

Educación para la salud en los problemas prevalentes del medio penitenciario, proyecto en Ocaña-I (España)

C Maestre-Miquel¹, C Zabala-Baños¹, JA García², JM Antolín³

¹ Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Facultad de Terapia Ocupacional, Logopedia y Enfermería. Universidad de Castilla-La Mancha. Talavera de la Reina, Toledo. España

² Departamento de Administración de Empresas. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Castilla-La Mancha. Talavera de la Reina, Toledo. España.

³ Servicio Médico. Centro Penitenciario Ocaña I.

RESUMEN

Objetivo: Proyecto piloto centrado en la implantación y evaluación de un programa de Educación para la Salud (EpS) en internos del Centro Penitenciario Ocaña I (España). El objetivo fue analizar las intenciones de cambio en los hábitos de salud y en la percepción, así como evaluar si el programa de EpS tenía efectos diferenciales dependiendo de si los participantes pertenecían o no al Programa de Atención Integral al Enfermo Mental (PAIEM) y de sus características sociodemográficas.

Metodología: Los participantes fueron 65 varones que respondieron a un cuestionario *ad hoc* al finalizar cada sesión. Los análisis fueron univariantes y bivariantes (ANOVA de un factor, prueba *t* y test de independencia Chi-Cuadrado).

Resultados: La valoración media de las sesiones fue de 3,51 sobre 4 ($DE = 0,62$). Las respuestas afirmativas sobre la intención de adoptar hábitos saludables fueron mayores entre los sujetos no pertenecientes al PAIEM (84,8%) que entre los que sí formaban parte del mismo (57,9%). Todos los sujetos con pareja indicaron tener intención de cambiar los hábitos negativos, frente al 67,3% entre aquellos sin pareja. El cambio en la percepción sobre el tema fue más alto entre los que no tenían estudios (89,7%) que entre aquellos que sí los tenían (61,5%).

Conclusiones: La evaluación del programa de EpS implantado en el Centro Penitenciario Ocaña I fue muy positiva, existiendo diferencias entre los sujetos pertenecientes al PAIEM y los que no.

Palabras clave: educación en salud; prisiones; servicios de salud comunitaria; evaluación de programas y proyectos de salud; hábitos; percepción; salud mental; España.

HEALTH EDUCATION FOR PREVALENT PROBLEMS IN PRISON, OCAÑA-I PROJECT (SPAIN)

ABSTRACT

Objective: Pilot project focusing on the implementation and evaluation of a health education (HE) program for inmates of the prison of Ocaña I (Spain). The objective was to analyze the intentions for change in health habits and perceptions, and to assess whether the HE-program had differential effects depending on whether the participants belonged to the PAIEM or not and their socio-demographic characteristics.

Methodology: The participants were 65 men, who answered an ad hoc questionnaire at the end of each session. Data analysis applied was univariate and bivariate (one-way ANOVA, t-test for Equality of Means and Chi-Square test).

Results: The average rating of the sessions was 3.51 out of 4 ($SD = 0.62$). The percentage of positive answers about the intention to adopt healthy habits was higher among non-PAIEM subjects (84.8%) than among those who were part of this program (57.9%). All subjects having a couple indicated an intention to change negative habits, compared to 67.3% for those without a couple. The percentage of subjects who said that their perception on the issue had changed was highest among those without education (89.7%) than among those with education (61.5%).

Conclusions: The evaluation of implanted HE-program implemented in the Ocaña I prison was very positive, there are differences between subjects belonging to the PAIEM and those who do not.

Keywords: health education; prisons; community health services; program evaluation; habits; perception; mental health; Spain.

INTRODUCCIÓN

La finalidad de la Educación para la Salud (EpS) es favorecer hábitos de vida que potencien la capacidad de aumentar la salud y el bienestar y, en ese sentido, puede ser una valiosa herramienta terapéutica en el medio penitenciario¹. La educación es un derecho también dentro de las cárceles², así como el derecho a la salud, los cuales no pueden verse limitados por la privación de libertad³.

Los internos de las prisiones están expuestos a múltiples factores psicosociales, físicos y ambientales, que los hacen más vulnerables y muy diferentes respecto a la población general⁴, por lo que no son posibles las comparaciones con estudios de promoción de salud dirigidos a la población general. Es un colectivo con unas características determinadas, en las que han influido muchos factores de índole psicosocial. Dos de estas características son las profundas carencias educativas y un estado de salud significativamente inferior al de la población general⁵.

Cuando se habla de problemas de salud en los presos, se hace referencia habitualmente a los procesos patológicos, olvidando las condiciones del medio ambiente y social que determinan la salud⁶. Se ha constatado una fuerte correlación entre pobreza, exclusión y desigualdades en materia de salud⁷.

Entre los problemas de salud más frecuentes en el medio penitenciario, se encuentran las drogodependencias e infecciones asociadas al consumo de drogas por vía parenteral, carencia de hábitos higiénicos, exposición a un estrés continuado inherente a su situación penal y penitenciaria, problemas relacionados con la salud mental y el uso inadecuado, o no uso, de los servicios de atención⁵, así como circunstancias externas sobrevenidas que le afectan con mayor intensidad por encontrarse privados de libertad⁸ en un clima de escasez de ilusiones, abundancia de ansiedad, depresión y conflictos comunitarios⁹. Estas singulares características hacen necesario un abordaje diferente¹⁰.

Hay una escasa literatura científica sobre estrategias de promoción de la salud en el medio penitenciario en España. No obstante, se ha encontrado un estudio previo en 2009¹⁰ que evalúa positivamente una estrategia de promoción de salud a personas con diabetes y un alto índice de compromiso de los afectados para implicarse en futuras acciones de esta índole. A nivel internacional están emergiendo este tipo de estrategias¹¹.

Hoy en día se entiende que la acción socioeducativa debe fundamentarse en un modelo participativo¹² e igualmente, desde la Salud Pública, todos los enfoques van dirigidos a la participación comunitaria, a la

equidad y la disminución de las desigualdades sociales en salud¹³. Por esta razón, el planteamiento de la promoción de salud en los centros penitenciarios es un buen ejemplo de intervención para la reducción de dichas inequidades. Ésta debería realizarse a partir de las capacidades personales y la superación de barreras sociales¹⁴.

La demanda de asistencia sanitaria en prisión es entre tres y ocho veces superior a la que tiene un servicio médico fuera de prisión³ y uno de cada dos internos presenta alguna patología crónica¹⁵. Por ello, el sistema penitenciario español cuenta con atención sanitaria dentro de los centros y con diferentes programas psicosociales que lo apoyan²⁴, entre los cuales está el Programa de Atención Integral al Enfermo Mental (PAIEM)¹⁶. Las enfermedades mentales entre la población penitenciaria constituyen un grave problema de Salud Pública¹⁷; la ansiedad y la depresión son los cuadros clínicos más prevalentes¹⁸. Otras enfermedades de gran prevalencia son, aparte de las adicciones, las enfermedades transmisibles como son la infección por VIH, la hepatitis C¹⁹ y la tuberculosis²⁰. Por ello, en el medio penitenciario han de ser prioritarios los programas de promoción de la salud para la prevención de este tipo de enfermedades.

El internamiento puede suponer ciertas ventajas para la salud, partiendo de la estabilidad, el control de horarios, la limitación en el uso de alcohol y drogas, y el acceso a los profesionales sanitarios²¹. En estos centros se realiza un cribado y diagnóstico precoz de múltiples enfermedades; constituyen una buena ocasión para tratar a personas que de otro modo, probablemente, no acudirían a ser diagnosticadas o tratadas²². De hecho, en muchas ocasiones, el centro penitenciario supone la puerta de entrada de los internos al uso normalizado del Sistema Nacional de Salud.

Por otra parte, el medio penitenciario también puede ser fuente de múltiples efectos adversos para la salud, tanto física como mental²¹. Sin embargo, es preciso considerar el internamiento como una oportunidad y un entorno estratégico para detectar problemas de salud y tratar de reducir las conductas de riesgo en este colectivo vulnerable²³.

Desde el sistema penitenciario español se ha apreciado un verdadero interés por proporcionar servicios que mejoren la calidad de vida de los internos, incluyendo mayor atención sanitaria y un enfoque que les prepare para su vida en libertad²⁴, poniendo de manifiesto la necesidad de una actuación educativa orientada a la promoción y mantenimiento de comportamientos y hábitos saludables, así como el uso adecuado de los servicios preventivos y asistenciales⁵.

Ante esta necesidad, un equipo de profesores del Grado de Enfermería de la Universidad de Castilla-La Mancha planteó, junto con la Subdirección médica del Centro Penitenciario de Ocaña I, pilotar y comenzar a desarrollar un proyecto de Educación para la Salud (EpS) dirigido a los internos del centro, con una evaluación posterior.

Los objetivos de este estudio fueron: 1) analizar las intenciones de cambio en los hábitos de salud y en la percepción como consecuencia del programa de EpS implantado; 2) evaluar si el programa tiene un efecto diferencial entre sujetos pertenecientes al PAIEM y los no pertenecientes al mismo; y 3) analizar si las características sociodemográficas de los participantes (edad, nivel de estudios, estado civil) tienen relación con las intenciones de cambio en los hábitos y en la percepción después del programa de EpS.

MÉTODO

Descripción del programa de EpS

Los contenidos tratados en las sesiones abarcaron distintos aspectos de la EpS. Los mismos fueron previamente establecidos entre la Coordinación académica de Enfermería de la Universidad y la Dirección Médica del Centro Penitenciario, con el objetivo de realizar un abordaje directo de los problemas más prevalentes en la población interna penitenciaria. En la Tabla 1 se muestran los contenidos de las sesiones, el número de participantes y la valoración de cada una de ellas.

Se dividió a los internos en dos grupos, en función de ser usuario o no del PAIEM, con el fin de adecuar los contenidos de las sesiones a las necesidades de los distintos receptores. Esta decisión se basó en el hecho de que los sujetos del PAIEM, diagnosticados de trastorno mental, presentan unas características tales como deterioro en sus capacidades funcionales para el desempeño de sus actividades diarias, mayor vulnerabilidad al estrés y peor salud física²⁵. Los contenidos de las sesiones asignadas a los internos del PAIEM fueron la adherencia al tratamiento, la adaptación y tolerancia al estrés, la higiene y el autocuidado, y la protección del sueño. Por otro parte, los contenidos de las sesiones asignadas al grupo que no pertenecía al PAIEM fueron la tuberculosis, las enfermedades de transmisión sexual, la alimentación saludable, y la actividad física.

Todas las sesiones se realizaron en aulas del Centro Penitenciario Ocaña I, tuvieron una duración aproximada de 50 minutos, y fueron realizadas por los estudiantes de Enfermería (apoyados por los profesos-

res y supervisadas por profesionales médicos y de enfermería del propio centro penitenciario). Las sesiones fueron de carácter dinámico y participativo, contando con material audiovisual como apoyo didáctico.

Participantes

Los participantes fueron 65 varones y mayores de edad que estaban internos en el Centro Penitenciario Ocaña I. La selección de los sujetos fue realizada de manera aleatoria por el equipo médico y de enfermería del centro penitenciario.

Instrumentos de medida

Al finalizar cada sesión se realizó una evaluación de la misma a través de un cuestionario anónimo diseñado *ad hoc*. El cuestionario estaba integrado por cinco preguntas de respuesta dicotómica (Sí/No) en las que se pedía a los participantes que indicasen si: tenían intención de cambiar sus hábitos negativos, iban a adoptar hábitos positivos, había cambiado su visión sobre el tema, habían descubierto información y se sentían bien informados. Adicionalmente, el cuestionario también incorporaba una pregunta relativa a la valoración de la sesión en la que se pedía a los participantes que indicasen su grado de satisfacción en una escala tipo Likert de cuatro posiciones (1 = “*Insatisfecho*”; 2 = “*Poco satisfecho*”; 3 = “*Satisfecho*” y 4 = “*Muy satisfecho*”).

Aspectos éticos

Se solicitó autorización para la realización de este trabajo a la Dirección del Centro Penitenciario Ocaña I, en los términos legales a los que hace referencia la OC 7/99 sobre “Trabajos, estudios e investigaciones en el medio penitenciario”. A todos los participantes se les solicitó consentimiento informado. La recogida de datos se hizo con ayuda de los responsables de las sesiones educativas. Los datos han sido tratados de forma anónima y confidencial.

Análisis estadístico

Los análisis realizados fueron univariantes (estadísticos descriptivos y frecuencias) y bivariantes (ANOVA de un factor, prueba *t* y test de independencia Chi-Cuadrado). La medición del tamaño del efecto en el caso del ANOVA de un factor y de la prueba *t* se realizó recurriendo al η^2 . El programa estadístico empleado para todos los análisis fue IBM® SPSS® Statistics 19.0.

Tabla 1. Sesiones de Educación para la Salud. Contenidos y participación.

Sesión	Contenidos	Frecuencia	%	Valoración M (DE)
Tuberculosis	¿Qué es la Tuberculosis? Magnitud del problema. Enfermedad en prisión. Infección y transmisión. Riesgos. Profilaxis y prevención. Tratamiento. Mantoux. Control de la TBC.	14	21,5	3,64 (0,50)
Enfermedades de transmisión sexual	Enfermedades de transmisión sexual. Gonorrea, Sífilis, SIDA, otras. Población de riesgo. Síndromes clínicos. Cómo prevenirlas. Profilaxis. Reducción del riesgo. Importancia de la comunicación.	10	15,4	3,80 (0,42)
Dieta saludable	Alimentos y grupos. Necesidades nutricionales. Hábitos en prisión. Principales comidas. Recomendaciones de dieta saludable.	9	13,8	3,56 (0,53)
Adaptación y tolerancia al estrés	¿Qué es el estrés? Ejemplos en prisión Motivación y adaptabilidad Horizontes y metas personales Recomendaciones saludables	5	7,7	3,40 (0,89)
Higiene y autocuidado	¿Qué es el autocuidado? Déficit de autocuidado. Factores relacionados. Higiene, baño y actividades de la vida diaria. Riesgo de infecciones. Recomendaciones para el día a día.	5	7,7	3,20 (0,45)
Protección del sueño	El sueño como necesidad fisiológica. Fases del sueño. ¿Por qué tenemos que dormir? Procesos metabólicos y hormonales durante el sueño. Horas de sueño. Factores que afectan al descanso. Técnicas de relajación.	7	10,8	3,14 (1,07)
Actividad física	Actividad física y sedentarismo. Factores que condicionan la actividad física. Factores que favorecen la actividad física. Prevención de enfermedades. Recomendaciones saludables.	8	12,3	3,50 (0,54)
Adherencia al tratamiento	Seguimiento de las recomendaciones del profesional sanitario. Importancia de las dosis y plazos. Consecuencias del incumplimiento. Actitud positiva ante los tratamientos. Apoyos y beneficios.	7	10,8	3,43 (0,54)

Tabla 2. Evaluación del programa de EpS entre sujetos PAIEM y No-PAIEM.

Variable	% Sí		Chi-Cuadrado (Corrección por continuidad)	
	PAIEM	No-PAIEM	Valor	p
¿Te hará cambiar hábitos negativos?	78,9%	73,9%	0,01	0,91
¿Vas a adoptar hábitos positivos?	57,9%	84,8%	4,07	0,04
¿Ha cambiado tu percepción del tema?	57,9%	87,0%	5,11	0,02
¿Has descubierto información?	57,9%	67,4%	0,20	0,66
¿Te sientes informado?	73,7%	87,0%	0,87	0,35

RESULTADOS

En relación con las características de los participantes, un 29,2% pertenecía al PAIEM y el 70,8% restante no. Según la edad, un 16,9% tenía entre 18 y 29 años; un 24,6% entre 30 y 39 años; un 26,2% entre 40 y 49 años; y un 32,3% tenía 50 años o más. Atendiendo al nivel de estudios, sólo un 40% afirmó tener algún tipo de estudios completos (al menos Educación Primaria), mientras que un 38,5% tenía estudios básicos pero incompletos (sin Graduado Escolar/ESO) y un 21,5% no tenía ningún tipo de estudios. En cuanto al estado civil, el mayor porcentaje, con un 75,4%, correspondía a individuos solteros sin pareja y separados o divorciados, mientras que un 24,6% eran individuos casados o solteros con pareja estable.

Como se puede observar, tras las sesiones de EpS, tres de cada cuatro sujetos participantes tenían intención de cambiar sus hábitos negativos y adoptar hábitos positivos (Figura 1). El porcentaje más bajo de respuestas afirmativas se registró en la pregunta sobre si habían descubierto información (64,6%).

La valoración global de las sesiones fue muy positiva ($M = 3,51$, $DE = 0,62$). De hecho, el 55,4% afirmó sentirse muy satisfecho y un 41,5% satisfecho, mientras que sólo un 3,1% indicó las opciones “Poco satisfecho” o “Insatisfecho”. En el análisis de la valoración según el tipo de sesión educativa en la que el sujeto había participado, no se encontraron diferencias significativas ($F = 0,99$; $p = 0,44$; $\eta^2 = 0,11$). Tampoco se encontraron diferencias en la valoración de la sesión según se tratase de sujetos PAIEM ($M = 3,32$) o No-PAIEM ($M = 3,59$) ($t = -1,34$; $p = 0,19$; $\eta^2 = 0,04$); su edad: menos de 40 años ($M = 3,67$) versus 40 años o más ($M = 3,39$) ($t = 1,78$; $p = 0,08$; $\eta^2 = 0,05$); su estado civil: sin pareja ($M = 3,47$) versus con pareja ($M = 3,63$) ($t = -0,88$; $p = 0,38$; $\eta^2 = 0,01$); o su nivel

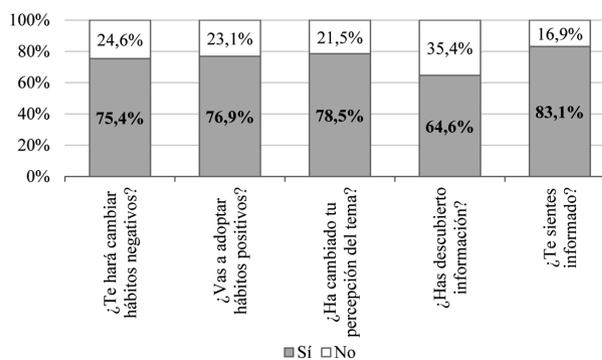


Figura 1. Evaluación del programa de EpS.

educativo: sin estudios ($M = 3,59$) versus con estudios ($M = 3,38$) ($t = 1,32$; $p = 0,19$; $\eta^2 = 0,03$).

A continuación se evaluó si el programa de EpS había tenido efectos diferenciales sobre la intenciones de cambio en los hábitos de salud y en la percepción entre los sujetos PAIEM y los No-PAIEM. Como se observa en la Tabla 2, sólo existía asociación entre el hecho de ser sujeto PAIEM o No-PAIEM y el porcentaje de respuestas afirmativas a la preguntas relativas a la intención de adoptar hábitos positivos ($p = 0,04$) y el cambio en la percepción del tema ($p = 0,02$). Después de las sesiones grupales de EpS, el porcentaje de sujetos que sí tenían intención de adoptar hábitos positivos era mayor entre los sujetos No-PAIEM (84,8%) que entre los PAIEM (57,9%). Algo parecido ocurría en el caso de la variable referida al cambio en la percepción del tema, ya que el 87,0% de los sujetos No-PAIEM respondieron afirmativamente a esta cuestión, mientras que entre los sujetos PAIEM este porcentaje se situó sólo en el 57,9%.

Adicionalmente, se analizó si las características sociodemográficas de los participantes (edad, nivel de estudios y estado civil) tenían relación con las in-

Tabla 3. Evaluación del programa de EpS según edad.

Variable	% Sí		Chi-Cuadrado (Corrección por continuidad)	
	Menos de 40 años	40 años o más	Valor	p
¿Te hará cambiar hábitos negativos?	70,4%	78,9%	0,25	0,62
¿Vas a adoptar hábitos positivos?	77,8%	76,3%	0,00	1,00
¿Ha cambiado tu percepción del tema?	77,8%	78,9%	0,00	1,00
¿Has descubierto información?	74,1%	57,9%	1,17	0,28
¿Te sientes informado?	81,5%	84,2%	0,00	1,00

Tabla 4. Evaluación del programa de EpS según nivel educativo.

Variable	% Sí		Chi-Cuadrado (Corrección por continuidad)	
	Sin estudios completos	Con estudios (al menos Primaria)	Valor	p
¿Te hará cambiar hábitos negativos?	79,5%	69,2%	0,42	0,52
¿Vas a adoptar hábitos positivos?	79,5%	73,1%	0,09	0,76
¿Ha cambiado tu percepción del tema?	89,7%	61,5%	5,77	0,02
¿Has descubierto información?	64,1%	65,4%	0,00	1,00
¿Te sientes informado?	84,6%	80,8%	0,01	0,95

Tabla 5. Efectividad del programa de EpS entre sujetos con y sin pareja.

Variable	% Sí		Chi-Cuadrado (Corrección por continuidad)	
	Sin pareja	Con pareja	Valor	p
¿Te hará cambiar hábitos negativos?	67,3%	100,0%	5,28	0,02
¿Vas a adoptar hábitos positivos?	75,5%	81,3%	0,02	0,90
¿Ha cambiado tu percepción del tema?	75,5%	87,5%	0,44	0,51
¿Has descubierto información?	61,2%	75,0%	0,49	0,48
¿Te sientes informado?	77,6%	100,0%	2,87	0,09

tenciones de cambio en los hábitos y en la percepción después del programa de EpS.

Comenzando por la edad, no se encontró asociación estadística alguna entre esta variable, las intenciones de cambiar los hábitos y la percepción (Tabla 3).

En cuanto al nivel educativo, los resultados presentados en la Tabla 4 mostraron que esta variable únicamente se asociaba con el porcentaje de respuestas afirmativas a la cuestión sobre el cambio en la percepción del tema ($p = 0,02$). En concreto, existía

un mayor porcentaje de sujetos que indicaron haber cambiado su percepción sobre el tema entre los que no tenían estudios (89,7%) que entre los que sí (61,5%).

Por lo que respecta al estado civil, se observó que esta variable se asociaba significativamente con la intención de cambiar los hábitos negativos ($p = 0,02$) y de forma cuasi-significativa con sentirse informado ($p = 0,09$). En concreto, la totalidad de los sujetos con pareja tenían intención de cambiar sus hábitos negativos y se sintieron informados, mientras que los porcentajes de respuesta afirmativa a estas dos preguntas entre los sujetos sin pareja se situó en el 67,3% y el 77,6%, respectivamente (Tabla 5).

DISCUSIÓN

Uno de los principales resultados del estudio es la elevada respuesta positiva tras las sesiones de EpS y la intención de adoptar hábitos saludables. Tres de cada cuatro sujetos participantes tenían intención de cambiar sus hábitos negativos y adoptar hábitos positivos.

Hay poca literatura acerca de la evaluación de programas de promoción de la salud en prisiones. Uno de los estudios internacionales más recientes muestra los resultados positivos de la promoción de la salud en mujeres presas, y su implicación en foros dentro de la propia cárcel, para compartir sus nuevos conocimientos en materia de salud²⁶.

En este estudio, la valoración global de las sesiones fue muy positiva. La gran mayoría de participantes afirmó sentirse satisfecho o muy satisfecho, tras evaluar la sesión educativa. De hecho, las actividades comunitarias han demostrado ser eficaces para la promoción de la salud y prevención de enfermedades²⁷ también en el entorno penitenciario²⁸.

Al comparar los resultados entre los sujetos pertenecientes al PAIEM y los no pertenecientes al mismo, se comprobó que el porcentaje de respuestas afirmativas a la pregunta sobre las intenciones de adoptar hábitos positivos fue mayor entre los sujetos no-PAIEM que entre los PAIEM.

Una posible explicación a este resultado podría ser que las sesiones de EpS, aunque sí estaban específicamente diseñadas teniendo cuenta las necesidades de salud de los internos que pertenecen al PAIEM, posiblemente no estaban suficientemente adaptadas a sus capacidades cognitivas y de aprendizaje. Así mismo, conviene recordar que este programa incluye a los sujetos con enfermedad mental y que, según algunos autores, hay variables de personalidad como impulsividad o temeridad, que están estrechamente relacionadas con el comportamiento delictivo²⁹ y tampoco son favorecedoras de hábitos positivos en

salud. Por otro lado, en el mismo año en que se realizó este estudio (2013), se publicó en España una Guía para la Promoción de la Salud Mental en el medio penitenciario³⁰, la cual sirve de referencia para la planificación de nuevos programas de EpS con presos con enfermedad mental.

Los resultados de este estudio muestran también una escasa alfabetización de los internos. Un 38,5% de los participantes no tenía el graduado escolar/ESO, y sólo un 1,5% tenía estudios universitarios. En estudios previos en España³¹ se ha observado una tasa de alfabetización de un 9% en prisión y más de un 50% de personas que no han terminado los estudios primarios¹⁸. También se ha evidenciado que parte de la población reclusa ha crecido en familias con escasos recursos económicos; y en su vida adulta presentan una situación socioeconómica baja y, como mucho, tienen un nivel educativo elemental o primario³². Datos que concuerdan con los presentados en este trabajo.

A partir de este estudio, se mostró que aquellos sujetos sin estudios registraron un mayor porcentaje de respuestas afirmativas a la cuestión sobre el cambio en la percepción de los aspectos tratados que los que sí tenían estudios. Esta diferencia puede deberse a que los primeros tenían un menor conocimiento previo sobre el tema abordado en las sesiones, y tras ellas, se ha producido el cambio.

Sobre esta asociación existen explicaciones diferentes. En prisiones de Noruega³³, observaron que, ni la educación ni la etnicidad, parecían explicar las diferencias de los internos en cuanto a la búsqueda de comportamientos de ayuda; mientras que en otros estudios³⁴ se constatan que sí existe esa asociación entre educación y búsqueda de comportamientos de ayuda. En el presente trabajo, se ha observado asociación con el cambio de la percepción del tema, pero no con otras variables estudiadas.

Respecto al estado civil, se observó una asociación significativa con la intención de cambiar los hábitos negativos. Parece lógico pensar que el hecho de tener pareja se traduzca en una mayor intención de cambiar los hábitos negativos. Si bien es cierto que estar casado podría considerarse, igual que otros apoyos sociales, como un factor de protección sobre la salud individual, también hay evidencias de que el internamiento produce un elevado índice de disolución de parejas y un aumento del riesgo de enfermedades de transmisión sexual, consecuencia de los contactos mantenidos en prisión³⁵. Ambos factores son especialmente negativos para la salud de los internos.

Limitaciones y fortalezas. Entre las limitaciones del presente estudio se encuentran las siguientes: En

primer lugar, se debe tener en cuenta la posible dificultad cognitiva de los internos con enfermedad mental, pertenecientes al PAIEM. Por ello, se optó por la elaboración de un cuestionario con preguntas bastantes sencillas y concisas. En segundo lugar, el tamaño de la muestra es reducido, lo que dificulta la generalización de los resultados obtenidos a un ámbito más amplio. En tercer lugar, se han analizado las intenciones de cambio en los hábitos de salud y en la percepción, pero no se cuenta con información sobre cambios efectivos en el comportamiento. Por esta razón, sería interesante en futuros estudios realizar un seguimiento a lo largo del tiempo para evaluar en qué medida estas intenciones se traducen en cambios reales en los hábitos.

Por otro lado, entre las fortalezas, cabe destacar que la diversidad temática de las sesiones ha aportado gran riqueza. Los expertos en EpS con metodología grupal recomiendan siempre hacer pequeños grupos para asegurar la operatividad³⁶ y en este caso, el rango ha sido de 5-14 participantes, lo cual ha favorecido la eficacia y dinamismo de las sesiones. Otra de las fortalezas es la actuación multidisciplinar e interinstitucional para la puesta en marcha de este proyecto piloto. Está previsto repetirlo en un futuro próximo con una muestra mayor y con mejor adecuación a los grupos, tras el alto nivel de satisfacción de los participantes.

Aplicabilidad. El reto de este tipo de proyectos radica en el principio de equidad de la Salud Pública y en el desarrollo de nuevas estrategias de promoción de salud, dirigidas a población especialmente vulnerable. Como novedad de este estudio se puede destacar el enfoque de las sesiones de EpS y que éstas han sido desarrolladas por estudiantes del Grado de Enfermería.

Conclusiones. La educación para la salud es una herramienta fundamental y efectiva en la promoción de hábitos saludables y la prevención de enfermedades en el ámbito penitenciario. Esto pone de manifiesto la necesidad de integrar estas herramientas como parte del núcleo de las estrategias de promoción de salud, así como la de realizar estudios de seguimiento que permitan analizar la efectividad de las mismas.

CORRESPONDENCIA

Clara Maestre Miquel
Universidad de Castilla-La Mancha
Avda. Real Fábrica de Sedas, s/n
Talavera de la Reina – 45600 Toledo
claramaestre@yahoo.es

REFERENCIAS

1. Pont P. ¿Debe ser la Educación para la Salud objetivo prioritario en la Sanidad Penitenciaria? Rev Esp Sanid Penit. 2004; 6(3): 102-5.
2. Scarfó F. El derecho a la educación en las cárceles como garantía de la Educación en Derechos Humanos. Rev IIDH- Instituto Interamericano de Derechos Humanos. 2002; 36: 291-324.
3. Serrano Tarraga MD. Derecho a la salud de los internos en centros penitenciarios y sanidad penitenciaria (I). Rev Derecho UNED. 2010; 6: 413-46.
4. Brugha T, Singleton N, Meltzer H, Bebbington P, Farrell M, Jenkins R, et al. Psychosis in the community and in prisons: a report from the British National Survey of psychiatric morbidity. Am J Psychiatry. 2005; 162(4): 774-80.
5. Arroyo JM, Bedía M, Ferrer V, García S, Gómez P, Gutiérrez FJ, Martín M. Guía de educación para la salud en el medio penitenciario. 2ª ed. Madrid: Ministerio del Interior: Secretaría General Técnica; 2009.
6. García-Guerrero J, Marco A. Sobreocupación en los centros penitenciarios y su impacto en salud. Rev Esp Sanid Penit. 2012; 14(3):106-13.
7. Merino B. Las prisiones: una nueva oportunidad para la salud. Rev Esp Sanid Penit. 2005; 7(1): 1-3.
8. Altamirano Z. El bienestar psicológico en prisión. Propuesta de un programa para potenciar recursos personales y reducir los efectos del encarceramiento sobre la salud de los internos. Madrid: Ministerio del Interior. Secretaría General Técnica; 2011.
9. Bellver V. Ética, salud y atención sanitaria en las prisiones. Rev Esp Sanid Penit. 2007; 9(1): 7-9.
10. Minchón-Hernando A, Domínguez-Zamorano JA, Gil-Delgado Y. Educación para la salud en centros penitenciarios: evaluación de una experiencia en personas con diabetes. Rev Esp Sanid Penit. 2009; 11(3): 73-9.
11. Almost A, Gifford WA, Doran D, Ogilvie L, Miller C, Rose DN, et al. Correctional nursing: a study protocol to develop an educational intervention to optimize nursing practice in a unique context. Implementation Science. 2013; 8: 71-7.
12. Ayuso A. La intervención socioeducativa en el tratamiento penitenciario. Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria. 2000; 6(7): 73-99.
13. Principios generales de la salud pública, del capítulo II de Título Preliminar de la Ley 33/2011 de 4 de octubre (B.O.E. 240, de 5/10/2011). Disponi-

- ble en: <http://www.boe.es/boe/dias/2011/10/05/pdfs/BOE-A-2011-15623.pdf>
14. Del Pozo-Serrano FJ, Añaños-Bedrinana FT. La Educación Social Penitenciaria. ¿De dónde venimos y hacia dónde vamos? Rev Complutense Educación. 2013; 4(1): 47-68.
 15. Vera-Remartínez EJ, Borraz-Fernández JR, Domínguez-Zamorano JA, Mora-Parra LM, Casado-Hoces SV, González-Gómez JA, et al. GES-ESP. Prevalencia de patologías crónicas y factores de riesgo en población penitenciaria española. Rev Esp Sanid Penit. 2014; 16(2): 38-47.
 16. Protocolo de Aplicación del Programa Marco de Atención Integral a Enfermos Mentales en centros penitenciarios (PAIEM). Madrid: Secretaria General de Instituciones Penitenciarias; 2009.
 17. Fazel S, Baillargeon J. The health of prisoners. Lancet. 2011; 377: 956-65.
 18. Arnau-Peiró AF, García-Guerrero J, Herrero-Matías A, Castellano-Cervera JC, Vera-Remartínez EJ, Jorge-Vidal V, et al. Descripción de la consulta psiquiátrica en centros penitenciarios de la Comunidad Valenciana. Rev Esp Sanid Penit. 2012; 14(2): 50-61.
 19. Harzke AJ, Baillargeon JG, Kelley MF, Diamond PM, Goodman KJ, Paar DP. HCV-related mortality among male prison inmates in Texas, 1994-2003. Ann Epidemiol. 2009; 19(8): 582-9.
 20. Martín V, Brugos M, Valcárcel I. Prevalencia de tratamiento de la infección tuberculosa en una prisión provincial. Rev Esp Salud Pública. 2000; 74: 361-6.
 21. Rich JD, Dumont D, Allen S. Incarceration and Health. Working paper prepared for the National Academies Workshop on Health and Incarceration. Washington: National Academy of Sciences; 2012.
 22. Kending NE. Correctional health care systems and collaboration with academic medicine. J Am Medical Assoc. 2004; 292(4), 501-3.
 23. Smith A. Committee on Causes and Consequences of High Rates of Incarceration; Committee on Law and Justice; Division of Behavioral and Social Sciences and Education; National Research Council; Board on the Health of Select Populations; Institute of Medicine. Health and Incarceration: A Workshop Summary. Washington D.C.: National Academies Press; 2013.
 24. Casado Calleja J. Visión del Sistema Penitenciario Español. IPSE-ds. 2013; 6: 41-53.
 25. 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.
 26. Ramsden V, Martin R, McMillan J, Granger-Brown A, Tole B. Participatory health research within a prison setting: a qualitative analysis of 'Paragraphs of passion'. Glob Health Promot. 2015 Dec;22(4):48-55. Doi:10.1177/1757975914547922.
 27. Cofiño R, Álvarez B, Fernández S, Hernandez R. Promoción de la salud basada en la evidencia: ¿realmente funcionan los programas de salud comunitarios? Aten Primaria. 2005; 35: 478-83.
 28. Clouse ML, Mannino D, Curd PR. Investigation of the correlates and effectiveness of a prison-based wellness program. J Correct Health Care. 2012; 18(3):184-97.
 29. Rodríguez-Fornells A, López-Capdevila JM, Andrés-Pueyo A. Personalidad y comportamiento penitenciario. Psychothema. 2002; 4: 90-100.
 30. Bustamante-Navarro R, Paredes-Carbonell JJ, Aviñó Juan-Ulpiano D, González-Rubio J, Pitarch-Monzó C, Martínez-Martínez L. Diseño participativo de una Guía para la promoción de la Salud Mental en el medio penitenciario. Rev Esp Sanid Penit. 2013; 15(2): 44-53.
 31. Solbes M. Estudio socioeducativo de los jóvenes internados en prisiones andaluzas. Rev Esp Invest Criminol. 2008; 3(6): 1-6.
 32. Friestad C. Socio-economic status and health in a marginalized group: the role of subjective social status among prison inmates. Eur J Public Health. 2010; 20(6): 653-8.
 33. Berg Nettet M, Rustad AB, Kjelsberg E, Almvik R, Håkon Bjørngaard J. Health care help seeking behaviour among prisoners in Norway. BMC Health Services Research. 2011; 11: 301-8.
 34. Skogstad P, Deane FP, Spicer J: Social-cognitive determinants of help seeking for mental health problems among prison inmates. Crim Behav Ment Health. 2006; 16: 43-59.
 35. Khan MR, Behrend L, Adimora A, Weir SS, White BL, Wohl DA. Dissolution of Primary Inmate Relationships during Incarceration and implications for post-release HIV transmission. J Urban Health. 2011; 88(2): 365-75.
 36. Sáez S, Calvo RM. La educación para la salud en grupos. En: Marqués F, Sáez S, Guayta R, ed. Métodos y medios en promoción y educación para la salud. Barcelona: UOC; 2004. p. 115-28.