

Género y adicciones en el medio penitenciario

Gender and addictions in prisons

IÑAKI MARKEZ^a, ENRIQUE PÉREZ^b, VIRGINIA PAREJA^c

a) Psiquiatra, Ekimen Elkarte, Bilbao.

b) Psiquiatra, Jefe de Sección de Psiquiatría de Hospital General Universitario de Alicante. Consultor de Centros Penitenciarios de Alicante I y II.

c) Responsable del Área Socioeducativa de la Fundación Esplai. Madrid.

Correspondencia: Enrique Pérez Martínez (eperezmar@yahoo.es)

Recibido: 09/03/2022 ; aceptado: 30/04/2022

Resumen: Conocido el patrón de consumo y uso social de sustancias psicoactivas, se revisa el modelo de atención a los problemas de salud mental en los centros penitenciarios que albergan a mujeres presas, que representan un 7,6% de la población reclusa, la más elevada en Europa Occidental. Se perfilan medidas de las políticas penitenciarias dirigidas a la mujer reclusa previas al ingreso en prisión, intervenciones en el propio medio penitenciario, así como medidas de transición a la comunidad.

Palabras clave: adicciones, género, centros penitenciarios, políticas penitenciarias.

Abstract: Given the pattern of consumption and social use of psychoactive substances, the model of attention to mental health problems in penitentiary centers is reviewed. Female prisoners in these centers represent the 7.6% of prison population, the highest in Western Europe. Measures of penitentiary policies aimed at women prisoners prior to entry into prison and interventions in the penitentiary environment itself are outlined. In addition, community transition measures are presented.

Key words: addictions, gender, prisons, prison policies.

EL PATRÓN DE CONSUMO DE DROGAS relacionado con el ocio se está popularizando; comenzó a extenderse en los años noventa, aunque se configuró en las décadas anteriores. Las actividades recreativas y de ocio se han convertido en un eje importante para los jóvenes, en él las mujeres jóvenes son ahora aceptadas e integradas, viviendo posibilidades que no tuvieron sus madres y sus abuelas (1). Además, las motivaciones de consumo de sustancias relacionadas con el placer, la diversión y la transgresión han sido ámbitos propios de los varones, pero no de las mujeres, y en el caso de estas han sido menos toleradas socialmente.

El tránsito de posiciones dependientes y subordinadas a los varones a situaciones más autónomas e independientes ha generado en las mujeres un conflicto de roles, al carecer de nuevos modelos de identidad femeninos que no se asienten en los tradicionales de madre, esposa y cuidadora o en estilos masculinos (2). Las mujeres participan más de los usos de drogas ilegales que en épocas pasadas como símbolo de igualdad, liberación y transgresión, pero ¿no será que en estos momentos históricos la mujer no tiene todavía las mismas oportunidades que los varones? ¿Puede estar relacionado con una forma de rebelión, inconformismo y transgresión de los roles sociales que todavía tiene que desempeñar que la puede llevar a comportamientos delictivos? Las mujeres a menudo se ven afectadas en mayor medida por la penalización social –estigmatización– relacionada con las sustancias prohibidas y los usos compulsivos (3). Esta estigmatización y miedo a la sanción social hace que muchas mujeres no admitan consumos de sustancias prohibidas o que no accedan a los recursos disponibles para personas con consumos compulsivos, lo que conlleva su invisibilidad en las estadísticas y estudios.

El proceso de salud-enfermedad está condicionado por factores socioeconómicos y productivos, y también por factores psicosociales procedentes de los modelos y roles de género, que determinan formas de vivir distintas y por lo tanto de enfermar. A medida que empeoran las condiciones del entorno, sumado a las estructuras de poder y la falta de oportunidades, los indicadores de salud de la población se tornan más negativos, quedando sobre todo las mujeres en situación de mayor vulnerabilidad de pobreza y exclusión social (4,5). Ocurre que la prisión se convierte en un lugar de personas aisladas de la sociedad, que comparten rutinas diarias administradas y normativizadas formalmente, que puede provocar aburrimiento (6,7), distanciamiento de la realidad, y donde se albergan muchas personas con problemas de salud mental y puede ser un espacio generador de todo ello.

El modelo de atención a los problemas de salud mental en los centros penitenciarios se ha presentado con respuestas, confusas en ocasiones, sobre el repetido debate de si estamos ante una población enferma o delincuente (8). Un equipo que trabajaba este tema, el Grupo de Trabajo sobre Salud Mental en Prisión (GSMP)¹, ya

¹ GSMP: Grupo sobre Salud Mental en Prisión, formado por profesionales de la AEN y de la SESP.

indicaba una prevalencia del 37,5%, encontrando entre el 4% y 6% con un proceso mental grave (9). La Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía, APDHA², afirmaba que el 40% presentaba trastornos mentales y de personalidad (10,11), de los que el 8% tenía enfermedad mental grave (12). López apuntaba que el 25,6% de los internos, uno de cada cuatro, tenía uno o varios diagnósticos psiquiátricos en su historia clínica (13). Esos estudios coincidían con la OMS (14) en que la enfermedad mental en la población penitenciaria es superior a la de la población general (15-19). Según Markez e Íñigo (20), del GSMP, se registraba entre el 30% y 50% de diagnósticos por trastornos ocasionados por el consumo de drogas, con una población que consumía sustancias ilegalizadas superior al 65% (21).

De acuerdo con la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP, 22), el Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales (PAIEM) atendió en 2017 al 4,3% de la población reclusa en régimen cerrado y ordinario. De estos internos, un 40,7% presentaba patologías duales, el 38,1% padecía algún trastorno psicótico, el 18,4% un trastorno afectivo y el 11% padecen otros tipos de trastornos. La escasez de estudios de incidencia impide analizar la relación entre prisión y los problemas de salud mental (23,24), aunque se supone el doble efecto: algunos problemas aumentan la probabilidad de terminar encarcelado y el encarcelamiento repercute negativamente sobre la salud mental de quienes están encarcelados (25).

PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD EN LAS CÁRCELES

En las cárceles españolas se superaron recientemente los 46 mil reclusos (Tabla 1). Hasta hace pocos años la tasa de encarcelamiento ha sido alta (llegó a ser de 164/100.000 habitantes y en 2020 se situaba en 123/100.000 habitantes), de las mayores de la Unión Europea, al sobreutilizarse la pena privativa de libertad como reacción punitiva en mayor medida que en los países del área. Sin olvidar que los cambios demográficos en la sociedad, al ser un país de acogida de un importante número de inmigrantes, estos se han trasladado a las cárceles, alcanzando casi un tercio de la población reclusa.

² APDHA: Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía.

TABLA I

Evolución de las personas ingresadas en las cárceles (en enero)

Año	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Total pres@s	76919	73932	70472	68597	66765	65017
Mujeres %	6053 7,9%	5786 7,8%	5288 7,5%	5225 7,6%	5083 7,6%	4977 7,6%

Año	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Total pres@s	61614	59584	58814	54998	49998	46053
Mujeres %	4722 7,7%	4448 7,5%	4365 7,4%	4434 8,0%	3990 8,0%	3312 7,2%

Fuente: Dirección General de Instituciones Penitenciarias.

El número de internos e internas en las cárceles dependientes del Ministerio del Interior ha ido descendiendo año tras año, también durante la pandemia. Un descenso sostenido de la población reclusa iniciado en 2010 donde ha influido la reducción de la criminalidad y la ralentización de la justicia durante el confinamiento. Máxime si conocemos los bajos índices de criminalidad de España y buena integración de la mayoría de la población extranjera (26).

Las elevadas cifras de presos y presas se atribuían hasta hace una década a la mayor delincuencia, la mayor efectividad policial y también al endurecimiento de las penas y el aumento de la duración de las sanciones tras la reforma del Código Penal de 1995, que eliminó la figura de la reducción de pena por trabajos realizados (4). Las leyes aprobadas en 2003, modificando el Código Penal de 1995, conllevaron el endurecimiento del acceso al tercer grado y de la libertad condicional, así como la ampliación del límite máximo de cumplimiento de penas. La reforma del Código Penal de 2010 permitió reducir de manera notable las penas para, entre otros, los delitos por tráfico de drogas, con el objeto de favorecer la paulatina disminución de personas encarceladas.

En la población reclusa, el porcentaje de mujeres presas en las cárceles españolas desde 2010 ha sido de un 7,6% de media, siendo la más elevada en Europa Occidental, donde el porcentaje es del 4,5%. Además, tenemos una de las tasas más altas de mujeres extranjeras encarceladas (27). En nuestro país, a pesar de la reducción de penas, seguimos teniendo unas tasas de personas encarceladas por toxicomanías superiores a nuestro entorno europeo, solo comparables a las de Italia (28).

Las cifras elevadas de mujeres en los centros penitenciarios han sido durante los últimos años una constante que condiciona cualquier aproximación al análisis de su situación dentro del sistema penitenciario español. No solo han aumentado cuantitativamente, sino que cada vez es más importante el número de aquellas que cumplen condenas largas, debido a la creciente evolución de la participación de las mujeres en la comisión de delitos contra la salud pública, a la creciente feminización de la pobreza y exclusión social y al aumento de mujeres inmigrantes provenientes de países empobrecidos e involucradas en el tráfico de drogas (26,29). Sin embargo, las investigaciones en torno a la mujer reclusa son escasas.

a) Perfil criminológico

Hay una criminalización de aquellos sectores sociales más vulnerables, y tiene género. Los delitos de los más pobres son los que merecen la peor consideración y sufren mayor castigo. En los sistemas penitenciarios están sobrerrepresentados los sectores sociales más precarios y, en concreto, en las mujeres existe una mayor vulnerabilidad, mayor precariedad por antecedentes de abuso, precariedad económica y por cargas familiares, siendo importante el número de personas no activas o en situación de desempleo. Hay que tener en cuenta que las cifras de las estadísticas policiales y penitenciarias son un reflejo no de la criminalidad sino de la actividad policial. En este sentido, existen ya propuestas políticas, en diversos países, para que la lucha policial no sea igual para todo tipo de drogas (30). Además, no todos los delitos realizados son descubiertos ni todos los descubiertos son denunciados. Estas estadísticas informan sobre la criminalidad registrada, no la real (oculta), se supone que la criminalidad real es el doble que la registrada oficialmente, sobre todo con delitos de tráfico de drogas. Según las estadísticas penitenciarias, la población encarcelada es predominantemente masculina, en torno al 92%.

Las actividades delictivas vinculadas al tráfico ilícito de drogas dan cuenta de organizaciones y redes delictivas con gran poder, responsables de dirigir ese proceso (31,32). Es precisamente en el delito contra la salud pública donde con frecuencia las mujeres se ubican en las últimas etapas de la organización de este tipo de acciones penadas por la ley. Ello conlleva una mayor exposición a los controles en los sistemas de detención en aduanas y fronteras, son las “mulas” o “correos”. Este tipo delictivo no conlleva necesariamente una violencia directa y puede que no sea reprobado en el entorno inmediato. Es por ello que existe un consenso creciente en que la lucha contra los traficantes debería ser especialmente dura con aquellos que ocasionan una violencia letal (28).

Según la Encuesta de Salud y Consumo de Drogas a los Internados en Instituciones Penitenciarias (33), los hombres presentaban mayores porcentajes de antecedentes penitenciarios y de estancias en centros de menores que las mujeres. Estudios recientes en nuestro país señalan que el número de internas que ingresan por su primera condena es del 81,8% (34):

- De cada diez personas internas, cinco consumieron alguna droga ilegal en el último año en libertad (54%) y dos consumieron en el último mes en prisión; suelen consumir más de una sustancia psicoactiva, con un patrón de policonsumo.
- Las sustancias más consumidas en prisión (últimos 30 días) fueron el tabaco (74,9%), seguido del cannabis (19,4%) y los tranquilizantes sin receta (6,2%). El porcentaje de consumidores de otras sustancias se sitúa en menos del 3%;
- Las sobredosis no mortales en la población penitenciaria son más frecuentes estando en libertad que dentro de la prisión; las sustancias psicoactivas a las que los internos atribuyen las sobredosis son los tranquilizantes en prisión y la cocaína, y el alcohol fuera de la misma;
- El 29,9% de los internos ha sido diagnosticado alguna vez de un trastorno mental y el 27,9% está actualmente en tratamiento con medicación psiquiátrica. En concreto, en el caso de las mujeres presas, recibían psicofármacos el 34,4%, psicoterapia el 12,3% y una intervención psicoeducativa solo el 3,5% (35);
- El 21,3% de la población penitenciaria ha intentado quitarse la vida alguna vez estando en prisión o en libertad.
- El consumo de todas las drogas ilegales es claramente más elevado en la población penitenciaria estando en libertad que en la población general, destacando las diferencias en cannabis y cocaína.

Otro hecho relevante, que a veces pasa desapercibido, es que el consumo de drogas en general, y especialmente el de alcohol, aumenta el riesgo de ser víctima de violencia, como demuestra el hecho de que entre el 34 y el 38% de las víctimas tenían una alcoholemia positiva en el momento de su muerte (36). Esto se explica porque el alcohol produce “un coraje líquido” para enfrentar las provocaciones, alterando la capacidad de juicio, disminuyendo la cautela y aumentando la irascibilidad en entornos en los que la violencia puede surgir (30).

La estancia en prisión es una oportunidad para mejorar la salud de los internos con programas de prevención y de tratamiento, incluyendo la implementación de programas socio y psicoeducativos para reducir los factores de riesgo y potenciar los factores de protección, con una perspectiva de género (35). A recordar que las altas tasas de abandono de los programas terapéuticos hacen que no sean recomendables

para todos los presos y que puede ser suficiente con un adecuado manejo de incentivos para que las personas permanezcan libres de consumo (28).

b) Salud percibida

La percepción de la salud es un indicador que proporciona información relevante para fundamentar estrategias de salud, ya que tiene buena correlación con la morbilidad e incluso con la mortalidad, además de permitir deducir necesidades sentidas de la población. Es bastante constante en los estudios sobre el tema que tienen peor salud percibida las mujeres que los hombres, y son las mujeres con trabajos no cualificados o dedicadas al trabajo doméstico las que tienen una peor percepción (37). En el caso de las mujeres reclusas, la Encuesta sobre Salud y Consumo de Drogas a los Internados en Instituciones Penitenciarias (33) recoge que las mujeres tienen peor percepción de salud frente a los hombres. Diversos estudios recogen que hasta el 73,2 % de las mujeres reclusas perciben sintomatología relacionada con la salud mental (34,35), principalmente en forma de ansiedad, depresión y estrés durante el internamiento, existiendo una asociación entre estos síntomas y el consumo de alcohol y drogas (34).

La *salud percibida*, además de ser un indicador orientativo del estado de salud, es un indicador sensible a las condiciones ambientales, culturales, incluidos los condicionantes de género, pues es influida por los significados de la salud y el bienestar para cada condición social, cultural y forma de vida. Las mujeres suelen tener mayores tasas de trastorno mental común (especialmente depresiones), psicosis y adicciones, y menores de alcoholismo y trastornos de personalidad, salvo en trastorno límite (15).

c) Consumo de sustancias psicoactivas

Quienes tienen problemas de adicciones necesitan atención desde los primeros momentos de su estancia en prisión, aunque sea llamativa la persistencia del problema en la cárcel (25,38). Los problemas de drogas específicamente relacionados con mujeres no han sido examinados de un modo sistemático por los sistemas de información sobre drogas de la Unión Europea.

Los estudios, junto con el Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías, SEIT, muestran una menor prevalencia de las mujeres frente a los varones en el consumo de drogas ilegales, situándose su representación alrededor del 20%. Esta podría ser la razón de que no exista una especificidad de género. O se olvidan de las mujeres, o se las trata desde el punto de vista de los varones. El androcentrismo presente en los estudios sobre consumo de drogas ilegales en España, desde sus

comienzos hasta la actualidad, puede llevar a pensar que la realidad de las mujeres es menos significativa, salvo en los trabajos que tienen que ver con su maternidad. Algunos estudios recientes enfocan esta realidad desde una perspectiva de género y vemos cifras más reales en las que un 51,6% de las mujeres encarceladas en España presentan trastornos por uso de sustancias y un 23,2%, problemas de adicción (35), así como elevadas prevalencias de consumo de alcohol y drogas previas a su entrada en prisión (34). Aunque su representación sea menor, hay una realidad de consumo de drogas ilegales en muchas mujeres que tiene repercusiones importantes para su salud, su maternidad y su contexto inmediato.

d) Determinantes psicosociales de la salud

Los determinantes psicosociales son aquellos que dan cuenta de las contingencias sociales y acontecimientos vitales de hombres y mujeres que construyen la biografía de cada persona (39). Si, además, consideramos el enfoque de género, podemos decir que estos determinantes están relacionados con el modelo de socialización de género femenino y masculino.

Es adecuado considerar los condicionantes en la población reclusa femenina en base a los datos de la Encuesta EDSIP (33): deserción escolar y fracaso escolar, tasa de ocupación, vivienda, entorno relacional (pareja, hijos...), antecedentes de abuso/maltrato familiar, etc., considerando dentro de esta compleja problemática la importancia que tiene para la mujer, en su condición como tal, el temor al abandono y al desafecto, o la búsqueda de aprobación por parte del hombre.

Quedan muchas cuestiones pendientes de abordaje en esta población encarcelada y con patología dual, comenzando por la consideración de las adicciones como trastornos en la salud mental, y no como unos “problemas diferentes”, que requieren de medidas, programas y recursos específicos, con una atención integral, cuando menos, tal y como señala el PAIEM para los Centros Penitenciarios (22,40). Y queda pendiente, entre otros temas, lo relativo a las medidas alternativas a la pena privativa de libertad en personas con alguna adicción (41). Queda mucho por delimitar e impulsar en las medidas de seguridad, la petición de indulto y los trabajos en beneficio de la comunidad, con la adecuada revisión doctrinal y jurisprudencial de la suspensión de la pena de prisión en este colectivo, sean suspensiones ordinarias o supuestos especiales.

POLÍTICAS PENITENCIARIAS DIRIGIDAS A LA MUJER RECLUSA

Las políticas diferenciadas para la mujer se han encontrado ausentes de la agenda de la política criminal de la mayoría de los países. El abordaje de la dependencia de las sustancias psicoactivas, tanto en su estudio como en su tratamiento,

se ha enfocado genéricamente, sin diferencias entre varones y mujeres, puesto que se ha asumido que este fenómeno es el mismo para unos y otras. Sin embargo, son diferentes sus roles, estatus, percepciones, funciones y expectativas sociales. Por esta razón, tanto varones como mujeres viven de forma diferente su experiencia con las drogas, y el significado y la percepción social son diferentes en función de cada sexo. El estilo de vida adictivo es muy diverso en ambos sexos y, como en otros aspectos que se desarrollan en la sociedad, las repercusiones son más drásticas, terribles y duras para las mujeres (4,32,42,43). Estas diferencias no se tienen en cuenta en muchos de los servicios de asistencia a los que acuden con perfil de la persona adicta, politoxicómana, usuaria crónica a quien se destina gran parte del gasto de tratamiento asistencial (16,22,44).

Hace bastantes años que se han hecho investigaciones sobre las mujeres adictas penadas en los centros penitenciarios, así como sobre la adecuación de las políticas penitenciarias a las necesidades y demandas de las mujeres presas (45-47). Tras plantear el desarrollo de políticas para incrementar la igualdad y la tolerancia social, y disminuir conductas disfuncionales y las conductas delictivas, en esos y otros estudios ya se señalaron diversas necesidades de intervención tanto para disminuir el acceso a las prisiones de las personas con problemas de trastornos por uso de sustancias (TUS) como para mejorar su manejo durante el internamiento y evitar las reincidencias tras la excarcelación, que trataremos de describir en sus distintos niveles de implementación:

A) *Medidas previas al ingreso en prisión* (48)

1. Reforzar con personal y medios los equipos comunitarios para la atención de las personas con TUS, integrándolos dentro de las redes de salud mental, para evitar la pérdida de pacientes en la brecha entre servicios de toxicomanías y otros de salud mental, como todavía ocurre en algunas comunidades autónomas (49). Los programas integrados que incluyen terapia asertivo-comunitaria y alojamiento son los que mejores resultados ofrecen (50).
2. Desarrollar secciones en los juzgados que conozcan iniciativas alternativas para personas con TUS, cuyo objetivo sería encontrar vías para que los delincuentes toxicómanos entren en programas de tratamiento antes que en la prisión. Cuando se completa el tratamiento, las tasas de reincidencia, con nuevas detenciones, se reducen (28).
3. Ofrecer terapia de sustitución para delincuentes que consumen, ya que el tratamiento con metadona reduce el *craving*³, permite tomas más distanciadas y provoca efectos agudos menos intensos. Existe una gran evi-

³ Intenso deseo de consumo que conduce al abandono de la abstinencia.

dencia sobre su capacidad para reducir el consumo de heroína, disminuir la criminalidad, mejorar el funcionamiento social y salvar vidas, pues las tasas de mortalidad son 1/3 menores que en quienes siguen consumiendo heroína (51).

4. La prohibición y el control del suministro de drogas ¿son una forma de prevención? La prohibición intenta reducir el uso de drogas elevando su precio, disminuyendo su disponibilidad y reforzando el mensaje de su peligrosidad. Los defensores de la prohibición se basan en: a) las estadísticas de muertes por heroína, que, además, en el caso de las mujeres, presentan unas tasas de mortalidad 20 veces mayores que en la población general y 10 veces mayores que en varones, si usan heroína intravenosa, tal como han señalado diversos estudios en Italia, Cataluña y Asturias (52-54); y b) disminuir su disponibilidad para aumentar los precios y disminuir su pureza. Un aumento del 10% en su precio disminuye un 8% el consumo, aunque puede haber un cambio hacia drogas más baratas.
5. Las políticas policiales y judiciales no deben ser uniformes para todas las drogas. Mientras que la marihuana debería recibir una escasa atención, al ser una sustancia ampliamente utilizada, cuyos daños, aunque los tiene, son modestos, como un posible incremento en la prevalencia de conductores que sufren traumatismos de tráfico y presentan test positivos de tetrahidrocannabinol (55), presenta menor riesgo de muerte que otras sustancias, no implica una promoción de la violencia y, según los datos existentes, su despenalización no aumentaría su consumo (28). Otras sustancias, como el alcohol, aparecen vinculadas epidemiológicamente con un mayor número de homicidios que cualquier otra droga ilícita (30): el 40 % de los encarcelados por crímenes violentos habían bebido en el momento de cometer el delito (56) y el alcohol se relaciona específicamente con el asesinato, la agresión sexual y la violencia de género, por lo que algunos autores han propuesto la necesidad de implementar medidas especiales, como: a) aumentar los impuestos especiales sobre el alcohol para disminuir el consumo; y b) controlar aquellos lugares de venta de alcohol cuyos clientes están desproporcionadamente inmersos en casos de violencia relacionada con el alcohol.
6. Mejorar el manejo de las comunidades problemáticas que están bajo supervisión de la justicia. Aquellos consumidores que están en libertad condicional y que dan positivo a test de control deberían ser sometidos a intervenciones rápidas, seguras y justas que excluyan la prisión en primera instancia. Tras un segundo positivo, una detención de dos días y así progresivamente. Se ha visto que estas intervenciones reducen la recurrencia a

menos de la mitad en comparación con el grupo control (30) y permiten cambiar la conducta de un número importante de sujetos sin que entren en un programa de tratamiento convencional.

7. Reducir la prescripción de drogas de abuso con políticas que potencien los esfuerzos reguladores.
8. Aumentar el acceso a los tratamientos de las adicciones.
9. Aumentar la cantidad y calidad de los programas dirigidos a mujeres maltratadas.
10. Implementar programas de planificación familiar.

B) *Intervenciones en el medio penitenciario*

1. Reducir la duración media de las sentencias para delincuentes toxicómanos. La duración de la condena no debería basarse en la cantidad de droga que se posee ni en el número de detenciones previas, sino en la culpabilidad, el peligro asociado a la actividad de distribución y la facilidad de reemplazo del sujeto delincuente en la red. Esto favorecería a las mujeres que ocupan escalafones bajos en los sistemas de distribución.
2. Ligar el confinamiento en prisión con el tratamiento. Los beneficios descritos previamente con la terapia de sustitución con metadona se mantienen también en prisión (57). En el caso de las mujeres presas, los centros penitenciarios han dispuesto programas de metadona accesibles, pero no programas libres de drogas.
3. Incrementar la participación de la mujer en actividades remuneradas. Muchas de ellas realizaban actividades en los centros que, en rara ocasión, eran remuneradas.
4. Favorecer las redes de apoyo entre las compañeras internadas.
5. Estrategias de empoderamiento y promoción de la participación en programas de fomento de la autonomía personal.
6. Elaborar y desarrollar proyectos para fomentar la igualdad en el medio penitenciario.
7. Adaptar las políticas de personal a los planes de igualdad y las leyes de conciliación familiar.
8. Aumentar la presencia de educadores sociales en prisión que implementen programas socio y psicoeducativos para mujeres con TUS, con el objetivo de reducir los factores de riesgo y potenciar los factores de protección, con una perspectiva de género (35).
9. Favorecer las concesiones de libertades condicionales como un instrumento fundamental para el éxito de los programas de reinserción.

10. Estrategias de intervención para:
 - a. Ambos miembros de la unidad familiar privados de libertad.
 - b. Madres internas que conviven con hijos menores de tres años.
 - c. Trabajos en el exterior en trabajo doméstico o pequeñas empresas para facilitar el acceso al tercer grado con hijos.
 - d. Horarios flexibles para las mujeres clasificadas en tercer grado con hijos, acudiendo ciertas horas al centro penitenciario y pernoctando en su domicilio.
 - e. Internamiento en unidades de madres con programación educativa y lúdica para los menores.

Se deben diseñar programas de orientación relacional. Las conductas criminales y adictivas precisan del enfoque de género que visibilice y ponga el foco en las motivaciones del inicio y mantenimiento de la dependencia, que será tenido en cuenta en las intervenciones, en los modelos de cambio de las actitudes de género que mantienen conductas y perpetúan desigualdades.

El abordaje terapéutico diferenciado desde la óptica de género está poco desarrollado y menos asumido, siendo hegemónicos los programas de tratamientos homogéneos, orientados al mayor número de afectados, de ahí la orientación masculina. La evolución del consumo de drogas en la mujer y el modelo asistencial obligan a pensar en otros enfoques de intervención, más allá de algunas experiencias piloto percederas.

Asimismo, en los últimos años, las políticas de drogas también han tenido en cuenta las necesidades de la población penitenciaria femenina, siendo reflejadas en la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 (44), que entre sus principios rectores señala la equidad y la perspectiva de género como marco analítico y el desarrollo de herramientas para visibilizar, analizar y afrontar la afectación de las adicciones en las mujeres, y, complementando Estrategias anteriores, persigue “desarrollar programas penitenciarios dirigidos específicamente a mujeres”, y en el Plan de Acción 2021-2024 (58) establece la realización de un estudio de prevalencia y variables asociadas en población penitenciaria.

C) Medidas de transición a la comunidad

Las personas que salen de prisión son una población clave, ya que el 60% presentan TUS y se registran altas tasas de mortalidad tras la liberación, sobre todo por sobredosis, y tenemos que asegurar su acceso a los servicios apropiados. En realidad, no existen mecanismos de colaboración institucionales que favorezcan la derivación del paciente a los programas de atención ambulatoria o de rehabilitación psicosocial que precisan. De modo que los patrones de recidiva en los cuatro años siguientes

son muy altos (68%), con nuevos ingresos en prisión, más en aquellos sujetos con patología dual (49).

Este crucial campo de intervención está aún sin desarrollar y sería de gran ayuda cumplir el mandato legal para traspasar a las CC. AA. las competencias de la sanidad penitenciaria (Disp. Adic. 6ª Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud), hasta ahora incumplido, salvo en Cataluña, País Vasco y Navarra (59).

Los modelos de rehabilitación y reinserción social tras la excarcelación que traten de prevenir la reincidencia deben trabajar, principalmente, los llamados *factores de riesgo criminógenos*, entre los que se encuentra el abuso de sustancias y otros⁴, pero no la enfermedad mental (60), si bien se observa mayor reincidencia si hay enfermedad mental no tratada o mal tratada, y, en prisión, lo hegemónico es la “patología dual”, coexistiendo la enfermedad mental con una adicción.

Habrà que seguir y evaluar lo señalado en los documentos sobre planes de intervención y la estrategia apuntada, constatar lo realizado y lo que aún está pendiente de desarrollar.

⁴ Historial criminal/asocial previo, personalidad antisocial, cognición antisocial (secuelas del encarcelamiento), pares antisociales, familia/pareja desestructurados, bajo nivel de rendimiento/satisfacción en la escuela/trabajo...

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Meneses C, Markez I. Use, misuse and gender differences. En: Sáenz-Herrero M. (Ed.) *Psychopathology in women: Incorporating gender perspective into descriptive psychopathology*. Londres: Springer, 2018.
- (2) Romo N. La mirada de género en el abordaje de los usos y abusos de drogas. *Rev Esp Drogodependencias* 2010; 3: 269-272.
- (3) Arana X, Markez I, Montañés V. Introducción al enfoque de género en las políticas europeas de drogas. *Oñati Socio-legal Series* [online], 2012; 2(6): 1-5. Disponible en: <http://ssrn.com/abstract=2176145>
- (4) Markez I, Silvosa G. Drogas y género en el ámbito penitenciario. *Oñati Socio-legal Series* [online] 2012; 2(6): 146-160. Disponible en: <http://ssrn.com/abstract=2176143>
- (5) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Indicadores de Salud 2017. Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017.
- (6) CERMI. *Discapacidad y exclusión social en la unión*. Madrid: CERMI, 2003.
- (7) Cuenca P. La adaptación de la normativa penitenciaria española a la convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad. Informe propuesta. CERMI. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Madrid: Ed Cinca, 2019.
- (8) Arroyo-Cobo JM. El modelo de atención a los problemas de salud mental en instituciones penitenciarias. Una respuesta al debate permanente ¿enfermo o delincuente? *Cuad. Psiquiatr. Comunitaria* 2014; 12(1): 13-26.
- (9) Grupo de Salud Mental en Prisión (GSMP). *Atención primaria de la salud mental en prisión*. Bilbao: OMEditorial, 2011.
- (10) Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía (APDHA). *Enfermos mentales en prisiones ordinarias. Un fracaso de la sociedad del bienestar*. Sevilla: APDHA, 2007.
- (11) Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía (APDHA). *Sanidad en prisión. La salud robada entre cuatro muros*. Sevilla: APDHA, 2016.
- (12) Mora Grande MI. *Enfermos mentales en las prisiones ordinarias: un fracaso de la sociedad del bienestar*. APDHA, febrero, 2007. Disponible en: <http://www.apdha.org/media/saludmental07.pdf>
- (13) López J. Las personas con TMG en el ámbito penal y penitenciario: situación social y propuestas de intervención psicosocial. *Corintios XIII: Revista de teología y pastoral de la caridad*, 2011; 137: 233-246.
- (14) Organización Mundial de la Salud. *Salud mental: un estado de bienestar*. Ginebra: OMS, 2013.
- (15) Fazel S, Hayes AJ, Bartellas K, Clerici M, Tretsmann R. The mental health of prisoners: a review of prevalence, adverse outcomes, and interventions. *Lancet Psychiatry*. 2016; 3(9): 871–81.
- (16) Zabala C. *Prevalencia de enfermos mentales en prisión. Análisis de la relación con delitos y reincidencia*. Madrid: Ministerio del Interior, 2017.

- (17) Sirdífield C. The prevalence of mental health disorders among offenders on probation: a literature review. *J Ment Health* 2012; 21(5): 485-498.
- (18) Walker J, Illingworth C, Canning A, Garner E, Woolley J, Taylor P. Changes in mental state associated with prison environments: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand*. 2014; 129(6): 427-36.
- (19) Vicens E, Tort V, Dueñas RM, Muro Á, Pérez-Arnau F, Arroyo JM, et al. The prevalence of mental disorders in Spanish prisons. *Crim Behav Ment Health* 2011; 21(5): 321-32.
- (20) Markez I, Iñigo C (coords.). *Atención y tratamiento del abuso de drogas en prisión*. Bilbao: OMEditorial, 2012.
- (21) Rincón S, Vera E, García J, Planelles MV. Consumo de drogas al ingreso en prisión: comparación entre población española y extranjera. *Rev Esp Sanid Penit*. 2008; 10(2).
- (22) Ministerio del Interior. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP). Programa de atención integral al enfermo mental en centros penitenciarios equipos y actividades 2017. Madrid: Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2017.
- (23) Fazel S, Seewald K. Severe mental illness in 33.588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. *Br J Psychiatry* 2012; 200: 364-73.
- (24) Andersen HS. Mental health in prison populations. A review -with special emphasis on a study of Danish prisoners on remand. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2004; (424):5-59.
- (25) López M, Laviana M, Saavedra FJ, López A. Problemas de salud mental en población penitenciaria. Un enfoque de salud pública. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2021; 41(140): 87-111.
- (26) Ministerio de Interior. Portal Estadístico de Criminalidad, 2021. Madrid: Centro Tecnológico de Seguridad, 2021.
- (27) Aebi MF, Delgrande N. Council of Europe annual penal statistics: Space I: 2009. Lausanne: Université de Lausanne, Institut de criminologie et de droit penal, 2011.
- (28) Caulkins JP, Reuter P. Dealing more effectively and humanely with illegal drugs. *J Crim Justice*. 2017; 46(1): 95-158.
- (29) Ministerio del Interior. Programa de acciones para la igualdad entre mujeres y hombres en el ámbito penitenciario. Madrid: Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2011.
- (30) Pollack HA. Dealing more effectively with problematic substance use and crime. *J Crim Justice* 2017; 46(1): 159-200.
- (31) Añaños F (coord.). *Las mujeres en las prisiones. La educación social en contextos de riesgo y conflicto*. Barcelona: Ed. Gedisa, 2011.
- (32) Añaños F, Burgos R, Rodríguez A, Turbi AM, Soriano C, Llopis JJ. Salud mental en prisión. Paradojas socioeducativas. *eduPsykhé, Revista de Psicología y Educación* 2017;16(1): 98-116.
- (33) Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta estatal sobre salud y drogas entre los internos en prisión (ESDIP). Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2016.

- (34) Caravaca-Sánchez F, García-Jarillo M. Alcohol, otras drogas y salud mental en población femenina penitenciaria. *Anuario de Psicología Jurídica*, 2020; 30: 47-53.
- (35) Galán Casado D, Ramos-Ábalos EM, Turbi Pinazo A, Añaños F. Salud mental y consumo de drogas en prisiones españolas. Una perspectiva de género. *Psychol Soc Educ*. 2021; 13: 85-98.
- (36) Illinois Violent Death Reporting System (IVDRS). Alcohol in victims of homicide. IVDRS, 2014;(7). Disponible en: http://www.sychicago.org/images/LCH451_IVDRS_Alcohol_in_Homicides_r2.pdf
- (37) Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.
- (38) López M, Saavedra FJ, López A, Laviana M. Prevalencia de problemas de salud mental en varones que cumplen condena en centros penitenciarios de Andalucía. *Rev Esp Sanid Penit*. 2016; 18: 76-85.
- (39) Breilh J. *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial, Springer, 2013.
- (40) Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP), Dirección General de Coordinación Territorial y Medio Abierto. Protocolo de aplicación del programa marco de atención integral a enfermos mentales en centros penitenciarios. Madrid: PAIEM, 2009.
- (41) Germán Mancebo I, Arana X. El cumplimiento de las medidas alternativas a la pena privativa de libertad en personas drogodependientes. Vitoria-Gasteiz: Observatorio Vasco de Drogodependencias. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2009.
- (42) Añaños F, Fernández M, Llopis J. Aproximación a los contextos en prisión: una perspectiva socioeducativa. *Pedagogía social: revista interuniversitaria* 2013; 22: 2-16.
- (43) Yagüe C. Mujeres en prisión. Una intervención penitenciaria basada en sus características, necesidades y demandas. *Revista Española en Investigación Criminológica (REIC)* 2007; 5(4).
- (44) Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024. Madrid: DGPNSD, 2018.
- (45) Miranda MJ, Barberet R. Análisis de la eficacia y adecuación de la política penitenciaria a las necesidades y demandas de las mujeres presas. Madrid: Instituto de la Mujer, 1998.
- (46) Gañán A, Gordon B. La mujer drogodependiente penada en los centros penitenciarios: 2000-2001. Madrid: Asociación Servicio Interdisciplinar de Atención a Drogodependencias, 2001.
- (47) García de Cortázar ML, Agudo Y, Frutos L, Gutiérrez J, del Val C, Viedma A, et al. Estudio sobre discriminación en el ámbito penitenciario: extranjerías en las prisiones españolas 2009-2012. UNED. Disponible en: https://www.inmujeres.gob.es/areasTematicas/estudios/estudioslinea2012/docs/Estudios_discriminacion_penitenciario_.pdf

- (48) Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Actuar es posible: intervención sobre drogas en centros penitenciarios. Madrid: DGPNSD, 2006.
- (49) Pérez E. Atención a la salud mental en el medio penitenciario. En: Desviat M, Moreno A (eds). Acciones de salud mental en la comunidad. Estudios 47. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2012; pp. 704-13.
- (50) Rosenbeck R, Kaspro W, Frisman L, Liu Mares W. Cost-effectiveness of supported housing for homeless persons with severe mental illness. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 940-951.
- (51) Mattick RP, Courtney B, Jo K, Marina D. Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009; 3: CD002209.
- (52) Perucci CA, Davoli M, Rapiti E, Abeni DD, Forastiere F. Mortality of intravenous drug users in Rome: A cohort study. *Am J Public Health* 1991; 81(10):1307-10.
- (53) Sánchez-Carbonell X, Seus L. Ten-year survival analysis of a cohort of heroin addicts in Catalonia: The EMETYST Project. *Addiction* 2000; 95(6):941-48.
- (54) Jiménez-Treviño L, Saiz P, García-Portilla MP, Díaz-Mesa EM, Sánchez-Lasheras F, Burón P, et al. A 25-year follow-up of patients admitted to methadone treatment for the first time: Mortality and gender differences. *Addict Behav*. 2011; 36(12):1184-90.
- (55) Brubacher JR, Chan H, Erdelyis S, Staples JA, Asbridge M, Mann RE. Cannabis legalization and detection of tetrahydrocannabinol in injured drivers. *N Engl J Med*. 2022; 386: 148-156.
- (56) Cook PJ. *Paying the tab: the economics of alcohol policy*. Princeton, NJ: Princeton University Press, 2007.
- (57) Hendrich D, Alves P, Farrell M, Stöver H, Møller L, Mayet M. The effectiveness of opioid maintenance treatment in prison settings: A systematic review. *Addiction* 2012; 107(3):501-17.
- (58) Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Plan de acción sobre adicciones 2021-24. Madrid: DGPNSD, 2022.
- (59) Barrios Flores LF. El internamiento psiquiátrico penal en España: situación actual y propuestas de futuro. *Norte de salud mental* 2021;17(64): 25-38.
- (60) Barber V. Programas alternativos a la encarcelación: una aproximación clínica. Jornadas “Alternativas prisión en salud mental: soluciones jurídicas para la inclusión social”, 2017.