

# Revista Española de Sanidad Penitenciaria

Publicación Cuatrimestral de la  
Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria

**RESP**

[www.resp.es](http://www.resp.es)

Vol. 27 (2025) n.º 1

## Editorial

Abordaje integral en la atención a las personas que consumen drogas en el ámbito penitenciario en Cataluña.

Laia Gasulla Suriol, Teresa de Gispert Arnó

## Artículos Originales

Distribución de papel de aluminio para reducir daños entre las personas consumidoras de drogas en prisión.

Rafael Clua-García, Miriam Imbernón-Casas

Exceso de muertes no COVID-19 en cárceles del Uruguay en 2021 frente a 2014-2023.

José Priore

Salud y consumo de drogas en instituciones penitenciarias en España. Encuesta ESDIP 2022.

Begoña Brime Beteta, Noelia Llorens Aleixandre, Luisa María López Sánchez, Luz María León Muñoz, Alberto Manuel Domínguez Lázaro

Propuesta terapéutica para el tratamiento de diagnóstico dual en un entorno penitenciario.

Abdón Martín-Coca, José Antonio Martín Herrero

## La Sanidad Penitenciaria en Imágenes

Abordaje de una úlcera hiperexudativa en zona con pérdida muscular tratada con terapia de presión negativa en la unidad de enfermería de curas complejas de un centro penitenciario.

Salvador Quintero, María del Ara Moruno, Montserrat Vidal, Larry García, Josefina González-Ferrer



**SESP**  
Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria



Indexada  
en MedLine



# REVISTA ESPAÑOLA DE SANIDAD PENITENCIARIA

Publicación cuatrimestral de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP). Vol. 27 (2025) n.º 1 Febrero

## EDITOR JEFE

Enrique Vera Remartínez  
*Servicio Médico Centro Penitenciario de Castellón I (Castellón)*

## EDITORES/AS ASOCIADOS

Julio García Guerrero  
*Facultativo Sanidad Penitenciaria (Castellón)*  
Pablo Saiz de la Hoya Zamácola  
*Servicio Médico Centro Penitenciario Alicante I (Alicante)*  
Montserrat Sánchez Roig  
*EAPP La Roca del Vallès (Barcelona)*

## COMITÉ EDITORIAL

José Miguel Antolín Mugarza  
*Servicio Médico Centro Penitenciario Ocaña I (Toledo)*  
Sofía Casado Hoces  
*Servicio Médico Centro Penitenciario Madrid III (Valdemoro)*  
Maribel Espinosa García  
*UCEM - Institut Català de la Salut (ICS) (Barcelona)*  
Elena Garcés Pina  
*Centro Penitenciario de Zuera (Zaragoza)*  
Andrés Marco Mouriño  
*Programa de Salud Penitenciaria  
Institut Català de la Salut (Barcelona)*  
Vicente Martín Sánchez  
*Universidad de León (León)*  
Fernando Ruiz Rodríguez  
*Centro Penitenciario de Albolote (Granada)*  
Neus Solé Zapata  
*Programa de Salut Penitenciària. Institut Català de la Salut  
(Barcelona)*

## TESORERO

Carlos Gallego Castellví  
*EAPP La Roca del Vallès (Barcelona)*

Revista Autorizada como Soporte Válido N° 50.07.98

## OFICINA EDITORIAL

Esmon Comunicación, S.L.  
Balmes 209, 3º 2ª  
08006 Barcelona  
Teléfono: 93 215 90 34  
E-mail: redaccion@esmon.es

## EDITORES ASOCIADOS

Secretaría SESP  
Dglobal Eventos y Congresos  
Avda. del Tívoli, 17, C.C. Las Ventas, Local 24-25  
29631 Arroyo de la Miel. Benalmádena (Málaga)  
E-mail: sesp@seps.es  
Tel.: 673 977 819  
<https://www.dglobal.es>

## WEB

**Redacción:** revista@resp.es  
**Webmaster:** webmaster@resp.es  
**Página Web:** <http://www.resp.es>

I.S.S.N.: 1575-0620

e-I.S.S.N.: 2013-6463

Depósito Legal: B 13513-2015

REVISTA INCLUIDA EN EL DIRECTORY OF OPEN ACCESS JOURNALS (DOAJ), EN EXCERPTA MEDICA DATABASE (EMBASE), EN FECYT, EN EL ÍNDICE BIBLIOGRÁFICO ESPAÑOL EN CIENCIAS DE LA SALUD (IBECs), EN EL INDEX MEDICUS ESPAÑOL (IME), EN LA PLATAFORMA SCIELO (SCIENTIFIC ELECTRONIC LIBRARY ONLINE), EN SCIMAGO JOURNAL & COUNTRY RANK (SJR), EN SCOPUS, Y EN MEDLINE (U.S. NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE)

Revista Española de Sanidad Penitenciaria by <http://www.resp.es/> is licensed under a Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 Unported License. Creado a partir de la obra en [www.resp.es](http://www.resp.es).  
Permissions beyond the scope of this license may be available at <http://www.resp.es/>



*Las opiniones expuestas en los artículos no coinciden necesariamente con las del Consejo Editorial*



RESP en FECYT



RESP en Scielo



RESP en Ibecs



RESP en Medline



RESP en SJR

## ■ CONSEJO ASESOR

- Marta Alonso Alcañiz  
*Hospital Ernest Lluch de Calatayud. Zaragoza (España)*
- Piedad Arazo Garcés  
*Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza (España)*
- Pedro Arias Bohigas  
*Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid (España)*
- Francisco Arnau Peiró  
*Hospital Provincial de Castellón. Castellón (España)*
- Sergio Babudieri  
*Istituto Malattie Infettive, Università di Sassari. Sassari (Italia)*
- Jérôme Bachelier  
*Centre Hospitalier Régional Universitaire de Tours. Tours (Francia)*
- Sergio A. Bautista Arredondo  
*Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca (Méjico)*
- José María Bayas Rodríguez  
*Hospital Clínico. Barcelona (España)*
- José Ramón Blanco Ramos  
*Hospital San Pedro-CIBIR. Logroño (España)*
- Julio Bobes García  
*Universidad de Oviedo. Oviedo (España)*
- Olga Canet Vélez  
*Facultat de Ciències de la Salut Blanquerna. Universitat Ramon Llull. Barcelona (España)*
- Pilar Casaus Samatán  
*Hospital Universitario Institut Pere Mata. Reus, Tarragona (España)*
- Joan Caylá Buqueras  
*Unidad de Investigación en Tuberculosis. Barcelona (España)*
- José Costa Ramos  
*Directorate General for Reinsertion and Prison Services. Lisboa (Portugal)*
- Luis de la Fuente de Hoz  
*Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA. Plan Nacional sobre el SIDA. Madrid (España)*
- Francisco del Busto de Prado  
*Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (España)*
- Mercedes Díez Ruiz-Navarro  
*Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA. Plan Nacional sobre el SIDA. Madrid (España)*
- Kate Dolan  
*University of New South Wales. Sidney (Australia)*
- Fernando Dronza Núñez  
*Hospital Ramon y Cajal. Madrid (España)*
- Sean Duggan  
*Centre for Mental Health Maya House. Londres (Reino Unido)*
- Carlos Fernández Merino  
*Escuela Andaluza de Salud Pública. Sevilla (España)*
- José Carlos Fuertes Rocañin  
*Hospital Militar de Zaragoza. Zaragoza (España)*
- Stergios Georgoulas  
*Korydallos Prison Hospital. El Pireo (Grecia)*
- Laurent Getaz  
*Hôpitaux Universitaires de Genève. Ginebra (Suiza)*
- Pilar González Gálvez  
*Universitat Ramon Llull. Barcelona (España)*
- Eduardo Gotuzzo  
*Universidad Cayetano Heredia. Lima (Perú)*
- José Luis Graña Gómez  
*Universidad Complutense de Madrid. Madrid (España)*
- Luis Guerra Romero  
*Programas Internacionales. ISCIII. Madrid (España)*
- Elmira Gurbanova  
*University of Tartu. Tartu (Estonia)*
- Olivia Horna-Campos  
*Universidad de Chile. Santiago de Chile (Chile)*
- Sarah Larney  
*National Drug and Alcohol Research Centre. Sidney (Australia)*
- Cecilio López Galíndez  
*Centro Nacional de Microbiología. Madrid (España)*
- Aurelio Luna Maldonado  
*Facultad de Medicina. Murcia (España)*
- María Sol Luque Molina  
*Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid (España)*
- Begoña Martínez Jarreta  
*Facultad de Medicina. Zaragoza (España)*
- Elisa Martró Català  
*Hospital Universitari i Institut d'Investigació Germans Trias i Pujol (IGTP). Badalona. Barcelona. CIBER en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Instituto de Salud Carlos III. Madrid (España)*
- Fuad Mirzayev  
*Global TB Programme. Communicable Diseases. World Health Organization. Ginebra (Suiza)*
- María Pilar Molés Julio  
*Universidad Jaume I. Castelló de la Plana, Castelló (España)*
- María Cruz Molina Garuz  
*Universitat de Barcelona. Barcelona (España)*
- Santiago Moreno Guillén  
*Hospital Ramón y Cajal. Madrid (España)*
- Antonio Muro Álvarez  
*Universidad de Salamanca. Salamanca (España)*
- Felice Alfonso Nava  
*Prison Healthcare Service. Pádua (Italy)*
- Pilar Niño García  
*Universidad de Oviedo. Oviedo, Asturias (España)*
- Mónica Portillo Santamaría  
*Hospital de la Ribera. Alzira, Valencia (España)*
- Hernán Reyes  
*Comité Internacional de la Cruz Roja. Ginebra (Suiza)*
- Héctor Javier Sánchez Pérez  
*Colegio de la Frontera Sur, San Cristóbal de las Casas. Chiapas (Méjico)*
- Pilar Sanz Hernández  
*Complejo Asistencial Universitario de León. León (España)*
- Dolores Serrat Moré  
*Facultad de Medicina. Zaragoza (España)*
- Anne Spaulding  
*Emory University. Atlanta (EE.UU.)*
- Omar Sued  
*Responsable de VIH/SIDA. Organización Panamericana de la Salud. Washington (EE.UU.)*
- Amalio Telenti Asensio  
*The Scripps Research Institute. La Jolla. California (EE.UU.)*
- Rafael Toro Flores  
*Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Madrid (España)*
- Vicenç Tort Herrando  
*Sant Joan de Déu-Serveis de Salut Mental C.P. Quatre Camins. Barcelona (España)*
- Joan Trujols Albet  
*Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. Barcelona (España)*
- Elisabet Turu Santiagosa  
*Institut Catala de la Salut. Barcelona (España)*
- José Verdejo Ortes  
*Centro Nacional de Microbiología. ISCIII. Madrid (España)*
- Enric Vicens i Pons  
*Sant Joan de Déu. Serveis de Salut Mental. Barcelona (España)*
- Mercedes Vinuesa Sebastián  
*Hospital de Móstoles. Madrid (España)*
- Stephan Walcher  
*Concept, Addiction Medicine. Múnich (Alemania)*
- María del Carmen Zabala Baños  
*Universidad de Castilla la Mancha. Talavera de la Reina, Toledo (España)*

# POLÍTICA EDITORIAL DE LA REVISTA ESPAÑOLA DE SANIDAD PENITENCIARIA

(Última actualización: octubre de 2023).

## COBERTURA TEMÁTICA

La Revista Española de Sanidad Penitenciaria (RESP) es el órgano de expresión de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP). Tiene periodicidad cuatrimestral y su primer número fue publicado en 1998. Esta revista acepta para su publicación trabajos de investigación de orientación básica, clínica o asistencial sobre cualquier aspecto de la salud y las ciencias relacionados o de interés para la salud penitenciaria que procedan de cualquier parte del mundo.

La RESP cuenta con las siguientes secciones:

1. Editorial.
2. Artículos de investigación original (originales u originales breves según su extensión).
3. Documentos de consenso.
4. Revisiones bibliográficas.
5. Artículos Especiales, que engloban, tanto estudios sobre aspectos ético-filosóficos como descripciones de metodología.
6. Casos clínicos.
7. Sanidad en imágenes.
8. Notas singulares.
9. Cartas al Director.

El Comité Editorial considera que en la actualidad la RESP puede englobarse, a efectos de descripción temática para su indexación en las diferentes bases de datos bibliográficas médicas, en el área de Salud Pública, ya que la epidemiología, la prevención, la detección de enfermedades y en definitiva la influencia de la Sanidad Penitenciaria en la comunidad, son temas nucleares para esta publicación.

Su temática es global y admite trabajos en relación con enfermedades transmisibles, la salud mental, la atención primaria, la medicina legal, la ética y deontología de la práctica médica en prisión, la gestión y en general, y como ya se ha citado, sobre cualquier aspecto de la salud y las ciencias relacionados o de interés para la salud penitenciaria.

Desde el 2010 el formato digital de la Revista ([www.resp.es](http://www.resp.es)), es bilingüe español-inglés en todos los contenidos.

## PROCESO EDITORIAL

La RESP acusa recepción de los trabajos remitidos, que son revisados por el Comité Editorial y evaluados posteriormente por dos expertos ajenos a la Revista, siguiendo el método de revisión por pares (peer review).

Inicialmente los trabajos remitidos son sometidos a una revisión editorial por dos miembros del Comité Editorial de la Revista, quienes valoran que el trabajo se ajusta a las Normas de Publicación. De no ser así, el trabajo es devuelto a los autores para ser corregido en un plazo máximo de 20 días. Una vez comprobado que el trabajo cumple los requisitos formales, es enviado a evaluación externa para decidir la conveniencia o no de su publicación. Los trabajos que sean revisados y pudieran ser considerados para publicación, previa modificación, deberán

ser devueltos por los autores en el plazo de 30 días si se solicitan correcciones menores, y de 60 si las correcciones pedidas son mayores. Si hubiera que realizar algún cambio en la forma o fondo para ser aceptado, se le notificará al autor. Si se considera oportuno, se pedirá confirmación de los datos de la investigación, por lo que éste debe conservar la documentación estadística pertinente, la identificación de los casos clínicos, etc., hasta su publicación.

En caso de discrepancia en la evaluación, los editores se reservan el derecho de decidir finalmente la conveniencia o no de la publicación. También los editores se reservan el derecho de contactar con el Comité Ético de Investigación Clínica que aprobó el trabajo o con la institución o instituciones donde se desarrolló, para requerir información sobre ciertos aspectos del mismo. La RESP se reserva el derecho de realizar cambios o introducir modificaciones en el estudio, en aras de una mejor comprensión del mismo, sin que de ello se derive el cambio de su contenido. Estos cambios serán comunicados a los autores antes de la publicación del trabajo y deberán contar con la aprobación de los mismos.

## REVISIÓN POR PARES (PEER REVIEW)

El Sistema de revisión empleado por la RESP es externo, confidencial y anónimo. Son sometidos a revisión externa todos los artículos recibidos salvo las cartas al director, las editoriales y las revisiones encargadas por el Comité Editorial. La selección de los revisores se realiza entre los profesionales que el Comité Editorial considera más apropiados por su experiencia, conocimiento y, en definitiva, perfil profesional.

Se emplean dos revisores por artículo y en caso de juicios dispares, los editores pueden tomar una decisión definitiva o consultar a un tercer evaluador. Además, se cuenta con revisores metodológicos entre los miembros del Comité Editorial y con revisores de estilo aportados por la empresa editorial.

Influyen en la decisión sobre la aceptación y rechazo de los originales por parte del Comité Editorial de la Revista los siguientes factores:

- Originalidad y reproducibilidad.
- Actualidad y novedad.
- Relevancia en su doble vertiente de utilidad (aplicabilidad de los resultados para la resolución de problemas concretos) y significación (avance del conocimiento científico).
- Fiabilidad y validez científica, esto es, calidad metodológica contrastada.
- Presentación: buena redacción (claridad, brevedad, precisión), buena organización (coherencia lógica) y buena presentación material.

Asimismo, se contempla un cierto orden en la publicación de los trabajos, cabe señalar que la revista maneja criterios de prioridad editorial, que pueden estar vinculados al interés de los lectores, a la cantidad de artículos presentados y pendientes de publicación y al número de artículos sobre un mismo tema.

El manuscrito tras los informes de los evaluadores queda depositado hasta su publicación en las oficinas editoriales. Los informes evaluativos son notificados a los autores, que pueden realizar las alegaciones que estimen oportunas. En

cualquier caso, la decisión última sobre la publicación o no de un trabajo corresponde a los editores con el apoyo del Comité Editorial.

No cabe recurso contra la decisión de rechazo y los trabajos rechazados no son devueltos a los autores.

## PRINCIPIOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN Y PUBLICACIÓN

La RESP nació en 1998, como órgano de expresión de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP) y necesario vehículo divulgador de las iniciativas e inquietudes de investigación, y de sus resultados, de los profesionales sanitarios que trabajan en las prisiones españolas. Como no podía ser de otro modo, la RESP se dotó de unas Normas de Publicación que se han ido perfeccionando hasta su última revisión y actualización a principios de 2019 tras veinte años de experiencia.

La investigación clínica en grupos vulnerables como es el de los presos, debe de cumplir estrictamente unas normas que aseguren su corrección ética y, por su parte, las revistas que difunden los resultados de esas investigaciones deben de exigir a los autores su cumplimiento y vigilar porque así sea en todos sus aspectos ya que, por ejemplo, parece probado que la tercera parte de los autores de un artículo científico ha participado en algún comportamiento ético cuestionable a la hora de hacer una investigación y publicar sus resultados<sup>1,2</sup>, y hasta un 2% reconocen haber falsificado, fabricado o modificado los datos<sup>2</sup>.

La RESP se adhiere a los principios de la Declaración de Helsinki, cuya última actualización de octubre de 2013 está disponible en: (<https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>) y a los de las Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos del Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS) de 2017 ([https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline\\_SP\\_INTERIOR-FINAL.pdf](https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf)), en particular en todo lo que afecte a investigación clínica en grupos vulnerables.

Aunque lo esencial de los principios éticos que deben regir la investigación en estos grupos ya se recogen en nuestras Normas de Publicación, la Junta Directiva de la SESP y el Comité Editorial de la RESP han creído conveniente especificar más estos principios ya que cuestiones como el conflicto de intereses, la autoría o la ética en el diseño de los estudios de investigación en presos no se recogen en ellas con la suficiente amplitud. Las justificaciones principales de estas Normas radican en la obligación de publicar trabajos veraces, ya que los autores pretenden con ellos modificar las opiniones del lector sobre el tema que están leyendo, y éticamente correctos, ya que publicitan investigaciones sobre un colectivo vulnerable y del que la Historia dice que han soportado cuantiosos desmanes en las investigaciones que sobre él se han realizado en el pasado.

**Autoría:** Todos los autores firmantes de un trabajo publicado en la RESP deberían haber hecho alguna contribución sustancial en la concepción y diseño, la recolección de los datos y su análisis y la elaboración del texto final del trabajo. Con la excepción de los estudios multicéntricos, es difícil de admitir que más de ocho autores hayan hecho este tipo de contribución en un mismo trabajo. No es ética la inclusión en la relación de autores del “autor invitado” (aquel que firma un trabajo sin haber contribuido a su realización), ni la exclusión de la figura contraria del “autor fantasma” (aquel habiendo colaborado en la elaboración, no figura en la relación de autores).

Los autores son garantes de la originalidad de los trabajos publicados; la RESP repudia el plagio y las publicaciones redundantes.

En el apartado de “Agradecimientos” deben citarse personas o instituciones que hayan fomentado o facilitado la realización del trabajo. Los autores deberán tener el permiso de estas antes de incluirlas en esta sección.

**Conflicto de intereses:** Es el que se deriva de la relación entre el mensaje o las conclusiones del trabajo y su publicación, sus autores o la institución que lo patrocina o fomenta. El más frecuente es el provocado por la ayuda financiera para la realización del trabajo que puede inducir sesgo en el diseño o las conclusiones del trabajo, inclusión forzada de autores y otros. También hay un conflicto de intereses cuando algún autor participa en alguno de los procesos de edición de los trabajos. La declaración de conflicto de intereses es responsabilidad de los autores y debe hacerse siempre, ya sea individual o colectivamente ya que es una defensa del trabajo y de la integridad de sus autores, además de ser una garantía de autenticidad para quien lo lee.

Los editores y miembros del Comité Editorial de la RESP, a la hora de decidir la publicación de un trabajo, también pueden tener un conflicto de intereses y deberán declararlo, así como los revisores externos que pueden tener algún tipo de relación con los autores o bien seguir la misma línea de trabajo que el original que valoran. La declaración de conflicto de intereses es responsabilidad individual de cada una de estas figuras.

Una declaración de conflicto de intereses no basta por sí misma para rechazar un trabajo, pero obliga al Comité Editorial de la Revista a extremar la cautela a la hora de decidir su publicación.

**Diseño ético de los trabajos:** Todos los trabajos publicados en la RESP deben ser inéditos y no haberse mandado a valorar simultáneamente a otra revista. Todos los autores deberían detallar su contribución al trabajo y todos deben dar su permiso de forma constatable para que sea publicado. Cualquier trabajo enviado a la RESP para su publicación y en el que haya habido una mínima intervención sobre los sujetos de investigación, deberá constar con el consentimiento informado escrito de todos ellos, así como haber sido valorado y refrendado por un Comité Ético de Investigación Clínica debidamente acreditado. Los autores deberán acompañar al original de su trabajo el documento o el número acreditativo de esta valoración.

Los sujetos de investigación deben de permanecer anónimos y los datos obtenidos ser confidenciales, sin que pueda ser posible su identificación a partir del texto final.

Todos los datos del estudio deben ser conservados por los autores ya que el Comité Editorial o cualquier revisor externo puede reclamarlos.

El Comité Editorial de la RESP se reserva el derecho de cualquier actuación posterior si se descubre alguna vulneración de estas normas.

### Referencias

1. Martinson BC, Anderson MS, De Vries R. Scientists behaving badly. *Nature*. 2005; 435:737-8.
2. Fanelli D. How many scientists fabricate and falsify research? A systematic review and meta-analysis of survey data. *PLoS One*. 2009; 4:e5738

**Transmisión de los derechos de autor:** Se incluirá con el manuscrito, el anexo a estas normas firmado por todos los autores. Una vez publicado un artículo su propiedad intelectual corresponde a la RESP y ningún trabajo podrá ser reproducido por completo, o en alguna de sus partes, sin autorización expresa de la Revista.

# REVISTA ESPAÑOLA DE SANIDAD PENITENCIARIA

Volumen 27, Número 1 - 2025

## SUMARIO

### Editorial

Abordaje integral en la atención a las personas que consumen drogas en el ámbito penitenciario en Cataluña.

*A comprehensive approach to healthcare for drug users in Catalanian prisons.*

Laia Gasulla Suriol, Teresa de Gispert Arnó .....6

### Artículos Originales

Distribución de papel de aluminio para reducir daños entre las personas consumidoras de drogas en prisión.

*Distributing aluminium foil as harm reduction strategy among people who use drugs in prison.*

Rafael Clua-García, Miriam Imbernón-Casas .....10

Exceso de muertes no COVID-19 en cárceles del Uruguay en 2021 frente a 2014-2023.

*Excess non-COVID-19 mortality in Uruguay prisons in 2021 vs. 2014-2023.*

José Priore .....17

Salud y consumo de drogas en instituciones penitenciarias en España. Encuesta ESDIP 2022.

*Health and drug use in penitentiary institutions in Spain. ESDIP 2022 survey.*

Begoña Brime Beteta, Noelia Llorens Aleixandre, Luisa María López Sánchez, Luz María León Muñoz, Alberto Manuel Domínguez Lázaro .....26

Propuesta terapéutica para el tratamiento de diagnóstico dual en un entorno penitenciario.

*Proposed therapy for treating dual diagnosis in a prison setting.*

Abdón Martín-Coca, José Antonio Martín Herrero .....37

### La Sanidad Penitenciaria en Imágenes

Abordaje de una úlcera hiperexudativa en zona con pérdida muscular tratada con terapia de presión negativa en la unidad de enfermería de curas complejas de un centro penitenciario.

*Approach towards treating a hyperexudative ulcer in an area with muscle loss, using Negative Pressure Therapy in the Complex Nursing Unit of a Prison.*

Salvador Quintero, María del Ara Moruno, Montserrat Vidal, Larry García, Josefina González-Ferrer .....48

### Normas de publicación

# Abordaje integral en la atención a las personas que consumen drogas en el ámbito penitenciario en Cataluña

Laia Gasulla Suriol, Teresa de Gispert Arnó

Subdirecció General d'Addiccions, VIH, Infeccions de Transmissió Sexual i Hepatitis Víriques. Agència de Salut Pública de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Barcelona.

---

Texto recibido: 15/01/2025

Texto aceptado: 16/01/2025

Como en la calle, el consumo de drogas en el ámbito penitenciario no es una excepción. Debemos ser coherentes y realistas: el consumo de drogas en los centros penitenciarios existe. No tener en cuenta esta realidad sería negligente por parte de las administraciones, dado que implicaría no desarrollar programas para atender, como en la comunidad, las necesidades de estas personas desde una perspectiva de salud pública.

Las personas consumidoras de drogas y que han estado en prisión, en muchos casos, a lo largo de su vida, han sufrido constantes vulnerabilidades sistémicas en diferentes ejes de desigualdad, como puede ser la situación social, la etnia, raza, educación, etc., pudiendo constituirse como factores que podrían predisponer a un consumo de riesgo de drogas, y que a su vez podría contribuir a incrementar la probabilidad de comisión de delitos. Además, se observa una alta comorbilidad con otros trastornos mentales<sup>1</sup>.

Garantizar una atención integral a todas las personas que consumen drogas o tienen una adicción, y en especial a subpoblaciones especialmente vulnerables como la penitenciaria, es una prioridad definida en el actual Plan de drogas y adicciones comportamentales de Cataluña<sup>2</sup> y un objetivo compartido entre los

departamentos del ámbito de la justicia y de la salud de esta comunidad<sup>1</sup>. Una atención integral del consumo de drogas debe incluir el abordaje de la comorbilidad orgánica, mental y social que puede presentar esta población.

La atención a las personas que consumen drogas ha ido evolucionando desde un abordaje moralista y reduccionista basado en la abstinencia a un paradigma de salud pública que propone un abordaje holístico basado en los principios de justicia social y derechos humanos, orientado a la adaptación de los servicios a los diferentes perfiles y necesidades de las personas que consumen drogas, desde la prevención del consumo y el tratamiento hasta la reducción de daños. Las intervenciones tienen en consideración tanto a la persona que consume y/o tiene una adicción como a la comunidad y sociedad con la que convive<sup>3</sup>.

Actualmente en Cataluña, después de más de 30 años, el modelo de salud pública se ha consolidado e instaurado como modelo asistencial. Se cuenta con una red de atención a las adicciones amplia y diversa, con servicios y programas de prevención, tratamiento (ambulatorio y residencial) y reducción de daños con diferentes prestaciones sociosanitarias (programa de

---

<sup>1</sup>Acord de coordinació entre el Departament de Justícia i el Departament de Salut per al desenvolupament d'un programa d'atenció a la salut mental i les addiccions en el marc de les actuacions dels serveis d'execució penal a Catalunya. Departament de Justícia i Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. 2022. Disponible en: [https://justicia.gencat.cat/web/.content/home/departament/convenis\\_i\\_acords/2022/ep-c-dept-salut-programa-salut-mental.pdf](https://justicia.gencat.cat/web/.content/home/departament/convenis_i_acords/2022/ep-c-dept-salut-programa-salut-mental.pdf)

dispensación de jeringuillas y otro material para el consumo seguro, salas de consumo supervisado, prevención y atención a las sobredosis, cribajes de enfermedades infectocontagiosas, etc.).

En el ámbito penitenciario también se ha ido evolucionado hacia un modelo de atención a las adicciones que sea equiparable al de la comunidad, tal y como establece el Reglamento de organización y funcionamiento de los servicios de ejecución penal en Cataluña (artículo 68 del Decreto 329/2006 de 5 de septiembre)<sup>ii</sup>, que pone énfasis en que la cartera de servicios de salud mental y adicciones en el ámbito penitenciario debe ofrecerse a las personas internas bajo criterios de equidad y equivalencia respecto a la población general, en la misma línea que defienden organismos internacionales como la United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) y el Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)<sup>4</sup>.

Si bien actualmente en los centros penitenciarios catalanes se dispone de una cartera de servicios de atención a las adicciones que incluye programas de prevención, tratamiento y reducción de daños, deben tenerse en cuenta determinadas limitaciones que comportan que algunas prestaciones existentes en la comunidad no se ofrezcan en el ámbito penitenciario. Como ejemplos, en el ámbito penitenciario no se dispone de espacios de consumo supervisado por profesionales sanitarios; la accesibilidad y cobertura de material para un consumo higiénico, sea por vía inyectada, inhalada o esnifada, también puede estar limitada en prisión si la persona teme por repercusiones del consumo de drogas o el/la profesional vive de forma contradictoria la aplicación del programa al considerar que el objetivo de su intervención debería ser orientar a la persona hacia un tratamiento basado en la abstinencia<sup>5,6</sup>.

También se debe tener en cuenta que, en determinados casos, el tratamiento está impuesto por una pena y no por decisión de la persona consumidora o de acuerdo con la fase motivacional en la que se encuentra, hecho que podría disminuir las posibilidades de éxito del tratamiento generando resistencias al mismo<sup>7</sup>.

Para poder desarrollar una óptima atención a las adicciones en el ámbito penitenciario, debe tenerse en cuenta la necesidad constante de adaptación a los cambios en las tendencias y patrones de consumo de la población consumidora. La evolución en Cataluña de los inicios de tratamiento (IT), según la droga principal que los motiva, indican una clara disminución

de los IT por heroína, que a principios de los años 90 representaba más del 50%, mientras que en el 2023 ha descendido hasta el 8% del total de IT. Actualmente, el alcohol (44%), la cocaína (24%) y el cannabis (14%) son las drogas principales que motivan el tratamiento. En cuanto a la vía de consumo, en los IT por heroína se observa un descenso significativo de la vía inyectada (que ha pasado de ser la vía más frecuente en los años 90, con alrededor del 70% de los casos, a situarse por debajo del 30% en los últimos años), y un aumento de la vía inhalada, que se ha ido incrementando hasta superar el 40% de los IT por heroína en los últimos años<sup>8</sup>.

Los cambios en las tendencias de consumo requieren una constante revisión y adaptación de las prestaciones y programas. Como ejemplo, y en la línea del artículo de Clua-García e Imbernón-Casas, publicado en el mismo número de esta revista, el programa de dispensación de material higiénico debe poder dar respuesta a las diferentes formas y vías de consumo (inyectada, inhalada, esnifada) con tal de evitar conductas de riesgo para la salud de las personas que consumen drogas<sup>9</sup>.

También se observa una mayor comorbilidad con trastornos mentales y una mayor situación de exclusión y vulnerabilidad social: en el 2019, el 73% de las personas usuarias de los centros de reducción de daños había estado en prisión alguna vez en la vida (en el 2008 representaban el 64%) y el 45% no disponían de domicilio fijo (en el 2008 representaban el 26%)<sup>10</sup>.

Otro factor de vulnerabilidad es la tendencia al envejecimiento prematuro de determinados perfiles de personas consumidoras, especialmente de alcohol y heroína, en las que el consumo de larga evolución ha conllevado un deterioro de la salud y falta de vínculos sociales y, por tanto, la necesidad de una mayor coordinación con otros recursos de salud y sociales<sup>11</sup>.

En este contexto de creciente complejidad, en la atención a las personas que consumen drogas internas en un centro penitenciario, es fundamental un abordaje integral y también multidisciplinar, tal y como señalan Brime *et al.* en el artículo publicado en el mismo número de esta revista<sup>12</sup>.

Para ello se requiere una estrategia coordinada entre los departamentos del ámbito de salud y de justicia que reflejen un trabajo de primera línea basado en un modelo de atención centrada en la persona, con planes individualizados de intervención elaborados desde el momento del ingreso y a lo largo de todo el proceso asistencial de forma cooperativa y colabora-

---

<sup>ii</sup>DECRETO 329/2006, de 5 de septiembre, por el que se aprueba el Reglamento de organización y funcionamiento de los servicios de ejecución penal en Cataluña. DOCG. 2006;4714:37902-22.

tiva entre los equipos que trabajan en las prisiones: equipos de atención primaria, de salud mental y adicciones y de ejecución penal, con la finalidad última de alcanzar la rehabilitación y reinserción social de la persona a través de la mejora de la salud en las diferentes esferas y de un proceso de valoración y decisión conjunta de los programas e intervenciones más adecuados para cada persona, partiendo siempre de la voluntariedad y motivación del propio sujeto.

El nivel de intensidad asistencial debe ser diferente según el patrón de consumo (experimental, ocasional, de riesgo o dependencia), las decisiones de la persona en su relación con el consumo y sus preferencias de tratamiento (reducción de daños, tratamiento libre de drogas, etc.). Teniendo en cuenta estas premisas, según el perfil de consumo, se ofrecerá una cartera de servicios más o menos específica. Ante un patrón de consumo experimental u ocasional no considerado de riesgo, se realizará un abordaje de tipo más preventivo, de promoción de la salud, programas psicoeducativos y socioeducativos. Ante un consumo que comporta riesgos para la salud de la persona, se ofrecerá una intervención de mayor intensidad que contemple la incorporación de un equipo multidisciplinar estrechamente coordinado, programas de rehabilitación y reinserción, tratamiento farmacológico, programas de reducción de daños, etc.

Por otro lado, se trata también de trabajar de acuerdo con criterios de homogeneidad y estándares de calidad, con tal de que los diferentes protocolos de intervención sean aplicados bajo las mismas condiciones de accesibilidad. En este sentido, se considera fundamental la formación y actualización a todos y todas las profesionales, ya sean del ámbito directivo y de gestión como de atención directa, no solo en la actualización de intervenciones de tratamiento y nuevos consumos, sino también en la integración de la perspectiva de reducción de daños en su práctica profesional.

Actualmente, en el ámbito penitenciario catalán, se dispone de una red multidisciplinar de profesionales y programas del ámbito de la salud, social y educativos dirigidos a las personas con una adicción que pueden recibir una atención más individualizada e intensiva que en la comunidad y que pueden favorecer un abordaje integral.

Recientemente en Cataluña, profesionales del

ámbito de justicia y de la salud, en el marco del acuerdo interdepartamental de elaboración de un programa de atención a la salud mental y adicciones en el ámbito de ejecución penal<sup>iii</sup>, han trabajado conjuntamente en la revisión y elaboración de un modelo integral de atención y prevención de las conductas adictivas basado en la corresponsabilidad entre los diferentes equipos que intervienen y que pretende poder dar cobertura a las necesidades detectadas, con el objetivo de ofrecer y garantizar una atención integral desde la prevención universal a la continuidad asistencial de las personas con adicciones en la población penitenciaria, mejorar la accesibilidad, favorecer la reinserción social y limitar la reincidencia delictiva vinculada a procesos y problemáticas de consumos, bajo criterios de equidad y de los principios rectores del modelo asistencial de salud pública comentados al inicio de este artículo.

La definición de un modelo integral de atención a las adicciones y la disponibilidad de una red multidisciplinar de profesionales son factores que favorecerán la atención a las adicciones y el desarrollo de estrategias para hacer frente a los retos planteados desde una perspectiva de salud pública.

## CORRESPONDENCIA

Teresa de Gispert Arno  
E-mail: tdegispert@gencat.cat

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vicenc E, Tort V, Dueñas R, Muro Á, Pérez-Arnau F, Arroyo J, *et al.* The prevalence of mental disorders in Spanish prisons. *Crim Behav Ment Health.* 2011;21(5):321-32.
2. Subdirecció General de Drogodependències. Pla de drogues i addiccions comportamentals 2019-2023: de la prevenció universal a la reducció de danys. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut; 2019.
3. O'Hare P, Newcombe R, Matthews A, Buning EG, Drucker E, eds. *The reduction of drug-related harm* Londres: Routledge; 1992.
4. United Nations Office on Drugs and Crime, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. *HIV prevention, treatment and care in prisons and*

---

<sup>iii</sup>Acord de coordinació entre el Departament de Justícia i el Departament de Salut per al desenvolupament d'un programa d'atenció a la salut mental i les addiccions en el marc de les actuacions dels serveis d'execució penal a Catalunya. Departament de Justícia i Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. 2022. Disponible en: [https://justicia.gencat.cat/web/.content/home/departament/convenis\\_i\\_acords/2022/ep-c-dept-salut-programa-salut-mental.pdf](https://justicia.gencat.cat/web/.content/home/departament/convenis_i_acords/2022/ep-c-dept-salut-programa-salut-mental.pdf)

- other closed settings: A comprehensive package of interventions. Policy Brief. Geneva: World Health Organization; 2013.
5. Clua-García R, Bañuls-Oncina E, Imbernón-Casas M, Jiménez-Vinaja R. Los discursos del riesgo de los usuarios de drogas en prisión. *Rev Esp Sanid Penit.* 2019;21(1):31-40.
  6. Fundació Doctor Robert. Evaluation of the needle exchange program in correctional institutions in Catalonia: Executive Summary. Final Evaluation Report. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2010.
  7. Prochaska J, DiClemente C. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice.* 1982;19(3):276-88.
  8. Subdirecció General d'Addiccions VIH, Infeccions de Transmissió Sexual i Hepatitis Víriques. Informe sobre l'indicador d'inicis de tractament ambulatori amb o sense substància: any 2023. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut; 2024.
  9. Clua-García R, Imbernón-Casas M. Distribución de papel de aluminio para reducir daños entre las personas consumidoras de drogas en prisión. *Rev Esp Sanid Penit.* 2025;27(1):10-6.
  10. Agència de Salut Pública de Catalunya. Monitoratge del VIH, VHC i dels seus determinants en persones que s'injecten drogues usuàries de Centres de Reducció de Danys a Catalunya: estudi REDAN 2019. Barcelona; Generalitat de Catalunya; 2019.
  11. Adán E, Becker G, Carbonell J, Colom J, Ferrer R, de Gispert T, *et al.* BeTrAD: un mejor tratamiento para personas consumidoras de drogas que envejecen. Barcelona: Agència de Salut Pública de Catalunya; 2018.
  12. Brime Beteta B, Llorens Aleixandre N, López Sánchez LM, León Muñoz LM, Domínguez Lázaro AM. Salud y consumo de drogas en instituciones penitenciarias en España. Encuesta ESDIP 2022. *Rev Esp Sanid Penit.* 2025;27(1):26-36.

Original

**RESP**

---

# Distribución de papel de aluminio para reducir daños entre las personas consumidoras de drogas en prisión

Rafael Clua-García<sup>1,2</sup>, Miriam Imbernón-Casas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centre d'Atenció i Seguiment Brians 1. Servei Català de la Salut/Fundació Salut i Comunitat. Barcelona.

<sup>2</sup>Facultat de Ciències de la Salut de Manresa. Universitat de Vic. Universitat Central de Catalunya. Vic. Barcelona.

---

## RESUMEN

**Objetivos:** Consumir drogas por vía pulmonar reduce sustancialmente el riesgo de sobredosis e infecciones de transmisión sanguínea en comparación con el consumo por vía parenteral. Con el fin de promover el cambio de vía de consumo y dar cobertura al consumo por vía pulmonar, se implementó la distribución de papel de aluminio en la prisión catalana de Brians 1. El objetivo de este estudio fue conocer las percepciones de las personas que participaron en este programa.

**Material y método:** Se realizó un estudio cualitativo exploratorio mediante entrevistas semiestructuradas a 18 personas usuarias (11 hombres y 7 mujeres, una de ellas transgénero) de edades comprendidas entre 23 y 55 años. Los datos se analizaron mediante el análisis temático.

**Resultados:** Las personas usuarias resaltaron que mediante el papel de aluminio es posible consumir drogas por vía pulmonar con menos consecuencias negativas que por otros medios disponibles en prisión. El kit se utilizó para el consumo de heroína, así como para la fabricación de pipas de crack y de hachís. Entre las personas inyectoras aumentó la concienciación de cambiar de vía y las probabilidades de alternar el consumo de drogas por vía pulmonar. Todas las personas usuarias informaron haber recibido educación sanitaria y seguimiento por parte del equipo responsable.

**Discusión:** La distribución de papel de aluminio es una estrategia de reducción de daños factible y efectiva en prisiones. En un futuro, es necesario extender este programa a otras prisiones y diversificar los kits para abordar ampliamente el consumo de drogas por vía pulmonar.

**Palabras clave:** programas de intercambio de agujas; heroína; cocaína crack; sobredosis de droga; infecciones por VIH; hepatitis C; prisiones; investigación cualitativa.

---

## DISTRIBUTING ALUMINIUM FOIL AS HARM REDUCTION STRATEGY AMONG PEOPLE WHO USE DRUGS IN PRISON

### ABSTRACT

**Objectives:** Drug use via inhalation substantially reduces the risk of overdose and blood borne infections when compared to parenteral consumption. In order to promote a change in consumption habits and provide a safe framework for inhalation consumption, the distribution of foil was introduced into the Catalan prison, Brians 1. The aim of this study was to know the perceptions of the people who participated in this program.

**Material and method:** An exploratory qualitative study was carried out through semi-structured interviews with 18 users. The data was analyzed using thematic analysis methodology.

**Results:** Users highlighted the fewer negative consequences arising from inhalation drug use with a foil kit, compared to other means available in prison. The kit was used for heroin consumption, as well as in the manufacture of hashish and crack pipes. Among users who normally injected, there was increased awareness of alternative means and a higher probability of drug use via the pulmonary route. All users reported having received health education and subsequent monitoring by the particular team in charge.

**Discussion:** Foil distribution is a practical and effective harm reduction strategy in prisons. Going forward, it is necessary to extend this program to other prisons and diversify the kits so they can more broadly address inhalation drug use.

**Key words:** needle-exchange programs; heroin; crack cocaine; drug overdose; HIV infections; hepatitis C; prisons; qualitative research.

Texto recibido: 30/01/2024

Texto aceptado: 03/08/2024

## INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas por vía parenteral aumenta el riesgo de sobredosis, las infecciones de transmisión sanguínea (virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], hepatitis B y C, etc.), entre otros problemas de salud, y se asocia a peores condiciones sociales y con la justicia en comparación con el consumo por vía pulmonar<sup>1-3</sup>.

No obstante, el consumo de drogas por vía pulmonar no está exento de riesgos para la salud, pudiendo manifestarse daños pulmonares, quemaduras y laceraciones en los labios y la transmisión de infecciones víricas (hepatitis C, VIH, etc.) y respiratorias (gripe, tuberculosis, etc.) relacionadas con compartir el equipo de consumo<sup>4-6</sup>.

Por estas razones, en los últimos años, se han intensificado las intervenciones para reducir daños en el consumo por vía parenteral y promover la transición hacia el uso de drogas por vía pulmonar, como son la prescripción de sustitutivos orales<sup>3</sup>, las salas de consumo supervisado para vías de administración diferentes a la inyección<sup>7,8</sup> o la distribución de kits para el consumo de drogas por vía pulmonar, entre otros programas<sup>9,10</sup>.

Uno de los entornos clave para la promoción de medidas de reducción de daños son las prisiones, donde se detecta un consumo de drogas en condiciones higiénicas deficitarias, con un alto riesgo de padecer infecciones de transmisión sanguínea y sobredosis y otras reacciones adversas<sup>11-13</sup>.

Para hacer frente a esta situación, en los últimos diez años, se han intensificado en prisiones los tratamientos de sustitución con opioides (TSO), los programas de intercambio de jeringuillas (PIJ) y la educación entre pares, entre otros<sup>14-16</sup>.

En las prisiones españolas, se han desarrollado programas de reducción de daños, disponiendo en todos los centros de TSO, contando con alrededor de 8.000 personas en tratamiento<sup>17</sup>. Además, desde 1997, se dispone de PIJ, contando con este programa en más de 40 centros penitenciarios<sup>17</sup>.

En el caso de las prisiones catalanas, todos los centros disponen de TSO y PIJ y se cuenta con dos centros de atención y seguimiento (CAS) a las drogo-

dependencias, donde además se llevan a cabo intervenciones de educación entre pares, talleres de consumo higiénico y seguro, entre otras intervenciones<sup>12,18</sup>.

Respecto a las estrategias para dar cobertura al consumo por vía pulmonar, a finales de 2020 se impulsó “Fumando en plata”, un programa de distribución de papel de aluminio sin plomo (láminas y cánulas), diseñado para consumir heroína por vía pulmonar, y un tríptico con mensajes de educación sanitaria (Figura 1) desde el CAS de la prisión catalana de Brians 1. Esta intervención se promovió por la creciente demanda de atención a personas consumidoras de drogas por vía pulmonar y como medida innovadora de reducción de daños en el contexto de la COVID-19<sup>19</sup>.

Concretamente, los objetivos iniciales fueron reducir las sobredosis y las infecciones de transmisión sanguínea y respiratoria en un contexto que implicaba un alto riesgo para salud en las personas usuarias<sup>6,19</sup>.

Estudios anteriores realizados en servicios comunitarios de reducción de daños de Alemania y Reino Unido evidencian el impacto positivo de la distribución del papel de aluminio en la salud de las personas usuarias. Se subraya que estos programas dan cobertura de material para consumir heroína por vía pulmonar<sup>2,20</sup>, se incrementa la concienciación de que fumar es menos nocivo que inyectarse<sup>20,21</sup>, se aumentan las probabilidades de consumir por vía pulmonar en lugar de la inyección<sup>20-22</sup> y se promueve el acercamiento de las personas consumidoras de drogas a servicios de reducción de daños<sup>2,22</sup>.



Figura 1. Kit de papel de aluminio sin plomo (láminas y cánula) y tríptico con mensajes de educación sanitaria.

A pesar de estos estudios, continúa siendo limitada la producción científica sobre este tipo de intervenciones. Además, apenas se conocen experiencias de la puesta en marcha de programas de reducción de daños para el abordaje del consumo de drogas por vía pulmonar en prisiones, no disponiendo de estudios realizados en estas instituciones. Estas razones motivaron la realización del presente estudio.

El objetivo general de este estudio fue conocer las percepciones de las personas usuarias del programa de distribución de aluminio en la prisión catalana de Brians 1. Específicamente, exploramos las experiencias de estas en relación con el funcionamiento, los patrones de consumo y las propuestas de mejora de este programa.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio cualitativo exploratorio mediante entrevistas semiestructuradas<sup>23</sup> a personas usuarias del programa “Fumando en plata” de la prisión de Brians 1. Se trata de una prisión mixta, con capacidad para 1.300 hombres en situación preventiva y 300 mujeres penadas.

El estudio fue diseñado por dos autores, un enfermero y antropólogo y una educadora social, ambos con una experiencia de 20 años en prisión y en la atención a personas consumidoras de drogas. Para seleccionar a las personas participantes, se realizó un muestreo intencional<sup>24</sup>.

Como criterios de inclusión, buscábamos hombres y mujeres que consumieran drogas por vía pulmonar o por vía parenteral que hubieran adquirido el kit de papel de aluminio. Fueron excluidas aquellas personas que presentaran una fuerte barrera idiomática o unas condiciones cognitivas que supusieran dificultades para realizar la entrevista.

Las entrevistas semiestructuradas<sup>23</sup> se realizaron entre enero y abril de 2022. Estas se llevaron a cabo en despachos de los módulos residenciales y fueron registradas digitalmente con una duración de entre 45 y 60 minutos. Las entrevistas tuvieron el objetivo de obtener información sobre el uso del programa, mediante un guion estructurado en cinco bloques relacionados con:

- Acceso e información del programa.
- Características de las prácticas de consumo.
- Impacto del programa en la salud.
- Opinión del kit.
- Propuestas de mejora.

Inicialmente se diseñó una primera versión del guion de la entrevista, que fue testeada con cuatro par-

ticipantes para afinar la redacción de las preguntas de modo que fueran más comprensibles.

Además, mediante un cuestionario, se recopilaron datos sociodemográficos, de salud y del consumo de drogas.

Las entrevistas fueron transcritas en su integridad y analizadas mediante el método de análisis temático de Braun y Clarke<sup>25</sup>. El análisis de las transcripciones fue asistido mediante el *software* cualitativo NVivo 12, y se realizó siguiendo seis fases:

1. Primero, todas las transcripciones se leyeron en profundidad para una familiarización con los datos recogidos. Durante este paso, se anotaron comentarios e ideas principales.
2. En la segunda fase, se realizó la codificación de las transcripciones y la revisión de los contenidos de cada código.
3. En la tercera fase, el equipo investigador se reunió para comparar y unificar los códigos, que fueron agrupados en temas y subtemas.
4. A continuación, se revisaron las categorías teniendo en cuenta el listado de códigos y la totalidad de las transcripciones. El equipo investigador reordenó los códigos en un mapa de categorías.
5. En la quinta fase, se refinaron las especificidades de cada categoría y se definieron los temas finales.
6. Por último, se redactaron los resultados, seleccionando los extractos significativos, que se identificarán claramente con el problema de estudio.

El estudio fue realizado bajo autorización de la dirección del CAS Brians 1 (Servei Català de la Salut/Fundació Salut i Comunitat). La evaluación ética de la investigación fue aprobada por la Dirección técnica y de promoción de proyectos de *Fundació Salut i Comunitat*. Todas las personas participantes fueron informadas de los objetivos y criterios éticos del estudio, y firmaron un consentimiento informado siguiendo la Ley Orgánica 3/2018, de 5 diciembre, de protección de datos personales y garantía de derechos digitales, y el Reglamento de la UE 2016/679.

## RESULTADOS

Participaron 18 personas (11 hombres y 7 mujeres, una de ellas transgénero) de edades comprendidas entre 23 y 55 años, con una media de 42,6 años, 15 de ellos eran de origen español. Todas informaron haber consumido drogas en los últimos seis meses de estancia en prisión, 9 principalmente por vía parenteral, seguido de la vía pulmonar, y 9 básicamente por vía pulmonar; 7 estaban diagnosticadas de VIH y 4 de virus de la hepatitis C, en ambos casos con segui-

miento médico; 5 habían sido diagnosticadas por virus de la hepatitis C en el pasado y fueron tratadas y curadas con éxito; 11 participantes estaban en tratamiento de sustitución de opioides (metadona) y 9 en el programa de intercambio de jeringuillas.

Del análisis de los códigos y su agrupación en temas y subtemas surgieron cuatro categorías para dar explicación del uso del papel de aluminio en las personas consumidoras de drogas en prisión:

- Acceso y atención recibida.
- Prácticas de consumo de las personas usuarias.
- Beneficios del uso del papel de aluminio.
- Propuestas de mejora.

### Acceso y atención recibida

Las personas usuarias señalaron haber recibido información y acceso al kit de papel de aluminio a través de los TSO y los PIJ, así como en las consultas médicas e intervenciones socioeducativas del CAS: “Nos enteramos a través del que da la metadona. A quien consume, vosotros le dais la información” (E4); “Me lo comentó un profesional del CAS” (E5).

Otra de las vías de información fue a través de otras personas usuarias. Personas no adscritas al programa recibieron material por dispensación secundaria y algunas, posteriormente, establecieron vínculo con el CAS para obtener el kit de forma personal: “Yo me enteré por un compañero. Este me dijo que lo pidiera y al rato me vinieron con el sobre” (E12); “A mí me lo dio uno que estaba en el programa. Me dijo que el CAS daba plata (papel de aluminio)” (E8).

Todas las personas usuarias expresaron haber recibido educación sanitaria y acceso a atención médica e intervenciones psicosociales y socioeducativas. Específicamente, se subrayaron las recomendaciones sobre el consumo higiénico y seguro de drogas por vía pulmonar y sobre el consejo breve para el cambio de vía de consumo: “La información va bien para prevenir y consumir en mejores condiciones” (E16); “Está bien que se promueva el papel para fumar, pues yo pillé el VIH por alquilar una jeringuilla hace años” (E3).

Diez participantes, a pesar de considerar claros los mensajes del tríptico, valoraron más adecuado recibir la información directamente por parte de los profesionales: “El tríptico está bien, pero mejor que te expliquen las cosas” (E18); “El tríptico ni me lo he mirado. Mucho mejor que los profesionales te den la información” (E9).

### Prácticas de consumo de las personas usuarias

Las personas usuarias solicitaban el kit para consumir en días ocasionales, concentrados en el fin de

semana o días posteriores. Estas reportaron consumir en la celda y, de forma ocasional, en baños de zonas comunes de los módulos residenciales, normalmente acompañados por otras personas: “Alguna vez he consumido crack. En el módulo de mujeres se comen mucho las pipas en la celda” (E15); “Compras entre dos. El fumado invita a estar acompañado. Yo tomo con mi compañero de celda” (E16).

Todas las personas usuarias refirieron utilizar el papel de aluminio para fumar heroína. De estas, 13 expresaron utilizarlo para la fabricación de pipas artesanales para el consumo de otras sustancias. Por ejemplo, fumaban crack con inhaladores para el asma o hachís con botellas de plástico pequeñas, empleando el papel de aluminio para la zona de combustión: “El crack te lo fumas en botella de agua, con un tubo o directamente” (E5); “Aquí usan el inhalador del asma. Se pone el papel de plata por donde inhalarías, y por donde va el tubo, se pone la boca. Se coloca al revés” (E15).

### Beneficios del uso del papel de aluminio

Las personas usuarias expresaron dejar de utilizar el papel de aluminio obtenido del envoltorio de alimentos (yogur, chokolatinas, etc.), del tabaco o similar. El uso del papel de aluminio del programa contribuyó a disminuir el mal olor de la heroína, la tos, y el mal sabor y sequedad de boca: “Aquí se fumaba con el papel del tabaco, que quemaba más rápido y te ardía la garganta” (E7); “Antes se fumaba con la tapa del yogur o con la plata de la chokolatina. Eso te deja muy mal sabor de boca” (E10).

Por otra parte, 15 participantes subrayaron que consumir por vía pulmonar reduce el riesgo de infecciones de transmisión sanguínea (VIH o hepatitis) y respiratoria (gripe, COVID-19, etc.) y de padecer sobredosis: “Si te inyectas puedes pillar más enfermedades que fumando” (E6); “Fumar es más seguro, se evitan sobredosis. Con tu material no pillas nada” (E8).

Todas las personas inyectoras expresaron que consumir por vía parenteral es más placentero y económico, pero afirmaron que disponer del kit promovió consumir por vía pulmonar y reducir riesgos: “Cuando tengo más material (drogas) uso la plata (papel de aluminio) y me pincho (inyecto) menos” (E11); “Soy más de pincharme (inyectar), pero si tengo plata (papel de aluminio), me da por fumar. Soy consciente de que cogí la hepatitis por compartir jeringuillas” (E17).

Un total de 14 participantes consideraron que consumir por vía pulmonar es menos estigmatizante que consumir por vía parenteral. En este sentido, se

resaltó que es más accesible y discreta la obtención del papel de aluminio que la de jeringuillas: “Pincharse (inyectarse) está mal visto. Es mejor fumar. Gracias a esto (papel de plata) no se van a la chuta (jeringa)” (E9); “La plata es más discreta que la jeringuilla. Las funcionarias no se dan cuenta, aparte de que este papel no huele a quemado (E17).

### Propuestas de mejora

Todas las personas usuarias subrayaron positivamente la calidad y la cantidad de láminas de aluminio y de tubos que se dispensan y la discreción de recibir este material dentro de un sobre blanco. No obstante, 14 participantes resaltaron la necesidad de disponer de más medios para consumir otras drogas por vía pulmonar. Específicamente, hicieron alusión a la distribución de pipas para el consumo de *crack*, así como de bicarbonato para transformar la cocaína en *crack*. Sobre todo, se reclamaba la disposición de papel de fumar para consumir cannabis y derivados: “Fumar *crack* en botellas es un rollo. Necesitamos pipas de *crack* y bicarbonato para cocinar la coca (cocaína)” (E4); “No entiendo por qué no hay papel de fumar. Se da plata (papel de aluminio) y jeringuillas, que me parece perfecto, pero el papel de fumar es necesario, pues saben que aquí se fuman porros” (E11).

De las personas entrevistadas, 12 subrayaron la necesidad de que este tipo de programa se extendiera a todos los centros penitenciarios para dar cobertura al consumo de drogas por vía pulmonar: “Para llegar a más gente, habría que ofrecerlo en otras prisiones” (E5); “Habría que hacer más publicidad, que podamos tener plata (papel de aluminio) en todas las prisiones” (E3).

## DISCUSIÓN

Este es el primer estudio nacional que examina las percepciones de las personas consumidoras de drogas que utilizan un programa de distribución de papel de aluminio en prisión. Esta investigación sugiere que la distribución de aluminio promueve que el consumo de drogas se realice en condiciones más seguras por vía pulmonar y aumenten las probabilidades de que las personas inyectoras lo hagan por esta vía. Además, se han recogido algunas propuestas para mejorar la cobertura de necesidades de las personas consumidoras de drogas en prisión.

Mediante la distribución del papel de aluminio, las personas consumidoras de drogas reciben educación sanitaria y seguimiento médico y psicosocial sobre el consumo de drogas en prisión<sup>12,18</sup>.

La distribución secundaria del kit a personas no adscritas al programa amplió la cobertura de material higiénico para el consumo de drogas por vía pulmonar y el acercamiento de estas personas a servicios especializados en drogodependencias, como señalan otros estudios<sup>20,26</sup>.

Respecto al consumo de drogas por vía pulmonar, las personas entrevistadas reportaron una disminución de efectos nocivos relacionados con el uso de papel de aluminio de uso común, como son el mal olor de esta sustancia, el sabor extraño de boca, la tos y la sequedad de papilas gustativas, como evidencian estudios en Alemania y Reino Unido<sup>2,21,22</sup>. Específicamente, se subrayó dejar de utilizar el aluminio de envoltorios de alimentos (chocolatinas, tapas de yogures, etc.) o del tabaco.

Se señaló que consumir drogas por vía pulmonar es una práctica más segura para evitar infecciones de transmisión sanguínea y sobredosis respecto con el uso de drogas por vía parenteral, tal como han reportado estudios anteriores<sup>2,21</sup>.

Las personas consumidoras por vía parenteral mostraron menor aceptabilidad de la distribución del papel de aluminio, pero expresaron aumentar la percepción de que consumir por vía pulmonar conlleva menos daños a la salud que por vía parenteral. En algunos casos, se señaló que disponer del kit aumentó las oportunidades de alternar la vía de consumo y dar descanso al uso de drogas por vía parenteral, tal como evidencian otros estudios<sup>2,20</sup>.

Las personas usuarias emplean el papel de aluminio para consumir heroína por vía pulmonar, así como para la fabricación de pipas artesanales para fumar estimulantes y hachís. Estudios anteriores señalan que el consumo de *crack* o metanfetamina no está exento del riesgo de infecciones de transmisión sanguínea (VIH y hepatitis C) o de infecciones respiratorias (tuberculosis, gripe, COVID-19) relacionados con el uso compartido de pipas artesanales<sup>6,10,27</sup>.

En este sentido, las personas usuarias reclamaban la incorporación de medios para el consumo de estimulantes por vía pulmonar. Estudios anteriores señalan que la distribución de kits para el consumo de estimulantes es eficaz para reducir prácticas de riesgo, promover la transición al consumo por vía pulmonar y mejorar el acceso a servicios de salud<sup>10,28,29</sup>.

También se detectó que, para consumir cannabis y derivados, se utilizan métodos artesanales mediante botellas y tubos de plástico que son nocivos para la salud, subrayándose la necesidad de disponer de papel de fumar, como se ha señalado en un estudio anterior en prisiones catalanas<sup>30</sup>.

Nuestros hallazgos refuerzan la importancia del trabajo multidisciplinar para promover estrategias de

reducción de daños dentro de prisión. En este sentido, sugerimos la necesidad de extender la distribución de kits de papel de aluminio en prisión, así como estudiar la introducción de estrategias para el uso de otras drogas fumables, como sería la distribución de pipas para el consumo de estimulantes (*crack*, metanfetamina, etc.) o de papel para fumar cannabis y derivados. La puesta en marcha de estas estrategias es necesaria para reducir daños asociados con el consumo de drogas por vía pulmonar y para promover la transición hacia esta vía entre las personas inyectoras en prisión.

Este estudio está sujeto a una serie de limitaciones relacionadas con las características de la muestra. En primer lugar, el programa de dispensación de papel de aluminio solo está disponible en el centro penitenciario de Brians 1, por lo que no pudimos recoger y comparar los hallazgos con otras prisiones de nuestro entorno.

Además, respecto al tamaño de la muestra, esta no es grande, pero rápidamente se alcanzó la saturación de datos, y consideramos poco probable que aumentar el número de personas entrevistadas afectara a los resultados de la investigación.

A pesar de estas limitaciones, los hallazgos del estudio pueden ser útiles para apoyar y desarrollar programas de dispensación de material higiénico para el consumo de drogas por vía pulmonar en prisiones.

## CONCLUSIONES

La distribución de papel de aluminio es una estrategia de reducción de daños factible y efectiva en prisiones. Las personas usuarias reciben educación sanitaria sobre el consumo higiénico y seguro y un abordaje terapéutico por parte de profesionales especialistas.

Mediante esta intervención aumenta la concienciación de que consumir drogas por vía pulmonar es menos nocivo que por vía parenteral y las probabilidades de que personas inyectoras consuman por vía pulmonar. Con el uso de papel de aluminio se disminuyen las prácticas de riesgo (usar aluminio de chokolatinas, yogures, etc.) y los efectos nocivos del consumo por vía pulmonar (tos, mal sabor de boca, etc.).

El kit es utilizado para el consumo de heroína por vía pulmonar, así como para la fabricación de pipas artesanales para el consumo de estimulantes o hachís. En un futuro, es necesario extender este programa a otras prisiones, así como diversificar los kits para abordar ampliamente el consumo de drogas por vía pulmonar en este contexto.

## CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

## FINANCIACIÓN

Los autores declaran que no existen fuentes de financiación.

## CORRESPONDENCIA

Rafael Clua-García  
E-mail: rclua@umanresa.cat

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Degenhardt L, Peacock A, Colledge S, Leung J, Grebely J, Vickerman P, *et al.* Global prevalence of injecting drug use and sociodemographic characteristics and prevalence of HIV, HBV, and HCV in people who inject drugs: a multistage systematic review. *Lancet Glob Health.* 2017; 5(12):e1192-207.
2. Pizzey R, Hunt N. Distributing foil from needle and syringe programmes (NSPs) to promote transitions from heroin injecting to chasing: an evaluation. *Harm Reduct J.* 2008;5:24.
3. Bridge J. Route transition interventions: potential public health gains from reducing or preventing injecting. *Int J Drug Policy.* 2010;21(2):125-8.
4. Bergen-Cico D, Lapple A. Examination of safe crack use kit distribution from a public health perspective. *World Med Health Pol.* 2015; 7(4):349-67.
5. Alambyan V, Pace J, Miller B, Cohen ML, Gokhale S, Singh G, *et al.* The emerging role of inhaled heroin in the opioid epidemic: a review. *JAMA Neurol.* 2018;75(11):1423-34.
6. Harris M. An urgent impetus for action: safe inhalation interventions to reduce COVID-19 transmission and fatality risk among people who smoke crack cocaine in the United Kingdom. *Int J Drug Policy.* 2020;83:102829.
7. Speed KA, Gehring ND, Launier K, O'Brien D, Campbell S, Hyshka E. To what extent do supervised drug consumption services incorporate non-injection routes of administration? A systematic scoping review documenting existing facilities. *Harm Reduct J.* 2020;17(1):72.
8. Tapper A, Ahern C, Graveline-Long Z, Newberger NG, Hughto JMW. The utilization

- and delivery of safer smoking practices and services: a narrative synthesis of the literature. *Harm Reduct J.* 2023;20(1):160.
9. Strike C, Watson TM. Education and equipment for people who smoke crack cocaine in Canada: progress and limits. *Harm Reduct J.* 2017;14(1):17.
  10. Imtiaz S, Strike C, Elton-Marshall T, Rehm J. Safer smoking kits for methamphetamine consumption. *Addiction.* 2020;115(6):1189-90.
  11. Stöver H. Drug services and harm reduction practice in prisons. En: Elger BS, Ritter C, Stöver H, eds. *Emerging issues in prison health.* Dordrecht: Springer. 2017. p. 143-67.
  12. Clua García R, Salcedo Ortuño D, García Sánchez M, Peralta Ribera E. Atención de enfermería a usuarios de drogas en prisión. *Rev Rol Enferm.* 2022;45(1):27-32.
  13. Bañuls-Oncina E, Clua-García R, Imbernón Casas M, Jiménez-Vinaja R. Substance use characteristics, health risk practices and associated factors among people imprisoned in Catalonia: a cross-sectional study. *Rev Esp Sanid Penit.* 2019;21(2):80-7.
  14. Moore KE, Roberts W, Reid HH, Smith KMZ, Oberleitner LMS, McKee SA. Effectiveness of medication assisted treatment for opioid use in prison and jail settings: A meta-analysis and systematic review. *J Subst Abuse Treat.* 2019;99:32-43.
  15. Sander G, Scandurra A, Kamenska A, MacNamara C, Kalpaki C, Bessa CF, *et al.* Overview of harm reduction in prisons in seven European countries. *Harm Reduct J.* 2016;13(1):28.
  16. Moazen B, Dolan K, Saeedi Moghaddam S, Lotfizadeh M, Duke K, Neuhann F, *et al.* Availability, accessibility, and coverage of needle and syringe programs in prisons in the European Union. *Epidemiol Rev.* 2020;42(1):19-26.
  17. Spain, Country Drug Report 2019. [Internet]. En: EUDA European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Lisboa: EUDA. 6 Jun 2019. [Consultada 20/11/2024]. Disponible en: [https://www.euda.europa.eu/publications/country-drug-reports/2019/spain\\_en](https://www.euda.europa.eu/publications/country-drug-reports/2019/spain_en)
  18. Clua-García R, Bañuls-Oncina E, Imbernón-Casas M, Jiménez-Vinaja R. The discourses of risk of drug users in prison. *Rev Esp Sanid Penit.* 2019;21(1):28-37.
  19. Clua García R. Distribución de papel de aluminio para el consumo de drogas por vía pulmonar en el medio penitenciario. *Low Threshold Journal.* 2022;10(2):27-8.
  20. Dunleavy K, Hutchinson SJ, Palmateer N, Goldberg D, Taylor A, Munro A, *et al.* The uptake of foil from needle and syringe provision services and its role in smoking or snorting heroin among people who inject drugs in Scotland. *Int J Drug Policy.* 2021;98:103369.
  21. Stöver HJ, Schäffer D. SMOKE IT! Promoting a change of opiate consumption pattern - from injecting to inhaling. *Harm Reduct J.* 2014;11:18.
  22. Stöver H, Schäffer D. Smoke-it! Unterstützung zur Veränderung der Drogenapplikationsform (von intravenös zu inhalativ) mittels neuartiger Präventionstools sowie medialer und personaler Interventionen. Frankfurt/Main: Institut für Suchtforschung; 2014.
  23. Magaldi D, Berler M. Semi-structured Interviews. En: Zeigler-Hill V, Shackelford TK, eds. *Encyclopedia of Personality and Individual Differences.* Cham: Springer; 2020. p. 4825-30.
  24. Shaheen M, Pradhan R. Sampling in qualitative research. En: Gupta M, Shaheen M, Reddy KP, eds. *Qualitative Techniques for Workplace Data Analysis.* Pennsylvania: IGI Global; 2019. p. 25-51.
  25. Braun V, Clarke V. Thematic analysis. En: Cooper H, Camic PM, Long DL, Panter AT, Rindskopf D, Sher KJ, editores. *APA Handbook of research in psychology. Vol. 2. Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological.* Chicago: American Psychological Association; 2012. p. 57-71.
  26. Ryan-Mills D, Stephenson G. Monitoring the legal provision of foil to heroin users. London: Home Office; 2016.
  27. Nightingale R, Griffiths P, Mortimer K, Walker P, Byrne T, Marwood K, *et al.* Exploring perspectives on chronic obstructive pulmonary disease in people who smoke heroin: a qualitative study. *BJGP Open.* 2020;4(3):bjgpopen20X101055.
  28. Frankeberger J, Cepeda A, Natera-Rey G, Valdez A. Safer crack kits and smoking practices: Effectiveness of a harm reduction intervention among active crack users in Mexico City. *Subst Use Misuse.* 2019;54(4):592-600.
  29. Prangnell A, Dong H, Daly P, Milloy MJ, Kerr T, Hayashi K. Declining rates of health problems associated with crack smoking during the expansion of crack pipe distribution in Vancouver, Canada. *BMC Public Health.* 2017;17(1):163.
  30. Jiménez-Vinaja R, Imbernón M, Parés-Bayerri A, Ona G, Parés O, Bouso JC. Jailhouse rock: Estado de salud, patrones de consumo y beneficios subjetivos del uso de cannabis en una muestra de reclusos en prisiones españolas. *Rev Esp Sanid Penit.* 2022;24(1):9-15.

Original

**RESP**

---

# Exceso de muertes no COVID-19 en cárceles del Uruguay en 2021 frente a 2014-2023

José Priore

Ministerio de Salud Pública. Uruguay.

---

## RESUMEN

**Objetivos:** Examinar el exceso de muertes por patologías no COVID-19 en cárceles del Uruguay durante el año 2021 frente a 2014-2023, y analizar qué factores contribuyeron a las mismas.

**Material y método:** Investigación no experimental de estudio de casos transversal, retrospectivo cuantitativo y cualitativo. Se analizaron todos los documentos disponibles sobre las causas y circunstancias de muerte del año 2021 frente a 2014-2023. Se realizaron tablas de contingencia y riesgo. En la fase cualitativa, se elaboró una herramienta de análisis del proceso asistencial.

**Resultados:** En 2021, se documentó un aumento significativo de muertes por patologías no atribuibles a COVID-19 (tasa años/persona de 296,35 frente a  $\bar{x} = 165,53$  [ $p < 0,001$ ]). El riesgo calculado también fue significativo para el periodo (*odds ratio* [OR] o razón de posibilidades = 2,01; intervalo de confianza [IC]: 1,42-2,83), así como la asociación con el nivel de seguridad de la prisión ( $p < 0,05$ ). En el 63,4% de las muertes se encontró vinculación a dificultades en el proceso asistencial.

**Discusión:** El exceso de mortalidad no COVID-19 en las cárceles de Uruguay en 2021 se debió principalmente a las restricciones a la circulación en prisión y a la prioridad en la atención de pacientes respiratorios, lo que generó dificultades en el acceso a los servicios de salud penitenciarios, retrasos en el diagnóstico y tratamiento de otras patologías.

**Palabras clave:** gestión en salud; COVID-19; mortalidad; prisiones.

---

## EXCESS NON-COVID-19 MORTALITY IN URUGUAY PRISONS IN 2021 VS. 2014-2023

### ABSTRACT

**Objectives:** To examine the excess deaths due to non-COVID-19 pathologies in Uruguayan prisons in 2021 vs. 2014-2023, and analyse the factors that contributed to them.

**Material and method:** A non-experimental case study with quantitative and qualitative retrospective analysis was conducted. All available data on the causes and circumstances of prisoner deaths from the year 2021 vs. 2014-2023 were analysed. Contingency and risk tables were prepared. A care process analysis tool was used in the qualitative study.

**Results:** In 2021, a significant increase of deaths caused by diseases not due to COVID-19 was documented (rate person-years 296.35 vs.  $\bar{x} = 165.53$  [ $P < 0.001$ ]). The risk was also significant for the period (OR = 2.01 [CI 1,42-2,83]) and there was also an association with prison security ( $P < 0.05$ ). A total of 63.4% of the deaths were associated with difficulties in the healthcare process.

**Discussion:** The excess non-COVID-19 mortality in Uruguay prisons in 2021 was mainly due to restrictions on movement in prison and priority in the care of respiratory patients, which generated difficulties in accessing prison health services, delays in diagnosis and treatment of other pathologies.

**Key words:** health management; COVID-19; mortality; prisons.

---

Texto recibido: 27/05/2024

Texto aceptado: 13/11/2024

## INTRODUCCIÓN

En diciembre del año 2019, en la ciudad china de Wuhan, comenzaron los primeros casos respiratorios que derivaron en la pandemia por el coronavirus de tipo 2 causante del síndrome respiratorio agudo severo. El número de casos aumentó en todo el mundo y la Organización Mundial de la Salud (OMS) la declaró una emergencia de salud pública de importancia internacional en enero de 2020. El escenario, incierto, era aún menos favorable para poblaciones vulnerables, dentro de ellas las personas privadas de libertad (PPL), que, sumado a las características de las prisiones, condicionaban un mayor riesgo de transmisión. Normas nacionales e internacionales determinan estándares de protección en derechos humanos y salud en las prisiones, y hay consenso en que estas logran buenos resultados sanitarios cuando orientan sus acciones sobre la base de la atención primaria de salud y gestionan sus acciones con un potente primer nivel de atención (PNA)<sup>1</sup>.

Sin embargo, frente al aumento de casos de COVID-19, muchos países no atendieron las recomendaciones de la OMS y de los expertos acerca de no poner el foco exclusivo al rastreo y la atención de pacientes respiratorios o los contactos, no desatender la vigilancia de otras patologías y mantener las acciones que se centran en el PNA<sup>2,3</sup>.

Algunas respuestas a la pandemia se centraron en fortalecer los segundos y terceros niveles de atención, cuando cerrar policlínicas y centros de salud no parecía la respuesta más adecuada desde la perspectiva recomendada. Si bien se implementaron estrategias de atención no presencial y telemática, estas no sustituyeron a la presencial de forma satisfactoria, recargando incluso el trabajo del personal asistencial y, muchas veces, colapsando los servicios asistenciales hospitalarios para contener la pandemia<sup>4</sup>.

En consecuencia, los servicios de salud fueron reorganizados o interrumpidos, dificultando el diagnóstico y tratamiento de otras patologías que provocan enfermedad y muerte si se retrasa el diagnóstico<sup>5</sup>. Además, numerosos trabajadores de la salud fueron redirigidos a la respuesta del COVID-19, suspendiéndose actividades de promoción, educación en salud y programas de prevención y diagnóstico precoz<sup>6-8</sup>.

Un estudio de la OMS en 163 países mostró cómo las modificaciones en el PNA, como consecuencia del COVID-19, habían afectado un 52% al control de la hipertensión, un 49% al de diabetes y un 42% al de cáncer, todo como consecuencia de acciones como la cancelación electiva de servicios (58%), personal reasignado a la respuesta de COVID-19 (50%) y pacien-

tes que no se presentaron a la consulta por miedo al contagio (50%)<sup>9</sup>.

## Pandemia en Uruguay

Si bien los primeros casos de COVID-19 en Uruguay fueron confirmados en marzo de 2020, el país no experimentó olas de contagio ese año, pero sí a partir de marzo de 2021, donde se produjo un aumento importante de casos positivos, activos y de muertes durante varias semanas, permaneciendo en el primer lugar en el mundo de muertos por millón durante 68 días<sup>10,11</sup>.

El sistema de atención público, que ya afrontaba un incremento sostenido de usuarios a causa de la pandemia, estableció una estrategia asistencial centralizadora, con un robustecimiento de las estructuras hospitalarias y la ampliación de las capacidades de camas de terapia intensiva, además de la capacitación y redistribución de recursos humanos hacia áreas de cuidados intensivos, limitando las posibilidades de construir un abordaje integral de la pandemia<sup>12,13</sup>.

Esta situación derivó en que las consultas en PNA disminuyeran sustancialmente, con la consiguiente baja en los controles, diagnósticos y tratamientos de otras patologías, en un país en donde las enfermedades no transmisibles son la principal causa de muerte<sup>14,15</sup>.

Una encuesta sobre salud y acceso a cuidados médicos en Uruguay mostró cómo la crisis sanitaria había propiciado un cambio en la modalidad de la práctica clínica, con un alto porcentaje de estudios médicos, procedimientos, tratamientos en curso o previstos que habían sido suspendidos o pospuestos<sup>16</sup>.

## COVID-19 en cárceles de Uruguay

La situación del COVID-19 predisponía un escenario poco alentador, dadas las condiciones deficitarias y de hacinamiento que caracterizan a muchas de las cárceles de Uruguay, como por ejemplo las dificultades para aislar contactos, sumado a potenciales situaciones de violencia por la incertidumbre de la pandemia. Las Naciones Unidas, sobre la base de las Reglas de Mandela, había emitido una serie de recomendaciones para la gestión del COVID-19 en cárceles, instando a que la pandemia no fuera utilizada como justificación para empeorar las condiciones de vida de las PPL, sugiriendo a la mayoría de los países poner en marcha planes de descongestión con foco en presos vulnerables (con enfermedades terminales y crónicas o ancianos), además de dar prioridad a medidas no privativas de libertad a PPL con perfiles de bajo riesgo y responsabilidades de cuidado (como mujeres embarazadas y con hijos a cargo)<sup>17</sup>.

América Latina y el Caribe tienen un millón y medio de prisioneros y una tasa de encarcelamiento de 120 por 100.000 habitantes, frente a una media de 24 en el resto del mundo. Uruguay ocupa el primer lugar en la región y el décimo en el mundo (tasa de 408 cada 100.000 habitantes), y con un crecimiento constante y diferencial en términos de género, donde las mujeres triplican el aumento de los varones en los últimos años. Además, mientras el promedio de sobrepoblación en las cárceles de América Latina y el Caribe es del 64%, Uruguay se mantiene por encima de los promedios regionales (129% en 2022)<sup>18,19</sup>.

Aún con este panorama, el COVID-19 tuvo un ingreso tardío en las prisiones de Uruguay: el primer caso del país ocurrió en marzo de 2020, pero no fue hasta noviembre del mismo año cuando se reportó el primer caso en una PPL. La pandemia cursó con un importante aumento de casos dentro de las unidades penitenciarias, pero con baja tasa de fallecidos. A nivel general y siguiendo recomendaciones, la autoridad penitenciaria gestionó la prisión domiciliaria en una veintena de casos que tenían riesgos particulares de salud. Además, cuando ocurrió el primer caso en cárceles, se activó un estado de alerta a partir de esa fecha, llevando adelante una política flexible, pragmática y de diálogo con las PPL y sus familias, evitando un aislamiento preventivo masivo, que podría haber derivado en grandes tensiones y enfrentamientos (que no ocurrieron), y monitoreando a diario la situación en conjunto con el servicio de salud. Se hizo énfasis en la higiene, el control de temperatura a ingresados y casos sospechosos; se definieron las zonas de aislamiento y se suspendieron las actividades que aglomeraran a más de cinco personas en un ambiente cerrado<sup>20</sup>.

Sin embargo, el informe del Comisionado Parlamentario Penitenciario describía una “asistencia inadecuada y con limitaciones de cobertura [...] patologías no resueltas a tiempo que generan violencia [...] y ‘atascos’ en la atención por falta de funcionarios para ir a la policlínica [...], sumado a la dificultad en concretar las coordinaciones externas para consultas e intervenciones especializadas en los servicios comunitarios de salud”<sup>21</sup>.

En consecuencia, en las prisiones, al igual que en la comunidad, las restricciones de circulación (exacerbadas por la seguridad), más el debilitamiento del PNA con énfasis en la pesquisa de pacientes respiratorios, disminuyeron el acceso a la consulta, retrasando el diagnóstico y tratamiento de otras enfermedades no COVID-19.

### Falta de oportunidad en el proceso de la atención penitenciaria

La OMS ha priorizado la mejora de la seguridad del paciente en la atención primaria, incluyendo al error diagnóstico como un problema de alta prioridad y considerando que puede constituirse como el punto inicial de una cascada deficitaria en el proceso asistencial, además de oportunidades perdidas de un diagnóstico correcto, produciendo daño e incluso la muerte del paciente<sup>22</sup>.

Graber *et al.* lo definen como la “situación en la que el diagnóstico de un paciente se omite por completo, se retrasa de forma inadecuada y/o es erróneo, según la información definitiva”. El autor identifica tres tipos de errores diagnósticos: los “no culpables” (cuando la enfermedad es silente o atípica), “sistémicos” (por fallos organizacionales) y “cognitivos” (relacionados con la percepción y razonamiento en el proceso de la evaluación de la enfermedad)<sup>23,24</sup>.

Por otra parte, Singh *et al.* han incluido el concepto de “oportunidades de diagnóstico perdidas”, teniendo en cuenta la evolución del problema que presenta el paciente durante su contacto con el servicio asistencial<sup>25</sup>.

De esta forma, estos autores proponen una clasificación denominada “factores contribuyentes de los errores diagnósticos” (considerando que el diagnóstico evoluciona en el tiempo y no se limita a los incidentes de una única consulta), identificando cinco etapas de la atención ambulatoria en las que pueden surgir errores:

- Encuentro entre el proveedor y el paciente.
- La realización e interpretación de las pruebas diagnósticas.
- Seguimiento de pacientes y de resultados de pruebas diagnósticas.
- Consulta de subespecialidad.
- Pacientes que buscan atención y cumplen (o no) con sus instrucciones/citas, es decir, comportamientos del paciente<sup>26,27</sup>.

Al incorporar estos conceptos a la gestión sanitaria en prisiones, se observa que el personal sanitario asiste a una gran variedad de pacientes que poseen un amplio rango de complejidad, actuando con pocos medios diagnósticos, en poco tiempo y, en la mayoría de los casos, desconociendo sus antecedentes, todos aspectos clave para tomar decisiones en salud acertadas. Estos elementos, sumados a las características organizacionales penitenciarias (en las que predominan restricciones a la circulación por aspectos de seguridad), pueden condicionar el contacto oportuno con el servicio de salud, generando retrasos en diagnósticos y tratamientos, con muerte prematura<sup>28</sup>.

## OBJETIVO

Examinar el exceso de muertes por patologías no COVID-19 en la PPL de Uruguay durante el año 2021 frente a 2014-2023, y analizar qué factores contribuyeron en las mismas.

## MATERIAL Y MÉTODO

Investigación no experimental de estudio de casos transversal correlacional retrospectivo cuantitativo y cualitativo. El criterio de inclusión fue todas las PPL fallecidas por patologías entre los años 2014 y 2023. No se consideraron los fallecimientos ocurridos en salidas transitorias, licencias o prisión domiciliaria.

Los datos fueron recabados por el autor a partir de los informes públicos del Comisionado Parlamentario Penitenciario y la Cátedra de Medicina Legal de la Facultad de Medicina, además de los proporcionados por la institución penitenciaria.

Se calcularon las tasas brutas de mortalidad (dado que la estructura edad-sexo y distribución etaria de la población no tuvo modificaciones significativas en el periodo de estudio) a partir del número de defunciones del periodo y la población expuesta al riesgo de morir a mitad de cada año.

Mediante tablas de frecuencias, se contrastaron las medias desde el año 2014 (año a partir del cual los registros penitenciarios incorporan la categoría “fallecido por patología”) con el año a estudiar (2021).

Las variables de exposición y resultado se testaron mediante la prueba de Chi cuadrado ( $\chi^2$ ) de Pearson, considerando la exposición a la privación de libertad durante el año 2021 y el resultado del fallecimiento por patología. La magnitud de efecto se calculó mediante la prueba de OR.

En la fase cualitativa, se analizaron las circunstancias de las muertes por patología del año 2021 y, a los efectos de identificar qué factores contribuyeron a las mismas, se agruparon las variables en tablas simples con descripción cualitativa y categorización, procediendo a establecer una asociación entre los reportes de las fuentes.

Se confeccionó una herramienta de evaluación de seguimiento asistencial y de error diagnóstico a partir de las clasificaciones propuestas por Singh *et al.* y Graber *et al.*

Al proceso de clasificación de los factores propuestos por el primero, se le incorporaron los componentes “sin consulta asistencial” (definida como las muertes por patologías ocurridas en módulos y pabellones sin contacto con el servicio de salud) y “muerte

con asistencia”, en las que el fallecimiento ocurrió con seguimiento sanitario. A la mencionada tabla, se le anexaron además las dimensiones propuestas por Graber *et al.*, permitiendo subclasificar los posibles errores asistenciales en “no culpables” (cuando la muerte ocurrió por enfermedad silente o no detectable), “causas cognitivas-individuales” y “causas organizacionales”.

Los análisis estadísticos se realizaron con el programa de IBM *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 22.

El estudio contó con el aval institucional de la autoridad penitenciaria de Uruguay y se cumplió con los registros formales de la investigación previstos por el Ministerio de Salud Pública, no existiendo además relación alguna de la cual derivar algún posible conflicto de intereses.

## RESULTADOS

Las muertes totales registradas en cárceles en el periodo 2014-2023 fue de 490 (191 por patologías) con valores de tasas brutas de mortalidad del año 2021 que exceden la media del periodo (Figura 1).

Dado que los periodos prepandemia y postpandemia (2014-2020 y 2022-2023, respectivamente) se presentaron homogéneos y con distribuciones continuas y mantenidas en el tiempo (prueba de Levene [ $p = 0,279$ ] y prueba  $t$  de Student = 0,703 [ $p = 0,505$ ]), se procedió a unificarlo como uno solo para contrastarlo con 2021 (Figura 2).

Las medias de las muertes totales y por patologías del año 2021 fueron, respecto a la media prepandemia y postpandemia, +192% (86 frente a  $\bar{x} = 44,77$ , desviación estándar (DE) = 5,04 [IC del 95%  $\pm 3,92$ ]) y +246 %, respectivamente (41 frente a  $\bar{x} = 16,66$ , DE = 5,29 [IC del 95%  $\pm 3,55$ ]); las muertes por COVID-19 representaron el 9% del total, no explicando el exceso de mortalidad.

Los valores hallados en la proporción de fallecidos del año 2021 respecto al resto del periodo también fueron significativos tanto para las muertes por todas las causas ( $\chi^2 = 14,35$  [ $p < 0,001$ ]) como por patologías ( $\chi^2 = 16,22$  [ $p < 0,001$ ]) (Tabla 1), así como el peso relativo de los fallecimientos por patologías sobre las muertes totales (año 2021 = 0,48 frente a  $\bar{x} = 0,37$ , DE = 0,10 [IC del 95%  $\pm 0,08$ ], prueba  $t$  de Student = -3,707 [ $p < 0,05$ ]). Por otra parte, teniendo en cuenta el aumento sostenido de la PPL (año 2014 = 9.542; año 2023 = 14.950 [+566%]), se calcularon y hallaron valores estadísticamente significativos ( $p < 0,01$ ), cuando se compararon las tasas medias de fallecidos del año 2021 frente al resto del periodo (Tabla 2).

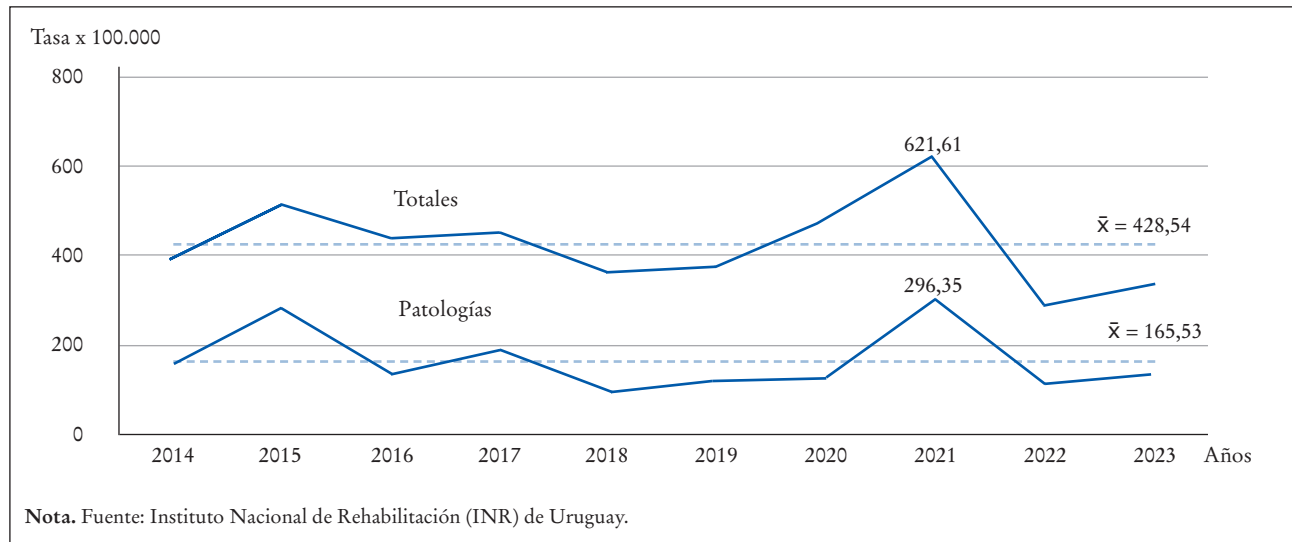


Figura 1. Tasas por 100.000 de fallecidos totales y por patologías en el sistema penitenciario en Uruguay.

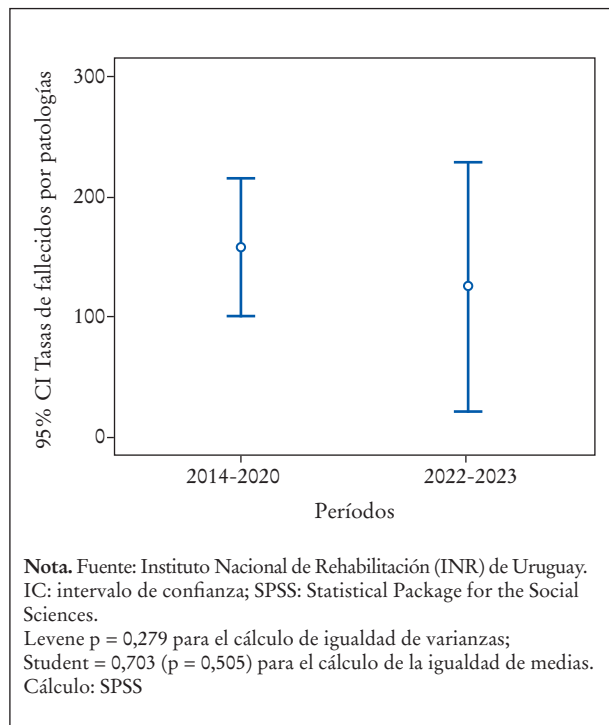


Figura 2. Grupos de fallecidos por patologías prepandemia y postpandemia en cárceles de Uruguay: 2014-2020 frente a 2022-2023.

El cálculo de la fuerza de la asociación entre la condición de confinamiento del año 2021 y el efecto de muerte fue positiva para los fallecidos por todas las causas (OR = 1,56 [IC del 95%, 1,24- 1,98]) y más aún las muertes por patologías (OR = 2,01 [IC del 95%, 1,42-2,83]). También se hallaron diferencias signifi-

cativas en los fallecidos por patologías según el nivel de seguridad de la unidad (Tabla 3).

Respecto a los hallazgos cualitativos, se encontró que, si bien la edad media de los fallecidos fue de 54 años, el 29% era menor de 40.

Respecto al análisis de los factores que contribuyeron a las muertes, se lograron clasificar al 92,7% de los fallecidos. En el 63,4% de las muertes, se encontraron déficits del proceso asistencial, clasificando el 34,1% en la categoría “sistémica-organizacional” (identificadas en las etapas de no acceso a consulta [17%] y seguimiento de la enfermedad [17%]). En la categoría “cognitivo-individual”, el 29,3% de las muertes estuvo vinculado a oportunidades de diagnóstico perdidas [14,6%], interconsultas [12,2%] y del encuentro técnico/paciente [2,4%]). Otro 29,3% ocurrió en centros hospitalarios por enfermedad diagnosticada y con seguimiento asistencial adecuado, y no se dispuso de información suficiente para clasificar en el 7,3% de los fallecidos (Figura 3).

## DISCUSIÓN

No se han identificado muchos estudios acerca de muerte en cárceles por patología no COVID-19. Un estudio en Florida (Estados Unidos) en pandemia mostró cambios significativos de la mortalidad estandarizada por todas las causas para las personas encarceladas (40%) frente a la población general (19%), no atribuible a COVID-19<sup>29</sup>, pero, por otra parte, una revisión de bases de datos sobre salud y COVID-19, y su impacto en las personas encarceladas, identificó

Tabla 1. Prisioneros fallecidos en las cárceles de Uruguay (año 2021 frente a prepandemia y postpandemia).

Periodo	Por todas las causas				Patologías			
	Fallecidos		No fallecidos		Fallecidos		No fallecidos	
	N	FR*	N	FR*	N	FR*	N	FR*
2014-2023/ 2022-2023	404	0,4	101.032	99,60	150	0,15	101.286	99,85
Año 2021	86	0,62	13.749	99,37	41	0,29	13.794	99,70
Prueba $\chi^2$	14,35				16,22			
Valor p	0,000†				0,000†			

**Nota.** El cálculo de p se realizó mediante la prueba de Chi cuadrado ( $\chi^2$ ). \*FR: Frecuencia relativa; p <0,05; p <0,01; †p <0,001.  
Fuente: Instituto Nacional de Rehabilitación (INR) de Uruguay.

Tabla 2. Comparación de las tasas medias de fallecidos por patologías prepandemia y postpandemia frente a 2021.

	t de Student	gl*	Sig.† (bilateral)	Diferencia de medias	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
					Inferior	Superior
Tasas de fallecidos por patologías	-7.738	8	0,000 ‡	-145.002	-188.215	-101.789

**Nota.** El cálculo de p se realizó mediante la prueba t de Student para un valor de muestra única de 296. \*gl: grados de libertad; †Sig: significación estadística; p <0,05; p <0,01; ‡p <0,001.  
Elaboración: *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS).

Tabla 3. Prisioneros fallecidos por patologías según el nivel de seguridad en las cárceles de Uruguay (año 2021).

Nivel de seguridad	Fallecidos		No fallecidos		Tasa por 100.000	p
	N	%	N	FR*		
Mínima/baja seguridad	2	0,09	2.057	99,91	97,25	0,04*
Media/alta seguridad	39	0,33	11.786	99,67	330,89	

**Nota.** El cálculo de p se realizó mediante la prueba de Chi cuadrado ( $\chi^2$ ). \*FR: Frecuencia relativa; †p <0,05; p <0,01; p <0,001.  
Fuente: Instituto Nacional de Rehabilitación (INR) de Uruguay.

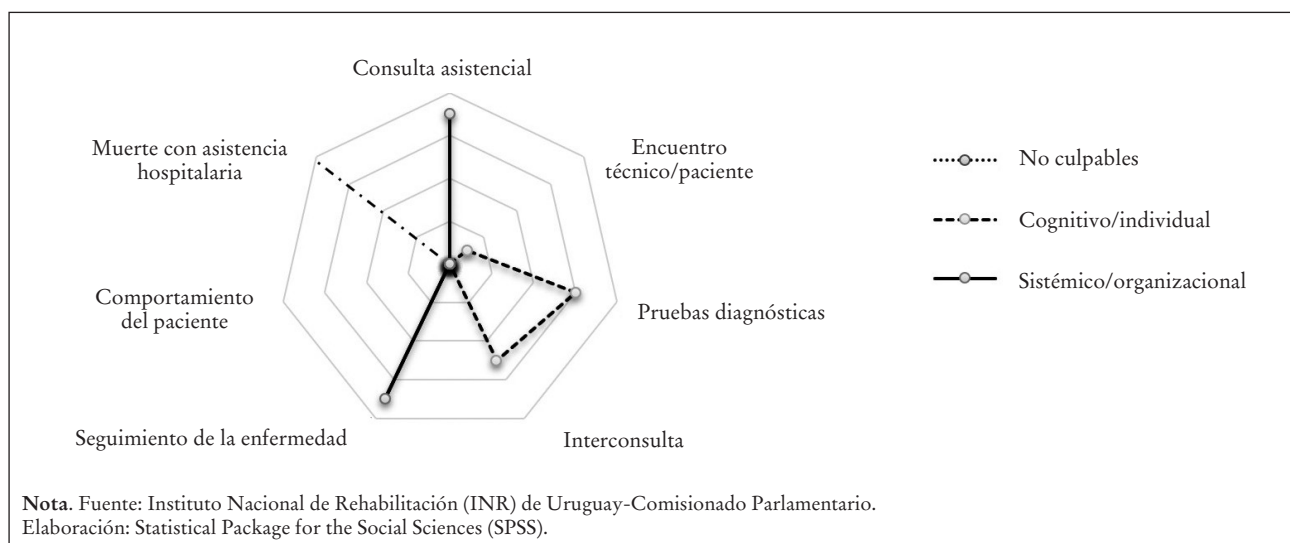


Figura 3. Prisioneros fallecidos por patologías en las cárceles del Uruguay según la categoría y la etapa del proceso asistencial (año 2021).

77 estudios, los cuales no mostraban datos acerca de las prestaciones en atención médica no COVID-19 en cárceles, ni sobre la calidad de la atención<sup>30</sup>.

En el periodo de estudio, los fallecidos en cárceles del año 2021 mostraron un exceso significativo en las muertes por todas las causas y por patologías no COVID-19 cuando se compararon con los periodos prepandemia y postpandemia. Este exceso podría estar explicado por factores consecuentes a la pandemia, como las restricciones de circulación y al acceso al PNA (exacerbadas en el sistema penitenciario), coincidente con lo que han expresado ciertos autores<sup>2,3</sup>, dado que, si bien el primer caso en el país fue en marzo de 2020, el primer reporte en cárceles ocurrió en noviembre de ese año, con probable afectación en 2021 por reforzamiento de las medidas a partir de ese momento<sup>5-8</sup>.

Tanto las muertes totales como las tasas de fallecidos del año 2021 mostraron diferencias significativas en el exceso de muertes frente a los periodos prepandemia y postpandemia; además, la condición de confinamiento en el año 2021 representó un riesgo mayor de fallecer por otras patologías, coincidiendo con algunos trabajos publicados<sup>29,30</sup>.

Respecto a la edad media de los fallecidos por patologías, los datos encontrados coinciden con publicaciones que describen cómo la muerte prematura está relacionada con la mayor carga de enfermedad y poco cuidado por la salud de las PPL, agravada además por las condiciones de confinamiento<sup>29</sup>.

El análisis cualitativo puso en evidencia dificultades asistenciales que pudieron tener relación, al igual que muestran ciertos trabajos, con las readequaciones de los servicios asistenciales para enfrentar la pandemia, en la que disminuyeron las pesquisas, el seguimiento y el tratamiento de otras patologías no COVID-19<sup>8,9,30</sup>.

En casi dos de cada tres PPL fallecidos, se identificaron fallos en las diferentes etapas del proceso asistencial, probablemente por los modelos penitenciario y asistencial empleados para afrontar la pandemia. Esto pudo tener consecuencias tanto en la atención intramuros (acceso al diagnóstico, tratamiento o control de enfermedades ya existentes) como extramuros (coordinaciones y traslados para interconsulta diagnóstica o internamiento hospitalario), con probable agravamiento y muerte de otras patologías no COVID-19, también documentadas en otros trabajos<sup>21,30</sup>.

Por otra parte, uno de cada tres fallecimientos ocurrió bajo asistencia intrapenitenciaria y extrapenitenciaria.

## CONCLUSIONES

- Numerosos trabajos han documentado el impacto de la pandemia y las estrategias sanitarias para afrontarla.
- Las medidas restrictivas no afectaron a todos por igual y algunos grupos poblacionales, como las PPL, se encontraron con mayores dificultades.
- El estudio mostró un exceso significativo de fallecidos por patologías no COVID-19 en las cárceles del Uruguay en el año 2021, coincidente con el reforzamiento de medidas restrictivas de circulación y limitaciones de acceso al PNA, con consecuencias en toda la cascada asistencial y que, sumado a probables sesgos en la ponderación de atención de cuadros respiratorios en desmedro de los no respiratorios, podrían haber tenido consecuencias en el retraso o la pérdida de oportunidad asistencial en las PPL con resultado de muerte por otras patologías.

## CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

## CORRESPONDENCIA

José Priore

E-mail: jpriore@adinet.com.uy

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Preparación, prevención y control de COVID-19 en prisiones y otros lugares de detención. [Internet]. En: Paho.org. 1 Sep 2020. [Consultada el 28/07/2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/preparacion-prevencion-control-covid-19-prisiones-otros-lugares-detencion>
2. Satué de Velasco E, Gayol Fernández M, Eyaralar Riera MT, Magallón Botaya R, Abal Ferrer F. Impacto de la pandemia en la atención primaria. Informe SESPAS 2022. Gac Sanit. 2022;36:S30-5. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2022.05.004>
3. Dunlop C, Howe A, Li D, Allen LN. The coronavirus outbreak: the central role of primary care in emergency preparedness and response. BJGP Open. 2020;4(1):bjgpopen20X101041. <https://doi.org/10.3399/bjgpopen20X101041>

4. Coll Benejam T, Palacio Lapuente J, Añel Rodríguez R, Gens Barbera M, Jurado Balbuena JJ, Perelló Bratescu A. Organización de la Atención Primaria en tiempos de pandemia. *Aten Primaria*. 2021;53 Supl 1(Supl1):102209. [https://doi:10.1016/j.aprim.2021.102209](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102209)
5. Pifarré i Arolas H, Vidal-Alaball J, Gil J, López F, Nicodemo C, Saez M. Missing Diagnoses during the COVID-19 Pandemic: A Year in Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(10):5335. [https://doi:10.3390/ijerph18105335](https://doi.org/10.3390/ijerph18105335)
6. Organización Panamericana de la Salud. La COVID-19 afectó el funcionamiento de los servicios de salud para enfermedades no transmisibles en las Américas. [Internet]. En: Paho.org. OPS. 17 Jun 2020. [Consultada 28/07/2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/17-6-2020-covid-19-afecto-funcionamiento-servicios-salud-para-enfermedades-no>
7. Coma E, Guirigut C, Mora N, Marzo-Castillejo M, Benítez M, Méndez-Boo L, *et al*. Impact of the COVID-19 pandemic and related control measures on cancer diagnosis in Catalonia: a time-series analysis of primary care electronic health records covering about five million people. *BMJ Open*. 2021;11(5):e047567. doi: 10.1136/bmjopen-2020-047567
8. Coma E, Mora N, Méndez L, Benítez M, Hermosilla E, Fàbregas M, *et al*. Primary care in the time of COVID-19: monitoring the effect of the pandemic and the lockdown measures on 34 quality of care indicators calculated for 288 primary Care practices covering about 6 million people in Catalonia. *BMC Fam Pract*. 2020;21(1):208. <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01278-8>
9. Organización Mundial de la Salud, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Hacer frente a las enfermedades no transmisibles durante la pandemia de COVID-19 y después de ella. [Internet]. OMS-PNUD; 2020. [Consultada el 28/07/2023]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/335827>
10. Organización Panamericana de la Salud. La vacunación contra la COVID-19 avanza en los rincones de Uruguay. [Internet]. En: Paho.org. OPS. Jul 2021. [Consultada el 28/07/2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/historias/vacunacion-contra-covid-19-avanza-rincones-uruguay>
11. Our World in Data. [Internet]. [Consultada el 28/07/2023]. Our World in Data. Disponible en: <https://ourworldindata.org>
12. Consejo de la Facultad de Psicología. Recomendaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República para el Manejo de la Epidemia de Covid-19 en Instituciones Totales de Larga Estadía en el Campo de la Salud Mental. [Internet]. Montevideo: Facultad de Psicología; 2020. [Consultada el 28/07/2023]. Disponible en: [https://psico.edu.uy/sites/default/pub\\_files/2020-04/Declaraci%C3%B3n%20del%20Consejo.pdf](https://psico.edu.uy/sites/default/pub_files/2020-04/Declaraci%C3%B3n%20del%20Consejo.pdf)
13. Una nueva mirada sobre la pandemia. [Internet]. En: Cuadernosdeltaller.com. Cuadernos del Taller. 17 Ene 2021. [Consultada el 28/07/2023]. Disponible en: <https://cuadernosdeltaller.com/2021/01/17/una-nueva-mirada-sobre-la-pandemia/>
14. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles [Internet]. Who.int. OMS. 16 Sep 2023. [Consultada el 28/07/2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
15. Skapino E, Tomassina F, Vignolo J, Niz C, Sosa A, Suarez H, *et al*. Reactivación del proceso de atención centrado en las personas con patologías No Covid con énfasis en las enfermedades no transmisibles (ENT). [Internet]. Montevideo: GACH; 2021. [Consultada el 28/07/2023]. Disponible en: [https://medios.presidencia.gub.uy/llp\\_portal/2021/GACH/INFORMES/atencion\\_primaria\\_adulto\\_adulto\\_mayor.pdf](https://medios.presidencia.gub.uy/llp_portal/2021/GACH/INFORMES/atencion_primaria_adulto_adulto_mayor.pdf)
16. Ferre Z, Gerstenblüth M, González C, Noboa C, Triunfo P, Ferre Z, *et al*. Salud y acceso a cuidados médicos durante la pandemia en Uruguay. *Rev Méd Urug*. 2021;37(3):e37307. <https://doi.org/10.29193/rmu.37.3.6>
17. Naciones Unidas. Nelson Mandela International Day. [Internet]. En: Un.org. Naciones Unidas. [Consultada el 28/07/2023]. Disponible en: [https://www.un.org/es/events/mandeladay/mandela\\_rules.shtml](https://www.un.org/es/events/mandeladay/mandela_rules.shtml)
18. Walmsley R. World Prison Population List. pdf [Internet]. En: Prisonstudies.org. 12ª ed. World Prison Brief (WPB); 2000. [Consultada el 28/07/2023]. Disponible en: [https://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/wppl\\_12.pdf](https://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/wppl_12.pdf)
19. Comisionado Parlamentario Penitenciario. [Internet]. En: Parlamento.gub.uy. Parlamento de Uruguay. [Consultada el 28/07/2023]. Disponible en: <https://parlamento.gub.uy/cpp>
20. Ministerio del Interior. INR: comenzó a aplicarse protocolo por coronavirus. [Internet]. [Consultada el 28/07/2023]. Disponible en: <https://www.minterior.gub.uy/index.php/unicom/noticias/7573-inr-comenzo-a-aplicarse-protocolo-por-coronavirus>
21. Informes al Parlamento. [Internet]. En: Parlamento.gub.uy. Parlamento de Uruguay. [Consultada el 28/07/2023]. Disponible en: <https://parlamente>

- to.gub.uy/cpp/documentos/informes-al-parlamento
22. World Health Organization. Diagnostic Errors: Technical Series on Safer Primary Care. [Internet]. Geneva: WHS; 2016. [Consultada el 28/07/2023]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252410/9789241511636-eng.pdf>.
  23. Graber ML, Franklin N, Gordon R. Diagnostic error in internal medicine. *Arch Intern Med.* 2005;165(13):1493-9. <http://dx.doi.org/10.1001/archinte.165.13.1493>.
  24. Graber M, Gordon R, Franklin N. Reducing diagnostic errors in medicine: what's the goal? *Acad Med.* 2002;77(10):981-92. <http://dx.doi.org/10.1097/00001888-200210000-00009>
  25. Singh H, Weingart SN. Diagnostic errors in ambulatory care: dimensions and preventive strategies. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2009;14 Suppl 1(0 1):57-61. <http://dx.doi.org/10.1007/s10459-009-9177-z>
  26. Singh H, Schiff GD, Graber ML, Onakpoya I, Thompson MJ. The global burden of diagnostic errors in primary care. *BMJ Qual Saf.* 2017;26:484-94. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2016-005401>
  27. Singh H, Meyer A, Thomas E. The frequency of diagnostic errors in outpatient care: estimations from three large observational studies involving US adult populations. *BMJ Quality & Safety.* 2014;23:727-31.
  28. Wang EA, Western B, Backes E, Schuck J. 2020. Decarcerating correctional facilities during COVID-19: Advancing Health, Equity, And Safety. [Internet]. Washington, DC: National Academies Press. [Consultada el 28/07/2023]. Disponible en: <https://nap.nationalacademies.org/catalog/25945/decarcerating-correctional-facilities-during-covid-19-advancing-health-equity-and>
  29. Marquez N, Ward JA, Parish K, Saloner B, Dolovich S. 2021. COVID-19 incidence and mortality in federal and state prisons compared with the US population, April 5, 2020, to April 3, 2021. *JAMA.* 2021;326(18):1865-67. <https://doi:10.1001/jama.2021.17575>
  30. Puglisi L, Brinkley-Rubinstein L, Wang EA. COVID-19 in Carceral Systems: A Review. *Annu Rev Criminol.* 2023;6(1):399-422. <https://doi.org/10.1146/annurev-criminol-030521-103146>

Original

**RESP**

---

# Salud y consumo de drogas en instituciones penitenciarias en España. Encuesta ESDIP 2022

Begoña Brime Beteta<sup>1</sup>, Noelia Llorens Aleixandre<sup>2</sup>, Luisa María López Sánchez<sup>1</sup>, Luz María León Muñoz<sup>1</sup>, Alberto Manuel Domínguez Lázaro<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad.

<sup>2</sup>Experta externa del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA).

---

## RESUMEN

**Introducción:** Durante los meses de febrero y marzo de 2022, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD) realizó la cuarta edición de la encuesta en población penitenciaria privada de libertad (hombres y mujeres de más de 18 años) en 78 centros penitenciarios en España.

**Objetivos:** El objetivo de esta encuesta fue obtener datos sobre características sociodemográficas, salud, consumo de drogas, prácticas de riesgo y tratamiento por uso de drogas en población penitenciaria en España, con el fin de disponer de información útil para desarrollar y evaluar, sobre la base del conocimiento, programas e intervenciones dirigidas a prevenir y reducir el consumo de drogas y los problemas asociados en esta población.

**Material y método:** Se realizó una entrevista personal cara a cara a través de un cuestionario digitalizado, anónimo y precodificado (disponible en español y árabe) a 5.512 internos.

**Resultados:** El estudio revela cómo al ingresar en prisión disminuye la prevalencia de consumo de todas las drogas, descenso que es más llamativo en el consumo de alcohol y cocaína. A lo largo de los años, se observa una tendencia descendente en la prevalencia de consumo en prisión para la mayoría de las drogas ilegales. El cannabis, que es la droga ilegal más consumida, muestra una clara tendencia descendente, reduciéndose su consumo a un tercio de lo que se consumía en 2006.

**Discusión:** El estudio permite concluir que las medidas preventivas y de tratamiento son herramientas óptimas que deben seguir orientándose a las características y perfil de esta población de riesgo, que requiere un abordaje multidisciplinar y la coordinación de las diferentes instituciones y agentes implicados. La estancia en prisión es una oportunidad para mejorar la salud de la población penitenciaria y llevar a cabo programas de prevención y de tratamiento. Se debe continuar trabajando para reducir el consumo de drogas, los riesgos y problemas asociados.

**Palabras clave:** encuesta epidemiológica; prisioneros; salud pública; consumidores de drogas; medicina de las adicciones.

---

## HEALTH AND DRUG USE IN PENITENTIARY INSTITUTIONS IN SPAIN. ESDIP 2022 SURVEY

### ABSTRACT

**Introduction:** In February and March 2022, the Government Delegation for the National Plan on Drugs completed the fourth edition of the survey on the prison population (men and women over 18 years of age) in 78 Spanish prisons.

**Objectives:** The aim of this survey was to obtain data on socio-demographic characteristics, health, drug use, high-risk practices and treatment for drug use in the prison population in Spain, the aim being to gather useful information to develop and evaluate programs and interventions aimed at preventing and reducing drug use and associated problems in this population.

**Material and method:** A face-to-face personal interview was carried out using a digitalized, anonymous and pre-coded questionnaire (available in Spanish and Arabic) with 5,512 inmates.

**Results:** The study reveals that the prevalence of drug use when entering prison decreases for all drugs; this decrease is most

striking in alcohol and cocaine use. A downward trend in the prevalence of use in prison was observed for most illegal drugs. Cannabis, which is the most widely used illegal drug, shows a clear downward trend, with its use falling to one third of what it was in 2006.

**Discussion:** The study leads us to conclude that preventive and treatment measures are optimal tools that should continue to be oriented towards the characteristics and profile of this population, which requires a multidisciplinary approach and coordination by the agents and institutions involved. A prison sentence is an opportunity to improve the health of the prison population and to carry out prevention and treatment programs. Work should continue to be done to reduce drug use and the associated risks and problems.

**Key words:** health surveys; prisoners; public health; drug users; addiction treatment.

---

Texto recibido: 10/06/2024

Texto aceptado: 25/10/2024

## INTRODUCCIÓN

Conocer el consumo de drogas en la población penitenciaria es de gran importancia, debido a la posición privilegiada que ocupa el sistema penitenciario para proporcionar información sobre la problemática de las drogas, ya que el consumo de drogas muestra una mayor extensión entre la población penitenciaria (en libertad) que entre la población general<sup>1</sup>.

Por otro lado, la estancia en prisión es una oportunidad para mejorar la salud de la población penitenciaria y llevar a cabo programas de prevención y de tratamiento<sup>2</sup>. Poder disponer de información, de manera periódica y actualizada, es de gran utilidad para presupuestar, desarrollar y evaluar intervenciones sanitarias orientadas a producir un beneficio para la población penitenciaria, sus familias y también para la población en general.

El consumo de sustancias psicoactivas en las instituciones penitenciarias, los problemas que se le asocian y las posibilidades de intervención en el medio penitenciario son áreas de trabajo prioritarias tanto para la Unión Europea (UE) como para la Organización de las Naciones Unidas (ONU)<sup>3</sup>. Por esta razón, cada vez son más los estudios que se llevan a cabo en este ámbito, siendo España uno de los países con más información disponible.

La Encuesta sobre salud y consumo de drogas en población interna en instituciones penitenciarias (ESDIP) viene realizándose con periodicidad quinquenal desde 2006, se encuentra incluida en el Plan Estadístico Nacional del Instituto Nacional de Estadística (INE) y se enmarca dentro de las líneas de trabajo establecidas por las estrategias europea y española sobre drogas y adicciones<sup>4,5</sup>.

Proporciona información que permite explorar tendencias que son referencia a nivel nacional e inter-

nacional. Actualmente existen relativamente pocos datos representativos a nivel europeo sobre la prevalencia del consumo de drogas entre las personas internas en instituciones penitenciarias, y la comparabilidad entre países sigue siendo escasa a pesar de los progresos realizados en los últimos años<sup>1</sup>.

En España, la población penitenciaria ha cambiado profundamente en los últimos años, y estos cambios se reflejan en la encuesta. Ha descendido el número de internos en una cuarta parte, especialmente a expensas de los internos más jóvenes. Los cambios introducidos en el código penal, y las medidas alternativas al internamiento en delitos relacionados con drogas han tenido un fuerte impacto. Por otra parte, a lo largo del tiempo se han ido implantando diversas intervenciones sobre drogas y adicciones en el ámbito penitenciario con una perspectiva de salud pública, abarcando la prevención, la reducción de daños y el tratamiento. Los programas de tratamiento sustitutivo de opioides se introdujeron hace décadas con amplia cobertura, y posteriormente se han introducido proyectos de intercambio de jeringuillas que reducen el riesgo de infección en usuarios de drogas inyectores<sup>6,7</sup>.

En otros países de nuestro entorno, también se han introducido estos programas, aunque España ocupa una posición de cierto liderazgo en la perspectiva de reducción de daños en prisiones<sup>8</sup>.

El objetivo de este artículo es presentar información sobre salud y consumo de drogas en población penitenciaria derivada de la encuesta de 2022, con el fin de disponer de información útil para desarrollar y evaluar, sobre la base del conocimiento, programas e intervenciones dirigidas a prevenir y reducir el consumo de drogas y los problemas asociados en esta población.

## MATERIAL Y MÉTODO

La encuesta ESDIP está incluida en el Plan Estadístico Nacional, y se lleva a cabo, con periodicidad quinquenal desde el año 2006, mediante una entrevista personal en la población interna de los centros penitenciarios en toda España. El organismo responsable y coordinador de la encuesta es el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) de la DGPNSD del Ministerio de Sanidad.

La Subdirección General de Sanidad Penitenciaria de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIIPP) del Ministerio del Interior, la Dirección General de Asuntos Penitenciarios (DGAP) de la Generalitat de Cataluña y la Dirección de Justicia de la Consejería de Igualdad, Justicia y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco, a través de su Programa de Análisis e Inspección de Centros Penitenciarios, han sido organismos clave para que su realización fuera posible.

La encuesta incluye datos sobre las características de la población penitenciaria (edad, sexo, nacionalidad, nivel de estudios, situación procesal...), datos relativos a la salud (percepción del estado de salud, salud mental, infección por virus de la inmunodeficiencia humana o hepatitis, tuberculosis), consumo de drogas (consumo, tipo de droga, vía de administración), prácticas de riesgo (inyección de drogas, prácticas sexuales sin protección, tatuajes), conocimiento sobre prácticas de riesgo, y tratamiento por consumo de drogas.

La encuesta se realizó en todo el territorio nacional y los resultados son representativos en este ámbito. La recogida de información se realizó entre el 1 de febrero y el 19 de marzo de 2022. Formaron parte de la muestra 78 centros penitenciarios. Se incluyeron hombres y mujeres de más de 18 años con conocimiento de castellano o árabe suficiente para contestar el cuestionario. De acuerdo a su clasificación penal, se incorporaron a preventivos, penados en 2º grado, penados con preventivas y penados sin clasificar.

El muestreo se realizó a través de una tabla de números aleatorios y fue proporcional al número de internos en cada centro y a su nacionalidad, y proporcional por género, sobrerrepresentado a las mujeres (se ponderó por sexo para devolver la proporcionalidad a la muestra). La muestra final fue de 5.512 internos (4.706 hombres y 806 mujeres) con un error muestral de 1,24% (nivel de confianza del 95% para  $p = 0,5\%$ ) y una tasa de respuesta del 86,4%.

Se realizó una entrevista personal cara a cara a través de un cuestionario tanto en español como en árabe, según elegía cada interno, digitalizado, anónimo y precodificado, que cumplimentó el entrevistador.

Cada persona seleccionada era informada sobre los objetivos del estudio, su carácter voluntario y la confidencialidad de las respuestas.

Una vez finalizada la presentación de la encuesta, los entrevistadores solicitaban verbalmente el consentimiento informado o la disponibilidad para participar, que quedaba anotado en cada cuestionario. Si a lo largo de la entrevista la persona interna decidía abandonarla sin llegar a completarla, se procedía a su sustitución inmediata.

El cuestionario se tradujo a la lengua árabe porque aproximadamente el 10% de la población penitenciaria la utiliza y en buena parte tiene dificultades para comprender el español (otras nacionalidades de lengua no hispana tenían baja presencia en el universo estudiado). Finalmente se realizaron 545 cuestionarios en lengua árabe (537 a hombres y 8 a mujeres) y 3.508 cuestionarios en español (4.169 a hombres y 798 a mujeres).

Los cuestionarios se aplicaron a la población penitenciaria en los propios centros, en una sala independiente, y asegurando la absoluta confidencialidad y anonimato de las respuestas. La duración de la entrevista osciló entre 30 y 45 minutos.

Los resultados se integraron en una base de datos y se analizaron con el paquete estadístico IBM *Statistical Package For The Social Sciences* (SPSS) for Windows, versión 28.0 (Armonk, NY: IBM Corp). En este trabajo, se presentan tablas descriptivas de las variables sociodemográficas, percepción del estado de salud, patología psiquiátrica diagnosticada, ideación suicida e intentos de suicidio y prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas, estratificando por sexo (otras variables serán objeto de otras publicaciones). En el caso del consumo de sustancias, se comparan con la encuesta EDADES 2022<sup>9</sup>, realizada el mismo año a domicilio en población general de 15-64 años. Se incluye una comparación de la prevalencia del consumo de sustancias en prisión en esta encuesta de 2022 con las anteriores encuestas ESDIP de 2006, 2011, y 2016.

## RESULTADOS

### Características sociodemográficas

Como se aprecia en la Tabla 1, el perfil sociodemográfico de los internos es el de un hombre español de 40 años que dejó de estudiar al terminar la secundaria o antes. Durante los 12 meses previos al ingreso, estaba trabajando y mayoritariamente vivía en un alojamiento estable con su familia propia (el 9% vivía en un alojamiento inestable). En relación con las caracte-

Tabla 1. Características sociodemográficas y procesales de la población penitenciaria por sexo (%) (España, 2022)

Características sociodemográficas		Hombres	Mujeres
Sexo	Hombre	100	-
	Mujer	-	100
Edad	Media (años) ± DE	40,0 ± 11,6	41,0 ± 10,5
	Error estándar de la media	0,2	0,6
	≤34	34,4	29,9
	≥35	65,6	70,1
	≤24	8,0	4,3
	25-34	26,4	25,6
	35-44	31,2	35,7
	45-54	23,0	23,9
	55-64	8,9	8,7
≥65	2,5	1,7	
Nacionalidad	Española	73,4	77,5
	Extranjera	26,7	22,5
	Marroquí	10,5	2,5
	Rumana	1,4	1,9
	Colombiana	2,6	3,1
	Ecuatoriana	1,1	0,5
	Argelina	2,3	0,0
	Otras con valores menores	8,8	14,5
Nivel de estudios alcanzado	No sabe leer o escribir, sin estudios o primarios sin terminar	11,6	12,9
	Estudios primarios completos	40,6	39,2
	Estudios secundarios	41,6	38,3
	Estudios universitarios	6,2	9,6
Situación laboral	Trabajando (indefinido o temporal)	56,1	45,1
	Parado en busca de trabajo	16,2	15,4
	No activo*	27,7	39,5
Tipo de alojamiento <sup>†</sup>	Alojamiento estable (casas, pisos o apartamentos)	89,5	84,0
	Alojamiento inestable <sup>‡</sup>	9,0	15,3
	Otro tipo de alojamiento	1,5	0,7
Convivencia <sup>†</sup>	Pareja	38,9	40,4
	Hijos	24,5	43,3
	Familia de origen (padres/hermanos)	34,6	24,9
	Vivía solo	18,1	13,4
	Amigos	6,9	6,3
Situación procesal <sup>†</sup>	Penado	83,2	82,2
	Preventivo	16,8	17,8
Ingresos previos	En centro de menores	18,7	12,0
	En prisión	51,3	40,1
Edad primer ingreso en prisión	Media (años) ± DE	30,1 ± 11,5	33,3 ± 11,2
	Error estándar de la media	0,2	0,6
Tiempo medio en prisión	En este ingreso (años)	3,1	2,5
	A lo largo de su vida (años)	6,2	4,2
Delito/s de este ingreso (contra...) <sup>§</sup>	Propiedad	37,1	37,3
	Seguridad tráfico	4,7	2,5
	Personas	28,6	25,6
	Libertad sexual	5,8	1,7
	Salud pública	21,0	28,7
	Violencia de género	13,3	3,8
	Violencia sobre la infancia y la adolescencia	1,5	0,5
	Otros	4,5	6,3

**Nota.** \*En prisión desde hace un año, parado sin buscar trabajo, estudiante, jubilado, dedicado a las tareas del hogar sin buscar trabajo). <sup>†</sup>La situación procesal, tipo de alojamiento y convivencia se refiere a los 12 meses previos a este ingreso. <sup>‡</sup>Vivienda precaria, pensiones, hostales, hoteles, albergues...

<sup>§</sup>La población penitenciaria puede haber ingresado en prisión por uno o más delitos y haber convivido con una o más categorías. La suma de estos apartados es superior al 100%; DE: desviación estándar.

Fuente: OEDA. Encuesta sobre Salud y consumo de Drogas en población interna en Instituciones Penitenciarias. ESDIP 2022.

terísticas procesales, el 18,3% ha estado previamente en un centro de menores y más de la mitad ha tenido un ingreso previo. La gran mayoría están penados, y llevan tres años de media como internos. Los delitos más frecuentes son contra la propiedad o contra las personas.

El perfil sociodemográfico de las internas es el de una mujer española de 41 años, que dejó de estudiar al terminar la secundaria o antes. Durante los 12 meses previos al ingreso estaba parada buscando trabajo o no activa. Mayoritariamente vivía en un alojamiento estable con hijos, pero es remarcable que el 15,3% vivía en un alojamiento inestable. En relación con las características procesales, el 12,0% ha estado en un centro de menores y para el 60% de las internas este es su primer ingreso. La gran mayoría están penadas y llevan 2,5 años de media como internas. Los delitos más frecuentes son contra la propiedad o contra la salud pública.

### Estado de salud

En la Tabla 2, se refleja que el 61,5% de la población penitenciaria privada de libertad percibe tener un estado de salud bueno o muy bueno. Hay un mayor porcentaje de hombres que de mujeres que considera que su estado de salud es bueno o muy bueno (62,0% en hombres frente a 53,0% en mujeres). Por otro lado, la percepción de un buen estado de salud es más alta entre la población joven y se reduce a medida que aumenta la edad.

Comparando su estado de salud actual con el que dicen haber tenido antes de ingresar en el centro, un 66,3% de la población penitenciaria opina que, al entrar en prisión, su estado de salud ha empeorado, pero un 20,7% considera que su salud ha mejorado. Esta mejoría es más valorada entre las mujeres y entre la población más joven.

El 34,8% de la población penitenciaria refiere haber sido diagnosticada, alguna vez en su vida, de un trastorno mental o emocional, siendo la preva-

lencia mayor entre las mujeres (42,3%) que entre los hombres (34,3%), y mayor entre los mayores de 34 años de ambos sexos frente a lo más jóvenes. El tiempo medio de tratamiento referido por las personas diagnosticadas de alguna enfermedad mental es de 8,7 años, siendo 9,6 años en las mujeres y 8,7 en los hombres.

La Figura 1 muestra la tipología de trastornos mentales, y sus variaciones en función del sexo. Los hombres refieren más diagnósticos de esquizofrenia y psicosis por consumo, y las mujeres, más por depresión y por trastorno de personalidad. Existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres tanto en el diagnóstico por depresión como en el diagnóstico por esquizofrenia (prueba de chi cuadrado de Pearson,  $p < 0,05$ ). Las prevalencias de psicosis y de trastorno bipolar son similares en ambos sexos.

Un aspecto relevante en salud mental es la ideación suicida. En la Tabla 3, se aprecia que el 32,2% de la población penitenciaria manifiesta haber tenido ideas de suicidio alguna vez en la vida (38,7% en mujeres y 31,8% en hombres). Estas son más elevadas dentro de prisión que en libertad en ambos sexos.

El 19,9% de la población penitenciaria reconoce que ha intentado quitarse la vida alguna vez (25,4% en mujeres y 19,5% en hombres). Los datos reflejan que el 61,7% de la población penitenciaria que refiere que ha tenido ideas de suicidio alguna vez en su vida ha intentado suicidarse alguna vez en la vida, siendo este dato más elevado entre las mujeres (65,8%) que entre los hombres (61,4%).

### Consumo de drogas

Respecto al consumo de sustancias psicoactivas, la Tabla 4 muestra que el consumo en los últimos 30 días de todas las drogas ilegales previamente al ingreso es claramente más elevado en la población penitenciaria estudiada que en la población general de 15 a 64 años, destacando las diferencias en cannabis y cocaína. El

Tabla 2. Percepción del estado de salud de la población penitenciaria según sexo (%) (España, 2022).

	Total	Hombres	Mujeres	
Percepción del estado de salud actual en prisión	Muy bueno o bueno	61,5	62,0	53,0
	Regular	24,4	24,2	28,0
	Malo o muy malo	14,1	13,8	19,0
Percepción del estado de salud actual en prisión frente a antes de ingresar	Mejor que en libertad	20,7	20,6	21,4
	Igual que en libertad	13,0	13,1	11,2
	Peor que en libertad	66,3	66,2	67,3

**Nota.** Fuente: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). Encuesta sobre Salud y consumo de Drogas en población interna en Instituciones Penitenciarias. ESDIP 2022. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad; 2022.

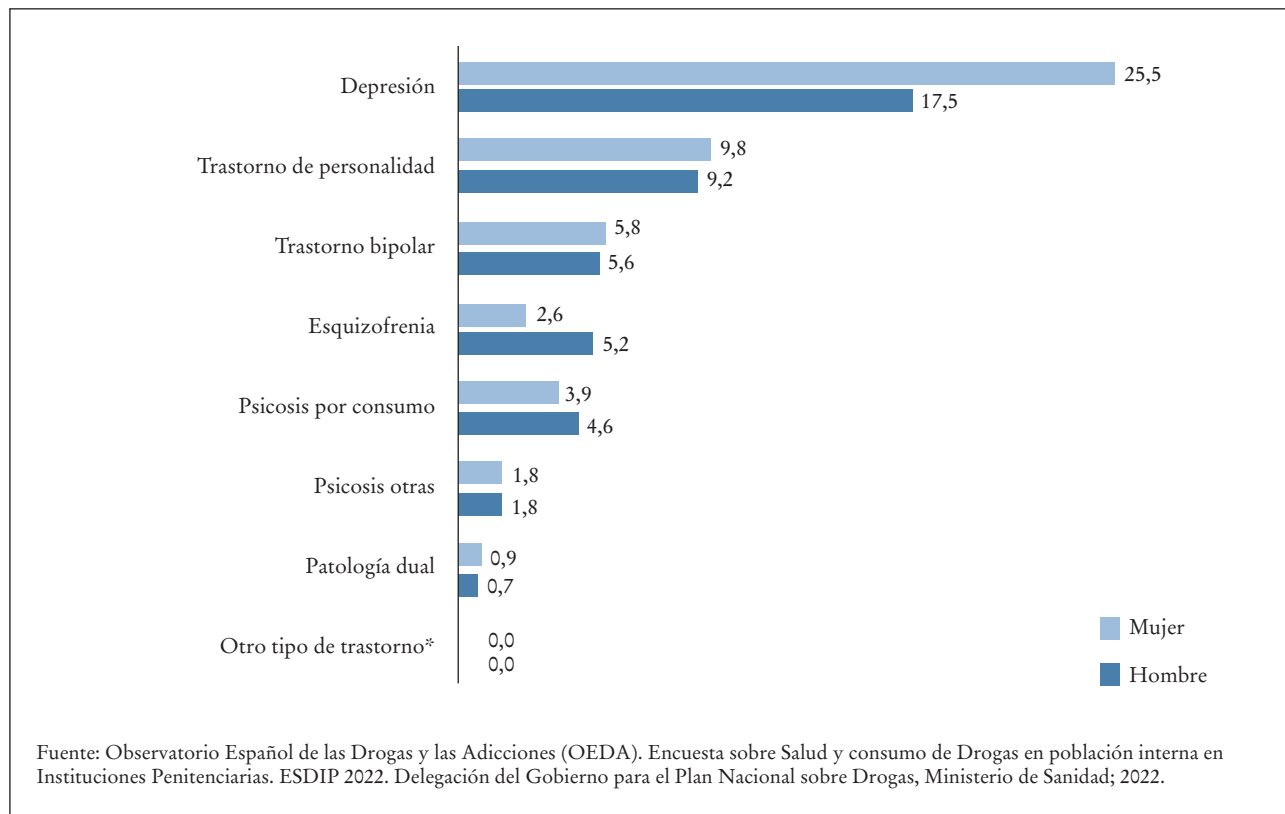


Figura 1. Porcentaje de personas internas a las que se les ha diagnosticado alguna de las siguientes patologías psiquiátricas (España, 2022).

Tabla 3. Prevalencia de ideación suicida e intentos de suicidio en la población penitenciaria, según sexo (%) (España, 2022).

	Ideación suicida entre el total de la población penitenciaria		
	Total	Hombres	Mujeres
Alguna vez en la vida	32,2	31,8	38,7
Fuera de prisión (12 meses antes de entrar)	15,0	14,6	19,7
Dentro de prisión (en el actual ingreso)	18,3	18,1	21,3
	Intentos de suicidio entre el total de la población penitenciaria		
	Total	Hombres	Mujeres
Alguna vez en la vida	19,9	19,5	25,4
Fuera de prisión (12 meses antes de entrar)	8,3	8,1	12,1
Dentro de prisión (en el actual ingreso)	8,8	8,7	11,3
	Intentos de suicidio entre aquellos con ideación suicida		
	Total	Hombres	Mujeres
Alguna vez en la vida	61,7	61,4	65,8
Fuera de prisión (12 meses antes de entrar)	55,7	55,2	61,4
Dentro de prisión (en el actual ingreso)	48,1	47,7	53,2

Nota. Fuente: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). Encuesta sobre Salud y consumo de Drogas en población interna en Instituciones Penitenciarias. ESDIP 2022. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad; 2022.

alcohol es la única droga que muestra una prevalencia de uso superior en la población general.

La prevalencia de consumo de drogas legales e ilegales, tanto en libertad como en prisión, es superior en los hombres. Las mayores diferencias de consumo entre los hombres y las mujeres se dan en prisión porque las mujeres reducen su consumo en mayor medida al ingresar. El tabaco es la única sustancia cuya prevalencia de consumo al entrar en prisión aumenta, y esto sucede en ambos sexos.

Es notable que el 75,1% de la población penitenciaria privada de libertad haya consumido alguna droga ilegal a lo largo de su vida. Respecto al consumo de drogas legales, el alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida en libertad, pero al ingresar en prisión, el consumo se reduce a valores inferiores al 3%. El tabaco es la sustancia psicoactiva más consumida tanto en libertad como en prisión. Se aprecia que el 53,5% ha consumido alguna droga ilegal en el último mes en libertad, y el 16,8% lo ha hecho en el último mes en prisión. El cannabis es la droga ilegal más consumida, tanto en libertad como en prisión.

Al ingresar en prisión, disminuye la prevalencia de consumo de todas las drogas, descenso que es más

llamativo para el consumo de alcohol y cocaína. El consumo de cannabis se reduce a un tercio una vez que se ingresa, y los tranquilizantes no recetados, casi a la mitad, aunque son las drogas más consumidas por la población interna durante el último mes.

En cuanto a las prevalencias de consumo por sexo, los hombres presentan mayores prevalencias de consumo de todas las drogas, tanto en prisión como en libertad. Las mayores diferencias por sexo dentro de prisión se encuentran en el consumo de cannabis y heroína, que es mucho menor en mujeres.

La prevalencia de consumo de drogas ilegales en la población penitenciaria sigue un patrón de poli-consumo. Este patrón es más habitual en libertad y se reduce al ingresar en prisión, aumentado la proporción de población penitenciaria privada de libertad que no consume ninguna sustancia.

La Figura 2 refleja la evolución de consumos en prisión en las cuatro encuestas. Entre 2006 y 2022, se observa una tendencia descendente en la prevalencia de consumo en prisión en los últimos 30 días en la mayoría de las drogas. El cannabis, que es la droga ilegal más consumida en prisión, muestra una clara tendencia descendente, reduciéndose el consumo a un

Tabla 4. Prevalencia de ideación suicida e intentos de suicidio en la población penitenciaria, según sexo (%) (España, 2022).

	Población penitenciaria (ESDIP 2022)									Población general (Edades 2022)					
	Alguna vez en la vida en libertad o en prisión			Últimos 30 días en libertad			Últimos 30 días en prisión			Alguna vez en la vida			Últimos 30 días		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Alguna droga ilegal	76,0	77,1	59,1	53,5	54,4	40,9	16,8	17,4	8,4	42,2	50,3	34,0	9,2	12,8	5,5
Alcohol	74,0	75,4	53,6	54,5	55,9	34,3	2,0	2,1	1,0	93,2	94,9	91,4	64,5	73,1	55,7
Tabaco	85,1	85,7	76,2	72,5	73,0	65,3	74,0	74,4	67,4	69,6	74,4	64,8	37,2	42,2	32,3
Tranquilizantes no recetados	28,4	28,8	22,3	12,1	12,3	9,4	7,8	8,0	3,6	3,6	3,6	3,6	0,6	0,5	0,6
Cannabis	62,3	63,9	39,6	37,7	38,6	24,0	11,2	11,6	4,7	40,9	48,8	32,9	8,6	12,0	5,2
Cocaína en polvo	54,0	55,3	34,7	24,9	25,6	14,1	1,3	1,3	1,1	11,7	17,1	6,3	1,3	2,0	0,6
Cocaína base	30,4	30,6	27,0	18,1	18,1	17,7	1,2	1,2	0,9	1,7	2,5	0,9	0,1	0,1	0,1
Heroína	25,4	28,7	25,4	11,1	11,1	10,5	1,4	1,5	0,5	0,6	1,1	0,2	0,0	0,0	0,0
Éxtasis	25,9	26,7	14,8	3,7	3,9	1,0	0,2	0,2	0,1	5,1	7,4	2,9	0,2	0,3	0,1
Anfetaminas	20,2	20,8	11,3	3,8	3,9	2,1	0,4	0,5	0,0	4,6	6,9	2,3	0,2	0,3	0,1
Alucinógenos	21,1	21,7	12,8	1,7	1,8	0,9	0,2	0,2	0,0	5,4	7,7	3,1	0,2	0,2	0,1
Inhalables volátiles	6,9	7,0	4,6	0,3	0,3	0,1	0,0	0,0	0,0	0,9	1,4	0,4	0,1	0,2	0,1

Nota. Fuentes: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES) 1995-2022. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad; 2022. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). Encuesta sobre Salud y consumo de Drogas en población interna en Instituciones Penitenciarias. ESDIP 2022. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad; 2022. ESDIP: Encuesta sobre salud y consumo de drogas en población interna en instituciones penitenciarias; H: hombres; M: mujeres; T: total.

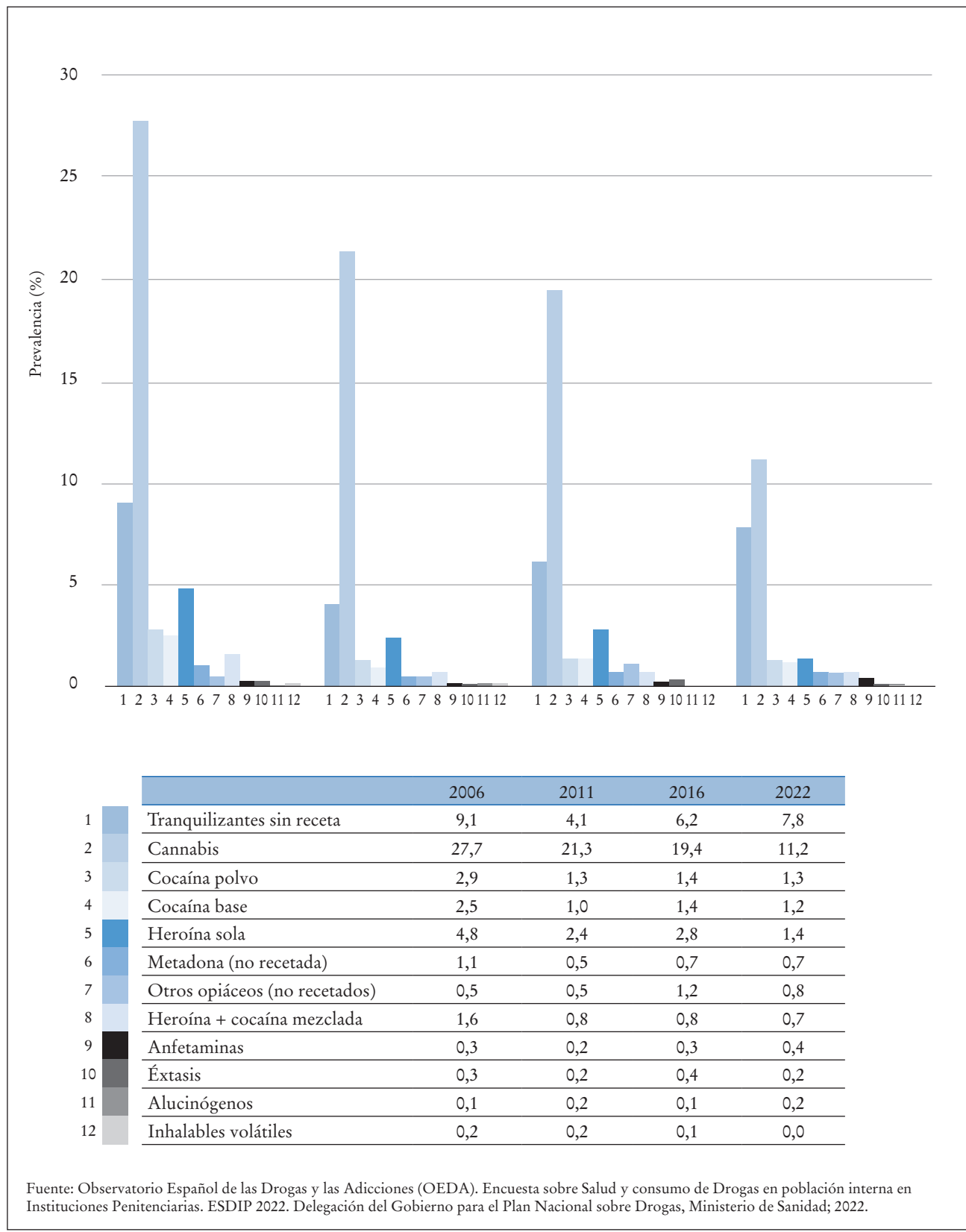


Figura 2. Prevalencia del consumo de drogas en población penitenciaria en los últimos 30 días en prisión (%) (España, 2006, 2011, 2016 y 2022).

tercio de lo que se consumía en 2006. Es importante señalar el descenso de la prevalencia de consumo dentro de prisión de la heroína y la cocaína. La única sustancia que se aparta de esta tendencia homogénea son los tranquilizantes no recetados, aunque los valores en 2022 son inferiores a los observados en 2006 (máximo de la serie histórica).

## DISCUSIÓN

Los resultados documentan que la población penitenciaria actual presenta una serie de características específicas diferentes a la población general, con una mayor vulnerabilidad. Se trata de una población de riesgo con una percepción del estado de salud no muy bueno, con una importante presencia de trastornos mentales y con una prevalencia de consumo de drogas antes de entrar en prisión muy elevada.

En relación al nivel educativo, hay un mayor porcentaje de personas sin estudios o con estudios primarios incompletos en la población penitenciaria (11,7%) que en la población general de 15 a 64 años incluida en la encuesta EDADES del mismo año (9,9%). Respecto a 2016, se observa cómo ha cambiado el perfil de la población penitenciaria en estos seis años. Destaca un porcentaje algo mayor de población penitenciaria que ha completado los estudios primarios (22,7% en 2016 frente al 40,5% en 2022). Se aprecia que hay un mayor porcentaje de personas que viven solas en la población penitenciaria (17,8%) que en la población general de 15 a 64 años incluida en la encuesta EDADES (12,5%).

Al ingresar en prisión, la gran mayoría de la población penitenciaria considera que su estado de salud empeora. Sin embargo, en comparación con 2016, se incrementa el porcentaje de aquellos que consideran que su estado de salud mejora al entrar en prisión. La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que los problemas relacionados con la salud mental tienen hasta siete veces más probabilidades de aparecer entre la población reclusa que entre el público en general en las sociedades occidentales<sup>3</sup>.

Los efectos psicológicos de la entrada en prisión describen cómo el confinamiento y el régimen de encarcelamiento llevan a la población penitenciaria a tener tasas más altas de trastornos mentales que las que podrían haber tenido si hubieran permanecido en la comunidad<sup>10</sup>.

Los resultados de esta encuesta muestran que 4 de cada 10 mujeres y 3 de cada 10 hombres refieren haber sido diagnosticados, alguna vez en su vida, de un trastorno mental o emocional, habiendo diferencias según

diagnóstico por sexo. Las mujeres sufren depresión en mayor proporción que los hombres y hay mayor porcentaje de hombres que de mujeres que sufren esquizofrenia. Un problema vinculado a la salud mental es el suicidio<sup>11,12</sup>.

La población penitenciaria se configura como un grupo de alto riesgo, con una tasa de suicidio considerablemente superior a la de la población general. En esta encuesta, un tercio de la población penitenciaria refiere ideación suicida alguna vez en la vida, y una quinta parte dice haber intentado suicidarse alguna vez, en ambos casos con mayor prevalencia en mujeres que en hombres, y que aumentan ligeramente al ingresar en prisión.

La población penitenciaria es considerablemente más propensa a haber consumido drogas, a consumirlas con regularidad y a experimentar problemas relacionados con las drogas que sus compañeros de la comunidad<sup>1,13,14</sup>.

Aproximadamente la mitad de la población penitenciaria en Europa dice haber consumido drogas el año anterior a su ingreso en prisión<sup>15</sup>, y entre el 30 y el 51% de la población penitenciaria cumple los criterios diagnósticos de un trastorno por consumo de drogas<sup>16</sup>.

En 2022, en España, aproximadamente la mitad de la población penitenciaria declara haber consumido alguna droga ilegal en los últimos 30 días antes de ingresar en prisión. Esta proporción se reduce hasta el 16,8% tras el ingreso, siendo mayor el descenso en el consumo entre las mujeres. El porcentaje de consumidores de drogas ilegales es muy superior entre la población penitenciaria (en libertad) que en la población general. En el ámbito penitenciario, el consumo de drogas ilegales está más extendido entre los hombres y también entre los más jóvenes. Las sustancias más consumidas en prisión son el tabaco (que es accesible para los internos), seguido del cannabis y de los tranquilizantes no recetados.

Desde 2006 hasta 2022, se observa una fuerte tendencia descendente en la prevalencia de consumo en prisión en los últimos 30 días para la mayoría de las drogas ilegales. El cannabis, que es la droga ilegal más consumida en prisión (y también en libertad), muestra una clara tendencia descendente, reduciéndose el consumo a un tercio del de 16 años antes. La única sustancia que muestra una tendencia ascendente en la prevalencia de consumo son los tranquilizantes no prescritos. Estos se incrementan desde 2011, aunque los valores actuales son inferiores a los observados al inicio de la serie en 2006.

Los resultados de esta encuesta ayudan a marcar los retos para seguir trabajando en reducir el consumo

de drogas, y los riesgos y problemas asociados en esta población. Las medidas preventivas y de tratamiento deben orientarse a sus características. Se aprecia que, en su trayectoria, el consumo de drogas antes del ingreso ha sido elevado. El creciente uso del tratamiento de la adicción como medida alternativa a la prisión probablemente tiene una importante función en la reducción de la población penitenciaria joven y la prevención de la reincidencia. Por otra parte, la prisión permite el inicio de tratamiento para muchas personas, como se desprende de la misma encuesta: el 20,8% de los participantes dice haber estado en tratamiento por uso de sustancias durante el actual ingreso, siendo la heroína y la cocaína las principales sustancias que lo motivan. Los esfuerzos realizados en la implantación de programas de tratamiento y de reducción de daños han sido notables, más aún en la perspectiva internacional<sup>7,8,17,18</sup>.

Se requiere un abordaje multidisciplinar, un esfuerzo de coordinación y una colaboración estrecha de los diferentes agentes implicados, para seguir adecuando las opciones preventivas y terapéuticas a la realidad cambiante del mercado de drogas ilícitas<sup>6,7,13</sup>. Al mismo tiempo, se pone de manifiesto la necesidad de seguir trabajando en la reducción de riesgos, tanto los vinculados al uso de drogas como a otras prácticas<sup>18,19</sup>.

## CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

## AGRADECIMIENTOS

Este trabajo es el resultado del esfuerzo conjunto de muchos profesionales de diferentes ámbitos. A todos ellos, quisiéramos hacerles llegar nuestro sincero agradecimiento, muy especialmente al personal penitenciario, sin cuya cooperación no hubiera sido posible realizar este estudio, así como a la población penitenciaria que en su día fueron entrevistados en ESDIP. Así mismo los autores de este artículo agradecen al Dr. Joan Ramon Villalbí Hereter la revisión de este trabajo y sus valiosas aportaciones al mismo.

## CORRESPONDENCIA

Begoña Brime Beteta  
E-mail: bbrime@sanidad.gob.es

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Montanari L, Royuela L, Hasselberg I, Vandam L. Prison and drugs in Europe: Current and future challenges European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; 2022.
2. 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(1): 85-98.
3. Arroyo-Cobo JM. Estrategias asistenciales de los problemas de salud mental en el medio penitenciario, el caso español en el contexto europeo. *Rev Esp Sanid Penit.* 2011;13(3):100-11.
4. World Health Organization. Status report on prison health in the WHO European Region 2022. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2023.
5. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024. [Internet]. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. [Consultada 25/11/2024]. Disponible en: [https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209 ESTRATEGIA\\_N.ADICCIONES\\_2017-2024\\_\\_aprobada\\_CM.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209 ESTRATEGIA_N.ADICCIONES_2017-2024__aprobada_CM.pdf)
6. Bañuls-Oncina E, Clua-García R, Imbernón Casas M, Jiménez-Vinaja R. Substance use characteristics, health risk practices and associated factors among people imprisoned in Catalonia: a cross-sectional study. *Rev Esp Sanid Penit.* 2019;21(2):80-7.
7. Roselló-Jordá S, Espinós-Navarro C, Molés-Julio MP. Effectiveness of opioid maintenance programs for treating drug dependence in prisons. *Rev Esp Sanid Penit.* 2023;25(3):112-21. doi:10.18176/resp.00077.
8. Moazen B, Dolan K, Saeedi Moghaddam S, Lotfizadeh M, Duke K, Neuhann F, *et al.* Availability, Accessibility, and Coverage of Needle and Syringe Programs in Prisons in the European Union. *Epidemiol Rev.* 2020;42(1):19-26. doi:10.1093/epirev/mxaa003.
9. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe 2023. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2023. pp. 270.
10. Yi Y, Turney K, Wildeman C. Mental Health Among Jail and Prison Inmates. *Am J Mens Health.* 2017;11(4):900-9.
11. World Health Organization. Deaths by Cause, Age and Sex, Estimates for 2000-2021. [Internet]. En: Global Health Estimates (GHE). Geneva:

- WHO. [Consultada 25/11/2024]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>
12. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte. [Nota de Prensa; Internet]. Madrid: INE; 19 Dic 2023. [Consulta 25/11/2025]. Disponible en: [https://www.ine.es/prensa/edcm\\_2022\\_d.pdf](https://www.ine.es/prensa/edcm_2022_d.pdf)
  13. Austin A, Favril L, Craft S, Thliveri P, Freeman TP. Factors associated with drug use in prison: A systematic review of quantitative and qualitative evidence. *Int J Drug Policy*. 2023;122:104248. doi:10.1016/j.drugpo.2023.104248.
  14. Clua-García R, Bañuls-Oncina E, Imbernón-Casas M, Jiménez-Vinaja R. The discourses of risk of drug users in prison. *Rev Esp Sanid Penit*. 2019;21(1):28-37.
  15. Favril L. Drug use before and during imprisonment: Drivers of continuation. *Int J Drug Policy*. 2023;115:104027.
  16. Fazel S, Yoon IA, Hayes AJ. Substance use disorders in prisoners: An updated systematic review and meta-regression analysis in recently incarcerated men and women. *Addiction*. 2017;112(10):1725-39.
  17. Sander G, Scandurra A, Kamenska A, MacNamara C, Kalpaki C, Bessa CF, *et al*. Overview of harm reduction in prisons in seven European countries. *Harm Reduct J*. 2016;13(1):28. doi:10.1186/s12954-016-0118-x.
  18. Sander G, Shirley-Beavan S, Stone K. The Global State of Harm Reduction in Prisons. *J Correct Health Care*. 2019;25(2):105-20. doi:10.1177/1078345819837909.
  19. Stöver H, Tarján A, Horváth G, Montanari L. The state of harm reduction in prisons in 30 European countries with a focus on people who inject drugs and infectious diseases. *Harm Reduct J*. 2021;18(1):67. doi:10.1186/s12954-021-00506-3.

# Propuesta terapéutica para el tratamiento de diagnóstico dual en un entorno penitenciario

Abdón Martín-Coca, José Antonio Martín Herrero

Departamento de Psicología Social y Antropología. Universidad de Salamanca.

---

## RESUMEN

**Objetivos:** Presentar una herramienta terapéutica que combina terapia grupal e individual, y evaluar sus efectos en la reducción del consumo de sustancias, la mejora de los síntomas psicológicos negativos y la disminución de la conflictividad en reclusos con diagnóstico dual.

**Material y método:** Estudio preexperimental mixto, realizado en el Módulo de Enfermedad Mental del Centro Penitenciario de Topas (Salamanca) entre 2017 y 2023, aplicando tratamiento a un total de 54 internos varones, con un máximo de ocho sujetos por año. La intervención incluyó 20 sesiones grupales y cinco individuales por periodo. Se recogió información mediante registros de evaluación inicial, información de sesiones individuales y grupales, y un cuestionario final. Los datos procedentes de todas las sesiones clínicas que sustentan los resultados fueron analizados utilizando un *software* de análisis cualitativo y cuantitativo.

**Resultados:** Los resultados mostraron una correlación significativa ( $r = 0,656$ ,  $p < 0,001$ ) entre los problemas de salud mental y el consumo de sustancias. Los códigos más frecuentes en las sesiones fueron “entrevista motivacional”, “aislamiento social” y “prevención de recaídas”. Los análisis cualitativos y cuantitativos indicaron mejoras significativas en la reducción del consumo de sustancias, alivio de los síntomas psicológicos negativos y la disminución de la conflictividad en el módulo.

**Discusión:** La intervención demostró ser efectiva, subrayando la importancia de adaptar e integrar los tratamientos para internos con diagnóstico dual. La constancia en la metodología y la personalización de los temas según las necesidades de los internos fueron factores clave para el éxito del tratamiento. Se sugiere la capacitación específica del personal penitenciario para trabajar el diagnóstico dual y, como futura línea de investigación, evaluar el efecto de combinar este modelo de psicoterapia con tratamiento farmacológico.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de Salamanca (CEISH).

**Palabras clave:** diagnóstico dual (Psiquiatría); terapia de grupo; centros penitenciarios; terapia cognitivo-conductual; análisis cualitativo.

---

## PROPOSED THERAPY FOR TREATING DUAL DIAGNOSIS IN A PRISON SETTING

### ABSTRACT

**Objectives:** To present a therapeutic tool that combines group and individual therapy, and evaluate its effects on the reduction of substance use, the improvement of negative psychological symptoms, and decrease in conflict among inmates with dual diagnosis.

**Material and method:** This is a pre-experimental mixed-methods study, conducted in the Mental Health Module of Topas Prison (Salamanca) between 2017 and 2023, involving a total of 54 male inmates, with a maximum of 8 subjects a year. The intervention included 20 group sessions and 5 individual sessions per period. Data were collected through initial evaluation records, individual and group session information, and a final questionnaire. Data from all clinical sessions supporting the results were analyzed using qualitative and quantitative analysis software.

**Results:** The results showed a significant correlation ( $r = 0.656$ ,  $P < 0.001$ ) between mental health problems and substance use. The most frequent codes in the sessions were “motivational interviewing,” “social isolation,” and “relapse prevention”. Qualitative and quantitative analyses indicated significant improvements in substance use reduction, relief of negative psychological symptoms, and a decrease in conflict within the module.

**Discussion:** The intervention proved to be effective, highlighting the importance of adapting and integrating treatments for inmates with dual diagnosis. Consistency in the methodology and the customization of topics according to the needs of the inmates were key factors for the success of the treatment. It is suggested that prison staff receive specific training to work with dual diagnosis, and as a future line of research, to evaluate the effect of combining this psychotherapy model with pharmacological treatment.

The study was approved by the Ethics Committee of the University of Salamanca (CEISH).

**Key words:** diagnosis, dual (Psychiatry); psychotherapy, group; prisons; cognitive behavioral therapy; evaluation studies as topic.

---

Texto recibido: 02/07/2024

Texto aceptado: 24/10/2024

## INTRODUCCIÓN

El diagnóstico dual, caracterizado por la coexistencia de un trastorno mental y un trastorno por uso de sustancias, presenta una complejidad particular en el contexto penitenciario. Esta condición no solo incrementa la dificultad del tratamiento debido a la interacción entre ambos trastornos, sino que también complica la rehabilitación de los internos<sup>1</sup>.

En centros penitenciarios de España, estudios recientes han demostrado que más del 80% de los reclusos presentan algún tipo de trastorno dual, subrayando la necesidad de intervenciones efectivas y adaptadas a este entorno<sup>2</sup>. Esta alta prevalencia no es exclusiva de España; en Reino Unido, una proporción significativa de la población reclusa también lucha con diagnósticos duales, lo que resalta la importancia de abordar esta problemática de manera integral<sup>3</sup>.

Dentro del entorno penitenciario, el diagnóstico dual se presenta con una serie de desafíos únicos. Los reclusos con diagnóstico dual suelen tener tasas más altas de reincidencia y conductas problemáticas y hostiles, lo que requiere un enfoque de tratamiento especializado<sup>4</sup>. Además, estos individuos a menudo enfrentan dificultades significativas en su tratamiento y reinserción social fuera de la cárcel, perpetuando un ciclo de reincidencia y tratamiento inadecuado<sup>5</sup>.

En comparación con la población general, los reclusos con diagnóstico dual tienen mayores probabilidades de experimentar aislamiento social, problemas de salud mental severos y un historial de abuso de sustancias más complejo, lo que complica aún más su tratamiento y reinserción<sup>6</sup>.

El tratamiento del diagnóstico dual en cárceles ha incluido una combinación de terapias psicológicas y farmacológicas. La terapia cognitivo-conductual y la entrevista motivacional han demostrado ser efectivas

en la reducción de síntomas y mejora del comportamiento en individuos con diagnóstico dual<sup>7</sup>. Por ejemplo, un estudio encontró que la combinación de dicha terapia y la entrevista motivacional mejoró la autoeficacia y la finalización del tratamiento en pacientes con diagnóstico dual<sup>8</sup>. La terapia cognitivo-conductual se centra en modificar patrones de pensamiento y comportamiento disfuncionales, mientras que la entrevista motivacional busca aumentar la motivación intrínseca del paciente para el cambio, haciendo de estas terapias una combinación poderosa para tratar a estos pacientes<sup>9</sup>. Además, el tratamiento integrado de diagnóstico dual, que incorpora la entrevista motivacional como un componente clave, determinó una reducción significativa en el uso de sustancias en pacientes con enfermedades mentales severas<sup>10</sup>. En la comunidad, los tratamientos para diagnóstico dual también han seguido un enfoque integrador, combinando intervenciones psicológicas con tratamientos farmacológicos adecuados, lo que ha mostrado ser efectivo en la mejora de los resultados a largo plazo<sup>11</sup>.

La literatura sugiere que los programas que integran tratamientos psicológicos y farmacológicos son más efectivos en la reducción de síntomas y la mejora del funcionamiento general en pacientes con diagnóstico dual<sup>5</sup>. Nuestro enfoque también combina temas de adicción y salud mental en las sesiones grupales e individuales, lo que permite abordar de manera integral tanto las problemáticas de uso de sustancias como los trastornos mentales concomitantes<sup>7</sup>. Estos hallazgos subrayan la importancia de un enfoque terapéutico integrador que considere tanto las intervenciones psicosociales como farmacológicas en el manejo de problemas psiquiátricos complejos.

El objetivo de este estudio es evaluar la efectividad de una intervención terapéutica que combina sesiones grupales e individuales en la reducción del consumo de sustancias, la mejora de los síntomas psicológicos

negativos y la disminución de la conflictividad en internos con diagnóstico dual dentro de un entorno penitenciario.

## MATERIAL Y MÉTODO

### Muestra

Este es un estudio preexperimental longitudinal de enfoque mixto. El análisis se basa principalmente en un enfoque cualitativo, utilizando la codificación de las sesiones grupales e individuales, complementado con análisis cuantitativos provenientes de cuestionarios estructurados para evaluar los aspectos mencionados previamente.

El estudio se desarrolló en el Módulo de Enfermedad Mental del Centro Penitenciario de Topas entre 2017 y 2023, evaluando y tratando a 54 internos, todos varones, con edades comprendidas entre 22 y 62 años, con una media de edad de 34 años y una desviación típica que varió entre 5,86 y 12,02 años.

La selección de los participantes fue realizada por el equipo técnico del módulo, basándose en los siguientes criterios de inclusión: diagnóstico dual confirmado, que incluía la presencia de un trastorno mental y un trastorno por uso de sustancias, motivación para participar en el programa terapéutico, y condenas pendientes que superaran la duración de la intervención, lo que aseguraba la permanencia del participante durante el tratamiento.

Se excluyeron aquellos internos que presentaban conductas altamente disruptivas, capaces de afectar la dinámica grupal, o limitaciones graves de comunicación que impidieran su participación efectiva en las sesiones.

El número de participantes fue consistente, con un máximo de ocho reclusos por periodo. En términos de apoyo familiar y social, se observaron diferencias significativas, con algunos internos recibiendo apoyo mínimo y otros con redes de apoyo más estables. Durante la pandemia de COVID-19 (2020-2022), el apoyo externo se redujo notablemente debido a restricciones institucionales.

El perfil de los internos en el estudio se caracteriza por una combinación de problemas de salud mental severos y trastornos por uso de sustancias, lo que añade una alta complejidad al tratamiento. Muchos de ellos presentan un historial prolongado de reincidencia tanto en el uso de sustancias como en la reclusión, lo que exige intervenciones terapéuticas adaptadas y continuas. Además, factores como el aislamiento social, la conflictividad dentro del módulo y la variabilidad en el acceso a apoyo familiar contribu-

yen a esta complejidad, impactando directamente en la adherencia al tratamiento.

Los participantes recibieron una combinación de tratamientos médico-psiquiátricos y psicoterapéuticos. Las intervenciones farmacológicas, administradas por el equipo médico del centro, incluyeron antipsicóticos, antidepresivos, antiepilépticos y ansiolíticos, ajustados de manera individualizada según las guías clínicas. Las modalidades de psicoterapia incluyeron terapias individuales, grupales y, durante la pandemia, sesiones por videoconferencia. Estas intervenciones psicoterapéuticas fueron diseñadas específicamente para abordar tanto los síntomas psiquiátricos como las dinámicas sociales y personales que influyen en el comportamiento de los internos.

Los internos firmaron un consentimiento informado antes de participar en el estudio, que fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de Salamanca (número de registro 1.144). La confidencialidad de los datos se garantizó según el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD). El estudio cuenta con la autorización de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (21 de marzo de 2024).

### Instrumentos y datos

El registro de evaluación inicial para internos es una herramienta diseñada para proporcionar una evaluación integral del estado inicial de los internos al ingresar en este tratamiento. Este registro abarca una amplia gama de aspectos críticos, incluyendo el consumo de sustancias, condiciones médicas, problemas legales, empleo, estado psicológico y apoyo social. Su objetivo es identificar áreas problemáticas que necesitan atención inmediata o sostenida. La metodología empleada en este cuestionario se basa en el índice de severidad de adicción, calificando la gravedad de los problemas en cada área específica mediante una escala del 1 al 9, donde un puntaje de 1 significa “nada problemático” y 9 denota una situación “muy grave”<sup>12</sup>.

Esto permite una cuantificación precisa y facilita la identificación de las necesidades más apremiantes de cada interno, orientando de forma efectiva la planificación del tratamiento.

En segundo lugar, se lleva a cabo la recogida de información de sesiones individuales. Esta herramienta de recopilación de información cualitativa recoge frases, expresiones y comentarios aportados por el entrevistado. El clínico registra en forma de notas los siguientes aspectos: necesidades planteadas por el participante, desarrollo de la alianza terapéutica, aspectos personales explorados, técnicas de entrevista motivacional utilizadas, observaciones del clínico, *feedback* del interno y notas adicionales.

El tercer conjunto de datos procede de la información de las sesiones grupales. Después de cada sesión, se completa un documento que incluye: el tema principal tratado, las actividades realizadas, interacciones claves, observaciones del clínico, comentarios de los participantes y notas adicionales relevantes.

### Procedimiento de la terapia grupal e individual

El programa está estructurado en un total de 25 sesiones para cada periodo. Comienza con una fase de evaluación que consiste en dos sesiones individuales por cada participante. Tras esta evaluación, se procede con las 20 sesiones grupales. A lo largo de este proceso, se intercalan las tres sesiones individuales restantes para cada interno.

Las sesiones grupales tienen una duración máxima de 70 minutos. En ellas se promueve el aporte de información y el soporte mutuo entre los participantes. Enfatizamos la cohesión de grupo y el aprendizaje colaborativo, siguiendo las directrices de Burlingame *et al.*<sup>13</sup>.

El desarrollo de estas sesiones se lleva a cabo mediante una secuencia invariable: el momento del saludo inicial se utiliza para establecer un clima seguro y acogedor donde los participantes comparten el momento actual personal. A continuación, se presenta el tema a desarrollar siguiendo metodologías de aprendizaje experiencial para terapia<sup>14</sup>.

La fase siguiente es la discusión en grupo, fomentando una participación abierta y constructiva basada en la investigación actual sobre dinámicas grupales<sup>13</sup>.

Seguimos con actividades prácticas, tales como ejercicios interactivos, *role-playing* (juego de rol) y *real-playing* (juego real), respaldados por estudios recientes sobre su eficacia en terapia grupal<sup>15</sup>. Se finaliza con las conclusiones de las sesiones, que son reflexiones sobre aprendizajes obtenidos y propuesta del tema para la siguiente sesión.

Los contenidos de las sesiones de intervención se detallan en la Tabla 1. Todos los temas se eligen en función de las necesidades que los internos expresan

Tabla 1. Temas de las sesiones grupales.

Tema	Descripción
Introducción al programa de terapia	Comenzamos con expectativas y objetivos terapéuticos para guiar el proceso de tratamiento.
Farmacodependencia, sustancias y abordajes terapéuticos	En este tema se exploran los efectos de las adicciones y los tratamientos disponibles para abordarlas.
Gestión de trastornos mentales coexistentes	Se aborda la comprensión y el manejo de enfermedades mentales que coexisten con la adicción.
Estrategias para el manejo de la impulsividad	Presentamos herramientas para controlar impulsos y tomar decisiones más informadas.
Fortalecimiento de la autoestima	Se discuten técnicas para aumentar la percepción personal y la confianza en uno mismo.
Desarrollo del autocontrol	En este tema se enfatiza la autogestión y la autorregulación emocional y conductual.
Prácticas de autoobservación y reflexión	Se fomenta la introspección y el autoconocimiento como herramientas clave en el proceso terapéutico.
Dinámicas interpersonales y manejo de conflictos	Promovemos las habilidades sociales y resolución de conflictos para el crecimiento personal.
Integración de la sexualidad y afectividad	Se explora cómo la salud mental y las adicciones pueden afectar a la sexualidad y la afectividad de una persona.
Abordaje de la soledad, tristeza y depresión	Se discuten en este tema estrategias para afrontar la soledad, la tristeza y la depresión.
Estrategias contra la ansiedad	Se presentan técnicas efectivas para el manejo de la ansiedad y la preocupación.
Interacción entre medicación, drogas y salud mental	Es crucial comprender cómo la medicación interactúa con las drogas y afecta a la salud mental para el tratamiento.
El rol de la familia y personas significativas en la recuperación	Se destaca la importancia del apoyo social y familiar en el proceso de recuperación.
Técnicas para mantener la calma y la serenidad	Se presentan herramientas de relajación y manejo del estrés para promover la calma y la serenidad.
Acceso y utilización de sistemas de ayuda y apoyo social	Se aborda el conocimiento y uso de recursos de apoyo tanto dentro como fuera del entorno penitenciario.
Evaluación y reflexión final del programa	En esta etapa se revisan los logros, los aprendizajes, y se planifican los pasos a seguir en el proceso de tratamiento.

en la evaluación inicial, subrayando la importancia de personalizar el tratamiento en adicciones. Esta personalización se mantiene a través de revisiones constantes, permitiendo la adaptación continua de los temas según las necesidades evolutivas del grupo. Asimismo, se fomenta la expresión vinculada con la interacción entre adicción y enfermedad mental, porque consideramos esta circunstancia un elemento prioritario en el tratamiento del diagnóstico dual, como recoge el *National Institute on Drug Abuse*<sup>16</sup>.

Para que el tratamiento conlleve recuperación y bienestar a medio y largo plazo, incluimos temas vinculados a la prevención de recaídas, manejo efectivo del estrés y técnicas que mejoran el control, como la anticipación, la planificación y la toma de decisiones. Estos aspectos son fundamentales, como se destaca en la investigación sobre la prevención de recaídas y el manejo del estrés en la recuperación de adicciones<sup>17</sup>.

En el transcurso de las sesiones, prestamos especial atención a la claridad y accesibilidad del lenguaje utilizado. Desde la introducción al programa de terapia hasta la evaluación y reflexión final del mismo, cada tema se presenta con un lenguaje comprensible y cercano, facilitando la conexión y comprensión por parte de los internos.

Las sesiones individuales se dedican a reforzar la alianza terapéutica y a explorar aspectos personales. En ellas se revisan dos aspectos clave: en primer lugar, observamos en qué medida se logran los objetivos terapéuticos establecidos, realizando una adaptación del tratamiento cuando fuera necesario; y en segundo lugar, se abordan los desafíos inspirados en las directrices de Burlingame *et al.*<sup>13</sup>, centrándose en las dificultades surgidas durante las sesiones grupales y adaptando las estrategias de intervención para cada paciente.

Además de las revisiones descritas, hay un último objetivo de estas sesiones que consiste en fortalecer la motivación utilizando microhabilidades propias de la entrevista motivacional, buscando potenciar el cambio, abordando la ambivalencia y fomentando el compromiso del paciente con el proceso terapéutico.

### **Análisis de la información**

Para procesar documentos derivados de sesiones individuales, grupales y del cuestionario final, hemos utilizado la aplicación ATLAS.ti, versión 9<sup>18</sup> y la herramienta de inteligencia artificial incorporada en dicho *software* para su síntesis. Este *software* ha desarrollado un método de análisis que elabora la interpretación científica de datos cualitativos. El análisis estadístico se ha realizado con IBM *Statistical Pac-*

*kage for the Social Sciences* (SPSS) versión 28<sup>19</sup> para los datos cuantitativos derivados del cuestionario de evaluación inicial y del cuestionario final.

El análisis de la información cualitativa tiene como finalidad verificar que la terapia implementada logra los objetivos marcados. Utilizamos como fundamentación teórica para interpretar los resultados el razonamiento inductivo-deductivo. Sobre la documentación recogida, iniciamos un proceso de codificación y análisis de coocurrencia asistida por inteligencia artificial, generando “top códigos”, “mejores códigos coocurrentes” y “mejores documentos analizados”, para descubrir patrones y relaciones entre palabras o conceptos que aparecen asociados.

Los hallazgos de estos análisis permiten generar informes con una narrativa coherente. Para fortalecer la validez y credibilidad de estos resultados, se estudian además relaciones cuantitativas a partir de descriptores estadísticos. La comparación de los resultados obtenidos con ambas técnicas, cualitativa y cuantitativa, mejora y enriquece las conclusiones que se alcanzan.

## **RESULTADOS**

La verificación de que los participantes en este estudio son individuos en los que concurre un trastorno adictivo y otra u otras enfermedades mentales se evidencia a partir de la asociación que presentan los dos ítems clave del cuestionario de evaluación inicial (“problemas de área de salud mental y área de drogas”), puesto que su coeficiente de correlación de Pearson asciende a 0,656 ( $p < 0,001$ ).

Comprobamos en la Tabla 2 que, en la información procedente de las *sesiones individuales*, los top códigos aplicados más frecuentes son “entrevista motivacional”, seguido de “aislamiento social” y “prevención de recaídas”. Estos tres códigos encabezan la lista en términos de frecuencia, lo cual indica que son áreas centrales de enfoque durante las sesiones.

La alta frecuencia de aparición de la “entrevista motivacional” sugiere una estrategia terapéutica orientada a incrementar la motivación intrínseca de los pacientes para el cambio. Esto es consistente con el primer objetivo de reducir el consumo de sustancias, ya que fomentar la motivación es un precursor reconocido para el cambio de comportamiento en el tratamiento de adicciones.

El “aislamiento social”, como segundo código más frecuente, destaca la relevancia de abordar las dinámicas sociales de los pacientes. El aislamiento puede ser tanto una consecuencia como un factor

Tabla 2. Codificación de sesiones individuales.

Top códigos aplicados	Frecuencia*	Los mejores códigos concurrentes	
Entrevista motivacional†	58	Técnicas de relajación‡	Manejo del estrés§
Aislamiento social	38	Adicción	Aislamiento social
Prevención de recaídas	34	Consumo	Apoyo familiar
Adicción	27	Planificación para el futuro	Estrategias para prevenir la reincidencia
Manejo del estrés§	24	Entrevista motivacional†	Metas personales
Estrategias de afrontamiento	23	Prevención de recaídas	Reintegración social
Técnicas de entrevista motivacional	21	Técnicas de entrevista motivacional	Técnicas de relajación
Planificación para el futuro¶	21		
Estrategias para prevenir la reincidencia**	16	<b>Los mejores documentos analizados</b>	<b>Cantidad</b>
Apoyo familiar††	15	Sesiones individuales del periodo 2022	116
Técnicas de entrevista motivacional	14	Sesiones individuales del periodo 2023	115
Reforzamiento de la autoeficacia	14	Sesiones individuales del periodo 2017	111
Refuerzo de la autoeficacia	13	Sesiones individuales del periodo 2019	99
Consumo	13	Sesiones individuales del periodo 2020	81
Técnicas de relajación‡	10	Sesiones individuales del periodo 2021	66
Reinserción	10	Sesiones individuales del periodo 2018	61

**Nota.** \*Frecuencia: número de veces que cada código aparece en las sesiones individuales.

†Entrevista motivacional: técnica de intervención que busca aumentar la motivación intrínseca del paciente para el cambio.

‡Técnicas de relajación: prácticas para reducir el estrés y la ansiedad.

§Manejo del estrés: estrategias para gestionar el estrés de manera efectiva.

||Consumo: uso de sustancias adictivas.

¶Planificación para el futuro: estrategias para el establecimiento de metas y planificación a largo plazo.

\*\*Estrategias para prevenir la reincidencia: técnicas específicas para evitar recaídas en comportamientos adictivos.

††Apoyo familiar: importancia del apoyo de la familia en el proceso de recuperación.

que perpetúa el consumo de sustancias, y su manejo es crucial para la reinserción y el alivio de síntomas psicológicos negativos.

La “prevención de recaídas” es un componente crítico en el tratamiento de adicciones y es coherente con el objetivo de mantener la abstinencia y reducir el consumo. La frecuencia de este código sugiere un enfoque preventivo robusto dentro de las sesiones, probablemente incorporando estrategias cognitivo-conductuales para manejar las situaciones de riesgo.

El código “adicción” en sí mismo, aunque menos frecuente que los anteriores, sigue siendo un tema central, implicando una exploración continua de la naturaleza de la adicción y su impacto en la vida del paciente, lo cual es esencial para abordar todos los objetivos terapéuticos.

Además, temas como el “manejo del estrés”, las “estrategias de afrontamiento” y el “apoyo familiar” indican un enfoque holístico, considerando que el estrés es un potente desencadenante de recaídas y que el apoyo social es un factor protector clave. Esto es acorde con la necesidad de aliviar síntomas psicoló-

gicos negativos y fomentar un entorno de apoyo que pueda reducir la conflictividad en el módulo.

Los “códigos concurrentes” proporcionan una visión más detallada de cómo se entrelazan las distintas temáticas en las sesiones. La coocurrencia de códigos como “técnicas de relajación”-“manejo del estrés”, “adicción”-“aislamiento social” o “planificación para el futuro”-“estrategias para prevenir la reincidencia”, sugieren que hay una comprensión integrada de la adicción que abarca tanto las técnicas de manejo personal como el soporte contextual y relacional.

Analizando los “documentos más codificados” se observa una consistencia en la aplicación de estos códigos a lo largo de los periodos. La presencia predominante de documentos recientes (periodo 2022) en la lista sugiere que las intervenciones están siendo continuamente revisadas y adaptadas a las necesidades emergentes de la población penitenciaria.

La Tabla 3 muestra el análisis de las sesiones de grupo. El “top código aplicado” más frecuente es “participación: recuperación”, lo que sugiere un

Tabla 3. Codificación de sesiones grupales.

Top códigos aplicados	Frecuencia*	Los mejores códigos concurrentes	
Participación: recuperación†	23	Salud mental‡	Participación: sexualidad§
Salud mental‡	20	Salud mental‡	Salud mental: adicciones
Salud mental: ansiedad	17	Salud mental: adicciones	Participación: sexualidad§
Recuperación personal: apoyo social¶	14	Salud mental: soledad	Salud mental: terapia
Participación: sexualidad§	12	Salud mental‡	Participación: sexualidad§
Autoconciencia: autoestima	11	Relaciones familiares: relaciones afectivas**	Relaciones familiares: apoyo familiar
Planificación y recursos: resolución de conflictos††	11	Recuperación personal: apoyo social	Relaciones familiares: relaciones afectivas
Desarrollo personal: crecimiento personal‡‡	11		
		Los mejores documentos analizados	Cantidad
Salud mental: bienestar emocional§§	10	Registros de sesiones del periodo 2020	115
Relaciones familiares: apoyo familiar	10	Registros de sesiones del periodo 2023	114
Participación: rehabilitación	8	Registros de sesiones del periodo 2018	106
Salud mental: adicciones	8	Registros de sesiones del periodo 2017	104
Salud mental: soledad	8	Registros de sesiones del periodo 2019	104
Tratamiento: terapia	7	Registros de sesiones del periodo 2022	98
Participación: motivación	7	Registros de sesiones del periodo 2021	96
Autoconciencia: autocontrol	7		

**Nota.** \* Frecuencia: número de veces que cada código aparece en las sesiones grupales.

† Participación: recuperación: grado de implicación en el proceso de recuperación.

‡ Salud mental: evaluación de la salud mental general.

§ Participación: sexualidad: participación en temas relacionados con la sexualidad.

|| Salud mental: ansiedad: manejo y tratamiento de la ansiedad.

¶ Recuperación personal: apoyo social: importancia del apoyo social en la recuperación.

\*\* Relaciones familiares: relaciones afectivas: calidad de las relaciones familiares y afectivas.

†† Planificación y recursos: resolución de conflictos: estrategias para resolver conflictos.

‡‡ Desarrollo personal: crecimiento personal: fomento del crecimiento y desarrollo personal.

§§ Salud mental: bienestar emocional: nivel de bienestar emocional general.

||| Registros de sesiones: documentos que registran las sesiones en diferentes periodos.

fuerte enfoque en la implicación activa de los pacientes en su propio proceso de recuperación. Esto se ajusta al objetivo de reducir el consumo de sustancias, ya que la participación es fundamental para el cambio de comportamiento sostenible.

Los códigos relacionados con la “salud mental”, especialmente “salud mental: ansiedad”, reflejan una atención significativa a los síntomas psicológicos. La coocurrencia de “salud mental” con “participación: sexualidad” y “relaciones familiares: apoyo familiar” indica que la salud mental se aborda desde una perspectiva integral que considera la vida social y afectiva de los participantes, esencial para aliviar síntomas psicológicos negativos.

La presencia de códigos como “autoconciencia: autoestima” y “planificación y recursos: resolución

de conflictos” resalta un enfoque en el desarrollo de habilidades de autogestión y resolución de conflictos, contribuyendo a la disminución de la conflictividad en el módulo.

Los documentos más codificados, que en general corresponden a periodos más recientes, pueden indicar que las estrategias de intervención se han refinado con el tiempo, reforzando la efectividad de las sesiones de grupo en el logro de los objetivos terapéuticos planteados.

Observamos en la Tabla 4 el análisis de los datos del cuestionario final donde los códigos tienen que ver con estrategias y habilidades: los *top* códigos como “prevención de recaídas” y “control de impulsos” destacan junto con “entrevista motivacional” y “adicción”. Los mejores códigos coocurrentes son

“planificación para el futuro” y “técnicas de relajación”, asociados con “manejo del estrés” y “reducción de consumo”, lo que puede reflejar estrategias enfocadas en la rehabilitación a largo plazo y la gestión del estrés. La presencia de “reducción de consumo” y “resolución de problemas” refuerza el enfoque en los objetivos de reducir el consumo de sustancias y mejorar la gestión de conflictos.

Las coocurrencias destacadas en las Tablas 2, 3 y 4 reflejan una fuerte interconexión entre la adicción, el bienestar mental y emocional, el apoyo social y familiar, y la implementación de estrategias de manejo de estrés y la prevención de recaídas. Estos temas son fundamentales para lograr los objetivos del estudio y sugieren que las intervenciones deben ser integrales, abordando no solo la adicción en sí misma, sino también las complejas interacciones con la salud mental

y las relaciones sociales, tanto dentro como fuera del entorno penitenciario.

La Tabla 5 presenta correlaciones entre las variables “reducción consumo de sustancias”, “alivio síntomas psicológicos negativos”, “disminución conflictos en módulo”, y “satisfacción global con la terapia”. Estas correlaciones son todas estadísticamente significativas, con “reducción consumo sustancias” y “satisfacción global” mostrando la correlación más alta (0,687;  $p < 0,001$ ).

Estos datos apoyan la información cualitativa de nuestro trabajo, evidenciando que la reducción del uso de sustancias está fuertemente asociada con mejoras en la percepción general o la “satisfacción global”. Además, el alivio de síntomas psicológicos negativos y la disminución de conflictos también están significativamente correlacionados, lo que sugiere que estos factores son componentes importantes en la recupera-

Tabla 4. Codificación del cuestionario final.

Top códigos aplicados	Frecuencia*	Los mejores códigos concurrentes	
Prevención de recaídas <sup>†</sup>	13	Planificación para el futuro <sup>‡</sup>	Estrategias para prevenir la reincidencia <sup>§</sup>
Control de impulsos <sup>  </sup>	10	Técnicas de relajación <sup>¶</sup>	Manejo del estrés <sup>**</sup>
Entrevista motivacional <sup>††</sup>	10	Control de impulsos	Reducción de consumo <sup>‡‡</sup>
Estrategias para prevenir la reincidencia	9	Entrevista motivacional	Plan de acción <sup>§§</sup>
Adicción	8	Entrevista motivacional	Resolución de problemas <sup>   </sup>
Manejo del estrés	8	Plan de acción	Resolución de problemas <sup>   </sup>
Planificación para el futuro	7	Consumo <sup>¶¶</sup>	Apoyo familiar <sup>***</sup>
Reducción de consumo	7		
Técnicas de relajación	6	<b>El mejor documento analizado<sup>†††</sup></b>	<b>Cantidad</b>
Aislamiento	5	Cuestionario final del periodo 2023 <sup>‡‡‡</sup>	123
Técnicas de entrevista motivacional	5		
Adaptación	5		
Aislamiento social	5		
Plan de acción	4		
Resolución de problemas	4		
Consumo	4		

Nota. \*Frecuencia: número de veces que cada código aparece en las sesiones individuales.

<sup>†</sup> Prevención de recaídas: estrategias para evitar la recurrencia en el uso de sustancias.

<sup>‡</sup> Planificación para el futuro: establecimiento de metas y planificación a largo plazo.

<sup>§</sup> Estrategias para prevenir la reincidencia: técnicas para evitar recaídas.

<sup>||</sup> Control de impulsos: métodos para mejorar la regulación de impulsos.

<sup>¶</sup> Técnicas de relajación: prácticas para reducir el estrés y la ansiedad.

<sup>\*\*</sup> Manejo del estrés: estrategias para gestionar el estrés de manera efectiva.

<sup>††</sup> Entrevista motivacional: técnica de intervención para aumentar la motivación intrínseca del paciente para el cambio.

<sup>‡‡</sup> Reducción de consumo: disminución para mejorar la regulación de impulsos.

<sup>§§</sup> Plan de acción: estrategias concretas para abordar problemas específicos.

<sup>|||</sup> Resolución de problemas: métodos para identificar y resolver problemas de manera eficaz.

<sup>¶¶</sup> Consumo: uso de sustancias adictivas.

<sup>\*\*\*</sup> Apoyo familiar: importancia del apoyo de la familia en el proceso de recuperación.

<sup>†††</sup> El mejor documento analizado: documento con la mayor cantidad de códigos aplicados.

<sup>‡‡‡</sup> Cuestionario final del periodo 2023: datos recopilados en el cuestionario final del periodo 2023.

Tabla 5. Correlaciones entre objetivos motivo del estudio y satisfacción global con la terapia.

		Reducción sustancias	Alivio	Disminución conflictos	Satisfacción global
Reducción sust.	Correlación de Pearson	1			
Alivio	Correlación de Pearson	0,368*	1		
Dismin. confl.	Correlación de Pearson	0,555*	0,196	1	
Satisfacción	Correlación de Pearson	0,687*	0,575*	0,285†	1

**Nota.** Abreviaturas: Reducción sustancias: Reducción del consumo de sustancias; Alivio: Alivio de síntomas psicológicos negativos. Disminución conflictos: Disminución de conflictos en el módulo. Satisfacción global: Satisfacción global con la terapia.

\*La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

†La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

ción y el bienestar general en el contexto del diagnóstico dual en entornos penitenciarios.

## DISCUSIÓN

Proponemos una intervención innovadora que integra la terapia individual y grupal complementada con técnicas de entrevista motivacional, demostrando efectividad en el tratamiento del diagnóstico dual dentro de un contexto penitenciario. A diferencia de intervenciones previas, nuestros resultados revelan no solo una reducción significativa en el consumo de sustancias y la mejora de síntomas psicológicos negativos, sino también una disminución en los niveles de conflictividad y hostilidad, subrayando la importancia de un enfoque integrado y continuado en el tiempo.

En comparación con el *Manual de dinámicas de intervención en patología dual en drogodependencias en centros penitenciarios: Programa ActualizaT<sup>20</sup>* y la *Guía ActualizaT<sup>21</sup>*, que se centran en la humanización del tratamiento y la capacitación profesional para mejorar la calidad de vida y combatir el estigma en la patología dual, nuestro estudio avanza en la implementación práctica de estos principios, demostrando cambios concretos y mensurables en la población de estudio. Aunque estos trabajos previos han resaltado la importancia del entorno y la perspectiva biopsicosocial, nuestro enfoque destaca por su aplicación directa y efectiva en el entorno penitenciario, marcando una diferencia significativa en el abordaje terapéutico.

La investigación de Casares-López *et al.*<sup>22</sup> resalta la prevalencia y la necesidad de un diagnóstico preciso y tratamiento adecuado para trastornos de personalidad antisocial y riesgo de suicidio en entornos penitenciarios. Nuestro estudio complementa estos hallazgos, demostrando que una intervención bien estructurada que considera la complejidad del perfil de los reclusos y se adapta a sus necesidades específicas puede resultar en mejoras tangibles.

Hemos tenido en cuenta la observación de Garrido y Dorado<sup>23</sup> sobre la complejidad de integrar a internos con perfiles de personalidad antisocial para trabajar en terapias grupales y, a pesar de los desafíos que plantea su inclusión, desarrollar una terapia paralela individual ha posibilitado un clima favorable de aprendizaje propicio, asegurando la participación de todos los internos. Este enfoque metodológico metódico y considerado destaca como una contribución significativa al campo, sugiriendo vías para la inclusión efectiva de individuos con complejas necesidades terapéuticas.

La constancia y consistencia en el estilo de intervención, así como la estrategia de intercalar sesiones temáticas dedicadas tanto a las adicciones como a otros trastornos mentales, se identifican como factores cruciales en el éxito del tratamiento. Este balance cuidadoso entre variedad temática y coherencia metodológica propone un modelo replicable y efectivo para contextos similares.

Mientras que la literatura existente ha sentado bases importantes en el entendimiento y enfoque del diagnóstico dual en entornos penitenciarios, nuestro estudio aporta evidencia empírica de una estrategia integrada y adaptada que mejora significativamente la calidad de vida de los reclusos, sugiriendo un modelo de intervención novedoso y eficaz para futuras investigaciones y aplicaciones prácticas.

Aunque el programa fue implementado únicamente en una población masculina por la estructura actual del centro, sería interesante explorar en futuras investigaciones cómo se podrían aplicar estas intervenciones en grupos mixtos o exclusivamente femeninos. Un análisis comparativo entre hombres, mujeres y grupos mixtos permitiría afinar el enfoque terapéutico y proyectar el tratamiento con mayor precisión en diferentes contextos penitenciarios.

Lo anterior nos conduce a sugerir la capacitación específica del personal penitenciario, incluyendo al personal sanitario, trabajadores sociales, educadores

y de interior. Sería relevante que la formación se centrara en aspectos básicos del diagnóstico dual y en técnicas de apoyo para reforzar los efectos del programa de terapia grupal, como por ejemplo, formación en entrevista motivacional.

Por último, es necesario reforzar la reducción del consumo a través de técnicas derivadas de la prevención de recaídas para mejorar la sintomatología psicológica adversa.

### Limitaciones del estudio

El módulo en el que se lleva a cabo el trabajo solo cuenta con varones y, en consecuencia, este sesgo restringe la comprensión de las diferencias de género en la eficacia del tratamiento.

El análisis de datos cualitativos apoyado por *software* de última generación posibilita una comprensión profunda de los procesos, pero puede obviar información relevante no analizada. Los códigos, categorías, mapas conceptuales, citas y minería de opinión, aunque son extraordinarios en cuanto a cantidad y calidad, pueden ser reiterativos debido a la naturaleza repetitiva de los documentos y temáticas abordadas. Para mitigar esta limitación, se aplicaron técnicas de triangulación y validación cruzada para asegurar la robustez de los hallazgos.

A pesar de que en nuestro estudio se realizó una cuidadosa selección de la muestra, lo cual favorece la continuidad en el tratamiento, la duración de las sentencias de los internos puede modificar el impacto positivo del tratamiento a largo plazo. Esta variable inherente al contexto penitenciario introduce una complejidad adicional al evaluar los efectos sostenidos del tratamiento y subraya la importancia de considerar la duración de las sentencias en el análisis de los resultados. Futuros estudios deberían contemplar un seguimiento longitudinal para evaluar el impacto a largo plazo del tratamiento en diferentes contextos de sentencia.

Otra oportunidad de mejora y una línea potencial de investigación sería evaluar el impacto de los psicofármacos en la evolución del tratamiento con psicoterapia. Aunque nuestro estudio se centró en las intervenciones psicosociales, incorporar un análisis detallado sobre cómo los tratamientos farmacológicos influyen en la efectividad de las terapias podría proporcionar una comprensión más holística y robusta de los factores que contribuyen al éxito terapéutico en reclusos con diagnóstico dual.

### RECONOCIMIENTOS

Expresamos el más sincero agradecimiento a Cáritas Diocesana de Zamora, por su iniciativa y apoyo constante en proyectos relacionados con la enfermedad mental. Su compromiso y esfuerzo han sido fundamentales para la realización de este trabajo.

Un especial reconocimiento al Centro Penitenciario de Topas y a todos los asistentes que participaron activamente en este estudio. Su colaboración y participación han posibilitado el desarrollo y finalización de nuestra investigación.

Recordamos también con respeto y gratitud a aquellos participantes que han sido parte de nuestra actividad y que, lamentablemente, ya no están con nosotros.

### CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

### CORRESPONDENCIA

Abdón Martín Coca  
Departamento de Psicología Social y Antropología. Facultad de Psicología. Campus Ciudad Jardín  
Av. De la Merced, 109. Despacho 313  
37005 Salamanca.  
E-mail: [abdon@usal.es](mailto:abdon@usal.es)

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Young J, Heffernan E, Borschmann R, Ogloff J, Spittal M, Kouyoumdjian F, *et al.* Dual diagnosis of mental illness and substance use disorder and injury in adults recently released from prison: a prospective cohort study. *Lancet Public Health.* 2018;3(5):e237-8. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(18\)30052-5](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(18)30052-5)
2. Casares-López M, González-Menéndez A, Bobes-Bascarán M, Secades R, Martínez-Cordero A, Bobes J. Necesidad de evaluación de la patología dual en contexto penitenciario. *Adicciones.* 2011;23(1):37-44. <https://doi.org/10.20882/adicciones.165>
3. Rebbapragada N, Furtado V, Hawker-Bond GW. Prevalence of mental disorders in prisons in the UK: a systematic review and meta-analysis. *BJPsych Open.* 2021;7(1):S283-4. <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.755>

4. Stewart L, Wilton G. Correctional outcomes of offenders with mental disorders. *Criminal Justice Studies*. 2014;27:63-81. <https://doi.org/10.1080/1478601X.2013.873205>
5. Baillargeon J, Hoge S, Penn J. Addressing the Challenge of Community Reentry Among Released Inmates with Serious Mental Illness. *Am J Community Psychol*. 2010;46(3-4):361-75. <https://doi.org/10.1007/s10464-010-9345-6>
6. Scott C, Lewis C, McDermott B. Dual Diagnosis Among Incarcerated Populations: Exception or Rule? *J Dual Diagn*. 2006;3(1):33-58. [https://doi.org/10.1300/J374v03n01\\_05](https://doi.org/10.1300/J374v03n01_05).
7. Khodayarifard M, Shokoohi-Yekta M, Hamot G. Effects of Individual and Group Cognitive-Behavioral Therapy for Male Prisoners in Iran. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. 2010;54(5):743-55. <https://doi.org/10.1177/0306624X09344840>
8. Moore M, Flamez B, Szirony M. Motivational interviewing and dual diagnosis clients: Enhancing self-efficacy and treatment completion. *J Subst Use*. 2018;23(3):247-53. <https://doi.org/10.1080/14659891.2017.1388856>
9. Randall C, McNeil D. Motivational Interviewing as an Adjunct to Cognitive Behavior Therapy for Anxiety Disorders: A Critical Review of the Literature. *Cogn Behav Pract*. 2017;24(3):296-311. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2016.05.003>
10. Martino S, Carroll K, Kostas D, Perkins J, Rounsaville B. Dual diagnosis motivational interviewing: A modification of motivational interviewing for substance-abusing patients with psychotic disorders. *J Subst Abuse Treat*. 2002;23(4):297-308. [https://doi.org/10.1016/s0740-5472\(02\)00295-7](https://doi.org/10.1016/s0740-5472(02)00295-7)
11. Drake R, Mueser K. Psychosocial approaches to dual diagnosis. *Schizophr Bull*. 2000;26(1):105-18. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033429>
12. Díaz Mesa EM, García-Portilla P, Sáiz PA, Bobes Bascarán T, Casares MJ, Fonseca E, *et al*. Rendimiento psicométrico de la sexta versión del Addiction Severity Index en español (ASI-6). *Psicothema*. 2010;22(3):513-9.
13. Burlingame GM, Strauss B, Joyce AS. Change mechanisms and effectiveness of small group treatments. En: Lambert M, ed. *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 6ª ed. Hoboken (NJ): Wiley; 2013. p. 640-75.
14. Kolb DA, Kolb AY. Experiential learning theory: A dynamic, holistic approach to management learning, education and development. En: Armstrong SJ, Fukami C, eds. *The SAGE Handbook of Management Learning, Education and Development*. London: SAGE; 2009. p. 42-68. <https://doi.org/10.4135/9780857021038.n3>
15. Holmes SE, Kivlighan DM. Comparison of therapeutic factors in group and individual treatment processes. *J Couns Psychol*. 2000;47(4):478-84. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.47.4.478>
16. National Institute on Drug Abuse (NIDA). Trastornos y afecciones que ocurren al mismo tiempo [Internet]. National Institute on Drug Abuse; 2020 [citado el 17 de enero de 2025]. Disponible en: <https://nida.nih.gov/es/areas-de-investigacion/trastornos-y-afecciones-que-ocurren-al-mismo-tiempo>
17. Melemis SM. Relapse prevention and the five rules of recovery. *Yale J Biol Med*. 2015;88(3):325-32.
18. ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH. ATLAS.ti (Version 9). [Internet]. Berlin: ATLAS.ti GmbH; 2020. [Consultada 26/11/2024]. Disponible en: <https://atlasti.com/>
19. IBM Corp. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 28.0. [Internet]. Armonk, NY: IBM Corp; 2021. [Consultada 26/11/2024]. Disponible en: <https://www.ibm.com/es-es/products/spss-statistics>
20. FUNDADEPS. Manual de dinámicas de intervención en patología dual en drogodependencias en centros penitenciarios: Programa ActualizaT. [Internet]. Madrid: FUNDADEPS; 2020. [Consultada 17/01/2025]. Disponible en: <https://fundadeps.org/recursos/manual-de-dinamicas-de-intervencion-para-la-humanizacion-en-patologia-dual-en-drogodependencias/>
21. FUNDADEPS. Guía ActualizaT. Manual de dinámicas de intervención en patología dual en drogodependencias en centros penitenciarios [Internet]. Madrid: Fundación de Educación para la Salud; 2022 [citado el 17 de enero de 2025]. Disponible en: [https://fundadeps.org/wp-content/uploads/2022/07/Guia-ActualizaT-jun2022\\_4.pdf](https://fundadeps.org/wp-content/uploads/2022/07/Guia-ActualizaT-jun2022_4.pdf)
22. Casares-López MJ, González-Menéndez A, Villagrà P, Hoffman S, Reinhard I. Patología dual y trastornos mentales en reclusos. *Rev Psicopatol Psicol Clin*. 2011;16(2):135-44.
23. Garrido V, Dorado M. Trastorno antisocial de la personalidad y adicciones. En: Haro G, Bobes J, Casas M, Didia J, Rubio G, eds. *Tratado sobre patología dual: Reintegrando La Salud Mental*. MRA Ediciones; 2010.

# Abordaje de una úlcera hiperexudativa en zona con pérdida muscular tratada con terapia de presión negativa en la unidad de enfermería de curas complejas de un centro penitenciario

Salvador Quintero<sup>1,2</sup>, María del Ara Moruno<sup>2</sup>, Montserrat Vidal<sup>2</sup>, Larry García<sup>2</sup>, Josefina González-Ferrer<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Enfermería de Curas Complejas. Sant Esteve de Sesrovires-2. Barcelona.

<sup>2</sup>Equipo de Atención Primaria Penitenciaria. Sant Esteve de Sesrovires-2. Barcelona.

Texto recibido: 10/01/2025

Texto aceptado: 20/01/2025

## DESCRIPCIÓN CLÍNICA DEL CASO

Las úlceras complejas hiperexudativas provenientes de planos profundos precisan la reducción del exudado para conseguir la cicatrización y evitar la aparición de complicaciones<sup>1,2</sup>.

Se presenta el caso y la evolución de una úlcera hiperexudativa con pérdida muscular y epidermis fina deshidratada tratada en la unidad de enfermería de curas complejas (UECC)<sup>3</sup> (Figura 1).

Se trata de un paciente varón de 33 años que ingresó en prisión con antecedente de deformidad por fractura media abierta diafisaria tibioperoneal derecha ocurrida en República Dominicana, que precisó material de osteosíntesis, cinco años antes del ingreso que le dejó una cojera crónica. En la inspección, se observaba una epidermis fina y deshidratada. Fue remitido a consulta de heridas complejas por presentar úlceras exudativas en la zona afectada tras la contusión con un objeto romo y no haber mejorado en las curas realizadas por enfermería del módulo<sup>4</sup>. En una de las úlceras presentaba un canal comunicante hasta el periostio tibial que requirió cobertura antibiótica<sup>2</sup> (Figura 1).

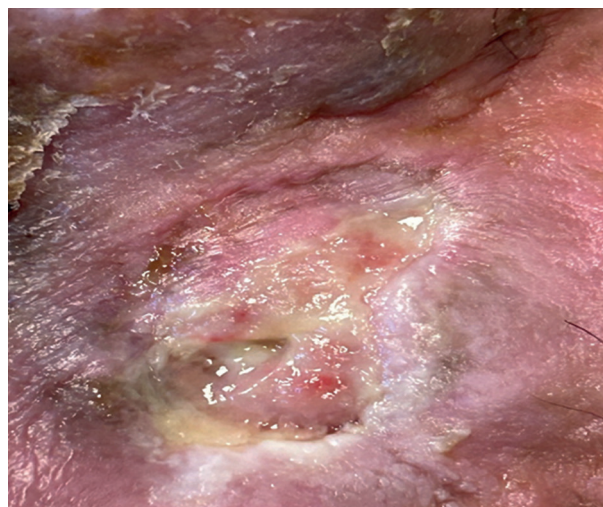


Figura 1. Úlcera hiperexudativa y canal de infiltraciones con cánula hasta el periostio con ácido hipocloroso e hipoclorito de sodio (Microdacyn®).

## EVOLUCIÓN

La úlcera exudativa fue atendida en la UECC del centro penitenciario de Brians-2 durante siete sema-

nas. Se utilizó tratamiento oclusivo con la técnica TIME (acrónimo de: eliminación del tejido no viable o necrótico [*tissue*], infección o inflamación [*infection*], control de humedad [*moisture*], bordes epiteliales [*edges*]) más extra de alginato cada 48 horas sin éxito. Posteriormente se optó por terapia de presión negativa, (SIMO®)<sup>1-3</sup> más infiltraciones con cánula hasta el periostio con ácido hipocloroso e hipoclorito de sodio (Microdacyn®)<sup>2</sup> a nivel profundo (Figura 1), así como una malla reguladora enzimática antiadherente de miel de grado médico de trigo de sarraceno

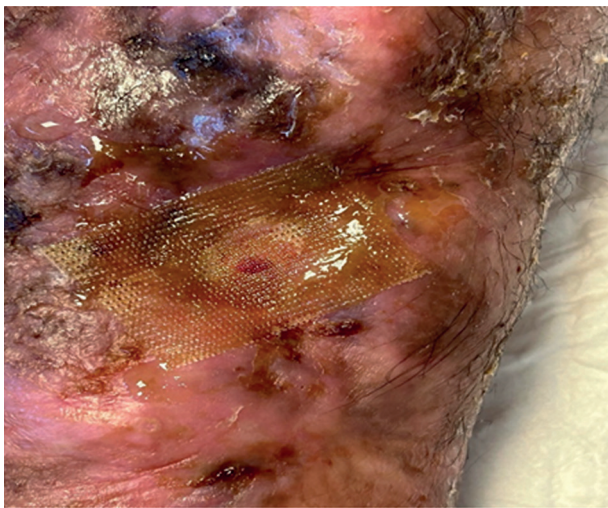


Figura 2. Malla antiadherente con miel de grado médico de trigo de sarraceno (Principelle IF®).



Figura 3. Apósito de sellado presurizado.

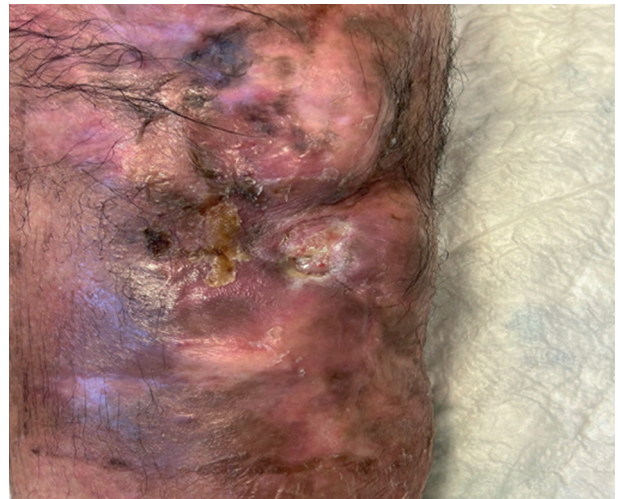


Figura 4. Alta después de la intervención en la unidad especializada de curas complejas.

(Principelle IF®)<sup>2-3</sup> (Figura 2) en la superficie del lecho de la úlcera con oclusión de apósito de sellado presurizado<sup>1</sup> (Figura 3).

Tras infiltraciones de Microdacyn® con cánula hasta el periostio y aplicaciones de miel de grado médico de trigo de sarraceno con apósito presurizado de terapia de presión negativa, se controló el exudado y pudieron espaciarse las curas (dos veces por semana) durante los primeros 15 días y, después, una semanal hasta completar cuatro semanas<sup>1,3</sup>.

La epidermis consolidó y se procedió al alta de la UECC y la derivación del paciente a la consulta de enfermería del módulo (Figura 4).

## COMENTARIO FINAL

Las úlceras exudativas precisan técnicas avanzadas<sup>1</sup>, a veces incluso quirúrgicas, para conseguir la cicatrización definitiva<sup>2</sup> y evitar la aparición de complicaciones. Sin embargo, estas técnicas, cuando se efectúan en unidades especializadas<sup>3</sup>, como se observa en el caso presentado, pueden suponer la cicatrización y el alta del paciente en un breve periodo de tiempo<sup>3</sup>.

Se recomienda derivar los casos complejos a este tipo de unidades y que haya enfermeras con la preparación de referentes de curas complejas en las unidades de atención primaria penitenciaria.

## CORRESPONDENCIA

Salvador Quintero Del Río  
E-mail: squintero.apms.ics@gencat.cat

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. European Wound Management Association (EWMA). Documento de posicionamiento: La presión negativa tópica en el tratamiento de heridas. Londres: MEP Ltd; 2007.
2. Najarro Cid F, García Ruano, Athenea A, Luanco Gracia M, Jiménez Martín A, Sicre González M. Terapia por presión negativa en el manejo de heridas complejas en traumatología. Innovación e indicación. Rev S And Traum y Ort. 2014;31(2/2):17-23.
3. Ibáñez-Rodríguez B, Maestre-Bernat L, Moya-Martínez D, Bodro-Marimont M, Hernández-Carceny C. ¿Es posible la terapia de presión negativa en Hospitalización a domicilio? Caso clínico. Gerokomos. 2021;32(2):136-9.
4. Farré-Escofet C, González-De-Laurens C, Martínez-Castillejo J. Uso de terapia de presión negativa en herida compleja de pie diabético. A propósito de un caso. Gerokomos. 2022;33(1):63-6.

# INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES Y NORMAS DE PUBLICACIÓN

(Última actualización: octubre de 2023).

## INFORMACIÓN DE BASE:

Los trabajos que se remitan a la Revista Española de Sanidad Penitenciaria deberán ser inéditos, no habiendo sido publicados en otras revistas ni enviados simultáneamente a ninguna otra publicación.

La Revista acepta trabajos sobre temática sanitaria penitenciaria procedentes de cualquier parte del mundo, tanto en idioma español como inglés.

Los manuscritos deben elaborarse siguiendo las recomendaciones del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE, por sus siglas en inglés) <http://www.icmje.org/about-icmje/faqs/icmje-recommendations/>

Las referencias deben seguir los estándares resumidos en las Recomendaciones ICMJE, de la NLM para la realización, informe, edición y publicación de trabajos académicos en revistas médicas: página web de referencias de muestra y detalladas en la Medicina de citas de la NLM, segunda edición. Estos recursos se actualizan periódicamente a medida que se desarrollan nuevos medios, y actualmente incluyen orientación para documentos impresos; material inédito; medios audiovisuales; material en CD-ROM, DVD o disco; y material en Internet. Pueden consultarse en: [https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)

## ENVÍO DE MANUSCRITOS:

Debe enviar sus trabajos mediante el vínculo en la página web de “ENVÍO DE ORIGINALES” en el menú principal que le guiará en el proceso digital correspondiente: [http://www.sanipe.es/datos/envio\\_de\\_originales.php](http://www.sanipe.es/datos/envio_de_originales.php)

## NORMAS ESPECÍFICAS PARA CADA SECCIÓN:

**Originales:** deberán ser trabajos inéditos que versen sobre investigación clínica y/o epidemiológica; sobre aspectos organizativos; y control de calidad, siempre relacionado con el ámbito de sanidad penitenciaria. Tendrán una extensión máxima de 10 páginas (DIN-A4), a doble espacio y un tamaño de letra 12 cpi, sin contar el resumen y la bibliografía. El máximo de autores se considera que sea de 6.

La estructura de los trabajos que se presenten en esta sección deberá estructurarse en: Resumen; Introducción; Material y método; Resultados y Discusión. Se admitirán tablas y/o figuras hasta un total de 6. El número de refe-

rencias bibliográficas estará limitado a un máximo de 30, debiendo ser lo más recientes y relevantes posibles, así como adaptadas al formato de citación según las normas de Vancouver.

**Originales Breves:** se consideran trabajos de investigación que por sus características especiales (series con número reducido de observaciones o trabajos de investigación con objetivos y resultados muy concretos) pueden ser publicados en forma abreviada. Se estructuran como los originales y se limitarán a 5 páginas (DIN-A4), a doble espacio y un tamaño de letra 12 cpi. Se admiten 3 figuras o tablas y no más de 15 referencias bibliográficas.

**Editoriales:** suelen ser artículos que se publican por encargo. Sin embargo, el Comité Editorial puede considerar para publicación y someter al proceso de revisión editoriales no solicitadas, sin obligación de correspondencia sobre ellas. Se pretende que los artículos de esta sección correspondan a opiniones y reflexiones de interés en relación a la atención sanitaria en prisiones, que estimulen el debate o presenten nuevas perspectivas sobre un tema. La estructura aconsejada es: planteamiento del problema; posicionamiento del autor; argumentos a favor; argumentos en contra y conclusiones. Tablas y/o figuras máximo de una. Extensión del texto entre 3-5 páginas (DIN-A4). Un total de 12 referencias bibliográficas. El número máximo de autores es de 3.

**Documentos de consenso:** el nombramiento de los miembros que compongan el Comité de Elaboración de las Normas de Consenso deberá ser hecho por una Sociedad Científica de ámbito nacional. La extensión no será superior a 15 páginas (DIN-A4), a doble espacio y un tamaño de letra 12 cpi. Se dará prioridad editorial a aquellos documentos de consenso avalados por los grupos de estudio de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria. No se estipula límite de referencias bibliográficas.

**Artículos especiales:** sección destinada a acoger manuscritos que por su contenido singular no puedan ser incluidos en otras secciones de la Revista Española de Sanidad Penitenciaria. Tendrán una extensión máxima entre 8 y 12 páginas (DIN-A4), a doble espacio y un tamaño de letra 12 cpi. Y se admitirán hasta 3 tablas y/o figuras. No deberán sobrepasar las 40 referencias bibliográficas.

**Artículos de revisión (Revisiones sistemáticas, narrativas, meta-análisis):** son aquellos que no aportan datos nuevos u originales sobre el tema que se considera. Consisten en abordar un tema acotado en el que se reúne, recopila, analiza, sinte-

tiza y discute críticamente toda la información publicada sobre el mismo. Se estructura en Introducción, Método y Cuerpo de la revisión (resultados-discusión-conclusiones). El apartado de discusión puede no estar presente, ya que al no generar nuevos conocimientos en este tipo de revisiones, se puede discutir entre los resultados que se encuentran; lo que mayoritariamente se identifica; casos extraordinarios; características llamativas a destacar de alguno de los estudios, etc... Tendrán una extensión como máximo de 12 páginas (DIN-A4), a doble espacio y un tamaño de letra 12 cpi. Se admitirán hasta 6 tablas y/o figuras. No se limita el número de referencias bibliográficas.

**Cartas al editor:** tienen preferencia en esta sección, la discusión de trabajos publicados en números anteriores y la aportación de opiniones, observaciones o experiencias que por sus características puedan ser resumidas en un breve texto. La extensión máxima será de 2 páginas (DIN-A4), a doble espacio y un tamaño de letra 12 cpi, con 10 referencias bibliográficas como máximo. El número de firmantes no deberá exceder de 4.

**Sanidad penitenciaria en imágenes:** en este apartado se admitirán trabajos cuyo objetivo sea la demostración de imágenes de un tema de interés clínico, relacionado con la práctica clínica en el medio penitenciario. El tema se presentará como un caso cerrado. La estructura se realizará en 3 partes: descripción clínica del caso, evolución y comentario final. La extensión no superará 2 páginas (DIN-A4) a doble espacio y un tamaño de letra 12 cpi. Se admitirán hasta un máximo de 4 imágenes. El número de firmantes no excederá de 4. El comité editorial se reserva el derecho de seleccionar las imágenes que considere más representativas.

**Revisiones de casos clínicos:** en este apartado se admitirán trabajos que revisen algún caso clínico específico. El Comité Editorial sólo admitirá aquellos casos clínicos que considere particularmente relevantes o importantes. En este apartado la extensión del texto se limita a 6 páginas (DIN-A4), el número de figuras o gráficos será de 3 y el de referencias bibliográficas a 15. El número de firmantes no deberá exceder de 4.

**Notas singulares:** sección que pretende incluir manuscritos que contengan acontecimientos excepcionales: Conmemoraciones, fallecimientos, In Memoriam, etc. Tendrán una extensión máxima de 2 páginas (DIN-A4), a doble espacio y un tamaño de 12 cpi. Se admitirá una tabla o figura y no más de 5 referencias bibliográficas.

## CARTA DE PRESENTACIÓN:

Todos los manuscritos deberán ir acompañados obligatoriamente de una carta de presentación dirigida a los editores de la Revista y firmada por todos los autores. En esta carta se deberá hacer constar el título del trabajo y manifestar la

aceptación de las normas y condiciones de la Revista Española de Sanidad Penitenciaria. Igualmente, los autores deberán realizar una declaración de que el manuscrito es original y no se encuentra en proceso de evaluación por ninguna otra revista científica, así como que todos los autores cumplen los requisitos de autoría y que todos han declarado la existencia o no de conflictos de intereses. Finalmente, y de forma breve, debe indicarse cuáles son las razones por las que se remite el trabajo a la *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*.

Los autores deberán informar si en los datos de origen de la investigación se tienen en cuenta el sexo con el fin de permitir la identificación de posibles diferencias.

## INFORMACIÓN ADICIONAL:

Con el fin de apoyar a las Buenas Prácticas en Igualdad de Género, la RESP recomienda tener en cuenta en la realización del artículo el uso de lenguaje inclusivo.

Entendemos por lenguaje inclusivo la manera correcta de expresarnos por escrito sin discriminar a un sexo, género social o identidad de género.

Debemos evitar expresiones discriminatorias y emplear pares de femenino y masculino (llamado desdoblamiento):

Escribiremos empleando el sustantivo dos veces, uno con cada género, en lugar del masculino genérico. Por ejemplo, en lugar de decir “los enfermeros del centro”, deberá aparecer “los enfermeros y las enfermeras del centro”.

A continuación, incluimos algunos links para facilitar la comprensión del lenguaje inclusivo:

Lista de verificación para usar el español de forma inclusiva propuesta por Naciones Unidas: <https://www.un.org/es/gender-inclusive-language/guidelines.shtml>

Podemos encontrar la versión resumida: [https://www.un.org/es/gender-inclusive-language/assets/pdf/Lista%20de%20verificaci%C3%B3n%20para%20el%20uso%20del%20espa%C3%B1ol%20inclusivo%20en%20cuanto%20al%20g%C3%A9nero\\_v2.pdf](https://www.un.org/es/gender-inclusive-language/assets/pdf/Lista%20de%20verificaci%C3%B3n%20para%20el%20uso%20del%20espa%C3%B1ol%20inclusivo%20en%20cuanto%20al%20g%C3%A9nero_v2.pdf)

Guía FUNDÉU:

<https://www.fundeu.es/lenguaje-inclusivo/>

Por otro lado, cualquier trabajo enviado a la RESP para su publicación y en el que haya habido una mínima intervención sobre los sujetos de investigación, deberá constar con el consentimiento informado escrito de todos ellos, así como haber sido valorado y refrendado por un Comité Ético de Investigación Clínica debidamente acreditado. Los autores deberán acompañar al original de su trabajo el documento o el número acreditativo de esta valoración.

## ASPECTOS FORMALES DEL MANUSCRITO:

Todos los manuscritos deberán ser presentados en formato Word a doble espacio en todas sus secciones, dejando

un margen derecho e izquierdo de 3 centímetros. Se evitará el uso de abreviaturas, las cuales deberán figurar la primera vez que aparezcan precedidas del término completo al que se refiere, excepto en el caso de unidades de medidas comunes, que se expresarán en Unidades del Sistema Internacional. Las unidades químicas, físicas, biológicas y clínicas deberán ser siempre definidas estrictamente.

Se debe evitar la utilización de formatos complejos, por lo que se recomienda utilizar un solo tipo o familia de letra (p.ej.: Times New Roman). No justificar el texto. Se marcarán las divisiones y subdivisiones del texto de la siguiente manera: APARTADO O NIVEL 1 (MAYÚSCULA), Apartado o nivel 2 (negrita), Apartado o nivel 3 (cursiva). Utilizar un solo tamaño de letra, preferentemente cuerpo 12 con doble espacio interlineado. No sangrar el comienzo de los párrafos.

Las páginas se numerarán consecutivamente. Este se insertará en el ángulo superior derecho.

**Los manuscritos deberán incluir la información requerida a continuación y se ordenarán de la misma forma:**

**Página del título:** deberá hacerse constar el título (en castellano y en inglés). Nombre completo y uno o dos apellidos completos de los autores (para la citación de autores en los índices internacionales, aparecerá sólo el primer apellido y nombre. Si se desea que figuren los dos apellidos deberán insertar un guion entre los mismos). Nombre completo del centro de trabajo y dirección de correo para correspondencia.

**Resumen y palabras clave:** el resumen deberá aparecer en la segunda página del manuscrito y será de un máximo de 250 palabras en el caso de originales y de 150 para los originales breves. Contarán con los siguientes encabezamientos: Objetivos, Material y método, Resultados y Discusión.

A continuación del resumen se incluirán al menos cuatro palabras clave, con el objetivo de complementar la información contenida en el título y ayudar a identificar el trabajo en las bases de datos bibliográficas. Para las palabras claves se deben emplear términos equivalentes a los obtenidos de la lista de descriptores en Ciencias de la Salud (Medical Subjects Headings, MeSH) del Index Medicus (disponible en: <https://meshb.nlm.nih.gov/search>) Se puede consultar la equivalencia en castellano en: <https://decs.bvsalud.org/es/>

Tanto el resumen, como las palabras clave, deberán figurar en castellano y en inglés.

**Introducción:** deben mencionarse claramente los objetivos del trabajo y resumir el fundamento del mismo sin revisar extensamente el tema. Citar sólo aquellas referencias bibliográficas que sean estrictamente necesarias.

**Material y método:** se especificará el diseño empleado, el lugar, tiempo y población del estudio. Se debe describir la

selección de los sujetos estudiados detallando los métodos, aparatos y procedimientos con los suficientes detalles como para que otros investigadores puedan repetir la experiencia. Se indicará el tipo de análisis estadístico realizado, las variables utilizadas y las normas éticas seguidas por los investigadores en la realización del estudio.

**Resultados:** serán concisos y claros e incluirán el mínimo número necesario de tablas y figuras. Se presentarán de modo que no se duplique la información en el texto y en las tablas o figuras auxiliares.

**Discusión:** se expondrán las opiniones propias de los autores sobre el tema derivados de los resultados, su significado y aplicación práctica, comparación con la literatura científica intentando explicar coincidencias o discordancias, considerando los posibles sesgos, las limitaciones y fortalezas de los hallazgos, así como las perspectivas de futuros trabajos.

**Agradecimientos:** sólo se expresarán a aquellas entidades o personas que hayan contribuido claramente a poder hacer posible el trabajo. Se deberá indicar el tipo de contribución realizado. Todas las personas mencionadas específicamente en este apartado deben conocer y aprobar su inclusión.

#### **Referencias bibliográficas:**

*En el texto:* deben ser indicadas las referencias mediante números arábigos en superíndice dentro del texto. El autor puede mencionarse si se desea, pero el número de la referencia es imprescindible.

*En la lista:* serán numeradas de forma correlativa en hoja aparte, al final del manuscrito, manteniendo en la lista el mismo orden en que aparecen en el texto. Compruebe que cada referencia dada en el texto aparece en la lista de referencias y viceversa. La mención de una referencia como “En prensa” implica que el manuscrito ha sido aceptado para su publicación.

*Enlaces online a las referencias:* Los enlaces online a las referencias favorecen la localización en internet de los diferentes tipos de documentos: artículos de revistas electrónicas, libros, capítulos de libros, actas y comunicaciones de congresos, software, vídeos, entre otros. Es necesario que los datos proporcionados en la lista de referencias bibliográficas sean correctos. Tenga en cuenta que cualquier error en la citación puede impedir la creación del enlace al manuscrito citado. Es por ello que recomendamos la utilización del DOI (Digital Object Identifier), si se dispone del mismo, ya que es un identificador único y permanente para las publicaciones electrónicas. Lo hace a través de metadatos (autor, título, datos de publicación...). El DOI también se asigna a los artículos “en prensa” esto es, a aquellos artículos ya disponibles desde plataformas de revistas científicas online, pero no incluidos todavía en un volumen. En la RESP el DOI va asociado a la versión inglesa de los artículos.

El DOI nunca cambia, y por ello puede utilizarse como enlace permanente a un artículo electrónico si disponemos de él.

Ejemplo de cita mediante DOI:

García-Guerrero J, Vera-Remartínez EJ, Planelles-Ramos MV. Causas y tendencia de la mortalidad en una prisión española (1994-2009). *Rev Esp Salud Pública*. 2011;85(3):245-255. <http://doi.org/10.1590/S1135-57272011000300003>

Hernández-Vásquez A, Rojas-Roque C. Diseases and access to treatment by the Peruvian prison population: an analysis according to gender. *Rev Esp Sanid Penit*. 2020;22(1):9-15. doi:10.18176/resp.0002

Referencias a páginas web:

Como mínimo, debe proporcionarse la URL completa y la fecha en que se accedió por última vez a la referencia. Deberá añadirse también cualquier otra información conocida (DOI, nombres de los autores, referencia a una publicación fuente, etc). Las referencias a páginas web se presentarán en la lista de referencias bibliográficas en el orden que le corresponda. Ejemplo de cita a página web:

Organización Mundial de la Salud [Internet]. Copenhague (Dinamarca): WHO regional Office for Europe; 2019 [Actualización: 29/5/2019; Consultada 30/06/2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>

Ejemplos artículos en revistas:

García-Guerrero J. El consentimiento informado: algo no resuelto en el ámbito penitenciario. *Cuad Bioet*. 2018;29(96):125-36. <http://doi.org/10.30444/CB.1>

Cuando hay más de 6 autores: se listan los 6 primeros autores, seguido de et al. Ejemplo:

García-Guerrero J, Tarazona López E, Martínez Calduch B, Vera-Remartínez EJ, Jiménez de Aldasoro MA, Boix Rajadell V, et al. Estudio descriptivo de la actividad de las comisiones de deontología provinciales hoy en España. *Cuad Bioet*. May-Aug 2016;27(90):185-92.

Opcional: Si la revista mantiene paginación continua a través de un volumen (como hacen muchas revistas médicas) se puede omitir el mes y el número. Se incluye el paginado electrónico. Ejemplo:

Vera-Remartínez EJ, Lázaro-Monge R, Granero-Chinesta S, Sánchez-Alcón D, Planelles-Ramos M. Factores de riesgo cardiovascular en adultos jóvenes de un centro penitenciario. *Rev Esp Salud Pública*. 2018;92:e201807037.

Opcional: Añadir identificadores únicos de bases de datos, tales como PubMed PMID para la citación.

Arroyo-Cobo JM. Estrategias asistenciales de los problemas de salud mental en el medio penitenciario, el caso español en el contexto europeo. *Rev Esp Sanid Penit*. 2011;13(3):100-11. PubMed PMID: 22071489.

**Libros y otras monografías:**

Autor(es) personal (es): Luzón-Pena DM. Código Penal. 1ª edición. Madrid: Editorial la Ley; 2011.

Capítulo de un libro: Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Alteraciones cromosómicas en tumores sólidos de humanos. En: Vogelstein B, Kinzler KW, editores. *Las bases genéticas del cáncer en humanos*. Nueva York: Mc Graw-Hill; 2002. p. 93-113.

Ponencias publicadas: Gómez-Pintado P. Evolución y características de los casos de SIDA ingresados en Instituciones Penitenciarias (1989-1997). Libro de ponencias del II Congreso Nacional de Sanidad Penitenciaria; 5-7 Noviembre 1998; Barcelona, España. Barcelona: Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria; 1998. p. 165-70.

Para cualquier ejemplo de formato de referencias bibliográficas, los autores deberían consultar *Citing Medicine* de la NLM para información sobre formatos recomendados, en una serie de tipos de referencia que puede consultarse en: [https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)

**Tablas y figuras:** se presentarán en archivo aparte del texto del artículo, cada una en una página y numeradas con números arábigos de forma consecutiva siguiendo el orden de la primera cita que aparece en el texto y asignarles un escueto título en negrita, minúscula y alineado a la izquierda. No usar líneas horizontales ni verticales para las tablas. Cada columna debe ir encabezada por un título breve o abreviado. Los autores deben colocar las explicaciones en notas a pie de tabla, no en el título. Explicar en notas a pie de tabla todas las abreviaturas no habituales. Para las notas a pie de tabla, usar los siguientes símbolos en este orden: \* † ‡ § ¶ \*\* †† ‡‡ §§, |||, ¶¶, etc. Identificar los índices de variabilidad, como la desviación estándar y el error estándar de la media. Las figuras se dibujarán en color negro o en gama de grises, sin fondos de color, debiendo ser claras y permitir una correcta interpretación de las mismas. Igualmente irán numeradas correlativamente con números arábigos y un escueto título clarificador en negrita, minúscula y alineado a la izquierda.

**Fotografías:** se enviarán en archivos independientes. Se recomienda que las fotografías enviadas tengan suficiente calidad profesional y se presenten como fotografías digitales. Además de solicitar una versión de las fotografías adecuada para su impresión, es necesario adjuntar los archivos electrónicos de las imágenes en un formato determinado (por ejemplo, .jpg o .tiff) que produzca imágenes de alta calidad en la versión web de la revista.



