Evolución de las necesidades y problemas de cuidados de una muestra de personas atendidas en una Unidad de Salud Mental Penitenciaria de Rehabilitación.

Domínguez del Campo, Marta
Macià Astorch, Laura
Ochoa Güerre, Susana
Vicens Pons, Enric
Escuder Romeva, Gemma

Introducción

El presente proyecto de investigación tiene su base originaria en la teoría relacional de la persona con el entorno y su implicación en el cuidado. Para el estudio propuesto se materializará dicha teoría en la vivencia de las personas que presentan un problema de salud mental y se encuentran en un entorno penitenciario.

El entorno penitenciario, como realidad social, ha suscitado interés por parte de la investigación debido a su consideración como organización social propia, ergo, el proceso de relación de la persona con el entorno presenta características peculiares. Citando lo expuesto por Peiró en su estudio Aspectos sociodemográficos , clínicos y de tratamiento de personas privadas de libertad atendidas en una consulta: “Esta situación de ambiente total, precario y anormalizador, y de estructura rígida y violenta de la vida, lleva a que la cárcel se convierta en un auténtico sistema social alternativo, con sus sistemas de comunicación e información e incluso sus agentes de control social, encargados de reprimir cualquier tipo de desviación de las normas establecidas. Todo ello al margen de la institución.” (1), se puede indicar que este ambiente penitenciario, en el cual la capacidad de decisión por parte de la personas se encuentra limitada, puede llegar a disminuir la competencia de la persona en la toma de decisiones en cuanto a su cuidado. La repercusión de dicha disminución competencial podría acentuarse en el momento de la externalización comunitaria.

El ambiente penitenciario constituye un factor predisponente a la necesidad de continua adaptación de la persona con el medio ya que el hecho del encarcelamiento se constituye como evento traumático, mediante la ruptura biográfica, cambio de hábito de cuidado, red social, etc., ocasionándose en múltiples ocasiones la generación de problemas de salud mental por las propias características del medio penitenciario, los cambios generados en el cuidado y sobre todo, la ausencia de libertad (1,2).

La citada adaptación se incrementa debido a la imposición de un código subcultural de valores que dan lugar a lo conceptualizado como prisionización, que junto con las características propias de la personas durante el periodo previo a la institucionalización, incluyendo problemas de salud mental previos, pueden fomentar la aparición o acentuación de problemas mentales (1,2).

Diversos estudios indican que en la actualidad el medio penitenciario constituye la institución que alberga a la mayor parte de las personas con problemas de salud mental. Citando a Wallace en su estudio “Examining the role of familial support during prison and after release on post-incarceration mental health”: “algunos estudios informan que entre el 15% y 26% de los ex prisioneros han sido diagnosticados con un problema de salud mental” ”(3). Thomas hizo referencia al estudio publicado por Fazel y Seewald en 2012 especificando que “una de cada siete personas que pasan por las cárceles de todo el mundo sufre un trastorno mental grave (Fazel y Seewald, 2012).” (4).

A nivel estatal la magnitud del presente hecho se ha retratado en varias ocasiones. La primera referencia la encontramos en el Estudio sobre Salud Mental en el Medio Penitenciario llevado a cabo por la Subdirección General de Sanidad de la Secretaria General de Instituciones Penitenciarias durante el año 2006. En el citado estudio se mostró que el 25,6% de las personas internas en las instituciones penitenciarias, incluidas en el estudio, tenían diagnosticados al menos un trastorno mental en la historia clínica, precisando el 12% de los mismos una derivación a la atención especializada de salud mental (5). Tras esto, la siguiente referencia destacable fue el Estudio PRECA (Prevalencia de trastornos mentales en centros penitenciarios españoles) publicado por el

grupo de trabajo denominado del mismo modo. Debido a la importancia que suscita dicho estudio en el presente proyecto se ahondará en sus resultados en el apartado correspondiente del marco teórico, aunque se destaca la evidencia de que la prevalencia de trastorno mental es alrededor cinco veces superior a la de la población general (6).

Ahondando en los problemas de salud mental, éstos presentan diversas comorbilidades y una tasa de mortalidad que duplica la de la población general. A esta realidad Tort, Rovira y Macià indican que hay que adicionar los “factores relacionados con el propio encarcelamiento que tienen una influencia en su situación de salud.” (7), así mismo, una vez externalizados, estos problemas de salud mental pueden exacerbarse (3) generando efectos negativos en la continuación de sus trayectorias vitales (8). Tal y como indica Kinner: “Para muchos que pasan por las cárceles, el efecto neto del encarcelamiento es el agotamiento de la salud. Los resultados de salud después de la liberación de la prisión son previsiblemente pobres y tienen implicaciones para la salud pública, la seguridad pública y la cartera pública.” (9). La suma de estos factores indicados previamente influye en el funcionamiento social de estas personas, posiblemente ya limitado anteriormente, debido al cambio de roles y funciones entre medio penitenciario y medio comunitario (10). Siguiendo lo indicado por la Dra. Escuder: “el ingreso conlleva la pérdida de las relaciones familiares, las relaciones sociales, el acceso al ámbito laboral, y en la vida cultural y de ocio de la comunidad.” (10).

El término necesidad se define como “Carencia de las cosas que son menester para la conservación de la vida” (11). El abordaje de las necesidades de las personas conforma ha sido pieza clave en el cuerpo disciplinar de la Ciencia enfermera, debido a que constituyen los requisitos de autocuidado que las personas deben satisfacer para preservar su salud (12).

Siguiendo la Teoría general de Enfermería sobre el Déficit de Autocuidado de D.E. Orem se pueden identificar tres tipos de requisitos de autocuidado, o necesidades de autocuidado: requisitos de autocuidado universales, del desarrollo, y, de desviación de la salud (12). Dentro de la última clasificación de

necesidades, desviación de la salud, podemos situar las necesidades derivadas de problemas de salud mental.

Las necesidades, dentro del ámbito de la atención a la salud mental, suscitan elevado interés, ya que las personas que presentan un problema de salud mental se encuentran en una situación de disminución de sus capacidades para satisfacer sus necesidades básicas de autocuidado y de desarrollo ligado al diagnóstico y a la funcionalidad que presente.

A lo largo de la historia se han desarrollado, desde diferentes disciplinas científicas relacionadas con la atención a la salud o al ámbito social, múltiples modelos de valoración de necesidades. Entre dichos instrumentos de valoración se destaca la escala CAN, Camberwell Assessment of Needs, desarrollada por un conjunto de profesionales del Institute of Psychiatry Health Services, para la valoración de las necesidades de las personas que presentan un problema de salud mental (11,14).

En el año 2003 se elaboró una versión específica de la CAN, para evaluar las necesidades de las personas que presentan un problema de salud mental en medio penitenciario, construyéndose de ese modo la escala CANFOR, Camberwell Assessment of Needs – Forensic versión (11,14). El estudio para su validación, “The reliability and validity of the forensic Camberwell Assessment of Need (CANFOR): a needs assessment for forensic mental health service users”, se llevó a cabo por parte de Stuart Thomas en dos hospitales psiquiátricos de Reino Unido, de media y alta seguridad, con una población total a estudio de 53 personas (13).

Los campos de evaluación de la CANFOR son los siguientes: alojamiento; alimentación; cuidado del entorno; autocuidado; actividades diarias; salud física; síntomas psicóticos; información sobre el tratamiento; angustia; autoagresividad; heteroagresividad; alcohol; drogas; contacto social; relaciones íntimas; vida sexual; cuidado de los hijos; educación básica; teléfono; transporte; dinero; prestaciones; tratamiento; delito sexual; e incendio. La puntuación se llevará a cabo mediante la siguiente forma: sin necesidad (0);

necesidad cubierta (1); necesidad no cubierta (2); no aplicable en áreas de: alojamiento, cuidado de los hijos, transporte, delito sexual e incendio (8); y, por último, se puntúa con valor de desconocido (9), cuando la persona presenta dificultad en el discurso o éste no es fiable o, si la persona prefiere no informar sobre ese ítem (10).

Tras la validación de la escala CANFOR, han sido diversos los estudios que han utilizado dicha escala para ahondar sobre las necesidades de las personas con problemas de salud mental que se encuentran en centros u hospitales penitenciarios.

En el año 2008 se publicó un estudio realizado por Long et al., a 38 personas (hombres y mujeres), llevado a cabo en el Services of St Andrew's Hospital, Northampton, cuyo objetivo era analizar la idoneidad y viabilidad del uso de la escala CANFOR en el manejo y planificación del tratamiento de personas que se encontraban ingresadas unidades hospitalarias de mediana y baja seguridad (14). Como resultado se destacó que los hombres y las mujeres tenían perfiles de necesidades diferentes, aun teniendo un número de necesidades similares. Las mujeres tenían necesidades significativamente más identificadas que los hombres en las áreas de angustia psicológica y seguridad personal. Por otro lado, los hombres tenían más probabilidades que las mujeres de tener necesidades en las siguientes áreas: alimentación, autocuidado, delitos sexuales y expresión sexual. Así mismo, se concluyó que las necesidades fueron similares independientemente del nivel de seguridad (seguridad media, n = 12, media 9.4, DE 4.5; seguridad baja n = 24, media 10.5, DE 2.9), pero había más necesidades insatisfechas en seguridad media (media 4.7, DE 3.9) que en baja seguridad (media 1.9, DE 2.2) (14).

En 2012 se publicaron los resultados del estudio "Validity of assessing people experiencing mental illness who have offended using the Camberwell Assessment of Need-Forensic and Health of the Nation Outcome Scales-Secure" realizado por Abou-Sinna y Luebbers con el objetivo de investigar la interrelación entre HoNOS-S, CANFOR, medidas de reincidencia (Level Service–Case Management Inventory (LS-CMI) y HCR-20 Violence Risk

Assessment Scheme HCR-20. En cuanto a los resultados, por un lado, las calificaciones de las necesidades totales de las enfermeras y pacientes se correlacionaron de manera significativa y positiva con las escalas clínicas y de seguridad de HONOS-S, así como con las escalas clínicas y de gestión de riesgos de HCR-20. Por otro lado, el aumento del número de necesidades insatisfechas calificadas por la enfermera, así como el número total de necesidades en la CANFOR, se asociaron con aumentos en la presencia de necesidades criminógenas en el LSCMI (15).

El estudio más reciente encontrado en relación al uso de la escala CANFOR se publicó en 2016 por parte de O'Hara et al. bajo el título: "Links between depressive symptoms and unmet health and social care needs among older prisoners.". Dicho estudio concluyó que las personas mayores recientemente llegadas al centro penitenciario recibidas tenían una media de necesidades insatisfechas más altas que las encontradas en etapas posteriores de encarcelamiento (16).

Finalmente, se muestra el estudio llevado a cabo por Escuder Romeva et al., "Clinical validation of the CANFOR scale (Camberwell Assessment of Need-Forensic version) for the needs assessment of people with mental health problems in the forensic services", publicado en 2010, con el fin de mostrar los resultados de la validación de la versión en castellano de la escala CANFOR. La validación de dicha escala se realizó mediante el estudio con 90 personas atendidas en Unidades Psiquiátricas Penitenciarias de Cataluña. Como resultados se destacan que los profesionales identificaron más necesidades que la población atendida: una media de 5,1 (DE 3,1) de necesidades y las personas participantes detectaron una media de necesidades de 4,1 (DE 2,5). Añadir, que en cuanto a las necesidades no cubiertas también se encontraron diferencias entre los profesionales y lo usuarios. La población atendida detectó una media de 1,8 (DE 1,7) necesidades no satisfechas, mientras que los profesionales detectaron una media de 2,1 (DE 1,8). Por último, se destaca el resultado que indica que la escala CANFOR se correlaciona negativamente con las subescalas de la escala LSP; esto quiere decir que a mayor puntuación en la Life Skills Profile se detecta un menor número de necesidades detectadas en

la CANFOR (17), es decir, existe una relación entre la funcionalidad de la persona y las necesidades que ésta presenta.

Objetivos

Objetivo general

- Describir la evolución, durante 12 meses, de las necesidades y problemas de cuidados de una muestra de personas atendidas en una unidad de rehabilitación de Salud Mental en Centro Penitenciario.

Objetivos específicos

1. Describir las características sociodemográficas de las personas pertenecientes a la muestra de estudio.
2. Identificar las necesidades de acuerdo con los datos recogidos a través de la Escala CANFOR en el momento del inicio, a los 6 y a los 12 meses.
3. Determinar los problemas de cuidados asociados a las necesidades identificadas en el momento del inicio, a los 6 y a los 12 meses.

Metodología

Diseño del estudio El presente proyecto se enmarca dentro de una Metodología Cuantitativa. Atendiendo a la asignación de los factores de estudio, se especifica como un estudio observacional debido a la no asignación de los mismos. En concreto, se encuadra en un estudio descriptivo a fin de llevar a cabo una descripción de las necesidades y problemas de cuidados de la muestra. Por otro lado, haciendo alusión a la secuencia temporal, el proyecto presenta un orden temporal longitudinal prospectivo. Las personas incluidas en el estudio serán evaluadas en el momento basal, a los 6 meses y a los 12 meses de la primera evaluación.

Lugar de estudio No se especifica siguiendo normativa del Comité Científico del Congreso.

Población de estudio No se especifica siguiendo normativa del Comité Científico del Congreso. Sólo se especifican criterios de exclusión, no

vinculantes con la identificación de la población a estudio.

Criterios de exclusión

- Personas con diagnóstico único de discapacidad intelectual.
- Limitaciones por barrera idiomática. No comprensión del castellano.

Tipología de muestreo Debido a la especificidad de los criterios de inclusión en el estudio la tipología de muestreo utilizada será no probabilística y consecutiva.

Fuente de información

Las fuentes de información principales serán los registros en la Historia Clínica Informatizada por parte de los profesionales de salud mental a fin de extraer los datos correspondientes a la identificación de los problemas de cuidados, tipificados mediante taxonomía diagnóstica enfermera establecida por NANDA-Int, así como, los instrumentos de valoración que se indican a continuación. Por otro lado, se diseñará un cuestionario para la extracción de datos sociodemográficos, perfil penitenciario y situación de salud. Instrumentos de valoración de necesidades

El instrumento de valoración de necesidades que será administrado tanto en el ámbito penitenciario como en el ámbito comunitario será el siguiente: - Camberwell Assessment of Needs – Forensic Version (CANFOR). Se utilizará como instrumento de valoración la versión española del CANFOR validado por la Dra. Escuder Romeva. (17).

Procedimiento de extracción de datos

Se establecerá una primera entrevista de valoración en el medio penitenciario (T1). En dicha entrevista se realizará una recogida de datos sociodemográficos y los pertenecientes a las valoraciones propias del instrumento CANFOR. Así mismo, se realizará una extracción de datos relacionada con los problemas de cuidados identificados dentro de medio penitenciario en la Historia Clínica Informatizada de cada sujeto de estudio. Tras esto, se establecerá la segunda entrevista a los seis meses de la fecha de la primera entrevista (T2) y la tercera

entrevista a al año de la primera evaluación (T3). En dichas entrevistas, se actualizarán los datos sociodemográficos, y se administrará el instrumento de valoración CANFOR.

Análisis estadístico

Para la descripción de los datos sociodemográficos y las necesidades cubiertas y no cubiertas, en medio penitenciario, y en cada uno de los cortes transversales de la valoración en medio comunitario se utilizará la estadística descriptiva.

La descripción de los problemas de cuidados se llevará a cabo mediante estadística descriptiva, identificando características definitorias y factores relacionados.

Para determinar la asociación entre las necesidades cubiertas, las no cubiertas y el total de las mismas con las variables sociodemográficas, características definitorias y factores relacionados de los problemas de cuidados se relacionará mediante correlación de Pearson o Spearman.

Limitaciones del estudio

- La primera limitación identificada corresponde al ámbito de estudio. El estudio contaría con mayor grado de validez si se llevase a cabo en más de un centro penitenciario en el ámbito estatal.
- En segundo lugar, la especificidad de la población diana y en particular de la población a estudio genera en sí misma una limitación para la selección de la tipología de muestreo.
- Por último, en relación a la extracción de datos procedentes de la Historia Clínica Informatizada, genera una limitación la no estandarización de los registros.

Consideraciones éticas y legales

En primer lugar, cabe destacar como base del estudio lo promulgado en el artículo dieciocho de la Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad entre las actuaciones sanitarias del sistema de salud, se identifica “la promoción y

mejora de la salud mental” (18), entendiendo en el artículo veinte de la citada Ley que la atención a los problemas de salud mental se realizará en medio comunitario siempre que sea posible a fin de fomentar dicha red de recursos. Así mismo, en el apartado tres de dicho artículo se identifica que “se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.” (18).

En relación, con los datos de carácter personal insertados en los ficheros penitenciarios, se indica en el artículo ocho del tercer capítulo del Reglamento Penitenciario: “los datos de carácter personal de los reclusos relativos a opiniones políticas, a convicciones religiosas o filosóficas, al origen racial y étnico, a la salud o a la vida sexual, que hayan sido recabados para formular los modelos individualizados de ejecución o los programas de tratamiento penitenciarios, sólo podrán ser cedidos o difundidos a otras personas con el consentimiento expreso y por escrito del recluso afectado o cuando por razones de interés general así lo disponga una Ley.” (19), es decir, mediante la cumplimentación de un Consentimiento Informado.

El Consentimiento Informado presenta su base en lo promulgado en el Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), comúnmente conocido como el Convenio de Oviedo, donde en su Capítulo II. Consentimiento, se especifica que “una intervención en el ámbito de la sanidad sólo podrá efectuarse después de que la persona afectada haya dado su libre e informado consentimiento. Dicha persona deberá recibir previamente una información adecuada acerca de la finalidad y la naturaleza de la intervención, así como sobre sus riesgos y con- secuencias. En cualquier momento la persona afectada podrá retirar libremente su consentimiento” (20). Así mismo, encontramos en el artículo seis de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales: “se entiende por consentimiento del afectado toda manifestación de voluntad libre, específica, informada e inequívoca por la que este acepta, ya sea mediante

una declaración o una clara acción afirmativa, el tratamiento de datos personales que le conciernen. Cuando se pretenda fundar el tratamiento de los datos en el consentimiento del afectado para una pluralidad de finalidades será preciso que conste de manera específica e inequívoca que dicho consentimiento se otorga para todas ellas" (21).

Para la realización del presente proyecto, los profesionales referentes de la población susceptible a entrar en el estudio, ofrecieron a los mismos la posibilidad de participación en la sesión informativa, según cumplieron los criterios de inclusión. Previo al comienzo del estudio fue obligatorio la firma del Consentimiento Informado como campo clave para la inclusión en el mismo.

En referencia al procedimiento de extracción de datos se realizó por parte del investigador principal una disociación de los datos mediante la asignación de un código. Los archivos correspondientes a dicha disociación se encontraron almacenados en una carpeta privada con acceso restringido solo al investigador principal. El responsable último como Identidad de la gestión de los datos es la institución donde se desarrolló el presente estudio. No se realizarán concesiones a terceros, así como, no se podrán publicar los datos obtenidos sin disociación de identidad. Los datos del protocolo de investigación se archivaron en la carpeta correspondiente de investigación, con acceso restringido. La resolución de hipotéticos problemas que pudieran surgir estará a cargo de la Investigadora Principal junto con la ayuda del delegado de protección de datos de la Institución.

El presente estudio se ha llevado a cabo una vez aprobado por el Comité de Investigación de las Instituciones competentes (No se especifican siguiendo normativas del Comité del Científico del Congreso).

Desarrollo

La muestra a estudio se compone de 15 hombres y 1 mujer, en su mayoría de nacionalidad española 56%; seguido de nacionalidad marroquí (18,8%). La edad de los participantes comprendía entre los 20 y los 60 años, siendo la media de 37 años.

En relación a la existencia de hijos, un 25% tenían hijos, siendo la media de 2 hijos. Económicamente, se puede observar que la mayoría de los ingresos corren a cargo de la familia 7/16; seguido de ayudas (PNC) un 31,3%, e incluso, dos personas que participaron en el estudio no obtenían ningún tipo de ingreso económico. Siendo l media de los ingresos económicos 321,1€ y la moda 400€. 10 de los 16 participantes habían ejercido profesionalmente antes de ingresar en prisión; y, sólo un 25% de los encuestados pudo realizar durante su estancia en prisión un taller remunerado.

En referente a su estado de salud, un 56,3% se encuentran diagnosticados de esquizofrenia, así mismo, un 50% de la muestra indica presentar un trastorno por uso de sustancias con patrón de abuso, siendo las sustancias más consumidas el alcohol y los opioides. Haciendo alusión a la existencia de un diagnóstico del eje II, un 81,3% presentaban un trastorno de la personalidad.

Relacionado con el ámbito legal, un 68,8% no presenta antecedentes legales y 12 de las 16 personas se encuentran cumpliendo una medida de seguridad.

A continuación, se muestra una descripción de la evolución de las necesidades evaluadas por la escala CANFOR a lo largo de 12 meses.

1. ALOJAMIENTO. ¿Tiene un sitio donde vivir cuando abandone este recurso?
El número de personas que no consideraban presentar dicha necesidad se mantuvo estable a lo largo del estudio: 31,35%; mientras que hubo un aumento del 18,75% de percepción de haber cubierto dicha necesidad; del 25 al 43,75% en un año. Los profesionales identificaron un aumento mayor en la satisfacción de dicha necesidad hasta el 50%.

2. ALIMENTACIÓN ¿Está capacitado para preparar sus propias comidas y hacer la compra?
El número de personas que no consideraban presentar dicha necesidad pasó de un 50% a un 56,25%; mientras que finalmente, hubo un ligero ascenso (+1) de percepción de no mantener cubierta la necesidad de alimentación. Los

profesionales identificaron más necesidades relacionadas con la alimentación, siendo cubiertas en la mayoría de los participantes.

3. MANTENIMIENTO DEL ENTORNO ¿Está capacitado para cuidar de su habitación o su casa?
El número de personas que no consideraban presentar dicha necesidad alcanzó un 100% al final del estudio. No hubo diferencias respecto a la puntuación de los profesionales.

4. CUIDADO PERSONAL ¿Tiene algún problema para mantenerse limpio y arreglado?
El número de personas que no consideraban presentar dicha necesidad alcanzó un 100% al final del estudio. Los profesionales identificaron un 6,25% más de necesidad cubierta respecto a los participantes.

5. ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA ¿Cómo pasa el día? ¿Tiene un programa estructurado? ¿Tiene suficientes cosas que hacer?
El número de personas que no consideraban presentar dicha necesidad aumentó en un 12,5% a lo largo del año, así mismo, al inicio del estudio se identificó que cuatro personas consideraban que sus actividades de la vida diaria no estaban cubiertas, eliminándose dicha percepción finalmente. En cuanto a los profesionales, éstos identificaron más porcentaje de “no necesidad” alcanzando un 93,75%.

6. SALUD FÍSICA ¿Cómo se siente físicamente? ¿Está tomando medicación por algún problema físico?
El número de personas que no consideraban presentar dicha necesidad se alcanzó un 68,75%, siendo el 31,25% participantes que presentaban necesidad, pero, cubierta. En cuanto a los profesionales, identificaron más personas con necesidades cubiertas y menor porcentaje de no identificación de necesidad.

7. SÍNTOMAS PSICÓTICOS ¿Alguna vez ha escuchado voces o ha tenido problemas con sus pensamientos?

El número de personas que no consideraban presentar dicha necesidad se alcanzó un 62,50%, siendo el 37,50% participantes que presentaban necesidad, pero, cubierta. Los profesionales consideraron que dicha necesidad seguía presente en el 50% de los participantes de manera cubierta.

8. INFORMACIÓN ACERCA DEL TRATAMIENTO ¿Ha recibido información clara sobre la medicación, tratamiento y sobre sus derechos?
El número de personas que no consideraban presentar dicha necesidad se alcanzó un 68,75%, siendo el 31,25% participantes que presentaban necesidad, pero, cubierta. Los profesionales remitieron un resultado similar.

9. ANGUSTIA ¿Se ha sentido, recientemente, muy triste y decaído? ¿Se ha sentido recientemente ansioso o atemorizado?
El número de personas que no consideraban presentar dicha necesidad aumentó de un 43,75% al 56,25%, se remarca que de las personas que identificaban presentar dicha necesidad, al comienzo del estudio, un 43,75% consideraban que sus necesidades relacionadas con la angustia vivida no se encontraban cubiertas, al finalizar el estudio sólo una persona consideraba que dicha necesidad no se encontraba cubierta. Los profesionales no consideraron que ningún participante tuviera una necesidad no cubierta respecto a la angustia.

10. AUTOAGRESIVIDAD ¿Ha tenido alguna vez pensamientos de hacerse daño?
El número de personas que no consideraban presentar dicha necesidad alcanzó el 100% durante el año de estudio. No hubo diferencias respecto a la puntuación de los profesionales.

11. HETEROAGRESIVIDAD ¿Ha amenazado a otras personas o ha sido violenta?
El número de personas que no consideraban presentar dicha necesidad incrementó un 18,75% al finalizar el estudio; destacando, que se eliminó la percepción de necesidad no cubierta a los 6 meses de estudio. No hubo diferencias respecto a la puntuación de los profesionales.

12. ALCOHOL ¿Realiza consumo de alcohol?

El número de personas que no consideraban presentar dicha necesidad alcanzó el 100% en el año de estudio. No hubo diferencias respecto a la puntuación de los profesionales.

13. OTRAS DROGAS ¿Realiza consumo de otras drogas?

El número de personas que no consideraban presentar dicha necesidad aumentó hasta el 87,50%; así mismo, se eliminó la percepción de necesidad no cubierta a los 12 meses de estudio. No hubo diferencias respecto a la puntuación de los profesionales.

14. CONTACTO SOCIAL ¿Está contento con su vida social?

El número de personas que no consideraban presentar dicha necesidad finalizó en un 75%, disminuyendo la percepción de necesidad no cubierta del 37,50% al 0% final el estudio. No hubo diferencias respecto a la puntuación de los profesionales.

15. RELACIONES DE PAREJA ¿Tiene pareja? Si es así, ¿tiene problemas de pareja?

El número de personas que no consideraban presentar dicha necesidad giró en torno al 65% durante todo el estudio, incrementando la consideración de necesidad no cubierta al finalizar el estudio del 12,50% al 6,25% de los participantes. Los profesionales identificaron más necesidades no cubiertas en relaciones de pareja que los usuarios.

16. VIDA SEXUAL ¿Está experimentando alguna dificultad en el terreno sexual?

El número de personas que no consideraban presentar dicha necesidad giró en torno al 75% durante todo el estudio, incrementando la consideración de necesidad no cubierta al finalizar el estudio del 12,50% al 18,75% de los participantes. No hubo diferencias respecto a la puntuación de los profesionales.

17. CUIDADO DE LOS HIJOS ¿Tiene hijos menores de 18 años? ¿Están a su cuidado? ¿Tiene acceso a ellos?
Dicha necesidad se mantuvo constante durante todo el estudio. No hubo diferencias respecto a la puntuación de los profesionales.

18. EDUCACIÓN BÁSICA ¿Tiene usted dificultades en lectura, escritura o en comprender el idioma?
El número de personas que no consideraban presentar dicha necesidad alcanzó el 81,25% al finalizar el estudio, así mismo, se eliminó la percepción de necesidad no cubierta a los 12 meses de estudio. No hubo diferencias respecto a la puntuación de los profesionales.

19. TELÉFONO ¿Sabe utilizar el teléfono? ¿Le resulta fácil encontrar un teléfono que pueda usar?
El número de personas que no consideraban presentar dicha necesidad se mantuvo al 100% durante todo el estudio. No hubo diferencias respecto a la puntuación de los profesionales.

20. TRANSPORTE ¿ Tiene problemas para utilizar el autobús, metro o tren? ¿Tiene billete gratuito subvencionado?

El número de personas que no consideraban presentar dicha necesidad alcanzó el 93,75% al finalizar el estudio, así mismo, se eliminó la percepción de necesidad no cubierta a los 12 meses de estudio. Los profesionales identificaron un 6,25% más necesidad cubierta que los usuarios en dicho campo.

21. DINERO ¿Tiene usted problemas para administrarse el dinero?
El número de personas que no consideraban presentar dicha necesidad aumentó un 18,75% alcanzando un 12/16 de los participantes, así mismo, se eliminó la percepción de necesidad no cubierta a los 12 meses de estudio. Los profesionales identificaron un 6,25% más necesidad cubierta que los usuarios en dicho campo.

22. PRESTACIONES SOCIALES ¿Está seguro de que recibe toda la ayuda económica a la que tiene derecho?
El número de personas que no consideraban presentar dicha necesidad se mantuvo constante en un 62,50%, destacando una reducción de necesidad no cubierta de 25% al 6,25%. No hubo diferencias respecto a la puntuación de los profesionales.

23. TRATAMIENTO ¿Está usted de acuerdo con el tratamiento que tiene prescrito?
El número de personas que no consideraban presentar dicha necesidad alcanzó el 81,25% al finalizar el estudio, así mismo, se eliminó la percepción de necesidad no cubierta a los 6 meses de estudio. No hubo diferencias respecto a la puntuación de los profesionales.

24. DELITO SEXUAL ¿Cree usted que presenta riesgo de cometer un delito sexual?
El número de personas que no consideraban presentar dicha necesidad se eliminó al finalizar el estudio. No hubo diferencias respecto a la puntuación de los profesionales.

25. INCENDIO ¿Cree usted que presenta riesgo de provocar un incendio?
El número de personas que no consideraban presentar dicha necesidad se eliminó a los 6 meses de estudio. No hubo diferencias respecto a la puntuación de los profesionales.

En relación a la presencia de necesidades totales desde la perspectiva de los usuarios, se ha objetivado una disminución media del 20% a lo largo de los 12 meses. Así mismo, al inicio del estudio un máximo del 22.55% de media no se encontraban cubiertas y tras el año seguimiento el número de necesidades máximas no cubiertas se redujo al 4%, incrementándose un 5,5% la media de las necesidades cubiertas.

Se destaca una reducción media de 2,75 en la puntuación de necesidades; encontrando que en la primera evaluación existía una puntuación de 7,69; a los

6 meses 6,63 y al finalizar el estudio una media de 4,94, siendo el 3,88 necesidades cubiertas y el 1, 06 necesidades no cubiertas, es decir, una disminución de 3 puntos de media en la percepción de necesidades no cubiertas: ¾ partes de la puntuación inicial.

En cuanto a la presencia de necesidades totales identificadas por los profesionales, se destaca una disminución de 4 puntos de media, encontrando que en la primera evaluación existían 9,94 necesidades de media y finalmente 5,94. Respecto a las necesidades cubiertas y no cubiertas, existe una disminución de 4,63 puntos de media en la percepción de necesidades no cubiertas, es decir, al final el estudio, sólo identificaban una necesidad de media no cubierta.

En comparativa entre los usuarios y los profesionales se puede identificar que los profesionales a lo largo del estudio han identificado un mayor número de necesidades. En cuanto a las necesidades no cubiertas, los usuarios identificaron en la primera evaluación un 52,80% de necesidades no cubiertas y finalmente, un 21,45%. Los profesionales identificaron al inicio del estudio un 56,60% de necesidades no cubiertas y finalmente un 16,80%.

La percepción de no tener necesidades insatisfechas por parte de los usuarios incrementó de un 69,20% a un 82,4%; +13,20%.

La percepción de no tener necesidades insatisfechas por parte de los profesionales incrementó de un 60,2% a un 76,20%: 13,20%; +16,20%.

Las necesidades que se han visto con mayor alteración han sido las relacionadas con los dominios de autocuidado, afrontamiento/tolerancia al estrés, seguridad y protección y sexualidad.

Por ello, los diagnósticos de cuidados que se han identificado como más prevalentes en el inicio del estudio según la relación de los ítems de necesidades identificados en la escala CANFOR y las características

definitorias de los diagnósticos enfermeros han sido: (22)

- [00097] Disminución de la implicación en actividades recreativas.
- [00126] Conocimientos deficientes.
- [00214] Disconfort.
- [00054] Riesgo de soledad.
- [00119] Baja autoestima crónica.
- [00052] Deterioro de la interacción social.
- [00055] Desempeño ineficaz del rol.
- [00053] Aislamiento social.
- [00065] Patrón de sexualidad ineficaz.

- [00146] Ansiedad
- [00074] Afrontamiento familiar comprometido.
- [00210] Deterioro de la resiliencia.
- [00241] Deterioro de la regulación del estado de ánimo
- [00067] Riesgo de sufrimiento espiritual
- [00140] Riesgo de violencia autodirigida

En cuanto, a los diagnósticos de cuidados relacionados con las necesidades presentadas por la muestra se han podido identificar la eliminación, a lo largo de los 12 meses, de problemas de cuidados relacionados con los dominios de autocuidado, afrontamiento/ tolerancia al estrés y seguridad/ protección (26). Aun así, se ha visto incrementado, el aumento de diagnósticos relacionados con el ámbito de la sexualidad.

Conclusiones

El contexto donde se encuentre inmersa la persona influirá en el cuidado de ésta, por tanto, en sus necesidades y capacidades.

A tenor de lo expuesto en cuanto a los efectos negativos de la prisionización, el aumento de necesidades en el medio comunitario durante el proceso de externalización y las características propias que presentan las personas con problemas de salud mental, se considera necesario alcanzar el mayor

conocimiento respecto a las necesidades de la mencionada población durante el periodo de estancia en prisión a fin de aumentar su capacidad para satisfacer dichas necesidades durante su estancia en las unidades penitenciarias de rehabilitación en salud mental.

La disminución de necesidades no cubiertas conllevará a una reducción de los problemas de cuidados derivados y, por consiguiente, un aumento de la funcionalidad asociada y de la calidad de vida resultante.

Tras el análisis de los datos obtenidos se puede vislumbrar, por un lado, el impacto del ambiente penitenciario en la satisfacción de necesidades específicas de relación social, y por contra, el aumento de la capacidad para satisfacer necesidades relacionadas con el propio autocuidado.

La investigación relacionada con el cuidado de la población atendida en las unidades de salud mental en el ámbito penitenciario es crucial para implementar programas de reinserción comunitaria efectivos de las personas que presentan un problema de salud mental a fin de realizar un proceso de recuperación competencial durante la estancia en prisión adecuando su nivel de cuidados a fin de alcanzar la capacidad para satisfacer sus propias necesidades de autocuidados.

Bibliografía

1. Peiró FA. Aspectos sociodemográficos , clínicos y de tratamiento de personas privadas de libertad atendidas en una consulta. 2016;

2. García Jarillo M, Caravaca Sánchez F, Sánchez Alcaraz C, Luna A. Estresores psicosociales percibidos en el proceso de reinserción social y tiempo restante de cumplimiento de condena en prisión. Rev Española Sanid Penit [Internet]. 2016;18:49–56.

3. Wallace D, Fahmy C, Cotton L, Jimmons C, McKay R, Stoffer S, et al. Examining the role of familial support during prison and after release on post-incarceration mental health. Int J Offender Ther Comp Criminol. 2016;60(1):3–20.

4. Thomas EG, Spittal MJ, Heffernan EB, Taxman FS, Alati R, Kinner SA. Trajectories of psychological distress after prison release: Implications for mental health service need in ex-prisoners. Psychol Med. 2016;46(3):611–21.
5. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Estudio sobre salud mental en instituciones penitenciarias. 2007;
6. Vicens Pons E, Tort V, Dueñas RM, Muro Á, Pérez-Arnau F, Arroyo JM, et al. Informe Prevalencia de Trastornos Mentales en centros penitenciarios españoles (Estudio PRECA). 2011.
7. Tort V, Rovira M, Macià L, López S. Coordinación con servicios externos en la excarcelación. Rev Española Sanid Penit. 2016;18:54–9.
8. Alonso Seco J sociales y atención a la dependenciasé. Servicios sociales y atención a la dependencia. Trab Soc hoy. 2005;(2):125–34.
9. Kinner SA, Young JT, Carroll M. The pivotal role of primary care in meeting the health needs of people recently released from prison. Australas Psychiatry. 2015;23(6):650–3.
10. Escuder Romeva G, Ochoa Güerre S, Ramos-Quiroga JA. Necessitats de la població atesa a les unitats psiquiàtriques penitenciaries de Catalunya. 2018;273.
11. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española [Internet]. 2020. Available from: https://dle.rae.es/
12. Orem DE. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Masson, editor. Barcelona; 1993.
13. Thomas S, Slade M, McCrone P, Harty M-A, Parrott J, Thornicroft G, et al. The reliability and validity of the forensic Camberwell Assessment of Need (CANFOR): a needs assessment for forensic mental health service users. Int J Methods Psychiatr Res [Internet]. 2008;17 Suppl 1(April):S78–82.
14. Long CG, Webster P, Waine JO, Motala J, Hollin CR, Andrews S. Usefulness of the CANFOR-S for measuring needs among mentally disordered offenders resident in medium or low secure hospital services in the UK: a pilot evaluation. Crim Behav Ment Heal. 2008;48:3070.
15. Abou-Sinna R, Luebbers S. Validity of assessing people experiencing mental illness who have offended using the camberwell assessment of need-forensic and health of the nation outcome scales-secure. Int J Ment Health Nurs. 2012;21(5):462–70.

16. O'Hara K, Forsyth K, Webb R, Senior J, Hayes AJ, Challis D, et al. Links between depressive symptoms and unmet health and social care needs among older prisoners. Age Ageing. 2016;45(1):158–63.
17. Escuder Romeva G, Gomollón Rubio LG, Ochoa Güerre S, Ramos Miravet MJ, González Cáceres A, Thomas SDM. Clinical validation of the CANFOR scale (Camberwell Assessment of Need-Forensic version) for the needs assessment of people with mental health problems in the forensic services. Actas españolas Psiquiatr [Internet]. 2010;38(3):129–37.
18. Jefatura del Estado. Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad. Boletín Of del Estado. 1986;
19. Ministerio de Justicia e Interior. Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario. Boletín Of del Estado [Internet]. 1996;40:1–96.
20. Jefatura del Estado. Instrumento de Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina). Boletín Of del Estado. 1999;36825–30.
21. Jefatura del Estado. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Boletín Of del Estado. 2018;294:1–68.
22. Heather Herdman T, Kamitsuru S. NANDA Internacional: Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2018 - 2020. Elsevier, editor. Barcelona; 2017.