivos de salud y bienestar, igualdad de género, fin de la pobreza y reducción de las desigualdades constituyen la base de este trabajo. Dichos objetivos, están presentes a lo largo de la revisión sistemática de diferentes formas, ya sea a través de los resultados de los estudios incluidos que exponen dichos problemas ante la sociedad o través de las diferentes

conclusiones a las cuales nos llevan los estudios recopilados, tanto para la propia revisión como para la introducción. Un ejemplo de cómo están incluidos dichos ODS, son las medidas políticas preventivas propuestas en el apartado anterior, como leyes y procedimientos para prevenir el consumo de drogas en la población en general, proteger la infancia o acabar con las desigualdades basadas en el género y la feminización de la pobreza.

En las medidas políticas y penitenciarias propuestas anteriormente, también podemos observar cómo se cumplen los objetivos ODS de trabajo decente y crecimiento económico, justicia e instituciones sólidas y educación de calidad, proponiendo mejorar la educación y evitar la feminización de la pobreza a través de leyes políticas y reforzar las sanciones a los trabajadores de las prisiones que falten el respeto las reclusas.

5.9.- LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

En cuanto a las limitaciones de la presente revisión sistemática encontramos, por un lado, la falta de bibliografía científica existente sobre la salud mental de las mujeres presas en Europa y, por otro lado, la falta de presupuesto para acceder a estudios de pago. Estas limitaciones, han repercutido de una forma significativamente negativa en la presente revisión sistemática. Por un lado, la falta de bibliografía dificulta la generalización de resultados, debido a que existen numerosos países de Europa de los cuales no se ha incluido ningún estudio. Por otro lado, la falta de presupuesto para acceder a los artículos de pago ha supuesto que muchas investigaciones valiosas para nuestros objetivos quedaran fuera de la revisión sistemática, disminuyendo así la calidad de la misma.

En futuras líneas de investigación, sería interesante realizar estudios empíricos cuantitativos, a nivel europeo, sobre el estado de salud mental de las reclusas, que incluyan presas de diferentes países y, además, analizar más en profundidad los factores que afectan a la salud mental de las reclusas, tanto los relacionados con el medio penitenciario como los asociados a la situación socioeconómica de las presas. Para finalizar, sería interesante realizar estudios longitudinales, lo cual permitiría ver la evolución del estado de salud mental a lo largo del encarcelamiento y probar la eficacia de diferentes tratamientos y terapias.

5.10.- CONCLUSIÓN FINAL

En conclusión, las cárceles son lugares violentos con un alto estrés ambiental y provocan grandes niveles de malestar psicológico a las personas que viven en ellas, que suelen ser las más vulnerables y precarizadas de la sociedad, como es el caso de las mujeres migrantes o madres solteras. Por esta razón, es necesario un cambio de paradigma que cambie el

enfoque punitivista actual de las cárceles, el cual deteriora la salud mental de las presas llevándolas incluso a ver el suicidio cómo una opción válida para solucionar sus problemas, por otro paradigma enfocado hacía la reinserción en la comunidad. Es de vital importancia que, tanto los diferentes gobiernos como las instituciones penitenciarias, dejen de ignorar esta dolorosa realidad y tomen medidas al respecto, invirtiendo en investigación, creando leyes eficaces para proteger la salud mentad de esta población y mejorando o cambiando múltiples aspectos del ámbito penitenciario. El deplorable estado de salud mental de las presas, no es una cuestión que afecta únicamente al ámbito penitenciario, sino que afecta a toda la población. Garantizar el bienestar psicológico de estas mujeres además de ser un asunto de salud e inversión pública, es un asunto de derechos humanos.

6.- BIBLIOGRAFÍA

Argudo Palacios, A., Regueira Fuenteseca, A. L., Gallego Fernández, L., y Sadek El-Shahat, O. (2024). Explorando la salud mental en prisión: Un análisis en el Programa de Atención Integral al Enfermo Mental (PAIEM). *Apuntes De Psicología*, *42*(3), 207-216.

Augsburger, A., Neri, C., Bodenmann, P., Gravier, B., Jaquier, V., & Clair, C. (2022). Assessing incarcerated women's physical and mental health status and needs in a Swiss prison: a cross- sectional study. *Health & justice*, *10*(1), 8. https://doi.org/10.1186/s40352-022-00171-z

Caravaca-Sánchez, F., Vidovic, K. R., Fearn, N. E., & Vaughn, M. G. (2022). Incarcerated Women in Spain: The Salience of Traumatic Exposure. *Journal of Interpersonal Violence*, *37*(11-12), NP10126–NP10147. https://doi.org/10.1177/0886260520985483

Caravaca-Sánchez, F., y García Jarillo, M. (2020). Alcohol, otras drogas y salud mental en población femenina penitenciaria. *Anuario de Psicología Jurídica*, 30, 47-53. Colegio Oficial de la Psicología de Madrid.

Caravaca-Sánchez, F., Barry, T. J., Aizpurua, E., & Ricarte, J. J. (2021). Mental health, substance abuse, prison victimization and suicide attempts amongst incarcerated women. *European Journal of Criminology*, 20(2), 653-671. https://doi.org/10.1177/14773708211028471

Caravaca-Sánchez, F., Fearn, N. E., Vidovic, K. R., & Vaughn, M. G. (2019). Female Prisoners in Spain: Adverse Childhood Experiences, Negative Emotional States, and Social Support. *Health & Social Work*, *44*(3), 157–166. https://doi.org/10.1093/hsw/hlz013

Caravaca-Sánchez, F., Fearn, N., & Vaughn, M. G. (2018). Prevalence and correlates of in-prison substance use among incarcerated women in Spain. *Journal of ethnicity in substance abuse*, *17*(3), 356–374. https://doi.org/10.1080/15332640.2016.1255579.

Caravaca-Sánchez, F., Luna, A., & Mundt, A. (2016). Exposure to physical and sexual violence prior to imprisonment predicts mental health and substance use treatments in prison populations. *Journal of forensic and legal medicine*, *42*, 56–62. https://doi.org/10.1016/j.jflm.2016.05.014

Fair, H., & Walmsley, R. (2022). *World Female Imprisonment List (5th edition)*. Institute for Crime & Justice Policy Research.

Favril, L. & Laenen, F. (2019). *Suicidal ideation among female inmates: A cross-sectional study*. *International Journal of Forensic Mental Health*. 18. 85-98. https://doi.org/10.1080/14999013.2018.1519613

Friestad, C., Åse-Bente, R., & Kjelsberg, E. (2014). Adverse childhood experiences among women prisoners: relationships to suicide attempts and drug abuse. *The international journal of social psychiatry*, *60*(1), 40–46. https://doi.org/10.1177/0020764012461235.

Gąsior, K. (2017). The links between post-traumatic stress, attachment patterns and quality of life in incarcerated and addicted women. The role of resilience. *Psychiatria Polska*. 52. 1-12. 10.12740/PP/OnlineFirst/76823.

Iliceto, P., Pompili, M., Candilera, G., Rosafio, I., Erbuto, D., Battuello, M., Lester, D., & Girardi, P. (2012). Temperament, insecure attachment, impulsivity, and sexuality in women in jail. Journal of forensic nursing, 8(1), 23–29. https://doi.org/10.1111/j.1939-3938.2011.01127.x

Instituto Nacional de Estadística (2024). Estadísticas de Condenados en España según sexo, edad y nacionalidad. https://ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=25711#_tabs-tabla

Lanza, P. V., García, P. F., Lamelas, F. R., & González-Menéndez, A. (2014). Acceptance and commitment therapy versus cognitive behavioral therapy in the treatment of substance use disorder with incarcerated women. *Journal of clinical psychology*, 70(7), 644–657. https://doi.org/10.1002/jclp.22060

Markez Alonso, I., & Silvosa Rodríguez, G. (2012). Drogas y género en el ámbito penitenciario. *Oñati Socio-legal Series*, *2* (6), 146-160.

Mir, J., Kastner, S., Priebe, S., Konrad, N., Ströhle, A., & Mundt, A. P. (2015). Treating substance

abuse is not enough: comorbidities in consecutively admitted female prisoners. *Addictive behaviors*, *46*, 25–30. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.02.016.

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2022). Encuesta sobre salud y consumo de drogas en población interna en instituciones penitenciarias (ESDIP) 2022: Informe resumen. Ministerio de Sanidad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. https://pnsd.sanidad.gob.es

Organización Mundial de la Salud. (2007). *Prevención del suicidio en cárceles y prisiones*. Ginebra.

Plugge, E., & Fitzpatrick, R. (2005). Assessing the health of women in prison: a study from the United Kingdom. *Health care for women international*, 26(1), 62–68. https://doi.org/10.1080/07399330590885768.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (s.f.). *Objetivos de desarrollo sostenible (ODS)*. https://www.undp.org/es/sustainable-development-goals

Slotboom, A.M., Kruttschnitt, C., Bijleveld, C., & Menting, B. (2011). Psychological well-being of incarcerated women in the Netherlands: Importation or deprivation? *Punishment & Society*, 13(2), 176-197. https://doi.org/10.1177/1462474510396313

Sygit-Kowalkowska, E., Szrajda, J., Weber-Rajek, M., Porażyński, K., & Ziółkowski, M. (2017). Resilience as a predicator of mental health of incarcerated women. Prężność jako predyktor zdrowia psychicznego kobiet odbywających karę pozbawienia wolności. *Psychiatria polska*, *51*(3), 549–560. https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/62617

Vicenta Cervelló, D. (2006). Las prisiones de mujeres desde una perspectiva de género. *Revista General de Derecho Penal, 5.*

World Health Organization. (2023). Status report on prison health in the WHO European Region 2022. World Health Organization. Regional Office for Europe.

Wright, B., Duffy, D., Curtin, K., Linehan, S., Monks, S., & Kennedy, H. G. (2006). Psychiatric morbidity among women prisoners newly committed and amongst remanded and sentenced women in the Irish prison system. *Irish journal of psychological medicine*, 23(2), 47–53. https://doi.org/10.1017/S0790966700009575