

## MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN LA POBLACIÓN PENITENCIARIA ESPAÑOLA

María del Carmen Zabala-Baños <sup>a 1</sup>  
Manuela Martínez Lorca <sup>a</sup>  
Antonio Segura Fragoso <sup>a</sup>  
Olga López Martín <sup>a</sup>  
Jaime González González <sup>a</sup>  
Dulce María Romero Ayuso, D. <sup>a</sup>  
Vicens Tort Herrando <sup>b c</sup>  
Enric Vicens Pons <sup>b</sup>  
Rosa María Dueñas Herrero <sup>b</sup>

<sup>a</sup> *Universidad de Castilla la Mancha. Facultad de Terapia Ocupacional, Logopedia y Enfermería.  
Talavera de la Reina. (Toledo)*

<sup>b</sup> *Parc Sanitari Sant Joan de Deu.*

<sup>c</sup> *Centro Penitenciario Quatre Camins, Barcelona*

### Resumen

El presente trabajo describe la calidad de vida de la población penitenciaria española en relación con la percepción de su estado de salud. Se evaluó a 882 internos que cumplían pena de prisión en centros de las comunidades autónomas de Cataluña, Aragón, Madrid y Castilla la Mancha. Los resultados reflejan una peor percepción de su calidad de vida y de su salud entre los internos que presentan un menor nivel de estudios, los que han cometido delitos violentos, los reincidentes y con antecedentes familiares de enfermedad mental, los que presentan patologías cardíacas y enfermedad mental. Este trabajo puede aportar datos relevantes sobre la dimensión de la calidad de vida en las prisiones, dimensión no muy estudiada y pone a su vez de manifiesto la necesidad de seguir investigando las variables inherentes a la situación de encarcelamiento y su repercusión sobre la calidad de vida y la salud de las personas privadas de libertad.

PALABRAS CLAVE: *calidad de vida, prisión, salud, enfermedad.*

### Abstract

This paper describes the quality of life of the Spanish prison population in relation to the perception of their health status. 882 inmates who met imprisonment in prisons of Cataluña, Aragon, Madrid and Castilla La Mancha was evaluated. The results show a poorer perception of their quality of life and health among inmates who have a lower level of education, those who have committed violent crimes, repeat offenders and with a family history of mental illness, those with heart diseases and disease mental. This work can provide relevant data on the dimension of quality of life in prisons, not studied dimension and puts in turn demonstrates the need for further research inherent in the situation of incarceration variables and their impact on quality of life and the health of persons deprived of liberty.

KEYWORDS: *Quality of life, prison, health, illness.*

---

<sup>1</sup> *Correspondencia:* María del Carmen Zabala Baños (Zabala-Baños, M. C.). Facultad de Terapia Ocupacional, Logopedia y Enfermería. Avda. Real Fábrica de Sedas s/n, Talavera de la Reina 45600. Toledo.

*Correo electrónico:* [Carmen.Zabala@uclm.es](mailto:Carmen.Zabala@uclm.es)

*Fecha de recepción del artículo:* 2-2-2016

*Fecha de aceptación del artículo:* 3-5-2016

## Introducción

En las últimas décadas, el interés sobre la calidad de vida se ha incrementado de manera notable. En este sentido, hoy en día la mejora de la calidad de vida es un objetivo terapéutico fundamental en la mayor parte de las intervenciones dirigidas a la atención social y sanitaria de diferentes colectivos de personas.

La calidad de vida (CV) podría definirse como un constructo multidimensional que engloba componentes objetivos del estado funcional y de las condiciones de vida y componentes que denotan la sensación subjetiva de bienestar de la persona, referidos a la valoración personal de sus condiciones de vida (Caqueo-Urizar, Gutiérrez-Maldonado, Ferrer-García y Fernández-Dávila, 2012).

Una de las definiciones más aceptada es la de Shalock y Verdugo (2003) quienes refieren que la CV hace alusión a las condiciones vitales deseadas por una persona relativa a ocho dimensiones troncales en su vida: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, la autodeterminación, la inclusión social y los derechos.

Según la OMS (2004) la CV es *“la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con su entorno”*.

La CV puede verse mermada debido a numerosas circunstancias en población general. En el caso de colectivos de personas consideradas vulnerables, tales como las que se encuentran en una situación de privación de libertad, la CV, además, se encuentra afectada de manera notable.

Son escasas las investigaciones acerca de las características de la CV de personas que se encuentran en los centros penitenciarios, sin embargo, los estudios existentes reflejan que los internos son un colectivo caracterizado por una baja salud relacionada con la CV y que en general presentan una salud pobre con necesidades importantes en ésta (Osses-Paredes y Riquelme-Pereira, 2013; Togas, Raikou y Niakas, 2014).

En relación con los componentes objetivos del estado funcional y de las condiciones de vida, los estudios muestran que los reclusos son un colectivo de personas vulnerables al padecimiento de numerosos problemas médicos. En general presentan mayor probabilidad de padecer enfermedades crónicas tales como el VIH/SIDA, tuberculosis, hepatitis, infecciones de transmisión sexual, adicciones a varias sustancias psicoactivas e incluso enfermedad mental (Hayton, Van den Bergh y Moller, 2010).

En concreto, el 45% de la población penitenciaria presenta un diagnóstico de enfermedad, destacando las enfermedades mentales y aquellas relacionadas con el sistema respiratorio y circulatorio (Osses-Paredes y Riquelme-Pereira, 2013). Además, el 29,9% padece alguna patología infecciosa de carácter crónico (Arnau-Peiró, et al., 2012). Entre el 39% y el 43% son diagnosticados de diabetes, hipertensión o asma (Dumont, Brockmann, Dickman, Alexander y Rich, 2012). El 34% de la población de reclusos, suelen presentar problemas infecciosos, un 13% problemas en la sangre, un 23% en la piel y un 38% de heridas (Cuddeback, Scheyett, Carrie Pettus-Davis y Morrissey, 2010). Además, es importante señalar que, entre los reclusos con baja salud relacionada con la calidad de vida, existe un uso abusivo de sustancias psicoactivas (Togas et al, 2014). Igualmente, aparecen entre la población reclusa diversas enfermedades crónicas no infecciosas como la hipertensión (18.8%), asma (5.4%), diabetes (4.2%), enfermedad isquémica (1.7%), enfermedad pulmonar obstructiva (0.96%) y enfermedad cerebrovascular (0.23%) (Harzke, Baillargeon, Pruitt, Pulvino, Paar y Kelley, 2010).

En población penitenciaria española, la causa principal de enfermedad y por tanto de mortalidad es la infección por VIH (García-Guerrero, Vera-Remartínez y Planelles, 2011; Oviedo-Joekes, March,

Ramos, Ballesta y Prieto, 2005), la hepatitis C (Oviedo-Joekes et al., 2005) y los eventos cardiovasculares (García-Guerrero et al., 2011).

Con respecto a los estudios que versan acerca de los componentes que denotan la sensación subjetiva de bienestar de la persona, estos muestran en general resultados positivos acerca de la percepción que tiene la población reclusa de su propio estado de salud. En Noruega, un estudio llevado a cabo con 360 presos refleja que la mayoría de la muestra considera que su salud es buena o excelente e incluso ha mejorado en relación con el año anterior (Friestad, 2010). También, Osses-Paredes y Riquelme-Pereira (2013) refieren que en general los reclusos de Chile manifiestan una percepción de buen estado de salud. Igualmente, el 23% de los internos griegos manifiesta un estado de buena salud (Togas et al., 2014).

En población española, Oviedo-Joekes et al. (2005) en un estudio llevado a cabo con 450 reclusos, muestran que el 72% de los presos considera su salud como buena o muy buena.

A pesar de los resultados positivos obtenidos acerca de la percepción de la población de reclusos de su propio estado de salud, existen algunos datos que indicarían que la propia situación de encarcelamiento y permanencia en prisión se asociaría a una desmejora en diversos indicadores de salud de las personas que cumplen condenas (Hayton et al., 2010; Oviedo-Joekes et al., 2005; Togas et al., 2014;).

La salud de los prisioneros y la salud relacionada con la calidad de vida puede verse afectada de manera significativa por el ambiente de la prisión (Togas et al., 2014), entendiendo el encarcelamiento mismo como una situación que puede empeorar las condiciones de salud psíquica y física de las personas confinadas (Oviedo-Joekes et al., 2005). Las propias condiciones de la prisión caracterizadas por la falta de espacio, luz y aire fresco; la presencia de edificios antiguos con instalaciones deficientes y, a menudo en un estado de hacinamiento han dado lugar a uno de los retos de salud pública en la actualidad (Hayton et al., 2010; Togas et al., 2014).

Teniendo en cuenta esta situación, la OMS estableció en su Declaración de Moscú 2003 la necesidad esencial de establecer vínculos estrechos de coordinación o de integración, entre los servicios de atención de la salud pública y los que están en los centros penitenciarios (OMS, 2004; Zulaika, Etxeandia, Bengoa, Caminos y Arroyo-Cobo, 2012) a fin de mejorar la calidad de vida de los internos. Por tanto, aunque las actividades de promoción y prevención de la salud dentro de la prisión son escasas (Osses-Paredes y Riquelme-Pereira, 2013) la protección de la salud en el ámbito penitenciario es una parte esencial de la salud pública con un mejor control y prevención de las distintas enfermedades (Hayton et., 2010).

Considerando lo expuesto, el propósito del presente artículo es describir la calidad de vida de la población penitenciaria española en función de la percepción que tienen de su estado de salud.

## **Método**

### *Muestra*

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

Criterios de exclusión: 1) Mujeres. 2) Internos preventivos. 3) Internos en cumplimiento de medidas de seguridad. 4) Extranjeros con dificultades idiomáticas. 5) Puesta en libertad a 6 meses. 6) Internos en medio abierto. 7) Internos con patologías somáticas graves que imposibiliten la realización de la entrevista. 8) Internos con traslado inminente a otros centros penitenciarios. 9) Internos ingresados en

unidades psiquiátricas penitenciarias. 10) Personas sin capacidad mental para otorgar consentimiento informado.

*Tamaño muestral.* La muestra está compuesta por 891 sujetos pertenecientes a la suma de dos estudios. Un primer estudio (Vicens et al., 2011) con una muestra de 707 reclusos y un segundo con 184 que consistió en una segunda distribución del instrumento de medida utilizado por Vicens et al (2011). La población estudiada pertenece a cuatro regiones españolas (Cataluña, Madrid, Aragón y Castilla la Mancha). Con el fin de homogeneizar la muestra se eligieron sólo varones que estaban penados y cumplían condena. La procedencia estaba distribuida de la siguiente manera: 324 procedían de Madrid, 222 de Cataluña, 250 de Aragón y 95 de Castilla la Mancha. La recolección de datos se llevó a cabo entre abril de 2007 y junio de 2008 en la primera distribución y entre octubre de 2010 y junio de 2012 la segunda. La muestra se seleccionó a partir de la lista suministrada por cada centro penitenciario que contenía los números de identificación de los internos, mediante la técnica de muestreo aleatorio estratificado, siendo la tasa de respuesta del 97,7%. La distribución de los internos se realizó proporcionalmente al tamaño poblacional de cada centro penitenciario.

### *Diseño*

Se trata de un estudio epidemiológico descriptivo transversal, de metodología no experimental, donde todos los participantes realizaron las mismas pruebas, en el mismo orden y en las mismas condiciones, evaluándolos en el momento actual y en una sola ocasión.

#### Variables del estudio

Se consideraron las variables sociodemográficas (edad, nacionalidad, estado civil, nivel máximo de estudios finalizados, situación laboral y lugar de residencia), variables delictivas o penales (tipo de delito, tiempo de condena, régimen penitenciario, número de procesos judiciales, arrestos e ingresos), y variables clínicas (trastornos mentales a lo largo de la vida y en el último mes).

#### Instrumentos de evaluación

1. Entrevista Estructurada de Recogida de Datos Socio-Demográficos ad hoc que recoge información de datos sociodemográficos y penales.
2. Cuestionario Antecedentes Clínicos: Morbilidad Crónica de la OMS (PreCa, 2011): se recogen 14 antecedentes de patologías crónicas de los 33 ítems que contiene el cuestionario y que están relacionadas con Alergias, Neumología, Endocrinología, Reumatología, Psiquiatría, Neurología, Cirugía, Urología, Cardiología, Oftalmología, Digestivo y Otorrinolaringología. Su finalidad es conocer el estado de salud en general de los internos del presente estudio. Esta reducción se hizo porque las entrevistas al ser individuales y cara a cara, alargaban mucho más el proceso global de recogida de datos que aproximadamente fue de dos horas con cada interno.
3. Structured Clinical Interview for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Axis I Disorders (SCID-I, First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1999): protocolo de entrevista para realizar los diagnósticos más importantes del Eje 1 del DSM-IV siguiendo un modelo de entrevista de diagnóstico clínico. Permite aumentar la validez diagnóstica mediante la facilitación de la aplicación de los criterios diagnósticos y la indagación sistemática de síntomas que de otra forma podrían pasar desapercibidos.
4. EUROQUOL-5D (Badia, Roset, Montserrat, Herdman y Segura, Versión española): instrumento estandarizado para medir calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en dos medidas sumarias: salud física y salud mental. Consta de dos partes: en la primera se evalúan cinco dimensiones (movilidad, cuidado personal, actividad cotidiana, dolor/malestar y ansiedad /depresión). La segunda parte consiste en una escala visual-analógica (EVA) que representa el peor y mejor estado de salud imaginable. Es autoaplicada y el marco de referencia temporal es el momento actual.

### *Procedimiento*

Dada la especificidad y complejidad de la SCID-VC, fue necesaria una formación en el manejo y aplicación de la misma por parte de las personas que lo iban a aplicar, en este caso psicólogos. Posteriormente se realizó un pilotaje donde se aseguró el anonimato de los datos bajo el amparo de la ley de protección de datos, como señala la legislación vigente, expresando su aceptación mediante consentimiento informado. Fue necesario realizar la solicitud de los permisos y autorización desde la Secretaría General de IPPP, a través de la Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria para dar inicio a la investigación. Se estableció contacto con los centros participantes en el estudio, a través de los Directores, Subdirectores Médicos y Subdirectores de Tratamiento para dar a conocer la investigación y su finalidad.

El proceso de selección se realizó mediante muestreo aleatorio estratificado, partiendo de los números de identificación facilitados por cada centro. Las entrevistas se han realizado en el centro penitenciario, de forma manual, sin soportes informáticos, siendo los datos penales y clínicos contrastados con las historias de los internos. Las sesiones se llevaron a cabo en horario de mañana, adaptándonos a los horarios y ritmo de actividades de cada centro penitenciario.

### *Análisis de datos*

El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS 22. Las pruebas empleadas fueron bilaterales y la significación estadística se estableció en 0,05. Para comparar las variables categóricas se utilizó la prueba de Chi cuadrado, y para comparar las variables continuas de calidad de vida entre los que tenían y no cada uno de los distintos factores examinados se usó un modelo lineal general univariante en el que se introdujeron como covariables la edad, nivel de estudios, delito violento, reincidencia e índice de comorbilidad.

El Euroqol 5D se ha utilizado de tres formas diferentes, siguiendo las recomendaciones del Euroqol Group (<http://www.euroqol.org/>). En primer lugar, de forma descriptiva como un perfil de salud según se tuvieran o no problemas en cada una de las 5 dimensiones del cuestionario. Segundo, se utilizó la puntuación del termómetro Euroqol (Euroqol VAT) como una medida de la autopercepción del estado de salud general. Tercero, usando el Euroqol Index, que es un índice resumen ponderado que se calcula mediante la aplicación de una fórmula que atribuye valores (también llamado pesos) para cada uno de los niveles en cada dimensión. Los cálculos se realizaron usando EQ-5D-5L Index Value Calculator Version 1.1, aplicando los pesos de la población española a los diferentes perfiles de las posibles combinaciones de las cinco dimensiones. Este Índice tuvo un valor mínimo de 0,19 y máximo de 1, con mediana de 0,79. Para cuantificar la magnitud de las diferencias de calidad de vida entre los internos que tenían o no cierto factor, se calculó la D de Cohen como la diferencia entre las medias dividido por la desviación estándar común. Para cuantificar el grado de comorbilidad se construyó un índice de comorbilidad, sumando las D de Cohen de las comorbilidades presentes en cada sujeto. Este índice alcanzó un valor mínimo de cero y un valor máximo de 7,8, con mediana=0,8.

Para analizar la asociación entre la puntuación en el termómetro Euroqol y en el Euroqol Index (variables dependientes continuas) y las variables independientes se utilizó regresión lineal múltiple calculando los coeficientes ajustados con sus intervalos de confianza del 95% (IC95%). Se incluyeron inicialmente todas las variables de interés o potencialmente confusoras, y se fueron eliminando manualmente aquellas que no contribuyeron sustancialmente a la bondad del ajuste del modelo y no eran factores de confusión significativos.

## Resultados

En la Tabla 1 se muestran las características sociodemográficas y legales de los internos que conforman el estudio separadas para los que no tienen ningún problema en las dimensiones del EuroQol 5D, y los que tienen algún problema en alguna de ellas. La existencia de problemas es más frecuente de forma estadísticamente significativa en los que tienen menor nivel de estudios, en los que han cometido delitos violentos, y en los reincidentes en prisión. También es más frecuente, aunque de forma no estadísticamente significativa en los de 35-44 años, los nacidos en España, África y Asia, los que estaban en situación laboral de desempleo y los que están en situación irregular.

**Tabla 1.** Características sociodemográficas y legales de los internos del estudio

		EuroQol 5D				Valor P
		Ningún problema		Algún Problema		
		N.º	%	N.º	%	
Edad	<35	176	46,7	201	53,3	0,27
	35 a 44	116	40,4	171	59,6	
	45 o más	97	44,5	121	55,5	
	Total	389	44,1	493	55,9	
Lugar de nacimiento	España	263	43,0	349	57,0	0,51
	África	34	40,5	50	59,5	
	América latina	54	48,6	57	51,4	
	Asia	5	38,5	8	61,5	
	Europa	32	50,8	31	49,2	
	Otros	1	100,0	0	0,0	
Nivel de estudios	Primaria o menos	235	40,2	349	59,8	0,002
	Secundaria/Universidad	156	51,3	148	48,7	
Situación laboral antes del ingreso	Empleado	253	45,8	300	54,2	0,21
	Desempleado/otros	138	41,2	197	58,8	
Situación legal	Situación legal	327	45,0	399	55,0	0,12
	Situación irregular	51	37,8	84	62,2	
Delito violento	Delito NO violento	173	48,6	183	51,4	0,025
	Delito violento	218	41,0	314	59,0	
Ingresos en prisión	No Ingresos previos	207	48,4	221	51,6	0,012
	Reincidente	184	40,0	276	60,0	

En la Tabla 2 se aprecia la proporción de problemas en las dimensiones del Euroqol 5D según la presencia de antecedentes familiares y personales de enfermedad mental. Los internos con antecedentes familiares de enfermedad mental tienen baja frecuencia de problemas de movilidad (12,5%), cuidado personal (5,2%) y actividades cotidianas (9,2%). Por el contrario, tienen alta frecuencia de dolor/malestar y de ansiedad/depresión, ambas en torno al 47%. Los internos con antecedente personal de enfermedad mental tienen similares frecuencias de problemas relacionados con las dimensiones de la calidad de vida que los que tienen antecedentes familiares de enfermedad mental.

**Tabla 2.** Proporción de problemas en las dimensiones del EuroQol 5D y del EuroQol Index según antecedentes familiares y personales de enfermedad mental

		Antecedente Familiar Enfermedad Mental				Antecedente Personal Enfermedad Mental			
		SI		NO		SI		NO	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Movilidad	No problema	237	87,5	519	90,1	501	86,4	293	94,2
	Sí problema	34	12,5	57	9,9	79	13,6	18	5,8
Cuidado personal	No problema	257	94,8	563	97,7	557	96,0	307	98,7
	Sí problema	14	5,2	13	2,3	23	4,0	4	1,3
Actividades cotidianas	No problema	246	90,8	532	92,4	520	89,7	296	95,2
	Sí problema	25	9,2	44	7,6	60	10,3	15	4,8
Dolor/ Malestar	No problema	143	52,8	388	67,4	329	56,7	227	73,0
	Sí problema	128	47,2	188	32,6	251	43,3	84	27,0
Ansiedad/ Depresión	No problema	142	52,4	409	71,0	307	52,9	265	85,2
	Sí problema	129	47,6	167	29,0	273	47,1	46	14,8

En la Tabla 3 se muestra cómo afecta la comorbilidad a la calidad de vida. Se observan los valores medios del termómetro Euroqol en los internos que padecen o no algunas de las patologías crónicas más frecuentes. Se observan importantes reducciones en la calidad de vida con D de cohen mayor de 0,40 en los internos que tienen artrosis o reumatismos, asma, trastornos cardiacos, hipertensión arterial y hepatitis B o C. Destaca sobre todo la gran reducción de calidad de vida en los internos que tienen angina de pecho o infarto de miocardio (D Cohen = 0,83) o SIDA que alcanza D de Cohen =0,99.

**Tabla 3.** Comorbilidad. Valores medios del termómetro EuroQol según las patologías crónicas más frecuentes

		EUROQOL TERMOMETRO				
		N.º	Media	DE	Diferencia	D Cohen
Artrosis o reumatismos	SI	74	63,14	24,99	9,33	0,43
	NO	815	72,46	21,63		
Asma	SI	54	61,75	27,95	10,56	0,48
	NO	835	72,31	21,50		
Diabetes	SI	35	65,66	19,99	6,27	0,28
	NO	854	71,93	22,13		
Dolor de espalda crónico	SI	158	64,78	24,14	8,37	0,38
	NO	730	73,15	21,30		
Dolor cervical	SI	137	64,97	22,47	7,93	0,36
	NO	752	72,91	21,79		
Trastornos cardiacos	SI	65	62,46	22,91	9,93	0,45
	NO	823	72,39	21,85		
Angina de pecho/Infarto	SI	31	54,19	25,07	18,10	0,83
	NO	857	72,30	21,71		
Hipertensión arterial	SI	99	63,68	25,55	8,98	0,41
	NO	788	72,66	21,41		
Úlcera de estómago o duodeno	SI	83	65,88	24,20	6,38	0,29
	NO	805	72,26	21,77		
Estreñimiento crónico	SI	57	63,60	23,70	8,60	0,39
	NO	832	72,20	21,87		
Migraña o dolor de cabeza continuo	SI	134	66,08	24,87	6,58	0,30
	NO	754	72,65	21,40		
Hepatitis B o C	SI	262	65,25	22,27	9,10	0,42
	NO	626	74,35	21,44		
Infección HIV	SI	116	64,58	22,17	8,16	0,37
	NO	772	72,73	21,87		
SIDA	SI	25	50,64	25,81	21,64	0,99
	NO	862	72,28	21,68		

Nota. DE = desviación estándar. D Cohen=diferencia de medias/desviación estándar común.

En la Tabla 4 se observan los valores medios del termómetro Euroqol y del Euroqol Index según se hayan tenido o no diversos trastornos mentales a lo largo de la vida. En el termómetro Euroqol, se aprecian reducciones importantes de la calidad de vida en el entorno de 7 a 9 puntos en el termómetro, con D de Cohen superiores a 0,30 en todos los trastornos mentales examinados. Destacan los trastornos del estado de ánimo con D de Cohen = 0,43. Todas estas diferencias son estadísticamente muy significativas incluso después de ajustar por edad, nivel de estudios, delito violento y reincidencia.



**Tabla 4.** Valores medios del termómetro EuroQol y del EuroQol Index según enfermedad mental a lo largo de la vida

		N.º	Media	DE	D Cohen	IC 95%		P ajust 1	P ajust 2	P ajust 3
						Li	Ls			
<b>Termómetro</b>										
<b>EuroQol</b>										
Cualquier Enfermedad mental	NO	304	77,28	19,64	0,39	75,06	79,50	<0,001	<0,001	0,029
	SI	577	68,74	22,70		66,89	70,60			
Trastorno depresivo mayor	Ausente	673	73,52	21,33	0,36	71,90	75,13	<0,001	<0,001	0,013
	Presente	208	65,77	23,35		62,58	68,96			
Trastorno de ansiedad	NO	458	75,38	20,61	0,35	73,49	77,27	<0,001	<0,001	0,011
	SI	423	67,69	22,89		65,50	69,88			
Trastorno psicótico	NO	743	72,73	21,54	0,30	71,18	74,28	0,002	0,006	0,99
	SI	138	66,08	23,98		62,04	70,12			
Trastorno del estado de ánimo	NO	485	75,85	20,15	0,43	74,06	77,65	<0,001	<0,001	0,011
	SI	396	66,59	23,22		64,29	68,88			
Abuso o dependencia de sustan- cias	Ninguna	215	76,86	20,83	0,37	74,06	79,66	<0,001	0,001	0,11
	Una sola sustancia	166	74,04	21,49		70,74	77,33			
	Más de una sustancia	500	68,69	22,29		66,73	70,65			
<b>EuroQol Index</b>										
Cualquier Enfermedad mental	NO	310	0,88	0,19	0,66	0,86	0,90	<0,001	<0,001	<0,001
	SI	576	0,73	0,24		0,71	0,75			
Trastorno depresivo mayor	Ausente	678	0,81	0,22	0,48	0,79	0,83	<0,001	<0,001	<0,001
	Presente	208	0,70	0,24		0,66	0,73			
Trastorno de ansiedad	NO	463	0,84	0,21	0,58	0,83	0,86	<0,001	<0,001	<0,001
	SI	423	0,71	0,24		0,69	0,74			
Trastorno psicótico	NO	747	0,80	0,23	0,49	0,78	0,82	<0,001	<0,001	0,14
	SI	139	0,69	0,25		0,64	0,73			
Trastorno del estado de ánimo	NO	490	0,85	0,20	0,67	0,83	0,87	<0,001	<0,001	<0,001
	SI	396	0,70	0,24		0,68	0,72			

Abuso o dependencia de sustancias	Ninguna	218	0,84	0,21	0,37	0,81	0,87	<0,001	0,001	0,126
	Una sola sustancia	167	0,78	0,23		0,75	0,82			
	Más de una sustancia	501	0,76	0,24		0,74	0,78			

*Nota.* DE = desviación estándar. IC 95%: intervalo de confianza al 95% para la media. Li y Ls: límite inferior y superior del intervalo de confianza. D Cohen=diferencia de medias/desviación estándar común. En el abuso o dependencia de sustancias se ha calculado comparando los dos grupos extremos. Ajuste1= por edad y nivel de estudios. Ajuste2= lo anterior más delito violento y reincidencia. Ajuste3= todo lo anterior más comorbilidad.

Cuando se ajusta además por el resto de comorbilidades, pierde la significación estadística la diferencia en la calidad de vida de los internos con trastornos psicóticos y también con los que tienen abuso o dependencia de sustancias.

En el Euroqol Index, las reducciones en la calidad de vida son más importantes, con D de Cohen superiores a 0,35 en el caso de abuso a dependencia de sustancias, superiores a 0,45 para el trastorno depresivo mayor y el trastorno psicótico, de 0,58 para el trastorno de ansiedad, y, sobre todo, con D de Cohen superior a 0,65 para tener cualquier enfermedad mental o tener trastornos del estado de ánimo. Todas estas diferencias son también estadísticamente muy significativas después de ajustar por edad, nivel de estudios, delito violento y reincidencia. Cuando se ajusta además por el resto de comorbilidades crónicas, pierde también la significación estadística la diferencia en la calidad de vida de los internos con trastornos psicóticos y también con los que tienen abuso o dependencia de sustancias.

En la Tabla 5 se muestran los modelos multivariados que contienen los factores asociados de forma independiente a la puntuación del termómetro Euroqol y del Euroqol Index.

En el termómetro Euroqol, si no se tiene en cuenta la comorbilidad crónica (modelo A), los factores que permanecen de forma significativa en el modelo multivariado son (por orden de mayor fuerza de la asociación) el trastorno del estado de ánimo, el número de sustancias con abuso o dependencia, la edad, el trastorno de ansiedad y haber tenido ingresos previos en prisión. Todos los coeficientes tienen signo negativo, indicando que se asocian con una reducción en la calidad de vida. La bondad del ajuste de este modelo es R cuadrado=0,08;  $p<0,001$ . Cuando se introduce en el modelo un índice de comorbilidad (modelo B), es éste el que aparece con una gran fuerza de asociación estadísticamente significativa de signo negativo, reduciéndose de forma muy importante los coeficientes del resto de factores predictores que pierden la significación estadística. La bondad de ajuste de este modelo mejora ligeramente con R cuadrado=0,13;  $p<0,001$ .

En el Euroqol Index, cuando no se tiene en cuenta la comorbilidad crónica (modelo C), los factores que permanecen de forma significativa en el modelo multivariado son (por orden de mayor fuerza de la asociación) el trastorno del estado de ánimo, el trastorno de ansiedad, el trastorno psicótico, el nivel de estudios y la edad. Todos los coeficientes tienen signo negativo, indicando que se asocian con una reducción en la calidad de vida, excepto el nivel de estudios que tiene signo positivo. La bondad del ajuste de este modelo es R cuadrado=0,14;  $p<0,001$ . Cuando se introduce en el modelo el índice de comorbilidad (modelo D), aparece éste con una gran fuerza de asociación estadísticamente significativa de signo negativo, y se mantienen con una fuerza de asociación estadísticamente significativa el trastorno del estado de ánimo y el trastorno de ansiedad. El trastorno psicótico y la edad pierden la significación estadística, mientras el nivel de estudios se mantiene con  $p=0,83$ . La bondad de ajuste de este modelo mejora sustancialmente con R cuadrado=0,21;  $p<0,001$ .

## Discusión

Los resultados de este trabajo ponen de manifiesto la relación de variables sociodemográficas y legales con la percepción de la calidad de vida de los internos. Concretamente, el tener un menor nivel de estudios, la comisión de un delito violento y ser reincidente está relacionado con una percepción de tener más problemas en las dimensiones que mide el Euroqol. Estos resultados están en la línea de otros estudios que ponen de manifiesto que el hecho de ser reincidente está relacionado con un peor nivel de funcionamiento psicológico y bienestar en el interno y en su autonomía (Altamirano, 2011). El bajo nivel educativo también se ha demostrado que es un factor asociado significativamente a la reincidencia (Bertone, Domínguez, Vallejos, Muniello y López, 2013), lo cual pone de manifiesto que el “bagaje individual que trae el interno al ingresar” (Rodríguez, Larrauri y Güerri, 2016), influye en la percepción de su salud y su calidad de vida en la prisión.

Asimismo, el tener antecedentes familiares y personales de enfermedad mental, en ambos casos, se relaciona con las dimensiones Dolor/Malestar y Ansiedad/Depresión. Una posible explicación que extraemos con respecto a la dimensión del dolor o malestar, en cuanto a los antecedentes personales, puede estar relacionada con una menor capacidad personal de atribución del dolor y menores estrategias de afrontamiento y cuidado del mismo. En cuanto a las dimensiones de ansiedad y depresión, este porcentaje elevado puede responder a sintomatología que acompaña a la propia enfermedad mental, y también uniéndonos a otros estudios, a la propia situación de encarcelamiento que constituye en sí misma una situación traumática y conlleva un esfuerzo de adaptación muy importante por parte del interno y también a las historias de vida de cada uno, en muchos casos, historias difíciles en contextos familiares marginales y deprimidos que derivan en situaciones de privación de afectos y necesidades básicas (Altamirano, 2011) que dificultan, a su vez, la adaptación al medio penitenciario, derivando en cuadros o sintomatología depresiva o de ansiedad y en una experiencia de somatización más alta que la población general, derivando en un número más elevado de quejas de salud subjetiva (Altamirano, 2011).

Los estudios informan que la población penitenciaria es un colectivo que en general tiene una salud física pobre presentando necesidades importantes en ésta (Osses-Paredes y Riquelme-Pereira, 2013; Togas et al., 2014). Así mismo también es reconocido en la literatura y por el personal que trabaja en los centros penitenciarios, la presencia elevada de personas que presentan problemas de enfermedad mental (Fazel y Baillargeon, 2011, Fazel y Seewald, 2012; Vicens et al, 2011; Zabala-Baños et al. 2016). En el presente estudio se observa la presencia de patologías crónicas como artrosis, reuma, asma, hepatitis y con un porcentaje más elevado el SIDA y la angina de pecho/infarto.

Estos resultados coinciden con otros trabajos (Arnau-Peiró, et al., 2012; Dumont, 2012; Harzke et al., 2010; Osses-Paredes y Riquelme-Pereira, 2013), siendo la principal enfermedad que afecta a la calidad de vida el SIDA seguido de la enfermedad cardíaca como angina de pecho o infarto de miocardio. Estos datos son coherentes con los resultados nacionales e internacionales, de los estudios de García-Guerrero et al (2011), Hayton et al. (2010) y Oviedo-Joekes et al (2005). Aunque en el presente estudio no se ha medido la variable del estrés en los internos, los estudios ponen de manifiesto la relación entre el estrés y la salud tanto física como mental. Autores como Sapolsky (2004) ponen de manifiesto que este factor incrementa el riesgo de padecer una enfermedad cardíaca. El hecho de estar en prisión es una experiencia altamente estresante por lo menos al principio (estresores puntuales o agudos) y en muchos casos crónico. Autores como Blau, Cercho, y Hayes (2005), informan de un aumento del estrés entre la población reclusa debido, principalmente, a la privación de las relaciones con el mundo exterior y sus consecuencias, afectando al funcionamiento biológico del organismo, dando lugar a la aparición o agudización de sintomatología psicósomática como dolores leves, úlceras, asma, artritis e hipertensión arterial, entre otros y a nivel psicológico, el estrés que conlleva la propia estancia en prisión hace que las capacidades de adaptación al medio penitenciario, ya de por sí hostil, puedan verse afectadas, pudiendo generar desórdenes de conducta, aparición de un deterioro afectivo depresivo

o la presencia de episodios relacionados con trastornos de ansiedad, bien somatizadores, bien a modo de episodios ansiosos agudos (Altamirano, 2011), siendo también posible la afectación severa dando lugar a patología mental importante. Los resultados del presente estudio reflejan la presencia de enfermedad mental entre los internos, en un porcentaje elevado, siendo los trastornos más frecuentes y relacionados con una menor calidad de vida, los trastornos del estado de ánimo, el abuso o dependencia de más de una sustancia, el trastorno de ansiedad, el trastorno depresivo mayor y el trastorno psicótico. González et al, 2016, ponen de manifiesto que la adicción previa al ingreso en prisión reduce la calidad de vida en la misma.

Sería interesante dilucidar si la patología mental ya estaba presente antes de entrar en prisión o si es el internamiento en prisión el generador o reactivador de la misma. La contribución de las prisiones a la enfermedad se desconoce (Fazel et al., 2011) y aunque patologías como el estrés, la ansiedad y la depresión son síntomas característicos del encarcelamiento (Harding y Zimmermann, 1989), autores como Altamirano (2011) ponen de manifiesto que no todos los estresores y efectos nocivos que van unidos a la prisión afecta a todos los internos por igual, ya que algunos no se ven afectados y otros incluso mejoran su funcionamiento. Sea como fuere, en la actualidad los estudios indican que son los trastornos mentales el problema de salud más prevalente en los centros penitenciarios, junto con las toxicomanías, desbancando al consumo de heroína y la infección por VIH que eran los principales problemas de salud en los años 80 y 90 (Zulaika, Etxeandia, Bengoa, Caminos y Arroyo-Cobo, 2012).

Finalmente, los modelos multivariados con respecto a la percepción subjetiva del interno reflejan que los factores asociados a una menor calidad de vida serían el trastorno del estado de ánimo, el número de sustancias consumidas, la edad, el trastorno de ansiedad y el ser reincidente. Nuestros datos coinciden con Oviedo-Joekes et al, (2005), que ponen de manifiesto que la edad y la reincidencia son factores relacionados con una peor percepción de la salud. Por otra parte, como se ha visto anteriormente, la existencia de comorbilidad hace que la percepción de la calidad de vida sea más negativa.

Con respecto, a los resultados obtenidos en los criterios objetivos de calidad de vida, los modelos multivariados ponen de manifiesto que el nivel de estudios es la única variable que se mantiene. Este dato puede sugerir la hipótesis de que los internos con un nivel de estudios más elevado podrían comprender mejor la enfermedad que tienen, lo que podría derivar en un mejor conocimiento y autocuidado, redundando en una mejor respuesta ante la enfermedad y por tanto en su calidad de vida. En conclusión y en función de estos hallazgos tienen una peor percepción de su calidad de vida y de su salud los internos que presentan un menor nivel de estudios, los que han cometido delitos violentos, los reincidentes, con antecedentes familiares de enfermedad mental, con patologías cardíacas como el infarto de miocardio o angina de pecho, los que presentan trastorno mental, en concreto el trastorno del estado de ánimo y también los que presentan trastorno por abuso o dependencia de sustancias.

Este estudio presenta algunas limitaciones como son la exclusión de mujeres y personas mayores, ingresados en unidades psiquiátricas y los internos preventivos. Por otra parte, los instrumentos de evaluación aplicados como la SCID y el Euroqol, no son cuestionarios específicos para la población penitenciaria, aunque el Euroqol es un cuestionario que tiene una base de percepción subjetiva, mide dimensiones generales de calidad de vida y no contempla otras como pueden ser variables inherentes a las características y funcionamiento de los propios centros penitenciarios o la vivencia de la propia experiencia en prisión, por lo que en el futuro es necesario el estudio y creación de instrumentos específicos y adaptados a los entornos penitenciarios que contemplasen además la influencia o relación con otras variables como las condiciones materiales y standard de vida, actividades, perspectivas de futuro y las relaciones personales entre internos y funcionarios, aspectos que inciden sobre la calidad de vida de los internos en los centros penitenciarios (Rodríguez, Larrauri y Güerri, 2016).

Por último, nuestros resultados sugieren que, en general, la calidad de vida de la población penitenciaria analizada es baja sobre todo en las personas que presentan una enfermedad mental. Por tanto, a pesar de que los internos tienen un buen acceso a los servicios sanitarios en los centros penitenciarios (Osses-Paredes y Riquelme-Pereira, 2013), se hace necesario seguir investigando las variables inherentes a la situación de encarcelamiento y su repercusión sobre la calidad de vida y la salud de las personas privadas de libertad.

### Referencias

- Altamirano Agudo, Z. (2013). *El bienestar psicológico en prisión: antecedentes y consecuencias* (Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Madrid). Recuperada de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=39129>.
- Arnau-Peiró, F., García-Guerrero, J., Herrero-Matías, A., Castellano-Cervera, J. C., Vera-Remartínez, E. J., Jorge-Vidal, V., ... y Iranzo-Tatay, C. (2012). Description of the psychiatric unit in prisons in the autonomous community of Valencia. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 14(2), 50-60. doi:10.1590/S1575-06202012000200003.
- Badia, X., Roset, M., Montserrat, S., Herdman, M. y Segura A. (1999). La versión española del EuroQol: descripción y aplicaciones. *Medicina Clínica*, 112 (Supl. 1): 79-86.
- Bertone, M. S., Domínguez, M. D., Vallejos, M., Muniello, J. y López, P. L. (2013). Variables asociadas a la reincidencia delictiva. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 13, 47-58. ISSN: 1576-9941.
- Blaauw, E., Kerkhof, A. J. y Hayes, L. M. (2005). Demographic, criminal, and psychiatric factors related to inmate suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(1), 63-75.
- Caqueo-Urizar, A., Gutiérrez-Maldonado, J., Ferrer-García, M. y Fernández-Dávila. (2012). Calidad de vida en pacientes con esquizofrenia de ascendencia étnica aymara en el norte de Chile. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5, 121-126. doi.org/10.1016/j.rpsmen.2012.01.006
- Cuddeback, G. S., Scheyett, A., Carrie Pettus-Davis, M. S. W. y Morrissey, J. P. (2010). General medical problems of incarcerated persons with severe and persistent mental illness: A population-based study. *Psychiatric Services*, 61(1), 45-49. doi: 10.1176/appi.ps.61.1.45
- Dumont, D. M., Brockmann, B., Dickman, S., Alexander, N. y Rich, J. D. (2012). Public health and the epidemic of incarceration. *Annual Revista Public Health*, 33, 325-339. doi: 10.1146/annurev-publhealth-031811-124614
- Fazel, S. y Baillargeon, J. (2011). The health of prisoners. *Lancet*, 377(9769), 956-965. doi: 10.1016/S0140-6736(10)61053-7.
- Fazel, S. y Seewald, K. (2012). Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. *British Journal of Psychiatry*, 200, 364-373. doi: 10.1192/bjp.bp.111.096370
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. y Williams, J. B. W. (1999). *Guía del Usuario para la entrevista clínica estructurada para los trastornos del Eje I del DSM- IV. Versión clínica. SCID.I*. Barcelona. Masson.
- Friestad, C. (2010). Socio-economic status and health in a marginalized group: the role of subjective social status among prison inmates. *The European Journal of Public Health*, 20(6), 653-658. doi: :10.1093/eurpub/ckp242
- García-Guerrero, J., Vera-Remartínez, E. y Planelles, M. (2011). Causas y tendencia de la mortalidad en una prisión española (1994-2009). *Revista Española de Salud Pública*, 85(3), 245-255.

- Harding, T. W. y Zimmermann, E. (1989). Psychiatric symptoms, cognitive stress and vulnerability factors: A study in a remand prison. *British Journal of Psychiatry*, 155, 36-43.
- Harzke, A., Baillargeon, J., Pruitt, S., Pulvino, J., Paar, D. y Kelley, M. (2010). Prevalence of chronic medical conditions among inmates in the Texas prison system. *Journal of Urban Health*, 87(3), 486-503. doi: 10.1007/s11524-010-9448-2
- Hayton, P., Van den Bergh, B. y Moller, L. (2010). Health protection in prisons: the Madrid Recommendation. *Public Health*, 124(11), 635-636. doi: 10.1016/j.puhe.2010.08.011
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *La promoción de la salud mental: conceptos, evidencia emergente y práctica*. Ginebra: OMS. Recuperado de [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/promoción\\_de\\_la\\_salud\\_mental.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/promoción_de_la_salud_mental.pdf).
- Osses-Paredes, C. y Riquelme-Pereira, N. (2013). Health situation of prisoners at a prison compliance center, Chile. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 15(3), 98-104. doi: 10.4321/S1575-06202013000300003
- Oviedo-Joekes, E., March, J. C., Ramos, M.J., Ballesta, R. y Prieto, M. Á. (2005). Percepción del estado de salud y utilización de servicios sanitarios por parte de las personas internas en una prisión andaluza, 1999. *Revista Española de Salud Pública*, 79(1), 35-46.
- Rodríguez, J., Larrauri, E. y Güerri, C. (2016). Calidad de vida en la prisión de España. (Se inscribe en proyecto "Ejecución y supervisión de la pena: Calidad de la intervención, legitimidad y reincidencia". Financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad (MINECO) (Ref. DER2015- 64403-P).
- Sapolsky, R. M. (2004). *Why Zebras Don't Get Ulcers: The Acclaimed Guide to Stress, Stress-Related Diseases, and Coping-Now Revised and Updated*. Holt Paperbacks.
- Schalock, R. y Verdugo, M. A. (2003). *Calidad de vida: manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Alianza editorial.
- Togas, C., Raikou, M. y Niakas, D. (2014). An assessment of health related quality of life in a male prison population in Greece associations with health related characteristics and characteristics of detention. *BioMed Research International*, 14. doi: 10.1155/2014/274804
- Vicens, E., Tort, V., Dueñas R. M., Muro, A., Pérez-Arnau, F., Arroyo, J. M., ... y Sardá, P. (2011). The prevalence of mental disorders in Spanish prisons. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 21(5), 321-332. doi: 10.1002/cbm.815
- Vicens-Pons, E., Grupo PRECA. (2009). Aproximación a la Metodología para el estudio de los Trastornos mentales en población penitenciaria. El estudio PreCa. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 11(1), 17-25. Recuperado de <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/issue/view/9>
- Zabala-Baños, M. C., Segura, A., Maestre-Miquel, C., Martínez-Lorca, M., Rodríguez-Martín, B., Romero., Rodríguez, M. (2016). Prevalencia de trastorno mental y factores de riesgo asociados en tres prisiones de España. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 18, 13-24. <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/397/902>
- Zulaika, D., Etxeandia, P., Bengoa, A., Caminos, J. y Arroyo-Cobo, J. M. (2012). A new prison health care model: the experience of the Basque Country. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 14(3), 91-98. doi: 10.4321/S1575-06202012000300004