

Bienestar emocional en mujeres en centros penitenciarios españoles: la relevancia del historial adictivo y del país de origen

MM García-Vita¹, FT Añaños-Bedriñana², MP Fernández-Sánchez³

¹ Docente Universidad del Norte, Colombia. Doctora en Ciencias de la Educación.

² Docente Departamento de Pedagogía e Instituto de la Paz y los Conflictos, Universidad de Granada, España. Doctora en Pedagogía.

³ Docente Departamento de Métodos Cuantitativos para la Economía y la Empresa, Universidad de Granada, España. Doctora en Ciencias Económicas.

RESUMEN

Objetivo: Conocer el bienestar emocional de las mujeres recluidas en prisiones de España a través del análisis del estado de salud mental que presentan e indagar sobre los factores que inciden en él.

Material y métodos: Se considera una muestra de 434 internas en centros penitenciarios españoles. Se ha utilizado un cuestionario diseñado *ad hoc* y se ha llevado a cabo un análisis de regresión logística para determinar que variables y en qué medida influyen en el bienestar emocional.

Resultados: Se confirma la existencia de una relación estadísticamente significativa entre los estadios de bienestar y las variables origen (región de procedencia de las mujeres) e historial de adicciones a sustancias. No se ha encontrado relación significativa para los niveles de bienestar con otras variables (maternidad, apoyo social o familiar, padecimiento de violencia de género o el tener o no pareja).

Conclusiones: Tener un historial de adicciones a sustancias incide negativamente en los niveles de bienestar emocional de las mujeres recluidas en centros penitenciarios. Los bajos índices de consumo de sustancias en las mujeres de origen latinoamericano, se relaciona con sus niveles más positivos de bienestar emocional.

Palabras clave: prisiones; salud mental; mujeres; salud de la mujer; Latinoamérica; España; prevalencia; trastornos relacionados con sustancias.

EMOTIONAL WELL-BEING AMONGST FEMALE INMATES IN PRISONS: THE RELEVANCE OF THEIR ADDICTIVE HISTORY AND THEIR COUNTRY OF ORIGIN

ABSTRACT

Objective: To know more about the emotional well-being of women held in prisons in Spain by analyzing the state of mental health they present and investigating the factors that affect them.

Material and methods: A sample of 434 inmates in Spanish penitentiary centers was studied. An *ad hoc* designed questionnaire was used and a logistic regression analysis was conducted to determine the variables and to what extent they influence emotional well-being.

Results: The existence of a statistically significant relationship between the well-being stages and the origin variables (region of origin of the women) and the history of substance addiction were confirmed. No significant relationship has been found for well-being levels from other variables (maternity, social or family support, gender violence or having or not having a partner).

Conclusions: Having a problematic history of drug use negatively affects the levels of emotional well-being of women detained in prisons. The low levels of substance use in women of Latin American origin is related to their more positive levels of emotional well-being.

Keywords: prisons, mental health; women; women's health; Latin America; Spain; prevalence; substance-related disorders.

Texto recibido: 30/11/2016

Texto aceptado: 03/07/2017

INTRODUCCIÓN

La salud en prisión se constituye en base a lo cruento del propio contexto de reclusión y refleja la gran prevalencia de disfunciones y carencias en dicho medio, en este caso especialmente las mentales, que se dan entre los presos y presas¹, ligado, en muchas ocasiones, a la alta presencia de historiales adictivos.

Existen prevalencias elevadas de sintomatología ansiosa y depresiva entre los/as reclusos/as en prisiones^{2,3}. Concretamente, en España, según un estudio de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias⁴, hay un porcentaje llamativo de antecedentes y presencia de trastornos mentales en las personas que ingresan en prisión (17,6%), resaltando el dato que el 2,7% de las personas internas en centros penitenciarios han presentado intentos de suicidio. Como se ha indicado, esto se halla en relación directa con la alta frecuencia de historial de consumo problemático de drogas, es decir, con un historial de consumos que implica una adicción o problemas derivados directamente de esos consumos habituales, que afecta esta población aunque, una vez dentro de la institución penitenciaria, dichos hábitos merman, siendo el consumo de sustancias de abuso en prisión aproximadamente entre el 0,2% y el 4,1%, exceptuando el cannabis que despunta con una prevalencia del 21,3%. Además, durante la condena en prisión, un 26% de la población reclusa está o ha estado realizando algún tratamiento para tratar la adicción⁵. Sin embargo, hay aspectos correspondientes a la subjetividad, las emociones y otros aspectos psicológicos que no han sido tratados en profundidad⁶, entre ellos el bienestar emocional.

El concepto de bienestar es amplio y de difícil concreción. Se refiere fundamentalmente a un conjunto de experiencias subjetivas —que se diferencian de otras manifestaciones psíquicas—⁷, pero que se pueden englobar dentro del universo denominado calidad de vida y cuyas manifestaciones negativas en la vida de las personas inciden en la dimensión emocional, como, por ejemplo, episodios depresivos, de ansiedad o de intentar dañarse a sí mismos/as. En este sentido, tomamos como indicadores de bienestar personal de

cada mujer reclusa la presencia o ausencia de historial de patología mental.

El afrontamiento de la condena en prisión es vivido de forma distinta por varones que por mujeres siendo éstas el grupo minoritario en las prisiones españolas, invisibilizadas y discriminadas dentro del sistema ya que no se tienen en cuenta sus características propias y especiales; por ejemplo, se observan aún diferencias en el abordaje, el tratamiento, la atención, las estructuras, etcétera, entre hombres y mujeres⁸⁻¹³. A ello que hay que añadir los problemas y limitaciones que se añaden cuando hablamos de mujeres condenadas que son extranjeras (que representan un 28,8% de las condenadas según estadísticas de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias a fecha de marzo de 2016) que, en su gran mayoría, no han residido previamente en nuestro país, ya que gran parte de ellas son detenidas cuando ejercían de correos de la droga¹⁴⁻¹⁶.

El objetivo del estudio es conocer el bienestar emocional de las mujeres reclusas en prisiones españolas, a través del estado de salud mental que presentan (presencia o no de sintomatología psiquiátrica) e indagar sobre qué factores inciden en el mismo. Para tal fin se han analizado un conjunto amplio de variables de distinta naturaleza (edad, ser o no madres, tener o no apoyo social o familiar, tener o no pareja, así como el historial de adicciones a sustancias (conocido como trastorno por uso de sustancias –TUS- en términos del campo de la salud mental) y el lugar de procedencia, relacionándolas con el estado mental de las mujeres y definir así cuáles influyen en el bienestar emocional de la población estudiada.

MATERIAL Y MÉTODOS

El trabajo se enmarca en la investigación denominada 'Mujeres reclusas drogodependientes y su reinserción social. Estudio socioeducativo y propuestas de acción' [Ref. EDU2009-13408]. Ha contado con el aval institucional y la autorización de la Comisión Ética de la Secretaría General de Instituciones Peni-

tenciarias, Ministerio de Interior de España, así como de la Consejería de Justicia de la Generalitat de Cataluña (única Comunidad Autónoma con competencias en la materia).

El estudio se centra en mujeres que cumplen condena en centros penitenciarios clasificadas en 2º o 3º grado de cumplimiento de pena en todo el territorio español, que en el momento del estudio ascendían a 3.484.

El proceso de muestreo no fue sencillo porque era necesario conjugar diversos factores:

1. Estas mujeres se podían encontrar en distintos tipos de centros, tanto en medio abierto como cerrado. Atendiendo a los intereses de los expertos, para quienes era especialmente relevante la información que pudiesen obtener de aquellas mujeres ubicadas en sitios concretos como son: Centros de Inserción social (CIS), Centros penitenciarios (CP), hospital psiquiátrico, unidades externas de madres (UE), unidades dependientes de madres (UDM) y unidades de tratamiento educativas (UTE), con lo que se decidió que esos serían lugares a tener en cuenta, con independencia de que el número de centros o de mujeres en ellos no fuese excesivo, ya que eran considerados por ellos como centros de "interés especial";
2. No se tenía una relación nominal de internas y además es una población sujeta a traslados y tendente a no estar disponibles por alguna actividad propia de la rutina penitenciaria,...
3. Era voluntario. Se llevó a cabo un muestreo aleatorio simple en los casos en los que se presentaba un número elevado de mujeres.

Además, en todo muestreo hay dos cuestiones a tener muy en cuenta: la variabilidad y el coste de muestrear las unidades. Ninguna de las dos cosas es posible conocer en una situación como la descrita por lo que se optó por un muestreo estratificado proporcional a los centros según comunidades autónomas y, además, considerando aquellos que son esenciales por parte de los expertos, y todo esto sujeto a presupuesto. Para una explicación más detallada del tema puede consultarse Añaños-Bedriñana (2017)¹⁷. Finalmente se muestreó aproximadamente un 17% de la población en 42 centros penitenciarios, fracción que es perfectamente adecuada para el estudio considerado.

Se cumplimentaron 538 cuestionarios. Sin embargo, tras un exhaustivo proceso de depuración de los datos, de acuerdo al objeto de este trabajo, únicamente se dispuso de una submuestra de 434 mujeres de las 538 encuestadas. El motivo es que se desecharon aquellos cuestionarios que no estaban completos, prácticamente sin iniciar o que se habían abandonado a la mitad) o de los que no se disponía de respuesta para las variables que se iban a considerar. La muestra finalmente evaluada seguía siendo suficiente para los objetivos del estudio.

El cuestionario fue elaborado *ad hoc* por el equipo investigador del citado proyecto quedando a disposición de quien lo requiera bajo petición. El cuestionario fue elaborado por expertos en cada una de las áreas de preguntas que lo conforman y además se sometió a una evaluación externa de expertos antes de realizar una prueba piloto, previa a su utilización definitiva.

Es un instrumento amplio que incluye ítems sobre el bienestar emocional/psicológico enfocados en el padecimiento de problemas relacionados con la salud mental. Incluye tres cuestiones relacionadas con haber sufrido depresión o ansiedad, haberse autolesionado y haber intentado suicidarse. Todas estas variables son cualitativas, dicotómicas y de respuesta cerrada: sí o no. En base a sus respuestas se han establecido tres categorías que nivelan el estado anímico, emocional y mental generando una escala negativa, es decir, que plasma estadios o niveles negativos de bienestar. Un primer nivel de *padecimiento de síntomas de depresión y/o ansiedad* como un estadio de bienestar negativo leve; un segundo nivel sería el de *las autolesiones*; y, por último, *los intentos de suicidio* como nivel de máxima gravedad y negatividad del bienestar psicológico de las mujeres del presente estudio.

El proceso investigador y analítico de la información utilizada es cuantitativo proveniente del cuestionario administrado a la muestra. Concretamente se ha realizado estimación mediante intervalos de confianza para la diferencia de proporciones y regresión logística binaria.

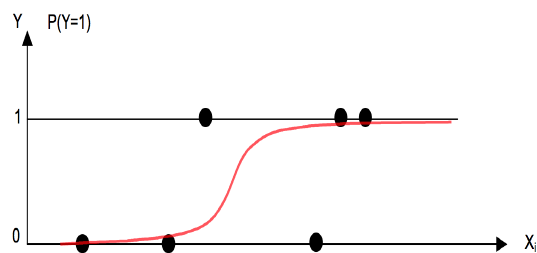


Figura 1. Función logística.

El modelo de regresión es una técnica multivariante que permite conocer cómo $k > 1$ variables, llamadas explicativas (X), influyen sobre otra denominada explicada (Y). Sin embargo, cuando la variable explicada es binaria o dicotómica (0/1, Sí/No,...) y

queremos predecir el valor de Y o ver las relación con el resto de variables, encontramos una serie de problemas que lleva a que sea necesario usar un modelo de regresión logística binaria (ver Matilla et al., 2013)¹⁸ siendo uno de los más utilizados el modelo logit. Este modelo utiliza una función logística, que está acotada entre 0 y 1 y que muestra un crecimiento no lineal con mayores incrementos en la parte central, como puede verse en la figura 1.

El modelo logit viene dado por

$$Y_i = \frac{1}{1 + \exp(-(\alpha + \beta_1 + \beta_2 X_{2i} + \dots + \beta_k X_{ki}))}$$

donde $\alpha, \beta_1, \beta_2, \dots, \beta_k$ son los coeficientes o parámetros del modelo y \exp la función exponencial. Sustituyendo en la expresión los valores de los parámetros estimados por mínimos cuadrados no lineales o por máxima verosimilitud, obtendremos la probabilidad de que la variable Y tome el valor 1, es decir, $P(Y = 1)$.

La interpretación de los coeficientes no es tan directa como en un modelo de regresión y es necesario acudir al concepto de riesgo relativo (OR) de un suceso, definido como el cociente entre la probabilidad de que un suceso ocurra y la probabilidad de que no. El exponencial de los $\beta_1, \beta_2, \dots, \beta_k$, se corresponde con el riesgo relativo y puede entenderse como una medida de la influencia de la variable X_i sobre el riesgo de que ocurra ese suceso suponiendo que el resto de las variables permanezcan constantes. El signo de los $\beta_1, \beta_2, \dots, \beta_k$ sí indica la dirección del efecto de las variables explicativas sobre la explicada.

El cálculo se ha obtenido utilizando el programa IBM SPSS versión 20. En concreto, para la regresión logística se ha usado el método Introducir que es el más adecuado cuando se pretende explorar las relaciones entre variables y además permite al investigador tener el control sobre las variables que introduce en el modelo.

RESULTADOS

A continuación presentamos la frecuencia obtenida para los distintos niveles de bienestar emocional negativos considerados. El 64,3% de la muestra declara haber padecido *síntomas de depresión y/o ansiedad*. El segundo nivel sería el de *las autolesiones declarado por un 27,9%* y, por último, *los intentos de suicidio* como nivel de máxima gravedad y negatividad del bienestar psicológico de las participantes del presente estudio, donde encontramos que el 30% de las participantes afirman haber realizado este tipo de conductas.

Los datos sociodemográficos analizados indican que el delito contra la Salud Pública es el que mayor prevalencia presenta (47,1%). El 62,7% refiere un historial problemático de adicciones mientras que el 37,3% no lo presenta. Respecto al origen o procedencia de esta muestra el 75,8% son españolas (329 mujeres) y el 24,2% restante son de origen latinoamericano (105) siendo un tercio de ellas de nacionalidad colombiana.

Teniendo en cuenta las tres categorías de bienestar psicológico negativo establecidas, y como paso previo a la regresión logística, se llevan a cabo pruebas de independencia para ver qué factores influyen en esos estados, quedando descartadas las variables: maternidad, apoyo social o familiar, el padecimiento de violencia de género o el tener o no pareja, aunque se entiende que estas variables son también relevantes en el tema que nos ocupa. Por lo tanto, el descarte de estas variables responde a los propios análisis realizados; al igual que han determinado el hecho de tener en consideración las variables *historial de adicciones de las mujeres* y *lugar de origen de las mujeres para este trabajo*.

La variable que mide la presencia o no de *historial de adicciones* sí resulta significativa para los tres estadios de bienestar negativo (prueba Chi-cuadrado, P -valor $< 0,001$ en los tres estadios para el nivel de significación del 5%; Tabla 1).

Si comparamos las submuestras de mujeres sin historial de adicciones y con historial de adicciones, teniendo en cuenta los intervalos de confianza de la diferencia de proporciones, se extrae que el bienestar emocional es menor en el segundo grupo ya que los intervalos de confianza son negativos para todos los estadios. La presencia de sintomatología ansioso/depresiva, el segundo estadio relacionado con las autolesiones así como los intentos de suicidio, son conductas que presentan más las mujeres con historial problemático de adicciones que las que no lo tienen (Tabla 2).

Otra variable significativa es el *origen de las mujeres* (prueba Chi-cuadrado, P -valor $< 0,001$ para el nivel de significación del 5% en los tres estadios). Considerando las dos submuestras (latinoamericanas y españolas), en el caso de las latinoamericanas éstas manifiestan en un 36,2% sufrir síntomas de depresión y/o ansiedad, mientras que las españolas lo refieren en un 73,5% de los casos. Igual sucede con la presencia de autolesiones, donde se obtiene un porcentaje de 9,5% para las mujeres latinoamericanas frente a un 33,8% de las de origen español. Los intentos de suicidio han sido protagonizados por un 8,6% de la población de origen latinoamericano mientras que son referidos

Tabla 1. Estadios del bienestar negativo según el historial de adicciones.

	CON HISTORIAL DE ADICCIONES		SIN HISTORIAL DE ADICCIONES	
	N	% (en base a la muestra que tiene historial de adicciones)	N	% (en base a la muestra que no tiene historial de adicciones)
Primer estadio de bienestar negativo (depresión y/o ansiedad)	201	73.9%	78	48.1%
Segundo estadio de bienestar negativo (autolesiones)	108	39.7%	13	8%
Tercer estadio de bienestar negativo (intentos suicidio)	109	40.1%	21	13%
TOTAL	272	100%	161	100%

Tabla 2. Intervalos de confianza para la diferencia de proporciones

	95% Intervalo de confianza para la diferencia de proporciones	
	Inferior	Superior
Porcentaje de reclusas con depresión SIN historial de adicciones-reclusas con depresión CON historial	-0.351	-0.170
Porcentaje de reclusas con autolesiones SIN historial de adicciones-reclusas con autolesiones CON historial	-0.401	-0.236
Porcentaje de reclusas con intentos de suicidio SIN historial de adicciones-reclusas con intentos de suicidio CON historial	-0.358	-0.187

por un 36,9% de las españolas. Además, se han obtenido los intervalos de confianza al 95% para la diferencia de proporciones correspondientes a cada nivel entre las dos submuestras, observando que la diferencia de porcentajes se sitúa entre el 27% y 47% para el primer estadio, entre 14% y 34% para el segundo y entre 18% y 38% para el tercero, evidenciando un menor bienestar emocional en las mujeres españolas reflejándose en cada uno de los tres estadios.

Un dato relevante es que las mujeres con procedencia de América Latina presentan un bajo porcentaje de conductas adictivas (un 20% de ellas refieren un historial problemático de adicciones) en relación a las españolas (76,3%), sucediendo que en ambas poblaciones, cuando existen problemas de uso de sustancias de abuso, existe una mayor tendencia a sufrir un bienestar negativo.

Para confirmar que las variables *origen de las mujeres* y su *historial de adicciones* son influyentes en el bienestar emocional, y dado el carácter dicotómico de las mismas (presencia o no de sintomatología ansioso/depresiva, de autolesiones o conductas suicidas), se ha realizado una regresión logística binaria. Para los tres estadios han resultado significativos la nacionalidad

(valores “España”-“Latinoamérica”) e historial adictivo (valores “No”-“Sí”) (Tabla 3). Como categoría de referencia se han considerado ser española y el no tener historial de adicción.

A continuación, acompañamos los resultados de la estimación de los modelos con tres medidas que permiten evaluar de forma global su validez (Tabla 4). La primera (-2LL) está basada en el logaritmo de verosimilitud (cuanto más pequeño mejor será el ajuste) y las otras son dos coeficientes de determinación análogos al de un modelo de regresión: el R cuadrado de Cox y Snell y el R cuadrado de Nagelkerke, que expresan en tanto por uno la variación explicada por el modelo. Suelen ser valores moderados en comparación con el R cuadrado de un modelo de regresión, viendo que el que mejor explica es el de autolesiones, recogiendo una variación del 19% con el mismo.

También incorporamos el resultado de la prueba de Hosmer y Lemeshow que contrasta la validez del modelo (Tabla 5). En este caso lo óptimo es aceptar (viene dado por alta significación) lo que indica que el modelo es adecuado. En ningún caso se rechaza la hipótesis nula y por tanto los modelos se consideran aptos.

Podemos afirmar, a la vista de los resultados expuestos, que los modelos son válidos para ver la dirección y el valor de la relación entre las variables consideradas en ellos. Así, el tener historial de adicción influye en el bienestar (según lo reflejado en la Tabla 3 y dado el nivel de significación del 5%). Para la presencia de sintomatología ansioso/depresiva, hay 1,8 veces más probabilidad de padecerlas si se tiene un historial de consumo abusivo de sustancias comparado con no tenerlo. El tener un origen latinoamericano aparece como un factor de protección frente al padecimiento de niveles negativos de bienestar, hay un 72% menos de probabilidad de padecer depresión/ansiedad en las latinas frente a las españolas. En relación a las conductas de autolesiones, el haber tenido un historial adictivo hace que sea 5,7 veces más probable que aparezcan, mientras que el ser de origen latinoamericano disminuye el riesgo de tener estas conductas en un 51% frente a las de origen español. Del mismo modo, obtenemos que es 2,9 veces más probable llevar a cabo intentos de suicidio si se tiene historial adictivo

que la población que no lo presenta; existe un 73% menos de probabilidad de realizar conductas suicidas en la población latinoamericana que en la muestra de origen español.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La presencia de un bienestar mental negativo en nuestras participantes es alta como bien exhiben los datos. Éstos por la alta prevalencia de trastornos mentales de mujeres que están recluidas en prisión en relación a la población reclusa masculina y también respecto a la población española en general son alarmantes. En concreto, el estudio de Staton, Leukefeld y Webster¹⁹ muestra que los porcentajes más altos de depresión y ansiedad en prisión los ostentan las mujeres, con cifras de padecimiento de un 62% y 53% respectivamente, porcentajes similares a los obtenidos en esta investigación. Lo elevado de este dato está en relación con lo dicho por Altamirano⁷ que reclama en

Tabla 3. Regresión logística binaria

		B	E.T.	Wald	Gl	Sig.	OR	I.C 95%	
Depresión/ansiedad	Historial de adicciones	0.596	0.243	6.006	1	0.014	1.814	1.127	2,921
	Nacionalidad	-1.272	0.269	22.399	1	0.000	0.280	0.166	0.475
	Constante	0.579	0.215	7.283	1	0.007	1.785	-	-
Autolesiones	Historial de adicciones	1.756	0.339	26.876	1	0.000	5.786	2.996	11.293
	Nacionalidad	-0.710	0.392	3.275	1	0.070	0.492	0.227	1.057
	Constante	-2.123	0.325	42.676	1	0.000	0.120	-	-
Intentos de suicidio	Historial de adicciones	1.075	0.286	14.107	1	0.000	2.930	1.672	5.135
	Nacionalidad	-1.277	0.394	10.492	1	0.001	0.279	0.129	0.604
	Constante	-1.390	0.265	27.572	1	0.000	0.249	-	-

Tabla 4. Resumen regresión logística binaria para los modelos considerados.

Resumen modelo	-2 LL	R cuadrado de Cox y Snell	R cuadrado de Nagelkerke
Depresión/ansiedad	511.052	0.114	0.157
Autolesiones	451.412	0.133	0.191
Intentos de suicidio	477.793	0.112	0.159

Tabla 5. Prueba de Hosmer y Lemeshaw para los modelos considerados

Prueba de Hosmer y Lemeshaw	Chi cuadrado	Gl	Sig.
Depresión/ansiedad	0.328	2	0.849
Autolesiones	1.136	2	0.567
Intentos de suicidio	0.190	2	0.909

las historias de vida de los reclusos/as de una alta frecuencia de exposición a eventos traumáticos, un consumo abusivo o adicción alcohol y/u otras drogas y problemas de salud mental.

Se ha encontrado relevantes dos categorías como principales influencias en el estado de la salud mental de las participantes del estudio: el historial de adicciones y el lugar de origen. El vínculo entre consumos dañinos de drogas y salud mental ha sido explicitado a lo largo de la extensa literatura al respecto. Así, Periago²⁰ expone como “la depresión, la ansiedad y otros trastornos mentales se presentan asociados con la dependencia del alcohol o de otras sustancias. Esta dependencia —que constituye por sí misma un problema de salud mental— es un importante factor de riesgo de otros trastornos mentales. A su vez, los desajustes mentales favorecen la evolución hacia el alcoholismo y la drogadicción” (p. 223). Específicamente, existen estudios que relacionan el consumo de estas sustancias con el suicidio²¹.

Conexo a ello, los estudios sobre medio penitenciario suelen aludir a esto debido al alto porcentaje de individuos con trastornos adictivos que habitan en las prisiones^{22,23}. En España, los datos de la Encuesta Estatal sobre salud y Drogas entre los Internados en Prisión —ESDIP—²² evidencian que solo una pequeña proporción iniciaron sus consumos dentro de la cárcel y que hablamos mayoritariamente de consumos y hábitos iniciados anteriormente a su condena.

En una investigación con la población reclusa femenina de un centro penitenciario de España¹⁶ se expone datos sobre la alta proporción de trastornos psicopatológicos. En resumen, en el 32,3% de la muestra se detectaron problemas depresivos, y el 63,1% pertenecían al grupo de consumidoras. Respecto a los problemas de ansiedad ocurría algo semejante, del 59,3% que presenta estos problemas el 65,7% eran consumidoras de drogas. Los datos de la investigación reiteran la consideración del historial de consumos problemáticos de drogas como un factor de riesgo en cuanto al bienestar emocional en prisión.

El lugar de procedencia es otra variable significativa afectando al bienestar emocional de dos maneras. En primer lugar, ejerciendo una influencia cultural directa y, en segundo lugar, porque la cultura modera el nivel de satisfacción de vida. Las culturas individualistas enfatizan la libertad de elección y las necesidades de los individuos, mientras que las culturas colectivistas se interesan por los derechos, las necesidades de los demás, y la aceptación del destino de uno. Así, la libertad se perfila como un fuerte predictor de la satisfacción de vida en sociedades individualistas²⁴. Los datos con que contamos sobre el factor procedencia

de los individuos y bienestar varían según el lugar geográfico, el tipo de sociedad y el colectivo en que fijemos el foco. En la población general de América Latina el 5% de la población adulta sufre depresión²⁵, mientras que en España este dato hay quien lo sitúa entre un 28% y 40% de la población^{26,28}, aunque las estadísticas oficiales hablan de depresión/ansiedad declarada por un 14,6% de la población española²⁶. Dato que ayuda a entender nuestros resultados.

Todos estos datos y posturas apoyan y explican que el origen Latinoamericano es un factor protector frente al bienestar de tipo negativo. Sobre todo si tenemos en cuenta que estas mujeres han sido detenidas y condenadas en España pero no han residido (en la mayoría de los casos) en este país sino que actuaban de correo para el tráfico de drogas¹⁴⁻¹⁶. Un dato de los resultados del trabajo de Villagrà et al.¹⁶ que sería revelador es que, las mujeres de procedencia de América Latina presentan una baja prevalencia de conductas adictivas; cuestión que en el presente trabajo es evidente en el 20% de ellas frente al 76,3% de las españolas) y en ambas subpoblaciones sucede que aquellas mujeres con problemas de esta índole son más propensas a un bienestar negativo en cualquiera de sus manifestaciones.

En síntesis, en este estudio se concluye que la presencia de historial de conductas adictivas y el origen (lugar de nacimiento) de las mujeres internas en centros del sistema penitenciario español son variables determinantes en el estado del bienestar personal y emocional de éstas. En cambio, con otras variables no se ha encontrado significatividad en esta relación (la maternidad, el apoyo social o familiar, el padecimiento de violencia de género y el tener pareja o no tenerla). Las conductas adictivas como factor de riesgo frente al padecimiento de un bienestar emocional negativo es refrendado por este trabajo del mismo modo que el carácter protector del origen latinoamericano frente al español.

AGRADECIMIENTO

Este trabajo se inserta en el marco del Plan Nacional de Investigación, el Proyecto I+D+I denominado ‘Mujeres reclusas drogodependientes y su reinserción social. Estudio socioeducativo y propuestas de acción’ [EDU2009-13408], financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad (MICIIN) del gobierno español. Agradecemos el apoyo y participación de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, la Consejería de Justicia de la Generalidad de Cataluña, de cada uno de los centros estudiados y de todas las mujeres que han participado.

CONFLICTO DE INTERESES

No existen conflictos de intereses.

CORRESPONDENCIA

María del Mar García-Vita
Universidad del Norte, Colombia.
Email: mvita@uninorte.edu.co

REFERENCIAS

1. Turbi A, Llópis JJ. Salud Física y Mental en mujeres reclusas en las cárceles española. En: Añaños-Bedriñana FT, directora. En prisión. Realidades e intervención socioeducativa y drogodependencias en mujeres. Madrid: Narcea Ediciones; 2016.
2. Lindquist CH. Social integration and mental well-being among jail inmates. *Sociol Forum* 2000; 15(3): 431-45.
3. Bustamante R, Paredes-Carbonell JJ, Aviñó D, González J, Pitarch C, Martínez L, Arroyo-Cobo JM. Diseño participativo de una Guía para la Promoción de la Salud Mental en el medio penitenciario. *Rev Esp Sanid Penit.* 2013; 15: 44-53.
4. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Estrategia global de actuación en salud mental. Madrid: Ministerio del Interior; 2007.
5. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta sobre Salud y consumo de Drogas en Internados en Instituciones Penitenciarias. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2011.
6. World Health Organization. Prisons and Health. Copenhagen: World Health Organization; 2014.
7. Altamirano Z. El bienestar psicológico en prisión: antecedentes y consecuencias [Tesis]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2013.
8. Defensor del Pueblo Andaluz. Mujeres privadas de libertad en centros penitenciarios de Andalucía. Informe especial al Parlamento Andaluz. Sevilla: Junta de Andalucía; 2006.
9. Yagüe C. Mujeres en prisión. Intervención basada en sus características, necesidades y demandas. *Revista Española de Investigación Criminológica.* 2007; 5(5): 1-24.
10. Parlamento Europeo. Sobre la situación especial de las mujeres en los centros penitenciarios y las repercusiones de la encarcelación de los padres sobre la vida social y familiar. Estrasburgo: Comisión de los Derechos Europeos de la Mujer e Igualdad de Género del Parlamento Europeo; 2008.
11. Almeda E. Corregir y castigar: el ayer y hoy de las cárceles de mujeres. Barcelona: Bellaterra; 2002.
12. Juliano D. La criminalización de las mujeres. Estigmatización de las estrategias femeninas para no delinquir. En: Añaños-Bedriñana FT, coordinadora. Las mujeres en las prisiones: la Educación Social en contextos de riesgo y conflicto. Barcelona: Gedisa; 2010. p. 25-44.
13. Añaños-Bedriñana FT. Formación educativa previa ante las discriminaciones: las mujeres reclusas en España. *Rev Educ.* 2013; 360: 91-118.
14. Miranda MJ, Martín MT. Mujeres no nacionales en prisión. En: Almeda E, Bodelón E, editoras. Mujeres y castigo: un enfoque socio-jurídico y de género. Madrid: Dykinson; 2007. p. 187-210.
15. Añaños-Bedriñana FT. Mujeres presas y su relación con las drogas. Implicaciones desde la Educación Social. En: Añaños-Bedriñana FT, coordinadora. Las mujeres en las prisiones: la Educación Social en contextos de riesgo y conflicto. Barcelona: Gedisa; 2010. p. 77-100.
16. Villagrà P, González A, Fernández P, Casares MJ, Martín JL, Rodríguez F. Perfil adictivo, delictivo y psicopatológico de una muestra de mujeres en prisión. *Adicciones.* 2011; 23(3): 219-226.
17. Añaños-Bedriñana FT. En prisión. Mujeres, realidades e intervención socioeducativa y drogodependencias en mujeres. Madrid: Narcea; 2017.
18. Matilla M, Pérez P, Sanz B. *Econometría y Predicción.* Madrid: McGraw Hill; 2013.
19. Staton M, Leukefeld C, Webster JM. Substance use, health, and mental health: problems and service utilization among incarcerated women. *Int J Offender Ther Comp Criminol.* 2003; 47(2): 224-239.
20. Periago MR. La salud mental: una prioridad en la salud pública en las Américas. *Rev Panam de Salud Pública.* 2006; 18(4/5): 223-5.
21. Ocampo R, Bojorquez I, Cortés M. Consumo de sustancias y suicidios en México: resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, 1994-2006. *Salud Publica Mex.* 2009; 51: 306-313.
22. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta Estatal sobre Salud y consumo de Drogas en Internados en Instituciones Penitenciarias (ESDIP). Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2006.
23. Rincón-Moreno S, Vera-Remartínez E, García-Guerrero J, Planelles-Ramos MV. Consumo de drogas al ingreso en prisión: comparación entre población española y extranjera. *Rev Esp Sanid Penit.* 2010; 10 (2): 41-7.

24. Schimmack U, Radhakrishnan P, Oishi S, Dzokoto V, Ahadi S. Culture, personality and subjective well-being: integrating process models of life satisfaction. *J Per Soc Psychol.* 2002; 82(4): 582-593.
25. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Washington: Oficina Regional para América de la OMS; 2017 [consultado 26 dic 2015]. Día Mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente. [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305:dia-mundial-de-la-salud-mental-la-depresion-es-el-trastorno-mental-mas-frecuente-&Itemid=1926&lang=es
26. V Congreso Catalán de Salud Mental. La crisis dispara un 19% los casos de depresión en España [Internet]. La voz de Galicia [nota de prensa]. 6 jun 2013. Disponible en: <http://www.lavozdeg Galicia.es/noticia/economia/2013/06/06/crisis-dispara-19-casos-depresion-espana/00031370516933950729910.htm>
27. López-Rodríguez JA. El 40% de los españoles padece depresión o ansiedad. *La Nueva España.* 23 de abril de 2014.
28. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud 2011/2012 [Internet] Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013 [citado 18/06/2016]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/NotaTecnica2011-12.pdf>