



Observatori Català  
de la Justícia en  
Violència Masclista

# Salut mental i drogodependència de les dones a l'execució penal

## **Autores**

Gemma Escuder-Romeva  
Judit Deprez Molet  
Desiré Traver Edo  
Clara Serra Arumí  
Cèlia Cuadrado Vives  
Eva Infantes López  
Maria Sans Segura  
Jose Manuel Murillo López

Any 2024



Generalitat de Catalunya  
**Centre d'Estudis Jurídics  
i Formació Especialitzada**

L'Observatori Català de la Justícia en Violència Masclista ha editat aquesta recerca respectant el text original de les autores, que en són responsables de la correcció lingüística.

Les idees i opinions expressades en aquest document són de responsabilitat exclusiva de les autores, i no s'identifiquen necessàriament amb les de l'Observatori.

## **Avís legal**



Aquesta obra està subjecta a una llicència de [Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada 4.0 No adaptada de Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Així doncs, es permet la reproducció, la distribució i la comunicació pública del material, sempre que se citi l'autoria del material i l'Observatori Català de la Justícia en Violència Masclista (Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada, Departament de Justícia) i no se'n faci un ús comercial ni es transformi.



SECRETARÍA DE ESTADO  
DE IGUALDAD  
Y CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO  
DELEGACIÓN DEL GOBIERNO  
CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO

**016** ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE  
MALOS TRATOS POR VIOLENCIA DE GÉNERO

Activitat finançada a càrrec del crèdits rebuts del Ministeri d'Igualtat  
(Secretaria d'Estat d'Igualtat i contra la Violència de Gènere)

## **Abreviatures**

**A.** Ansiolítics.

**AD** Antidepressius.

**AIT** Atenció Informada en Trauma.

**AP** Antipsicòtics.

**APDHA** Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía.

**BZD** Benzodiazepines o ansiolítics benzodiazepínicos.

**CAP** Centres d'Atenció Primària.

**CAS** Centre d'Atenció i Seguiment a les drogodependències.

**CC** Cocaïna.

**CEJFE** Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada.

**CIRE** Centre d'Iniciatives per a la Reinserció.

**CP** Centre Penitenciari.

**CP B1** o **B1** Centre Penitenciari Brians 1. En concret, es fa referència al mòdul de dones que hi ha.

**CP DB** o **DB** Centre Penitenciari de Dones de Barcelona.

**D** Dades.

**DAE** Departament d'Atenció Especialitzada.

**DAE-DID** Departament d'Atenció Especialitzada per a homes a presó amb Discapacitat Intel·lectual i del Desenvolupament.

**DE** Departament Especial. En concret, DED és Departament Especial de Dones.

**DETR** Departament Especial de Règim Tancat.

**DGAIA** Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència.

**DID** Discapacitat Intel·lectual i del Desenvolupament.

**DO** Mòdul de Dones.

**DS** Departament de Sancions.

**DSM-5** Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (fifth edition). En català, és el Manual Diagnòstic i Estadístic dels trastorns mentals (cinquena edició).

**DTE** Desiré Traver Edo.

**EAIA** Equips d'Atenció a la Infància i l'Adolescència.

**ED** Expedients Disciplinaris.

**EMAR** Estat Mental d'Alt Risc. En concret, de transició a la psicosi.

**EMD** Equip/s MultiDisciplinar/s.

**EpD** Equip Directiu.

**EPI** Entorns Psicològicament Informats.

**ESMiA** Equips de Salut Mental i Addiccions.

**ETEP** Equips Tècnics d'Execució Penal.

**EUA** Estats Units d'Amèrica.

**GT** Grup de Treball.

**ICD-11** International statistical Classification of Diseases and related health problems (eleventh version). En català, és la Classificació Internacional de Malalties i problemes relacionats amb la salut (onzena edició).

**ICS** Institut Català de la Salut.

**INF** Infermeria.

**L** Literatura.

**LGBTIQA+** lesbianes (L), gais (G), bisexuals (B), transsexuals (T), intersexuals (I), queer (Q), asexuals-agèneres-arromàntics (A) i + (altres orientacions i identitats de gènere).

**LLD** Llibertat Definitiva.

**LL prov.** Llibertat provisional.

**MID** Mòdul d'Integració a la Diversitat.

**N** número de dones.

**NBZD** ansiolítics no benzodiacepínicos.

**OCJVM** Observatori Català de la Justícia en Violència Masclista.

**OH** Alcohol.

**OMS** Organització Mundial de la Salut. En anglès, **WHO** World Health Organization.

**OP** Opinions dels i de les Professionals.

**PCP** Programa de Col·laboració amb Atenció Primària.

**PIT** Programa Individualitzat de Tractament.

**PMOC** Subprograma de Manteniment i Promoció de Recaigudes.

**PMM** Programa de Manteniment de Metadona.

**PPS** Protocol de Prevenció de Suïcidis.

**PRT** Prison Reform Trust.

**PSC** Psicologia.

**PSI** Pla de Suport Individualitzat.

**PSQ** Psiquiatria.

**PSSJD** Parc Sanitari Sant Joan de Déu.

**RP** Rellevància de la proposta.

**SdM** Susceptibilitat de modificació.

**SIPC** Sistema d'Informació Penitenciària Català.

**SJD** Sant Joan de Déu.

**SM** Salut Mental.

**SO** Secció Obert.

**T.** Trastorn.

**TC d'impulsos** Trastorn del control d'impulsos.

**TCA** Trastorns de la Conducta Alimentària.

**TDAH** Trastorn per Dèficit d'Atenció i Hiperactivitat.

**TEPT** Trastorn d'Estrès Post Traumàtic.

**THC** Cànnabis.

**TLP** Trastorn Límit de la Personalitat.

**TMG** Trastorn Mental Greu, o també, **TMS** Trastorn Mental Sever.

**TO** Teràpia Ocupacional.

**TP** Trastorn de la Personalitat.

**TPCB** Trastorn de la Personalitat Clúster B.

**TPCC** Trastorn de la Personalitat Clúster C.

**UHPP-C** Unitat d'Hospitalització Psiquiàtrica Penitenciària de Catalunya.

**UMS** Unitat de Medi Semiobert.

**UTE** Unitat Temporal d'Empreses.

**VD** Veus de les Dones.

# SUMARI

1. Introducció.....	12
1.1 Justificació .....	12
1.2. Revisió de la literatura .....	13
1.2.1. Perspectiva de gènere .....	13
1.2.2. Poblacions i taxes de prevalença.....	17
1.2.2.1. Mundial.....	17
1.2.2.2. Estats Units d'Amèrica (EUA).....	17
1.2.2.3. Austràlia.....	17
1.2.2.4. Europa.....	17
1.2.2.5. Gran Bretanya .....	17
1.2.2.6. Irlanda.....	18
1.2.2.7. Espanya.....	18
1.2.3. Impacte de la reclusió: rehabilitació i reinserció?.....	18
1.2.4. Reincidència .....	21
1.2.5. Salut Mental .....	23
1.2.5.1. Estigma .....	26
1.2.5.2. Relacions i vincles .....	27
1.2.5.3. Autonomia, privacitat i intimitat .....	28
1.2.5.4 Qualitat de vida i benestar .....	29
1.2.5.5. Valoració de l'atenció professional.....	30
1.2.6. Casos d'alta complexitat.....	31
1.2.7. Experiències traumàtiques i simptomatologia posttraumàtica .....	32



1.2.7.1. Intervenció: Atenció informada sobre el trauma a presons i programes de tractament .....	38
1.2.8. Autolesions no suïcides .....	42
1.2.9. Suïcidi .....	44
1.2.10. Psicofarmacologia .....	44
1.2.10.1. Adherència al tractament.....	45
1.2.11. Drogues .....	46
1.2.12. Professionals.....	52
1.3. Model d'atenció a la Salut Mental Penitenciària a Catalunya .....	56
1.4. Model d'atenció a les Drogodependències .....	60
2. Objectius.....	63
2.1. Objectiu general.....	63
2.2. Objectius específics.....	63
3. Aspectes metodològics .....	64
3.1. Les dades.....	65
3.1.1. Dades 2022.....	65
3.1.2. Dades 2023.....	66
3.2. Les veus de les dones.....	67
3.3. Les opinions dels i de les professionals.....	68
3.4. El grup de treball.....	69
4. Resultats .....	71
4.1. Dades dels sistemes d'informació.....	71
4.1.1. Dades 2022.....	71
4.1.2. Dades 2023.....	75
4.1.2.1. Dades d'atenció l'any 2023 per professionals.....	80

4.1.2.2. Dades d'atenció l'any 2023 segons diagnòstics .....	82
4.1.2.3. Consum de substàncies .....	85
4.1.2.4. Experiències traumàtiques i simptomatologia posttraumàtica.....	85
4.1.2.5. Tractament psicofarmacològic.....	86
4.1.2.6. Situació penal .....	89
4.1.2.7. RisCanvi.....	92
4.1.2.8. Expedients disciplinaris .....	106
4.2. Les veus de les dones.....	109
4.2.1. La mostra .....	109
4.2.2. Les narratives.....	109
4.2.2.1. Procés d'adaptació .....	109
4.2.2.2. Procés de reinserció.....	110
4.2.2.3. Benestar emocional .....	111
4.2.2.4. Salut Mental .....	118
4.3. Les opinions dels i les professionals.....	119
4.3.1. La mostra .....	119
4.3.1. Les opinions.....	120
4.3.1.1. Procés d'adaptació .....	120
4.3.2.2. Procés de reinserció.....	122
4.3.2.3. Salut mental i benestar emocional.....	124
4.3.2.4. Casos complexos.....	126
4.3.2.5. Perspectiva de gènere .....	127
4.4. El grup de treball.....	128
5. Discussió .....	129
6. Conclusions.....	153

7. Detecció de necessitats .....	157
8. Propostes .....	170
9. Referències bibliogràfiques.....	189
10. Annexos .....	225
Annex 1. Entrevista a les dones .....	225
Annex 2. Qüestionari als i a les professionals.....	229
Annex 3. El grup de treball.....	230
Annex 4. Taules dades 2023.....	234
Annex 5. Propostes en funció de les necessitats detectades .....	240
Annex 6. Puntuació per a la prioritització de propostes.....	245

# 1. Introducció

## 1.1 Justificació

Aquest projecte es basa en una perspectiva transversal de gènere amb la premissa de vertebrar tots els apartats d'aquest informe amb aquesta visió. Tanmateix, la predisposició d'aquesta elaboració farà evident la necessitat de manifestar una revisió continuada i crítica avançant cap a una mirada més allunyada de l'hegemonia. Aquest objectiu comporta seguir treballant i desenvolupant una mirada feminista i interseccional com a eina integradora per a la millora de l'atenció de les dones en situació privativa de llibertat a través de la cura de la salut mental. Aquesta mirada facilitarà el reconeixement en l'àmbit penitenciari d'aquells col·lectius de dones vulnerables, racialitzades, LGBTIQ+ i les seves situacions d'infrarepresentació, oblit i marginalització. Això és particularment rellevant a nivell social, ja que té a veure amb la imatge social que se'n té, i que, en conseqüència, influeix en la qualitat de vida i la salut mental d'aquestes persones. A més a més, aquesta realitat en l'àmbit penitenciari és veu amplificada donat que es tracta d'entorns tancats i masculinitzats, on es veuen augmentades les vulnerabilitats, les desigualtats, el risc de patir discriminacions i les afectacions a la salut mental. Així mateix, aquesta elaboració podrà influir en una lectura ajustada dels historials delictius, la vida a presó, el procés de rehabilitació i la posterior vida en llibertat.

El sistema penal actual reproduceix i reflecteix les ideologies de la societat en la que s'erigeix. D'altra banda, convé destacar com les vulnerabilitats, desigualtats i discriminacions adquireixen formes diverses totes provinents de les violències. Aquestes situacions es poden manifestar i significar com a experiències traumàtiques i esdeveniments vitals estressants influents en múltiples conseqüències, i entre d'altres, afectacions a la salut mental. Actualment, aquesta situació es manifesta principalment en les dones i els col·lectius mencionats, i passa en la majoria d'etapes vitals, essent molt rellevants la infància i la vellesa. Aquest fenomen s'observa a la majoria d'estrats socials, especialment en aquells amb més nivell de pobresa.

## 1.2. Revisió de la literatura

### 1.2.1. Perspectiva de gènere

Les dones privades de llibertat representen una de les poblacions més invisibles i incompreses de la societat (Fryer, 2006; Girshick, 1999; Talvi, 2007). Aquest fet ha persistit temps ja que les dones empresonades constitueixen una petita proporció de la població reclusa a nivell mundial, amb dades que oscil·len entre el 2% i el 9%, amb una mitjana al voltant del 4% (Àrea de Càrcels de la APDHA, 2020). Aquest percentatge només augmenta fins al 9% en 12 sistemes penitenciaris d'arreu del món (Campos-Rius *et al.*, 2022). Cal destacar que es tracta d'una població que sovint és ignorada donada la seva petita prevalença, sent habitualment una població exclosa i ignorada en els estudis de salut o salut mental (Wickliffe *et al.*, 2019).

En la població general adulta, les dades indiquen una major prevalença dels diagnòstics de salut mental en les dones en comparació amb els homes (Observatori del Sistema de Salut de Catalunya, 2018; Subdirección General de Información Sanitaria, 2021). Aquesta tendència s'accentua en la població de dones empresonades (Batlle Manonelles, 2021), amb una mitjana de 5 vegades més experiències d'afectació a la salut mental (Tyler *et al.*, 2019). Les dones empresonades solen tenir més problemes de salut mental que les dones de la població general i també que els homes empresonats. Hi ha una estreta relació entre l'historial delictiu i la seva salut mental, així com la seva salut física. A més a més, hi ha col·lectius menys representats, més marginats i més vulnerables, ja que els entorns tancats augmenten encara més la vulnerabilitat i el risc de discriminació (Enggist *et al.*, 2014).

Segons la literatura, la prevalença d'algunes afectacions de la salut mental de les dones empresonades corresponen a un 3,9% de trastorns psicòtics, un 14,1% de trastorns depressius majors, entre un 10% i un 24% d'alcoholisme, i entre un 30% i un 60% de diagnòstic relacionat a altres consums de drogues (Fazel *et al.*, 2016). Pel que fa aquest últim diagnòstic, hi ha altres aportacions científiques que apunten a una prevalença major, de fins un 75% (Enggist *et al.*, 2014). Pel que fa a les experiències traumàtiques, cal destacar que el trastorn

per estrès posttraumàtic el pateixen el 21% de les dones privades de llibertat (Baranyi *et al.*, 2018).

La situació de les dones empresonades es caracteritza per una tendència a la realització de conductes autolesives i de suïcidi, així com la seva exposició a conductes addictives, d'exploració sexual i diverses formes de violència, abusos i maltractaments (Àrea de Càrcels de la APDHA, 2020). En particular, les taxes de suïcidi són més elevades en les dones empresonades en comparació amb les dones de la població general (Batlle Manonelles, 2021). Aquesta realitat sosté que les dones recluses tinguin 20 vegades més probabilitat de morir per suïcidi durant l'empresonament que la població general, i 36 vegades un any després del seu alliberament (Fazel *et al.*, 2016; Pratt *et al.*, 2010).

Hi ha evidència que destaca que la freqüència d'haver viscut experiències traumàtiques dins de la presó és més alta en la població de dones que en la dels homes empresonats (Enggist *et al.*, 2014). A més a més, les experiències traumàtiques al llarg de la vida estan estretament relacionades amb les afectacions a la salut mental que les dones empresonades poden patir, i aquestes també poden ser factors criminògens que influeixen en la vida a la presó i després de la llibertat (Alves *et al.*, 2016; Baillargeon *et al.*, 2009; Batlle Manonelles, 2021; Gunter *et al.*, 2012).

Aquestes aportacions posen de manifest la importància de diferenciar les necessitats en la cura de la salut mental de les dones empresonades, que difereixen àmpliament de la dels homes (Batlle Manonelles, 2021; Campos-Rius *et al.*, 2022). No obstant això, aquesta crida cap a un abordatge específic i personalitzat des d'una perspectiva de gènere adquireix importància quan les necessitats d'atenció a la salut mental de les dones empresonades tenen en compte les desigualtats existents a l'entorn penitenciari i que es traslladen a la comunitat exterior (Àrea de Càrcels de la APDHA, 2020), així com la capacitat de comprendre i abordar històries traumàtiques, vulnerabilitats, desigualtats i discriminacions viscudes al llarg de la seva vida (Bright *et al.*, 2022; Martin Fortunato, 2015). Poder parlar i donar veu a les dones empresonades i les

seves realitats ajuda a desestigmatitzar-les i permet augmentar-ne la comprensió social (Bove & Tryon, 2018).

Les dones empresonades reporten una percepció més negativa de la seva qualitat de vida durant la seva estada a la presó en comparació amb els homes empresonats, a causa de les situacions vinculades a les desigualtats del context que destaquen la manca d'adequació a les seves necessitats (Aguilar Conde, 2020). Precisament les dones a la presó es troben a dins d'un sistema dissenyat principalment per homes i per als homes. Aquest fet fa que sigui necessari un re-enfocament de gènere que atengui les necessitats de les dones empresonades (Craissati *et al.*, 2020; Enggist *et al.*, 2014). A més a més, existeix evidència que demostra com l'ingrés de les dones a la presó comporta una forma addicional d'exclusió afegida que es superposa a la pròpia condició d'empresonades, i aquesta situació no millora quan es té en compte que la majoria d'elles han sigut victimitzades (Aguilar Conde, 2020).

En aquest context, és urgent centrar i implementar a nivell internacional una atenció en la salut mental amb perspectiva de gènere (Bright *et al.*, 2022). S'ha observat un augment de la demanda d'atenció de la salut mental específica per a gènere a les presons en els darrers anys, el que destaca la necessitat de posar l'èmfasi en les dones empresonades (Bright *et al.*, 2022; Public Health England, 2018). Pel que fa les intervencions realitzades, l'evidència mostra la manca d'atenció cap a les diferències de gènere i la manca de recomanacions des d'aquesta perspectiva (Bright *et al.*, 2022). Hi han molt pocs programes acreditats i dissenyats específicament per a dones i les seves necessitats (Craissati *et al.*, 2020). El serveis penitenciaris han de prestar una atenció acurada a les necessitats especials de les dones, incloses les necessitats específiques d'atenció sanitària, i garantir un sistema d'atenció sensible al gènere (Enggist *et al.*, 2014). Hi ha una manca de programes apropiats i enfocats en àmbits com el laboral, el vocacional i la rehabilitació per a dones (Christian *et al.*, 2015). Les dones necessiten un accés igualitari a la formació educativa i professional, així com d'altres programes i serveis específics segons el sexe, gènere i edat, i assessorament pel que fa casos de violència, agressions, abusos i discriminacions (Christian *et al.*, 2015).

Alhora, també cal que tots els recursos, instruments i criteris d'avaluació, classificació, etc., estiguin adaptats a les dones per obtenir la informació necessària i essencial sobre vivències de violència, experiències traumàtiques, problemes relacionats amb la salut mental, consum, ús i abús de substàncies, abús o negligències parentals de responsabilitats, entre d'altres (Christian *et al.*, 2015). Les dones empresonades pateixen desproporcionadament de problemes i trastorns mentals, per això és important evitar fer diagnòstics i classificacions inadequades, que podrien augmentar el risc i exacerbar els problemes i trastorns mentals ja presents (Christian *et al.*, 2015). Per tal de fer-ho correctament, cal sempre prendre una visió amb perspectiva de gènere i treballar des d'aquesta perspectiva. És important que les eines de diagnòstic i avaluació siguin sensibles al gènere, com també ho siguin els programes i intervencions (de Vogel *et al.*, 2023).

En resum, l'entitat Prison Reform Trust (PRT) (Critoph, 2019) destaca diversos aspectes importants amb relació a les dones empresonades que requereixen una reflexió i un enfocament amb perspectiva de gènere. Aquests aspectes inclouen el motius i causes de l'empresonament; els estils de gestió i organització penitenciaris, les eines de valoració, avaluació i classificació a presó; l'accés a les tecnologies; l'accés i participació a programes i intervencions, oportunitats adequades i el procés de rehabilitació, que varia segons si es tracta de sentències breus o més llargues, ja que les necessitats i experiències poden ser molt diferents (Vince & Evison, 2023).

Així doncs, és important destacar que malgrat les evidències que mostren les necessitats específiques de les dones a la presó, encara no hi ha estàndards específics establerts ni consensuats amb relació a la salut i benestar de les dones empresonades (McCann *et al.*, 2019). Cal fer una crida a que aquestes qüestions es tractin amb una perspectiva de gènere que influeixi en la política penal, els serveis mèdics, els programes terapèutics, l'arquitectura i el disseny dels centres penitenciaris, de manera que siguin sensibles a les necessitats específiques de les dones privades de llibertat, així com a les seves històries de vida, que habitualment inclouen vivències de violències i experiències traumàtiques (Jewkes *et al.*, 2019; Vilhjalmsdottir *et al.*, 2023). A més a més, no podem passar per alt la necessitat que tot el personal que treballa amb dones



privades de llibertat, especialment el personal de les unitats de sanció o primers graus, estigui adequadament format per oferir serveis i donar directrius de manera sensible al gènere i a la interculturalitat (Taylor *et al.*, 2017; Van Hout & Mhlanga-Gunda, 2018).

## **1.2.2. Poblacions i taxes de prevalença**

### **1.2.2.1. Mundial**

Des de l'any 2000, la població de dones empresonades ha augmentat en un 53%, arribant a ser un total de 714.000 dones que han estat empresonades (Walmsley, 2017). Les dones solen representar entre el 2% i el 9% de la població penitenciària. Només 12 dels sistemes penitenciaris d'arreu del món registren un percentatge superior al 9% (Campos-Rius *et al.*, 2022). La mitjana de dones empresonades al món és d'un 4% (Àrea de Càrcels de la APDHA, 2020).

### **1.2.2.2. Estats Units d'Amèrica (EUA)**

Entre l'any 1980 i el 2019, la població de dones recluses als EUA ha augmentat un 700%, arribant a un total de 222.455 dones que han estat empresonades (Carson & BJS Statistician, 2020; Zeng, 2020).

### **1.2.2.3. Austràlia**

Sense disposar de dades actualitzades de poblacions penitencieres, s'ha informat que entre l'any 2019 i el 2020 es va observar una reducció del 10% de la població de dones empresonades a causa de les restriccions ocasionades per la pandèmia de la COVID-19 (Australian Bureau of Statistics, 2020).

### **1.2.2.4. Europa**

D'entre tota la població reclusa a Europa, el 4,5% són dones (Àrea de Càrcels de la APDHA, 2020).

### **1.2.2.5. Gran Bretanya**

El país disposa de 12 presons on les dones poden ser internades (Ministry of Justice, 2019). La prevalença de dones empresonades dins el total de persones privades de llibertat oscil·la entre el 4,1% (World Prison Brief, 2021) i el 5% (Craissati *et al.*, 2020). Aquestes dones, de mitjana, compleixen penes de presó d'11,3 mesos (Ministry of Justice, 2019). A més, el 73% de les dones que han complert una condemna, reincideixen en els 12 mesos següents o menys de la seva sortida de presó (Vince & Evison, 2021).

#### **1.2.2.6. Irlanda**

El país disposa de 2 presons on les dones poden ser empresonades (Irish Prison Service, 2019). S'ha vist que el número de dones condemnades a presó està augmentant més ràpid que el dels homes (Central Statistics Office, 2019). La mitjana de duració de les penes a presó de les dones és de 3 mesos o menys (Irish Prison Service, 2019).

#### **1.2.2.7. Espanya**

S'ha observat una tendència a la baixa de les dones a la presó (Álvarez Pérez *et al.*, 2021). L'any 2017, les dones empresonades representaven el 7,48% de la població total penitenciària (Juanatey Dorado, 2018). L'any 2019, aquest percentatge va ser del 7,7%, amb un total de 4.518 dones (Área de Cárceles de la APDHA, 2020), i l'any 2020, es va reduir a un 7,4% (Álvarez Pérez *et al.*, 2021).

### **1.2.3. Impacte de la reclusió: rehabilitació i reinserció?**

Tant l'empresonament com les condicions d'aquest tenen dimensions de gènere (Bartlett & Hollins, 2018). L'empresonament en si mateix genera malestar en totes les persones, i encara més en el cas de les dones (Martínez Perza *et al.*, 2022).

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) assenyala que la soledat forçada, la manca de privacitat i la falta d'activitats significatives són factors ambientals importants en les persones privades de llibertat que contribueixen a que les presons i l'empresonament tinguin un impacte negatiu en la salut mental

(Stephenson *et al.*, 2021; World Health Organisation & International Committee of Red Cross, 2005).

Les dones tendeixen a establir vincles dins del centre penitenciari que imiten les estructures familiars, coneguts com a pseudofamílies. També tenen una major tendència a generar vincles afectius i sexuals per satisfer les seves necessitats de suport emocional (Batastini *et al.*, 2022; Kolb & Palys, 2018). No obstant això, un clima social positiu pot portar molts beneficis. En canvi, en ocasions es troben amb climes de convivència negatius, el que pot ser perjudicial pel desenvolupament personal de les persones empresonades, fent que la presó sigui més incòmoda, hostil i destructiva. A més a més, un clima social negatiu no només limita la reinserció, sinó que també augmenta les probabilitats de reincidència (Aguilar Conde, 2020). En el cas de les dones, això pot deure's a la manca d'espais, la manca de recursos, la presència de tallers sexistes, l'aïllament i el distanciament de la família, l'experiència de violències i discriminacions tant prèvies com en l'entorn penitenciari, entre d'altres factors. Tot això pot agreujar la situació de les dones empresonades i tenir un impacte negatiu en la seva salut mental (Àrea de Càrceles de la APDHA, 2020; Critoph, 2019; WHO Regional Office for Europe, 2023).

Les dones tendeixen a presentar més símptomes d'estrès i ansietat quan estan privades de llibertat en comparació als homes a presó. L'empresonament pot ser percebut com un esdeveniment traumàtic que té efectes nocius sobre el seu benestar psicològic, emocional i físic. La falta d'ocupació i una oferta limitada de programes formatius i laborals que permetin ocupar el temps de forma constructiva també contribueix a aquesta percepció (Vilhjalmsdottir *et al.*, 2023). Aquest estrès extrem que poden viure les dones durant l'empresonament pot generar problemes de salut mental o augmentar exponencialment els que ja pateixen (Christian *et al.*, 2015).

La reclusió hauria de ser una experiència on desenvolupar noves maneres d'interactuar amb els seus entorns socials fora de l'esfera delictiva i d'accedir a una atenció a la salut mental de qualitat (Bright *et al.*, 2022). No obstant això, les dones empresonades participen poc en programes de tractament, la qual cosa no afavoreix a la rehabilitació ni a la reinserció. Això també pot ser atribuït

a la manca de coneixement que tenen sobre els recursos disponibles i a vegades la comprensió incompleta dels objectius dels programes dels quals participen, cosa que qüestiona la seva idoneïtat (Aguilar Conde, 2020).

A causa de les poques presons específiques per a dones o a la manca de mòduls per a dones, moltes d'elles compleixen condemna lluny de casa seva, fet que també afecta el manteniment del vincle familiar, especialment amb els seus fills i filles, en el cas que en tinguin. Aquest és un dels aspectes que té un impacte més perjudicial per a la seva salut mental quan estan empresonades. Estudis han demostrat que les dones es veuen més afectades que els homes per la pèrdua de contacte amb amistats i família, especialment els fills i les filles (Crewe *et al.*, 2017). A més a més, moltes dones són les principals cuidadores dels seus fills i d'altres membres de la família, fet que requereix un procés d'adaptació a la situació. Per tant, és important proporcionar-los més temps de contacte amb la família, com per exemple poder passar nits junts. Quan s'aproxima el final de la seva estada a presó, és essencial permetre'ls passar temporades curtes juntes i llavors anar ampliant progressivament el temps que passen fora, així com acompanyar-les en la recuperació de la confiança gradualment (Critoph, 2019; Critoph *et al.*, 2020).

La mateixa privació de llibertat implica una reducció de la capacitat d'autogestió i autodeterminació, aspecte que genera efectes negatius a la capacitat de les dones privades de llibertat de gestionar les pròpies necessitats d'atenció (Ahmed *et al.*, 2016; Bright *et al.*, 2022). Un altre impacte negatiu de la reclusió consisteix en que les penes privatives de llibertat és perceben com a bastant llargues i van acompanyades d'una gran incertesa. Les dones empresonades emfatitzen en la impotència a l'hora de prendre decisions, ja que en la major part de les ocasions, depenen de l'aprovació del personal funcionari o d'altres professionals. Tot això limita la seva llibertat d'elecció, no nomé quan es produeix la seva entrada i estada a presó, sinó que també pel que fa referència a les decisions sobre els seus processos terapèutics i/o de reinserció. A més, moltes dones privades de llibertat refereixen haver rebut un tracte paternalista i infantilitzador (Mertens & Vander Laenen, 2020), i també relaten sentiments de degradació, humiliació i cosificació, amb posteriors conseqüències en

l'autopercepció. Reporten tenir sentiments de tristesa, soledat, abandonament, ira, ansietat, estrès, i depressió (Miranda Seixas Einloft *et al.*, 2023) .

Les setmanes prèvies a sortir de presó i just les posteriors a ser fora són particularment importants per determinar si la rehabilitació i el tractament dins presó ha funcionat i és exitós (Critoph, 2019; Critoph *et al.*, 2020). Les dones reclamen més assessorament després de la llibertat definitiva. Senten que no tenen les mateixes oportunitats que els homes. Les dones coincideixen en expressar que se senten impotents respecte a la arribada de la seva llibertat definitiva (Vilhjalmsdottir *et al.*, 2023), i senten una falta de planificació del futur i de capacitat de gestionar la incertesa (Vince & Evison, 2023).

Calen més programes i oportunitats ocupacionals i de formació, com també de treball i creixement personal. També fan falten intervencions en activitats físic-esportives en centres penitenciaris de dones (Campos-Rius *et al.*, 2022).

Aquesta falta d'opcions adequades i realistes suma una barrera més cap a serveis i recursos que enlloc d'ajudar a la rehabilitació i a la posterior reinserció, limiten i frenen la seva millora (Critoph, 2019). Alhora, totes aquestes activitats continuen estan molt esbiaixades pels rols sexistes i els reforcen, cal frenar la feminització d'algunes feines i formacions, i fomentar la igualtat quant a recursos, activitats, tallers, etc., entre dones i homes, i també entre el què s'ofereix dins de la presó i a la comunitat (Área de Cárceles de la APDHA, 2020; Critoph, 2019).

#### **1.2.4. Reincidència**

Tal com ja s'ha comentat, a les presons de dones o mòduls per a dones hi ha recursos limitats, inadequats i instal·lacions que normalment estan dissenyades per als homes a presó, pocs programes de rehabilitació, i molts i moltes professionals que no estan formats ni preparats per poder atendre les necessitats de les dones privades de llibertat (Craissati *et al.*, 2020; Critoph *et al.*, 2020; Enggist *et al.*, 2014). Així com, un cop la persona es troba en llibertat, la quantitat i qualitat del suport encara es veu més dràsticament disminuïda (Almeda, 2005), cosa que pot influir directament en la reincidència.

En lloc d'entendre i contextualitzar com les dones empresonades han hagut d'afrontar les violències, les experiències traumàtiques i l'opressió al llarg de la seva vida, el sistema es continua centrant en problematitzar i intentar intervenir en el que han fet per a poder sobreviure. Seria imprescindible poder realitzar una intervenció on no només es parli del reconeixement del delicte, sinó que també s'abordin els factors sistèmics i interpersonals, i les necessitats socials i mentals de les dones (Caravaca-Sánchez *et al.*, 2019). Aquesta seria una bona forma de comprendre les causes i variables que hi estan influïent, així com per dissenyar programes que promoguin opcions de vida alternatives a la delictiva, així com que fomentin el desistiment delictiu i evitin així la reincidència.

La majoria dels tractaments, recursos i programes disponibles es van dissenyar originalment per atendre a homes (Bloom *et al.*, 2005; Critoph, 2019). Però les evidències demostren que les intervencions terapèutiques amb perspectiva de gènere que es focalitzen en el gènere redueixen el risc de reincidència (Gobeil *et al.*, 2016). Així doncs, és important que aquestes intervencions estiguin centrades en poder crear entorns que reconeixen i abordin les vulnerabilitats, desigualtats, discriminacions (violències, pobresa, consum de substàncies, etc.) que condueixen a les dones al sistema de justícia penal (Bloom *et al.*, 2005; Covington & Bloom, 2007), sent imprescindible l'abordatge de les experiències traumàtiques (Gobeil *et al.*, 2016), i reconeixent els factors socials i polítics únics que componen la identitat femenina.

Tenint en compte l'impacte de la reclusió en les dones, sobretot a nivell de salut mental, tal com s'ha explicat en l'apartat anterior, cal plantejar-se la implementació de mesures alternatives davant l'ingrés a presó en règim ordinari, atès que s'ha vist que les sentències més curtes són menys efectives en comparació amb les sentències en comunitat, s'hauria de valorar que les condemnes per delictes lleus es compleixin en recursos extra-penitenciaris, com ara centres d'inserció social, etc. (Àrea de Càrcels de la APDHA, 2020; Gascón, 2020; Martínez Perza *et al.*, 2022; O'Donnell, 2023). Com també recórrer a la presó preventiva i al compliment de condemna en medi tancat en les dones amb càrregues familiars i circumstàncies específiques (embarassades, etc.) només com a últim recurs després d'haver explorat totes les opcions possibles (Enggist *et al.*, 2014; Juanatey Dorado, 2018). Això,

encara té més sentit pensar-ho quan les dones són reincidents, ja que cal entendre per què està passant i on el sistema les està fallant.

A més a més, tal i com s'ha mencionat anteriorment, les evidències apunten que les experiències d'abús domèstic, físic, emocional, etc., és a dir, les experiències traumàtiques, posttraumàtiques i els esdeveniments vitals estressants, quan no estan resolts, en les persones empresonades poden ser factors criminogènics, i desencadenar resultats adversos durant la vida a presó i la posterior llibertat, i també influir en la reincidència (Alves *et al.*, 2016; Baillargeon *et al.*, 2009; Enggist *et al.*, 2014; Gunter *et al.*, 2012).

### **1.2.5. Salut Mental**

Les persones empresonades tenen una salut mental més precària, amb altes taxes de suïcidi, autolesions i violència, així com una prevalença més elevada de trastorns mentals greus en comparació amb la població general (Fazel *et al.*, 2011; Fazel & Seewald, 2012; L. T. Harris & Harris Review panel, 2015; Hawton *et al.*, 2014; Rivlin *et al.*, 2013). Es creu que l'entorn penitenciari contribueix a aquestes dades, especialment en aquelles persones amb més vulnerabilitats (Marzano *et al.*, 2011; Slotboom *et al.*, 2011; Stephenson *et al.*, 2021).

Cada vegada més, les investigacions destaquen que a les presons es troben les instal·lacions de salut mental més grans. L'empresonament massiu, la pobresa, el consum de drogues, combinat amb falta i dificultat d'accés als tractaments han conduït a la criminalització de les persones amb trastorn mental greu (TMG) com a conseqüència d'un sistema que no està preparat per abordar adequadament les seves necessitats i problemes (Shelton *et al.*, 2020; Vilhjalmsdottir *et al.*, 2023). A més a més, les situacions d'aïllament agreugen els trastorns mentals de les persones a presó, i aquestes s'haurien de protegir de les mesures restrictives de confinament (WHO Regional Office for Europe, 2023). Cal destacar que el règim penitenciari està pensat per i pels homes, incloent-hi la seguretat. D'aquesta manera, les dones es veuen immerses en un sistema i un règim que no s'adapta a les seves necessitats i que comporta un

alt grau d'aïllament a les cel·les, sense tenir en compte el seu grau de conflictivitat ni les seves necessitats de gènere (Bartlett & Hollins, 2018).

Aproximadament el 80% de les dones privades de llibertat tenen un diagnòstic de trastorn mental (World Health Organisation, 2021). Diverses investigacions conclouen que les dones empresonades experimenten més problemes de salut mental que els homes empresonats, i que les seves necessitats en aquest àmbit difereixen significativament (Batlle Manonelles, 2021). Sovint, se'ls fa un diagnòstic erroni a causa de conductes que no coincideixen amb les normes de gènere tradicionals o per raonaments sexistes (Batlle Manonelles, 2021).

El 34,7% de la població penitenciària espanyola refereix haver estat diagnosticat/da alguna vegada a la seva vida d'un trastorn mental o emocional, essent la prevalença d'un 42,3% entre les dones d'un 34,3% entre els homes. Es destaca especialment que les dones entre els 35 i 44 anys, mostren la prevalença més alta, arribant al 46,9% (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones *et al.*, 2023).

Les dones empresonades presenten una tendència d'entre 2 i 7 vegades més elevada de problemes de salut mental en comparació amb la població general de dones (Galán Casado *et al.*, 2021). Les dones empresonades tenen una mitjana de 5 vegades més problemes relacionats amb la salut mental que les dones de la població general (Tyler *et al.*, 2019). També s'observen alts percentatges de simptomatologia auto-percebuda relacionada amb trastorns mentals, trastorns de l'estat d'ànim, ansietat i aspectes cognitius en les dones en entorns de semi-llibertat (Galán Casado *et al.*, 2021).

És en aquest grup on es detecta una sobrerrepresentació dels trastorns mentals. Les condicions o problemes de salut mental més comuns en les dones empresonades inclouen depressió, ansietat, trastorn d'estrès posttraumàtic (TEPT), trastorn per dèficit d'atenció i hiperactivitat (TDAH), trastorns de la personalitat, trastorn d'ús de substàncies i trastorns psicòtics (Critoph *et al.*, 2020). Les causes habituals d'una salut mental deficient segons la PRT poden ser (Critoph *et al.*, 2020):



- a. Haver viscut experiències negatives a la infància, traumàtiques, com l'abús i la negligència, i/o haver presenciat o sigut víctima de violència.
- b. Ús de drogues, històries d'ús i abús relacionades amb experiències traumàtiques i negligència. En dones, l'ús de drogues i alcohol s'acostuma a presentar amb altres trastorns mentals, i tenir una història familiar de trastorns per abús de substàncies incrementa el risc a patir-ho.
- c. Situació social i econòmica difícil, la pobresa i l'exclusió social s'associa amb una pobre salut mental, sumat a l'estigma que aquestes persones viuen, fa que tinguin més dificultats per trobar feina i casa.
- d. Poc suport de la comunitat, degut a l'estigma i també als pocs recursos disponibles.
- e. Les transformacions físiques i psicològiques durant l'embaràs, juntament amb la separació dels fills i les filles, poden contribuir als problemes de salut mental.
- f. L'impacte de l'empresonament pot ser significatiu en la salut mental de les dones, ja que moltes d'elles ja porten càrregues emocionals abans d'entrar a la presó o poden desenvolupar problemes mentals durant la seva estada, ja sigui a causa de les pròpies condicions de la presó, com pel tracte per part dels i de les professionals i la resta de dones privades de llibertat.

A més a més, els trastorns de salut mental estan associats amb l'ús de violència cap a les dones (Logan & Blackburn, 2009; Silver *et al.*, 2008), així com les seves experiències traumàtiques i l'exposició a violències (Greenfield & Marks, 2010; Mechanic *et al.*, 2008). Els trastorns de consum de substàncies estan vinculats amb les experiències de victimització traumàtica (Dowd *et al.*, 2005; Widom & White, 1997) i amb la perpetració de violència (Dowd *et al.*, 2005; Weizmann-Henelius *et al.*, 2009).

És evident que hi ha una interrelació complexa entre els trastorns de salut mental, les experiències traumàtiques i l'exposició a la violència en el context de les dones en contacte amb el sistema penitenciari. Aquesta complexitat destaca la importància d'abordar aquestes qüestions amb una perspectiva

integral i de gènere, ja que aquests factors de risc són més freqüents en les dones que en els homes (Kubiak *et al.*, 2014).

Tot aquest panorama mostra una situació límit pel que fa a la salut mental de la població penitenciària. La importància de professionals especialitzades/ts és evident per garantir que les dones empresonades rebin el suport necessari i que les seves necessitats específiques siguin abordades adequadament (WHO Regional Office for Europe, 2023).

#### **1.2.5.1. Estigma**

L'estigma que afronten les dones empresonades està ben documentada i té efectes en la seva salut mental (Alarid & Vega, 2010; Asencio & Burke, 2011; Fryer, 2006; Geiger & Fischer, 2005; Mahoney & Daniel, 2006; Talvi, 2007). Aquest estigma parteix de la ruptura del rol de feminitat hegemònica. Quan una dona entra a presó, experimenta una triple condemna: social, personal i penal. A nivell social, és condemnada per ser dona i ingressar en un centre penitenciari, desafiant el rol de gènere tradicionalment assignat per la societat. A nivell personal, afronta les conseqüències que això té en la seva individualitat i en la seva vida, així com amb relació amb l'àmbit familiar, laboral, etc. I, finalment, a nivell penal, ha de fer front al compliment de condemna pel delictes comès. L'estigma que envolta el col·lectiu de dones empresonades implica una percepció diferent del delictes en comparació amb els homes (Àrea de Càrcels de la APDHA, 2020; Campos-Rius *et al.*, 2022; Martín Fortunato, 2015).

Aquestes dones, en moltes ocasions, són rebutjades per familiars, amigats i la societat en general (Asencio & Burke, 2011; Mahoney & Daniel, 2006). Coincidint amb aquest rebuig es troben intensos sentiments de culpa, impotència i vergonya (Mahoney & Daniel, 2006). Les dones privades de llibertat són víctimes de l'estigma, estereotips i condemes sistèmiques i institucionals (Mahoney & Daniel, 2006) i també de l'autoestigma. Aquest darrer, l'autoestigma, augmenta els problemes de baixa autoestima, ira, culpa i indefensió apresada que són comuns en les dones privades de llibertat (Mahoney & Daniel, 2006). A més a més, s'ha d'afegir la culpa i vergonya que senten per no complir amb els "seus deures" com a dones i mares (Bove & Tryon, 2018;

Geiger & Fischer, 2005; Mignon & Ransford, 2012; Talvi, 2007; Thomas *et al.*, 2019). Tot això afegeix una capa més al mateix estigma i auto-estigma relacionats amb els trastorns mentals que pateixen algunes.

#### **1.2.5.2. Relacions i vincles**

Cal tenir en compte que les relacions interpersonals són molt importants al llarg de la vida de les persones. El desenvolupament de relacions mútues és la clau per al sentit de la identitat pròpia i el valor d'una persona (Bloom *et al.*, 2005; Covington & Bloom, 2007). El contacte amb la família, amistats i la comunitat pot ser crucial per a la rehabilitació i la reinserció social de les persones preses i pot reduir el risc de reincidència (Critoph, 2019). Les dones empresonades es veuen més afectades que els homes empresonats per la pèrdua de contacte amb amistats i família, especialment de les filles i els fills (Crewe *et al.*, 2017).

Les dones empresonades acostumen a ser les principals cuidadores de les famílies (Critoph, 2019). El dolor de les mares empresonades, separades dels seus fills/es ha de ser considerat i atès. Els estudis indiquen que el seu dolor pot conduir a autolesions i fins i tot, a intents de suïcidi i, per tant, s'ha de proporcionar suport i acompanyament emocional durant i després de la privació de llibertat (Baldwin, 2018; Morash *et al.*, 2020; Vilhjalmsdottir *et al.*, 2023). Per tant, aquest aspecte vincular pot contribuir a que experimentin problemes envers la seva salut mental (Enggist *et al.*, 2014). A més a més, a vegades, les dones amb problemes salut mental no expliquen a ningú com se senten perquè els preocupa que això influeixi o les obligui a renunciar a algunes o a totes les seves responsabilitats de cura dels fills o de les filles (Critoph *et al.*, 2020). Cal centrar les intervencions en millorar i augmentar l'autoestima perquè es vegin capaces, i reforcin els aspectes funcionals de la identitat (Bove & Tryon, 2018).

Algunes dones empresonades perceben que les relacions entre els i les professionals i elles mateixes no són bones. Aquest component relacional, percebut de manera negativa pot influir en el seu comportament i en l'adaptació a l'entorn, contribuint a augmentar les possibilitats de conflictes inter relacionals al mòdul (Aguilar Conde, 2020).

D'altra banda, les dones empresonades reporten certa desconfiança cap a les seves companyes, la qual cosa indica certa complexitat i dificultat a l'hora de vincular-se i teixir noves relacions, contribuint a una percepció negativa de la seva estada al centre. També reporten relacions tenses o forçades entre companyes (Plugge *et al.*, 2008). Aquesta sensació es pot veure augmentada pel fet que, al haver-hi poques presons o mòduls específics per a dones, aquestes es trobin totes juntes configurant un grup molt heterogeni (Enggist *et al.*, 2014). A més a més, la salut mental de les dones a presó es pot veure afectada pel fet de compartir cel·la amb altres persones, fet que pot generar ansietat i problemes de convivència (Galán Casado *et al.*, 2021). S'observa una clara necessitat de treballar aquestes relacions i també el vincle feminista en iguals (Martínez Redondo, 2010). En canvi els homes confien més en els seus iguals (Aguilar Conde, 2020).

Seria interessant que mentre les dones estan privades de llibertat poguessin aprofitar i construir xarxes de suport social positives entre elles que les pugui ajudar a portar millor l'aïllament, esdevenint un factor protector de la seva salut mental, així com un factor reparador o modulador dels efectes que experimenten de les experiències traumàtiques viscudes. A més a més, podria ser llavor d'un model relacional diferent que es mantingués un cop en llibertat i permetés connectar-les en comunitat (Caravaca-Sánchez *et al.*, 2019; Craissati *et al.*, 2020).

Tot i així, com ja s'ha comentat, les necessitats relacionals de les dones són diferents a les de la població masculina. És per això que també s'ha observat que les dones privades de llibertat tendeixen a formar pseudofamílies, enteses com a xarxes de relacions socials dins dels centres penitenciaris que simulen l'estructura familiar, així com també la tendència a generar vincles afectivo-sexuals que podrien respondre a la necessitat de satisfer la necessitat de suport emocional (Kolb & Palys, 2018).

### **1.2.5.3. Autonomia, privacitat i intimitat**

Les dones empresonades són més sensibles a la falta d'autonomia i control, i ho perceben com a més estressant que els homes empresonats. Això s'ha

relacionat amb les vivències prèvies d'experiències traumàtiques (Crewe *et al.*, 2017). D'altra banda, es veuen menys afectades per la restricció de les relacions heterosexuales i la seguretat (Crewe *et al.*, 2017; Douglas *et al.*, 2009; Few-Demo & Arditti, 2014; Mertens & Vander Laenen, 2020; Pritchard *et al.*, 2014).

La falta d'autonomia també influeix de manera negativa en l'habilitat d'autogestió de les dones empresonades (Bowen *et al.*, 2009). És a dir, redueix la seva habilitat de gestionar quelcom personal i també el propi benestar, com ara tenir cura de la pròpia salut amb relació a la presa de medicació (Ahmed *et al.*, 2016; Bowen *et al.*, 2009; Caulfield, 2016; Marzano *et al.*, 2011; Plugge *et al.*, 2008).

Les dones a presó també exposen la falta de privacitat quan es tracten o es discuteixen temes personals, en especial, relacionats amb la cura i la salut (Plugge *et al.*, 2008). També expliquen la falta d'intimitat per la presència de personal no desitjat, i demanen una atenció sanitària igualitària, respectuosa amb la intimitat i la dignitat de les dones (Àrea de Càrcels de la APDHA, 2020), ja que ho viuen com un atac a la seva dignitat i privacitat (Ahmed *et al.*, 2016; Plugge *et al.*, 2008). Per tant, caldria establir protocols d'actuació per a les visites o pels trasllats a cites mèdiques, que garantissin la privacitat i la confidencialitat (Àrea de Càrcels de la APDHA, 2020).

#### **1.2.5.4 Qualitat de vida i benestar**

Les dones reporten una pitjor percepció de la seva qualitat de vida a presó en comparació amb els homes empresonats, degut a les situacions de desigualtat que hi experimenten i de la manca d'adequació dels centres a les seves necessitats (Aguilar Conde, 2020), així com les condicions en què es troben, com ara el soroll constant, la sobre-població, la incomoditat, entre d'altres (Miranda Seixas Einloft *et al.*, 2023). Les dones privades de llibertat també mostren un pitjor benestar mental en comparació amb la població penitenciària en general (Enggist *et al.*, 2014). Aquestes dones expliquen que, en algunes ocasions, no tenen clares les regles i les normes de la presó, i que la informació i els recursos informatius són insuficients, percebent una certa falta

d'organització, la qual cosa les porta a experimentar alts nivells d'estrès i una adaptació més precària al centre (Aguilar Conde, 2020). D'altra banda, demanen satisfer les seves necessitats amb més coneixement sobre els serveis, ja siguin institucionals o de col·laboradors externs, així com sobre programes i circuits relacionats amb la cura personal (salut sexual, violències masclistes, LGTBIQA+, etc.) amb l'objectiu d'afrontar i resoldre molts dels dubtes que tenen, els quals generen malestars associats, per tal de millorar el seu benestar (Creación Positiva, 2022).

#### **1.2.5.5. Valoració de l'atenció professional**

Des de l'experiència de vida de les dones a dins de presó, es descriuen resultats positius quan elles poden assistir a serveis i recursos específics de tractament i assessorament mentre estan privades de llibertat, així com el fet de poder accedir a medicaments de forma regular (Caulfield, 2016). Concretament en l'àmbit de l'atenció a la salut mental, elles descriuen aquests recursos específics útils per a poder abordar i tractar els problemes relacionats amb la seva salut mental (Jacobs & Giordano, 2018) valorant així la cura dels i les professionals especialitzats (Kenning *et al.*, 2010). Per altra banda, també hi ha literatura que mostra com algunes dones no tenen el coneixement sobre l'existència o la seva via d'accés als recursos específics de salut mental (Bright *et al.*, 2022).

Amb relació a l'atenció generalitzada dels i les professionals, apareixen altres aportacions on es destaca la sensació de tenir una relació distant i freda amb l'equip, influint aquestes situacions en l'aparició de sentiments de por al rebuig en el moment de demanar ajuda (Ahmed *et al.*, 2016; Kenning *et al.*, 2010; Marzano *et al.*, 2011; Plugge *et al.*, 2008). Aquest fet reforça la importància d'identificar i promoure l'accés als suports socials de les dones empresonades, encara més si aquestes han patit violències al llarg de la seva vida. D'entre aquestes evidències exposades, destacar el grau de responsabilitat i d'especialització que es necessita per a facilitar la generació de vincles professionals (Evans *et al.*, 2014; Sheehan & Trotter, 2018). La cura professional també s'exté en la creació d'aquells models relacionals i d'atenció dirigits a situacions d'aïllament i als efectes de les experiències traumàtiques

que hagin pogut patir les dones empresonades al llarg de la seva vida. Aquesta mirada cap a la situació actual i biogràfica de les dones suposa un impuls perquè puguin construir i mantenir les xarxes de suport una vegada es trobin a la comunitat, fora de la presó (Caravaca-Sánchez *et al.*, 2019). Per tant, la importància del vincle i l'establiment de relacions professionals no sols es destaca en la literatura com un fet que suposi el propi equipament d'eines, al personal sinó també en la capacitat d'una recerca de comportaments més adequats i eficaços per atendre i comprendre situacions a dins de l'entorn penitenciari, com conductes autolesives i dificultats en el maneig emocional, beneficiant en última instància les relacions laborals (Kenning *et al.*, 2010).

### **1.2.6. Casos d'alta complexitat**

Les persones amb múltiples diagnòstics de trastorns mentals solen rebre mesures disciplinàries més severes en forma de d'aïllament (Clark, 2018; Siennick *et al.*, 2023). Les persones que es troben en aïllament i que han viscut experiències traumàtiques, són retraumatitzades, i això fa que s'incrementin els problemes de comportament i de salut mental (Kendall-Tackett & Klest, 2009). Hi ha evidència que els trastorns mentals són mediadors del paper que tenen les experiències traumàtiques i estressants viscudes durant la infància com a impulsores de la ruptura de les regles en contextos penitenciaris (Henry, 2020b, 2022).

Tot i així, en algunes ocasions, les persones privades de llibertat consideren que trobar-se en règim d'aïllament proporciona un respir de la ubicació habitual de convivència que, en ocasions és tòxica i insegura, així com un mecanisme de protesta contra parts de la normativa i del sistema que es consideren injustes (Laws, 2021). Les persones amb problemes de salut mental també solen tenir majors dificultats en l'adaptació als mòduls ordinaris, de forma que es podria pensar que en algunes ocasions busquen l'aïllament com a mecanisme de defensa (Henry, 2020b, 2022).

Les dones infringeixen en menor mesura les normatives del centre penitenciari que els homes, cosa que implica menor quantitat d'expedients disciplinaris i primers graus. Tot i així, les dones empresonades són més propenses que els

homes a rebre expedients disciplinaris i a tenir mesures coercitives per conductes disruptives vinculades a simptomatologia psiquiàtrica i dificultats interpersonals. Algunes dinàmiques relacionals entre companyes, com les pseudofamílies que s'ha comentat anteriorment, a vegades estan associades amb problemes conductuals, ja sigui per discussions amb la xarxa de suport o, com a conseqüència de defensar la seva pròpia xarxa (Aranda-Hughes & Mears, 2023; Wulf-Ludden, 2013).

Els antecedents penals, els trets de personalitat antisocials i l'abús de substàncies prediuen de forma similar les conductes desadaptatives dins dels centres penitenciaris, tant en dones com en homes. En canvi, la ira, la depressió, els trastorns psicòtics, la històries d'abús i les relacions socials disfuncionals representen major risc per presentar conductes desadaptatives en el cas de les dones empresonades (Kennedy *et al.*, 2020; Thomson *et al.*, 2020).

Les dones a la presó tenen 2 o més vegades de probabilitats de rebre el diagnòstic de trastorn límit de la personalitat (TLP) en comparació amb els homes. A més a més, aquest diagnòstic s'ha associat a un augment de la desadaptació a la normativa dels centres penitenciaris i, per tant, a un major nombre d'expedients disciplinaris (ED) (Black *et al.*, 2007).

Les dades qualitatives de dones en situació de règim restrictiu revelen una elevada freqüència de conductes autolesives mentre es troben en aquests departaments, per fer front a les emocions i expressar la seva insatisfacció en la situació d'aïllament (Martel, 2001).

Entre les dones que es troben en règim ordinari gairebé es troba el doble de casos amb discapacitat en comparació amb les que viuen en règim de semi-libertat. A més a més, existeixen molts casos amb algun grau de discapacitat que es troben emmascarats o no s'han valorat correctament (Añaños Bedriñana *et al.*, 2021). Això revela que cal prestar-hi molta més atenció, sobretot considerar els tipus i graus de discapacitat i, en funció d'això, delimitar el camp de treball amb cada persona (Añaños Bedriñana *et al.*, 2021).

### **1.2.7. Experiències traumàtiques i simptomatologia posttraumàtica**



Les experiències traumàtiques són aquelles experiències que ocorren al llarg de la vida (infància, adolescència, edat adulta o vellesa) que posen en risc la vida, la integritat física o la salut mental de la persona. El trauma és la resposta física, emocional i psicològica a aquestes vivències (Bright *et al.*, 2022).

Les vivències traumàtiques es caracteritzen també per estar fora del control de la persona que les pateix o per la sensació de manca de control. Aquestes vivències poden alterar el desenvolupament evolutiu individual i la història de vida de la persona, causant malestar, estrès i patiment, entre d'altres conseqüències diverses. Les experiències traumàtiques més comunes inclouen l'abús emocional, l'abús físic, l'abús sexual, la negligència emocional i la negligència física. Aquestes situacions són fruit de diverses formes de violència, com ara la física, la psicològica, la sexual, l'econòmica, la social i la vicària. S'ha comprovat que aquestes experiències són un dels factors de risc ambientals més coneguts i estudiats, ja que augmenten la probabilitat que una persona desenvolupi problemes de salut mental i fins i tot un trastorn mental. És necessari considerar aquestes variables estressores des d'una perspectiva de gènere, feminista i interseccional, ja que molt freqüentment aquestes violències tenen una naturalesa vertebrada pel masclisme, i es perpetuen i jutgen des dels mandats de gènere tradicionals. Aquesta perspectiva és particularment rellevant en contextos com el penal i penitenciari (van der Kolk, 2023).

Els comportaments delictius de les dones s'han de contextualitzar a través del trauma i les vulnerabilitats (Bright *et al.*, 2022). El pensament informat sobre el gènere ha d'influir en les polítiques penals, els serveis mèdics, els programes terapèutics, l'arquitectura i el disseny dels centres penitenciaris perquè siguin sensibles a les necessitats específiques de les dones privades de llibertat, així com a les seves històries traumàtiques (Jewkes *et al.*, 2019; Vilhjalmsdottir *et al.*, 2023).

Les experiències traumàtiques i la victimització prèvia a l'empresonament afecten al risc de presentar conductes disruptives o infraccions, causades per les conseqüències de la violència viscuda, com ara la dificultat en la gestió

emocional, l'afectació de l'autoestima, la psicopatologia i la normalització de la mateixa violència (Batlle Manonelles, 2021).

Les dones sovint experimenten abús gènere, físic, emocional i sexual abans de l'empresonament, generant un trauma complex que, si no es tracta adequadament, pot augmentar el risc de desenvolupar conductes addictives (Alves *et al.*, 2016; Bright *et al.*, 2022; Gunter *et al.*, 2012). Aquestes dones pateixen múltiples processos de discriminació i tenen vides marcades per contextos de diverses formes de violència (Martin Fortunato, 2015). També s'ha demostrat que les dones amb antecedents de trauma infantil són més propenses a involucrar-se en comportaments criminalitzats (Enggist *et al.*, 2014; Grella *et al.*, 2005; Roos *et al.*, 2016; Sangoi & Goshin, 2014). A més a més, aquelles persones amb vivències traumàtiques tenen major risc de reincidència, segons les eines d'avaluació de risc utilitzades als EUA (Schick *et al.*, 2020).

Tanmateix, les experiències traumàtiques durant la infància i l'adolescència, que són les etapes de major vulnerabilitat, tenen conseqüències més negatives sobre la salut mental i, poden generar greus problemes d'internalització i externalització que poden continuar a l'edat adulta (Molina-Coloma *et al.*, 2022; Wolff *et al.*, 2012). Com sabem, les relacions familiars positives són essencials per al desenvolupament mental, benestar físic i emocional dels nens (Goswami, 2012). Els joves que han crescut en famílies travessades per la violència domèstica, especialment aquells que han estat víctimes durant la infància, estan en major risc de desenvolupar conductes disocials (Wilson *et al.*, 2009) i trastorns de salut mental (Cambron *et al.*, 2014) quan arriben a l'edat adulta.

Les taxes de violència sexual en dones privades de llibertat són tan elevades que la literatura indica que, en les dones, haver sigut víctima d'abusos sexuals és un dels factors de risc principals per a perpetrar un delictes. A més a més, els estudis demostren que les dones privades de llibertat tenen una exposició significativament major als abusos sexuals en comparació als homes en la mateixa situació i a les dones de la població general (Karlsson & Zielinski, 2020).

També s'ha demostrat que en les dones que han sigut o són víctimes d'experiències traumàtiques, el suport social pot protegir-les significativament de desenvolupar posteriorment trastorns de salut mental amb simptomatologia greu (Caravaca-Sánchez *et al.*, 2019; Coohy & Easton, 2016; Sangalang & Gee, 2012).

D'altra banda, les vivències d'experiències traumàtiques durant la infància i adolescència s'han associat a una ampla varietat de problemes de salut i de comportament, entre altres, desregulació emocional, alteracions del comportament i de la identitat, podent augmentar el risc de participació criminal (Cuadra *et al.*, 2014; Giarratano *et al.*, 2020; Widom, 1989; Widom & Ames, 1994).

S'ha descrit que les persones privades de llibertat que han experimentat un trauma intencional informen d'experiències més agressives, com també que major somatització, més depressió, major severitat dels símptomes i major malestar simptomàtic en general (Molina-Coloma *et al.*, 2022).

S'ha vist certa relació entre l'agressió física i l'existència d'experiències traumàtiques en el passat, mentre que l'agressió verbal i la ira s'han vist més relacionades amb característiques de la personalitat o dificultats d'adaptació a l'entorn penitenciari (Molina-Coloma *et al.*, 2022; Polaschek, 2019).

L'associació significativa entre els esdeveniments traumàtics, els comportaments antisocials i els problemes de salut mental a la població privada de llibertat, mostra la importància de poder oferir intervencions de tractament que abordin les històries traumàtiques (Bloom *et al.*, 2003; Greenfield & Marks, 2010; Herman, 1992, 2015). És important tenir en compte que les experiències viscudes dins dels centres penitenciaris poden desencadenar records d'esdeveniments traumàtics, o bé que el propi empresonament pugui constituir per si mateix un esdeveniment traumàtic (Baillargeon *et al.*, 2009; Elisha *et al.*, 2012; Kubiak & Rose, 2007; Levenson & Willis, 2019).

La població penitenciària té més factors de risc que predisposen a l'aparició i desenvolupament de trastorns mentals. Durant la reclusió, les condicions de vida, les agressions físiques o psicològiques poden contribuir en el

desenvolupament de simptomatologia associada a trastorns mentals (Gómez-Figueroa & Camino-Proaño, 2022). Les dones també han informat d'haver estat agredides físicament en algun moment durant la seva estada a presó i d'haver estat amenaçades de patir abusos sexuals, fet que també contribueix a presentin més problemes de salut mental (Christian *et al.*, 2015; Enggist *et al.*, 2014). A més a més, aquest impacte de l'empresonament com a experiència traumàtica s'explica per les restriccions de moviment, la presència de figures d'autoritat, l'entorn saturat, la privacitat limitada i la hipervigilància. Aquests aspectes solen estar relacionats amb l'augment del risc de símptomes relacionats amb l'experiència traumàtica i la desesperança (Miller & Najavits, 2012; Wai-Ming Mak *et al.*, 2021).

Així mateix, les sensacions de descontrol i impotència són algunes de les característiques més destacades als centres penitenciaris per part de les persones empresonades. D'aquesta manera, no sorprèn que les dones que han viscut experiències d'abús infantil, on les persones d'autoritat abusaven del seu poder, revisquin i re-experimentin el trauma experimentat prèviament quan es troben a la presó (Pollack, 2004).

L'aïllament també és un tema clau relacionat amb les dones empresonades i les experiències traumàtiques a la presó. Diversos estudis declaren que l'aïllament pot contribuir a presentar alts nivells d'angoixa i estrès psicològic, augmentant fins a set vegades els risc d'autolesió. Tot i l'evidència de que el règim d'aïllament genera elevat malestar psicològic durant el seu temps d'aplicació, falten estudis sobre les seves conseqüències a llarg termini (Hagan *et al.*, 2018). Només un estudi realitzat l'any 2003 amb persones empresonades sota règims d'alta seguretat va referir taxes elevades de simptomatologia en persones a presó, concretament fins a 8 símptomes relatius a problemes de salut mental, que anaven des de l'augment de l'ansietat fins a l'augment de les al·lucinacions (Hagan *et al.*, 2018). Cal destacar que el 34% de la mostra experimentava tots els símptomes, mentre que més de la meitat (56%) n'experimentava un mínim de 5. L'estudi conclou que molts dels efectes nocius dels règims d'aïllament són anàlegs a les reaccions agudes que s'experimenten després de vivències de tortura i violència, és a dir, després d'experimentar experiències traumàtiques, incloent-hi el trastorn d'estrès

posttraumàtic (TEPT). En aquest estudi també es demostra una associació entre el confinament i els símptomes de TEPT en persones que han complert condemna. L'aïllament podria ser, per si mateix, un esdeveniment traumàtic que contribueix al desenvolupament d'un TEPT, especialment si l'atenció en salut mental és escassa. D'altra banda, les persones privades de llibertat, amb TEPT no identificat, poden experimentar un augment de la simptomatologia posttraumàtica quan es troben en aïllament (Hagan *et al.*, 2018).

Per tant, les experiències traumàtiques i la violència viscuda al llarg de la vida de les persones que es troben a la presó continuen durant el compliment de la condemna (Messias *et al.*, 2007; Owen *et al.*, 2017). Reconèixer que el trauma i la violència experimentada afecten el comportament i el benestar de les persones sota custòdia judicial sense intervenir-hi no és rehabilitador i és potencialment perjudicial. S'ha demostrat que un abordatge centrat en el trauma redueix potencialment el consum de substàncies, així com hi ha una disminució de la reincidència, així com també disminueix la incidència d'expedients disciplinaris (Messina *et al.*, 2014) (Messina i Calhoun, 2018), reduint també la simptomatologia psicopatològica i augmentant la percepció de benestar (Messina & Schepps, 2021).

Quant a l'abordatge de les experiències traumàtiques, un estudi recent informa que les persones participants van declarar que mai havien parlat amb ningú respecte la vivència de les situacions traumàtiques que havien viscut (Molina-Coloma *et al.*, 2022). En alguns casos, la seva estada a la presó podria ser l'únic moment en què entren en contacte amb serveis de tractament psicològic (Mitchell *et al.*, 2012; Molina-Coloma *et al.*, 2022; Ogloff, 2002).

Un model d'atenció informada sobre el trauma pot guiar als i les professionals per a dur a terme un abordatge adequat (Bright *et al.*, 2022; Vilhjalmsdottir *et al.*, 2023). Les persones privades de llibertat solen tenir un historial d'experiències traumàtiques associades a problemes de salut mental, particularment TEPT, així com problemes de conducta (Abate *et al.*, 2017; Ford *et al.*, 2012; Green *et al.*, 2016; Wolff *et al.*, 2012). L'exposició a politraumatismes, és a dir, a múltiples experiències traumàtiques, és més freqüent i provoca un major impacte en la salut mental (Baranyi *et al.*, 2018;

Dudeck *et al.*, 2016; Foy *et al.*, 2012; Green *et al.*, 2016; Karatzias *et al.*, 2019; Molina-Coloma *et al.*, 2022).

Pel que fa a les conseqüències de viure experiències traumàtiques, els estudis semblen indicar que entre el 21% i un terç de les dones privades de llibertat presenten simptomatologia compatible amb el TEPT. Tot i així, és important tenir una mirada àmplia, per poder avaluar si el propi empresonament també contribueix a la presència de simptomatologia posttraumàtica (Baranyi *et al.*, 2018; Bartlett & Hollins, 2018; Collier & Friedman, 2016; Fedock, 2017; Lima *et al.*, 2013; Miranda Seixas Einloft *et al.*, 2023).

#### **1.2.7.1. Intervenció: Atenció informada sobre el trauma a presons i programes de tractament**

És d'especial rellevància que els i les professionals involucrats en l'abordatge de les dones privades de llibertat puguin atendre-les en un context i sota una perspectiva de *no judici*, amb una mirada feminista i interseccional, tenint en compte el trauma i evitant la revictimització que moltes dones pateixen dins del sistema penitenciari (Wickliffe *et al.*, 2019). Cal tenir en compte que la majoria dels tractaments, infraestructures i programes van ser dissenyats originalment per als homes, i això destaca la necessitat d'una adaptació del sistema penitenciari per abordar adequadament les necessitats socials i emocionals específiques de les dones (Bloom *et al.*, 2005; Bove & Tryon, 2018; Welsh, 2015). És essencial que els i les professionals disposin de la formació i la sensibilitat necessàries per entendre i respondre adequadament a les experiències traumàtiques de les dones empresonades, sense caure en judicis i evitant la perpetuació de les desigualtats i els estigmes de gènere. Un enfocament diferent és imprescindible per garantir que els programes de tractament i rehabilitació siguin efectius i respectuosos amb les dones privades de llibertat (Bove & Tryon, 2018; Erickson & Young, 2010).

L'educació del personal penitenciari sobre els efectes del trauma és crucial per proporcionar una atenció més compassiva i efectiva a les dones empresonades. Empatitzar amb la seva situació, explicar els comportaments que podrien ser potencialment traumatitzants i empoderar-les per prendre el

control de les seves vides són passos essencials per millorar la relació entre el personal i les persones empresonades (Mollard & Brage Hudson, 2016).

Els Entorns Psicològicament Informatos (EPI) que es van iniciar al sistema penal el 2010 representen una iniciativa important. Aquests serveis ofereixen suport a les necessitats complexes i relacionades amb la personalitat, proporcionant formació addicional al personal per desenvolupar una major comprensió psicològica del seu treball. Això permet crear un entorn més segur i de suport, facilitant el desenvolupament i l'assoliment dels objectius individuals de les persones empresonades. Encara que els EPI no siguin intervencions de tractament purament, tenen un efecte terapèutic, ja que reconeixen la importància de les relacions i interaccions i se centren en les dificultats interpersonals. L'objectiu principal dels EPI és proporcionar les condicions psicosocials necessàries per donar suport a la participació activa i eficaç en un itinerari de tractament (Kuester *et al.*, 2022). Aquest enfocament contribueix a millorar l'entorn penitenciari i a respondre de manera més adequada a les necessitats de les persones empresonades.

Els EPI són llocs on les relacions positives fomenten el benestar a tots els participants. En aquests entorns, les persones experimenten un sentiment de pertinença, contribueixen al creixement i al benestar dels altres, i aprenen noves maneres de relacionar-se. És un lloc que reconeix i respecta les contribucions de totes les parts en una relació d'ajuda i que també reconeix que els cuidadors també necessiten ser cuidats (Kuester *et al.*, 2022).

Per a les dones privades de llibertat, existeix l'Atenció Informada en Trauma (AIT), que es basa en quatre eixos principals coneguts com les 4E: (a) educar, (b) empatitzar, (c) explicar i (d) empoderar (Mollard & Brage Hudson, 2016).

L'AIT és una estratègia integral per millorar la resposta al trauma dins de les institucions penitenciàries i promoure un entorn més sensible i favorable al benestar de les dones empresonades.

A continuació es desenvolupen els principals eixos:

- a. **Educar:** destaca la importància que tots els i les professionals, empleats/des i voluntaris/es s'involucrin en la atenció de les dones privades de llibertat estiguin educats sobre com el trauma afecta les seves vides. És crucial que hi hagi una comprensió profunda del trauma per evitar negar-ne la importància en la vida d'una supervivent, ja que aquesta negació pot ser revictimitzant (Elliott *et al.*, 2005). A més a més, cal destacar que tot el personal ha de ser capaç de comprendre les dinàmiques de poder presents entre ells i les persones privades de llibertat. Aquesta comprensió és crucial, ja que està relacionada amb les dinàmiques de poder que les dones han experimentat anteriorment, quan van ser víctimes de trauma.
- b. **Empatitzar:** és important que el personal sigui conscient que les actituds i conductes de les persones privades de llibertat estan sovint relacionades amb les violències que han patit en forma d'episodis traumàtics. Abans d'interactuar amb les dones empresonades, és fonamental que el personal sigui conscient de la complexitat dels seus antecedents i de les experiències viscudes. L'empatia, en aquest context, no només implica entendre cognitivament per què una supervivent d'un trauma pot actuar de la manera en què ho fa, sinó també comprendre la individualitat de les seves experiències. És a dir, reconèixer la singularitat i la diversitat de les seves vivències i no generalitzar les respostes o comportaments basant-se únicament en el coneixement del trauma (Hodges & Klein, 2001).
- c. **Explicar:** Un altre eix important és la reconstrucció e relacions amb altres persones humanes, basades amb la seguretat i la confiança (Elliott *et al.*, 2005). Per a que les persones privades de llibertat es puguin relacionar amb el personal que exerceix un paper d'autoritat, és important que se'ls hi donin explicacions fiables i honestes de les accions que els i les professionals duen a terme en l'atenció i intervenció.
- d. **Empoderar:** les dones no només han de poder tenir un sentit de responsabilitat per a les seves decisions, sinó que també se les ha d'encoratjar a prendre decisions positives, i facilitar el seu



empoderament mitjançant habilitats de vida, educació i mecanismes d'afrontament (M. Harris & Fallot, 2001).

Val a dir que l'AIT no està dissenyada per al tractament immediat de la resposta al trauma, sinó que és un esforç de tot el sistema que és conscient de l'exposició històrica al trauma de les dones empresonades i reconeix com aquesta exposició pot afectar el comportament a l'empresonament i en el procés de rehabilitació i reinserció.

El personal penitenciari i els proveïdors sanitaris han d'estar preparats per crear un AIT o EPI sobre el trauma (M. Harris & Fallot, 2001) on hi hagi comprensió sobre el trauma, de les supervivents, dels serveis disponibles i de la importància de les relacions. Covington i Bloom (2007) recomanen que l'AIT a l'entorn penitenciari pugui incloure l'eliminació de les pràctiques potencialment desencadenants com ara son els registres, l'aïllament i la contenció (Covington & Bloom, 2007). I emfatitzen que quan l'entorn penitenciari continua sent punitiu i potencialment retraumatitzant, l'atenció s'ha de centrar en els factors que la dona pot controlar i com aprofitar els seus punts forts per ajudar-la a afrontar la situació (Covington & Bloom, 2007).

Així com s'afirma que el trauma s'ha de convertir en un tema prioritari al sistema penitenciari i en la intervenció del sistema de salut ja que exerceix un paper en la delinqüència i en la salut mental de les dones privades de llibertat (Matheson *et al.*, 2015).

D'altre banda, els programes terapèutics dins del centre penitenciari es solen centrar en que les persones puguin reconèixer el delicte comès, puguin canviar el pensament criminal i es converteixin en *ciutadanes productives i funcionals*. No tenint en compte ni intervenint sobre tots els eixos d'opressió viscuts per les dones, sovint víctimitzades, que tenen a veure amb els factors de risc que les han portat a la comissió delictiva. És a dir, en lloc de contextualitzar el que han hagut de realitzar i com han hagut d'afrontar el trauma -sovint, sense intervenció professional- i l'opressió viscuda, se centra la intervenció únicament en problematitzar el que han realitzat. És imprescindible que a part del reconeixement del delicte, es puguin abordar els factors sistèmics i

interpersonals, així com les necessitats socials i de salut mental de les dones per poder acompanyar en el procés de reinserció i fomentar el benestar emocional. Aspecte que reduirà *per se* el risc de reincidència (Caravaca-Sánchez *et al.*, 2019).

És important que les intervencions estiguin centrades en poder crear entorns que reconeixin i abordin les vies de trauma, pobresa i consum de substàncies - entre d'altres eixos d'interseccionalitat- que condueixen a les dones al sistema judicial (Bloom *et al.*, 2005; Bove & Tryon, 2018; Covington & Bloom, 2007), sent imprescindible l'abordatge del trauma, reconeixent els factors socials i polítics que tenen a veure amb la socialització de gènere i la construcció social de la identitat femenina (Bove & Tryon, 2018; Gobeil *et al.*, 2016). Tanmateix, cal tenir en compte les relacions interpersonals com a factor mediador al llarg de la vida i el desenvolupament de relacions mútues i sanes com quelcom clau per al sentit de la identitat pròpia i el valor individual (Bloom *et al.*, 2005; Bove & Tryon, 2018; Covington & Bloom, 2007), sent també important centrar la intervenció en la millora de la autoestima (Bove & Tryon, 2018).

#### **1.2.8. Autolesions no suïcides**

L'autolesió és un dels predictors més forts del suïcidi (Cooper *et al.*, 2005; Zahl & Hawton, 2004) i, per tant, un objectiu important per a la prevenció d'aquest. La població penitenciària és una població amb un risc particularment alt de suïcidi (Jenkins *et al.*, 2005; Shaw *et al.*, 2004). S'han trobat taxes del 9% i del 10% entre dones en situació preventiva i complint condemna, respectivament (Kelly & Bunting, 1998; Shaw *et al.*, 2004). Gairebé tots els estudis informen d'evidències d'actituds negatives del personal que treballa a presó, estigmatitzant a qui s'autolesiona (Kenning *et al.*, 2010). De fet, el personal funcionari de vigilància sovint atribueixen que els motius de l'autolesió són la "manipulació" i la "cerca d'atenció", mentre que les descripcions de les dones recluses, personal de gestió dels centres i personal sanitari suggerien explicacions sobre la regulació de l'emoció o l'autocàstig. Això, posa de manifest la necessitat de més formació i suport pel personal funcionari, per tal de poder millorar les relacions amb les dones empresonades i que atenguin amb una millor perspectiva (Kenning *et al.*, 2010).

Les dones a presó descriuen l'origen de l'autolesió en un esdeveniment desagradable, i també ho van relacionar amb sentiments d'assetjament, sentiments de càstig i/o percepció d'injustícia en el tracte, així com sentiments de no sentir-se escoltades (Kenning *et al.*, 2010). Aquestes dones descriuen la funció de les autolesions com una via per poder fer front a les emocions i com una forma d'alleugerir la frustració i el dolor, cosa que indica una reducció de les seves habilitats d'autogestió adaptativa (Kenning *et al.*, 2010). L'aparició de conductes autolesives, sovint està relacionat amb la negativa a peticions i sol·licituds realitzades per elles, així com sentiments de desempoderament pel fet d'estar privades de llibertat (Bright *et al.*, 2022; Kenning *et al.*, 2010).

A més dels factors propis mencionats, i l'abstinència de drogues i alcohol, la majoria del personal sanitari també identifica el propi entorn penitenciari, les tensions i l'estrès associat com a factors importants que influeixen en l'autolesió. En particular, s'ha suggerit com a fet clau, la sensació de desempoderament causada pel fet d'estar a la presó. Per altra banda, els funcionaris poques vegades van suggerir que les raons de l'autolesió estiguessin relacionades amb l'entorn penitenciari, en canvi van identificar factors de risc com ara maltractaments previs, estrès domèstic i personalitat o malalties mentals (Kenning *et al.*, 2010).

El personal sanitari tendeix a estar més a prop de les dones recluses en la identificació dels factors rellevants i també situacionals que poden precipitar un comportament d'autolesió, mentre que els agents de presons mostren una visió més limitada de les causes de l'autolesió, centrant-se en principalment en factors de risc existents i propis més que en l'entorn penitenciari (Kenning *et al.*, 2010).

Convindria centrar-se a ajudar a que el personal funcionari desenvolupi una comunicació més eficaç amb les dones i a la inversa. Calen més formacions per abordar les actituds del personal funcionari en quant a la comprensió de l'autolesió, per donar-los les eines per gestionar-la. Una major comprensió de l'autolesió tant per part del personal del centre penitenciari com de les dones empresonades que s'autolesionen, pot millorar les relacions

laborals i, al seu torn, augmentar els comportaments de recerca d'ajuda més adequats i un ús més eficaç dels tractaments (Kenning *et al.*, 2010).

### **1.2.9. Suïcidi**

Les dades apunten que hi ha 20 vegades més probabilitat de morir per suïcidi durant l'empresonament que la població general, i 36 vegades més probabilitat de morir per suïcidi 1 any després de la llibertat que la població general (Fazel & Benning, 2009; Pratt *et al.*, 2010).

El 32,2% de la població penitenciària espanyola manifesta haver tingut idees suïcides alguna vegada a la vida, en concret, el 38,7% de les dones i el 31,8% dels homes. Aquestes idees de suïcidi són més elevades dins de presó que estan en llibertat en ambdós sexes. El 19,9% de la població penitenciària espanyola reconeix haver intentat suïcidar-se alguna vegada a la vida, en concret, el 25,4% de les dones i el 19,5% dels homes (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones *et al.*, 2023).

El suïcidi és la principal causa de mort a presó. Existeixen protocols estandarditzats, però la situació actual demostra que són insuficients i que es necessiten pràctiques més efectives per prevenir el suïcidi en els contextos penals (WHO Regional Office for Europe, 2023).

Les dones empresonades tenen taxes més altes d'intents de suïcidi que les dones de la població general (Batlle Manonelles, 2021). El suïcidi i l'autolesió són problemes molt importants que afecten a les dones preses i es reconeix el primer període de presó com un moment de risc especialment elevat (Enggist *et al.*, 2014).

### **1.2.10. Psicofarmacologia**

El 38% de les dones privades de llibertat està en tractament amb benzodiazepines (BZD) i un el 63% d'aquestes no en prenia abans de l'empresonament. Així doncs, les BZD s'utilitzen amb més freqüència dins de presó que fora. Més del 80% de les dones que van obtenir puntuacions significatives per a diagnòstics de TEPT, ansietat i depressió van informar d'estar en tractament amb BZD. La prevalença d'ús de BZD per part de les

dones es duplica amb escreix en els primers mesos d'empresonament. Tanmateix, existeix una associació significativa entre l'ús de BZD en dones privades de llibertat amb una ansietat i/o depressió comòrbida (Miranda Seixas Einloft *et al.*, 2023).

Es percep i reporta un falta de control del personal en la presa de medicaments a presó (Bowen *et al.*, 2009). El fet que les dones tinguin menys accés a les instal·lacions psiquiàtriques pot suposar un risc a la patologització i sobre-medicació. Aquestes situacions també es vinculen amb un biaix en els diagnòstics i en la administració farmacològica vinculada a aspectes conductuals disruptius en l'entorn ordinari de la presó (Batlle Manonelles, 2021). Cal atendre adequadament la salut mental reduint la sobre-medicació psiquiàtrica, i dispensant tractaments terapèutics adequats en la seva dosi adequada i si cal, buscant altres vies d'intervenció psicològica, psicosocial i ocupacional. La gran majoria de dones amb problemes de salut mental no tenen un tractament terapèutic adequat, recorrent a la sobre-medicació com a única alternativa (Àrea de Càrceles de la APDHA, 2020).

#### **1.2.10.1. Adherència al tractament**

La població penitenciària té major prevalença de problemes psiquiàtrics (Fazel *et al.*, 2016; Fazel & Seewald, 2012) i tenen una baixa adherència al tractament (Mills *et al.*, 2011; Shelton *et al.*, 2010). S'ha demostrat que aquelles persones que participen en un programa per a l'adherència al tractament milloren aquesta adherència a la medicació. És important assegurar que els/les pacients s'adhereixin al tractament i que aquesta adherència sigui sòlida, duradora i resistent als esdeveniments estressants de la vida (Muela *et al.*, 2020). És per això que els programes d'adherència al tractament esdevenen de vital importància en el medi penitenciari (Muela *et al.*, 2020). A més a més, les persones privades de llibertat amb baixa adherència que surten en llibertat, tenen majors riscos de presentar conductes suïcides durant els primers mesos després de sortir de presó (Zlodre & Fazel, 2012). Es per això que cal treballar-ho durant l'empresonament i després supervisar-ho un com la persona torna a la comunitat.

### 1.2.11. Drogues

Els centres penitenciaris compten amb un percentatge de persones consumidores molt superior al de la població general (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones *et al.*, 2023; Ruiz Narezo & Santibañez Gruber, 2014), excepte per l'alcohol, que es consumeix més en la població general en llibertat (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones *et al.*, 2023). El consum de substàncies en la població penitenciària s'inicia en edats més primerenques en comparació amb la població no penitenciària (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones *et al.*, 2023). Els factors de risc que es vinculen amb el consum de substàncies psicoactives durant l'empresonament poden ser la pobresa, el baix nivell educatiu, una situació d'atur, l'absència de parella estable, haver patit violència física durant la infància, i també tenir antecedents de consum prèviament a l'entrada a presó (Caravaca-Sánchez *et al.*, 2015). Tot i així falta més recerca amb perspectiva de gènere.

A les presons espanyoles hi hauria una prevalença superior, en comparació amb la comunitat, de trastorns d'ús de substàncies (76,2% al llarg de la vida i 17,5% el darrer mes) així com d'altres trastorns mentals, especialment d'ansietat, estat d'ànim, psicòtics i induïts per substàncies (Bañuls *et al.*, 2014). Els patrons de consum de la població penitenciària es modifiquen respecte als que tenen en la comunitat, tot i que existeix un tant per cent de persones que els mantenen (Bañuls *et al.*, 2014). En quant al consum de drogues, les substàncies psicoactives més utilitzades, en llibertat, per les persones a presó són, en ordre d'importància: tabac, alcohol, cànnabis, cocaïna, heroïna i tranquil·litzants (Bañuls *et al.*, 2014). Aquest perfil de substàncies canvia una vegada les persones ingressen a presó, predominant l'ús del tabac, cànnabis, tranquil·litzants i heroïna (Bañuls *et al.*, 2014; Martínez Perza *et al.*, 2022; Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones *et al.*, 2023). El 46,5% de les persones privades de llibertat ja tenien problemes de toxicomanies abans del seu ingrés a presó, i entre un 3% i un 25% del col·lectiu reconeix haver iniciat el seu consum dins de les institucions penitenciàries (Ruiz Narezo & Santibañez Gruber, 2014). A més, el 9% de les persones empresonades continua prenent substàncies il·legals de manera assídua dins de la presó (Ruiz Narezo & Santibañez Gruber, 2014). La majoria de la població

penitenciària que consumia substàncies psicoactives abans d'estar a presó disminueix dràsticament el seu consum després d'ingressar-hi, mentre que la prevalença de consum de drogues il·legals en la població penitenciària segueix un patró de policonsum (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones *et al.*, 2023). El 75,1% de la població privada de llibertat ha consumit alguna droga il·legal estant en llibertat i el 58,9% de la població empresonada ha consumit alguna droga il·legal en l'últim any en llibertat, el 53,5% en l'últim mes en llibertat, i el 16,8% ho ha fet en l'últim mes a presó (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones *et al.*, 2023). Al voltant d'un 11% de la població penitenciària ha patit alguna vegada una sobredosi, essent les sobredosis no mortals més freqüents en llibertat que dins la presó (18,9% pel total, 19,0% en homes i 17,0% en dones; i 4,1% pel total, 4,2% en homes i 2,7% en dones, respectivament) (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones *et al.*, 2023). El 50% de les persones amb algun trastorn mental tenen alhora un ús abusiu de les drogues (Ruiz Narezo & Santibañez Gruber, 2014).

Pel que fa a rebre algun tractament amb relació al abús de drogues, un 59,6% han realitzat tractament a presó i entre les persones empresonades consumidores d'heroïna, un 72,3% han estat en tractament amb metadona en algun moment de la seva vida. En paral·lel a l'ús terapèutic dels tractaments amb metadona i psicofàrmacs, les dades revelen que ambdues substàncies també es consumeixen fora de les pautes mèdiques recomanades (Bañuls *et al.*, 2014).

Entre el 30% i el 60% de les dones privades de llibertat es consideren drogodependents (Enggist *et al.*, 2014; Ruiz Narezo & Santibañez Gruber, 2014). Els homes presenten majors prevalences envers totes les drogues, tant en llibertat com a presó, mentre que les dones mostren una major reducció en les prevalences de consum un cop entren a presó envers totes les substàncies, excepte en el cas del tabac, que augmenta també en la població masculina. Les principals diferències entre sexes en l'ambient penitenciari s'observen en el consum de cànnabis i heroïna, que en les dones és molt major (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones *et al.*, 2023).

És important destacar que en moltes ocasions les dones utilitzen les substàncies com una forma d'escapar, per fer front al malestar emocional i lidiar amb les dificultats presents. Es troba especialment relacionat amb aquelles dones que han viscut experiències traumàtiques en la infància (Vilhjalmsdottir *et al.*, 2023). La majoria de dones associen el consum de substàncies com a forma de sedar-se per lidiar amb el malestar emocional causat per les vivències traumàtiques, per tal d'adormir les emocions doloroses i experiències difícils (Vilhjalmsdottir *et al.*, 2023).

Pel que fa a la tendència actual de les prevalences de consum a presó, s'ha observat una disminució del consum de cànnabis, cocaïna i heroïna. L'única substància que mostra un consum ascendent són els tranquil·litzants sense prescripció (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones *et al.*, 2023). També caldria tenir en compte les addiccions sense substància, que han estat molt poc estudiades en els contextos penitenciaris (Martínez Perza *et al.*, 2022).

Hi ha un debat obert sobre si l'estada a presó i el context penitenciarí és un lloc i un moment adequat en la vida de les persones per fer una intervenció sobre el seu consum de drogues. Les presons potser no serien el lloc adequat per tractar homes i dones drogodependents, els governs haurien de desenvolupar polítiques alternatives a la presó (Enggist *et al.*, 2014). Alhora, l'entrada a la presó suposa un tall amb la vida i situació prèvia, això pot ser una ocasió per regular la ingesta de tòxics. És cert que hi ha una demanda per part de la població reclusa, sobretot quan és també font d'ingressos si es trafica amb la "medicació", una cosa força freqüent en situacions de precarietat i desarrelament. Però el que és innegable és que l'excés descontrolat en l'ús de fàrmacs causa moltes seqüeles irreversibles, dificulta la convivència adequada i complica en extrem l'accés a permisos, règim obert i llibertat condicional, quan no compromet seriosament la vida (Gordaliza & Markez, 2022).

Cal destacar que cap intervenció actual té un enfocament centrat en el trauma. És per això que es considera de vital importància poder incloure aquesta perspectiva en la detecció i abordatge del consum de substàncies. Un model d'atenció informada sobre el trauma pot guiar als i les professionals a dur un



correcte abordatge (Vilhjalmsdottir *et al.*, 2023). Alhora, cal que es complementi amb la comprensió que una història de consum problemàtic de drogues és un factor de risc per experimental malestar emocional a la presó (García-Vita *et al.*, 2017).

Les dones solen experimentar tant la dependència de les drogues com el seu tractament de manera diferent als homes. Les principals qüestions estan relacionades amb els alts nivells de comorbiditat tant física com mental de les dones amb dependència dels opioïdes, que cal tenir en compte en el seu tractament. Les dones amb dependència dels opioïdes sovint s'enfronten a una varietat d'obstacles per al tractament, com ara la manca de recursos econòmics, l'absència de serveis i xarxes de derivació orientades a les dones i les responsabilitats conflictives de cura de filles i fills. Això en el cas d'estar privades de llibertat, encara afegeix una problemàtica més (Enggist *et al.*, 2014).

Les drogues sovint poden ser un factor clau relacionat amb l'acte delictiu en les dones (Enggist *et al.*, 2014). Alhora, en el moment de sortir de la presó, les dones poden presentar multitud de problemes derivats de la seva addicció a les drogues (conflictes, ruptures, etc.), poden veure's encara més soles i menys recolzades (Álvarez Pérez *et al.*, 2021). Les dones amb problemes de salut derivats de l'abús en el consum de drogues (trastorn mental, discapacitat, entre d'altres) sense família, amb parelles que també estan a presó, etc., les situacions encara són més complicades, ja que la primera xarxa bàsica de suport, la familiar, és inexistent i depenen bàsicament de serveis públics i privats de protecció social, que estan molt saturats per la demanada actual existent (Álvarez Pérez *et al.*, 2021).

Segons Martínez Perza *et al.* (2022), les experiències de violències viscudes al llarg de la vida de les persones privades de llibertat tenen relació amb problemes d'addiccions: un 74,8% de les dones consumidores privades de llibertat van ser víctimes de maltractament físic, un 80,6% de maltractament psicològic, un 45,3% d'abusos o agressions sexuals. El 36,7% dels abusos o agressions sexuals van ser a la infància, el 33% a l'adolescència i el 53,21% a l'edat adulta. En resum en la població penitenciària que va participar a l'estudi,

la violència psicològica, física i, a major mesura sexual, es dóna sobretot cap a les dones, en diverses etapes de la vida i per part de la parella o ex-parella en la majoria dels casos. Als homes és més freqüent la violència psicològica, mentre que dels homes que han patit violència sexual destaca una majoria de casos patits a la infància i per part d'alguna persona de la família o del veïnat (Martínez Perza *et al.*, 2022).

Els problemes psicològics que provoca el propi empresonament a les dones són molts, sobretot l'ansietat, l'angoixa, la depressió, aïllament, i l'agressivitat. D'una banda, les dones amb addiccions assenyalen més malestars, especialment els relacionats amb l'ansietat continguda, els atacs ansietat i la depressió (Martínez Perza *et al.*, 2022).

L'impacte de la crisi socio sanitària del coronavirus va conduir a un augment del consum de drogues i de medicació en un grup considerable de persones preses amb problemes d'addiccions: 14% homes i 9,4% de dones, l'any posterior (Martínez Perza *et al.*, 2022).

Respecte al consum de substàncies, el 51,6% de les dones empresonades ha tingut o té problemes amb les drogues i el 23,2% són addictes. El 40,32% de les consumidores de drogues presenten simptomatologia i el 19,4% de les addictes tenen un diagnòstic de salut mental, la qual cosa pot afirmar que presenten una patologia dual (addicció més un o més trastorns de salut mental). La incidència de simptomatologia i consum de drogues podria afectar més de la meitat de dones, però la manca de diagnòstic i el seu tractament adequat pot desembocar en conflictes o ambients que influeixen negativament la seguretat i el funcionament dels equips d'intervenció (Galán Casado *et al.*, 2021).

La recerca realitzada sobre dones empresonades confirma l'associació significativa entre els tractaments de salut mental i la simptomatologia psicològica/psiquiàtrica percebuda, així com el consum de drogues i consums de tranquil·litzants prescrits com a no prescrits, sent la probabilitat de consumir tranquil·litzants prescrits gairebé 5 vegades superior en el grup de consumidores respecte a les no consumidores i, sent gairebé 27 vegades

superior en el cas dels tranquil·litzants no prescrits. Els tranquil·litzants sense prescripció són la segona droga d'abús més important després del cànnabis, són el medicament amb més incidència de consum entre les dones privades de llibertat, actuant com mitjà d'evasió i ocupació del temps (Galán Casado *et al.*, 2021).

En el context penitenciari, també cal treballar per despenalitzar el consum de substàncies, que la concessió de beneficis penitenciaris no depengui de resultats per detectar consum de tòxics, no és el mitjà més eficaç per evitar el delicte, ja que pot postergar la seva comissió, però no estableix espais d'escolta ni contribueix a preservar l'aliança terapèutica (Gordaliza & Markez, 2022).

Quant a la concepció de l'addicció com a problema públic associat a la criminalitat, la delinqüència, etc., i vinculat principalment al consum de substàncies il·legals, ha estat en major mesura patrimoni dels homes. Quan les dones consumeixen drogues il·legals no recorren tant a la delinqüència i l'agressivitat, sinó a petits furts o a l'exercici de la prostitució com a mode de supervivència i manteniment del consum; una activitat que genera, sens dubte, menor alarma social. En moments posteriors es poden implicar en delictes contra la salut pública o de tràfic de drogues, ocupant els últims llocs de la cadena de distribució, i per això, amb una probabilitat més gran de ser identificades i detingudes. En qualsevol cas, són menys les dones que consumeixen drogues il·legals. En aquest sentit, el model ètic-jurídic de l'addicció no respon al patró femení de consum (Arostegui Santamaría & Martínez Redondo, 2018).

A més, les dones opten més pel consum de drogues legals. D'aquí, entre altres motius, la menor demanda de tractament. Aquest consum comporta un menor risc en termes de visibilitat, alarma social, estigma o implicació en situacions problemàtiques i indesitjables. El consum d'ansiolítics o antidepressius actua com a font d'autoregulació, reducció i evitació i/o com a estratègia d'afrontament dels malestans difusos que manifesten les dones a les consultes mèdiques. Es tracta de malalties sense causa orgànica, malestans i trastorns psicològics derivats de condicions socials i de vida molt adverses. Les

substàncies legals, a més, es consumeixen en el context privat, sense generar problemes a nivell públic (Arostegui Santamaría & Martínez Redondo, 2018).

En definitiva, les dones opten més pel consum de drogues legals com l'alcohol, els psicofàrmacs o substàncies d'efecte tranquil·litzant o empàtic, mentre que el consum de substàncies relacionades amb actituds agressives, almenys potencialment, és principalment patrimoni masculí. Així, el consum femení no respon als models interpretatius clàssics de l'addicció (Arostegui Santamaría & Martínez Redondo, 2018).

La perspectiva mèdica sembla aliena a allò social que afecta de manera especialment rellevant i negativa a la salut de les dones, ja que obvia les seves condicions de vida, la seva posició social i no interpreta els seus símptomes com una conseqüència d'aquests factors, ni contempla la importància de la socialització de gènere i l'assumpció implícita dels seus rols. Així, sorgeixen diverses «patologies femenines» ja que el model mèdic tampoc s'ajusta a la realitat que viuen les dones. Davant aquests models de salut i addicció, que no atenen ni recullen la realitat de les dones, sembla necessari adoptar noves perspectives o models (Arostegui Santamaría & Martínez Redondo, 2018). Es necessiten models més avançats per implementar-se de forma diferent entre homes i dones drogodependent. Fins ara els tractaments s'han dissenyat i implementat de manera indistinta, sense tenir en compte les diferències de gènere que condicionen els factors, situacions i processos d'addicció, recuperació i recaiguda (Arostegui Santamaría & Martínez Redondo, 2018).

### **1.2.12. Professionals**

Tot el personal que treballa amb dones privades de llibertat i, específicament el personal de les unitats de sanció o primers graus, ha d'estar adequadament capacitat per oferir serveis i directrius de manera sensible al gènere i a la interculturalitat (Batastini *et al.*, 2022; Taylor *et al.*, 2017). Aquesta perspectiva, també es veu necessària tant en l'acollida, com en l'acompanyament i l'educació comunitària en les tasques ordinàries. Precisament, aquestes tasques haurien de ser considerades essencials per a donar suport a la preparació i consecució d'aquells itineraris individualitzats i d'inserció dirigits a

les dones durant el seu compliment (Gordaliza & Markez, 2022). De la mateixa manera, l'evidència també fa visible com l'especialització i sensibilització influeixen positivament en les condicions particulars de les dones a presó, i encara més si aquestes tenen persones menors d'edat al seu càrrec (Christian *et al.*, 2015; Enggist *et al.*, 2014; Martin Fortunato, 2015).

Amb relació a les aportacions de les dones, existeixen múltiples estudis on elles verbalitzen dificultats interpersonals amb el personal penitenciari (Ahmed *et al.*, 2016; Bowen *et al.*, 2009; Kenning *et al.*, 2010; Marzano *et al.*, 2011; Plugge *et al.*, 2008). Són d'altres els estudis que assegurin una disminució de l'autoeficàcia de les dones degut a la vivència de relacions amb els i les professionals viscudes des de la injustícia (Bowen *et al.*, 2009; Bright *et al.*, 2022; Plugge *et al.*, 2008). Aquestes situacions posen en qüestió les relacions socials establertes durant la vida a presó, fins i tot suposant l'aparició de l'espiral del silenci entre els agents socials a dins de presó. Aquest procés consisteix en un mecanisme psicosocial, resultat del qual incita a altres individus a realitzar canvis d'opinió, seguint actituds i opinions prevalents, que rebutgen i aparten d'altres més pròximes a la vulnerabilitat i percebudes com a dèbils (Noelle-Neumann, 1974).

Precisament, l'educació sobre la salut mental del personal penitenciari pot ajudar a millorar la comprensió de com es manifesten els problemes de salut mental i les vulnerabilitats específiques en la quotidianitat, i que pot permetre un enfocament més compassiu i respectuós (Irish Prison Service, 2019). En referència al personal sanitari el seu paper s'exté, no només al tractament de la malaltia mental, sinó que ha d'incloure la promoció del benestar mental de la població i el personal penitenciari, i la prevenció de l'autolesió i el suïcidi, així com totes les formes de violència física o violència psicològica (WHO Regional Office for Europe, 2023). Hi ha una necessitat de més personal especialitzat en salut mental (Álvarez Pérez *et al.*, 2021).

Es considera positiu que els i les professionals de salut mental puguin quedar exemptes de prendre decisions pel que fa a permisos, progressions i llibertats condicionals, contribuint a establir correctament aliances terapèutiques. Que la gent que tracta no sigui la que vota, sinó que sigui qui fa propostes i trasllada

tota la informació a les Juntes de Tractament, que siguin la veu de les persones preses (Gordaliza & Marquez, 2022), fomentant la divisió de tasques entre els diversos grups professionals.

Les bones relacions entre les persones empresonades i el personal són fonamentals per l'èxit dels programes de rehabilitació (Critoph, 2019). Els agents penitenciaris poden ser actors clau en la rehabilitació de les persones empresonades, animant-les a participar en activitats d'educació i formació i donant-los suport durant tot el procés (Critoph, 2019). Les autoritats penitenciàries també haurien de garantir que hi hagi una proporció adequada entre personal i persones a presó i fer esforços especials per contractar una àmplia gamma d'empleats, inclòs personal femení suficient. Les dones empresonades només haurien de ser supervisades per membres femenines del personal (Critoph, 2019). El personal penitenciari té un paper important a jugar en la protecció i promoció de la salut i el benestar a la presó i necessita una formació adequada, així com el suport dels seus responsables. En la planificació i la prestació dels serveis sanitaris penitenciaris, és una bona pràctica implicar els usuaris dels serveis juntament amb els i les professionals de la salut i l'atenció social, els grups voluntaris rellevants i el personal penitenciari (Critoph *et al.*, 2020).

Enfortir el treball dels serveis i fer-ho de manera comunitària, permetria reduir l'èmfasi en la perillositat, desestigmatitzar, a través de pràctiques concretes i de promoure el canvi de la imatge social de la persona empresonada i amb algun trastorn. També implementar protocols de col·laboració interinstitucional integrat en els serveis de salut penitenciària. Les persones professionals dels serveis comunitaris, com ara treballadores/s socials, etc., haurien de fer visites a presó i valorar casos amb els equips penitenciaris, per tal de garantir la continuïtat terapèutica, oferint solucions holístiques (Mezzina, 2022).

La col·laboració i la integració són conceptes relacionats que es troben als extrems del continu estructura en vers agència, amb models d'integració entre serveis que faciliten (o restringeixen) el comportament col·laboratiu dels agents que treballen dins d'aquestes estructures (Hean *et al.*, 2016, 2017). La col·laboració, per exemple, pot estar associada a les percepcions dels i les

professionals sobre les diferències de poder entre diferents serveis, nivells de comunicació o una cultura organitzativa que fomenta o descoratja l'acció col·laborativa (Ødegård, 2007). La integració, en canvi, són aquelles estructures que creen aquestes condicions: models de finançament, administració, organització, prestació de serveis i atenció dins i entre sectors diferenciats amb l'objectiu final de millorar la qualitat de l'atenció (Kodner & Spreeuwenberg, 2002). Els nivells d'integració entre serveis es troben en un continu des de la segregació total fins a la integració total, sent la vinculació, la coordinació i la cooperació nivells intermedis entre els dos extrems (Hean *et al.*, 2017).

Segons Hean (2016) el baix nivell de coordinació entre el personal funcionari i el personal especialitzat en salut mental pot significar que aquests últims perdin oportunitats clau per accedir a un diagnòstic i tractament eficaç de les persones i, de la mateixa manera, el personal funcionari perd el benefici dels coneixements especialitzats que ofereixen els experts en salut mental. També es perden oportunitats de treballar junts per desenvolupar serveis innovadors des de la base (Hean *et al.*, 2016, 2017).

Tanmateix, una revisió de la literatura sobre l'atenció sanitària a la presó (Brooker *et al.*, 2009) va posar de relleu el fet que, fins i tot amb els serveis de salut mental basats de manera permanent a la presó, hi ha dues cultures que poden funcionar molt diferents entre si, amb diferents línies formals de comunicació. Es tracte de serveis que estan integrats dins la presó que fomenten la derivació intraservei però no les interaccions entre agències. També es requereix formació per als funcionaris penitenciaris, no només per preparar-los per a un paper més important en l'observació, el seguiment i el suport dels delinqüents de salut mental (Bradley-Engen *et al.*, 2010; Brooker *et al.*, 2009), sinó que ells, juntament amb els i les professionals de la salut, puguin aprendre els uns dels altres i sobre els altres (Hean *et al.*, 2016, 2017) desenvolupant competències de col·laboració i integració, necessàries perquè els líders i el personal de primera línia siguin col·laboratius i treballin dins dels serveis integrats (Hean, 2015; Hean *et al.*, 2015).

Es considera d'especial rellevància que els i les professionals involucrats/des en l'abordatge de les dones privades de llibertat puguin atendre-les en un context i sota una perspectiva de "no judici" amb una mirada feminista i interseccional, evitant la tendència a la revictimització que moltes dones pateixen dins del medi. Per altra banda, una part imprescindible de la intervenció ha d'estar centrada en els processos de reinserció i el temps immediatament posterior a la llibertat (Wickliffe *et al.*, 2019).

Donat que la presència i prevalença de població amb diagnòstics en salut mental és elevada en l'entorn privatiu de llibertat, és necessari desenvolupar la capacitat dels treballadors a detectar, avaluar i atendre a les persones amb aquestes necessitats. A més, cal un procés de derivació clarificador i fàcil per tal de millorar les seves condicions de vida i nivell de vida (Gómez-Figueroa & Camino-Proaño, 2022). Les dones a presó necessiten personal que incorpori els principis humanistes de l'empatia i la consideració positiva incondicional per a que el procés de empresonament sigui vertaderament rehabilitador (Bright *et al.*, 2022). Cal que l'equip estigui motivat, sigui cuidador i compregui a les preses i els hi doni suport així es poden aproximar més i la relació sigui positiva i de confiança per compartir qualsevol problema que sorgeixi (Vince & Evison, 2023).

### **1.3. Model d'atenció a la Salut Mental Penitenciària a Catalunya**

L'atenció a la salut mental en l'àmbit penitenciari de Catalunya està conformada per un conjunt d'unitats professionals de diferents àmbits que atén les persones que es troben privades de llibertat. Aquesta atenció, a dia d'avui, és una de les més integrals que es poden trobar en el territori espanyol i també en la resta de països europeus, i ha estat fruit de l'esforç dels i les professionals de l'àmbit de la justícia i de la sanitat que van apostar per garantir que les persones que es troben en privació de llibertat tinguin l'atenció necessària i requerida malgrat la seva condició. Aquesta reflexió, que podria semblar innecessària i que de fet hauria de ser-ho, és d'obligada menció, atès que tot i les recomanacions de diferents organismes que vetllen pels drets de les persones empresonades, no tots els territoris compten amb la integració de l'atenció a la salut mental a les presons.



El recorregut fins a la situació actual té dos moments clau: en el primer, l'any 1981, es van transferir les competències de sanitat (centres i serveis sanitaris i socials) a Catalunya, i en el segon, l'any 1984, es va fer el mateix amb les competències en matèria penitenciària.

Catalunya, d'acord amb l'Estatut d'Autonomia, té la competència de l'execució de la legislació de l'Estat en matèria penitenciària. Aquesta competència comporta, gestionar i organitzar íntegrament la política, el personal i els establiments dels centres penitenciaris d'acord amb la legislació espanyola. El traspàs d'aquesta competència es va fer efectiva l'1 de gener de 1984, en virtut del Real Decret 3482/1983, del 28 de desembre.

La legislació aplicable al sistema penitenciari és la mateixa per tot l'Estat espanyol i està integrada per la Constitució Espanyola del 1978, la Llei orgànica general penitenciària de 1979, el Codi Penal de 1995 i el Reglament Penitenciari de 1996. Tot i que la base legal és la mateixa per a tot l'Estat espanyol, a la pràctica, existeixen dos sistemes polítics administratius amb competències en l'organització i gestió del sistema penitenciari: l'Administració Penitenciària de l'Estat espanyol i l'Administració Penitenciària de Catalunya. El Departament de Justícia de la Generalitat de Catalunya exerceix en exclusiva sobre la política penitenciària a Catalunya a través de la Secretaria de Serveis Penitenciaris, Rehabilitació i Justícia Juvenil.

L'any 1991 se signa un conveni entre el Departament de Salut i el Departament de Justícia per garantir una adequada assistència sanitària a les persones empresonades als centres penitenciaris.

L'any 2001, un conveni entre el Departament de Salut, el Departament de Justícia i l'Orde Hospitalària de Sant Joan de Déu (SJD), dona forma al pla de necessitats en l'àmbit de la salut mental penitenciària. Aquest conveni va ser redactat per una comissió d'experts de salut mental a proposta del Departament de Salut i el Departament de Justícia. Aquest mateix any es posa en marxa la Unitat Polivalent del Centre Penitenciari (CP) Quatre Camins, actualment fora de funcionament per la seva rehabilitació.

Dos anys més tard, al 2003, s'inaugura la Unitat d'Hospitalització Psiquiàtrica Penitenciària de Catalunya (UHPP-C). És una unitat mixta que garanteix el mateix abordatge diagnòstic i terapèutic a homes i dones. En aquesta unitat també hi conviuen persones empresonades en diferent situació penal (en situació de presó preventiva, en compliment d'una pena o complint una mesura de seguretat d'internament psiquiàtric). Compta amb un servei d'urgències psiquiàtriques que atén les 24 hores del dia, tots els dies de l'any la població penitenciària de Catalunya i aquells que ingressen amb una ordre judicial d'ingrés. Està dividida en quatre unitats, la d'aguts, amb 10 llits monitoritzats; la de subaguts, amb un total de 39 llits i 3 habitacions individuals monitoritzades. La unitat de rehabilitació intensiva de dones, que compta amb 6 llits destinats als ingressos de rehabilitació de les dones a presó als tots els centres penitenciaris catalans, i unitat d'atenció precoç del trastorn mental sever preventiu, que disposa de 8 llits, destinats a persones que necessiten iniciar un tractament rehabilitador, abans de tenir una sentència ferma.

El 2006 es publica el Decret 399/2006, de 24 d'octubre, pel qual s'assigna al Departament de Salut les funcions en matèria de salut i sanitàries de les persones privades de llibertat. El sistema d'atenció sanitària dintre de les presons actual forma part de la xarxa sanitària d'utilització pública del Servei Català de Salut. El proveïdor d'atenció primària penitenciària és l'Institut Català de la Salut (ICS), i el proveïdor d'assistència psiquiàtrica especialitzada a la província de Barcelona és el Parc Sanitari Sant Joan de Déu (PSSJD).

L'any 2009 es produeix l'obertura parcial de la Unitat d'Hospitalització i Rehabilitació Psiquiàtrica Penitenciària del Centre Penitenciari Brians 2, completarà el seu desplegament al 2018, passant de 22 als 80 llits actuals que es divideixen en dues unitats. Una de rehabilitació intensiva amb 55 llits de capacitat, i una de trànsit a la comunitat amb 20 llits. Aquesta unitat és exclusivament per a homes empresonats.

L'any 2017, es desenvolupen, des del Departament de Salut i el Departament de Justícia, una sèrie d'accions amb l'objectiu d'establir una cartera de serveis d'atenció en salut mental que completi un enfocament rehabilitador, comunitari, integral, i d'equitat. En aquest sentit, dues d'aquestes accions són claus alhora

d'entendre l'atenció integral a la salut mental. Per una banda, s'implementa el Servei d'Atenció Ambulatoria a Salut Mental a tots centres penitenciaris de Catalunya, seguint el model establert a la comunitat i conegut com a Programa de Col·laboració amb Atenció Primària (PCP) i que depèn del proveïdor de serveis en salut mental del territori. Els equips, que componen el PCP i que seran anomenats Equips de Salut Mental i Addiccions (ESMiA) d'atenció ambulatoria, són professionals de psiquiatria, psicologia clínica, infermeria especialitzada en salut mental i teràpia ocupacional, tot i que algun dels centres penitenciaris no compten amb aquesta darrera figura. La ràtio professional varia en cada centre penitenciari en funció de la població de persones empresonades i altres variables sobre el perfil de les persones a presó.

Per altra banda, s'implementa el Pla de Suport Individualitzat (PSI) d'àmbit penitenciari, dirigit a les persones preses que presenten problemàtica de salut mental i es troben en un règim de semilibertat, ja sigui al centre obert, secció oberta o unitat dependent, i que té com a principal funció garantir la continuïtat assistencial una vegada hagi finalitzat la intervenció en l'àmbit penal, sempre que les necessitats de tractament persisteixin. El PSI Penitenciari té un caràcter suprasectorial, en el sentit que els casos de què es fa càrrec poden tenir un sector sanitari de referència diferent i allunyat al de la ubicació del Centre de Medi Obert. En aquests casos, el PSI Penitenciari és igualment responsable del cas, però transfereix l'execució del pla d'atenció a l'equip de salut mental del territori de referència de la persona amb trastorn mental.

A més dels recursos i programes descrits fins ara, cal fer menció d'un recurs conegut com Mòdul d'Integració a la Diversitat (MID), que es troba al Centre Penitenciari Mas d'Enric (Tarragona) i és un mòdul ubicat al mateix edifici que la infermeria, però independent d'aquesta que disposa de 25 habitacions amb capacitat per a 23 homes empresonats. El funcionament està regit per la normativa penitenciària i la detecció, internament i atenció és coordinada entre el personal de vigilància, el personal tècnic d'equips de rehabilitació, i els i les professionals de l'ESMiA. Les persones susceptibles d'ingressar en aquest mòdul són aquelles amb un trastorn mental greu i/o trastorn límit de la personalitat, que interfereixi en el funcionament global; persones amb trastorn mental en situació posterior a l'alta d'un ingrés a les unitats de salut mental;

persones amb un estat mental d'alt risc de transició a la psicosi (EMAR); persones amb Discapacitat Intel·lectual i del Desenvolupament (DID) que interfereixin en el seu funcionament global i persones amb deteriorament cognitiu.

Per últim, cal fer referència al programa marc d'atenció i intervenció a les persones amb DID, que tot i no tractar-se d'un recurs de salut mental, s'entén com una atenció a la vulnerabilitat i per tant convé ressaltar-lo. Aquest programa inclou la intervenció ambulatoria, que corre a càrrec del Programa DID, que mitjançant un concert del Departament de Justícia amb les Fundacions Catalunya i Ampans al 2019, atén a través de la Unió Temporal d'Empreses (UTE) Abril, a homes i dones que es troben dins el medi penitenciari i presenten una DID o un funcionament intel·lectual límit amb vulnerabilitat. Dins el programa marc també s'inclou la intervenció residencial especialitzada que es realitza al Departament d'Atenció Especialitzada per a homes presos amb Discapacitat Intel·lectual i del Desenvolupament (DAE-DID), del Centre Penitenciari Quatre Camins (Barcelona) i disposa de 25 places.

Les dones que es troben privades de llibertat tenen accés a la xarxa d'atenció a la salut mental en el sentit que poden fer ús del PCP i PSI, tot i que només poden ser ateses en format d'ingrés a la UHPP-C.

#### **1.4. Model d'atenció a les Drogodependències**

De la mateixa forma que succeeix en l'àrea de la salut mental, pel que fa a les drogodependències, des de l'any 1984 Catalunya té les competències en l'àmbit d'intervenció. Des d'aquell moment l'atenció i intervenció en les drogodependències ha estat quelcom prioritari en les àrees d'intervenció. Els programes han anat prenent més consistència i rigor professional, combinant la intervenció més de caire psicoeducatiu amb l'oferta d'assistència sanitària i d'agents del tercer sector.

A finals dels anys vuitanta i inicis dels noranta apareixen els primers programes de desintoxicació i administració de metadona (1988-1989) així com s'inaugura el Departament d'Atenció Especialitzada (DAE) a la presó de Quatre Camins. L'obertura del DAE suposa la creació de la primera comunitat terapèutica

intrapenitenciària de l'Estat Espanyol, i, de forma progressiva, es consolida un model d'intervenció intensiva en matèria de drogodependències, oferint programes residencials lliures de drogues.

Des d'aquell moment la intervenció en drogodependències s'ha considerat com quelcom que requereix la implicació de tota l'estructura penitenciària, on tots els agents de la institució treballen amb els mateixos objectius. Disposant també de programes motivacionals i intensius de drogodependències a part dels abans esmentats.

L'any 2002 la Subdirecció General de Programes de Rehabilitació i Sanitat crea el programa marc de drogodependències del sistema penitenciari català.

D'aquest se'n destaquen els següents objectius principals: ajustar les estratègies d'intervenció al perfil de cada persona a presó; incrementar la motivació cap al canvi; millorar la qualitat de l'assistència socio sanitària; optimitzar els recursos penitenciaris i de la xarxa externa de drogodependències; millorar la prevenció del consum i revisar els protocols de control de l'oferta.

Tanmateix, el programa marc té diferents eixos d'intervenció, com és la necessitat que la intervenció en les drogodependències sigui en les esferes individual, grupal i familiar, així com multidisciplinari, psicoeducativa, social, sanitària i de control; també compta amb programes tant de prevenció com de tractament, podent adaptar-se la intensitat i l'estratègia d'intervenció. S'emfatitza també la importància de la continuïtat a la xarxa comunitària per a garantir un bon seguiment.

Es planifiquen dues línies generals d'intervenció. La primera són programes o intervencions centrades en la reducció de l'oferta, ja sigui a través de controls, escorcolls, mesures disciplinàries, entre d'altres. I la segona són programes i intervencions centrades en la reducció de la demanda, realitzant prevenció del consum, programes de salut, intervenció psicosocial, etc.

Com s'ha comentat anteriorment, les diferents modalitats de tractament les dues a terme el personal propi del servei de rehabilitació, personal sanitari, així com també hi intervenen diferents entitats externes.

Es classifica les diferents intervenció en les següents modalitats:

- Programes motivacionals: dirigits a persones amb motivació al canvi baixa o dubtosa, possible en qualsevol moment de l'execució de la condemna. Es tracta d'un programa grupal que té una durada d'un mes amb una previsió de 24 sessions d'una hora i mitja.
- Programes intensius:
  - Programa intramodular: es tracta de règims de vida de tractament integral de les drogodependències. Destinat a persones penades i que preveu diferents intervencions a tots els nivells. Un dels subprogrames més habituals és el Subprograma de Manteniment i Promoció de Recaigudes (PMOC), que és un programa de quatre mesos amb un total de 96 hores d'intervenció grupal.
  - Comunitat terapèutica intrapenitenciària (DAE)
- Programes de manteniment (prevenció de recaigudes)
- Programa individual de tractament de drogodependències
- Tractament ambulatori intrapenitenciari: Centre d'Atenció i Seguiment a les drogodependències (CAS) des de 2005 a Brians 1 i després es crea el CAS de Brians 2. Així com l'ESMiA en tots els centres penitenciari.
- Programes de reducció de danys: més vinculat a la prestació de serveis per part dels equips sanitaris, permetent la millora de qualitat de vida de les persones en consum actiu, la potenciació de la reducció de consum i/o el consum controlat i la motivació cap al tractament.

Cal tenir en compte que la intervenció en drogodependències requereix una adaptació constant, ja que les necessitats de les persones són canviants, així com també ho són els patrons de consum, els nous tractaments i les trajectòries de dependència. Aspecte que requereix d'una adaptació constant i de la necessitat d'atendre a les necessitats individuals.

## **2. Objectius**

### **2.1. Objectiu general**

Conèixer les necessitats d'atenció de les dones a l'execució penal, en relació amb la salut mental i drogodependències, des d'una perspectiva de gènere.

### **2.2. Objectius específics**

Descriure els problemes de salut mental i drogodependències que afecten a les dones ingressades al medi penitenciari.

Relacionar les problemàtiques de salut mental i drogodependències amb els aspectes delictius.

Identificar les problemàtiques relacionades amb la salut mental i el benestar emocional que afecten a les dones en el procés d'adaptació i en el procés de reinserció.

Elaborar propostes de millora.

### 3. Aspectes metodològics

Per tal de donar resposta als objectius presentats, s'han proposat cinc fonts d'informació d'on emergiran les necessitats i a partir de les quals es sustentaran les conclusions i les propostes finals d'aquest informe.

La primera font d'informació prové de la recerca bibliogràfica. Aquesta s'ha redactat a partir de la recerca, revisió bibliogràfica i lectura crítica de 67 articles científics publicats en revistes d'impacte i també de 32 documents que corresponen a informes, guies, protocols i llibres.

Concretament la revisió sistemàtica de la literatura es va realitzar a partir de l'estratègia de cerca: *((("Correctional Facilities"[Mesh]) OR "Prisoners"[Mesh] OR prison\*) AND ("Mental Health"[Mesh] OR (mental health)))*. A continuació es van tenir en compte els filtres: *female* i un període de cerca des de l'any 2010 fins l'actualitat. La recerca d'articles es va limitar a la base de dades Pubmed, amb l'objectiu d'establir l'estat de l'art i els temes emergents de la literatura científica. A partir de l'estratègia esmenada es van obtenir un total de 1357 referències. Aquestes varen ser revisades per títol i resum i es van seleccionar de manera definitiva 116 articles. A continuació d'un anàlisi crític dels articles científics es van extreure les dades que s'aporten en aquest projecte.

Per altra banda, els documents que configuren la literatura gris són fruit de la exploració de diverses bases documentals; webs de recursos penitenciaris i forenses nacionals i internacionals; biblioteques d'organitzacions i institucions nacionals i internacionals. Es van trobar i llegir un total de 45 documents i finalment 32 van ser seleccionats i utilitzats per a la elaboració d'aquest projecte.

La segona font d'informació són les dades que s'han analitzat i que s'han extret de diversos sistemes d'informació. Per una banda, s'han analitzat les dades dels registres assistencials dels ESMiA del CP de Dones de Barcelona (en endavant, DB) i del CP Brians 1 (en endavant, B1); les dades assistencials de la UHPP-C i del programa PSI penitenciar. També s'han explorat les dades del Sistema d'Informació Penitenciària Català (SIPC).



La tercera font d'informació són les veus de les dones empresonades i que provenen de l'estudi "Estudio de las necesidades ocupacionales cotidianas para la promoción de la salud de las mujeres con una medida de internamiento o pena privativa de libertad".

La quarta font d'informació són les opinions dels i les professionals, que s'han obtingut a través de les respostes a un qüestionari que s'ha elaborat ad hoc i que realitza diverses preguntes relacionades amb els objectius d'aquest projecte.

La cinquena i darrera font d'informació és el propi grup de treball donat que està format per professionals de la psiquiatria, la psicologia, la infermeria, i la teràpia ocupacional estant la seva pràctica professional vinculada a les qüestions centrals d'aquest projecte: la salut mental i les drogodependències en la població de les dones a presó. A continuació, s'exposarà amb detall la metodologia que sosté l'extracció d'informació de les diverses fonts.

Posteriorment, s'exposaran els resultats extrets de cada una de les fonts i de les que emergiran les necessitats a partir de les quals es configuraran les propostes que es presenten al final d'aquest document.

### **3.1. Les dades**

#### **3.1.1. Dades 2022**

Les dades que s'aporten de l'any 2022 són del seguiment dels PCP de les dones empresonades del CP DB i el CP B1. Ambdós programes són gestionats per Sant Joan de Déu, i les dades que es mostren sorgeixen del registre assistencial que duen a terme els i les professionals del programa i que conformen la memòria d'activitat anual. La població de dones d'aquests dos centres al llarg del 2022 suposen quasi el 80% del total de dones privades de llibertat, pel que s'estima que són representatives del total.

Aquest registre recull diferents variables com són, la data de la visita; el tipus de visita (primera; seguiment; injectable; coordinació; grupal; telefònica; informe) i la prioritat (urgent; preferent; ordinària); el mòdul o departament on

s'ha realitzat la visita; el diagnòstic principal de la persona atesa i el professional que realitza la visita. En cas de finalització del seguiment s'anota el motiu de l'alta del programa en el darrer registre.

Amb relació a la UHPP-C i programa de continuïtat assistencial PSI, només es referiran el nombre d'ingressos de dones, o d'inclusió en el programa, en el cas del PSI.

### **3.1.2. Dades 2023**

Les dades del 2023 recullen la informació del PCP de les dones a presó, entre el gener i el maig de 2023, i es corresponen als mateixos centres penitenciaris que les de 2022 i s'han extret del mateix registre assistencial. Al 2023 es va ampliar el nombre de variables del registre recollint-se també la presència del diagnòstic secundari o comorbiditat.

Tanmateix, es va sol·licitar a l'equip de cada centre que realitzés una estimació del tractament farmacològic prescrit, de la presència de vivències i clínica traumàtiques, del consum actiu de substàncies, i si hi havia seguiment previ a l'entrada a presó en Centre de Salut Mental (CSM) o en Centre d'Atenció i Seguiment Toxicomanies (CAS).

La població de les dones entre B1 i DB, entre els mesos de gener a maig del 2023, representa al voltant del 70% de les dones privades de llibertat a Catalunya.

De la mateixa manera, també s'aportaran dades de les dones ateses al PSI, així com de les dones ingressades a la UHPP-C, entre gener i maig de 2023.

Per altra banda, es va extreure informació del SIPC per part d'un membre del grup de treball que no forma part de cap dels equips de seguiment de l'ESMiA dels centres penitenciaris inclosos. Així, es va fer entrega de les dades en la base anònima que ha analitzat el grup de treball. Les dades del SIPC que s'han recollit són, la situació penal (preventiva, penada); tipologia delictiva (contra les persones; contra la salut pública; contra la propietat; contra la llibertat sexual; contra la seguretat del trànsit; altres); si el RisCanvi estava o no complimentat; resposta als ítems 23, socialització o criança problemàtica a la família d'origen;

28, víctima de violència de gènere; 30, abús o dependència a les drogues; 31, abús o dependència a l'alcohol; 32, trastorn mental sever; 35, trastorn de personalitat relacionat amb la ira, la impulsivitat i la violència; 37, intents o conductes d'autolesió; 41, impulsivitat i inestabilitat emocional; i per últim, l'existència d'expedients disciplinaris durant el període d'estudi i la gravetat dels mateixos.

### **3.2. Les veus de les dones**

Les veus de les dones provenen del treball doctoral de Desiré Traver Edo (DTE), terapeuta ocupacional i membre del grup de treball que ha desenvolupat aquest projecte. Aquesta tesi es troba propera a ser dipositada, i està vinculada al Programa de Doctorat en Estudis de Gènere: Cultures, Societats i Polítiques de la Universitat Autònoma de Barcelona, sota la direcció de la Dra. Noèlia Igareda i la Dra. Gemma Escuder-Romeva.

El propòsit de la tesi doctoral de DTE és donar veu a les dones en situació privativa de llibertat a través d'una mirada feminista interseccional. El marc principal del seu treball té la intenció d'oferir un espai de reflexió i de recerca sobre l'ocupació quotidiana i la privació de la llibertat de poblacions minoritàries dins de les presons. La investigació consisteix en una anàlisi de les necessitats quotidianes de les dones amb una pena privada de llibertat o amb una mesura de seguretat al CP Brians 1. Aquesta investigació es basa en les 27 entrevistes semiestructurades realitzades a dones al Mòdul Residencial i a la UHPP-C del CP Brians 1 i a l'observació participant desenvolupada entre juliol del 2019 i gener del 2021. Durant aquest temps, va assistir setmanalment a diferents activitats i realitats quotidianes diverses i ajustades a allò viscut dins de presó en espais de vida, acumulant més de 300 hores de treball de camp. Aquesta experiència li va permetre conèixer la realitat penitenciària i les pròpies realitats de vida quant a la privació ocupacional i de llibertat de les dones. Aquest projecte va rebre l'aprovació del Comitè d'Ètica Assistencial de la Fundació Sant Joan de Déu (PIC 31-19) i l'autorització de l'Àrea de Planificació i Projectes Estratègics de la Secretaria de Mesures Penals, Reinserció i Atenció a la Víctima del Departament de Justícia, Drets i Memòria de la Generalitat de

Catalunya. Tanmateix, va ser finançat a través de la Beca d'Ajuts a la Recerca del Parc Sanitari Sant Joan de Déu.

Les entrevistes semiestructurades consistien en la formulació de preguntes (vegeu annex 1), tant obertes com tancades que es corresponien amb certes categories d'anàlisi prèviament acordades. Al inici de la realització de les entrevistes les dones van signar el consentiment informat. Les entrevistes es van registrar manualment.

Per a donar resposta a l'apartat "Les veus de les dones" s'ha fet ús de les 27 entrevistes que conformen el projecte de tesi de DTE i s'han analitzat per a cercar allò que fos reportat per les dones al llarg de les entrevistes i respongui als àmbits temàtics d'aquest projecte. Així, s'han seleccionat narratives relacionades amb el procés d'adaptació, el procés de reinserció, la salut mental i el benestar emocional i s'han seleccionat també les narratives que permetin identificar espais de malestar emocional durant l'estada de les dones al centre penitenciari i contribueixin a donar una mirada a les vivències i experiències quotidianes de les dones i aportin llum per a l'elaboració de propostes de millora, objectiu final d'aquest projecte.

### **3.3. Les opinions dels i de les professionals**

Respecte de la metodologia, hem recollit les dades mitjançant un qüestionari d'elaboració pròpia amb preguntes obertes, perquè el personal pogués expressar-se lliurement sobre qüestions referides al procés d'adaptació i de reinserció, sobre la salut mental i el benestar emocional i també sobre els casos complexos. Respecte a aquestes temàtiques es va consultar sobre les dificultats i sobre les possibles millores en aquests àmbits. Es pot consultar el qüestionari a l'annex 2.

L'entrega del qüestionari es va fer a través de correu electrònic, com en mà a un total de 30 professionals de 3 centres penitenciaris diferents, en concret de DB, de B1 i de Puig de les Basses. Aquestes persones van ser seleccionades per el grup de treball amb la intenció que es copsés l'opinió de diferents perfils professionals que atenen a dones als centres penitenciaris. Es van incloure persones professionals que formen part dels Equips Tècnics d'Execució Penal

(Etep), dels ESMiA; d'Atenció Primària i d'altres provinents del tercer sector. Els qüestionaris es van entregar entre el mes de maig i juliol de 2023 i es van recollir fins al 30 de setembre de 2023. Finalment, 22 persones varen contestar el qüestionari. D'aquestes, 7 són professionals de psiquiatria, psicologia i infermeria de l'ESMiA, 8 són professionals de psicologia, educació social, treball social i juristes, així com funcionaris d'interior dels centres, 2 són professionals de l'ICS, 4 professionals treballen en l'àmbit de drogodependències i un és professional d'una entitat del tercer sector.

L'anàlisi de les dades es va realitzar des d'una aproximació qualitativa, alhora que s'ha considerat reportar la freqüència del tipus de respostes en un mateix sentit.

### **3.4. El grup de treball**

La configuració del grup de treball (GT) que ha dut a terme aquest projecte va establir-se quan al mes d'octubre de 2022 el Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada (CEJFE) i l'Observatori Català de la Justícia en Violència Masclista (OCJVM) van informar de l'interès que tenien en que des de l'Àrea de Salut Mental Penitenciària de Sant Joan de Déu es presentés una proposta per donar resposta a una de les seccions del Macro projecte: Gènere i Presó. Aquest GT ha incorporat al llarg del desenvolupament del projecte diferents figures professionals que han contribuït a l'elaboració d'aquest informe. El fet que totes les persones que conformen el GT siguin professionals sanitàries/is, i de recerca en l'àmbit de la salut mental i estiguin vinculades en diverses formes a l'atenció a les dones, i/o a l'àmbit penitenciari, es considera que atorga el grau d'expertesa necessari per a contribuir des de l'experiència a l'establiment de necessitats i de propostes, convertint-se en una font més d'informació que sustentarà les evidències finals que es presenten en aquest informe.

Per tal de mostrar aquesta nivell d'expertesa es pot revisar la trajectòria formativa i professional de les persones que conformen el GT a l'annex 3.

El GT ha realitzat un total de 15 reunions de treball, de les quals 3 van establir-se entre el mes de novembre de 2022 i el mes d'abril de 2023, prèviament a

l'acceptació i de la signatura del contracte. En aquestes 3 reunions, a través de la pluja d'idees, es van plantejar les temàtiques més destacables en la tasca diària amb les dones. Les 12 reunions que es produeixen posteriorment, a partir del mes de maig, tenen diferents continguts, però totes elles contenen la revisió de les temàtiques emergents en les altres fonts d'informació i la reconsideració de les necessitats que aporta el GT en tots els apartats que configuren el projecte.

## **4. Resultats**

### **4.1. Dades dels sistemes d'informació**

En el moment en que s'inicia l'atenció ambulatoria de salut mental als centres penitenciaris es van establir uns criteris generals per a calcular les hores necessàries dels ESMiA. Aquestes proporcions s'han mantingut més o menys en la proporció establerta, tot i que aquesta era orientativa. Per tal de poder entendre les dades que presentem a continuació cal conèixer la proporció de professionals de l'ESMiA que atén al CP DB, així com al mòdul de dones de CP B1.

En el cas de CP DB, la presència de psiquiatria, psicologia i infermeria és de 14 hores setmanals per a cada disciplina. En el cas de CP B1 que compte, amb un mòdul residencial de dones, un mòdul de règim semiobert de dones, així com el departament especial de dones, l'atenció en salut mental és d'aproximadament, 21 hores de psiquiatria; al voltant de 28 hores de psicologia i de teràpia ocupacional i 14 hores d'infermeria.

Aquestes proporcions s'han mantingut estables, tot i que amb variacions fruit d'incidències personals i/o organitzatives.

#### **4.1.1. Dades 2022**

Al llarg del 2022 a la UHPP-C van realitzar-se un total de 351 ingressos, dels quals 56 eren dones, que representen el 16% dels ingressos que es van realitzar. En el programa PSI, es van atendre un total de 104 pacients, dels quals 29 eren dones i suposen el 27,8%.

A continuació, s'exposen les dades extretes dels registres realitzats per tots els i les professionals de l'ESMiA dels centres penitenciaris B1 i DB d'aquelles dones que es troben en situació de preventives, en segon o primer grau.

Pel que fa a la presència professional al llarg del 2022, cal destacar que al CP DB de gener a agost del 2022 no es va comptar amb la dotació total de psicologia.

Al llarg del 2022, entre els dos centres es van atendre a un total de 330 dones, concretament 162 al CP B1 i 168 al CPDB. Així mateix es van dur a terme un total de 4.043 visites, 2.652 al CP B1 i 1.391 al CP DB.

Les visites de seguiment s'han analitzat segons diferents criteris com la tipologia de la visita; la prioritats de la visita; el/la professional amb qui es visiten; pels mòduls on es troben residint i segons els diagnòstics de les dones ateses.

En referència a la tipologia de visites, destaca un gran gruix de visites de seguiment, representant un 81,05% (3277) de les visites realitzades, d'aquestes 1104 han estat realitzades a DB i 2173 a B1, seguit de les coordinacions, implicant un 9,10% (368) de les atencions realitzades, cal destacar un 12,30% (326) de les visites a B1 i un 3,02% (42) a DB. Primeres visites 8,85% (358), implicant un 16,61% (231) a DB i un 4,79% (127) a B1; per altre banda, hi ha d'altres visites que inclou la realització d'informes com algunes trucades telefòniques que implica un 0,80% (32) del total, sent un 0,79% (11) a DB i un 0,79% (21) a B1. Seguit d'administracions d'injectables 0,20% (8), amb un 0,15% (5) a B1 i un 0,22% (3) a DB.

**Taula 1. Tipologia de visita 2022**

Tipologia de visita						
	DB		B1		TOTAL	
	N	%	N	N	%	N
<b>Seguiment</b>	1104	79,37%	2173	81,97%	3277	81,05%
<b>Coordinació</b>	42	3,02%	326	12,30%	368	9,10%
<b>Primera</b>	231	16,61%	127	4,79%	358	8,85%
<b>Altres</b>	11	0,79	21	0,79	32	0,80
<b>Injectable</b>	3	0,22%	5	0,15%	8	0,20%
<b>Total</b>	1391	100%	2652	100%	4043	100%

DB, Centre Penitenciari DB; B1, Centre Penitenciari Brians 1; N, número de dones; %, percentatge.

En referència a la prioritats de les visites, cal destacar tres categories diferents. En primer lloc, les visites ordinàries, que impliquen que s'han de dur a terme en un màxim d'un mes i que representen un 95,97% (3880) de les atencions realitzades, concretament un 92,17% (1282) de les visites realitzades a DB i un 97,97% (2598) a B1; seguit de les visites preferents, que comporta que s'ha de dur a terme en un període de màxim de dues setmanes i que representa un



2,82% (114) de les visites totals, un 5,39% (75) a DB i un 1,47% (39) a B1. Per últim, es compta amb les visites de caràcter urgent, que implica la necessitat de dur-la a terme en un període de màxim 24 hores, i que representa únicament un 1,21% (49) del total de les visites anuals; un 2,44% (34) a DB i un 0,56% (15) a B1.

**Taula 2. Visites segons prioritat 2022**

Prioritat visites						
	DB		B1		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
<b>Ordinària</b>	1282	92,17%	2598	97,97%	3880	95,97%
<b>Preferent</b>	75	5,39%	39	1,47%	114	2,82%
<b>Urgent</b>	34	2,44%	15	0,56%	49	1,21%

DB, Centre Penitenciari de Dones de Barcelona; B1, Centre Penitenciari Brians 1; N, número de dones; %, percentatge.

El 43,50% (605) de les visites realitzades a DB ha estat a dones que es troben al mòdul de preventives, el 30,19% (420) al mòdul residencial; el 16,25% (226) a infermeria; un 6,83% (95) de dones que es troben al mòdul polivalent; un 2,01% (28) al departament especial que és on es troben ubicades les dones que compleixen sanció per un expedient disciplinari i, per últim, un 1,22% (17) al departament d'ingressos. Cal destacar que al llarg del 2022 les visites realitzades al departament de mares es van registrar com a visites al mòdul de preventives, de forma que no s'ha pogut analitzar per separat.

Respecte a les visites realitzades a B1, destaca un 85,67% (2272) al mòdul de dones; un 9,50% (252) al departament especial de dones, on es troben complint sancions o en primer grau de règim penitenciari i, un 4,83% (128) a la UMS, que és la Unitat de Medi Semiobert.

**Taula 3. Visites segons mòdul de residència 2022**

Visites per mòduls					
	DB		B1		
	N	%		N	%
<b>Preventives</b>	605	43,50%	<b>DO</b>	2272	85,67%
<b>Residencial</b>	420	30,19%	<b>DED</b>	252	9,50%
<b>Infermeria</b>	226	16,25%	<b>UMS</b>	128	4,83%
<b>Polivalent</b>	95	6,83%			
<b>DE</b>	28	2,01%			

<b>Ingressos</b>	17	1,22%
------------------	----	-------

DB, Centre Penitenciari de Dones de Barcelona; B1, Centre Penitenciari Brians 1; N, número de dones; %, percentatge; DE, Departament Especial; DO, Mòdul de Dones; DED, Departament Especial de Dones; UMS, Unitat de Medi Semiobert.

El 39,33% (1590) de les visites realitzades han estat per psiquiatria; concretament un 37,32% (519) a DB i un 40,35% (1071) a B1; seguit d'un 31,66% (1280) de les visites que han estat realitzades per psicologia; implicant un 36,30% (505) de les visites realitzades a DB i un 29,22% (775) de les de B1. Un 18,08% (731) de les visites ha estat realitzada per infermeria, representant un 26,38% (367) de les visites a DB i un 13,73% (364) de les visites de B1. Per finalitzar, un 10,93% (442) del total de visites realitzades per teràpia ocupacional, tot i que cal destacar que aquestes únicament han estat realitzades a B1.

**Taula 4. Visites per professionals 2022**

<b>Visites per professionals</b>						
	<b>DB</b>		<b>B1</b>		<b>TOTAL</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Psicologia</b>	505	36,30%	775	29,22%	1280	31,66%
<b>TO</b>	-	-	442	16,70%	442	10,93%
<b>Infermeria</b>	367	26,38%	364	13,73%	731	18,08%
<b>Psiquiatria</b>	519	37,32%	1071	40,35%	1590	39,33%

DB, Centre Penitenciari de Dones de Barcelona; B1, Centre Penitenciari Brians 1; N, número de dones; %, percentatge; TO, Teràpia Ocupacional.

Cal destacar que el 63,94% (211) de les dones ateses ha realitzat entre 1 i 9 visites per els i les professionals de l'ESMiA al llarg del 2022; destaca un 73,81% (124) de les dones ateses a DB i un 53,7% (87) de les dones ateses a B1; seguit d'un 24,54% (81) dones ateses entre 10 i 30 vegades, representant un 20,24% (34) de les dones ateses de DB i un 29,02% (47) de les dones ateses a B1. Un 6,97% (23) de les dones ha estat atesa entre 31 i 50 vegades; sent un 4,76% (8) de DB i un 9,26% (15) a B1. Així mateix un 3,64% (12) de les dones ha estat atesa entre 51 i 80 vegades, un 1,19% (2) de les dones ateses a DB i un 6,17% (10) a B1. Per últim, un 0,91% (3) ha estat atesa entre 100 i 144 vegades, totes elles de B1.

**Taula 5. Número de visites per pacients 2022**

<b>Número de visites per pacients</b>	
---------------------------------------	--

	DB		B1		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
<b>100-144</b>			3	1,85%	3	0,91%
<b>51-80</b>	2	1,19%	10	6,17%	12	3,64%
<b>31-50</b>	8	4,76%	15	9,26%	23	6,97%
<b>10-30</b>	34	20,24%	47	29,02%	81	24,54%
<b>1-9</b>	124	73,81%	87	53,7%	211	63,94%

DB, Centre Penitenciari de Dones de Barcelona; B1, Centre Penitenciari Brians 1; N, número de dones; %, percentatge.

#### 4.1.2. Dades 2023

Entre el mes de gener i el mes de maig del 2023, a la UHPP-C van realitzar-se un total de 90 ingressos, dels quals 9 eren dones, que representen el 10% dels ingressos. En el programa PSI, durant els mateixos mesos tenien incloses 52 persones al programa, de les quals 16 eren dones, representant el 30%.

Des de l'1/01/2023 fins al 31/05/2023 s'han atès un total de 195 dones al PCP entre els centres penitenciaris de Dones de Barcelona i Brians 1. D'aquestes 99 (50,77%) han estat ateses al CP de Dones de Barcelona i 96 (49,23%) han estat ateses al CP Brians 1.

Al CP DB s'han fet un total de 872 visites, mentre que al CP B1 se n'han fet 840, sumant un total de 1.712 visites realitzades en el període de temps esmentat.

Aquestes visites s'han realitzat pels diferents professionals de l'equip del PCP del CP DB i B1. Els i les professionals que el componen han estat anteriorment a l'anàlisi de dades del 2022.

En ambdós centres, els i les professionals que han realitzat major número de visites han estat de psicologia, representant un 45,99% (401) a DB i un 41,19% (346) a B1, aspecte que comporta una mitjana de 43,63% (747) visites per part de psicologia. Les visites per part de l'equip de psiquiatria han suposat el 38,30% (334) de les visites realitzades a DB i el 30,12% (253) a B1, implicant una mitjana del 34,29% (587) de visites. Seguidament trobem les visites realitzades per infermeria amb un 15,71% (137) a DB i un 18,93% (159) a B1 representant el 17,29% (296) del total. Per últim, l'equip de B1 compta amb la presència de teràpia ocupacional, que ha realitzat el 9,76% (82) de les visites

del centre. Cal destacar, que al llarg del període esmentat la presència de TO no ha estat representativa donat que al llarg dels mesos estudiats només hi ha hagut presència professional des de mitjans d'abril.

**Taula 6. Visites per professionals 2023**

Visites per professionals						
	DB		B1		TOTAL	
	N	%	N	N	%	N
<b>Psiquiatria</b>	334	38,30%	253	30,12%	587	34,29%
<b>Psicologia</b>	401	45,99%	346	41,19%	747	43,63%
<b>Infermeria</b>	137	15,71%	159	18,93%	296	17,29%
<b>TO</b>	-	-	82	9,76%	82	4,79%

DB, Centre Penitenciari de Dones de Barcelona; B1, Centre Penitenciari Brians 1; N, número de dones; %, percentatge; TO, Teràpia Ocupacional.

Respecte a la tipologia de les visites realitzades el gran gruix d'aquestes han estat visites de seguiment, implicant un 83,06% (1422) del total de visites realitzades; seguit de coordinacions que representen un 7,71% (132) i de primeres visites 7,36% (126). D'altra banda, un 0,64% (11) han estat injectables. Per últim, un 1,23% (21) han estat altres visites, que inclou la realització de qualsevol tipologia d'informes, visites telefòniques, visites grupals i sortides terapèutiques.

**Taula 7. Tipologia de visita 2023**

Tipologia de visites						
	DB		B1		TOTAL	
	N	%	N	N	%	N
<b>Seguiment</b>	740	84,86%	682	81,19%	1422	83,06%
<b>Primera</b>	82	9,40%	44	5,24%	126	7,36%
<b>Coordinació</b>	40	4,59%	92	10,95%	132	7,71%
<b>Injectable</b>	5	0,57%	6	0,71%	11	0,64%
<b>Altres</b>	5	0,57%	16	1,92%	21	1,23%

DB, Centre Penitenciari de Dones de Barcelona; B1, Centre Penitenciari Brians 1; N, número de dones; %, percentatge.

Pel que fa a l'assistència de les visites, a DB el 84,86% (740) de les visites s'han pogut realitzar; mentre que el 15,14% (132) no s'han pogut realitzar, ve perquè la pacient no ha baixat a la visita, perquè es trobava en videotrucada, en sortida o d'altres. D'altra banda, a B1, el 82,62% (694) de les visites s'ha

pogut realitzar amb normalitat, mentre que el 17,38% (146) de les visites no s'han pogut realitzar per algun dels motius esmentats anteriorment.

Respecte al total general d'assistència, destaquem que el 83,76% (1434) de les visites s'ha pogut realitzar, respecte un 16,24% (278) de visites que no s'han pogut dur a terme.

Al CP DB, el 39,79% (347) de les visites es realitza a dones que es troben al mòdul residencial; mòdul de preventives 22,48% (196); infermeria 19,15% (167); mòdul polivalent 11,35% (99); departament de mares 4,59% (40); departament especial 2,08% (18) i departament d'ingressos 0,57% (5).

A B1, Departament de dones 82,26% (691); Unitat medi semiobert 9,29% (78) i departament especial de dones 8,45% (71).

**Taula 8. Visites segons mòdul de residència 2023**

Visites per mòduls					
	DB			B1	
	N	%		N	%
<b>DE</b>	18	2,06%	<b>DO</b>	691	82,26%
<b>Infermeria</b>	167	19,15%	<b>DED</b>	71	8,45%
<b>Ingressos</b>	5	0,57%	<b>UMS</b>	78	9,29%
<b>Mares</b>	40	4,59%			
<b>Polivalent</b>	99	11,35%			
<b>Preventives</b>	196	22,48%			
<b>Residencial</b>	347	39,79%			

DB, Centre Penitenciari de Dones de Barcelona; B1, Centre Penitenciari Brians 1; N, número de dones; %, percentatge; DE, Departament Especial; DO, Mòdul de Dones; DED, Departament Especial de Dones; UMS, Unitat de Medi Semiobert.

El 96,03% (1644) del total de les visites es realitzen de forma ordinària; el 2,34% (40) són considerades preferents i el 1,63% (28) són de caràcter urgent. Tot i que els percentatges dels dos centres són similars, si que cal destacar la diferència respecte a les visites urgents, en aquest cas a DB n'hi ha un 2,98% (26), mentre que a B1 un 0,24% (2). Aspecte que estaria relacionat amb que el CP B1 compta amb la UHPP-C i psiquiatria de guàrdia on, en cas d'urgència, poden ser visitades.

**Taula 9. Visites segons prioritat 2023**

Visites segons prioritat
--------------------------

	DB		B1		TOTAL	
	N	%	N	N	%	N
<b>Ordinària</b>	832	95,41%	812	96,67%	1644	96,03%
<b>Preferent</b>	14	1,61%	26	3,10%	40	2,34%
<b>Urgent</b>	26	2,98%	2	0,24%	28	1,63%

DB, Centre Penitenciari de Dones de Barcelona; B1, Centre Penitenciari Brians 1; N, número de dones; %, percentatge.

Del total de visites realitzades a DB, el 97,59% (851) d'aquestes s'han realitzat a dones que es trobaven en règim de vida ordinària, mentre que el 2,41% (21) de dones que es trobaven en règim de sanció i/o règim tancat. Al CP B1 el 98,57% (828) es trobaven en vida ordinària i el 1,43% (12) en règim tancat i/o de sanció. Respecte al total dels dos centres, el 98,07% (1679) es trobava en règim de vida ordinària i el 1,93% (33) en règim de sanció i/o tancat.

D'altre banda, al llarg del període esmentat s'han produït un total de 38 altes al CP DB. Cal destacar que les altes s'han realitzat per diferents motius. Un 36,84% (14) han estat donades d'alta perquè han obtingut la llibertat definitiva; un 26,32% (10) han estat canviades de CP; un 18,42% (7) han obtingut la llibertat provisional a espera de judici; un 10,53% (4) han obtingut l'alta clínica i, finalment, un 7,89% (3) han obtingut la llibertat definitiva.

Al CP B1, les altes que s'han realitzat en aquest període han estat un total de 24. El 54,17% (13) han estat per canvi de centre penitenciari; el 20,83% (5) ha estat a l'obtenir la llibertat definitiva; el 12,50% (3) han estat altes voluntàries; el 8,33% (2) per passar a secció oberta i només una alta clínica.

Del total d'altes entre els dos centres penitenciaris, s'observen un total de 62. El 37,1% (23) ha estat per canvi de centre penitenciari; el 30,65% (19) s'han produït a l'obtenir la llibertat definitiva; l'11,29% (7) quan han obtingut la llibertat provisional; el 8,06% (5) han estat obtenint l'alta clínica i el 4,84% (3) han estat altes voluntàries i un 8,06% (5) altes quan han marxat a secció oberta respectivament.

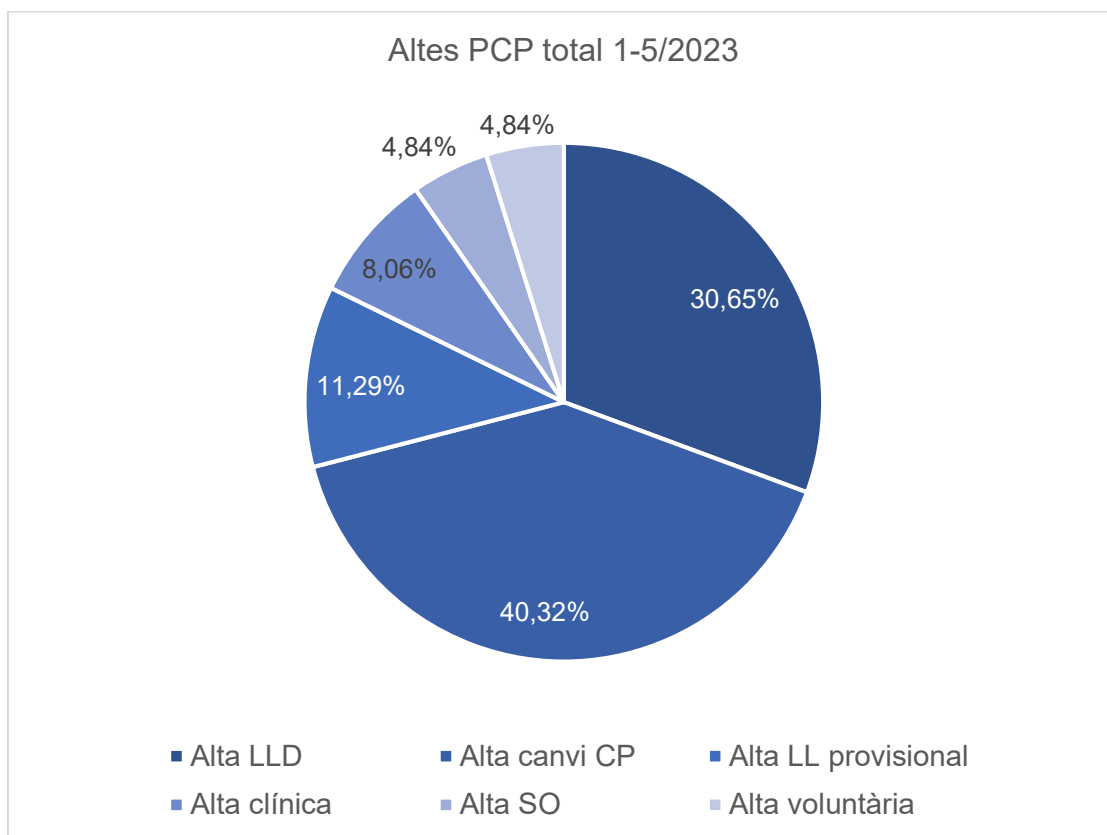
**Taula 10. Motius de les altes 2023**

Motius altes						
	DB		B1		TOTAL	
	N	%	N	N	%	N

<b>A. LLD</b>	14	36,84%	5	20,83%	19	30,65%
<b>A. canvi CP</b>	10	26,32%	13	54,17%	23	37,1%
<b>A. LL prov.</b>	7	18,42%	-	-	7	11,29%
<b>Alta clínica</b>	4	10,53%	1	4,17%	5	8,06%
<b>Alta SO</b>	3	7,89%	2	8,33%	5	8,06%
<b>A. voluntària</b>	-	-	3	12,50%	3	4,84%
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>		<b>24</b>		<b>62</b>	

DB, Centre Penitenciari de Dones de Barcelona; B1, Centre Penitenciari Brians 1; N, número de dones; %, percentatge; A., alta; A. LLD, alta per llibertat definitiva; A. canvi CP, alta per canvi de centre penitenciari; A. LL prov., alta per llibertat provisional; Alta SO, alta per marxar a secció oberta.

**Gràfica 1. Altes total del PCP 2023**



PCP, Programa de Col·laboració amb Atenció Primària; LLD, llibertat definitiva; CP, canvi de centre penitenciari; LL provisional, llibertat provisional; SO, secció oberta.

El 50,37% (98) de les dones ateses entre ambdós centres s'ha visitant entre 1 i 5 vegades per un/a o més professionals de l'equip, destacant un 52,52% (52) a DB i un 47,92% (46) a B1. Seguit per un 21,02% (41) de dones visitades entre 6 i 10 vegades, sent un 17,17% (17) de les dones de DB i un 25,01% (24) a B1. El 9,22% (18) s'ha visitat entre 11 i 15 vegades; implicant un 8,08% (8) de les visites de DB i un 10,42% (10) de les de B1. Seguir d'un 5,12% (10) de dones que han rebut entre 16 i 20 visites; 7,07% (7) de DB i 3,12% (3) a B1. Un 5,62%

(11) n'ha rebut entre 21 i 25; un 8,08% (8) de les pacients ateses a DB i un 3,12% (3) de les ateses a B1. Un 4,09% (8) ha estat atesa entre 26 i 30 vegades; 4,04% (4) a DB i un 4,16 (4) a B1. Seguir d'un 2,55% (5) de dones visitades entre 31 i 35 vegades; 2,02% (2) a DB i 3,12% (3) a B1. Per últim, un 15,07% (29) de les dones ha estat visitada gairebé de forma setmanal, realitzant un total d'entre 36 i 37 visites; un 19,19% (19) de les dones ateses a DB i un 10,42% (10) de les dones ateses a B1.

Cal destacar que no totes les pacients han estat vinculades al llarg de tot el període, sinó que les derivacions han estat constants.

**Taula 11. Número de visites per pacients 2023**

Número de visites per pacients						
	DB		B1		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
<b>1-5</b>	52	52,52%	46	47,92%	98	50,37%
<b>6-10</b>	17	17,17%	24	25,01%	41	21,02%
<b>11-15</b>	8	8,08%	10	10,42%	18	9,22%
<b>16-20</b>	7	7,07%	3	3,12%	10	5,12%
<b>21-25</b>	8	8,08%	3	3,12%	11	5,62%
<b>26-30</b>	4	4,04%	4	4,16%	8	4,09%
<b>31-35</b>	2	2,02%	3	3,12%	5	2,55%
<b>35-37</b>	19	19,19%	10	10,42%	29	15,07%

DB, Centre Penitenciari de Dones de Barcelona; B1, Centre Penitenciari Brians 1; N, número de dones; %, percentatge.

Els equips han estimat que al voltant del 60% de les dones no es trobava amb seguiment previ a salut mental ni de seguiment en serveis d'atenció a la drogodependència.

#### **4.1.2.1. Dades d'atenció l'any 2023 per professionals**

Pel que fa al seguiment amb **psiquiatria**, destaca una mitjana del 88,71% (173) de dones que hi realitzen seguiment. Al DB són un total del 91,92% (91), mentre que a B1 n'és el 85,42% (82) de les dones.

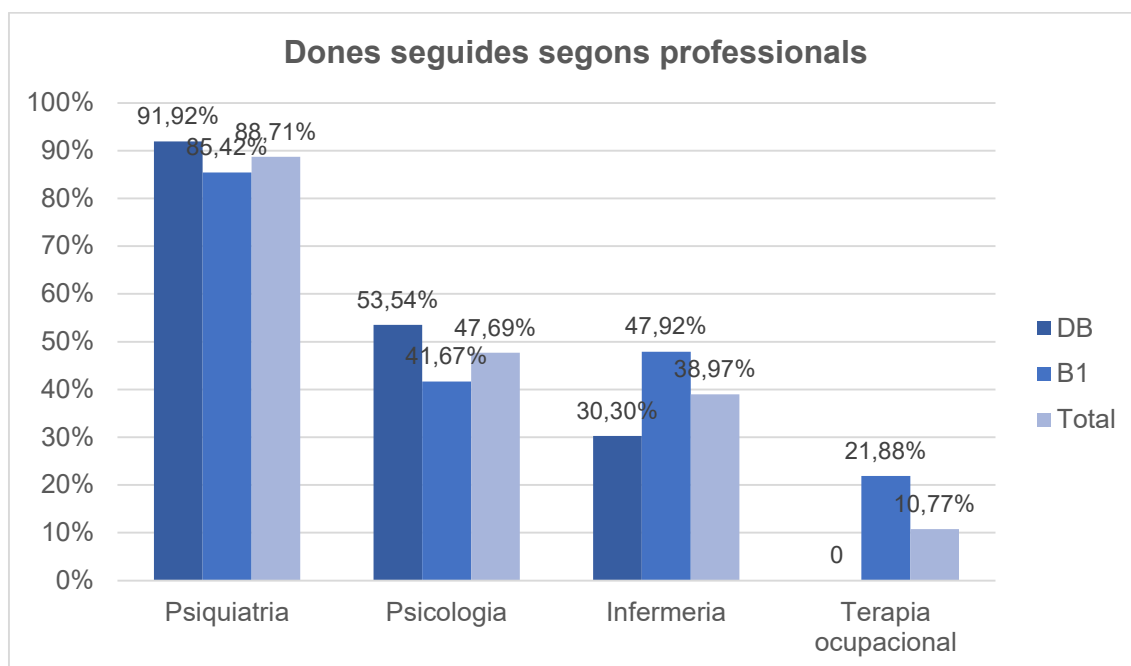
Pel que fa al seguiment per **psicologia**, destacar que la mitjana de dones en seguiment és del 47,69% (93). Trobant-nos amb un 53,54% (53) de les dones a DB en seguiment per psicologia i un 41,67% (40) a B1.



D'altra banda, hi ha un total 38,97% (76) de les dones ateses que també es troben en seguiment per **infermeria**. Concretament a DB hi ha un 30,30% (30) en seguiment i un 47,92% (46) a B1.

Per últim, al centre penitenciari B1 comptem amb la presència d'una terapeuta ocupacional, que ha realitzat el seguiment d'un 21,88% (21) dones.

**Gràfica 2. Dones seguides segons professionals 2023**



DB, Centre Penitenciari de Dones de Barcelona; B1, Centre Penitenciari Brians 1.

Per consultar el número de dones (N) en seguiment per cada categoria professional es pot consultar l'annex 4 (Taula 1).

Per tal de poder oferir un anàlisi més exhaustiu i real sobre el seguiment professional, s'han quantificat les combinacions dels i les professionals més habituals.

**Taula 12. Combinació de professionals per casos 2023**

Combinació de professionals per casos						
	DB		B1		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
<b>PSQ</b>	38	38,38%	30	31,25%	68	34,87%
<b>PSQ+PSC</b>	25	25,25%	11	11,46%	36	18,46%
<b>PSQ+PSC+INF</b>	21	21,21%	9	9,38%	30	15,38%
<b>PSQ+INF</b>	7	7,07%	16	16,67%	23	11,79%
<b>PSC</b>	6	6,06%	7	7,29%	13	6,67%

<b>PSQ+INF+TO</b>	-	-	10	10,42%	10	5,13%
<b>PSQ+PSC+INF+TO</b>	-	-	6	6,25%	6	3,08%
<b>PSC+INF</b>	1	1,01%	3	3,13%	4	2,05%
<b>PSC+INF+TO</b>	-	-	2	2,08%	2	1,03%
<b>PSQ+PSC+TO</b>	-	-	2	2,08%	2	1,03%
<b>INF</b>	1	1,01%	0	0	1	0,51%

DB, Centre Penitenciari de Dones de Barcelona; B1, Centre Penitenciari Brians 1; N, número de dones; %, percentatge; PSQ, Psiquiatria; PSC, Psicologia; INF, Infermeria; TO, Teràpia Ocupacional.

Tal i com es pot observar a la taula anterior, el més freqüent és amb un 34,87% (68) que és realitzi seguiment únicament amb psiquiatria; seguit de la combinació més habitual de psiquiatria i psicologia, representant un 18,46% (36) de les dones ateses; després es troben aquelles dones que realitzen seguiment amb psiquiatria, psicologia i infermeria sent un 15,38% (30); seguit d'un 11,79% (23) de dones visitades per psiquiatria i infermeria; també un 6,67% (13) de dones que realitzen seguiment només amb psicologia; un 5,13% (10) que ho realitzen amb psiquiatria, infermeria i teràpia ocupacional; un 3,08% (6) en seguiment per tots els i les professionals; un 2,05% (4) per psicologia i infermeria; un 1,03% (2) per psiquiatria, psicologia i teràpia ocupacional i per psiquiatria, infermeria i teràpia ocupacional respectivament; i el 0,51% (1) restant que fa seguiment únicament amb infermeria.

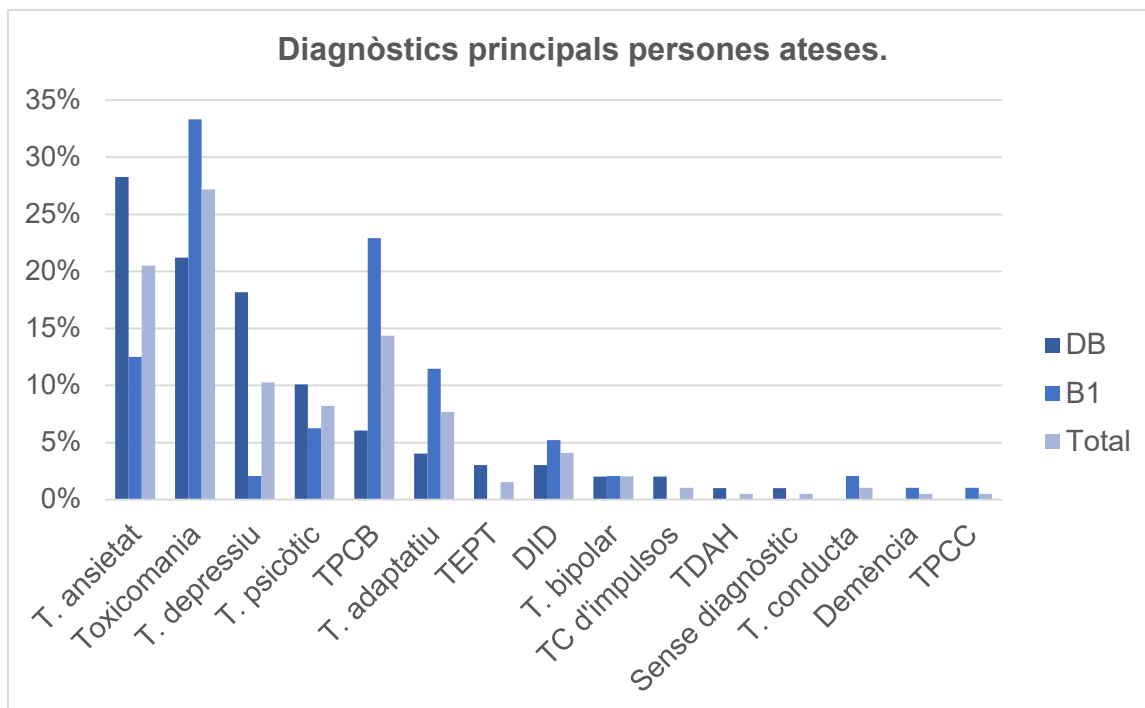
#### **4.1.2.2. Dades d'atenció l'any 2023 segons diagnòstics**

Cal destacar que els diagnòstics es realitzen per/ per la psiquiatre/a referent de cada una de les dones, i que es realitzen en base al DSM-5 que és un manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals.

A partir del present any, s'han classificat segons diagnòstic principal, que seria aquell pel qual es visita en primer lloc a la pacient, i diagnòstic secundari de totes les dones ateses, aspecte que permet poder obtenir una mirada més amplia i acurada de la realitat de les dones ateses.

Pel que fa als diagnòstics principals de les dones ateses durant el període estudiat, es mostra la següent gràfica resum.

#### **Gràfica 3. Diagnòstics principals 2023**



DB, Centre Penitenciar de Dones de Barcelona; B1, Centre Penitenciar Brians 1; T., Trastorn; TPCB, Trastorn de Personalitat Clúster B; TEPT, Trastorn d'Estrès Posttraumàtic; DID, Discapacitat Intel·lectual i del Desenvolupament; TC d'impulsos, Trastorn del Control d'impulsos; TDAH, Trastorn per Dèficit d'Atenció i Hiperactivitat; TPCC, Trastorn de Personalitat Clúster C.

Destaca a DB com el diagnòstic principal més habitual el de trastorn d'ansietat amb un 28,28% (28), seguit de toxicomania amb un 21,21% (21) i de trastorn depressiu amb un 18,18% (18). D'altre banda, hi ha un 10,10% (10) de dones amb diagnòstic de trastorn psicòtic; i un 6,06% (6) amb trastorn de personalitat clúster B. Destaca únicament un 3,03% (3) de les dones amb diagnòstic de TEPT. Així mateix tant a la taula com a la gràfica es poden observar els diagnòstics restants i la seva prevalença corresponent.

Pel que fa al CP B1, veiem com el diagnòstic principal és toxicomania representant un 33,33% (32) de les pacients, seguit de trastorn de personalitat clúster B 22,92% (22), trastorn d'ansietat 12,50% (12) i de trastorn adaptatiu 11,46% (11). un 6,25% (6) amb trastorn psicòtic i un 5,21% (5) amb discapacitat intel·lectual.

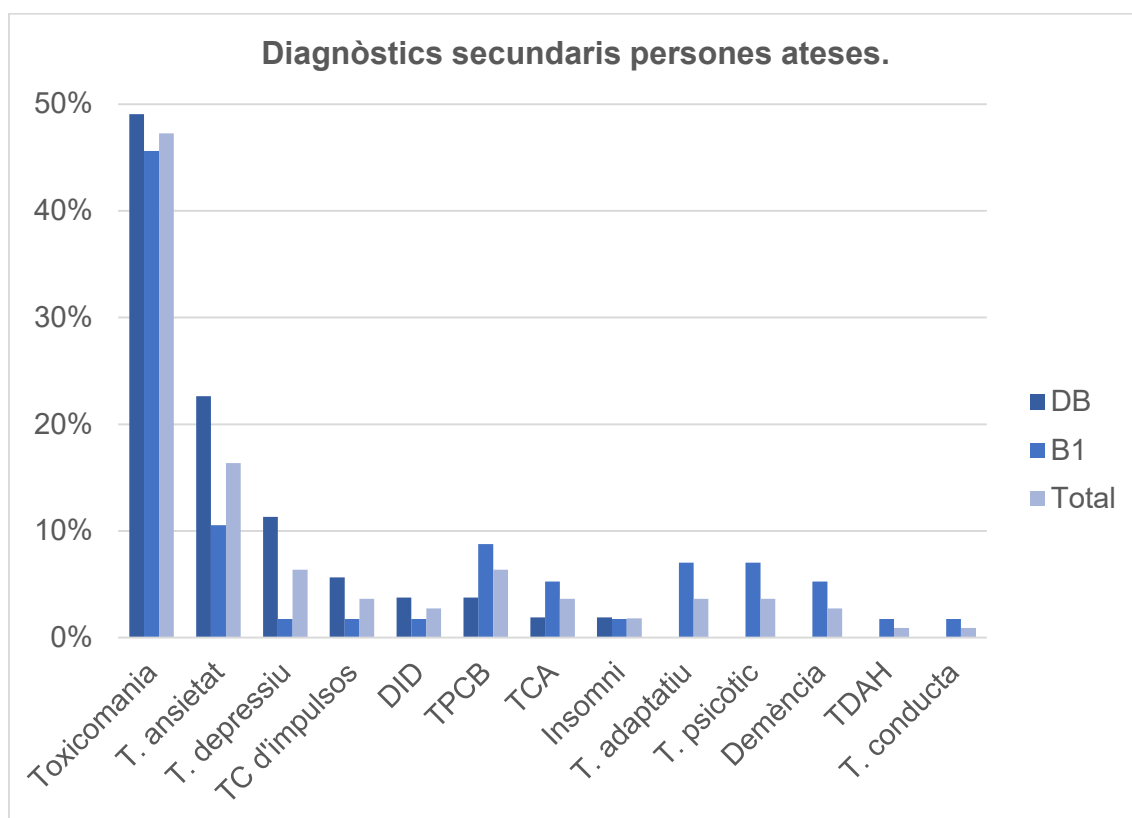
A mode resum de totes les dones ateses, el diagnòstic més prevalent ha estat toxicomania representant un 27,18% (53), seguit de trastorn d'ansietat 20,51% (40), trastorn de personalitat clúster B 14,36% (28) i trastorn depressiu 10,26% (20). Seguit de trastorn psicòtic, que representa un 8,21% (16) de les dones ateses i un 7,69% (15) amb diagnòstic de trastorn adaptatiu.

Per ampliar la informació es pot consultar les dades específiques de cada diagnòstic segons CP i el total a l'annex 4 (Taula 2)

En referència a la mitjana de dones ateses destaca que un 55,28% (110) de les dones compten amb un diagnòstic secundari; predominant com a diagnòstic secundari la toxicomania amb una representació del 47,27% (52), seguit de trastorn d'ansietat 16,36% (18) i de trastorn depressiu i de personalitat clúster B 6,36% (7).

A continuació, es pot veure de forma detallada els diagnòstics secundaris diferenciats per centre i en total.

**Gràfica 4. Diagnòstics secundaris 2023**



DB, Centre Penitenciari de Dones de Barcelona; B1, Centre Penitenciari Brians 1; T. Trastorn; TC d'impulsos, Trastorn del control d'impulsos; DID, Discapacitat Intel·lectual i del Desenvolupament; TPCB, Trastorn de Personalitat Clúster B; TCA, Trastorns de la Conducta Alimentària; TDAH, Trastorn per Dèficit d'Atenció i Hiperactivitat.

Per tal de poder dur a terme un anàlisi amb major profunditat, a continuació es realcen les dades més rellevants respecte a la distribució professional segons els diagnòstic principal de les dones ateses.

Destaquem, d'aquelles dones seguides per psiquiatria que el 10,77% (21) compten amb diagnòstic de toxicomania; el 8,72% (17) amb trastorn d'ansietat; el 5,13% (10) amb trastorn de personalitat clúster B, així com un 3,59% (7) amb diagnòstic de trastorn adaptatiu, entre d'altres.

D'aquelles en seguiment per psiquiatria i psicologia, el 4,62% (9) tenen un diagnòstic de toxicomania. D'aquelles seguides per psiquiatria i infermeria, també destaca un 4,10% (18) amb aquest diagnòstic.

De les dones seguides per psiquiatria, psicologia i infermeria el 4,10% (18) tenen un diagnòstic de toxicomania i un 3,08% (6) de trastorn de personalitat clúster B.

Un 3,59% (7) de les dones seguides per psicologia té un diagnòstic de trastorn d'ansietat. Així com totes les dones amb diagnòstic principal de TEPT estan seguides per psicologia entre d'altres professionals.

De les dones seguides per tots els i les professionals es destaca un 1,03% (2) amb diagnòstic de toxicomania; un 0,51% (1) trastorn psicòtic i un 1,54% (3) amb discapacitat intel·lectual.

#### **4.1.2.3. Consum de substàncies**

Pel que fa al consum de substàncies, els equips han estimat que al voltant del 70% de les dones ha tingut un consum problemàtic al llarg de la seva trajectòria vital, amb predomini del policonsum. De la mateixa manera, s'ha estimat que al voltant del 30% de les dones ateses poden estar en consum actiu al llarg del darrer any. L'equip de B1 refereix un menor estimació del consum actiu, al voltant del 25%, mentre que els i les professionals de DB estimen al voltant del 40%.

#### **4.1.2.4. Experiències traumàtiques i simptomatologia posttraumàtica**

D'altre banda, s'ha demanat als equips que reportin una estimació sobre l'abast de la presència de vivències traumàtiques viscudes per les dones ateses. Aquests estimen que al voltant del 80% de les dones ateses n'ha viscut, i admeten que el 20% restant no s'ha explorat o podria ser sospitós.

Tanmateix s'ha demanat als i les professionals referents de les dones ateses si consideren que les vivències traumàtiques de les dones han generat simptomatologia posttraumàtica en elles. Més enllà de complir amb el diagnòstic de TEPT o Trauma Complex. Es destaca que al voltant d'un 40% presenta simptomatologia posttraumàtica, mentre que en la resta dels casos entenien que els mancava informació per a poder valorar-ho.

#### **4.1.2.5. Tractament psicofarmacològic**

En relació amb el tractament farmacològic s'ha demanat als equips que estimin el percentatge de dones que es troben sota tractament psicofarmacològic.

S'estima que aquesta xifra es troba al voltant del 90% de les dones ateses.

Per tal de facilitar la comprensió en relació amb la medicació prescrita a les dones ateses, s'ha aglutinat en categories de medicació segons l'objectiu pel qual solen prescriures i el perfil farmacocinètic / farmacodinàmic que presenten.

- **Ansiolítics Benzodiacepítics (BZD):** són una família de fàrmacs utilitzats per a tractar la clínica ansiosa, l'insomni i els trastorns relacionats. Aquests fàrmacs actuen sobre el sistema nerviós central, produint efectes sedants, relaxants musculars, així com anticonvulsius i ansiolítics. Destacar el seu poder addictiu, generant tolerància amb facilitat i en conseqüència un elevat risc de dependència. Dins aquesta família els fàrmacs més freqüents prescrits són: *diazepam*, *clonazepam*, *clorazepam* i *lorazepam*.
- **Ansiolítics no Benzodiacepítics (NBZD):** en aquest apartat s'han agrupat diverses famílies de fàrmacs que s'utilitzen amb el mateix objectiu de tractar clínica ansiosa i trastorns de la son, evitant així utilitzar els ansiolítics benzodiacepítics. Els fàrmacs prescrits són antipsicòtics (*quetiapina* a dosis de menys de 800 mg, *olanzapina* a dosis de menys de 7,5 mg, *aripiprazol* a dosis de menys de 10 mg, i *clotiapina* a 40 mg), antidepressius (trazodona, mirtazapina) i anticonvulsivants (*pregabalina* i *gabapentina*). Dels tres grups de fàrmacs, destacar que els anticonvulsivants *pregabalina* i *gabapentina* són els que tenen un perfil més addictiu amb risc moderat de desenvolupar dependència.

- **Eutimitzants:** són un tipus de medicament que s'utilitza principalment en el tractament del trastorn bipolar, una condició caracteritzada per episodis alternants d'eufòria (maníac) i depressió. Ajuden a estabilitzar l'estat d'ànim, de manera que redueixen la freqüència i la intensitat dels episodis maníacs i depressius, permetent a les persones amb trastorn bipolar viure una vida més equilibrada. Alguns dels eutimitzants més comuns són: *liti* (és un dels més antics. Ajuda a estabilitzar l'estat d'ànim i reduir la freqüència d'episodis maníacs i depressius. Requereix controls dels seus nivells en sang periòdicament, així com la funció renal i tiroide), *àcid valproic* (de la família dels anticonvulsivants. Útil en el tractament de la mania associada amb el trastorn bipolar, així com de conductes impulsives. També requereix analítiques de sang amb els nivells del fàrmac i la funció hepàtica), i per últim *carbamazepina* (també és un anticonvulsivant. Menys utilitzat que els anteriors).
  
- **Programa de Manteniment de Metadona (PMM):** és un tractament mèdic utilitzat per a persones amb trastorn d'abús d'opioides, com la heroïna o altres substàncies opiàcies (fentanil, morfina, oxicodona, entre d'altres). Aquest programa es basa en la prescripció controlada de metadona, que és un opioide sintètic, com una alternativa segura i legal a les substàncies il·lícites. L'objectiu d'aquest tractament és reduir o eliminar els símptomes de la retirada d'opioides, alleujar els desitjos d'opioides i ajudar les pacients a estabilitzar les seves vides sense recórrer a l'ús de substàncies il·lícites. Aquest tractament és supervisat per psiquiatres especialitzats en conductes addictives, i les pacients reben una dosi diària de metadona, que es pren per via oral. Aquesta dosi s'ajusta individualment per a cada pacient i pot ser disminuïda gradualment a mesura que la persona es recupera i mostra una millora en la seva estabilitat i abstinència de l'ús d'opioides il·lícits.
  
- **Antidepressius (AD):** són un tipus de medicament utilitzat principalment per al tractament de la depressió i altres trastorns de l'estat d'ànim, que poden incloure tristesa persistent, pèrdua d'interès o plaer en les activitats quotidianes, canvis en els hàbits de son o alimentació, fatiga i una sensació general de desesperança sumat a idees/desig de mort. Els

antidepressius actuen sobre els neurotransmissors del cervell, com la serotonina, la dopamina i la noradrenalina, que estan implicats en la regulació de l'estat d'ànim. Hi ha diversos tipus d'antidepressius, i el tipus de medicament prescrit dependrà dels símptomes de la persona, característiques de la mateixa (edat, pes i funcionament orgànic) i de com respongui a la medicació. Les classes d'antidepressius més utilitzades inclouen els inhibidors selectius de la recaptació de serotonina (*fluoxetina*, *sertralina*, *paroxetina*) i els inhibidors selectius de la recaptació de serotonina i noradrenalina (*venlafaxina*, *duloxetina*).

- **Antipsicòtics (AP):** també coneguts com a neurolèptics, són una classe de medicaments utilitzats per al tractament de trastorns mentals, com la esquizofrènia, el trastorn bipolar i altres trastorns psicòtics. Aquests medicaments ajuden a alleujar els símptomes psicòtics, com al·lucinacions (percepcions distorsionades), deliris (creences falses i irracionals) i pensaments i conducta desorganitzada. Es divideixen en dues categories principals: típics (primera generació) i atípics (segona generació), amb mecanismes d'acció i efectes adversos diferents. Dins dels efectes adversos destacar l'augment de pes, la sedació i canvis hormonals, així com el descens de la libido, entre d'altres.
- **Depot:** és un tipus d'administració de medicament (en aquest cas es refereix a antipsicòtics) que implica l'administració d'una injecció en el múscul que allibera gradualment el medicament al llarg d'un període prolongat de temps (normalment de tres setmanes a dos-tres mesos). S'utilitza per prevenir recaigudes i garantir el compliment del tractament. Els fàrmacs dels que es disposa aquesta formulació intramuscular són la *paliperidona*, l'*aripiprazol* i el *zuclopentixol*.

S'estima que de totes les dones ateses pels ESMiA d'ambdós centres penitenciaris, el tractament farmacològic més utilitzat són els antidepressius, que podrien estar prescrits en un 60 o 70% de les dones; seguit dels ansiolítics BZD que podrien estar prescrits en més de la meitat de les dones ateses, al igual que els ansiolítics no BZD. Per altra banda, l'estimació de prescripció dels antipsicòtics és del voltant del 20%, dels eutimitzants d'un 10%, de la mateixa



manera que l'estimació de prescripció de metadona i finalment només un 5% estaria sota tractament amb depot.

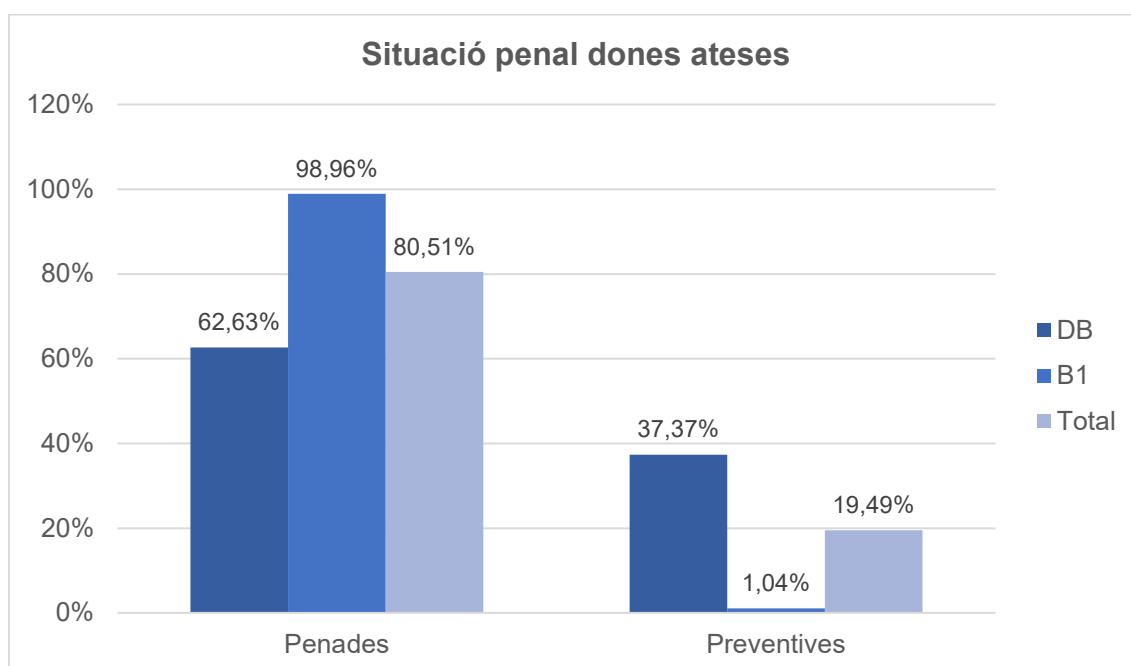
S'estima que al voltant del 60% de les dones té una prescripció farmacològica que inclou la combinació d'antidepressius i ansiolítics.

#### 4.1.2.6. Situació penal

Pel que fa a la situació penal de les dones ateses pel PCP, un 80,51% (157) del total es troben penades; mentre que un 19,49% (38) es troben en presó preventiva.

Aquest percentatge canvia significativament segons el CP, trobant que a DB un 62,63% (62) de les dones es troben penades, mentre que un 37,37% (37) es troben preventives. D'altra banda a B1 el 98,96% (95) de les dones es troben penades i l'1,04% (1) preventives.

**Gràfica 5. Situació penal de les dones ateses 2023**

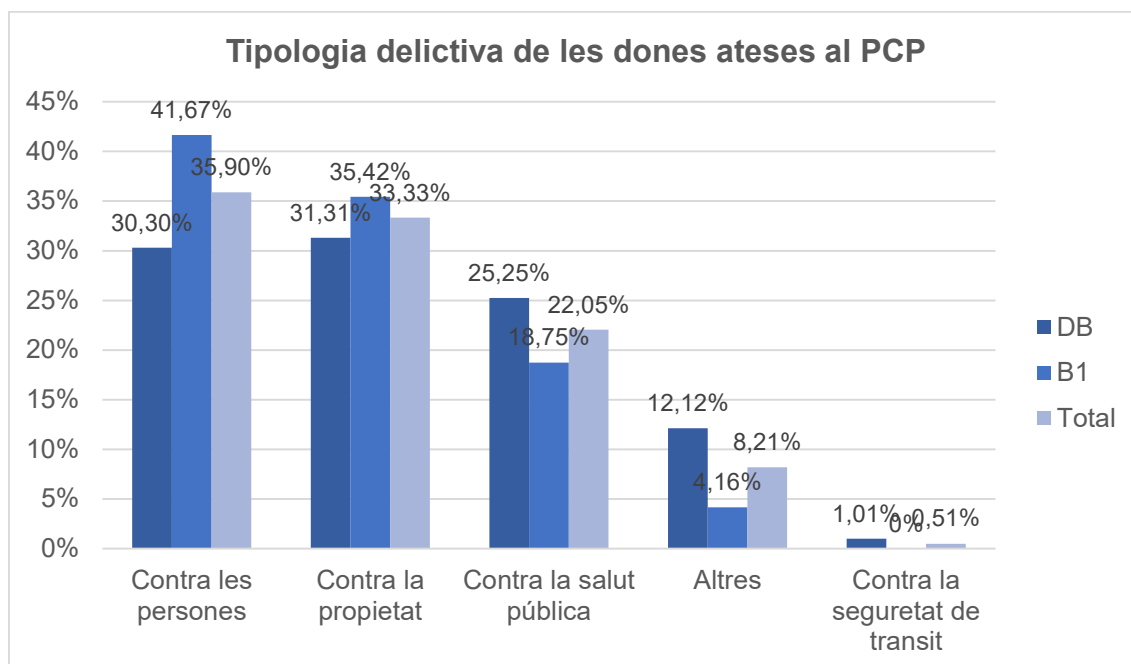


DB, Centre Penitenciari de Dones de Barcelona; B1, Centre Penitenciari Brians 1.

Respecte a la tipologia delictiva de les dones ateses, destacar que el 35,9% (70) de les dones ateses ho fan per un delictes contra les persones; un 33,33% (65) per delictes contra la propietat; un 22,05% (43) per delictes contra la salut

pública; un 7,70% (15) per altre tipologia delictiva; i un 0,51% (1) contra la seguretat vial i de l'altre restant no disposem d'informació.

**Gràfica 6. Tipologia delictiva de les dones ateses al PCP 2023**



PCP, Programa de Col·laboració amb Atenció Primària; DB, Centre Penitenciari de Dones de Barcelona; B1, Centre Penitenciari Brians 1.

A continuació es fa un breu anàlisi sobre les possibles relacions entre els diagnòstic i la tipologia delictiva. Tanmateix, a l'annex 4 (Taula 6) es troba la taula amb totes les dades extretes.

El diagnòstic principal amb major prevalença per aquelles dones que han comès delictes **contra les persones** ha estat toxicomania, representant un 8,21% (16), seguit de trastorn de personalitat clúster B que representa un 6,15% (12) i del trastorn d'ansietat 5,64% (11), destaquen també les persones amb un diagnòstic de trastorn psicòtic amb un 4,10% (8).

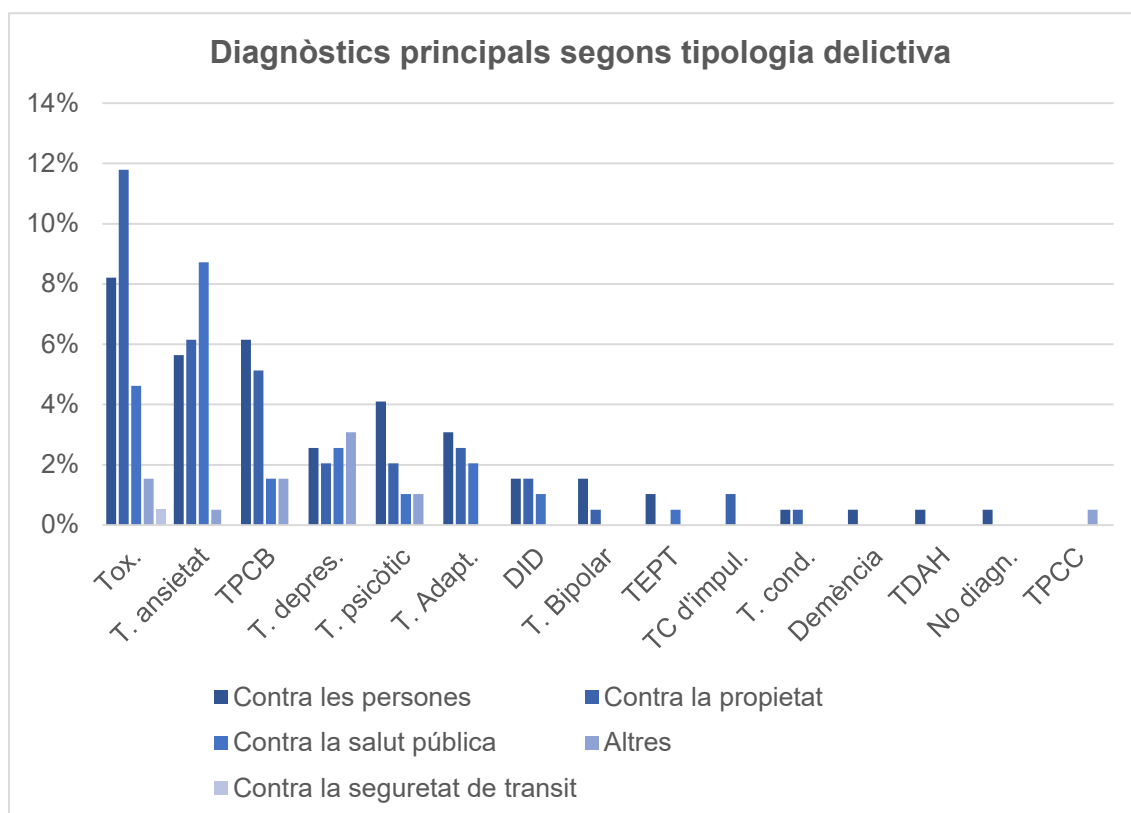
Respecte a les dones que han comès delictes **contra la propietat**, es destaca un 11,79% (23) amb diagnòstic de toxicomania; un 6,15% (12) amb trastorn d'ansietat i un 5,13% (10) amb trastorn de personalitat clúster B.

Un 8,72% (17) de les dones que es troben complint condemna per delictes **contra la salut pública**, compta amb un diagnòstic de trastorn d'ansietat i un 4,62% (9) amb diagnòstic de toxicomania.

El 3,08% (6) de dones amb **altres** tipologies delictives compta amb un diagnòstic de trastorn depressiu.

Per últim, la dona que té un delictes **contra la seguretat de trànsit**, té un diagnòstic de toxicomania.

**Gràfica 7. Diagnòstics principals segons tipologia delictiva 2023**



Tox., Toxicomania; T., Trastorn; TPCB, Trastorn de la Personalitat Clúster B; T. depres., Trastorn depressiu; T. Adapt., Trastorn Adaptatiu; DIID, Discapacitat Intel·lectual i del Desenvolupament; TEPT, Trastorn d'Estrès Posttraumàtic; TC d'impul., Trastorn del control d'impulsos; T. cond., Trastorn de conducta; TDAH, Trastorn per Dèficit d'Atenció i Hiperactivitat; No diagn., No diagnòstic; TPCC, Trastorn de la Personalitat Clúster C.

#### 4.1.2.7. RisCanvi

Respecte al RisCanvi, que és una eina de gestió penitenciària que permet protocolitzar l'avaluació del risc de les persones privades de llibertat, es destaca que el 88,72% (173) de les dones ateses compten amb l'avaluació realitzada.

**Taula 13. RisCanvi 2023**

	RisCanvi					
	DB		B1		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
<b>Realitzat</b>	81	81,82%	92	95,83%	173	88,72%
<b>No realitzat</b>	18	18,18%	4	4,17%	22	11,28%

DB, Centre Penitenciari de Dones de Barcelona; B1, Centre Penitenciari Brians 1; N, número de dones; %, percentatge.

De tots els ítems que avalua el RisCanvi, s'han seleccionat aquells amb major relació amb els objectius del projecte:

- Ítem 23: socialització o criança problemàtica a la família d'origen
- Ítem 28: víctima de violència de gènere
- Ítem 30: abús o dependència de drogues
- Ítem 31: abús o dependència de l'alcohol
- Ítem 32: trastorn mental sever
- Ítem 35: trastorn de la personalitat relacionat amb la ira, la impulsivitat i la violència
- Ítem 37: intents o conductes d'autolesió
- Ítem 41: impulsivitat i inestabilitat emocional

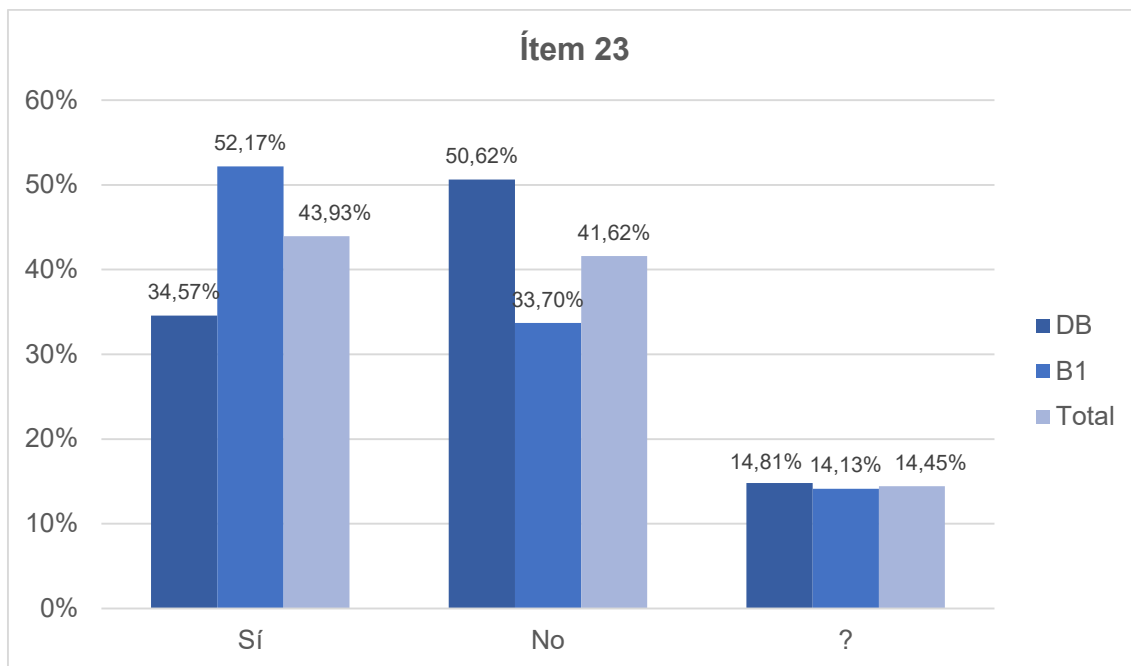
Les taules concretes de les dades que s'exposaran a continuació es poden trobar a l'annex 4 (Taula 7, 8 i 9).

#### Ítem 23: socialització o criança amb problemàtica a la família d'origen

Es consideren les dones que han tingut problemàtica a les seves relacions familiars ja sigui amb la família d'origen biològica, adoptiva, centres d'acollida, entre d'altres, les quals s'han caracteritzat per la indiferència, la hostilitat o l'ús freqüent de càstigs.

Cal destacar que una mitjana del 43,93% (76) de les dones ateses han estat valuades com que han passat per una socialització i una criança problemàtica. Així mateix, hi ha un 14,45% (25) de les dones que és probable que hagin viscut una criança i/o socialització problemàtica.

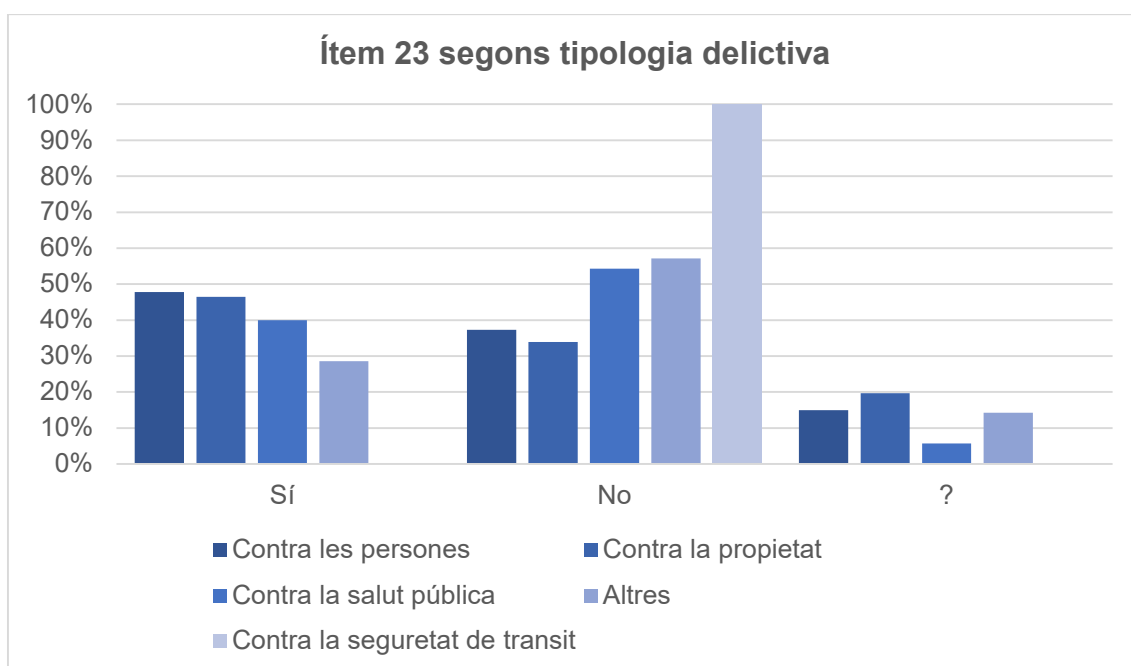
#### **Gràfica 8. Ítem 23: socialització o criança problemàtica a la família d'origen**



DB, Centre Penitenciari de Dones de Barcelona; B1, Centre Penitenciari Brians 1.

Si s'analitza l'ítem 23 en funció de la tipologia delictiva, destaca un 47,76% (32) de les dones que es troben complint condemna per delictes contra les persones sí ha tingut una criança i/o socialització problemàtica. Seguit d'un 46,43% (26) de les dones que han comès delictes contra la propietat. D'altra banda, destaca un 54,29% (19) de les dones que han comès delictes contra la salut pública que no han tingut criança ni socialització problemàtica, així com un 57,14% (8) de les dones que es troben per altre tipologia delictiva.

**Gràfica 9. Ítem 23 segons tipologia delictiva**



**Taula 14. Ítem 23 segons tipologia delictiva**

Ítem 23 segons tipologia delictiva												
	Contra les persones		Contra la propietat		Contra la salut pública		Altres		Contra la seguretat de transit		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Si</b>	32	47,76	26	46,43	14	40	4	28,57			76	43,93
<b>No</b>	25	37,31	19	33,93	19	54,29	8	57,14	1	100	72	41,62
<b>?</b>	10	14,93	11	19,64	2	5,71	2	14,29			25	14,45
<b>Total</b>	67	100	56	100	35	100	14	100	1	100	173	100

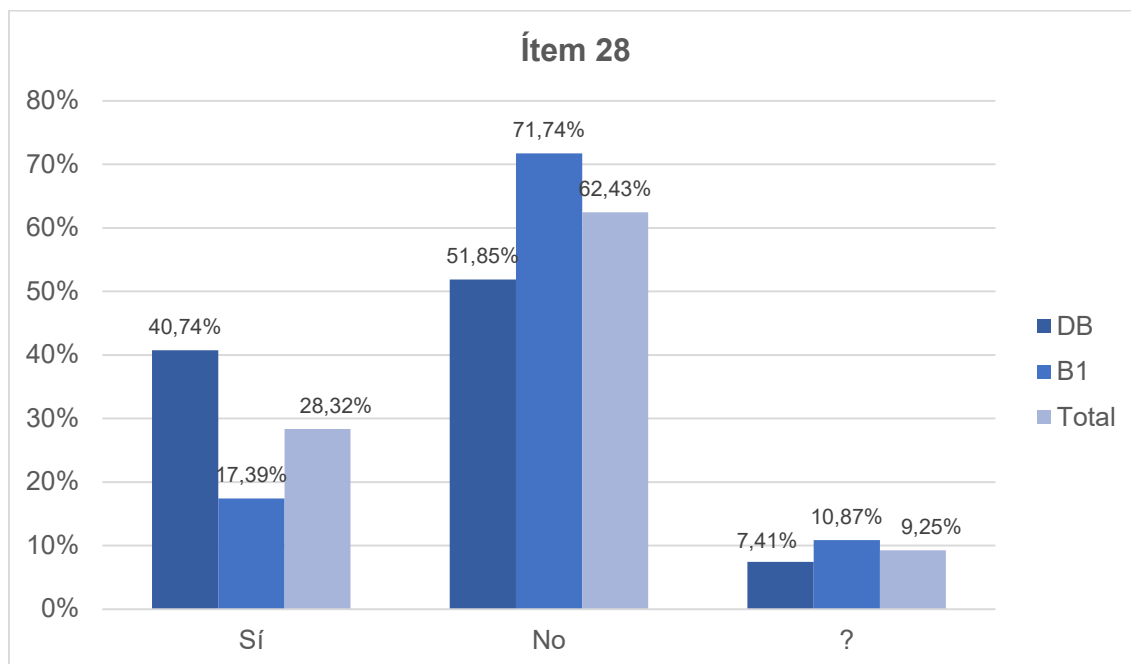
N, número de dones; %, percentatge.

Ítem 28: víctima de violència de gènere

El present ítem avalua si les dones han estat víctimes de violència de gènere, ja sigui que hagin rebut violència física, sexual o psicològica o més d'una d'elles per part de la parella o la ex-parella.

Destaca una mitjana del 28,32% (49) de les dones que ho han estat i ho reconeixen com a tal. Cal destacar la diferència en la puntuació d'aquest ítem segons el CP; concretament a DB un 40,74% (33) de les dones sí que ho ha estat, respecte un 17,39% (16) de les dones a B1.

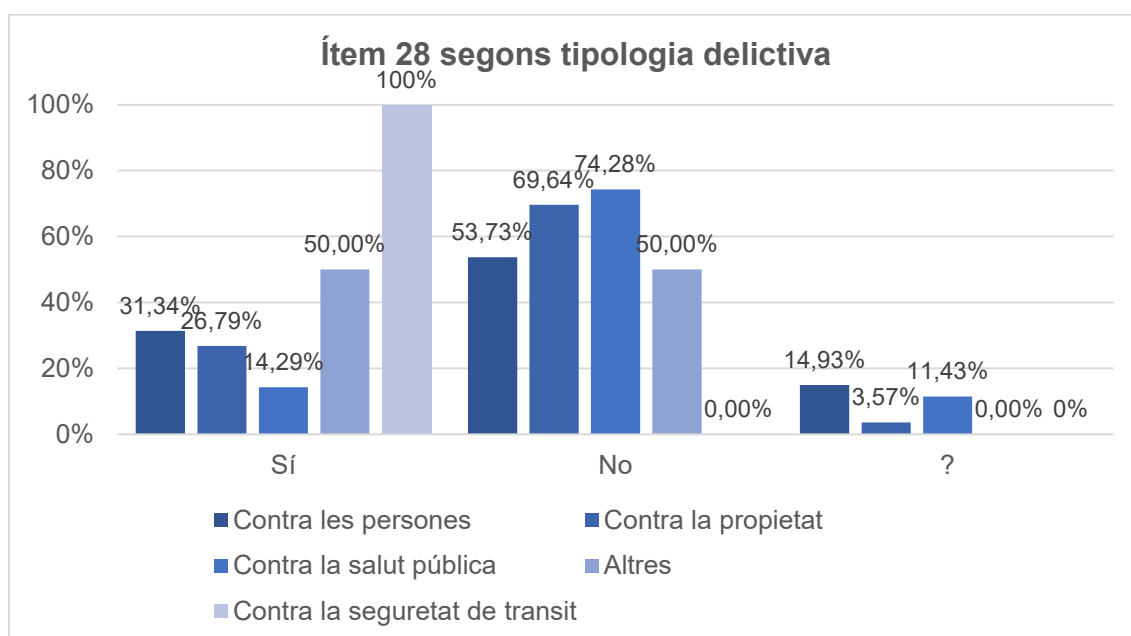
**Gràfica 10. Ítem 28: víctima de violència de gènere**



DB, Centre Penitenciari de Dones de Barcelona; B1, Centre Penitenciari Brians 1.

Concretament, si s'analitza segons tipologia delictiva la violència de gènere rebuda per les dones ateses, es troba que el 50% (7) de les dones amb altres tipologies delictives ha estat víctima de situacions de violència de gènere com les d'abans esmentades; tanmateix, un 31,34%(21) de les dones amb delictes contra les persones n'han viscut i el 26,79% (15) de les que es torben per delictes contra la propietat. Per últim, destacar que l'única dona amb delictes contra la seguretat vial ho ha estat. El menor percentatge en referència a aquest ítem ha estat amb un 14, 29% (5) en les dones amb delictes contra la salut pública.

**Gràfica 11. Ítem 28 segons tipologia delictiva**



**Taula 15. Ítem 28 segons tipologia delictiva**

Ítem 28 segons tipologia delictiva												
	Contra les persones		Contra la propietat		Contra la salut pública		Altres		Contra la seguretat de transit		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Si</b>	21	31,34	15	26,79	5	14,29	7	50	1	100	49	28,32
<b>No</b>	36	53,73	39	69,64	26	74,28	7	50	0	0	108	62,43
<b>?</b>	10	14,93	2	3,57	4	11,43	0	0	0	0	16	9,25
<b>Total</b>	67	100	56	100	35	100	14	100	1	0,58	173	100

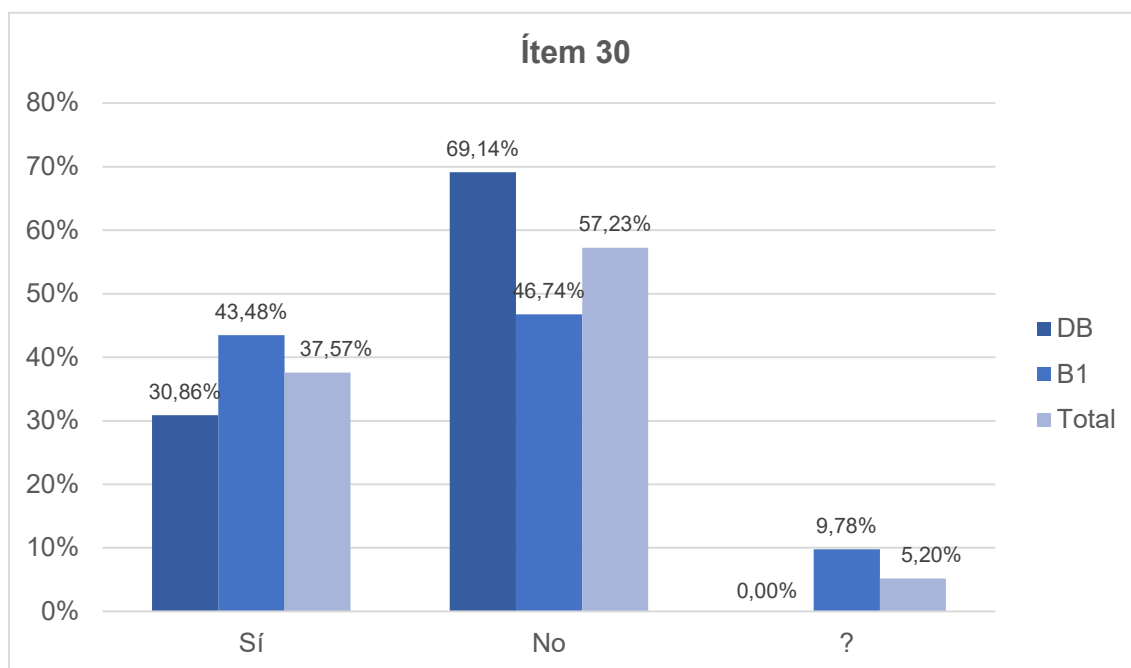
N, número de dones; %, percentatge.

Ítem 30: Abús o dependència de les drogues



El 37,57% (65) del total de dones s'observa un deteriorament greu i permanent del seu funcionament psicosocial a causa de l'abús de drogues. D'altra banda, en un 57,23% (99) no s'evidencia que és una dona consumidora de drogues, o ve es tracta d'una consumidora ocasional i/o l'ús no interfereix en el seu comportament ni a les seves relacions habituals. Per últim, un 5,20% (9) del total de les dones no s'ha pogut avaluar amb claredat l'ítem present.

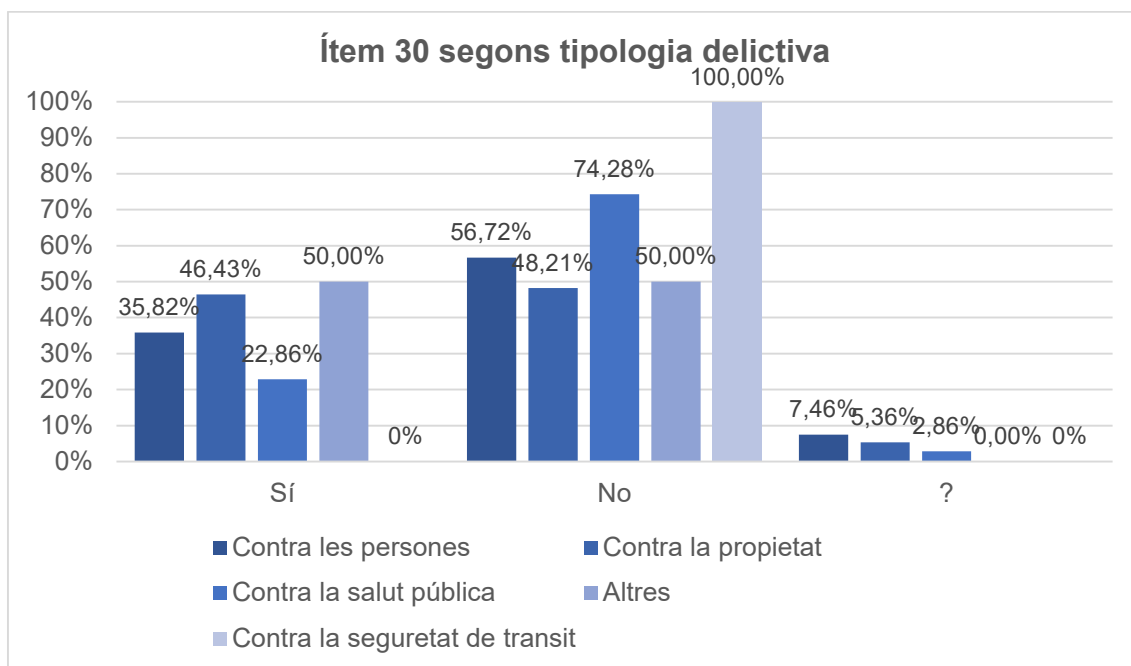
**Gràfica 12. Ítem 30: Abús o dependència de drogues**



DB, Centre Penitenciari de Dones de Barcelona; B1, Centre Penitenciari Brians 1.

En referència al consum de substàncies amb patró d'abús o dependència, el 50% (7) de les dones amb altres tipologies delictives si que n'ha tingut; seguit d'un 46,43% (26) de les dones amb delictes contra la propietat i del 35,82% (24) de les dones amb delictes contra les persones. Per últim destaquen amb un 22,86% (8) de les dones amb delictes contra la salut pública i que la dona amb delicte contra la seguretat de trànsit no n'ha tingut.

**Gràfica 13. Ítem 30 segons tipologia delictiva**



**Taula 16. Ítem 30 segons tipologia delictiva**

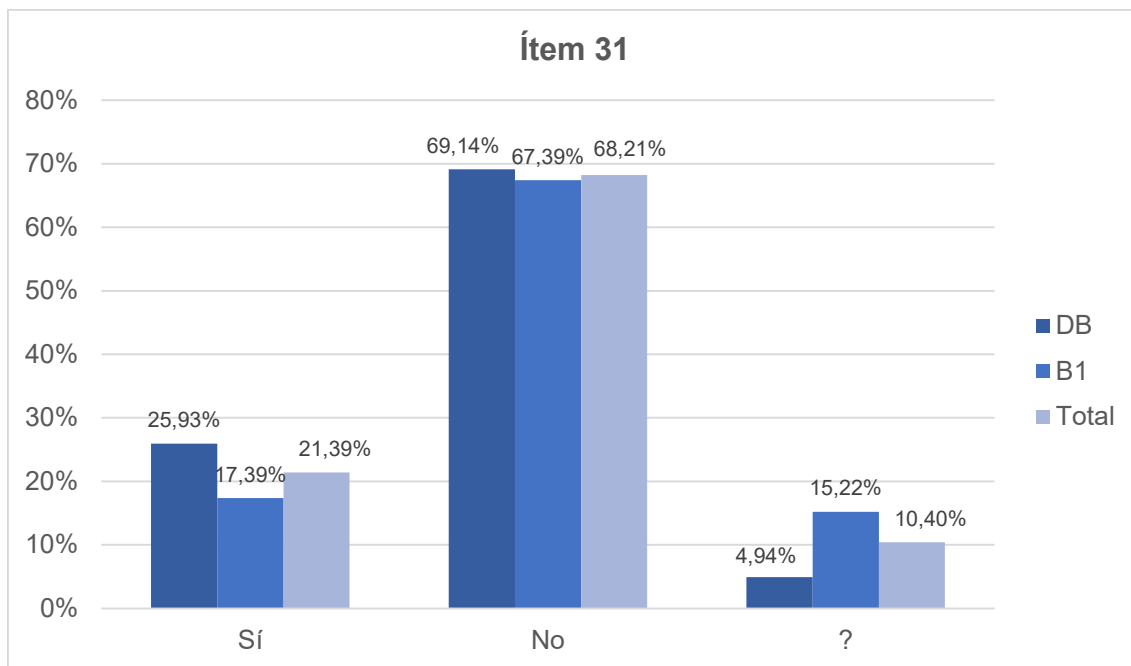
Ítem 30 segons tipologia delictiva												
	Contra les persones		Contra la propietat		Contra la salut pública		Altres		Contra la seguretat de transit		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Si</b>	24	35,82	26	46,43	8	22,86	7	50	0	0	65	37,57
<b>No</b>	38	56,72	27	48,21	26	74,28	7	50	1	100	99	57,23
<b>?</b>	5	7,46	3	5,36	1	2,86	0	0	0	0	9	5,20
<b>Total</b>	67	100	56	100	35	100	14	100	1	100	173	100

N, número de dones; %, percentatge.

### Ítem 31: abús o dependència a l'alcohol

El 68,21% (118) del total de dones no té un consum habitual d'alcohol o és una consumidora ocasional i controlada, i l'ús no interfereix en el seu comportament i les seves relacions habitual. Mentre que el 21,39% (37) té un deteriorament greu o permanent del funcionament psicosocial a causa de l'abús de d'alcohol. L'altre 10,40% (18) no s'ha pogut avaluar amb claredat o s'evidencia un ús freqüent amb deteriorament lleu del seu funcionament psicosocial.

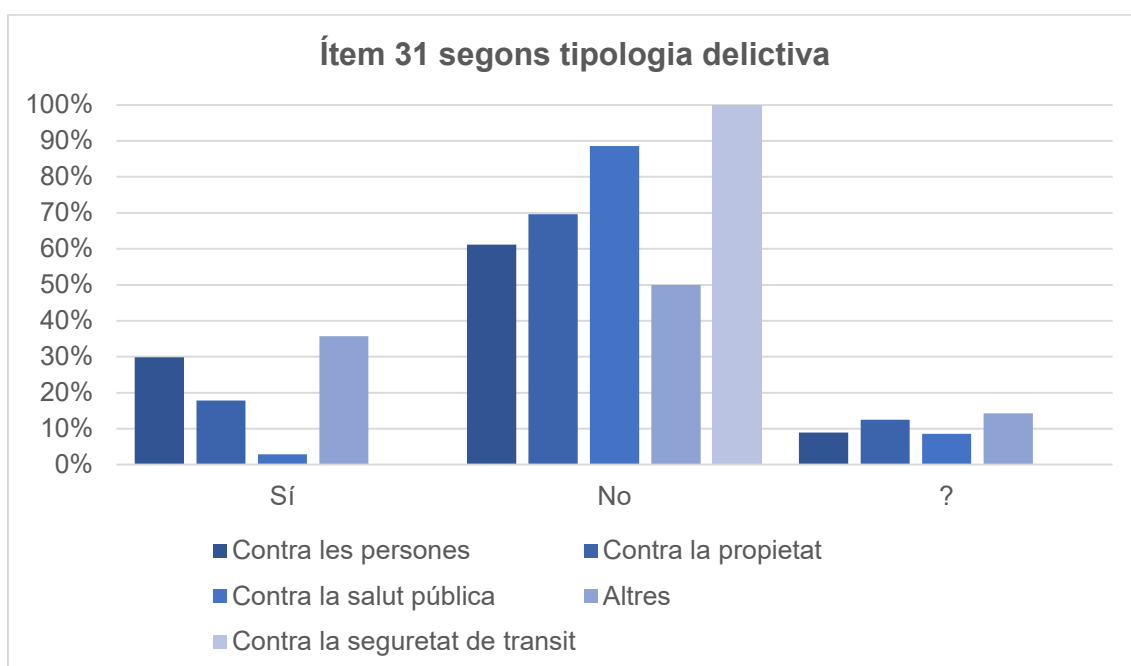
**Gràfica 14. Ítem 31: Abús o dependència de l'alcohol**



DB, Centre Penitenciari de Dones de Barcelona; B1, Centre Penitenciari Brians 1.

El 35,71% (5) de les dones amb altres topologies delictives té o ha tingut un patró d'abús o dependència amb el consum d'alcohol; el 29,85% (20) de les dones amb delictes contra les persones també, així com el 17,86% (10) de les dones que han comès delictes contra la propietat i l'única dona amb delicte contra la seguretat de transit. Destaca únicament un 2,86% (1) de les dones amb delictes contra la salut pública.

**Gràfica 15. Ítem 31 segons tipologia delictiva**



**Taula 17. Ítem 31 segons tipologia delictiva**

Ítem 31 segons tipologia delictiva												
	Contra les persones		Contra la propietat		Contra la salut pública		Altres		Contra la seguretat de transit		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Si</b>	20	29,85	10	17,86	1	2,86	5	35,71	1	100	37	21,39
<b>No</b>	41	61,19	39	69,64	31	88,57	7	50	0	0	118	68,21
<b>?</b>	6	8,96	7	12,5	3	8,57	2	14,29	0	0	18	10,40
<b>Total</b>	67	100	56	100	35	20,23	14	100	1	100	173	100

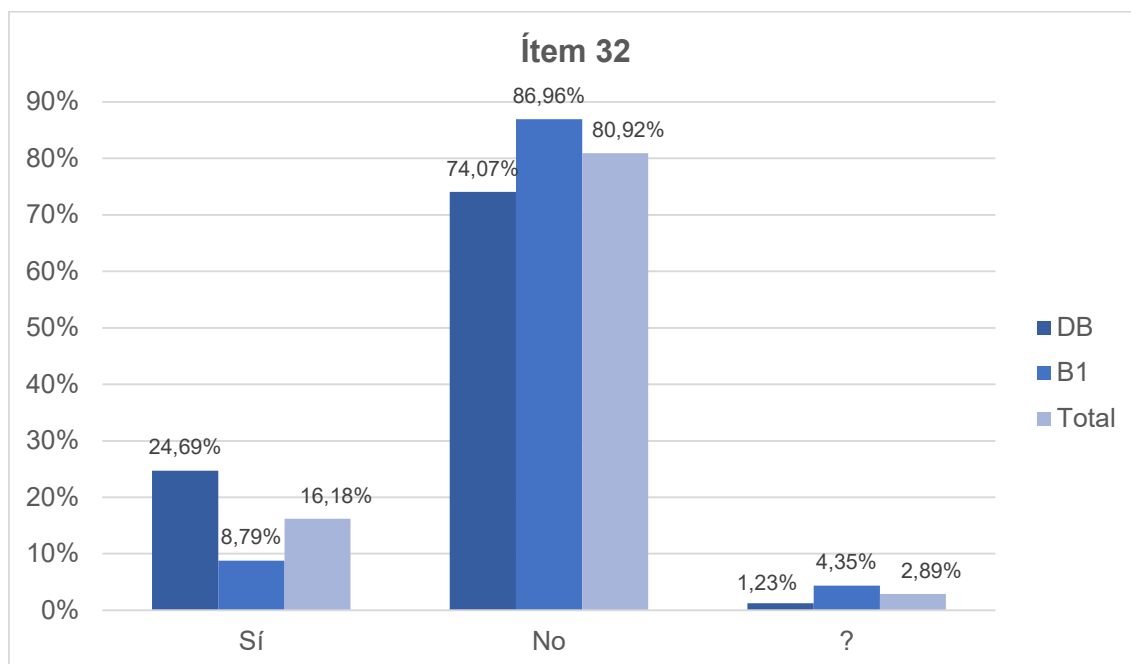
N, número de dones; %, percentatge.

**Ítem 32: Trastorn mental sever (TMS)**

El 16,18% (28) de les dones ateses compta amb un diagnòstic de TMS. Un 80,92% (140) de les dones ateses no consta que tinguin cap TMS. Per últim, un 2,89% (5) de les dones ateses no s'ha trobat constància que permeti respondre amb claredat.

En aquest cas, cal destacar que de les dones amb presència de TMS, a DB en representa un 24,69% (20) de les dones ateses, mentre que a B1 únicament en representa el 8,70% (8).

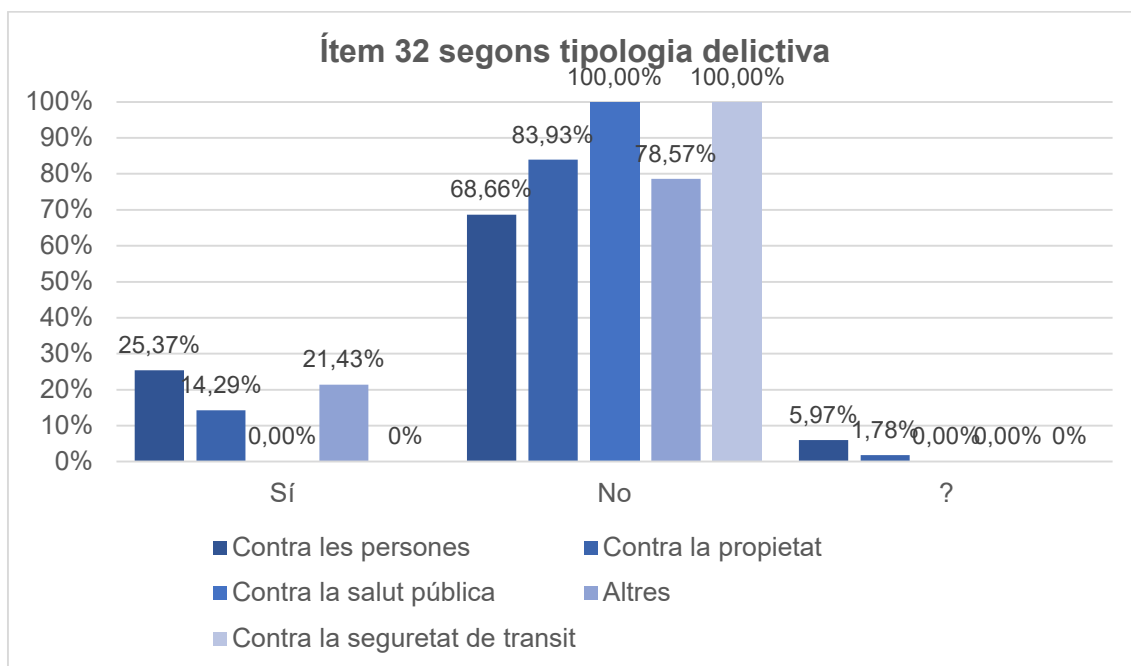
**Gràfica 16. Ítem 32: Trastorn mental sever**



DB, Centre Penitenciari de Dones de Barcelona; B1, Centre Penitenciari Brians 1.

El 25,37% (17) de les dones amb delictes contra les persones compta amb un TMS; seguit d'un 21,43% (3) d'altres tipologies delictives i un 14,29% (8) de les dones que es troben per delictes contra la propietat. Cap de les dones que es troben per delictes contra la salut pública i contra la seguretat de transit es tenen un diagnòstic de TMS.

**Gràfica 17. Ítem 32 segons tipologia delictiva**



**Taula 18. Ítem 32 segons tipologia delictiva**

Ítem 32 segons tipologia delictiva comparació												
	Contra les persones		Contra la propietat		Contra la salut pública		Altres		Contra la seguretat de transit		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Si</b>	17	25,37	8	14,29	0	0	3	21,43	0	0	28	16,19
<b>No</b>	46	68,66	47	83,93	35	100	11	78,57	1	100	140	80,92
<b>?</b>	4	5,97	1	1,78	0	0	0	0	0	0	5	2,89
<b>Total</b>	67	100	56	100	35	100	14	100	1	100	173	100

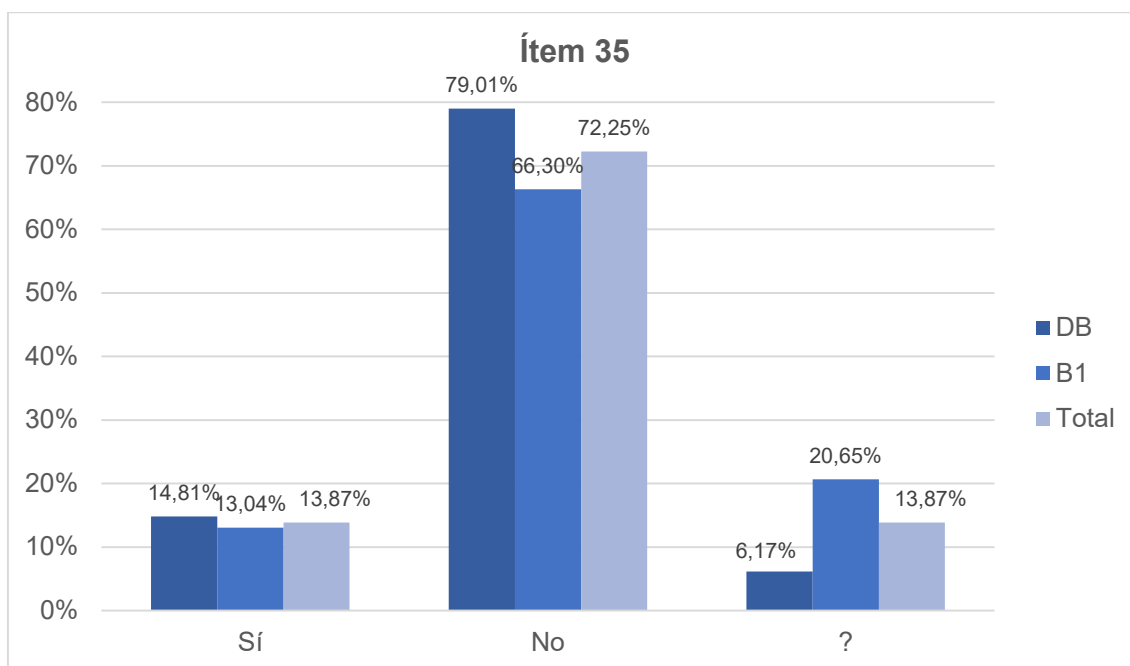
N, número de dones; %, percentatge.

Ítem 35: trastorn de la personalitat relacionat amb la ira, la impulsivitat i la violència

En el 13,87% (24) dels casos hi ha una evidència clara d'un trastorn de personalitat Clúster B (antisocial, límit, narcisista o histriònic) o d'un patró

habitual d'ira, impulsivitat o comportament violent. D'altre banda, el 72,25% (125) dels casos no presenten indicadors de trastorns de personalitat. Per últim, el 13,87% (24) dels casos hi ha sospita d'un probable o possible trastorn de personalitat.

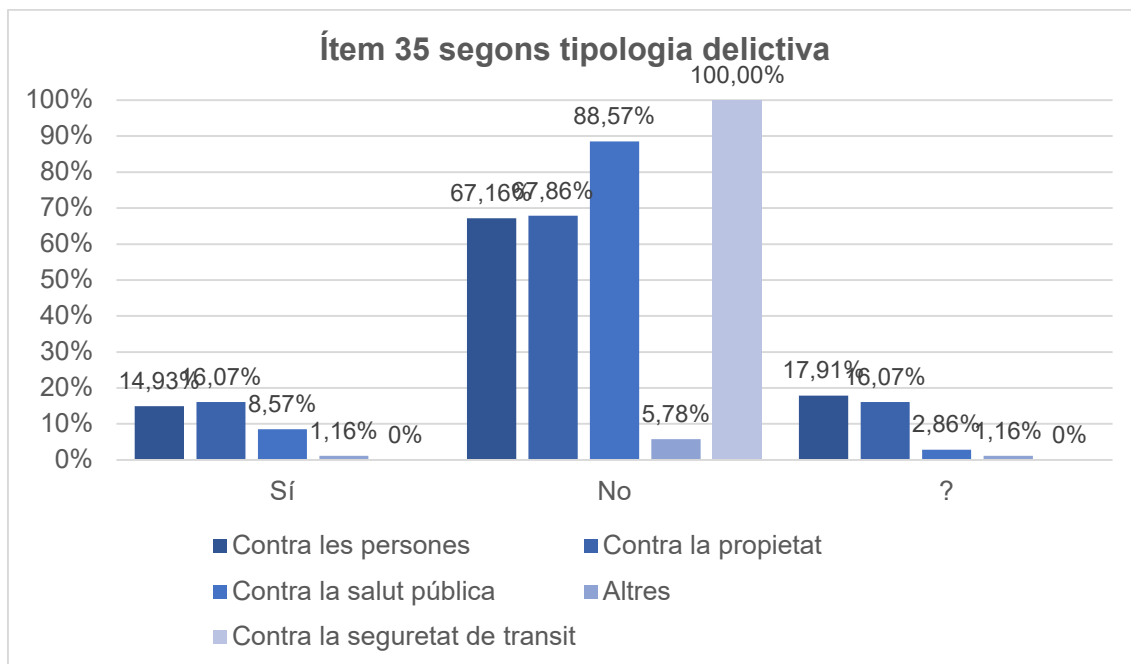
**Gràfica 18. Ítem 35: Trastorn de la personalitat relacionat amb la ira, la impulsivitat i la violència**



DB, Centre Penitenciari de Dones de Barcelona; B1, Centre Penitenciari Brians 1.

En referència a les dones que s'ha valorat que tenen un trastorn de personalitat relacionat amb la ira, la impulsivitat i la violència, destaquem, per sobre de la mitjana abans esmentada, aquelles amb delictes contra la propietat, representant un 16,07% (9) i aquelles dones amb delictes contra les persones, sent un total de 14,93% (10). Per sota de la mitjana, hi ha un 8,57% (3) de les dones amb delictes contra la salut pública; un 1,16% (2) amb altres tipologies delictives i un 0% contra la seguretat de trànsit.

**Gràfica 19. Ítem 35 segons tipologia delictiva**



**Taula 19. Ítem 35 segons tipologia delictiva**

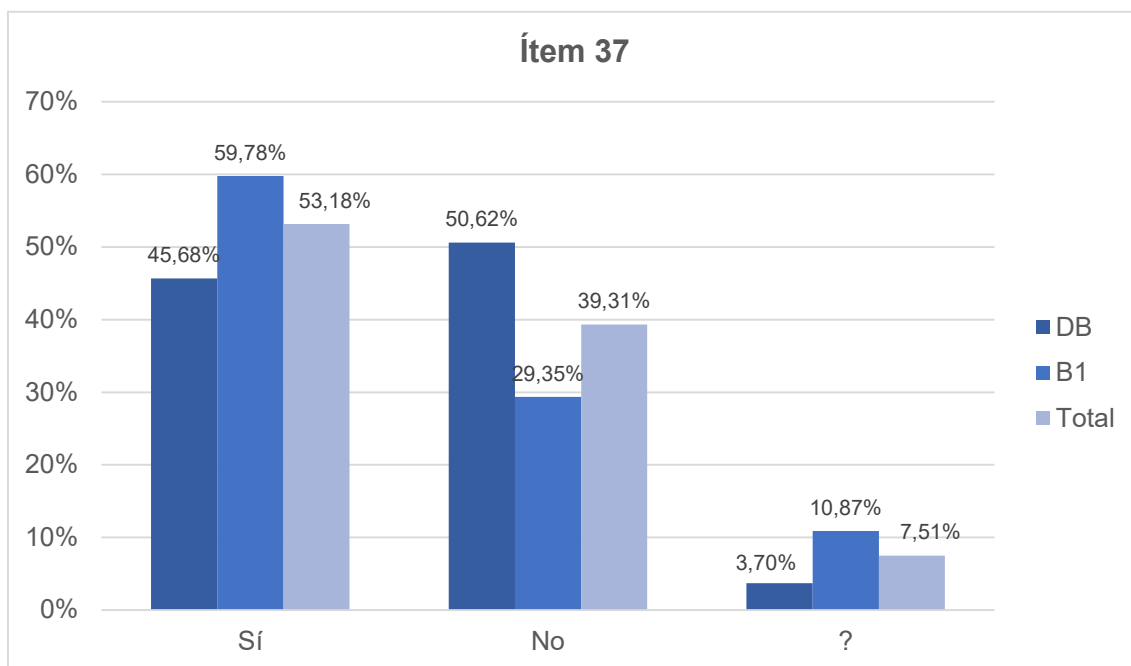
Ítem 35 segons tipologia delictiva												
	Contra les persones		Contra la propietat		Contra la salut pública		Altres		Contra la seguretat de transit		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Si</b>	10	14,93	9	16,07	3	8,57	2	1,16	0	0	24	13,8
<b>No</b>	45	67,16	38	67,86	31	88,57	10	5,78	1	100	125	72,2
<b>?</b>	12	17,91	9	16,07	1	2,86	2	1,16	0	0	24	13,8
<b>Total</b>	67	100	56	100	35	100	14	100	1	100	100	173

N, número de dones; %, percentatge.

### Ítem 37: intents o conductes d'autolesió

El 53,18% (92) de les pacients ateses admeten algun intent suïcida o haver-se autolesionat, o hi ha evidències clares al respecte. En contraposició, un 39,31% (68) manifesta que mai ha intentat o plantejat un suïcidi, i no hi ha evidències per sospitar sobre conductes autolesives. Per últim, el 7,51% (13) se sospita la presència de possibles intents suïcides o conductes d'autolesió en el passat.

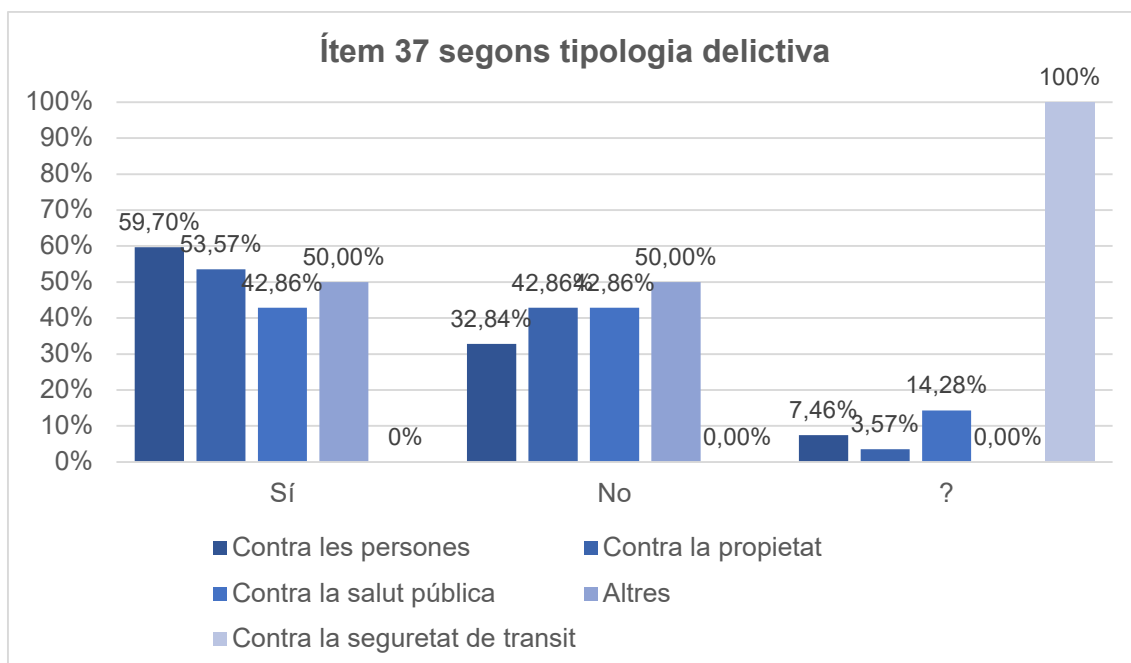
**Gràfica 20. Ítem 37: Intents o conductes d'autolesió**



DB, Centre Penitenciari de Dones de Barcelona; B1, Centre Penitenciari Brians 1.

El 59,70% (70) de les dones amb delictes contra les persones han tingut algun intent autolític o gests autolesius, ja sigui en l'actualitat o en el passat. Seguit del 53,57% (30) de les dones amb delictes contra la propietat, del 50% (7) amb altres tipologies delictives i del 42,86% (15) de dones amb delictes contra la salut pública.

**Gràfica 21. Ítem 37 segons tipologia delictiva**





**Taula 20. Ítem 37 segons tipologia delictiva**

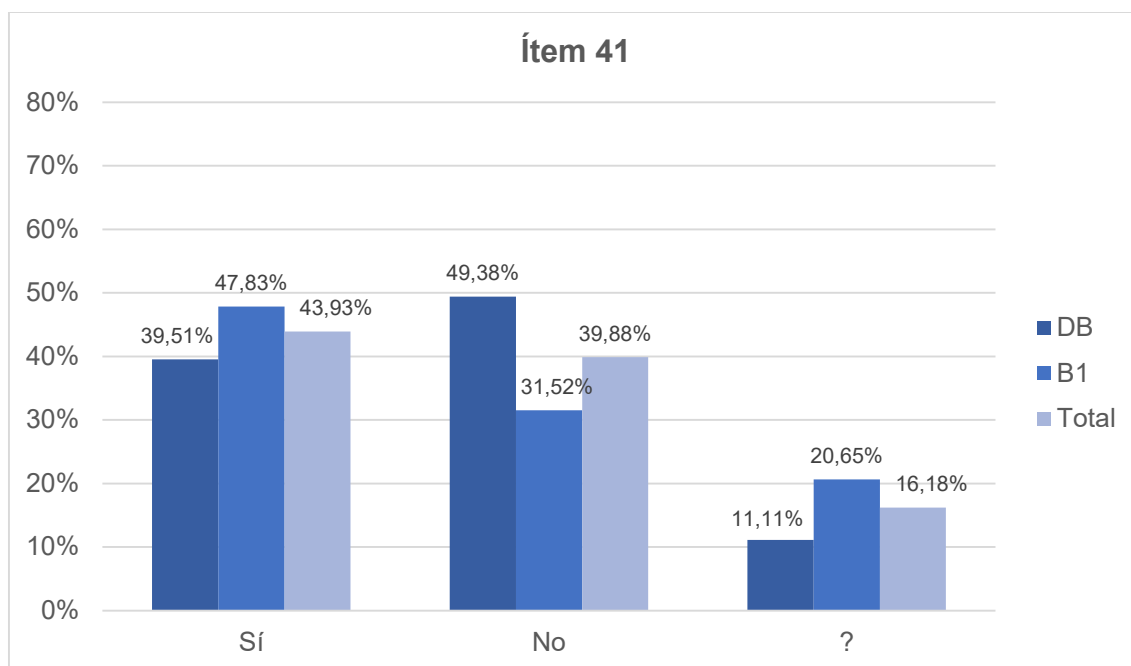
Ítem 37 segons tipologia delictiva												
	Contra les persones		Contra la propietat		Contra la salut pública		Altres		Contra la seguretat de transit		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Si</b>	40	59,70	30	53,57	15	42,86	7	50	0	0	92	53,18
<b>No</b>	22	32,84	24	42,86	15	42,86	7	50	0	0	68	39,31
<b>?</b>	5	7,46	2	3,57	5	14,28	0	0	1	100	13	7,51
<b>Total</b>	67	100	56	100	35	100	14	100	1	100	17	100

N, número de dones; %, percentatge.

**Ítem 41: impulsivitat i inestabilitat emocional**

El 43,93% (76) dels casos hi ha una evidència clara que la persona presenta una disposició a mostrar fluctuacions acusades en l'estat d'ànim o en el comportament, a respondre impulsivament a les situacions i agressivament, amb frustració davant els contratemps. Tanmateix, en el 39,88% (69) dels casos es mostra un estat d'ànim estable, respon adequadament a les situacions i valora les conseqüències dels seus actes, no havent evidència respecte a una tendència a la impulsivitat o inestabilitat. Per últim, el 16,18% (28) restant, s'evidencia una parcial o dubtosa disposició a mostrar canvis acusats en l'estat d'ànim.

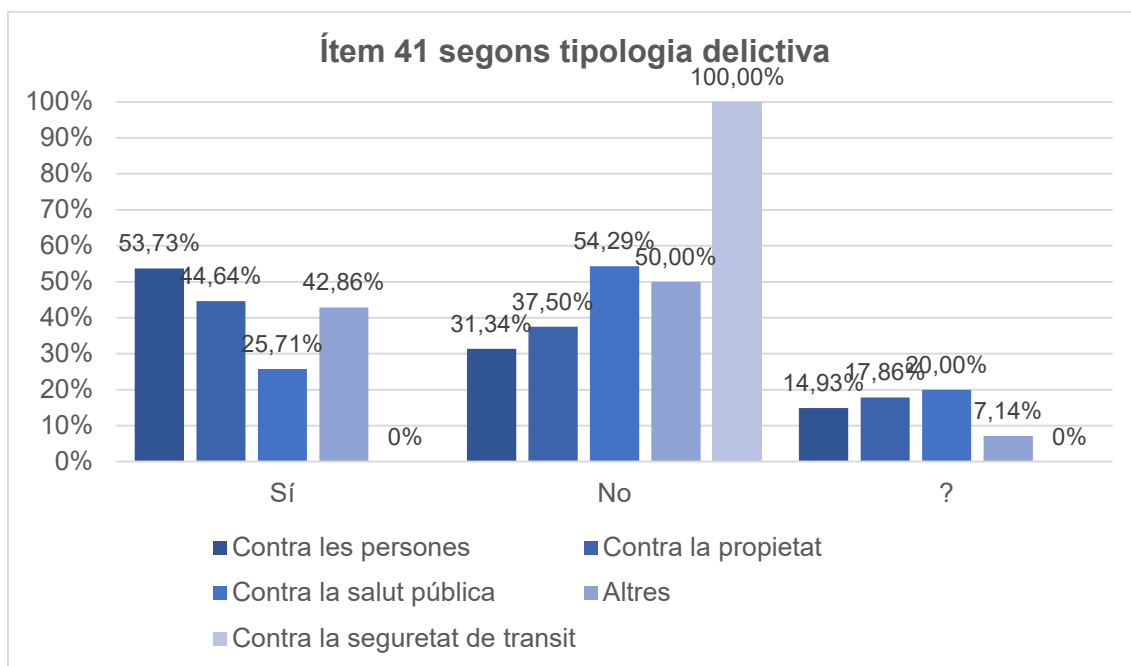
**Gràfica 22. Ítem 41: Impulsivitat i inestabilitat emocional**



DB, Centre Penitenciari de Dones de Barcelona; B1, Centre Penitenciari Brians 1.

S'ha valorat que el 53,73% (36) de les dones amb delictes contra les persones presenta impulsivitat o inestabilitat emocional. Seguit d'un 44,64% (25) de les dones amb delictes contra la propietat i d'un 42,86% (6) amb altres tipologies delictives. Molt per sota la mitjana hi ha les dones amb delictes contra la salut pública amb un 25,71% (9) i un 0% contra la seguretat de transit.

**Gràfica 23. Ítem 41 segons tipologia delictiva**



**Taula 21. Ítem 41 segons tipologia delictiva**

Ítem 41 segons tipologia delictiva												
	Contra les persones		Contra la propietat		Contra la salut pública		Altres		Contra la seguretat de transit		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Si</b>	36	53,73	25	44,64	9	25,71	6	42,86			76	43,93
<b>No</b>	21	31,34	21	37,50	19	54,29	7	50	1	100	69	39,88
<b>?</b>	10	14,93	10	17,86	7	20,00	1	7,14			28	16,18
<b>Total</b>	67	100	56	100	35	100	14	100	1	100	173	100

N, número de dones; %, percentatge.

#### 4.1.2.8. Expedients disciplinaris

De totes les dones ateses, el 50,26% (98) compten amb expedients disciplinaris (ED) al llarg de la seva trajectòria penitenciària. D'aquestes un 28,20% (55) en tenen de molt greus. Sent el més habitual amb un 52,73% (29)

tenir-ne únicament un, seguit d'un 12,73% (7) que en tenen 2 i 3 respectivament. Destacar que un 7,27% (4) de les dones n'acumulen fins a 7.

La tipologia més habituals dels ED molt greus de les dones ateses pel PCP han estat: agredir o coaccionar greument a altres dones preses i agredir, amenaçar o coaccionar personal funcionari o autoritat, representat un 45,45% (25) el primer i un 43,64% (24) el segon.

D'altra banda, un 41,03% (80) de les dones ha obtingut ED greus. Un 41,25% (33) en tenen un; un 16,25% (13) en tenen 2 i 3 respectivament. El màxim d'expedients acumulats és de 10 i representa un 2,5% (2) dels ED greus.

La tipologia d'ED greus més habitual ha estat en un 45% (36) faltat greument el respecte a persones funcionaries o autoritat; seguit d'un 25% (20) que han estat per desobeir ordres o resistir-s'hi passivament; i un 16,25% (13) per introduir, fer sortir o posseir objectes prohibits. Entre d'altres amb menys prevalença.

Per últim, un 13,85% (27) han obtingut ED lleus. Un 85,78% (23) n'han obtingut un. Així com la tipologia més habitual amb un 48,15% (13) ha estat desobeir ordres sense alteració regimental.

Per tal d'ampliar més la informació, s'ha analitzat la presència d'expedients segons el diagnòstic principal de les dones ateses.

Destacar que un 15,38% (30) de les dones ateses amb ED tenen un diagnòstic de toxicomania; un 11,79% (23); trastorn d'ansietat; un 8,72% (17) un trastorn de personalitat del clúster B i un 4,10% (8) trastorn psicòtic.

**Taula 22. Presència d'expedients disciplinaris segons diagnòstic**

Presència expedients disciplinaris segons diagnòstic						
	Sí		No		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
<b>Demència</b>	1	0,51%	0	0,00%	1	0,51%
<b>DID</b>	6	3,08%	2	1,03%	8	4,10%
<b>No diagnòstic</b>	0	0,00%	1	0,51%	1	0,51%
<b>T. adaptatiu</b>	4	2,05%	11	5,64%	15	7,69%
<b>T. ansietat</b>	23	11,79%	18	9,23%	41	21,03%

<b>T. bipolar</b>	1	0,51%	3	1,54%	4	2,05%
<b>TC d'impulsos</b>	2	1,03%	0	0,00%	2	1,03%
<b>T. depressiu</b>	4	2,05%	16	8,21%	20	10,26%
<b>TPCB</b>	17	8,72%	11	5,64%	28	14,36%
<b>TPCC</b>	0	0,00%	1	0,51%	1	0,51%
<b>T. Psicòtic</b>	8	4,10%	8	4,10%	16	8,21%
<b>TDAH</b>	1	0,51%	0	0,00%	1	0,51%
<b>TEPT</b>	0	0,00%	3	1,54%	3	1,54%
<b>Toxicomania</b>	30	15,38%	22	11,28%	52	26,67%
<b>T. conducta</b>	1	0,51%	1	0,51%	2	1,03%

DID, Discapacitat Intel·lectual i del Desenvolupament; T. Trastorn; TC d'impulsos, Trastorn del control d'impulsos; TPCB, Trastorn de la Personalitat Clúster B; TPCC, Trastorn de la Personalitat Clúster C; TDAH, Trastorn per Dèficit d'Atenció i Hiperactivitat; TEPT, Trastorn d'Estrès Posttraumàtic.

Si es fa un anàlisi més exhaustiu, analitzant els ED i els diagnòstic, es veuen les següents dades rellevants. Destacar que es pot trobar a l'annex 4 (Taula 10, 11 i 12) amb les dades específiques.

Destacar que dels ED molt greus un 6,15% (12) tenen diagnòstic de toxicomania i han obtingut un únic expedient, seguit d'un 3,59% (7) de dones que han obtingut un ED molt greu tenen un diagnòstic de trastorn d'ansietat. D'altra banda, cal destacar que de les dones que tenen 7 ED molt greus, un 75% (3) tenen diagnosticat un T.P. clúster B i un 25% (1) toxicomania.

Pel que fa a les dones amb ED greus, un 5,64% (11) n'han obtingut un i tenen diagnosticat un trastorn d'ansietat; seguir d'un 4,10% (8) de les dones que tenen un ED greu i un diagnòstic de toxicomania. D'altra banda, de les dones amb dos ED greus, que 3,59 (7) té un diagnòstic de toxicomania. Únicament una persona compta amb 9 ED greu i aquesta compta amb un diagnòstic de trastorn d'ansietat.

Per últim, un 4,10% (8) de les dones compta amb un únic ED lleu i que tenen un diagnòstic de toxicomania, seguit d'un 2,05% (4) que tenen un diagnòstic de trastorn depressiu i un 1,54% (3) amb trastorns d'ansietat i trastorn de personalitat clúster B respectivament. De les dones amb dos expedients un 1,03% (2) que tenen un diagnòstic de trastorn d'ansietat i un 0,51% (1) amb trastorn psicòtic. Per últim, un 0,51% (1) té tres expedients lleus i té un diagnòstic de toxicomania.

## **4.2. Les veus de les dones**

### **4.2.1. La mostra**

Les dones entrevistades al projecte doctoral de Desiré Traver Edo són un total de 27 dones, dues d'elles dones trans. El 60% d'elles són estrangeres i el 77% refereix no tenir habitatge. Un 18% té parella i un 51% és soltera, la resta estan separades/divorciades o vídues i el 60% són mares. Només 3 d'elles estaven residint a la UHPP-C, mentre que la resta residien al mòdul ordinari de dones del CP Brians 1. El 75% del total de les dones, té algun diagnòstic de salut mental, però només el 66% pren medicació psicotròpica i només un 52% fa seguiment amb el PCP. Aquesta dada respondria a que el seguiment del trastorn i/o de la medicació es fa des dels centres d'atenció primària (CAP), no des de l'especialització de salut mental. Això s'explica perquè moltes d'elles, en concert un 33% té un diagnòstic d'ansietat que estimem que és seguit per AP i sota teràpia farmacològica. De la resta de dones amb trastorn de salut mental, un 11% pateix algun tipus de trastorn psicòtic, un 7% té diagnòstic de trastorn de la personalitat i un altre 7% té un trastorn de l'estat d'ànim. La meitat de les dones amb problemàtica de salut mental presenta comorbiditat amb altres trastorns d'ansietat, trastorn de personalitat o trastorn per ús de substàncies.

### **4.2.2. Les narratives**

L'anàlisi de les entrevistes a les dones s'ha realitzat amb l'objectiu de cercar les vivències i experiències d'aquestes en relació amb aquelles temàtiques que són objecte d'estudi d'aquest projecte. Així, a partir de l'anàlisi secundari de les dades de les entrevistes, s'han extret les reflexions i respostes que permeten comprendre com viuen o han viscut el procés d'adaptació, el procés de reinserció, tot allò que engloba el benestar emocional i tot el relacionat amb la salut mental.

Es presenten les narratives que el grup de treball d'aquest projecte ha valorat que es vinculen a aquestes quatre temàtiques. Les narratives presentades amb relació al benestar emocional i amb relació a la salut mental s'han agrupat en àmbits més concrets que facilitin la comprensió i la lectura de les mateixes.

#### **4.2.2.1. Procés d'adaptació**

**Taula 23. Procés d'adaptació segons les veus de les dones**

Procés d'adaptació	
I001	<i>La verdad es que cuando me dijeron que tenía que venir aquí a Brians yo me veía muerta, yo pensaba que no lo iba a superar</i>
I005	<i>Yo soy una mujer trans y a mí me ven igual, como todas. Me hicieron una acogida y me ayudaron</i>
I006	<i>Cuando fui para Mas d'Enric, el mismo día me avisaron que me iba para Tarragona. La verdad, fue muy triste para mí, tener que salir de aquí porque yo ya estaba estabilizada, estaba tranquila. La verdad es que fue muy duro moverme tanto, tampoco me dieron ninguna explicación</i>
I008	<i>Algún funcionario sí que nos ha dicho que lo podríamos luchar, (salidas) que lo revisará, nosotras lo intentaremos, pero no sabemos de qué manera</i>
I009	<i>La primera semana estaba muy confusa, debes estar unida a las chicas, hay que tener chica responsable para hablar con el CAP</i>
I013	<i>También participo el grupo de acogida, ahora somos cuatro. Enseñamos cómo van las instancias, cómo funciona el módulo cuando las chicas llegan a la prisión, la verdad que es un grupo de acogida muy importante. También les asesoramos en las diferentes cosas que puedan necesitar (...) decidimos hacer un documento para que las chicas cuando lleguen al módulo lo puedan tener. Y esto es algo que hemos hecho nosotras que no nos ha ayudado ningún profesional más que para imprimir, pero es una cosa que debería tener la prisión</i>
I021	<i>Quan vaig entrar la meva idea era tancar-me, no tindre cap tipus de contacte. Però no és bo estar tancada, te'n adones que això no és possible, perquè el cap se te'n va, te'n adones que has de fer alguna cosa més. Més o menys, a les tres setmanes ells et veuen, i et valoren.</i>
I022	<i>Per poder sobreviure a la presó has d'anar com els burros, com si passessis per un túnel i no mirar enlloc.</i>
I021	<i>Aquí l'únic que t'ajuda a estar bé és la família, el suport extern, és lo que més importa</i>

Les narratives que poden vincular-se al procés d'adaptació ens mostren com les dones refereixen desconeixement sobre el que trobaran quan entren al medi penitenciari, fet que genera un imaginari angoixant. L'inici de l'estada és confús i passen força dies fins que s'inicien les visites de l'equip. Es valora molt positivament el grup d'acollida, tot i que es disposa en les dones la responsabilitat de dur a terme aquest procés i fins i tot parteix d'elles la creació d'un document. La importància d'ocupar el temps i alhora no parar massa atenció en res són diferents formes d'afrontar aquest procés. El suport més important està relacionat amb l'exterior, com per exemple saber que la família està bé.

#### 4.2.2.2. Procés de reinserció

**Taula 24. Procés de reinserció segons les veus de les dones**

Procés de reinserció	
----------------------	--

<b>I027</b>	<i>Estoy a la espera de un juicio para mi expulsión (...), yo creo que va a ser en mayo de 2022, pero no lo sé seguro, hay muchas chicas que tenían que irse y aún no lo han hecho, y tampoco les dicen nada, así que no puedo tener nada seguro aquí.</i>
<b>I006</b>	<i>Ya tengo fecha para volver a Brasil, me acompañarán hasta allí dos policías de paisano, tengo suerte de saber esto, porque si lo sabes, ya asimilas. Hay muchas otras mujeres que no lo saben o que han tenido que esperar y hacer más tiempo de su condena sin saber el motivo</i>
<b>I006</b>	<i>Lo que me preocupa también es la sociedad de Brasil porque yo tengo una enfermedad, yo tengo esquizofrenia y me preocupa mucho como voy a estar allí.</i>
<b>I001</b>	<i>Nosotras claro, como no tenemos papeles, no salimos, no tenemos permisos (...) entonces salimos de golpe y esto es muy difícil para mí.</i>
<b>I015</b>	<i>Hay el programa de preparación para la comunidad, pero (...) para las extranjeras es muy difícil. Por ejemplo, aquí no he podido salir de la prisión en ninguna programada porque la ley no lo permite, pero durante el tiempo que estuve en Dones Barcelona sí que pude salir, y en ambos lugares hay la misma ley, ¿no?</i>
<b>I004</b>	<i>En noviembre pasa por junta, entonces en septiembre empezará el Curso de preparación a la comunidad, creo.</i>
<b>I007</b>	<i>Y el hecho de saber que me voy, aún me agobia más. En cuanto a los permisos que he tenido, he cogido el tren perdiendo una hora para no llegar tarde del permiso. Hay muy pocas franjas horarias en el bus. Para que no haya problemas mi madre tiene que venir antes, a veces no puede llegar por trabajo.</i>
<b>I019</b>	<i>No sé qué artículo será el que me pondrán el 102 o el tercer grado. Y en enero de 2022 tendré la condicional, creo.</i>
<b>I006</b>	<i>Además, soy mujer, madre, expresidaria. Yo tendré que esforzarme 3 veces más fuera</i>
<b>I026</b>	<i>A mí lo que más me preocupa de mi futuro es el tiempo de mi privación de libertad y como esta va a repercutir en mi futuro. Yo tengo miedo, porque no sé qué es lo que me voy a encontrar, si me voy a asustar...y ¿cómo me puedo preparar? Yo creo que lo que más me podría ayudar son las salidas programadas.</i>

Les dones estrangeres refereixen tenir moltes incerteses sobre el seu futur, tant les que poden ser expulsades com les que es queden, i asseguren que l'absència de sortides, permisos i preparació els hi genera angoixa. Saben de l'existència d'un programa de preparació, però moltes no en poden gaudir. Aquelles que hi tenen accés fan càlculs sobre quan els tocarà realitzar el curs, tot i que no en tenen claredat. En relació amb els permisos, destaquen que el centre està lluny, generant inconvenients per a elles i les seves famílies. Algunes expressen temors sobre el que trobaran a l'exterior i com afrontaran els estigmes, obligant-les a esforçar-se més que les altres.

#### **4.2.2.3. Benestar emocional**

#### **Taula 25. Benestar emocional segons les veus de les dones I**

<b>Benestar emocional I</b>	
<b>L'ocupació significativa com a font de benestar</b>	
<b>Productivitat</b>	
<b>I011</b>	<i>A mí me gustaría que se pudiera hacer algo que ayudara a las presas, por ejemplo, coser tu ropa o poderla reutilizar o volverla a cuidar, (...) me gustaba tanto poder hacer eso (...) coger las medidas y hacer un vestido para las mujeres</i>
<b>I011</b>	<i>... de las cosas que me gustaría mucho, mucho es poder hacer es un curso para poder ayudar a la gente mayor, es una de las cosas en las que me gustaría dedicarme cuando salga de aquí.</i>
<b>I002</b>	<i>hacer algo que me pueda servir para cuando salga, pero sé que me quedan muchos años. Ojalá, no sé, pudiera haber algún trabajo, algún taller, (...) nos ayudaría mucho y así no damos tantas vueltas en el patio.</i>
<b>Cura Personal</b>	
<b>I001</b>	<i>si hubiera un destino de cocina, yo creo que la comida sería mucho más buena y todas estaríamos mucho más ocupadas trabajando en comer bien</i>
<b>I010</b>	<i>Estaría muy bien, que aquí pudiera haber cursos de cocina que pudiéramos cocinar nosotras, ojalá hubiera algún tipo de taller de cocina</i>
<b>I018</b>	<i>sí nos pudiéramos hacer la comida, no gastaríamos tanto dinero, ni la prisión ni nosotras comprando en el economato con precios de fuera y no de dentro. Además, si fuéramos más autosuficientes, estaríamos mejor.</i>
<b>I022</b>	<i>Tenir la nostra cuina seria (...) molt més normalitzador per a nosaltres</i>
<b>I026</b>	<i>Me gustaría poder tener mi nutrición, mi comida. En Dones Barcelona estaba gorda porque allí cocinábamos las presas.</i>
<b>I002</b>	<i>He aprendido a cuidarme a mí misma, antes no hacía nada para cuidarme, ahora me pongo crema, me gusta ir al gimnasio y sobre todo me gusta porque parece que me cuido más, porque no sé, me siento, querida, me siento querida por las auxiliares, siento que aquí pues parece que sea algo más familiar</i>
<b>I004</b>	<i>Las quiero muchísimo. Me llevo muy bien con ellas, son mis chicas. Cuando entré en el office, no querían que las duchara otra, porque sé que muchas veces no se las tienen en cuenta o no lo hacen de manera cuidadosa. A mí también me gusta que me necesiten, porque las intentó ayudar a gestionar sus llamadas, para salir de permiso (...) la que tiene depresión está mejor.</i>
<b>I012</b>	<i>Lo que más me gusta aquí es una llamada tranquila con mis familiares</i>
<b>I007</b>	<i>Yo me siento más bien si estoy con pareja en la prisión, así siento más cosas.</i>
<b>I015</b>	<i>Siento que ahora yo no soy la misma que antes, ahora creo que soy más mujer, ahora pienso, me lleno de paciencia. Pero aquí necesitamos una persona para compartir, para tomar caminos</i>
<b>I020</b>	<i>Yo tengo mi marido fuera, en Brasil, pero aquí no quiero dejar de tener cariño (...) me he buscado compañeras sentimentales (...) es un cariño diferente, es un cariño bueno, no como el de los hombres</i>
<b>I011</b>	<i>Un miércoles si y otro no, hacemos una charla y al final nos dan un lote de higiene. Es bonito para las mujeres y la verdad que está muy bien (...) antes no daban nada y ahora pues hacen una merienda y podemos hablar de cosas importantes. Nos gusta porque somos como una familia, la verdad que es una actividad que a mí me gusta mucho.</i>
<b>I016</b>	<i>Una de las cosas que más me gustarían en esta unidad es que tuviéramos espejos.</i>



<b>I018</b>	<i>En cuanto a mí cuidado personal (...) en nuestro caso no tenemos ningún espejo</i>
<b>I002</b>	<i>Por ejemplo, aquí no me puedo ver en el espejo, y eso afecta a una misma y a cualquier persona. No te defines a ti (...), poderse mirar significa que te ves y eso te permite cuidarte</i>
<b>I007</b>	<i>De las cosas que más echo de menos es poder tener (...) un espejo para mirarme bien en la habitación.</i>
<b>I014</b>	<i>Me veo distorsionada y al final es una imagen de mí muy dolorosa para pensar también en el momento en el que yo estoy aquí</i>
<b>I023</b>	<i>Me operaron hace un año y medio, pero tengo cáncer y lo estoy pasando muy mal. Y cuando me ducho lo paso muy mal porque yo no tengo un pecho por la operación y las mujeres me miran raro. No sé con quién puedo hablarlo esto o si pudiera ducharme sola.</i>
<b>I013</b>	<i>Lo que más me gusta es que puedo tener una ducha sola para mi</i>
<b>I022</b>	<i>I si vas a la dutxa amb roba, quan te la treus i et dutxes te la roben, per tant has d'anar de l'habitació fins a les dutxes amb barnús, si en tens o amb tovallola i passar per davant de tots els funcionaris.</i>
<b>I017</b>	<i>Una de las palabras que más me gustan en catalán es "Bona nit". Hay una funcionaria que me lo dice cada noche, es como si me lo dijera mi mama.</i>
<b>Oci</b>	
<b>I007</b>	<i>El club social lo abren solo por la tarde (...); a mí me gustaría hacer yoga</i>
<b>I012</b>	<i>Antes había un taller donde podíamos dibujar y el profesor era un voluntario (...) nos traía dibujos, eso valía mucho la pena.</i>
<b>I027</b>	<i>Me gustaría que pudiéramos ver obras de teatro como hacíamos en Dones Barcelona, también mirábamos películas, hacíamos flamenco ...</i>
<b>I021</b>	<i>A mi personalment el que m'ha anat molt bé són les arts plàstiques, és un moment en el que oblidó que estic aquí dintre</i>
<b>I006</b>	<i>Yo participé en "Five days to Dance" junto con la UHPP-C, esta sí que fue una buena actividad. Nos trajeron ropa...yo bailé un montón. De eso es lo que se trata, de poder entregarte. Usar el cuerpo para expresarse.</i>
<b>I010</b>	<i>Y ahora me siento realizada, por qué hago actividades y porque leo mucho cuando entro dentro de un libro me cuesta salir de él</i>
<b>I005</b>	<i>Yo me levanto y saludo a todo el mundo, me siento bien hablando con la gente. Es un tiempo que compensa, que compensa los gritos de las cosas malas.</i>
<b>I008</b>	<i>En el módulo hay una funcionaria que se llama muy maja que se llama XX. Y la verdad es que me ha ayudado bastante.</i>
<b>I003</b>	<i>Si puedo trabajar en el módulo de talleres de hombres (...) voy a ganar más dinero, así podré apañármelas mejor,</i>
<b>I011</b>	<i>Los hombres tienen más privilegio que las mujeres (...). A nosotras nos parece que es importante que hagan grupos terapéuticos, pero al ponernos tantos entonces han quitado los talleres de mañana porque a las empresas no les sale rentable, y el CIRE no hace nada...es muy injusto porque los hombres trabajan por la mañana y por la tarde y aunque sean más eso no significa que no podamos trabajar nosotras, aunque seamos menos</i>
<b>I022</b>	<i>Per exemple els homes, tenen mòduls de respecte, menjars amb familiars, play stations, si estan estudiant poden viure sols...</i>
<b>I001</b>	<i>La que me puso en la fleca fue la XX, ella me dio en esta oportunidad.</i>
<b>I011</b>	<i>Estoy haciendo seguimiento en psiquiatría, tengo mi psicóloga, también a la educadora, a la jurista y luego también a los funcionarios, la verdad es que todos me acompañan y me ayudan</i>

<b>I020</b>	<i>Y además algunos funcionarios cuando yo envío cartas con personas de otro centro me ayudan a investigar su historia, para saber si tienen alguna enfermedad, como VIH</i>
<b>I018</b>	<i>Algunas funcionarias me han dicho, con este chico no, no te conviene porque tiene algo ...</i>
<b>I006</b>	<i>Estoy escribiendo un libro y hay dos profesionales de la unidad que me ayudan mucho, de hecho, me quieren ayudar a editar mi libro de poesías. empecé a sentirme empoderada para dar mi opinión gracias a mi educador, porque el me dio un espacio para mis poemas, una vez a la semana. Mi educador es mi amigo, es la persona que conoce mis poemas y el que me escucha</i>

Tal i com s'ha exposat a l'inici d'aquest apartat, les narratives relacionades amb el benestar emocional s'han dividit en temàtiques més concretes. La primera d'elles s'ha descrit com **l'ocupació significativa com a font de benestar**.

Aquest àmbit recull allò que la disciplina de la teràpia ocupacional descriu com a àrees del desenvolupament ocupacional i que el seu assoliment comporta el benestar emocional, social i personal generant autonomia, independència i qualitat de vida. Les àrees a les que es fa referència són, en primer lloc, la **productivitat**, entesa com tot allò relacionat amb la formació reglada i no reglada, la gestió domèstica i econòmica, el treball remunerat o no, i la cura de l'entorn, com la neteja dels espais que ocupem. Dins aquesta àrea trobem narratives que mostren la necessitat de sentir que allò que fan les dones sigui útil, així com la importància de desenvolupar tasques satisfactòries.

Les narratives relacionades amb la productivitat és on destaca la vivència que refereixen les dones de patir una notable discriminació per raons de gènere. Les dones identifiquen que tenen menys oportunitats laborals, per horaris i per condicions, i també en l'àmbit de les ubicacions, en relació amb els mòduls com a les opcions d'estudi en espais més adients, i les possibilitats de compartir espais familiars en condicions més normalitzades.

Una altre de les àrees que destacades és l'àrea de la **cura personal**, engloba tot allò referent a la cura d'un mateix, a l'alimentació, les relacions de parella i de família, el son i el descans, la higiene, l'autoimatge, la mobilitat comunitària i també la cura dels altres. Les dones coincideixen a donar a la cuina i a l'alimentació un espai prioritari i no només per a menjar millor, sinó que li atorga la qualitat de normalitzar i de generar un espai relacional entre elles.

Destaquen, també, la importància de sentir-se estimades, de tenir la vivència de ser com una família, sobretot quan es fan activitats grupals. De la mateixa manera, es manifesta que tenir parella dins la presó és bo perquè “sents més coses”, fent que el fet de compartir sigui necessari. Diverses dones posen de manifest la importància de l'autoimatge i com això es vincula amb poder tenir miralls,

Per últim, però no menys important, es troba l'àmbit de l'oci. Aquest àmbit recull el que s'entén com a oci actiu i/o passiu, les relacions socials, i en general l'ocupació del temps lliure. En relació amb aquest àmbit, les dones mostren com les activitats d'oci són importants per fer front al malestar i evitar allò que fa que els pugui "perdre el cap". Destaca el desig de dur a terme activitats artístiques, com teatre, o físiques, com ioga o ball i que es puguin dur a terme activitats en espais oberts. Les relacions socials tenen un pes notable en les dones, i aquestes s'amplien no només a les relacions amb la resta de dones, sinó amb els i les professionals.

Destaquen narratives que manifesten com d'important és que aquests/es professionals les tractin amb igualtat i amb afecte. També convé fer una menció com, de vegades, aquests vincles poden tornar-se vincles confosos que aproximem a aspectes que sobrepassen les funcions i generen dubtes respecte al que prové del professional i allò que les aproxima al més personal.

**Taula 26. Benestar emocional segons les veus de les dones II**

<b>Benestar emocional II</b>	
<b>Impacte de l'entorn</b>	
<b>Problemes del context</b>	
<b>I008</b>	<i>Parece que están enfadados los educadores de entre semana con los educadores de fin de semana, entonces no hay mucha comunicación y tampoco podemos dar mucha continuidad a las cosas que hacemos los fines de semana o viceversa</i>
<b>I002</b>	<i>A veces faltan funcionarios o sanitarios y no solemos hacer nada. No hacemos nada los fines de semana al tener más acompañamiento entre semana</i>
<b>I009</b>	<i>Cuando nosotras planteamos actividades, por ejemplo: que nosotras tengamos una idea y le tengamos que plantear a un educador o a un profesional es muchísimo más difícil que si las proponen ellos (...) las actividades que planificamos en las diferentes comisiones son muy difíciles de pedir (...) la verdad es que es muy dificultoso y hay muy pocas personas que quieran estar implicadas en hacer eso, por eso lo hacemos nosotras porque a nosotros nos gusta, pero realmente es muy difícil</i>

<b>I016</b>	<i>Hemos pedido poder salir al polideportivo el sábado, pero no salimos, nos gustaría salir con algún enfermero, pero muchas veces no tienen tiempo y no pueden hacerlo.</i>
<b>I008</b>	<i>A mí me gustaría que pudiéramos salir (...) en sitios abiertos para cuidarme también psicológicamente</i>
<b>I022</b>	<i>I si vas a la dutxa amb roba, quan te la treus i et dutxes te la roben (...)</i>
<b>I011</b>	<i>Un dia qualsevol a dins del mòdul és que tu estàs fent una trucada amb els teus fills i arriba una notificació que t'interromp la conversa, i als funcionaris els hi dona igual que estiguis en la teva conversa diària de 8 minuts i molesta moltíssim.</i>
<b>I013</b>	<i>Yo tengo que hacer muchas llamadas al día, pero es muy difícil hablar, todas chillan porque el teléfono está en medio del pasillo y claro no podemos hablar con calma, todas están muy nerviosas y antes de que acabes la siguiente ya te está diciendo que si ya has acabado de hablar.</i>
<b>I003</b>	<i>Aquí en el módulo de mujeres estamos todas juntas, y por una situación de una, tenemos que pagar todas. Aquí en la prisión de mujeres estamos atadas de manos.</i>
<b>I015</b>	<i>Uno de los mayores problemas aquí en el módulo son las drogas. Debería haber un módulo para las personas con problemas de adicción. Aquí la droga entra con mucha facilidad, y los conflictos la mayoría son por las drogas, y también por la ropa. Si te ven algo nuevo de ropa, enseguida tienes problemas</i>
<b>I027</b>	<i>La verdad que aquí parece que seamos más adultos, en Dones Barcelona estaba todo más infantilizado</i>
<b>Estrès Evitable</b>	
<b>I005</b>	<i>Cuando una tiene que ir al hospital, la avisan sin más y hasta el último momento no sabes a dónde vas a ir (...) tengo hora en el traumatólogo, llevo todo el día por los pasillos cerca del megáfono y no he escuchado nada, ¿tú has escuchado algo? Es que estoy nerviosa por eso y no sé nada de nada.</i>
<b>I001</b>	<i>Me sentí muy mal un día y tuve que ir a urgencias, desde ese día las mujeres me llaman loca.</i>
<b>I026</b>	<i>El 14 de febrero murió mi madre y me llegó un papel donde me decían que mi madre se estaba muriendo (...) Y no pude estar con ella, estaba en el especial</i>
<b>I018</b>	<i>...y soy inestable, eso me dicen los funcionarios.</i>
<b>I023</b>	<i>Me operaron hace un año y medio, pero tengo cáncer y lo estoy pasando muy mal. Y cuando me ducho lo paso muy mal porque yo no tengo un pecho por la operación y las mujeres me miran raro. No sé con quién puedo hablarlo esto o si pudiera ducharme sola.</i>
<b>Arbitrarietat</b>	
<b>I019</b>	<i>Yo consumo marihuana y XXX (funcionari de vigilància) lo sabe, pero le va bien tenerme en el office. A las que trabajamos nos hacen más caso (...) con los funcionarios te vas ganando la confianza (...) cuando llegas, a todas nos tratan igual, luego ya en función de la confianza a algunas nos dejan pasar cosas por alto que a otras no (...). Un día estábamos fumando en el patio hachís y nos vio XXX, nos lo escondimos, pero me llamó (...) me dijo que me fuera (...) a las otras las amonestó, creo que alguna fue al DERT.</i>
<b>I009</b>	<i>Yo antes al principio tenía miedo de las relaciones sociales con los funcionarios, pero ahora me gusta mucho, la verdad es que yo considero a muchos funcionarios amigos (...) para sobrevivir dentro de la prisión una de las cosas que he hecho ha sido aliarme mucho con los funcionarios y eso me ha dado muchos privilegios que otras personas no tienen (...)</i>

	<i>Nos encontramos muchos días que hay algunos funcionarios que nos miran y nada (...) y otros días que nos dicen que así no podemos ir vestidas así</i>
<b>1020</b>	<i>Yo en lugar de hacer comunicaciones hago las videollamadas. Si te llevas bien con los tutores consigues lo que quieres</i>
<b>Indefensió</b>	
<b>1021</b>	<i>Aquí a vegades et diuen: “ah, no estaves apuntada, no pots sortir” i preguntes perquè i et diuen “ah, no sé, pot ser és una equivocació”, però la que et fots ets tu. La que surts perdent i no pots fer aquest permís, trucada, etc., ets tu!. Aquesta impotència no li desitjo a ningú i no pots fer res, tens la sensació de no poder resoldre i aclarir la situació. I el que tu t’emportes d'aquesta vivència és això, que no pots fer res, buscar explicacions i buscar una explicació justa, ni això.</i>
<b>1003</b>	<i>aquí todas son unas chivatas de los funcionarios por eso funciona como funciona el destino de talleres. Por eso todas las que están se eligen entre ellas, porque les hacen favores a los funcionarios (...) es muy injusto. Además, aquí los funcionarios se lo dejan llevar todo a una que hace que todas las que acaben ganando más dinero sean de las tuyas, por ejemplo, haciendo que les pesen más las cajas. A mí me gustaría estar “mantillando”, pero están muy unidas ellas, las mujeres que trabajan en talleres no dejan entrar a nadie</i>
<b>1022</b>	<i>(...) la dona que treballa com a cap dels tallers, es veu perfectament que te uns beneficis front a la resta de les noies, i és impossible que li treguin el lloc, (...) Hi han normes molt estrictes que no acompanyen al sentit comú.</i>

Les narratives que es presenten en aquest apartat són totes aquelles relacionades amb **l'impacte de l'entorn** i que es manifesten en diverses de les experiències que transmeten les dones. S'entén per entorn, tot allò físic, social i a les persones que ens envolten. S'hi destaca el paper del personal, tant de vigilància com de tractament, i com les desavinences dins dels equips o les circumstàncies laborals afecten la dinàmica del tractament i el benestar de les dones. També hi ha dones que valoren la implicació però que no se senten recolzades, com en les comissions. Aquest tipus de situacions es mostren en les narratives que s'han titulat com **problemes del context**. També s'inclou en aquest apartat les qüestions que atempten contra la intimitat i la privacitat i que es normalitzen en un context envoltat de despersonalització. Així, destaca la manca d'espais privats per a tenir converses telefòniques, la exposició de la intimitat en excés, com en les dutxes, i també com l'espai físic compartit per totes les dones genera conflictes i repercuteix en el benestar.

Com sabem, l'entorn estableix les condicions, i en algunes ocasions aquest dificulta el canvi i posa límits, però també és important revisar el que es pot canviar i allò que es pot evitar. Això es coneix com **estrès evitable**. En aquest punt recollim narratives que relaten situacions relacionades amb l'entorn que

generen molt malestar, i que podrien evitar-se, com la gestió de la informació i el mode de comunicar qüestions quotidianes, com saber quan es té visita mèdica o assumptes sensibles com la mort d'un familiar.

Altres temàtiques que han emergit de les entrevistes tenen a veure amb tot allò que les dones refereixen respecte a les suposicions, les especulacions, la manca de seguretat en els processos, sobre els seus drets i els seus deures. Aquestes narratives les hem agrupat en allò que fa referència a l'**arbitrarietat** i allò que generà **indefensió**. Es destaca com es prenen decisions en relació amb qui i no amb què, i no són poques les expressions relacionades amb que algunes dones empresonades tenen més beneficis o drets que altres, i com davant de situacions similars es prenen decisions diferents. També es fa referència a que depèn de l'altre (el personal) si tens o no beneficis o penalitzacions i no tant del que elles facin. La indefensió es reflecteix en situacions que relaten les dones i que les fan sentir que no poden fer res davant de situacions injustes, com pot ser que facis el que facis no accediràs a una feina determinada, o que no obtens explicacions de perquè passen les coses.

#### 4.2.2.4. Salut Mental

Taula 27. Salut mental segons les veus de les dones

Salut Mental	
Abordatges	
I015	<i>Tener un espacio terapéutico con una persona psicóloga sería muy importante, porque entrar aquí es entrar en un proceso muy desorganizado de tu vida.</i>
I009	<i>Lo peor de todo esto es que no tenemos apoyo psicológico y eso es una de las cosas más importantes que debemos tener aquí, trabajar desde la terapia y la verdad es que aquí (...) el psicólogo no es el psicólogo real, el que te hace un acompañamiento un trabajo terapéutico, es el que te evalúa y el que ve cuánto tiempo tienes que estar aquí dentro de la prisión por tanto esa figura no es un soporte (...) tienes que estar muy mal, muy mal para que puedas tener esa ayuda, el psicólogo normalmente no tiene tiempo, no te puede acompañar (...) tienes que ir buscando poco a poco, ir viendo que soportes dentro de la prisión</i>
I003	<i>Yo realmente tengo mucha necesidad de explicar las cosas, no me siento escuchada aquí.</i>
I004	<i>XXX tiene una depresión muy fuerte, no necesita la medicación, sino el trato es el que siento que necesita más.</i>
I004	<i>...hay muchas otras chicas que lo necesitan, que necesitan más atención psicológica</i>

<b>I009</b>	<i>Por ejemplo, mi padre pegaba a mi madre y yo ya no estoy en este mundo, pero hay personas que no salen y se necesita mucho apoyo, para este trance y hay muchas personas aquí que viven dentro de eso, cómo puedes acompañar una persona que está dentro de esos y ella tampoco es capaz de poder salir de ahí. No hay un trabajo para la comunidad.</i>
<b>I003</b>	<i>veo es que hay mucha gente pobre y hay mucha violencia doméstica (...) más nos vale nos ocupamos de lleno en esta parte, yo realmente lo necesito y creo que es importante decirlo</i>
<b>I003</b>	<i>Yo siempre he sufrido maltrato, tengo frustración, no somos tratadas todas por igual, y eso es algo muy duro aquí</i>
<b>Necessitats especials</b>	
<b>I004</b>	<i>Hay muchas que necesitan mi ayuda y realmente yo no soy una profesional, por ejemplo, no sé qué hacer con la que no quiere cuidarse, la que está deprimida (...) yo le dije al cap que necesito ayuda</i>
<b>I015</b>	<i>Uno de los mayores problemas aquí en el módulo son las drogas. Debería haber un módulo para las personas con problemas de adicción</i>
<b>I005</b>	<i>Es una necesidad que se curen y se cuiden a las personas con necesidades diferentes. Hay otras mujeres trans que no están bien, que no les llaman por su nombre. Tampoco se sienten reconocidas dentro del módulo de mujeres, algunas incluso están más bien en el módulo de hombres. Saben que privilegios han tenido allí y quieren ir. Yo, por ejemplo, muchas veces pienso en cambiarme de modulo</i>

El darrer apartat és el que es mostren les narratives relacionades amb la salut mental, i amb allò més proper a lo terapèutic. Dins aquest apartat, sota el títol **d'abordatges** on s'han situat narratives de diverses dones que valoren la necessitat de comptar amb més seguiment psicològic que els doni suport en l'organització de la vida. Es fa menció a rebre un seguiment per part dels i les professionals que no siguin del mateixos ETEP, ja que sobre aquests es dipositen altres funcions, més de control. La presència de violències viscudes i esdeveniments traumàtics sobre els que requereixen ser ateses i tractades, és una realitat que emergeix respecte a elles i a les dones en el seu conjunt.

Les narratives que es troben a l'apartat que hem denominat **necessitats especials** conformen aquelles opinions sobre qüestions que requereixen una atenció concreta, i que de vegades recauen sobre altres dones que se senten responsables d'atendre a les companyes amb problemàtica de salut mental.

### 4.3. Les opinions dels i les professionals

#### 4.3.1. La mostra

Entre els mesos de maig i setembre de 2023 s'han enviat o entregat en mà, un total de 30 qüestionaris d'elaboració pròpia amb preguntes obertes a diferents

persones que treballen a centres penitenciaris o a entitats vinculades. Dels 30 qüestionaris entregats, a final de setembre, es van retornar 22 qüestionaris complimentats. D'aquests, 7 corresponen als i les professionals de psiquiatria, psicologia i infermeria del PCP de 3 centres penitenciaris diferents; 8 als i les professionals de psicologia, educació social, treball social i juristes d'equips de tractament, així com funcionaris d'interior de 2 centres penitenciaris, 2 als i les professionals de l'ICS; 4 als i les professionals que treballen en l'àmbit de drogodependències i una persona professional d'una entitat del tercer sector.

Els qüestionaris (annex 2) compten amb 9 preguntes que s'agrupen en els 4 grups temàtics objecte d'estudi, com són el procés d'adaptació, el procés de reinserció, la salut mental i el benestar emocional i també sobre els casos complexes. Als i les professionals dels equips de salut mental i de drogodependències se'ls va preguntar, a més, sobre la perspectiva de gènere en les seves intervencions.

Per tal d'analitzar les respostes es va procedir a la lectura, revisió i classificació d'aquestes i es va quantificar el nombre de respostes en el mateix sentit amb l'objectiu d'agrupar les respostes reportades en cada pregunta. A continuació s'exposaran les respostes en cada una de les taules següents. En cadascuna d'elles apareix el títol que conté el nucli de la pregunta, i en alguns casos subtítols que permetin englobar temàtiques que emergeixen de les respostes. A la columna esquerra es mostra el número de respostes persones que emeten una resposta en aquell sentit.

### 4.3.1. Les opinions

#### 4.3.1.1. Procés d'adaptació

**Taula 28. Procés d'adaptació segons l'opinió dels i de les professionals**

<b>Procés d'adaptació</b>	
	Quines variables del medi penitenciar creus que <b>dificulten</b> els processos d'adaptació?
<b>16</b>	La falta de classificació perfil delictiu i per vulnerabilitat
<b>8</b>	El masclisme intrínsec que requereix formació en perspectiva de gènere
<b>7</b>	L'excés d'atenció a la conducta disfuncional i la manca de coneixement per reconduir la conducta enlloc de sancionar-la
<b>7</b>	L'escassa o abundant informació dels drets/deures/visites/trucades/peculi



6	Els centres obsolets, freds, grisos
4	El CP ho fan bé, el que dificulta l'adaptació són els recursos de les dones
3	La barrera idiomàtica
3	L'entrada de tòxics
2	La limitació excessiva del contacte amb l'exterior
1	
1	L'ús d'un llenguatge verbal i no verbal ofensiu
1	L'excessiva medicalització en decrement del treball psicològic
1	El desconeixement de la situació judicial
Què creus que podria <b>millorar</b> del procés d'acollida i adaptació de les dones quan entren als CP?	
15	Conèixer l'ETEP la primera setmana i la funció de cada membre de l'equip
4	Que es detectés la població vulnerable
4	Un/a professional que fes seguiment, com un tutor/a de la nouvinguda per assegurar informació integrada, amb habilitats comunicatives
3	La figura de la interna/gestora d'acollida (Millorar el perfil)
1	Que es tingui contacte des de l'inici amb SM
1	Facilitar productes de neteja etc... el més aviat possible
1	Explorar trauma per part del ICS
1	Exposar en equip casos complexos
1	Que l'ingrés ja es faci amb perspectiva de gènere en el sentit de ser conscients de que ja han patit diversos tipus de violència.

Només 4 dels i les 22 professionals que han estat preguntats/des consideren que el procés d'adaptació funciona bé i destaquen que manca d'adaptació és responsabilitat de les dones preses i que depèn més de la seva capacitat, no pas del medi penitenciari.

Sobre allò que dificulta el procés d'adaptació, més de la meitat dels i les professionals (16) consideren que la manca d'un sistema de classificació per perfils delictius i per vulnerabilitat obliga a les dones a conviure en el mateix mòdul, i que això genera moltes dificultats per a l'adaptació.

Quasi la meitat dels i les professionals (8), refereix que un altre dels motius que explicaria la dificultat en l'adaptació, té relació amb el masclisme intrínsec dels centres penitenciaris que requeriria d'incloure formació en perspectiva de gènere per tot el personal que hi treballa. En aquest mateix sentit, alguns/es professionals (7) coincideixen en plantejar que convé revisar el format sancionador que pateixen les dones, ja que està masculinitzat. L'estructura obsoleta dels centres penitenciaris i que cal insistir en l'ús d'un vocabulari més adequat, amb un to menys despectiu i ofensiu cap a les dones per part dels i

les professionals tant d'equips de rehabilitació com d'interior. El mateix nombre de professionals refereix que allò referent a com i quina informació es dona a la dona empresonada dificulta l'adaptació, en el sentit que, en ocasions es dona molt poca informació i en altres es dona massa informació inicial que satura a la persona. L'estructura de la presó, obsoleta, fosca i freda es considera una de les dificultats de l'adaptació (6). Per altra banda, l'entrada de tòxics, l'escàs contacte amb l'exterior i la barrera idiomàtica són qüestions que limiten l'adaptació, com també l'esgotament dels i les professionals i l'ús d'un llenguatge verbal i no verbal que pot resultar ofensiu.

Més de la meitat dels i les professionals (15) consideren que els ETEP tenen un paper clau en la millora del procés d'adaptació i valoren que les dones coneguessin l'ETEP durant la primera setmana d'estada al mòdul i se li expliqués quina funció té cadascun dels i les professionals.

Altres qüestions que caldria considerar per a millorar l'adaptació i que posen en evidència una part dels entrevistats són la presència d'un tutor/referent de l'ETEP que centralitzi la gestió del cas i integri la informació i que tingui habilitats comunicatives. També es proposa que s'esculli amb més cura la figura de la gestora d'acollida, ja que es considera que no sempre és l'adient;

Altres opinions apunten a que milloraria l'adaptació si s'evités l'entrada de substàncies tòxiques; augmentés el contacte amb l'exterior, tant de trucades com de visites, es flexibilitzés l'horari; es comptés amb mediadors i intèrprets per les persones estrangeres i que l'internament al mòdul fos més progressiu. L'excés de medicació també es considera un motiu de dificultat de l'adaptació ja que es fa un ús excessiu d'aquesta per a controlar i gestionar el malestar.

#### 4.3.2.2. *Procés de reinserció*

**Taula 29. Procés de reinserció segons l'opinió dels i de les professionals**

Procés de reinserció	
Quines variables del medi penitenciari creus que <b>difículten</b> els processos de reinserció?	
10	L'escassa opció laboral i la baixa remuneració
9	El masclisme intrínsec de la societat: la manca de polítiques i incentius laborals per dones

8	El format sancionador que està masculinitzat i afecta a les dones perquè s'obstaculitza el procés de reinserció (pèrdua de sortides de vinculació, permisos...etc..)
5	Els múltiples estigmes de la dona (dona, estrangera, consumidora ...)
3	Els múltiples traumes
3	La manca de classificació i de separació de les dones vulnerables
2	La pèrdua de l'autonomia (poca responsabilitat dins de CP, manca de presa decisions)
2	Un model d'inserció masculinitzada
2	La manca de "papers" de les estrangeres
1	Que els equips són viscuts com controladors no com a suport
1	Massa dones empresonades per professional que no permeten un seguiment adequat
1	Moltes condemnes de menys d'un any que dificulten formació i per tant la reinserció
1	La manca d'activitats als centres oberts
1	Que els centres estan lluny de les poblacions
Què creus que podria <b>millorar</b> del procés de reinserció de les dones quan entren als CP?	
15	Més recursos intermedis entre presó i comunitat (de justícia/SM/tòxics/seguiment)
9	Millor comunicació amb els recursos externs i també amb família; reunions conjuntes
7	Més programes específics per dones (gestió emocional; trauma; tòxics)
6	Iniciar abans el procés de reinserció
2	Que hi haguessin centres només per dones
2	Oferir seguiment psicològic i social a la sortida, almenys les primeres setmanes
1	El medi no pot millorar o ha de fer la interna, la família...

Sobre el que dificulta el procés de reinserció, més de la meitat de les persones entrevistades van considerar que l'escassa opció laboral i la baixa remuneració són el que més afecta al procés (10). Seguidament, es valora que la manca de polítiques i incentius de les empreses per a la contractació de dones i que reflecteix un elevat masclisme de la societat afecta a la reinserció (9). De la mateixa manera, són moltes les persones que expressen que els incompliments i les recaigudes no haurien de ser tractades com a faltes que generessin un retrocés en el procés de reinserció, com la pèrdua de sortides i que caldria que es valorés i es tractés individualment aquestes situacions (8). També es fa crítica del format dels DERT i DS que tenen un format masculinitzat (8). Cal destacar que una quarta part dels entrevistats (5) considera que les dones pateixen de múltiples estigmes, com ser dones; estrangeres; amb problemàtica de salut mental i de drogues que augmenten la

dificultat de reinserir-se i que manca una perspectiva de gènere en la seva atenció. De nou, es troba com a dificultat en el procés, la manca de classificació interna i de l'existència de mòduls específics per persones vulnerables (3).

Altres qüestions a considerar serien la proporció i els canvis constants de professionals als equips (1); que aquests, són viscuts de vegades com a controladors més que com a font de suport (1); que els centres estan massa allunyats de les poblacions (1) i que hi ha força condemnes de menys d'un any que dificulten la reinserció (1).

Tres quartes parts de les persones entrevistades (15) consideren que per millorar el procés de reinserció caldria que hi haguessin més recursos intermedis entre la presó i la comunitat, tant de residència com de salut mental i/o de drogodependències i que es fes un seguiment més intensiu a l'alta(9-2), ja que s'ha demostrat que millora la reinserció. També es fa menció de que caldria tenir una millor comunicació i coordinació amb els recursos externs (9) i que els centres semioberts tinguessin un nivell d'activitats adient (1) i que es comptés amb la família i l'entorn per a treballar la reinserció de manera adequada (9). També es considera (7) que dins del centre caldria intervenir més i millor amb relació a necessitats específiques per les dones, relacionades amb la gestió emocional, els traumes i els tòxics i que els processos d'externació caldria iniciar-los abans.

#### **4.3.2.3. Salut mental i benestar emocional**

**Taula 30. Salut mental i benestar emocional segons l'opinió dels i de les professionals**

<b>Salut mental i benestar emocional</b>	
	Quina <b>incidència</b> creus que té la problemàtica de salut mental en les dones?
<b>10</b>	La problemàtica de SM és alta, no tant de trastorn mental greu
<b>8</b>	Hi ha més problemes perquè s'han d'adaptar a un medi que no s'adequa a les seves necessitats
<b>6</b>	Alta, tant de trastorn psiquiàtric, com psicològic, com de drogodependència
<b>3</b>	Més problemàtica perquè són les cuidadores etc.. i tenen més pressió
	Què creus que podria ajudar a <b>millorar el benestar emocional</b> ? Afegiries o <b>canviaries alguna cosa del funcionament diari</b> en benefici de la salut emocional?
<b>21</b>	Més treball psicològic en salut mental; seguiment terapèutic específic per dones; gestió emocional

12	Que les persones vulnerables estiguessin millor ubicades; micromòduls
11	Millors opcions laborals i formatives
9	Una estructura menys obsoleta (despatxos més allunyats del control; més còmodes; cel·les individuals)
7	Treballar des d'una perspectiva de gènere; formacions específiques
6	Ambients més tranquils i amb més privacitat, menys interrupcions
6	Més comunicació exterior (més trucades; relació fills; escola; horaris més flexibles)
6	Treballar més en equip (CAS; ICS; SM; ETEP)
4	Apropament menys autoritari/sancionador
4	Més personal de tractament i d'interior
4	Espais de relaxació
3	Millorar el so
3	Controlar l'entrada de tòxics
2	Cobertura de SM 24 hores/dia
1	Seguiment diari amb tutors
1	Més exercici físic
1	Formació en SM i acompanyament emocional a professionals
1	Generar espais de suport mutu entre dones empresonades
1	Millorar el treball en drogodependències
1	Controlar la presa de psicofàrmacs

Sobre la incidència de salut mental dins la població de dones dins de presó, quasi la meitat de les entrevistades (10) consideren que no pateixen més trastorns mentals greus, però sí més problemàtica de salut mental, així com manca de benestar, pel que es valora que la problemàtica emocional i de tòxics la més present entre les dones. Una tercera part (8) considera que la problemàtica en salut mental esdevé quan el medi no s'adapta a les seves necessitats i no tant als problemes intrínsecs de les dones. Per últim, una quarta part (6) sí considera que hi ha més problemàtica tant de TM com de malestar emocional com de toxicomanies en les dones.

Sobre com millorar el benestar emocional de les dones, la totalitat de les persones entrevistades (21), excepte una, consideren que cal reforçar l'atenció psicològica; fer més activitats de gestió emocional; adequar les activitats a les necessitats de les dones i atendre més des de la vessant psicològica que des de la psiquiàtrica. De la mateixa manera, quasi la meitat de les entrevistades (12) valoren que si les dones vulnerables estiguessin millor ubicades, és a dir, hi hagués un departament específic per a elles, o un format de micromòduls per millorar la classificació general de les dones a presó, podria millorar el benestar

de totes elles. De la mateixa manera, els i les professionals (9) consideren que caldria que les dones poguessin viure en un ambient més tranquil, amb menys “soroll”; més privacitat i intimitat; cel·les individuals; amb espais de relaxació i que els espais terapèutics fossin més adients i patissin menys interrupcions (tant acústiques com d’entrada de funcionaris als espais propis).

Cal destacar que més de la meitat dels i les professionals (11) entrevistats considera que si les dones empresonades tinguessin més oportunitats laborals i de formació milloraria el seu estat emocional; que cal tenir una visió en perspectiva de gènere (7) i que els i les professionals estiguin més ben formats al respecte i atenguin de manera més adequada (7). Augmentar el contacte amb l’exterior i que les dones tinguin més accés a la vida dels seus familiars (metges, escoles...) etc.. milloraria el seu estat emocional (6). També convé fer menció de la necessitat de millorar la coordinació entre equips ETEP; SM; CAS; recursos externs; entitats externes, que mencionen una quarta part dels entrevistats (6).

#### 4.3.2.4. Casos complexes

**Taula 31. Casos complexes segons l’opinió dels i de les professionals**

<b>Casos complexes</b>	
Com creus que podem intervenir per tal de donar resposta a les necessitats específiques en els casos amb <b>alta afectació emocional, sense conductes disruptives</b> , amb problemàtica silenciosa com mares, dones embarassades, dones amb discapacitat, dones grans, dones trans?	
7	Caldria que hi haguessin mòduls específics per vulnerables
3	Derivar aquests casos a recursos més adients
3	Un servei de benestar emocional; reforç en el tractament emocional; més seguiment SM
2	Més treball sobre els eixos de desigualtat i en perspectiva de gènere
2	A través de grups de suport
2	Donant una atenció més individualitzada
1	Millorant la coordinació
Com creus que podem intervenir per tal de donar resposta a les necessitats específiques dels casos d’ <b>alta complexitat emocional amb presència de conducta disruptiva</b> ?	
7	Més coordinació i consens entre SM, ICS; CAS; ETEP
4	Més formació en perspectiva de gènere per comprendre la conflictivitat
4	Més espais terapèutics, continuats en el temps, amb més vincle amb professionals
3	Grups de dones empresonades per treballar específicament en diferents necessitats

2	Més contenció a las dones inadaptades amb espais propis
1	Més programes; més esport; més activitat; més professionals; menys dones en un únic espai, espais físics més amplis
1	Acompanyar i validar des dels eixos d'opressió que travessen

Les dones silencioses: Pel que fa al perfil de dona empresonada d'alta complexitat, però menys disruptives, es considera que principalment cal que siguin ateses en mòduls específics (7), i amb un tractament individualitzat (2), amb més seguiment, i que retornin quan estiguin preparades al mòdul ordinari. També es considera seria convenient revisar el seu tipus de compliment i procurar que es fes a recursos externs més adients a la seva problemàtica (3). Altres respostes aportades és que hi hagi més professionals de salut mental (1); professionals que treballin sobre el benestar emocional, amb formats de grups de suport i amb més activitats comunitàries.

Les dones que fan soroll: Els casos d'alta complexitat emocional, en el sentit de presència de conducta disruptiva. Es considera que cal que es treballin augmentant la coordinació i consens entre els equips implicats com SM; ETEP; CAS i recursos externs (7). També es fa referència (4) a la necessitat de formar als i els professionals amb perspectiva de gènere per a conèixer les característiques de les dones amb aquest perfil i els permetés comprendre millor la conflictivitat d'aquestes. També s'incideix (4) en que convindria que es tingués més i millor vincle amb els i les professionals i programes d'atenció més llargs en el temps, així com potenciar el treball amb grups de dones preses similars (3). Es fa menció també a altres qüestions en els que cal intervenir de manera grupal amb aquest perfil de dones i que es faci més contenció amb aquestes dones procurant espais propis per a elles. També es consideren (1) altres propostes com més professionals; més programes i espais més adients; També s'incideix en que cal acompanyar a aquest perfil de dones en els eixos d'opressió i de desigualtat.

#### **4.3.2.5. Perspectiva de gènere**

**Taula 32. Perspectiva de gènere segons l'opinió dels i de les professionals**

Perspectiva Gènere
Com creus que es pot abordar i <b>intervenir en la SM i les drogodependències</b> amb les dones privades de llibertat <b>des d'una perspectiva de gènere</b> i interseccional? (Preguntes només a professionals de salut mental i de drogodependències)

5	Treballant sobre el consum, junt amb el trauma/abús sexual/prostitució
5	La formació dels equips en perspectiva de gènere, generant equips més sensibles a la realitat de les dones
5	Amb més coordinació ETEP; CAS; SM i amb major consens
2	Analitzant tots els eixos que travessen la seva identitat
1	Millorant el vincle amb els equips
1	Amb tolerància zero amb qualsevol tipus de violència

Es considera(5) que cal fer un abordatge en SM i drogues des d'una perspectiva de gènere, augmentant la coordinació entre ETEP; CAS i SM i que convé tenir més consens en la intervenció (5). Alhora, es considera necessari més formació i més sensibilitat i que s'atengui en clau de gènere (5), és a dir, que s'analitzin els eixos vulnerables que travessen la identitat (2) i compensar amb estratègies.

#### **4.4. El grup de treball**

El grup de treball, a partir de les reunions i dels espais de discussió, ha establert un llistat de necessitats que emergeixen de la discussió al voltant de la pràctica diària en el medi, així com de l'experiència acumulada. Aquest llistat pot consultar-se a l'apartat 7. Detecció de necessitats, i configuren els resultats del GT.



## 5. Discussió

La població de dones privades de llibertat representa una minoria, no només social sinó també dins de l'àrea de justícia, on només representen una mitjana del 4% de la totalitat de la població penitenciària (Área de Cárceles de la APDHA, 2020). A més, les dones empresonades es troben immerses en un sistema penitenciari patriarcal i heterocisnormatiu que deixa d'atendre les necessitats específiques de les dones, havent estat un col·lectiu invisibilitzat a nivell social en l'àmbit penitenciari i institucional. D'aquí neix la necessitat de conèixer la situació de les dones, on la seva identitat de gènere, condició de salut mental i altres eixos de desigualtat impacten directament en el seus drets i en el seu benestar emocional durant el seu pas per la presó (Traver Edo, 2022).

Que una dona entri a la presó implica haver trencat amb el rol de feminitat hegemònica, aquest fet els hi suposa un augment de situacions d'exclusió i estigmatització que reben degut a la confluència de més eixos de desigualtat. La literatura reconeix que els factors polítics, econòmics i socials, com la pobresa, la manca de feina i l'educació, tenen relació amb l'aparició d'afectacions de salut mental i l'exposició a traumes, entre d'altres, que fan que les dones siguin més vulnerables a les condemnes penals (Agllias, 2004; Caravaca-Sánchez *et al.*, 2019). Aquest fet impacta en la participació d'elles en la seva vida quotidiana, reforçant la reflexió d'una mirada històrica que permeti contemplar des de quin lloc les dones han tingut o no l'oportunitat d'explorar o utilitzar l'ocupació significativa i l'establiment de rols, com a forma de salut al llarg de la seva vida (Traver Edo, 2022).

Seguint en la mateixa línia, part de la població de les dones empresonades han patit, al llarg de la vida, processos de **discriminació** múltiples per la seva trajectòria vital viscuda (Martin Fortunato, 2015). Aquesta situació les pot posicionar com a víctimes, fet que empitjora quan entren al sistema de justícia com a infractores i acaben estant situades en una posició d'indefensió i revictimitzant. Com s'ha vist, quan una dona entra a presó pateix una triple condemna (social, personal i penal). Tot i així, el grup de treball considera que després de tota la informació recaptada, cal parlar d'una quarta condemna, la

penitenciària, ja que com s'observa, es troben en un sistema que no atén i que a més, compta amb mancances per atendre a les seves necessitats. Per això és important oferir un espai lliure de judicis i cosificacions que permeti a les dones amb problemàtica de salut mental i/o addiccions, verbalitzar i fer front a la por d'una nova estigmatització i que això les pugui acabar perjudicant. Aquesta mirada reforça la necessitat de generar una mirada atenta als llocs que acaben ocupant les dones a dins la presó, tant reals com imaginaris, que han impactat en tots aquells mandats cap a les dones, i malauradament han generat una representació d'elles a dins de presó (Traver Edo, 2022).

Tal i com es pot veure a través de les opinions dels i les professionals, del grup de treball i de la literatura, s'ha de promocionar que els serveis penals i penitenciaris proporcionin una atenció integral i holística sensible a les necessitats de gènere, incloent a tots els agents d'intervenció, com són els salut i salut mental, els programes de rehabilitació, l'atenció del personal de vigilància i la pròpia arquitectura dels centres (Taylor *et al.*, 2018; Van Hout *et al.*, 2020).

En el grup de dones privades de llibertat es troba una sobre-representació dels **trastorns mentals** (Àrea de Càrcels de la APDHA, 2020; Batlle Manonelles, 2021; Tyler *et al.*, 2019; World Health Organisation, 2021). Concretament, s'evidencia que les dones han viscut una major proporció d'esdeveniments traumàtics i presenten major simptomatologia posttraumàtica (Baranyi *et al.*, 2018; Enggist *et al.*, 2014), a més de comptar amb més situacions de drogodependència (Àrea de Càrcels de la APDHA, 2020). A més, s'ha evidenciat que les dones tenen major taxes de suïcidi i són més propenses a les autolesions (Àrea de Càrcels de la APDHA, 2020; Batlle Manonelles, 2021).

En definitiva, la salut mental de les dones empresonades o que han estat a la presó es veu més afectada que la seva salut física. Aquest fet és degut a factors inherents al gènere, entre els quals es pot destacar el rol de cuidadores i les responsabilitats amb les famílies d'origen o adquirides, els múltiples estigmes que tenen per estar o haver estat privades de llibertat, i el delictes

associat, que a més, es coneix com responsable, entre d'altres, de la manca de suport social (Critoph *et al.*, 2020).

Tenint això en compte, en els contextos penitenciaris es concentren històries de vida que han estat travessades per múltiples eixos d'opressió, per haver estat víctimes de situacions de violències, d'esdeveniments vitals estressants, i per torn, d'experiències traumàtiques i simptomatologia posttraumàtica. Aquest fet reforça que la voluntat de saber d'aquelles experiències minoritàries a dins de la presó permet tenir l'oportunitat de conèixer realitats que al llarg de la història no han tingut oportunitat de ser observades des d'una perspectiva feminista i interseccional (Traver Edo, 2022). Aquestes s'han d'entendre, abordar, estudiar, valorar i tractar amb la perspectiva que aquí es demana, destacant-se a partir de l'evidència, el llarg camí restant per a la seva comprensió i assoliment. Per tant, s'ha vist que cal atendre les necessitats vinculades a l'atenció a la salut mental i a la drogodependència amb una perspectiva que atengui necessitats específiques del col·lectiu, prevenint les discriminacions i revictimitzacions de les dones i sent conscients de la relació entre l'historial delictiu i la salut mental de les dones (Enggist *et al.*, 2014).

Segons el model **d'atenció a la salut mental penitenciària**, les dones privades de llibertat tenen l'opció de rebre intervencions terapèutiques ambulatories pel PCP a tots els centres penitenciaris, així com ser ateses en cas d'urgències a la UHPP-C, tant per a una valoració psiquiàtrica com per a un ingrés a aguts o subaguts, en cas de necessitat. També, es compten amb 6 llits de rehabilitació de dones a la UHPP-C. Per últim, hi ha la possibilitat de ser derivades al PSI i/o a la xarxa de salut mental comunitària, tant quan es troben iniciant la cadena permissiva i en tercer grau, així com quan obtenen la llibertat definitiva.

Pel que fa al seguiment realitzat des del PCP, es pot observar com al llarg de l'any 2022 han sigut ateses un total de 330 dones entre ambdós centres i al 2023 entre els mesos de gener a maig un total de 195 dones, representant al voltant d'un 70% del total de dones que es troben privades de llibertat a Catalunya.

Entre totes les dones ateses durant el període de 2023, es pot destacar com hi ha certa dificultat per poder diferenciar les dones amb TMS. Aquest fet es dona degut a que les categories diagnòstiques estan agrupades per grups diagnòstics, no diferenciant el TLP dels altres TPCB, ni el TDM dels altres trastorns depressius. Per aquest motiu no es pot realitzar una comparació amb l'ítem 32 del RisCanvi que valora la presència d'un TMS. Tanmateix, l'ítem 35 del RisCanvi valora la presència d'un trastorn de personalitat relacionat amb la ira, la impulsivitat i la violència, entenent aquesta valoració com la presència de trets de personalitat del TPCB. En aquest cas, des del PCP es valora que un 17,95% (35) de les dones compleix amb aquests criteris diagnòstics entre el principal i el secundari.

També cal tenir en compte, que els diagnòstics han estat realitzats a través del DSM-5 i que, en ocasions no contempla altres motius d'atenció del PCP com pot ser la ideació autolítica, el trauma complex o la simptomatologia posttraumàtica, i que no compleix criteris de TEPT, dols patològics, entre d'altres.

En quant als diagnòstics principals més prevalents de les dones ateses al llarg del període esmentat del 2023, han estat toxicomania (27,18%); trastorn d'ansietat (20,52%); trastorn de personalitat clúster B (14,36%); trastorn depressiu (10,26%); trastorn psicòtic (8,21%) i trastorn d'adaptació (7,69%). A més a més, el 55,28% de les dones compta amb un diagnòstic secundari que també contempla els mateixos diagnòstics prevalents. A més, cal destacar la poca presència del diagnòstic de trauma i de simptomatologia posttraumàtica, tot i l'elevada evidència d'haver estat víctimes d'esdeveniments traumàtics. Les dades també fan èmfasi en una tendència a sobrediagnosticar els TPCB, amb una manca de perspectiva de gènere i una atenció circumstancial i vital de la persona just en el moment que es realitza el seu diagnòstic. Segons Christian (2015) és important evitar fer diagnòstics i classificacions inadequades, així com, quan sigui necessari, fer-ho des d'una perspectiva de gènere i realitzant diagnòstics diferencials (Christian *et al.*, 2015; de Vogel *et al.*, 2023).

Les **visites** del PCP, són en el 95,97% dels casos al 2022 i un 96,03% al 2023 visites de caràcter ordinari; un 81,05% al 2022 i un 83,06% al 2023 són visites

de seguiment, seguit d'un 9,10% al 2022 i un 7,71% al 2023 de visites de coordinació de casos i un 8,85% al 2022 i un 7,36% al 2023 de primeres visites. Cal destacar que el número de primeres visites és major en el cas de DB al llarg dels dos anys, aspecte relacionat amb que hi ha un major número d'ingressos donat que és un CP generalment de persones en situació com a preventives. Destacar també que les coordinacions a B1 es registren sempre, donat que es realitzen reunions de caràcter formal i estan en gran part protocolitzades, mentre que a DB es registren menys, tot i realitzar-se de forma diària i caràcter informal.

En relació amb les dades del 2023, s'ha pogut veure com en ambdós centres el major número de visites ha estat realitzat per psicologia, representant el 43,63%, seguit de psiquiatria amb un 34,29%. Cal destacar que un 47,69% de les dones són seguides per psicologia, mentre que el 88,71% ho estan per psiquiatria. El seguiment de dones per infermeria representa el 38,97% i el de teràpia ocupacional, únicament present a B1, es d'un 21,88% tenint en compte la manca de la figura de teràpia ocupacional i de la seva incorporació gairebé fora del període estudiat. Analitzant les combinacions de professionals, es destaca que un 34,87% de les dones està en seguiment únicament per psiquiatria. Aquests seguiments es donen en dones que presenten diagnòstics de toxicomania, trastorn d'ansietat, TPCB i trastorn adaptatiu, tot i que les guies de pràctica clínica refereixen que les intervencions recomanades primerament per aquests trastorns són psicoterapèutiques. Aquesta mirada de la realitat actual permet reflexionar que aquestes situacions responen a una tendència en abordar únicament el símptoma, així com la falta de professionals de psicologia, que pot dificultar la derivació cap a una intervenció psicoterapèutica amb suport des de la teràpia ocupacional. Aquest supòsit queda reforçat també amb la veu de les dones, l'opinió dels i les professionals i del grup de treball, on es considera necessari l'ampliació de psicologia, així com l'augment de teràpies grupals i d'activitats de suport emocional i ocupacional.

Altres dades emergents mostren com el 16,24% de les visites no s'han pogut dur a terme. Precisament, fent un anàlisi més holístic del motiu que pot explicar aquesta dada, es destaca en primer lloc el sistema d'avís de les visites, les quals s'han de realitzar per mitja de la megafonia, en tots dos centres

estudiats. Aquest mètode no sempre s'escolta des de totes les zones del centre i, en ocasions, tot i escoltar-se no s'entén el que es comunica degut a la seva distorsió del so. Un altre motiu que pot donar explicació a aquesta dada és que les dones no han estat avisades prèviament de la data en que s'ha programat la visita i per tant no estan pendents aquell dia de l'avís corresponent. Diverses situacions poden també donar explicació a aquest fet, com que estiguin sent ateses per altres professionals en aquell moment, que es trobin comunicant o realitzant un vis a vis o, que es trobin fora del centre per estar en una sortida programada, permisos, diligències judicials o visites mèdiques a l'exterior, les quals acostumen a no ser conegudes per les pròpies dones empresonades. D'aquestes situacions, es considera susceptible al canvi el fet de poder avisar a les dones de les següents visites, aspecte que implica donar-les-hi poder d'agència i un paper actiu en el seu procés i que comporta major implicació en el mateix, més adaptades en el propi procés d'externalització que necessitaran fer en un futur. Per tant, aquesta evidència reforça la necessitat de poder revisar quin és el mecanisme d'avís dins del centre de cara a l'obertura de nous centres penitenciaris o nous mòduls específics per a dones.

Un altre aspecte que porta a la reflexió és que en el període estudiat del 2023 únicament s'han produït un total de 62 **altes** entre ambdós centres i que, d'aquestes, només un 8,06% ha estat una alta clínica. De forma que en la major part, les altes de les dones han estat per altres motius, com l'obtenció de la llibertat definitiva (30,65%), de la llibertat provisional, únicament amb les dones a DB (11,29%); la progressió a secció oberta (8,06%); altes voluntàries (4,84%) o bé per canvi de centre penitenciari (37,1%). Respecte els casos en que es dona una alta per canvi de CP, cal poder realitzar una coordinació amb el nou equip referent de l'ESMiA per informar del trasllat de centre i, en cas necessari, per traspasar el pla de treball dut a terme fins al moment amb la usuària del servei. El baix número d'altes clíniques fa pensar que les característiques del medi -com s'ha pogut veure al llarg de tot l'informe- suposa una continuïtat de l'estrès i de la presència d'aspectes que augmenten el malestar emocional. Aquesta dada, també queda reforçada pel fet que al voltant d'un 60% de les dones no es trobava en seguiment ni per serveis de salut mental ni d'atenció a la drogodependència prèviament a l'ingrés a presó .

Tanmateix, cal destacar que la falta de seguiment previ no només respon a les característiques del medi i context, sinó també, a altres variables com no haver tingut accés a seguiment o la mancança de consciència de la necessitat del mateix. Tot i això, donades les dades, cal tenir present que les ràtios d'atenció a la salut mental de les dones han de ser revisades atenent a les seves necessitats, no sent comparables amb les dades d'atenció a la xarxa comunitària. Per tant es reforça la generació de dades i literatura que faciliti la informació corresponent a les necessitats terapèutiques de les dones, tenint en compte el seu lloc ocupat a dins de presó actual i el seu grau de condemna segons la comisió del delictes (Traver Edo, 2022).

La població penitenciària és un col·lectiu on el **consum de substàncies** representa un dels problemes més importants de salut, per la seva freqüència i gravetat (Caravaca-Sánchez *et al.*, 2015). Respecte a les dones consumidores s'ha destacat alguns aspectes importants. Per una banda, els motius i detonants que porten al consum de substàncies de les dones no són els mateixos que els homes, de forma que també s'han de poder individualitzar i adaptar els programes i el seguiment quan es parla de dones privades de llibertat. Com veiem, sovint les dones consumeixen substàncies per poder escapar i poder fer front al malestar emocional, aspecte especialment vinculat amb les dones que han viscut experiències traumàtiques (Vilhjalmsdottir *et al.*, 2023). Segons Enggist (2014), el consum de substàncies de les dones també sol estar relacionat amb les conductes delictes.

Les dones que ingressen procedents de la comunitat externa a la presó i que es troben en consum actiu, tenen necessitats específiques i requereixen d'especial atenció durant els primers dies per poder abordar els possibles síndromes d'abstinència. També cal tenir present que el possible consum de substàncies al centre no seguirà el mateix patró de consum que es podia tenir en llibertat. Cal ser conscients que les dones que es troben en consum actiu, sovint no ho verbalitzen ni demanen ajuda per por a les conseqüències que pugui tenir a nivell regimental, fent que disminueix la possibilitat de rebre ajuda adaptada a la seva situació. Com podem veure, de totes les dones ateses, al voltant del 70% ha tingut un patró de consum problemàtic en algun moment de la trajectòria vital, destacant el policonsum. No obstant, impressiona que només

al voltant d'un 30% de les dones d'ambdós centres reconeix haver estat en consum actiu al llarg de l'últim any. Aquestes dades difereixen dels ítems del RisCanvi 30 i 31 que avaluen les dones amb problemàtica d'abús o dependència a les drogues i alcohol, puntuant menys percentatge de dones que en el cas de la valoració assistencial del PCP, com a servei específic de salut mental. Cal posar de relleu també, la importància del consens i la col·laboració en l'avaluació i atenció de les dones en aquestes circumstàncies.

D'altre banda, es pot veure com en el cas de DB hi ha una impressió de que el nombre de dones en consum actiu és més elevada (40%) que a B1 (25%). Es considera que aquest percentatge no és representatiu de la realitat de les dones, sinó que, a DB hi ha més dones en situació de presó preventiva i que, quan es parla de l'últim any, sovint comporta temps en llibertat; mentre que les dones que es troben a B1, es troben majoritàriament penades, i solen portar més d'un any privades de llibertat, així que, estar en consum actiu implicaria haver consumit dins del CP.

Tot i que el consum i l'accés a substàncies dins del centre sovint és un tema poc parlat i inclús invisibilitzat, es considera d'especial importància poder parlar-ne i abordar-ho. El consum de substàncies té una repercussió sobre el benestar emocional i pot potenciar l'augment de simptomatologia clínica i desestabilització psicopatològica, generant interferències en l'efecte terapèutic de la pauta farmacològica. Tanmateix, implica un augment de l'incompliment de la normativa i per tant, l'obtenció de més expedients disciplinaris. A més, cal considerar que el consum actiu durant el compliment de condemna, augmenta la probabilitat de mantenir-lo un cop fora de presó, aspecte que comporta majors dificultats en la reinserció i impedeix l'assoliment d'una estabilitat en la vida en llibertat. Per una altra banda, cal destacar que hi ha dones que no havien estat consumidores abans d'entrar a la presó, i que inicien un patró de consum abusiu dins del centre. Per últim, trobem aquelles dones que es troben en consum actiu de psicofàrmacs no prescrits o fora de la pauta farmacològica prescrita. Amb l'objectiu de oferir una visió més acurada de l'afectació del consum durant la condemna, convé aturar-se i fer una reflexió sobre la penalització que suposa que hi hagi o es detecti una recaiguda en el consum de substàncies en referència als beneficis penitenciaris, lluny de poder ser



tractada com un pas més del procés de rehabilitació necessari en l'abordatge a les drogodependències. Això vol dir que aquesta penalització comporta una aturada de la cadena permissiva, aspecte que en ocasions genera més malestar i augmenta el risc de que consums que hagin estat puntuals, acabin sent recaigudes. Novament, s'emfatitza la importància d'individualitzar les mesures atenent al context i considerant aquells aspectes que poden ser més beneficiosos pel benestar de la dona, dirigint l'atenció a la despenalització de les recaigudes i els consums puntuals. Aquest fet permet afavorir la individualització reduint de manera implícita la penalització, permetrem també potenciar l'aliança terapèutica i facilitar que les dones verbalitzessin els consums més enllà de si es realitza o no anàlisis de tòxics d'orina. Permetent doncs, un treball més profund de l'addicció, al mateix temps que es pugui reforçar la prevenció de l'entrada de tòxics als CP.

Les dones amb addiccions tenen la possibilitat de realitzar seguiment ambulatori del PCP, i concretament, les dones ubicades a B1 també poden ser ateses de manera ambulatoria pel CAS. Així mateix, tenen la possibilitat d'estar al PMM i als programes de reducció de danys, així com, ser derivades a la xarxa comunitària -CAS de referència- un cop obtinguin el tercer grau, la llibertat condicional o la llibertat definitiva. Elles també tenen accés als programes motivacionals i de prevenció de recaigudes i, en casos concrets, també tenen l'opció de realitzar el programa de manera individualitzada.

Per altra banda, seguint amb el recorregut vital de les dones, segons s'ha anat evidenciant al llarg d'aquesta elaboració, es coneix que és més freqüent que les dones privades de llibertat hagin viscut o visquin **esdeveniments traumàtics** (Enggist *et al.*, 2014). Precisament, s'estima que el 21% d'elles tenen simptomatologia compatible amb TEPT (Baranyi *et al.*, 2018). En aquest estudi, s'ha estimat que un 80% de les dones ateses ha viscut experiències traumàtiques, i que aproximadament un 20% d'elles no s'havia avaluat o explorat aquesta situació. També cal subratllar que al voltant d'un 40% de la població estudiada presenta simptomatologia posttraumàtica.

D'altra banda, la valoració d'alguns ítems del RisCanvi permet analitzar certs esdeveniments traumàtics. Per exemple, un 43,93% de les dones ha tingut una

socialització o criança problemàtica i un 28,32% ha estat víctima de violència de gènere. No obstant, cal destacar també que hi ha molts altres tipus de violència i de situacions on les dones han estat victimitzades i que no estan contemplades en l'avaluació del risc en el programa de RisCanvi.

En el cas de l'ítem 28, que analitza si les dones han estat víctimes de violència de gènere, hi ha una diferència substancial segons el centre penitenciari, on en DB hi son un 40,74% de les dones respecte a un 17,39% a B1. Cal destacar que aquestes dades no son considerades representatives de la situació real de les dones, sinó que podrien respondre a la diversitat amb la que els i les professionals avaluen i són sensibles en aquests dipus de detecció. Aspecte que posa de relleu la necessitat de realitzar una avaluació i exploració específica i continuada a totes les dones ateses, potenciant paral·lelament formació amb perspectiva de gènere a totes i a tots els professionals.

En relació amb els comportaments delictius de les dones s'han d'entendre i contextualitzar a través del trauma i també des vulnerabilitats viscudes (Bright *et al.*, 2022), tenint sempre en compte la perspectiva de gènere i altres eixos de desigualtat com la pobresa, la condició de salut mental o les experiències racistes atravesades per poder realitzar una mirada més amplia de la situació de les dones. Així, si no es resolen i treballen adequadament les experiències traumàtiques viscudes, hi ha més risc de desenvolupar problemes de salut mental i poden actuar com a factors criminògens, influint també a la vida dins de presó i a la posterior llibertat, constituint a la vegada un augment del risc de reincidència (Alves *et al.*, 2016; Baillargeon *et al.*, 2009; Batlle Manonelles, 2021; Gunter *et al.*, 2012). Aclarint que la via de coneixement sobre la realitat de les dones no podrà obtenir-se sense aprendre del que emergeix i prové de d'elles, concretament, l'esforç d'entendre les complexes dinàmiques vivencials serà el que permetrà conformar una mirada atenta i capacitada que atengui seves realitats i necessitats durant el seu recorregut penal, i que beneficii en la vida en llibertat (Traver Edo, 2022).

Haver viscut experiències traumàtiques i haver estat victimitzades implica un augment de risc significatiu a presentar conductes disruptives o infraccions (Batlle Manonelles, 2021), aspecte relacionat amb les conseqüències clíniques

del trauma. És per aquest motiu que és de vital importància poder treballar i intervenir sobre aquesta simptomatologia en les dones privades de llibertat. Fent un treball per la desnormalització de la violència, així com treballant la gestió i regulació emocional, la significació de les experiències viscudes, l'autoestima, la capacitat, i la pròpia simptomatologia posttraumàtica.

En la majoria dels casos, es coneix que les dones que tenen simptomatologia compatible amb un trauma complex no resolt poden desenvolupar conductes delictives (Alves *et al.*, 2016; Bright *et al.*, 2022; Gunter *et al.*, 2012). Com s'ha pogut veure també en la literatura, el fet d'haver estat víctima d'abusos sexuals és considerat com un dels factors de risc principals per perpetrar un delictes (Karlsson & Zielinski, 2020). Això posa de manifest, no només el fet de reafirmar i reconèixer la importància d'avaluar i intervenir en el trauma un cop les dones es troben privades de llibertat, sinó també en poder estudiar i potenciar aquelles intervencions preventives de detecció i avaluació a la xarxa comunitària. Aquest aspecte podria evitar el desenvolupament de conductes criminals de les dones victimitzades.

Quelcom que no ha de passar desapercebut és la importància del suport social com a factor protector a l'hora de desenvolupar trastorns mentals posteriors a la victimització viscuda (Caravaca-Sánchez *et al.*, 2019; Coohy & Easton, 2016; Sangalang & Gee, 2012). El suport social exerceix un paper clau a l'hora del treball terapèutic i l'abordatge de la simptomatologia posttraumàtica present. És per això que, tot l'esmentat en referència a la importància del vincle terapèutic amb els i les professionals i tractar aquestes experiències des del màxim respecte també permetrà evitar vivències de cosificació i reforçarà necessàriament una intervenció transversal en el pensament informat sobre qüestions de gènere (Jewkes *et al.*, 2019; Vilhjalmsdottir *et al.*, 2023). A més, a partir d'aquest reconeixement en la direcció terapèutica ofereix l'oportunitat de que aquestes polítiques tinguin impacte i influència a tots els nivells de l'atenció penal i també penitenciària, concretament per a tots els agents que intervinguin amb les dones privades de llibertat (plans terapèutics, infraestructures, política penal, processos de reinserció, atencions quotidianes, entre d'altres). Això adquireix més importància, quan s'ha conegut que en alguns casos, l'estada a

presó ha estat l'únic moment en que les dones poden estar en seguiment psicològic (Mitchell *et al.*, 2012; Molina-Coloma *et al.*, 2022; Ogloff, 2002).

D'altra banda, s'ha vist com els trastorns de conducta reactius al trauma s'han associat a múltiples problemes de salut i de conducta que tenen a veure amb la desregulació emocional en el comportament i la generació d'identitat (Cuadra *et al.*, 2014; Giarratano *et al.*, 2020; Widom, 1989; Widom & Ames, 1994). En la mateixa línia, es veu que hi ha una associació significativa entre la vivència d'esdeveniments traumàtics, els comportaments antisocials i els problemes de salut mental (Bloom *et al.*, 2003; Greenfield & Marks, 2010; Herman, 1992, 2015). Així, es posa de relleu el valor de poder contemplar i conèixer si les dones que s'atenen han estat o no victimitzades, entenent-ho des d'una perspectiva de gènere, tant a l'hora de realitzar atencions, diagnòstics de salut mental, com en l'establiment d'un pla d'intervenció. Cal doncs emfatitzar la importància de realitzar diagnòstics diferencials i d'oferir intervencions de tractament que contemplin i abordin les històries traumàtiques.

A més, aquesta atenció, adquireix especialment importància quan es coneix que el propi empresonament pot constituir un esdeveniment traumàtic (Baillargeon *et al.*, 2009; Elisha *et al.*, 2012; Kubiak & Rose, 2007; Levenson & Willis, 2019), així com la comissió del propi delictes. Precisament durant l'empresonament, es destaquen situacions com les restriccions de moviment, la presència de figures d'autoritat, la limitació de la privacitat, la hipervigilància desenvolupada per por a la sanció, la pròpia hostilitat del medi, la separació de la xarxa social i familiar, la limitació del contacte amb l'exterior, com circumstàncies que poden configurar-se com un o més esdeveniments traumàtics.

En aquesta línia, l'estrès evitable, és el terme considerat en aquest informe per a referir totes aquelles variables i factors presents en el medi penitenciari que augmenten o poden augmentar el malestar emocional de les persones privades de llibertat, i que a més, són susceptibles de modificar-se. Entre alguns dels exemples principals es destaquen, el fet de no informar a les dones de la programació de les seves visites, de no donar-les-hi tota la informació respecte a les sortides -quan no interfereixen aspectes de seguretat-, l'avís a través de

megafonia quan no s'escolta des de totes les zones del centre, la manca d'espais on són escoltades i la indefensió apresada que aquesta situació genera, el sentiment de falta de comunicació per mitjà de les instàncies, entre d'altres. En conjunt, tal i com diu Pollack (2004) la sensació de descontrol i d'impotència són transversals a l'hora d'experimentar aquestes vivències i de potenciar la reexperimentació del trauma viscut prèviament. Per aquest motiu, s'ha de contemplar que les dones que han viscut experiències traumàtiques, un cop es troben dins dels centres poden desencadenar nous records i simptomatologia posttraumàtica (Baillargeon *et al.*, 2009; Kubiak & Rose, 2007), fet que pot limitar el seu procés d'adaptació i aliança terapèutica.

Altra qüestió de rellevància són les **autolesions** no suïcides. Aquestes conductes tendeixen a ser estigmatitzades durant la vida a presó, atribuint una intencionalitat manipulativa i/o de crida d'atenció que fa que sigui més complex poder atendre al malestar previ que ha portat a realitzar-les. Cal destacar que, tot i que les autolesions són un predictor sobre el risc de suïcidi (Cooper *et al.*, 2005; Zahl & Hawton, 2004), sovint tenen una finalitat ansiolítica i suposen un intent de la persona per poder regular les emocions i pal·liar el malestar, sense una ideació estructurada. Cal poder contemplar com les variables contextuais, regimentals i penitenciàries, sovint poden desencadenar elevat malestar i elevada sensació de desempoderament, i que aquests són aspectes relacionats amb l'aparició d'autolesions (Kenning *et al.*, 2010).

La població privada de llibertat, especialment en el cas de les dones, presenta un augment del risc de **suïcidi** (Fazel & Benning, 2009; Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones *et al.*, 2023; Pratt *et al.*, 2010). Tot i que hi ha programes i protocols que se centren en la prevenció, cal continuar treballant en ells i, afegint aspectes sensibles a les experiències traumàtiques i al gènere. Evitant que aquests abordatges no situen a les dones com únicament les responsables del canvi promovent de manera sesgada el seu apoderament en la cura de la seva salut (Traver Edo, 2022). Aquest fet reforça la necessitat de poder oferir al personal dels centres formació específica sobre les autolesions no suïcides i la prevenció del suïcidi.

Respecte l'ítem 37 del RisCanvi que avalua els intents o les conductes d'autolesió, cal destacar que aquesta revisió es caracteritza per ser estàtica, ja que si en algun moment de la trajectòria vital s'han produït, l'ítem manté l'avaluació d'aquest risc en el moment actual. S'entén que aquest ítem no és susceptible al canvi, ni a l'impacte de la intervenció terapèutica. Tot i això, es veu com un nombre elevat de dones (53,18%) admeten haver-se autolesionat o haver realitzat un intent autolític. Augmentant la mitjana d'aquelles dones que compten amb delictes contra les persones.

Mirant d'analitzar amb major profunditat, en les afectacions en la salut mental amb la comissió delictiva, no es troba una associació significativa que permeti diferenciar o destacar una relació causal entre elles i els diagnòstics principals de salut mental de les dones ateses.

S'ha vist que aproximadament el 90% de les dones ateses es troba amb tractament **psicofarmacològic**. Cal destacar, que els tractaments més habituals són els ansiolítics i els antidepressius i que, al voltant del 60% dels tractaments farmacològics impliquen la combinació de fàrmacs d'aquestes categories. No obstant, com hem vist anteriorment, els diagnòstics principals de les dones ateses tenen com a tractament d'elecció l'abordatge psicoterapèutic. Novament, aquest fet permet la reflexió sobre com s'analitza el tractament farmacològic versus al terapèutic, i els motius associats a aquesta realitat.

Quelcom reiteratiu en les entrevistes dels i les professionals, apareix la sensació de que les dones estan impregnades de medicació. Val a dir, que tot i que en ocasions es percep aquesta impregnació, s'ha de valorar si aquesta realment està produïda per la pauta farmacològica existent o té a veure amb presa de medicació no prescrita i/o al consum de substàncies vinculades en el tràfic il·legal de medicació a dins de presó.

Un altre aspecte important és que la prescripció de psicofàrmacs pot fer-se des de diferents àmbits com són, el/la psiquiatra de l'ESMiA; el/la metgessa d'atenció primària, i en el cas del centre de Brians 1, aquesta també pot ser pauta pel CAS. És per això, que cal poder garantir un consens i coordinació per evitar realitzar canvis constants en les pautes de medicació i per poder

establir objectius comuns. D'altra manera cal reforçar la prevenció de l'entrada no reconeguda de substàncies il·legals.

Per últim, respecte a la medicació, cal tenir en compte la importància de l'adherència a la mateixa. Precisament, l'adherència al tractament té una vessant bàsica que és la informació que s'ha de donar sobre la pauta farmacològica i sobre la latència que hi ha fins que aquesta comença a produir els efectes terapèutics. D'altre banda, no es pot perdre de vista la perspectiva de gènere en la prescripció mèdica, atenent a la relació amb les fases menstruals i amb la menopausa, així com respecte a la possibilitat d'embaràs, lactància, voluntat d'embaràs i en referència als possibles efectes secundaris com l'augment de pes.

També, cal tenir en compte l'obtenció il·lícita de certs fàrmacs. Aquestes són situacions que cal conèixer amb l'objectiu d'esbrinar quins són aquells més susceptibles a la compra-venta, així com ser conscients que en ocasions té a veure amb la situació econòmica precària de les dones que les porta a vendre el seu propi tractament farmacològic. Per últim, cal fer referència a la dispensació de medicació, destacant que la dispensació de la nit, on solen pautar-se els hipnòtics per facilitar el son, es realitza abans d'anar a sopar, produint un efecte abans del moment idoni. Aquest aspecte genera malestar i pot comportar que sovint les dones la guardin per prendre-la un cop es trobin a les habitacions.

La importància del treball en l'adherència al tractament recau en que, la no adherència està associada al major número i duració d'ingressos hospitalaris, major gravetat i resistència al tractament durant les recaigudes, més taxa de suïcidis consumats, més agressions i homicidis, així com un ús excessiu dels serveis de salut i majors costos sanitaris. És important assegurar que les pacients s'adhereixen al tractament ja que s'ha relacionat amb una actitud positiva cap a la medicació i el benestar subjectiu (Naber *et al.*, 2001), aspecte relacionat també amb la disminució de simptomatologia clínica (Kim *et al.*, 2010; Muela *et al.*, 2020) i una millora de la qualitat de vida (Muela *et al.*, 2020).

Els règims d'aïllament i sanció són un altre dels aspectes on cal emfatitzar la importància de la perspectiva del trauma i de gènere. En primer lloc, s'observa que de totes les dones ateses, un 50,26% compta amb un o més expedients disciplinaris. Concretament un 28,20% en té de molt greus; un 41,03% greus i un 13,85% de lleus. Els desencadenants més comuns que esdevenen en expedients són aspectes relacionals amb el conflicte, ja sigui entre elles com amb el personal, identificant principalment el personal d'interior. En concret, les dones infringeixen en menor mesura la normativa i quan ho fan, els motius estan diferencials als de la població d'homes. Tot i això, s'ha vist com les dones solen rebre més expedients disciplinaris per aspectes relacionats amb la simptomatologia clínica i per aspectes interpersonals. Es pot contextualitzar aquesta evidència tenint en compte que la mirada de la institució és androcèntrica, de forma que s'evidencia la seva carència en els protocols d'actuació, els quals són conseqüents de polítiques no equitatives i estigmatitzadores on no s'inclou la perspectiva de gènere, i que limiten l'atenció adequada de la salut mental de la població de les dones empresonades (Traver Edo, 2022). Aquesta manca de visió comporta que, en ocasions, l'expressió emocional del malestar de les dones sigui sancionat i limitat. Així, es pot veure com en l'ítem 41 del RisCanvi, on es valora la impulsivitat i la inestabilitat emocional -ítem dissenyat per avaluar homes- un 43,93% de les dones presenta una disposició a mostrar fluctuacions de l'estat d'ànim o en el comportament. Es considera que aquest ítem mostra una sobrerrepresentació d'aquests aspectes, estigmatitzant i penalitzant l'expressió emocional d'algunes dones, i que a més poden produir creences tant limitants de capacitat o assenyades en allò relacional o emocional (Traver Edo, 2022).

En segon lloc, cal tenir en compte que l'aïllament potencia el desenvolupament d'alts nivells d'angoixa i estrès psicològic, augmentant fins a set vegades el risc d'autolesionar-se, generant conseqüències psicològiques a llarg termini (Hagan *et al.*, 2018). Així, convé destacar dos aspectes rellevants, un d'ells respon a que cal evitar atribuir una intenció manipulativa a les dones que presenten alteracions conductuals estant en règim d'aïllament, i l'altre, és la necessitat de formar al personal sota la perspectiva de gènere i del trauma per poder contextualitzar i acompanyar la intervenció. És a dir, un model d'atenció



informat sobre el trauma i el gènere pot guiar als i les professionals a dur un correcte abordatge (Bright *et al.*, 2022; Vilhjalmsdottir *et al.*, 2023), cobrint i atenent les necessitats de les dones.

En tercer lloc, les dones empresonades amb TEPT o TC no identificat poden patir un augment o un despertar de la simptomatologia posttraumàtica quan es troben en aïllament (Hagan *et al.*, 2018).

Per tant, les vivències traumàtiques i la violència experimentada al llarg de la vida, pot tenir un fil conductor que fa que es mantinguin o s'agreguin durant el compliment de la condemna (Messina *et al.*, 2007; Owen *et al.*, 2017).

Del total de dones ateses que tenen ED, convé destacar que un 15,38% tenen un diagnòstic de toxicomania; un 11,79% un trastorn d'ansietat; un 8,72% TPCB i un 4,10% amb trastorn psicòtic. D'altra banda, un 75% de les dones que tenen un diagnòstic de DID tenen ED, això podria estar relacionat amb la dificultat en l'adaptació al medi, així com amb la no ubicació física de les dones amb un perfil més vulnerable, tal i com es realitza en la població dels homes. També en la població de les dones amb un ED molt greu, concretament un 75% tenen diagnòstic de TPCB i un 25% de toxicomania. Mentre que cap de les dones diagnosticades amb TEPT té cap ED.

Per últim, hi ha un grup reduït de dones, aquelles que anteriorment s'han descrit com a casos complexos, conegudes pel sistema com a dones que fan soroll, que solen ser aquelles que generen més expedients disciplinaris i que, es troben més sovint en aïllament. Són dones que de forma habitual són etiquetades com a dones amb un TLP i cal destacar que no necessàriament compleixen amb aquest diagnòstic clínic. Cal posar atenció en la tendència a etiquetar-les, així com a l'hora de realitzar diagnòstics, tal i com s'ha comentat anteriorment, ja que aquests fets podrien impactar en la pròpia capacitat, fins i tot limitar o inhabilitar la pròpia regulació emocional, i acabant generant creences i pensaments estigmatitzants i culturalment arraigats a la presó (Traver Edo, 2022).

D'altra banda, hi ha altres dones que provoquen situacions amb l'objectiu que ser derivades al règim d'aïllament per tal de sortir temporalment dels mòduls

ordinaris (Laws, 2021). Sovint són dones amb majors dificultats contextuais, com la seva adaptació al mòdul i amb relacions interpersonals, així com en la gestió i regulació emocional i de resolució de conflictes. Per poder realitzar un anàlisi més detallat d'aquesta realitat, s'ha de tenir present la manca de classificació interior dels mòduls de dones on no hi ha diferenciació per perfil delictiu, tampoc per les seves necessitats ni vulnerabilitats.

Tal i com s'ha descrit al llarg de l'informe, altres tipus de perfils conformen el grup de dones considerades a dins la terminologia de casos complexos. En concret, en aquest informe son dones que s'han anomenat les dones silencioses, ja que no manifesten el malestar i que tendeixen a l'aïllament i a passar desapercebudes. Aquestes solen ser dones grans, dones amb discapacitat intel·lectual i/o amb depressions majors, entre d'altres.

Al llarg de tot l'informe s'ha fet referència al trauma i la importància de formar al personal. En aquest punt es vol posar de relleu la intervenció i l'atenció informada sobre el trauma i gènere a presons. Segons Mollard (2016) cal educar i capacitar a tot el personal sobre els efectes del trauma, empatitzar amb la dona i la seva situació, explicar els comportaments que podrien ser potencialment traumatitzants i facilitar abordatges que ajudin a apoderar a les dones per a que siguin autònomes i prenguin el control de la seva recuperació (Mollard & Brage Hudson, 2016). És per això que cal reconèixer el trauma, les violències experimentades i aquelles diversitats que poden afectar al comportament i a la salut mental també a dins dels centres penitenciaris. Poder tenir aquesta visió suposa un abordatge guaridor i rehabilitador per a les dones que s'atenen, tenint en compte que aquest es influent i permet reduir també el risc de la pròpia reincidència (Messina *et al.*, 2014), la simptomatologia clínica i la millora del benestar emocional (Messina & Schepps, 2021).

Es considera que part de la motivació privativa de la llibertat té com a **objectiu** poder desenvolupar i adquirir noves eines d'interactuar i gestionar els entorns socials i les relacions interpersonals fora de l'esfera delictiva (Bright *et al.*, 2022). Per aquest motiu, és important tenir present els objectius enfocats a la reinserció des del primer moment de compliment i donar a conèixer a les dones els diferents i possibles programes a realitzar, per tant l'abordatge ha d'anar

dirigit més enllà a abordar la tipologia delictiva. Per a que l'oferta sigui extensa i sensible a la realitat de les dones, cal establir programes dinàmics que s'adaptin a les realitats i capacitats, caracteritzant-se per ser canviants i individualitzats en funció de la població atesa. Oferint també la possibilitat de continuïtat terapèutica d'una manera holística (Mezzina, 2022). Per tal d'assolir aquest objectiu cal mantenir la col·laboració entre tots els agents presents, afavorir el consens sobre els plans terapèutics, es a dir, realitzant esforços de coordinació entre els diversos equips involucrats. Això suposa la implicació de tots els equips de salut mental, els ETEP, les entitats del tercer sector col·laboradores i l'equip directiu de cada centre penitenciari.

Tanmateix, els tractaments adaptats i individualitzats, amb aproximacions psicosocials, de *counselling*, acompanyament i suport, poden ajudar a promoure el desenvolupament d'habilitats útils, i millorar la seva confiança i autoestima, cosa fonamental per arribar a una bona vida laboral i també formativa (Critoph, 2019; Critoph *et al.*, 2020). Des de l'inici de l'empresonament cal preparar a les persones per quan tornin a la societat, construir confiança, autoestima i independència, brindant oportunitats d'aprendre estratègies per adaptar-se a la vida en comunitat. A més, cal reforçar l'educació en els seus propis drets per tal de fer front a les situacions de vulnerabilitat i de violència, ja la restricció del coneixement podria reduir la dimensió de la llibertat i la dimensió de capacitat tant a dins com en la comunitat externa a la presó (Traver Edo, 2022). Això vol dir, dotar-les de noves estratègies de resolució de problemes, de gestió de conflictes, d'assertivitat i auto-assertivitat, de capacitat comunicativa, etc. També d'habilitats laborals, i de gestió de les finances, entre d'altres. Això necessita d'un suport del sistema perquè es porti a terme i funcioni, tant dins del centre penitenciari com a la comunitat, el qual ha de ser coherent i mantingut de manera transversal a nivell professional i en el temps (Critoph, 2019; Critoph *et al.*, 2020).

També s'ha posat de relleu la importància d'establir i mantenir vincles afectius durant l'internament, ja sigui entre iguals com amb els i les professionals que atenen a les dones, atenent a la importància de la seguretat relacional com a factor que afavoreix el benestar i redueix el risc de reincidència. Tanmateix, no podem perdre de vista que cal garantir el manteniment dels vincles afectius

previs a l'entrada a presó, reforçant i potenciant el contacte amb l'exterior. Com ja sabem, les vies de contacte amb l'exterior poden ser diverses, ja sigui a través de les trucades telefòniques, videotrucades, comunicacions, vis a vis familiars, íntims o de convivència. Així mateix, és important potenciar les sortides a l'exterior de les dones tant bon punt sigui possible -per els temps de compliment de condemna-, permetent passar temps fora de forma gradual i progressiva, aspecte que permet realitzar un acompanyament i un treball de les possibles dificultats que sorgeixin (Critoph, 2019; Critoph *et al.*, 2020). La progressió i les sortides a l'exterior generaran un impacte en l'autoestima i el poder d'agència i confiança cap a elles mateixes. Tot i que en tots els casos aquestes mesures són importants, en les dones amb fills i filles menors d'edat, s'han de reforçar i tenir més en compte. És important també dimensionar i atendre el dolor de les **mares** empresonades ja que la separació dels seus fills/es té un fort impacte en la salut mental.

Com dèiem, una disponibilitat **professional** formati sensibles en salut mental, interseccionalitat, gènere i trauma, permet incloure la promoció del benestar i focalitzar cap als itineraris individualitzats de reinserció, afavorint un enfocament més comprensiu i respectuós cap a les dones. S'ha de posar èmfasis en la importància dels processos d'acollida a l'arribada al centre, de l'acompanyament, l'empatia i la no estigmatització i penalització, i sent conscients de la importància de no reforçar l'espiral del silenci.

Quan es parla dels i les professionals no es pot deixar de banda la importància del vincle terapèutic, on es destaca la responsabilitat i l'especialització dels i les professionals com a factor que promou la creació d'aliances terapèutiques. L'èxit dels programes terapèutics també recau en si existeix o no una bona vinculació amb els i les professionals que els lideren (Critoph, 2019), sent factors claus per als processos de canvi i rehabilitació. Per a que això pugui succeir, cal que tots els grups professionals tinguin formació integral i dinàmica respecte les necessitats de les persones ateses, atenent sempre des d'una perspectiva de *no judici* i sent curosos per evitar la revictimització. També és necessari, tal i com diuen les dones i les opinions dels i les professionals que les dones coneguin tant aviat com sigui possible formen part dels seus equips i siguin conscients de la funció que té cada un d'ells.

Per a que això succeeixi és important implicar a les persones usuàries i donar-les-hi un paper actiu en els seus processos. No obstant, com s'ha pogut veure a les veus de les dones, aspecte sustentat també en la literatura, la privació de llibertat comporta una disminució del poder d'agència, autogestió i **autodeterminació** (Ahmed *et al.*, 2016; Bright *et al.*, 2022) que té un impacte en el benestar emocional, en l'autoestima i la identitat. És important que es pugui reforçar i treballar per a que les dones puguin dur a terme una presa de decisions informades, aspecte que permetrà treballar la responsabilitat i l'autonomia, sent clau per al procés de reinserció. A més, les dones privades de llibertat, reben un tracte més paternalista i infantilitzador que els homes en la mateixa situació (Mertens & Vander Laenen, 2020). Cal també trobar eines per a que la veu de les dones sigui escoltada i valorada. Quelcom transversal, per tal d'afavorir el benestar emocional de les dones, és poder oferir una ocupació significativa, augmentant el sentit d'autorealització i satisfacció personal. Sentint que allò que fan i amb el que inverteixen el temps és útil i, que és extrapolable a la comunitat. També és important poder promoure la revisió de les activitats d'oci, les ofertes formatives i laborals presents, trencant amb els rols de gènere i reduint la infantilització.

Així, l'empresonament té un profund efecte sobre la identitat i el sentit d'una mateixa, trobant-se profundament alterat en aquelles dones que viuen l'experiència d'estar empresonades (Alarid & Vega, 2010; Asencio & Burke, 2011; Geiger & Fischer, 2005; Mahoney & Daniel, 2006; Talvi, 2007). El concepte d'una mateixa adquireix un nou significat després de l'ingrés a presó (Harner *et al.*, 2010), afectant significativament a l'autoconcepte i la identitat personal de l'individu. Els rols socials anteriors a l'entrada a presó es converteixen en records buits del passat. Una forma de poder canviar la identitat és a través de la narrativa, oferint oportunitats per reflexionar, ajudant a articular un sentit d'agència en una mateixa (Butcher, 2006; Enck & McDaniel, 2015) i permetent explorar definicions alternatives del jo (Geiger & Fischer, 2005). La narració d'històries en dones empresonades com a tècnica terapèutica ha estat ben documentada (Enck & McDaniel, 2015; Geiger & Fischer, 2005; Mahoney & Daniel, 2006; Thomas *et al.*, 2019). A mesura que les dones comparteixen les seves narratives dins i fora de la presó se'ls hi fa

possible reinterpretar esdeveniments passats i donar nous significats al que està passant (Ketelle, 2010; Mahoney & Daniel, 2006). La narració és un procés de reautorització del jo que promou un llenguatge d'agència personal i empoderament (Geiger & Fischer, 2005; Mahoney & Daniel, 2006; Saltzburg, 2007), permetent així canvis fonamentals de la identitat. Aquests canvis en la identitat tenen un efecte en l'actitud i l'estil de vida que coincideixen, i també es relacionen amb el desistiment delictiu (Giordano, 2014; Giordano *et al.*, 2002). De la mateixa manera, la responsabilitat de l'entorn social que les envolta també es destaca quan aquest les defineix, per tant cal reconèixer la immensitat de les realitats des de l'escolta feminista i interseccional per a evitar caure en una definició de lo que comunment i històricament s'ha conegut d'elles (Traver Edo, 2022).

Un altre aspecte rellevant per a millorar el benestar emocional de les dones i que a més, prové de les pròpies veus d'elles, de les opinions dels i les professionals, del grup de treball i la literatura, és la necessitat de potenciar la intimitat dins del context penitenciari. No només fent referència a poder reduir el número de persones que comparteixen habitació, sinó també ubicant els telèfons i les cabines de videotrucades en espais no públics o on no hi ha un elevat moviment de persones. Així mateix, cal fomentar la privacitat i intimitat en els espais comuns concretament d'higiene personal, com les dutxes, així com en els espais sanitaris i terapèutics, garantint la confidencialitat i una correcta gestió de la informació en benefici del benestar emocional i la gestió de la salut mental. Un altre aspecte relacionat amb la intimitat i l'autoestima és el poder-se trobar amb una mateixa, aspecte que no només recau en l'àmbit físic, sinó en afavorir i reforçar l'auto-observació i l'autoconeixement.

El procés de reinserció té com a objectiu poder oferir el suport, els recursos, les eines, estratègies i habilitats per tal d'afavorir el desistiment delictiu i, per tant, evitar la reincidència. Com s'ha pogut veure, aquesta línia d'intervenció implica poder realitzar un canvi d'enfocament centrat en la justícia restaurativa que, a més a més, en el cas de les dones, compregui una atenció sensible al gènere. D'aquesta forma, com s'ha dit en anterioritat, cal que tot el sistema penitenciari pugui integrar aquesta perspectiva (Craissati *et al.*, 2020; Critoph *et al.*, 2020; Enggist *et al.*, 2014). Així mateix, s'ha descrit com quelcom transversal l'atenció

al trauma i l'establiment de relacions socials i funcionals que suposin una xarxa de suport.

De cara al procés de reinserció i la creació dels propis objectius de la vida en llibertat, les dones destaquen sentir impotència i frustració, així com el fet de rebre poca informació al respecte. La literatura també informa que les dones demanen més assessorament després de la llibertat definitiva (Vilhjalmsdottir *et al.*, 2023). Respecte la situació actual de les dones privades de llibertat, es veu una gran necessitat de re-formular l'atenció present, mostrant la necessitat de formar i especialitzar als i les professionals. Fet que permetrà enfocar, a través de la consciència de gènere i interseccionalitat, les necessitats d'atenció per tal d'assolir l'objectiu principal rehabilitador de la privació de llibertat, afavorint doncs, el desistiment i el benestar emocional de les dones.

Cal destacar que una mirada professional centrada en donar valor d'equitat, tolerància i respecte a la diversitat, mantenint una actitud crítica davant de qualsevol forma de discriminació pot permetre la consolidació d'un model d'intervenció integrador que permeti una millor transició a la comunitat. Això suposa que la equitat fuig dels intents d'homogeneïtzar a la població, de fet, posa èmfasis en la individualitat i la diferència que hi ha entre totes les persones, atenent a la diferència per diversos motius. Precisament cal destacar com la capacitat d'una persona en ocupar-se depen des de quin lloc al llarg de la seva vida ha tingut l'oportunitat o no d'explorar i de poder utilitzar certs funcionaments en benefici de la salut (Traver Edo, 2022). D'aquesta forma cal que el personal pugui garantir un tracte equitatiu a totes les persones assegurant l'accés a les mateixes oportunitats. Per aquest motiu, cal que el nou enfoc constitueixi un marc que permeti observar i posar en relleu els desavantatges i adversitats a les que s'enfronten de manera desproporcionada les dones empresonades i que influeix en la seva salut mental (vides dedicades a les cures d'altres, experiències traumàtiques, esdeveniments vitals estressants, deslocalització geografia que comporta un allunyament i separació amb el nucli familiar, la pèrdua de control vital i decisió, reducció de contacte amb amistats, necessitats no satisfetes, falta d'oportunitats variades, etc).

Tot l'esmentat al llarg de l'informe i, integrat a la discussió, permet realitzar un anàlisi de les necessitats actuals entorn a la salut mental, les drogodependències i el benestar emocional de les dones privades de llibertat. Aquestes necessitats permeten generar unes propostes sustentades en les fonts d'informació utilitzades.



## 6. Conclusions

*Conèixer les necessitats d'atenció de les dones a l'execució penal, en relació amb la salut mental i drogodependències, des d'una perspectiva de gènere.*

S'ha assolit l'objectiu de conèixer les necessitats d'atenció de les dones a l'execució penal i aquestes es descriuen de manera detallada al llarg de l'informe i a l'apartat següent. Les propostes s'han elaborat en format de cinc llistes diferenciades. Cada una correspon a una de les fonts d'informació presents a l'informe: Literatura; Dades; Veus de les dones; Opinió dels i les professionals; Grup de Treball.

*Descriure els problemes de salut mental i drogodependències que afecten a les dones ingressades al medi penitenciari.*

La salut mental de les dones empresonades es veu més afectada per factors inherents al gènere, entre els quals destaca el rol de cuidadores i les responsabilitats amb les famílies d'origen o adquirides, el quàdruple estigma que pateixen per estar o haver estat privades de llibertat (social, personal, penal i penitenciari), i el delictes associat i que fa que augmenti, entre d'altres, la manca de suport social. A més, a mesura que augmenten els eixos d'opressió i desigualtat, augmenta l'estigma.

Els diagnòstics de salut mental més prevalents de les dones són el consum de substàncies (27,18%); el trastorn d'ansietat (20,52%); el trastorn de personalitat clúster B (14,36%); el trastorn depressiu (10,26%); el trastorn psicòtic (8,21%) i trastorn adaptatiu (7,69%). El 55,28% de les dones compta amb un diagnòstic secundari que també contempla els mateixos diagnòstics prevalents

Destaca també l'elevada prevalença de dones que ha viscut esdeveniments traumàtics i que presenta simptomatologia posttraumàtica, tot i això, la presència de diagnòstic de trauma és molt baixa i cal revisar les opcions de diagnosticar-lo com a TEPT complex. Per tal de fer-ho, caldrà poder revisar les etiquetes diagnòstiques, afegint algunes provinents del ICD-11, així com altres que siguin sensibles a les necessitats del servei i els motius d'atenció.

Els motius i detonants que porten al consum de substàncies de les dones no són els mateixos que els homes, de forma que també s'han de poder individualitzar i adaptar els programes i el seguiment quan parlem de dones privades de llibertat. Les dones, sovint consumeixen substàncies per poder escapar i poder fer front al malestar emocional, aspecte especialment vinculat amb les dones que han viscut experiències traumàtiques.

*Relacionar les problemàtiques de salut mental i drogodependències amb els aspectes delictius.*

El consum de substàncies i les vivències traumàtiques es relacionen amb la comissió delictiva.

Els comportaments delictius de les dones s'han d'entendre i contextualitzar a través del trauma i les vulnerabilitats viscudes, tenint sempre en compte la perspectiva de gènere per poder realitzar una mirada més ampla de la situació. Si no es resolen i treballen adequadament les experiències traumàtiques viscudes, hi ha més risc de desenvolupar problemes de salut mental i poden actuar com a factors criminògens, influint també a la vida dins de presó i a la posterior llibertat, constituint a la vegada un augment del risc de reincidència.

Haver estat víctima d'abusos sexuals és considerat com un dels factors de risc principals per perpetrar un delictes, pel que cal avaluar i intervenir-hi quan es troben privades de llibertat, i potenciar les intervencions preventives de detecció i avaluació a la xarxa comunitària, aspecte que podria evitar el desenvolupament de les conductes criminals de les dones víctimitzades.

No s'ha trobat una associació significativa que permeti diferenciar o destacar una relació causal entre el tipus de delictes i els diagnòstics principals de les dones ateses.

*Identificar les problemàtiques relacionades amb la salut mental i el benestar emocional que afecten a les dones en el procés d'adaptació i en el procés de reinserció.*

En primer lloc, s'ha pogut observar com aspectes que interfereixen al benestar/malestar emocional de les dones privades de llibertat és que els

centres estan pensats per i per als homes i, per tant, no responen ni atenen a les seves necessitats. Aquí, cal fer referència a aspectes com la falta de classificació interior de les dones, la potenciació d'aspectes de seguretat masculinitzats i la no contemplació de la seguretat relacional.

En segon lloc, s'ha vist que el percentatge de TMS en les dones empresonades no és predominant, així com que al voltant del 60% de les dones no es trobava en seguiment ni per equips de salut mental ni per la xarxa d'atenció a les drogodependències abans d'entrar a la presó. Això, novament ens posa de relleu l'impacte de l'empresonament en el malestar emocional i la necessitat de parar atenció al context. En aquesta línia, les dones amb més vulnerabilitats tenen més dificultat en els processos d'adaptació i reinserció. Per aquest motiu necessiten de més seguiment i que aquest sigui individualitzat i amb major freqüència.

D'altra banda, per poder parlar dels aspectes que generen malestar, cal destacar les variables que constitueixen factors estressants i que al llarg de l'informe s'ha anomenat com a estrès evitable.

A més a més, la limitació del contacte amb l'exterior, especialment d'aquelles dones que són mares, és quelcom que té un impacte significatiu en elles.

El sistema de sancions, vinculat als expedients disciplinaris, és una font de malestar emocional per a les dones, ja que en ocasions hi ha una tendència penalitzadora que no atén a la situació actual de la dona.

Tanmateix, cal tenir present que algunes dones es troben en consum actiu, ja sigui d'algunes drogues il·lícites com de la compra-venta de medicació.

Per últim, s'ha vist que només el 8,06% de les altes han estat clíniques. Tal i com s'ha esmentat a la discussió, aquest fet està relacionat amb les variables contextuais del medi penitenciari que impedeixen l'absència simptomatològica dins de presó.

*Elaborar propostes de millora.*

A l'apartat 8 es troben les propostes de millora extretes de les necessitats detectades. Aquestes estan dividides en quatre apartats: Propostes relacionades amb els programes de salut mental i drogodependències; Propostes relacionades amb els Centres Penitenciaris i els seus equips (ETEP); Propostes relacionades amb els Equips directius dels centres i la Direcció General d'Afers Penitenciaris; Propostes relacionades amb la Formació.

## 7. Detecció de necessitats

Aquest apartat conté totes les necessitats que han emergit de les cinc fonts d'informació que han guiat l'elaboració d'aquest projecte i que estructuraven aquest informe. En el cas de la literatura, les necessitats es presenten en format de referència bibliogràfica, però en algunes d'elles s'afegeix un comentari que contextualitzi i faciliti la comprensió. En el cas de les necessitats de les dades es redacten en format de titular per tal de recollir aquelles dades que es consideren rellevants. En el cas de les veus de les dones es presenten les necessitats detectades en les narratives, al igual que en el cas de les opinions dels i de les professionals. Per últim, s'inclouen les necessitats que han emergit en totes les reunions i les sessions de discussió que ha dut a terme el grup de treball, i es presenten en format de titular.

**Taula 28. Detecció necessitats de la literatura**

Literatura (L)	
<i>Es descriuen aquelles referències amb més relació a les necessitats destacades. En ocasions s'afegeix una nota del grup de treball que emfatitza la necessitat relacionada amb la cita bibliogràfica.</i>	
1	Poder dimensionar els problemes de salut mental de les dones dins de la perspectiva de gènere, aspecte que permet observar les adversitats i els eixos d'opressió (Bartlett & Hollins, 2018; Batastini <i>et al.</i> , 2022; Bright <i>et al.</i> , 2022; Cerneka, 2017; Enggist <i>et al.</i> , 2014; Martin Fortunato, 2015; Severson, 2019).
2	Part de les necessitats en torn a la salut mental de les dones privades de llibertat tenen a veure amb el sistema masculinitzat penitenciari (Bartlett & Hollins, 2018) que implica menys recursos i infraestructures per a dones, així com espais que no cobreixen ni atenen a les necessitats de les dones, no disposant tampoc de sistemes de classificació interior (Enggist <i>et al.</i> , 2014). És per això de vital importància poder repensar el funcionament i atendre a les necessitats de les dones, així com poder atendre tenint en compte els factors contextuals.
3	Més necessitat de seguiment en salut mental de les dones respecte als homes, i de les dones que es troben en privació de llibertat que estaven en seguiment prèviament (Batlle Manonelles, 2021; Tyler <i>et al.</i> , 2019).
4	Poder revisar i reformular els motius que susciten un ED ja que els ED de les dones estan més relacionats amb conductes disruptives vinculades a simptomatologia i a dèficits interpersonals (Batastini <i>et al.</i> , 2022).
5	Entre les dones privades de llibertat hi ha fins a dos o tres vegades més dones diagnosticades de TLP que en els homes (Batastini <i>et al.</i> , 2022; Black <i>et al.</i> , 2007).
6	Les dones tendeixen a establir vincles dins del centre penitenciari que imiten les estructures familiars, <i>pseudofamílies</i> . Així com també tenen més

	tendència a generar vincles afectiu-sexuals que resolen les necessitats de suport emocional (Batastini <i>et al.</i> , 2022; Kolb & Palys, 2018).
<b>7</b>	Els règims d'aïllament generen efectes negatius per a la salut mental, podent augmentar la simptomatologia clínica i posttraumàtica, aspecte que per si mateix pot suposar un increment dels problemes conductuals (Ahalt <i>et al.</i> , 2017; Clark, 2018; Hagan <i>et al.</i> , 2018; Henry, 2020a, 2020b, 2022; Kendall-Tackett & Klest, 2009; Labrecque & Smith, 2019; Siennick <i>et al.</i> , 2023). Tanmateix, les dones en situació de règim restrictiu, revelen una elevada presència de l'ús d'autolesions per fer front a les emocions i a expressar la seva insatisfacció en la situació d'aïllament (Martel, 2001).
<b>8</b>	En ocasions, les dones privades de llibertat busquen règims d'aïllament per poder tenir un respir de la vida ordinària dins del centre i també, en ocasions, és utilitzat com a mecanisme de protesta contra la normativa que consideren injusta (Laws, 2021).
<b>9</b>	Les persones amb problemes de salut mental tenen més dificultats per poder adaptar-se al funcionament dels mòduls ordinaris, i, en ocasions, busquen règim d'aïllament com a mecanisme de defensa (Henry, 2020a, 2020b, 2022) (Henry, 2002). Si hi haguessin mòduls específics per a les seves necessitats, no caldria que busquessin mecanismes de protecció.
<b>10</b>	Les situacions de risc de les dones són, entre d'altres, l'aïllament del suport social, les històries traumàtiques viscudes i haver estat víctimes d'abús sexual. Sent diferents a les situacions de risc dels homes (Bartlett & Hollins, 2018). Cal poder atendre a les necessitats de les dones ja que el sistema penitenciari actualment és masculinitzat i heteronormatiu.
<b>11</b>	Com més temps fora de les cel·les, millor salut mental i menor risc de suïcidi. Com menor ocupació significativa, major risc de problemes de salut mental i major risc de suïcidi. Actualment hi ha un elevat temps a les cel·les que no respon al grau de conflictivitat ni a les necessitats de les dones (Bartlett & Hollins, 2018; Stephenson <i>et al.</i> , 2021). També s'ha vist com la soledat forçada, la falta de privacitat i la falta d'activitat significativa són factors ambientals i contextuals que fan que hi hagi un impacte negatiu en la salut mental (Stephenson <i>et al.</i> , 2021; World Health Organisation & International Committee of Red Cross, 2005).
<b>12</b>	Si les dones surten en llibertat amb baixa adherència al tractament farmacològic, tenen major risc de conductes suïcides en els primers mesos després de sortir de presó (Zlodre & Fazel, 2012). Necessitat de treballar i reforçar l'adherència.
<b>13</b>	Cal remarcar que l'adherència és fonamental per l'eficàcia del tractament (Kane, 2007; Kane <i>et al.</i> , 2003), per aquest motiu és important assegurar-se que les pacients tinguin una bona adherència i sòlida al tractament i resistent als esdeveniments estressants de la vida.
<b>14</b>	L'adherència s'ha relacionat amb una actitud positiva cap a la medicació i amb un major benestar subjectiu, així com comporta una disminució de la simptomatologia clínica i millora de la qualitat de vida de les pacients (Kim <i>et al.</i> , 2010; Naber <i>et al.</i> , 2001). Importància dels programes d'adherència al tractament, aspecte que no només millorarà la seva adherència, sinó que també la seva percepció subjectiva del benestar (Muela <i>et al.</i> , 2020).
<b>15</b>	Segons la OMS, a les societats occidentals, la aparició d'afectacions de salut mental és fins a set vegades major a la població privada de llibertat. A demés en el cas de la població femenina privada de llibertat encara augmenta més

	<p>les necessitats i les probabilitats de tenir problemes amb la salut mental (Bright <i>et al.</i>, 2022; Fazel &amp; Benning, 2009; Gómez-Figueroa &amp; Camino-Proañó, 2022; Jewkes <i>et al.</i>, 2019; O'Hagan &amp; Wilson, 2018; Pratt <i>et al.</i>, 2010; Shelton <i>et al.</i>, 2020; Tyler <i>et al.</i>, 2019; Vilhjalmsdottir <i>et al.</i>, 2023). Repensar i revalorar la proporció de professionals de SM dins dels CP ja que no responen a les mateixes necessitats que a la comunitat.</p>
16	<p>En ocasions, les dones utilitzen les drogues per poder escapar, fer front al malestar emocional i lidiar amb els problemes del present, especialment per aquelles dones que han viscut experiències traumàtiques ja que volen adormir les emocions doloroses (Vilhjalmsdottir <i>et al.</i>, 2023). És imprescindible que els tractament d'addiccions puguin atendre i intervenir en les experiències traumàtiques i que es basi en un model d'atenció informada sobre el trauma.</p>
17	<p>S'ha demostrat una associació significativa entre la vivència d'esdeveniments traumàtics, els comportaments antisocials i els problemes de salut mental en les persones privades de llibertat (Bloom <i>et al.</i>, 2003; Greenfield &amp; Marks, 2010; Herman, 1992, 2015). És important oferir intervencions que abordin el trauma.</p>
18	<p>Cal tenir en compte el trauma vicari, així com el propi empresonament constitueix una experiència traumàtica per una gran part de les persones. Podent saber que el trauma i la violència experimentada afecta al comportament i al benestar de les persones empresonades, i que és quelcom necessari poder intervenir sobre ell, afavorint doncs el desistiment delictiu i la presència d'expedients disciplinaris; a la vegada que reduint la simptomatologia psicopatològica i augmentant la percepció de benestar (Elisha <i>et al.</i>, 2012; Kubiak &amp; Rose, 2007; Levenson &amp; Willis, 2019; Messina <i>et al.</i>, 2014; Messina &amp; Schepps, 2021; Miller &amp; Najavits, 2012; Owen <i>et al.</i>, 2017; Vilhjalmsdottir <i>et al.</i>, 2023; Wai-Ming Mak <i>et al.</i>, 2021).</p>
19	<p>No es poden entendre els comportaments delictius de les dones sense contextualitzar-los a través de les vulnerabilitats, dels problemes de salut mental i del trauma. D'aquesta forma, hem de poder atendre i intervenir tenint-ho en compte. S'ha vist que el TEPT i trauma complex sense resoldre pot augmentar risc de desenvolupar conductes delictives, així com problemes de salut mental i consum de substàncies (Abate <i>et al.</i>, 2017; Alves <i>et al.</i>, 2016; Bartlett &amp; Hollins, 2018; Bright <i>et al.</i>, 2022; Caravaca-Sánchez <i>et al.</i>, 2015; Cuadra <i>et al.</i>, 2014; Ford <i>et al.</i>, 2012; Green <i>et al.</i>, 2016; Grella <i>et al.</i>, 2005; Gunter <i>et al.</i>, 2012; Karlsson &amp; Zielinski, 2020; Molina-Coloma <i>et al.</i>, 2022; Roos <i>et al.</i>, 2016; Sangoi &amp; Goshin, 2014; Widom, 1989; Wolff <i>et al.</i>, 2012).</p>
20	<p>Viure experiències traumàtiques en edat prematura implica més possibilitats de ser revictimitzat, aspecte que també està associat amb simptomatologia més greu, comportaments agressius i delinqüència (Allard <i>et al.</i>, 2014; Halsey, 2018; Molina-Coloma <i>et al.</i>, 2022). Per tant, si no es resolen o tracten adequadament, poden ser factors criminogènics (Alves <i>et al.</i>, 2016; Baillargeon <i>et al.</i>, 2009; Batlle Manonelles, 2021; Gunter <i>et al.</i>, 2012).</p>
21	<p>En alguns casos, les persones privades de llibertat han informat que mai havien pogut parlar amb ningú sobre les experiències traumàtiques viscudes i en ocasions, pot ser serà l'única oportunitat d'estar en seguiment per serveis de tractament psicològic (Mitchell <i>et al.</i>, 2012; Molina-Coloma <i>et al.</i>, 2022; Ogloff, 2002). Per tal d'afavorir la possibilitat que les dones se sentin en</p>

	espais de confiança i verbalitzin els esdeveniments traumàtics, és necessari poder fomentar el vincle terapèutic.
<b>22</b>	En ocasions, les eines d'avaluació del risc puntuen factors estàtics alguns factors que haurien de ser de dinàmics, aspecte que limita l'impacte de les intervencions, o és poc sensible al canvi (Schick <i>et al.</i> , 2020). Caldria afavorir que el RisCanvi valori més factors dinàmics, permetent la permeabilitat als efectes de la intervenció i del canvi.
<b>23</b>	La falta de control i la impotència són les característiques més destacades en quant a les vivències de les persones privades de llibertat, aspecte que, en ocasions, augmenta el malestar i reactiva vivències viscudes de violència on les persones agressores les deixaven sense possibilitat de defensar-se (Hagan <i>et al.</i> , 2018; Pollack, 2004).
<b>24</b>	La falta de suport i les taxes més altes de soledat, augmenten la simptomatologia posttraumàtica, mentre que una major percepció de suport social pot esmoreir l'efecte (Bloom <i>et al.</i> , 2005; Covington & Bloom, 2007; Felton <i>et al.</i> , 2020; Hofman <i>et al.</i> , 2016; Ozer <i>et al.</i> , 2008; Paul <i>et al.</i> , 2015; Smith <i>et al.</i> , 2013; Stanley <i>et al.</i> , 2019). S'ha evidenciat que els agents penitenciaris son actors clau per a la rehabilitació de les persones, podent donar suport durant tot el procés (Critoph, 2019). Cal poder reforçar el contacte amb l'exterior i fomentar els vincles terapèutics.
<b>25</b>	Hi ha programes d'intervenció, per a les dones que han comès delictes violents, que atenen a la història de victimització de les dones, el consum de substàncies, la socialització de gènere i els trastorns de salut mental. Aquests fan un abordatge, no només centrat en el reconeixement del delicte, sinó als factors sistèmics i interpersonals de les necessitats socials i mentals de les dones. Cal que els programes d'intervenció siguin específics per les dones (Bloom <i>et al.</i> , 2003; Caravaca-Sánchez <i>et al.</i> , 2019; Covington, 2015; Erickson & Young, 2010; Gobeil <i>et al.</i> , 2016; Kubiak <i>et al.</i> , 2014).
<b>26</b>	Teballar des d'una perspectiva de gènere, intervenint sobre el trauma, en la millora de l'autoestima i la identitat i afavorint els vincles sans, es relaciona amb el desistiment delictiu (Giordano <i>et al.</i> , 2013; Gieger i Fischer, 2005; Mahoney i Daniel, 2006; Saltzburg, 2007, citat a Bove i Tryon 2018).
<b>27</b>	El personal que treballa amb dones privades de llibertat, incloent el personal de vigilància, ha d'estar adequadament capacitat per oferir i donar directives de manera sensible al gènere i a la interculturalitat (Batastini <i>et al.</i> , 2022; Kahle & Rosenbaum, 2021; Kubiak <i>et al.</i> , 2018; Taylor <i>et al.</i> , 2017; Van Hout & Mhlanga-Gunda, 2018).
<b>28</b>	Els factors polítics, econòmics i socials fan que les dones siguin més vulnerables a les condemnes penals (Agllias, 2004; Caravaca-Sánchez <i>et al.</i> , 2019). Cal poder atendre tots els factors esmentats per poder afavorir els processos de reinserció. És necessari poder atendre a la triple o quàdruple condemna que tenen les dones privades de llibertat (Àrea de Càrcels de la APDHA, 2020; Campos-Rius <i>et al.</i> , 2022; Martin Fortunato, 2015).
<b>29</b>	Aborar i treballar per poder identificar i reduir la major estigmatització de les dones privades de llibertat (Bove & Tryon, 2018; Thomas <i>et al.</i> , 2019).
<b>30</b>	Les dones empresonades manifesten falta d'ocupació, així com escassa oferta formativa i laboral que no els hi permet ocupar el temps de forma constructiva (Vilhjalmsdottir <i>et al.</i> , 2023). S'ha vist que els tractaments adaptats i individualitzats poden promoure el desenvolupament d'habilitats útils que permeten millorar la confiança i autoestima, així com promou una



	bona vida laboral i formativa (Critoph, 2019; Critoph <i>et al.</i> , 2020). Seria convenient revisar-ne l'oferta per tal d'afavorir ocupació significativa, així com treballar les habilitats necessàries.
31	La pròpia situació de privació de llibertat comporta una reducció de la capacitat d'autogestió, autonomia i autodeterminació, generant efectes negatius sobre la capacitat de gestionar les pròpies necessitats, així com disminueix l'agència personal (Ahmed <i>et al.</i> , 2016; Bowen <i>et al.</i> , 2009; Bright <i>et al.</i> , 2022; Mertens & Vander Laenen, 2020). Algunes dones, refereixen haver rebut un tracte paternalista i infantilitzador (Mertens & Vander Laenen, 2020). Poder oferir estratègies per donar veu a les dones i afavorir l'empoderament.
32	Es remarca també la importància de realitzar un treball interdisciplinari i assegurar la coordinació amb tots els agents, incloent personal funcionari (Hean <i>et al.</i> , 2017). És considera quelcom positiu de cara a l'aliança terapèutica, poder dividir les tasques entre els grups professionals, de forma que els i les professionals que realitzen la intervenció terapèutica no son els que valoren aspectes regimentals. Sent d'especial importància, establir canals de comunicació entre agents (Gordaliza & Markez, 2022).
33	Importància d'incloure i incorporar la perspectiva de gènere en la prescripció de tractament psicofarmacològic, no només tenint en compte si la dona està embarassada, sinó els possibles efectes secundaris com pot ser l'augment de pes. Aspecte que augmentarà l'adherència al tractament (Friedman <i>et al.</i> , 2019).
34	Respecte als processos de reinserció, les dones destaquen impotència i falta d'informació que genera augment del malestar (Vilhjalmsdottir <i>et al.</i> , 2023). S'ha vist que és important treballar des de l'inici de l'empresonament per a la sortida i retorn a la comunitat (Critoph, 2019; Critoph <i>et al.</i> , 2020). Poder augmentar comunicació i rol actiu de les dones en el propi procés d'internament i de reinserció.
35	Cal considerar i atendre el dolor de les mares empresonades que es troben separades dels seus fills, aspecte que augmenta malestar i simptomatologia clínica (Baldwin, 2018; Morash <i>et al.</i> , 2020; Vilhjalmsdottir <i>et al.</i> , 2023). Proporcionar suport emocional durant i després de la privació de llibertat, així com augmentat contacte amb els fills tot i trobar-se empresonades (Christian <i>et al.</i> , 2015; Enggist <i>et al.</i> , 2014; Martin Fortunato, 2015).
36	Falten programes apropiats i enfocaments en l'àmbit laboral, vocacional i de rehabilitació per a dones, garantint un accés igualitari a la formació educativa i professional, així com als programes i serveis específics segons el gènere, sexe i edat (Àrea de Cárceles de la APDHA, 2020; Campos-Rius <i>et al.</i> , 2022; Christian <i>et al.</i> , 2015; Critoph, 2019).
37	És imprescindible que tots els recursos, instruments i criteris d'avaluació i intervenció estiguin adaptats per tal d'obtenir informació sobre les vivències traumàtiques viscudes, els problemes de salut mental i l'ús i abús de substàncies. Així mateix, és important no fer mals diagnòstics i classificacions inadequades, que podrien augmentar el risc i exacerbar problemes i trastorns mentals presents (Christian <i>et al.</i> , 2015) (Christian, 2015). Per aquest motiu és imprescindible realitzar-los des d'una perspectiva de gènere (de Vogel <i>et al.</i> , 2023).
38	Des de Prison Reform Trust (2019) s'emplaça a poder revisar sota la perspectiva de gènere els motius i les causes que porten a les dones a

	trobar-se empresonades; els espais de gestió i organització, les eines de valoració, avaluació i classificació; l'accés als programes i intervencions; el procés de rehabilitació, entre d'altres (Critoph, 2019). Tanmateix, s'ha d'aplicar el pensament informat sobre el gènere a la política penal, als serveis mèdics, als programes terapèutics, a l'arquitectura i als dissenys que a que siguin sensibles a les necessitats específiques de les dones, així com a les seves històries de vida (Jewkes <i>et al.</i> , 2019; Vilhjalmsdottir <i>et al.</i> , 2023).
39	Donat que hi ha poques presons per a dones, en moltes ocasions, compleixen condemna lluny de casa seva, aspecte que dificulta el manteniment dels vincles familiars, tenint també un impacte negatiu a la salut mental d'elles (Crewe <i>et al.</i> , 2017; Critoph, 2019; Critoph <i>et al.</i> , 2020).
40	Les dones reclamen més assessorament després de la llibertat definitiva (Almeda, 2005; Vilhjalmsdottir <i>et al.</i> , 2023).
41	Moltes vegades es diagnostica erròniament a les dones per mostrar conductes que no s'ajusten a les normes de gènere tradicionals -feminitat hegemònica- o a través de raonaments sexistes (Batlle Manonelles, 2021).
42	El contacte amb la família, amistats i la comunitat pot ser crucial per a la rehabilitació i la reinserció de les persones preses i pot reduir el risc de reincidència (Critoph, 2019), especialment amb aquelles dones que son mares (Crewe <i>et al.</i> , 2017).
43	Caldria establir protocols d'actuació que permetin garantir la privacitat i la confidencialitat, per exemple per a les visites o trasllats mèdics, entre d'altres (Àrea de Càrcels de la APDHA, 2020).
44	L'atenció informada sobre el trauma a presons emfatitza la importància d'educar a tot el personal sobre els efectes del trauma, empatitzar amb la dona i amb la seva situació, explicar els comportaments que podrien ser potencialment retraumatitzants, així com poder apoderar a les dones per a que siguin autònomes i tinguin major control de la seva recuperació (Mollard & Brage Hudson, 2016). Per aquest motiu és important que el personal desenvolupi una comunicació més eficaç que permeti una major comprensió (Kenning <i>et al.</i> , 2010).
45	La majoria de les dones amb problemes de salut mental no tenen un tractament terapèutic adequat, recorrent a la sobre-medicació com a única alternativa. Cal buscar alternatives d'intervenció psicològica, psicosocial i ocupacional (Àrea de Càrcels de la APDHA, 2020).
46	En ocasions, la perspectiva mèdica sembla aliena o es manté al marge de tot allò social que afecta de forma negativa a la salut de les dones, obviant les seves condicions de vida i els eixos d'interseccionalitat, no interpretant els seus símptomes com una conseqüència d'aquests factors, ni atenen a la socialització de gènere, sorgint diverses <<patologies femenines>>. És per això que els models d'atenció no solen ajustar-se a la realitat de les dones. Per aquest motiu és necessari adoptar noves perspectives i models, atenent a les diferències de gènere que condicionen els factors, situacions, processos d'addicció, recuperació i recaiguda, així com de la pròpia salut mental (Arostegui Santamaría & Martínez Redondo, 2018).
47	La importància de l'acollida, l'acompanyament i l'educació comunitària, així com de forma transversal el bon tracte, hauria de ser considerat dins de la tasca de tots els i les professionals, incloent la importància de realitzar itineraris individualitzats (Gordaliza & Markez, 2022).

48	El personal sanitari, no només ha de treballar amb les dones amb diagnòstics de TMS, sinó que ha d'incloure la promoció del benestar emocional, la prevenció de l'autolesió i el suïcidi, així com totes les formes de violència (WHO Regional Office for Europe, 2023). Hi ha una necessitat de més personal especialitzat en salut mental (Álvarez Pérez <i>et al.</i> , 2021).
49	Un altre aspecte que es considera important, és el fet de poder establir protocols de col·laboració interinstitucional, integrant els serveis d'atenció, aspecte que permetria garantir la continuïtat terapèutica i assistencial, així com poder oferir solucions holístiques (Mezzina, 2022).

**Taula 29. Detecció necessitats de les dades**

<b>Dades (D)</b>	
<i>Es descriuen a continuació aquelles dades que més vincle tenen amb les necessitats detectades del servei.</i>	
1	Necessitat de formalitzar les coordinacions i potenciar-les entre equips i intra-equip.
2	Major número de visites en ambdós centres per part de psicologia: necessitat de revisar la presència, nombre i distribució professional.
3	S'ha detectat que un 16,24% (278) de les visites no s'ha pogut realitzar per motius diversos. En alguns casos tenen a veure amb aspectes contextuals com per exemple no haver sentit megafonia, no ser conscients de quan tenen la següent visita. Per tant, es planteja la necessitat de revisar el sistema d'avis de les visites i poder reduir estrès evitable com per exemple informant i programant les visites.
4	S'ha vist que s'han generat poques altes clíniques, aspecte que fa pensar en que el context penitenciari té a veure amb el malestar i estrès, aspecte que requereix la necessitat d'augmentar i mantenir seguiment en alguns casos al llarg de l'internament.
5	Hi ha moltes dones que han estat canviades de centre, un 40,32% (25). Es planteja la necessitat de poder realitzar un correcte traspàs de cas entre professionals del PCP. Caldria valorar si el canvi de centre és un factor d'estrès per a les dones i les repercussions que pot tenir el fet d'haver de generar noves aliances terapèutiques. En ocasions, de tornar a iniciar processos o no seguir mateixa línia d'intervenció pot revictimitzar.
6	S'estima que del 60% de les dones no estaven en seguiment previ per SM: cal repensar la configuració dels equips així com i ja que les necessitats no son les mateixes que a la comunitat.
7	S'estima que el 60% no estaven en seguiment al CAS: els càlculs de necessitat de professionals no responen a les necessitats presents dins de l'àrea penitenciària, que difereixen notablement de la comunitat.
8	Tot i que el 88,71% (173) de les dones estan seguides per psiquiatria, els diagnòstics principals tenen com a tractament d'elecció l'abordatge psicoterapèutic.
9	Al voltant del 90% de les dones es troba amb pauta psicofarmacològica dins del CP. En algunes dones no s'està realitzant abordatge psicològic tot i que el tractament d'elecció pels seu diagnòstic principal i secundari és l'abordatge psicoterapèutic i/o la combinació del tractament farmacològic i psicològic.

10	Únicament el 47,69% (93) de les dones es troben seguides per psicologia. Cal poder revisar els criteris de derivació o poder analitzar si no es realitzen més derivacions per falta de disponibilitat.
11	El 43,59% (85) de les dones ha necessitat visites de caràcter urgent.
12	En referència a la combinació de professionals, destaca com a combinació principal el seguiment únic per psiquiatria.
13	Tot i l'elevada presència de vivències traumàtiques de les dones ateses, no hi ha gairebé diagnòstic de trauma a les dones ateses. Cal poder formar a tots els i les professionals per garantir diagnòstic diferencial amb trauma.
14	Al voltant del 20% de les dones no s'ha explorat si han viscut o no experiències traumàtiques. Caldria poder protocol·litzar l'avaluació i formar a tots els i les professionals.
15	S'estima que aproximadament un 40% dels casos tenen simptomatologia posttraumàtica. Cal poder reforçar la intervenció i abordatge trauma.
16	En, aproximadament el 20% dels casos no s'ha explorat si hi ha presència de simptomatologia posttraumàtica. Cal poder garantir l'avaluació i intervenció.
17	Els diagnòstic principals són T. d'ansietat, toxicomania, TPCB i T. depressiu. Cal poder revisar el tractament d'elecció per aquests diagnòstics.
18	En algunes ocasions els diagnòstics es centren en la conducta i el símptoma de les dones, sense poder realitzar un anàlisi funcional que permeti veure què està causant aquesta simptomatologia.
19	En alguns casos amb diagnòstic de TPCB no es valora si els criteris succeeixen en altres context que no sigui el penitenciari.
20	En dones, no hi ha tanta prevalença de TMS com en el cas dels homes. Les necessitats d'atenció en salut mental de les dones son diferent tot i que el conveni és el mateix.
21	Elevada prevalença d'addiccions en les dones ateses. Cal destacar que en el cas de DB no hi ha presència de CAS així com no hi ha major ràtio de professionals de l'equip d'ESMiA. Així mateix en el cas de B1, cal poder garantir la coordinació amb els i les professionals del CAS per poder realitzar un abordatge conjunt.
22	S'ha detectat que les dones que es troben a B1 no verbalitzen de la mateixa forma com en el cas de DB si es troben en consum actiu o no. Sortint un percentatge menor que no es correlaciona amb la impressió clínica. Cal poder revisar quins factors influeixen en la no verbalització del consum actiu.
23	Part del consum actiu que mantenen les dones és de psicofàrmacs no prescrits, per aquest motiu seria oportú millorar la presa de medicació a l'hora de dispensar-la. D'altre banda seria bo poder dispensar la medicació de la nit després de sopar ja que abans, especialment en el cas de medicació hipnòtica, no se la prenen i la guarden. Aspecte que pot contribuir a la posterior compra-venta.
24	Només al voltant del 10% de les dones ateses no es troben amb pauta psicofarmacològica. Caldria revisar si en alguns casos es porta a terme una pauta per no tenir prou presència professional que permeti l'abordatge des d'altres vessants.
25	Caldria revisar si el fet que els hi donin la medicació hipnòtica moltes hores abans d'anar a dormir implica un augment de les pautes de medicació.
26	Seria bo poder diferenciar en les etiquetes diagnòstiques del PCP el TLP i el TPCB, ja que el TLP sí que està considerat com un TMS mentre que la resta

	de diagnòstics del clúster no ho estan considerats. Seria bo per poder realitzar un millor anàlisi sobre les dones visitades amb TMS.
27	Augmentar etiquetes diagnòstiques i de seguiment del PCP, afegint trauma complex, autolesions, seguiment per PPS, entre d'altres.
28	En referència als expedients disciplinaris, els motius pels quals obtenen expedients són diferents a les dels homes. Un gran percentatge d'aquests tenen a veure amb el context, els nuclis de convivència i aspectes derivats d'aquests elements que generen dificultats en la convivència. Cal poder repensar la distribució de les dones dins dels centres.
29	S'ha vist que el 43,93% (76) de les dones ateses s'ha valorat que han tingut una criança problemàtica. Aspecte que reafirma la presència d'experiències traumàtiques. Especialment aquelles que tenen a veure amb l'aferrament i el trauma complex. Així mateix superen la mitjana les dones que es troben complint condemna per delictes contra les persones i contra la propietat. Caldria continuar avaluant si la vivència d'experiències traumàtiques en la infància té a veure amb la predisposició a reproduir conductes violentes.
30	S'ha vist que a DB s'han detectat més dones víctimes de violència de gènere, es considera que el percentatge entre centres no hauria de ser tant diferenciat. De forma que impressiona que depèn del criteri professional.
31	Les dades respecte el consum de substàncies del RisCanvi es diferencien de les dades obtingudes per l'equip d'ESMiA. Novament es reitera la necessitat de poder augmentar coordinació entre equips.
32	Succeeix el mateix amb les dades de TMS.
33	Es considera que quan es valora l'ítem del RisCanvi 41 –impulsivitat i inestabilitat emocional- no s'està tenint en compte l'expressió emocional de les dones i el context en el que es troben així mateix com no es dimensionen les experiències traumàtiques que poden estar influïent en l'expressió del malestar. Així mateix, es el mateix criteri que s'utilitza amb homes, aspecte que dificulta que s'adapti a les necessitats i a les diferències en la expressió emocional entre gèneres.
34	Respecte a l'ítem del RisCanvi 37, encarregat de valorar autolesions i intents de suïcidi previ, es valora la possibilitat de replantejar la forma de valorar-lo ja que és un ítem estàtic i que és possible que no atengui ni respongui al moment actual de les dones.
35	Del total de seguiments del PSI, un 30% són dones.

**Taula 30. Detecció necessitats de les veus de les dones**

<b>Veus de les dones (VD)</b>	
<i>S'emfatitzen els relats de les dones que en més ocasions s'han esmentat i/o aquells que tenen a veure amb propostes de millora i detecció de necessitats per part de les dones.</i>	
1	Necessitat de poder identificar els espais que son font de malestar.
2	Importància de la ocupació significativa que porta a valorar i donar lloc a la figura de TO.
3	Que les activitats que s'ofereixen al centre tinguin utilitat a l'exterior, que afavoreixin el procés de preparació de la vida en comunitat i de reinserció.
4	Més seguiment per psicologia.
5	Necessitat de conèixer als i les professionals de l'ETEP el més aviat possible, així com de saber quines són les funcions específiques de cada un d'ells/es.

6	Reforçar el grup d'acollida, ja que és considerat un espai de molta utilitat.
7	Reforçar el contacte amb l'exterior, es valora com quelcom d'elevada importància poder mantenir un contacte continu amb la família.
8	Elevada impotència i desconeixement d'aspectes rellevants en referència al pla terapèutic i al procés de reinserció. Necessitat de poder fer partícips a les dones dels seus PITs així com de poder explicar-los de forma detallada.
9	En referència a la localització dels centres, destaquen que aquells que no es troben amb nuclis urbans, no disposen de bona comunicació tant per a que els familiars hi accedeixin de forma senzilla com per elles quan han de sortir de permís. Implicant hores de trajecte. Patiment per no fer tard donades les dificultats de comunicació i de no ser sancionades.
10	Més estigma a les dones que es troben privades de llibertat. Necessitat de poder adaptar els espais i les formes d'intervenció a les seves necessitats per poder afavorir el procés d'adaptació i de reinserció. Entre d'altres.
11	Moltes diferències entre els diferents centres penitenciaris i les ofertes d'activitats que es realitzen en ells. Aspecte que comporta malestar en ocasions, i augment d'estrès quan s'anticipa la possibilitat de canvi. Genera greuge comparatiu.
12	Percepció d'injustícies i vivència d'efectes adversos secundaris a aspectes externs a elles, com per exemple poca comunicació entre equips, falta de PF per sortir a realitzar activitats fora del mòdul, entre d'altres.
13	Quan es tracta de dones que es troben en mòduls dins de CP d'homes, hi ha encara més limitació de moviment i menys oferta d'activitats. Caldria poder garantir una cartera de serveis comú.
14	Les dones valoren positivament les activitats grupals, especialment quan es desenvolupen en grups reduïts. Caldria valorar la possibilitat de realitzar psicoteràpies grupals des del PCP.
15	Es considera d'elevada importància els vincles positius establerts entre companyes, així com amb professionals. Les dones necessiten una percepció més elevada de seguretat relacional.
16	Necessitat d'ampliar i garantir la intimitat.
17	En algunes ocasions el sistema manté rols de feminitat hegemònica en les dones.
18	Esmenten elevades vivències que s'han aglutinat com a estrès evitable, que responen a la manca d'informació tot i que no comprometi aspectes relacionats amb la seguretat, la megafonia, entre d'altres prèviament ja explicats.

**Taula 31. Detecció necessitats de les opinions dels i les professionals**

<b>Opinions dels i de les professionals (OP)</b>	
<i>S'han destacat aquelles opinions i reflexions dels i les professionals que permeten emfatitzar les necessitats detectades</i>	
1	Sistema de classificació per perfils delictius i dones amb major vulnerabilitat.
2	Masclisme intrínsec, que denota la importància de realitzar formacions amb perspectiva de gènere.
3	Necessitat de revisar el format sancionador, fent que es pugui entendre i diferenciar les necessitats dels home si les dones. Seguretat relacional.

4	Importància de poder aplicar la psicologia ambiental dins dels centres penitenciaris, reduint la hostilitat, generant espais de convivència i garantint la intimitat.
5	Poder conèixer als i les professionals de l'ETEP al llarg de la primera setmana d'ingrés al centre. Poder clarificar les funcions de cada professional així com que puguin identificar un professional de referència.
6	Es considera que l'adaptació al centre milloraria si s'augmentés el contacte amb l'exterior, especialment tenint en compte el major impacte de les dones que exercien de cuidadores abans de l'ingrés.
7	Un altre aspecte que facilitaria l'adaptació al centre seria poder garantir les trucades telefòniques i videotrucades a les dones encara que no tinguessin ingressos econòmics. Les dones que mantenen contacte amb altres països han d'assumir major cost.
8	Escassa opció i oferta laboral i formativa. En algunes ocasions es perpetuen estereotips de gènere. Cal poder tenir en compte l'ocupació significativa com a element clau a l'hora d'estudiar oferta.
9	Poder generar canals de comunicació on la veu de les dones sigui escoltada i tinguda en compte.
10	Necessitat de revisar si tots els incompliments i les recaigudes han d'aturar el procés de reinserció. Revisar sistema sancionador.
11	DERE i DS masculinitzat, necessitat d'adaptar-lo a les dones.
12	Importància de poder estabilitzar els ETEP. El canvi constant dels i les professionals de referència genera malestar, així com dificulta l'establiment de noves aliances terapèutiques.
13	Necessitat de revalorar el nombre dels i les professionals.
14	Necessitat de reforçar atenció psicològica, augmentar activitats de gestió emocional i adequar-les a les necessitats de les dones.
15	Ubicar a les dones amb major vulnerabilitat en espais diferenciats.
16	Caldria poder garantir nuclis de convivència més reduïts i adaptats.
17	Més privacitat i intimitat.
18	Major formació de professionals en perspectiva de gènere i trauma.
19	Necessitat d'augmentar i garantir coordinacions entre els i les professionals que intervenim amb les dones.
20	En referència a les dones amb complexitat silenciosa es destacaria la necessitat d'augmentar més freqüència del seguiment, així com individualitzar el tractaments i els itineraris, adaptant també els PITs. D'altre banda poder potenciar la vinculació a recursos de la xarxa comunitària i intervenir sota la perspectiva del benestar emocional.
21	Respecte a les dones amb major conflictivitat, es proposa la necessitat d'ampliar i mantenir coordinació fluida amb tots els agents que hi intervenim, poder formar als i les professionals amb perspectiva de gènere, trauma i amb gestió i medicació de conflictes. És important poder treballar el vincle terapèutic i reforçar-lo així com acompanyar a les dones en els eixos d'opressió i desigualtat.

**Taula 32. Detecció necessitats del grup de treball**

**Grup de treball (GP)**

*Per últim, a continuació es mostren les necessitats detectades pel grup de treball a través de l'experiència en primera persona com a professionals de l'ESMiA.*

<b>1</b>	Necessitat de realitzar formació en perspectiva de gènere i interseccional.
<b>2</b>	Detecció, avaluació i intervenció en trauma. Poder atendre al trauma en totes les perspectives i etapes vitals, incloent el trauma vicari.
<b>3</b>	Poder donar importància al vincle terapèutic.
<b>4</b>	Importància de no revictimitzar.
<b>5</b>	Major acompanyament a les pacients en els processos de reinserció.
<b>6</b>	Necessitat d'augmentar la coordinació amb tots els i les professionals que intervenim. Poder elaborar els plans de treball i els PITs conjuntament, així com poder acordar àrees d'intervenció per a cada servei i professional.
<b>7</b>	Atenció als casos d'alta complexitat, especialment atenent a les necessitats individuals. Diferenciant els casos d'expressió silenciosa i sense conductes disruptives d'aquelles dones amb majors problemes conductuals, així com de les dones amb discapacitat.
<b>8</b>	Donat que no només SM prescriu psicofàrmacs, sinó que l'equip mèdic també o fa i a B1 el CAS, és difícil poder controlar les pautes farmacològiques de les dones. És necessari poder coordinar-se entre els i les professionals.
<b>9</b>	Hi ha més possibilitat de no prendre adequadament la pauta farmacològica de la nit ja que és dispensada abans de sopar i per tant, hi ha més probabilitats que la guardin i que no se la prenguin o ve que en facin un mal ús. Seria important poder mantenir uns horaris de dispensació de medicació que facilitessin la correcta presa, sent un bon moment després de sopar i abans d'entrar a les habitacions.
<b>10</b>	En el cas d'algunes medicacions noves que no es troben al catàleg del centre, hi ha més demora en la dispensació des que són prescrites.
<b>11</b>	Quan es parla d'impregnació per medicació, moltes vegades no es té en compte si la impregnació prové de la pauta farmacològica o pel consum de medicació no prescrita i/o per consum d'altres substàncies. Augmentar la coordinació per poder diferenciar-ho i abordar-ho.
<b>12</b>	Perfil de dones vulnerables desprotegides, conjuntament amb totes les dones empresonades, amb la mateixa normativa i trobant-se exposada a més situacions de risc. Seria important poder ubicar-les a mòduls específics i poder adaptar els programes de tractament a les necessitats individuals.
<b>13</b>	Necessitat que la coordinació sigui de forma bilateral entre tots els i les professionals i serveis que intervenim amb les dones, sempre i quan es disposi del consentiment de les pacients.
<b>14</b>	Poder diferenciar diagnòstics en la forma de registre de PCP, per exemple TLP diferenciat dels altres TPCB. Poder incloure altres motius de seguiment i diagnòstics com pot ser PPS, autolesions, regulació emocional, trauma complex, així com poder estudiar la possibilitat d'incloure diagnòstic provisional fins que no es realitza major exploració o avaluació.
<b>15</b>	En els diagnòstics de TP és important tenir en compte el criteri que els ítems estiguin presents en altres contextos.
<b>16</b>	Diagnòstics més enllà de la simptomatologia, tenint en compte que en múltiples ocasions darrera hi ha experiències traumàtiques.
<b>17</b>	Major necessitat de seguiment per SM dins del medi penitenciari, dificultats en l'adaptació al medi que en moltes ocasions requereixen d'acompanyament. Molts aspectes contextuais influeixen en el benestar/malestar emocional.



<b>18</b>	Tenir en compte l'impacte de la reclusió, incloent la perspectiva de benestar emocional.
<b>19</b>	Diferenciar autolesions no suïcides d'ideació autolítica, poder abordar i intervenir de forma diferenciada.
<b>20</b>	Poder revisar el sistema de sancions, diferenciar-lo del sistema pensat pels homes.
<b>21</b>	Importància de la intimitat, oferir i garantir-ne espais. Poder contemplar la sexualitat, la necessitat de soledat, entre d'altres.
<b>22</b>	Necessitat de donar veu a les dones i generar canals que ho garanteixin. Tenir en compte la presència elevada d'indefensió apresada en elles.
<b>23</b>	Potenciar la presa de decisions i la necessitat d'autodeterminació com quelcom que ajuda en el procés de reinserció. No reforçar rols de subordinació de les dones.
<b>24</b>	Per tal de reduir la conflictivitat cal poder diferenciar els nuclis de convivència, reduint-los en nombre i canviant algunes de les dinàmiques. Potenciar la seguretat relacional de les dones, així com podent oferir espais de resolució de conflictes tant pels i per els i les professionals com les dones.
<b>25</b>	Benestar emocional com a eix de treball en les dones.
<b>26</b>	Possibilitat de realitzar vis a vis íntims amb les dones que son parella encara que tinguin convivència en el mateix mòdul.
<b>27</b>	Importància de l'ocupació significativa com a font de benestar, poder revisar oferta d'activitats laborals, formatives i d'oci.
<b>28</b>	Importància de tenir en compte el desistiment delictiu: poder generar formació als equips de SM així com poder analitzar els factors mediadors que hi intervenen en l'àrea. Potenciar un paper actiu dels professionals de SM.
<b>29</b>	Poder reduir tot allò que té a veure amb l'estrès evitable de les dones.
<b>30</b>	Abordar consum de substàncies amb perspectiva de gènere, no hi ha les mateixes necessitats ni els detonants de consum son els mateixos.
<b>31</b>	Les dones amb problemes de salut mental tenen més problemes en adaptar-se davant de canvis de mòduls o de centres penitenciaris. Augmentant simptomatologia clínica en ocasions o generant majors problemes conductuals. Per aquest motiu és important poder disposar de mòduls adaptats a les seves necessitats amb major cura dels processos d'adaptació.
<b>32</b>	Poder facilitar que el RisCanvi sigui sensible al canvi, incloent factors dinàmics que puguin reflectir l'impacte de les intervencions i processos realitzats. Així mateix incloure la perspectiva de gènere en tota l'avaluació i poder augmentar sensibilitat en la detecció d'experiències traumàtiques més enllà de la violència de gènere.
<b>33</b>	Importància de detectar i acompanyar a les dones que són mares en el malestar i el procés de separació, així com en les mares que es troben al departament de mares.
<b>34</b>	Revisar procés de derivació al PCP i dins del PCP.
<b>35</b>	Oferir acompanyament grupal des del PCP.

## 8. Propostes

A partir de les necessitats que han emergit de cadascuna de les fonts d'informació, s'ha fet un exercici d'agrupament de les necessitats, les quals s'han transformat en les propostes que es presenten en aquest apartat.

Les propostes es presenten en funció dels àmbits als que estan referides. Així, es troba un primer conjunt de propostes que es relaciona amb els programes de salut mental i drogodependències; el segon conjunt de propostes està relacionat amb les tasques que es duen a terme per part dels ETEP i per tant s'han dirigit a aquests equips i als centres penitenciaris. Per altra banda, un conjunt de propostes que van dirigides a les direccions dels centres penitenciaris i a la direcció general d'afers penitenciaris donat que transcendeixen a un nivell superior de decisió. Per últim, es destina un apartat al conjunt de propostes relacionades amb la formació i que va dirigit als agents que decideixen sobre les polítiques formatives en l'àmbit de l'execució penal i també de la salut. Cadascuna de les propostes presentades es sustenta en una o més fonts d'informació, presentades en les columnes de la dreta de la taula i que s'identifiquen amb les seves inicials. El número que apareix a les caselles de cada font d'informació correspon al número d'evidències segons les necessitats de cadascuna d'elles i que es poden consultar en detall a l'annex 5.

**Taula 33. Propostes relacionades amb els programes de salut mental i drogodependències**

Propostes relacionades amb els programes de SALUT MENTAL i DROGODEPENDÈNCIES						
Propostes	L	D	VD	OP	GT	
1	Revisar configuració i distribució dels equips	6	6	2	2	1
2	Revisar procediment de derivació		1			1
3	Revisar tractament farmacològic vs. terapèutic	2	4			
4	Potenciar la cooperació i el consens entre PCP, ETEP, CAS, entitats externes	2	4	1	3	5
5	Avaluar trauma i intervenir-hi de forma transversal	13	6		3	2
6	Intervenir sota perspectiva de gènere i interseccional	12	6	1	3	3

7	Reflexió sobre etiquetes diagnòstiques i revisió bianual de la codificació	2	5		3	
8	Poder informar de la programació de visites		1		2	
9	Millorar en el traspàs de casos degut als canvis de CP	1	1	1	1	
10	Potenciar la realització de grups terapèutics			1	1	
11	Treballar adherència al tractament	4			1	
12	Major facilitat per prescriure nous fàrmacs				1	
13	Intervenir activament sobre el desistiment delictiu	2	1		1	
14	Potenciar recursos de transició a la llibertat i un cop estiguin en llibertat definitiva	4	1	1	2	1

L, Literatura; D, Dades; VD, Veus de les Dones; OP, Opinions dels i de les Professionals; GT, Grup de Treball.

1. **Revisar configuració i distribució dels equips:** Les dades indiquen que, segons el centre penitenciari, el nombre i el tipus de professionals en els equips de salut mental i addiccions varia notablement, i es generen diferents estils d'atenció que no sempre responen a les necessitats reals de les dones. Per tant, és recomanable revisar com estan estructurats els equips per assegurar que es doni resposta adequadament a les evidències i les necessitats expressades pels professionals i les dones empresonades, com ara garantir un accés més ampli a serveis psicològics.
2. **Revisar procediment de derivació:** Es proposa revisar si les derivacions entre professionals de salut mental i addiccions es realitzen tenint en compte les necessitats específiques de les dones o si altres factors, com la disponibilitat de professionals, limiten les derivacions. També es recomana revisar si la primera visita ha de ser sempre amb un psiquiatre, especialment en centres on la seva presència és limitada.
3. **Revisar tractament farmacològic vs. Terapèutic:** S'evidencia la elevada prescripció de fàrmacs en diagnòstics en els quals les guies de pràctica clínica valoren l'efectivitat del tractament psicoterapèutic i/o combinat.
4. **Potenciar la cooperació i el consens entre PCP, ETEP, CAS, i entitats externes:** La coordinació entre els equips de salut mental, els ETEP i el CAS està programada i establerta. Tot i això, les evidències

plantegen la necessitat d'augmentar el nivell de cooperació i de consens en els plans i les propostes per intervenir d'una manera conjunta i millorar així l'atenció de les persones ateses. D'altra banda, seria adequat coordinar-se amb els i les professionals que treballen en entitats externes i que donen suport a les dones en molts àmbits relacionats amb el seu benestar emocional, sobre la salut mental i addiccions. Aquesta proposta també inclou el treball cooperatiu per realitzar activitats terapèutiques conjuntes.

5. **Avaluar trauma i intervenir-hi de forma transversal:** Les evidències posen de manifest que la població penitenciària, especialment les dones, té antecedents de vivències traumàtiques, i que el propi empresonament pot ser un esdeveniment traumàtic. Les múltiples evidències en aquest sentit indiquen la necessitat d'abordar aquesta realitat. Tant la problemàtica de salut mental com l'ús de drogues esta directament relacionats amb les experiències traumàtiques. Per això, és essencial que tots els agents implicats, especialment els i les professionals de l'àmbit de la salut mental i les addiccions, incloguin l'avaluació del trauma i la intervenció en aquest aspecte en les pràctiques habituals.
6. **Intervenir sota perspectiva de gènere i interseccional:** Intervenir sota una perspectiva de gènere i interseccional implica considerar no només les diferències biològiques i fisiològiques, sinó també la socialització diferencial a través de la qual es desenvolupa i com això comporta unes exigències, expectatives i mandats de rol que travessen tots els aspectes de la vida. A aquesta assignació de rol de gènere i/o ètnia i/o classe social, s'associen malestars i simptomatologies determinades, que cal tenir sempre presents a l'hora d'intervenir, ja que estan travessades per totes elles i sempre té relació amb el que succeeix. Només si es mira des d'aquesta perspectiva es pot atendre de manera adequada.
7. **Reflexió sobre etiquetes diagnòstiques i revisió bianual de la codificació:** Aquesta proposta cal considerar-la conjuntament amb l'anterior. Només es pot diagnosticar adequadament a les dones si es fa des d'una perspectiva de gènere i interseccional. En aquest sentit, convé tenir en consideració el TEPT complex; evitar el diagnòstic en base a la

conducta, i considerar el context de l'empresonament, així com optar per posposar el diagnòstic a través de l'opció de la provisionalitat del mateix. Per una altra banda, cal reflexionar sobre la inclusió d'altres etiquetes que permetin ubicar la visita o intervenció, com per exemple, les autolesions no suïcides, o la participació en el Protocol de Prevenció de Suïcidis (PPS) enlloc de fer ús d'un diagnòstic clínic. També comporta tenir cura amb l'atribució de TLP quan estem davant de trets del clúster B.

8. **Poder informar de la programació de visites:** Aquesta proposta respon a la necessitat de reduir l'estrès evitable programant la visita següent i informant d'aquesta programació en un exercici de respecte al dret de la persona atesa, així com a garantir la qualitat i la continuïtat assistencial. De la mateixa manera es potencia l'autogestió al ser la dona qui té el coneixement de quan té la visita programada.
9. **Millorar en el traspàs de casos degut a canvi de CP:** Tot i que ja es fa una coordinació informativa sobre els casos que són traspassats per un canvi de CP, convé revisar com es porta a terme i en quin moment del procés es fa, donat que pot afectar notablement a la dona. Aquesta, a part de viure l'impacte del canvi de centre penitenciari, amb tot el que comporta, també pot patir l'impacte de manca de seguiment i la pèrdua temporal de la continuïtat assistencial. Tanmateix, es valora que cal fer un adequat i acurat traspàs de la informació per tal que l'equip receptor pugui acollir a la dona de la millor manera possible.
10. **Potenciar la realització de grups terapèutics.** Des del PCP la possibilitat de fer grups s'ha vist limitada per diferents motius, com la manca d'espais, d'horaris i/o de disponibilitat de professionals o per l'assistència a altres activitats, però hi ha evidència de la utilitat d'aquests, i de com el format grupal és especialment acceptat per les dones. Per aquest, motiu s'inclou aquesta proposta amb l'objectiu d'estudiar la facilitació de grups terapèutics.
11. **Treball d'adherència al tractament:** Es proposa mantenir i potenciar programes d'adherència al tractament que vagin acompanyats amb mesures que són importants per a garantir la presa correcta de medicació, com són els horaris de l'administració, considerant

especialment la proposta d'administrar la medicació a la nit, abans de l'entrada a les cel·les. Aquesta proposta, que ja s'ha proposat en diversos moments, caldria que fos atesa.

12. **Major facilitat per prescriure fàrmacs:** Es proposa que es puguin prescriure els mateixos fàrmacs que es poden prescriure a la comunitat, ja que alguns d'ells no es troben en la llista de fàrmacs de l'àmbit penitenciari.
13. **Intervenir sobre el desistiment delictiu:** Es proposa que es promogui la formació en el desistiment, així com la importància de mantenir un paper actiu i intencionat per promoure el desistiment de les dones empresonades que es troben en seguiment per l'equip salut mental. Per un costat, s'ha pogut veure que poder abordar les experiències traumàtiques de les dones redueix el risc de reincidència, així com el treball de consciència de malaltia –en les dones que compten amb psicodiagnòstics-, el treball a l'adherència del tractament farmacològic i la potenciació de l'abstinència a totes les substàncies. També el treball de la pròpia identitat, potenciar l'autoestima i augmentar la xarxa social de suport, així com la construcció de narratives alternatives afavoreix el desistiment delictiu. Per últim, un altre aspecte clau és poder afavorir el procés de reinserció progressiu i acompanyat.
14. **Potenciar la participació en la transició a la llibertat:** La figura del PSI és considerada una figura de suport molt ben valorada per part de tots els agents implicats en el procés de la transició, sobretot per les pròpies dones. Tal i com s'ha comentat a les dades de seguiment, el 30% pertany a dones, sent aquestes el 6% del total de la població penitenciària. Per tant, convé potenciar l'ús d'aquest recurs. A més a més, es suggereix que els equips de l'ESMiA puguin realitzar acompanyament en el procés de transició, incloent-hi sortides programades i vinculació amb recursos de la xarxa comunitària, com ara els CAS i els CSMA, ja que hi ha dones que no compleixen criteris per a fer ús del recurs del PSI, però que convé acompanyar-les al llarg del procés de transició.

**Taula 34. Propostes relacionades amb els centres penitenciaris i els seus equips (ETEP)**

Propostes relacionades amb els CENTRES PENITENCIARIS I ELS SEUS EQUIPS (ETEP)					
Propostes	L	D	VD	OP	GT
1 Presentar-se i iniciar vincle durant la primera setmana	1		1	1	1
2 Poder explicar el rol de cada professional i els drets i deures de les dones	1		1	1	
3 Incloure professional de referència	2		1	1	
4 Augmentar seguiment i centrar-lo en les necessitats individualitzades de les dones	6		3	1	4
5 Individualitzar els programes de tractament que es realitzen amb perspectiva de gènere	12	1	3	2	3
6 Iniciar procés de reinserció amb antelació	3		2	1	1
7 Fomentar eines i espais per donar veu a les dones	5		3	2	4
8 Augmentar sensibilitat respecte experiències traumàtiques	8	1	1		2
9 Reduir estrès evitable	2		2	2	3

L, Literatura; D, Dades; VD, Veus de les Dones; OP, Opinions dels i de les Professionals; GT, Grup de Treball.

1. **Presentar-se i iniciar vincle durant la primera setmana:** La proposta destaca la importància de l'acollida, amb un enfocament en establir espais d'acompanyament el més aviat possible, especialment amb dones primàries. Les evidències d'aquesta proposta es basen en la pròpia demanda manifestada tant per part de les dones com dels i les professionals, els quals identifiquen la necessitat conèixer qui són els i les referents professionals, a qui han d'adreçar-se i que a més, poden oferir resposta a totes les preguntes i dubtes que tinguin.
2. **Poder explicar el rol de cada professional i els drets i deures de les dones:** La riquesa dels equips tècnics d'execució penal radica en que cadascuna de les disciplines té unes funcions i responsabilitats diferents. Això que pot resultar obvi i que es dóna per fet, no sempre és així. Les dones ateses sovint demanen resposta a qüestions que corresponen a altres professionals, i per tant convé que puguin saber les competències i les funcions de cadascú, així com el seu nom i la seva "cara". Per abordar aquesta necessitat, es pot utilitzar material informatiu i visual que mostri aquesta informació d'una manera àgil i senzilla. En la mateixa

- línia, es proposa que les dones coneguin els seus drets i deures, i s'encoratja a proporcionar la informació d'una manera clara i concisa.
3. **Incloure professional de referència:** Aquesta proposta pretén ser una opció per a garantir l'adequada comunicació i garantir l'adequat seguiment del cas. La possibilitat que un membre de l'ETEP sigui el referent del cas i, per tant, centralitzi la informació facilitaria que les dones tinguessin una visió holística del seu cas, de les propostes de tractament, i de reinserció. De la mateixa manera, donat que cada professional de l'ETEP es dedica i treballa en un àmbit concret, sovint es pot perdre la perspectiva total de la dona i del cas, i la figura del professional de referència podria contribuir a aquesta visió parcial.
  4. **Augmentar el seguiment i centrar-lo en les necessitats individualitzades de les dones:** Durant tot el projecte s'ha destacat com les dones presenten unes necessitats específiques, influenciades per esdeveniments traumàtics i un context social que impacta la seva capacitat de decisió, autoestima i identitat. Això genera necessitats individuals, concretes i específiques que convé conèixer i que requereixen un seguiment adequat.
  5. **Individualitzar els programes de tractament que es realitzen amb perspectiva de gènere:** Els programes de tractament responen a un model masculinitzat i hereronormatiu que convé revisar. Són múltiples les evidències que indiquen la necessitat d'incloure la perspectiva de gènere en els programes de tractament del comportament delictiu, donat que aquest, cal contextualitzar-lo a través de les vulnerabilitats i de les vivències traumàtiques, inclòs el propi empresonament. Així doncs, convé que les conductes tant delictives com agressives o conflictives dins el propi centre siguin ateses des d'aquesta perspectiva.
  6. **Iniciar el procés de reinserció amb antelació:** S'ha posat de manifest en diversos estudis i evidències, que la participació de les dones en els seus processos de reinserció beneficia un retorn més exitós a la comunitat. Les dones refereixen el notable estrès que genera el desconeixement sobre la seva situació futura i com de beneficiós és treballar en el procés de la reinserció des de l'inici de la condemna. És per això que es proposa avançar el moment d'inici del treball de



reinserció per donar un sentit de major autonomia i acompanyar des de l'inici en l'afrontament dels diversos estigmes, incloent-hi l'autoestima que pot afectar la dona durant el procés de reinserció. Així mateix, es considera que el procés de reinserció i els objectius han d'estar presents des del primer moment d'arribada a presó.

7. **Fomentar eines i espais per donar veu a les dones:** La revisió de les propostes d'empoderament per a les dones empresonades és necessària, ja que sovint es dona un tracte paternalista i infantilitzador que pot afectar la capacitat d'autogestió, autonomia i auto-determinació, reduint l'agència personal. A més a més, la manca de control i la impotència són les característiques més destacades durant la privació de llibertat, i això pot augmentar el malestar reactivant vivències viscudes de violència i indefensió. Per tant, es proposa incidir en l'autogestió sempre que sigui possible, augmentant la comunicació i el rol actiu de les dones durant l'empresonament, amb exemples com millorar les instàncies com a eines de comunicació per reduir la sensació d'indefensió i impotència.
8. **Reduir l'estrès evitable:** La proposta de reduir l'estrès és transversal a tots els agents que treballen en l'àmbit i busca abordar les situacions d'estrès que poden passar desapercebudes però afecten notablement a les persones. Es destaca la importància de la reflexió sobre com cada professional, ja sigui de tractament o de vigilància, pot contribuir a la vivència de l'estrès. Les accions per reduir l'estrès podrien incloure des de la programació de visites fins a l'atenció de les demandes en espais privats i la resposta ràpida a sol·licituds i instàncies. En el cas del personal de vigilància, es destaca la importància de la privacitat i la forma en què s'expressen les ordres o es transmet la informació, entre altres factors. La proposta s'expandeix també en les propostes relacionades amb la direcció dels centres i la secretaria general.
9. **Augmentar sensibilitat respecte experiències traumàtiques:** La proposta incideix en la necessitat que tots els i les professionals que treballen amb dones privades de llibertat desenvolupin una mirada sensible cap a les experiències traumàtiques que aquestes han viscut. Es destaca que els efectes del trauma afecten de manera transversal

tots els àmbits i les relacions, per la qual cosa és important que tots els i les professionals siguin conscients i sensibles a aquesta realitat, per molt que no l'acabin atenent terapèuticament. La proposta destaca la importància de donar visibilitat a aquesta realitat i ressalta la formació com un aspecte clau per abordar aquesta qüestió.

**Taula 35. Propostes relacionades amb centres directius i direcció general d'afers penitenciaris**

Propostes relacionades amb CENTRES DIRECTIUS I DIRECCIÓ GENERAL D'AFERS PENITENCIARIS						
Propostes	L	D	VD	OP	GT	
1	Revisió sistema classificació i ubicació interior	5	1	1	3	6
2	Millora dels espais	8	1	3	5	6
3	Revisió ofertes laborals i formatives	6		2	2	1
4	Oferta d'activitats d'oci diferents	5		1	1	1
5	Revisió sistema sancions dones i potenciar seguretat relacional	8	1	2	3	3
6	Potenciar la cooperació i el consens entre PCP, ETEP, CAS, entitats externes	2	4	1	3	5
7	Potenciar recursos intermedis de reinserció	4		1	2	1
8	Mantenir criteris de funcionament similars entre CP	1	1	1		
9	Estabilitzar equips i reforçar la importància del vincle terapèutic	3		2	1	1
10	Revisar model atenció mares	3		1	1	1
11	Reduir totes les variables d'estrès evitable	5	2	3	2	2
12	Dispensació medicació nit després sopar	3	2			1
13	Anàlisis ítems RisCanvi afegint criteris dinàmics i diferenciar les autolesions....	2	2			2
14	Potenciar contacte amb l'exterior com a font de benestar emocional	7		1	3	
15	Igualar oferta d'activitats i formacions a les dones que es troben en presons d'homes	3		2		

L, Literatura; D, Dades; VD, Veus de les Dones; OP, Opinions dels i de les Professionals; GT, Grup de Treball.

1. **Revisió del sistema de classificació i ubicació d'interior:** La proposta destaca la necessitat d'establir un sistema de classificació que tingui en compte les necessitats específiques de les dones privades de llibertat. Donat que el percentatge de dones privades de llibertat és molt menor al dels homes, no s'ha disposat d'infraestructures i espais que tinguin perspectiva de gènere. Es consideraria oportú que es realitzessin mòduls de convivència amb menor nombre de persones. Aquesta

estructura permetria reduir la conflictivitat i agrupar les dones segons les seves necessitats específiques. Es suggereix la creació de nuclis de convivència per a diferents grups de dones, com aquelles amb majors vulnerabilitats, amb addiccions, primàries, amb condemnes curtes o llargues, així com un departament especial per a mares. Aquesta proposta pretén abordar de manera més aprofundida les necessitats específiques de cada grup, incloent els casos de alta complexitat, i millorar la seguretat relacional de les dones.

2. **Millora dels espais:** Aquesta proposta destaca la importància de l'impacte de la infraestructura de les instal·lacions en la salut mental de les persones privades de llibertat. Es suggereix la creació d'espais que assegurin la privacitat de les dones, reduint l'hostilitat arquitectònica i proporcionant entorns i espais adaptats a les necessitats de les dones. L'objectiu és potenciar la seguretat relacional en vers l'arquitectònica. Totes aquestes adaptacions permetran una reducció de la conflictivitat i una millora de la salut mental de les dones empresonades. També es proposa que els centres penitenciaris no estiguin allunyats dels nuclis urbans, facilitant l'accés i la comunicació tant per a les dones amb cadena permissiva com per a tota la seva xarxa social, contribuint al manteniment dels vincles familiars a través del transport públic.
3. **Revisió de les ofertes laborals i formatives:** Aquesta proposta subratlla la importància de l'ocupació significativa com a font de benestar per a les dones empresonades. L'oferta laboral i formativa ha de poder trencar amb els estereotips de gènere, oferint una diversitat d'oportunitats que sigui extrapolable a la reinserció laboral fora de la presó. Es suggereix que les ofertes formatives permetin un acostament progressiu a la comunitat, a través de l'obtenció de certificats homologats. A més a més, cal poder introduir les TIC dins de l'àrea laboral i formativa per a poder generar paral·lelismes amb les condicions de la comunitat. Aquest enfocament té com a objectiu millorar les oportunitats d'ocupació i formació per a les dones privades de llibertat.
4. **Oferta d'activitats d'oci diferents:** Aquesta proposta destaca la importància de repensar les activitats d'oci i l'ocupació del temps per a

les dones empresonades, amb l'objectiu de millorar el seu benestar emocional. Permetrà el desenvolupament d'habilitats útils que potenciïn el benestar emocional, així com la confiança en elles mateixes i la millora de l'autoestima. De la mateixa manera, els permet conèixer noves activitats o re-connectar amb antigues aficions, tot fomentant un entorn més enriquidor i sanador.

5. **Revisió del sistema de sancions en les dones i potenciar la seguretat relacional:** Els expedients disciplinaris de les dones acostumen a estar vinculats amb la seva simptomatologia i per dificultats interpersonals que puguin experimentar. D'altra banda hem pogut veure com en aquelles dones que han viscut experiències traumàtiques, els règims d'aïllament poden retraumatitzar i/o augmentar simptomatologia posttraumàtica, així com augmentar la possibilitat d'autolesions no suïcides i d'intents autolítics. També, s'ha vist com en ocasions, algunes dones busquen ser sancionades amb la intencionalitat de sortir dels mòduls ordinaris, aspecte que respon a la necessitat d'incloure mòduls de convivència específics. D'altra banda, es suggereix la revisió dels efectes de les sancions i es planteja la qüestió de si sempre han d'implicar una aturada de la cadena permissiva o si han de tenir altres repercussions, com la disminució de les visites ordinàries o de convivència, especialment quan es troben en mòduls d'aïllament o en primers graus.
6. **Potenciar la cooperació i el consens entre PCP, ETEP, CAS, entitats externes:** Aquesta proposta reitera els mateixos principis plantejats a la proposta 4 de l'apartat que recull les propostes als equips de l'ESMiA. Es destaca la importància de tenir el suport de les direccions dels centres per implementar aquesta proposta, ja que implica una redistribució de la dedicació i les funcions dels equips. Per altra banda, es fa èmfasi en la necessitat que els equips coneguin les entitats externes i les seves funcions per proporcionar una atenció més adequada a les dones que reben visites de diversos/es professionals i per poder derivar-les adequadament a les entitats que poden oferir suport.
7. **Potenciar recursos intermedis de reinserció:** Des de l'arribada al centre, la mirada ha d'estar posada en la futura reinserció i, per aquest

motiu, les actuacions han d'anar enfocades a aquest objectiu. Les dones destaquen sentir impotència i desconeixement en aquesta part del procés, aspecte que augmenta el malestar emocional i en ocasions la simptomatologia clínica. Cal posar èmfasi en millorar la comunicació i la informació proporcionada a les dones sobre els seus plans de treball, amb l'objectiu de potenciar el seu poder d'agència i fer-les sentir participants del seu propi procés. La seva veu és imprescindible en l'elaboració dels plans de reinserció i de cara a la vinculació a recursos intermedis. Aquest procés ha de ser amb acompanyament i assessorament, potenciant la vinculació amb l'exterior, tant bon punt les dates de compliment de la condemna ho permetin, aspecte que permetrà treballar *in situ* les dificultats que sorgeixin amb el contacte a la comunitat.

#### **8. Mantenir criteris de funcionament similars entre centres**

**penitenciaris:** Les particularitats de cada centre penitenciari no poden evitar-se i el context de cadascun d'ells pot donar lloc a diferents modes d'atenció. Malgrat que certa variabilitat és esperada, la proposta subratlla la necessitat de revisar i gestionar adequadament aquestes diferències. Les dades mostren que algunes variables presenten diferències notables entre centres, i aquesta variabilitat pot ser atribuïda a la manca d'exploració d'alguns àmbits. Les pròpies dones destaquen la disparitat que hi ha entre les activitats d'un centre i un altre i fins i tot expressen estrès davant el canvi.

#### **1. Estabilitzar equips i reforçar la importància del vincle terapèutic:**

Aquesta proposta destaca la importància de valorar l'impacte positiu del vincle terapèutic en el procés de les dones privades de llibertat. Apunta que el canvi constant de professionals pot generar estrès, desconfiança, impotència o indefensió en aquestes dones. Per tant, la proposta fa una crida a minimitzar els moviments continus dels i les professionals per tal de preservar aquest vincle terapèutic, que és percebut com un factor beneficiós per a les dones en el seu procés.

#### **2. Revisar model d'atenció a mares:** S'ha vist que la maternitat és quelcom que no pot passar desapercbut quan es parla de dones privades de llibertat. Per un costat, parlant del departament de mares on

les dones poden conviure amb els seus fills/es de fins a tres anys, cal poder oferir atenció a la salut mental en aquelles dones que ho necessitin, així com acompanyar-les en l'adaptació a la nova situació després del part. Per una altra banda, cal tenir en compte aquelles dones mares que no conviuen amb els/les fills/es dins del centre. Concretament, s'ha de tenir present que sovint les dones són les principals cuidadores dels i les menors i, que l'entrada a la presó, genera un trencament de la vinculació. Per aquest motiu, cal acompanyar en el malestar que això comporta a les dones privades de llibertat, així com poder tenir en compte la importància de mantenir un contacte regular familiar, potenciant els vis a vis de convivència i les trucades i/o videotrucades amb major regularitat. Tanmateix, tant bon punt sigui possible pel compliment de la condemna, cal afavorir les trobades a l'exterior amb els fills/es. Per últim, no es pot perdre de vista les dones que tenen els fills tutelats per protecció a la infància. En aquest cas, cal poder oferir les eines i vies de comunicació amb els i les professionals referents de DGAIA i EAIA, així com poder atendre al malestar que aquesta situació comporta.

3. **Reduir totes les variables d'estrès evitable:** Al igual que s'ha esmentat a la proposta nombre 8 de les propostes relacionades amb els ETEP, hi ha diversos aspectes del dia a dia de les dones que generen un estrès evitable. Qüestions com la manca de privacitat en diversos espais, en forma d'interrupcions constants a les visites, fa difícil mantenir la confidencialitat. A més a més, la rigidesa regimental en el temps i nombre de trucades, així com l'espai poc adient on es porten a terme, genera molta distracció, soroll, i manca d'intimitat.
4. **Dispensació de medicació nit després del sopar:** Fa referència a la mateixa proposta que es presenta al punt 11 de les propostes relacionades amb el programa de salut mental i drogodependències.
5. **Anàlisi d'ítems del RisCanvi afegint criteris dinàmics:** Es proposa que revisar el RisCanvi en relació amb la qualificació de les autolesions i la consideració del risc associat, ja que en ocasions es considera intencionalitat suïcida quan no n'hi ha, i això genera confusió en el risc de la persona. L'ús d'una perspectiva de gènere és crucial, ja que les

dones poden experimentar les autolesions de manera diferent i les raons darrere d'aquest comportament poden ser influïdes per factors específics de gènere. Ajustar els ítems i la ponderació per reflectir adequadament els factors de risc relacionats amb les dones és essencial per garantir una avaluació precisa. Així mateix, integrar una anàlisi d'ítems dinàmics que tingui en compte el canvi i el procés terapèutic pot proporcionar una visió més completa del risc i del progrés de les persones. Aquesta revisió podria incloure la identificació d'ítems que reflecteixin els canvis en la salut mental, la participació en programes de tractament i altres factors dinàmics rellevants.

**6. Potenciar contacte amb l'exterior com a font de benestar**

**emocional:** El contacte amb la família, amistats i la comunitat s'ha descrit com un aspecte crucial per a la rehabilitació i la reinserció, especialment en el cas de les dones. Cal tenir present, com s'ha descrit a l'ítem 10, la vinculació amb els fills i filles menors a través dels vis a vis de convivència i de les videotrucades en el cas de les mares que tenen els fills a un altre país. Dins d'aquesta proposta, es destaca el cost associat a les trucades i videotrucades, que sovint no són assumibles per a les dones. Això implica que es quedin sense mantenir contacte amb l'exterior o que obtinguin un ingrés d'indigència que correspon a 5€ setmanals. A més a més, el cost de les trucades no nacionals encara augmenta encara més, dificultant econòmicament la seva sostenibilitat. .

**7. Igualar oferta d'activitats i formacions a les dones que es troben a presons d'homes:** És imprescindible poder garantir l'accés igualitari a la oferta formativa, laboral i d'oci.

**Taula 36. Propostes relacionades amb formació**

Propostes relacionades amb FORMACIÓ						
Propostes	L	D	VD	OP	GT	
<b>1</b> Formació en perspectiva de gènere	12	1	2	3	1	
<b>2</b> Formació en trauma i en atenció informada de trauma/ entorns psicològicament informats	10	6		1	2	
<b>3</b> Formació en medicació de conflictes	2	1				1
<b>4</b> Formació en salut mental i benestar emocional	5	1	3	1	3	

L, Literatura; D, Dades; VD, Veus de les Dones; OP, Opinions dels i de les Professionals; GT, Grup de Treball.

1. **Formació en perspectiva de gènere:** Aquesta proposta és transversal i aplicable a tots els agents que intervenim amb dones privades de llibertat i, com s'ha pogut veure durant tot l'informe, també integra tot l'esmentat anteriorment. No es pot entendre ni atendre les necessitats de les dones sense tenir present que aquestes difereixen de les dels homes i que, per tal de poder-ho fer, s'ha d'integrar la perspectiva de gènere. Incloure la perspectiva de gènere a tots els i les professionals ens pot permetre dimensionar els problemes de salut mental de les dones, entendre les necessitats específiques que requereixen una adaptació del medi, comprendre les situacions de risc i les de protecció per afavorir la reinserció i disminuir el risc de reincidència. També pot facilitar la oferta de formacions, oportunitats laborals i oci que afavoreixin l'ocupació significativa, atendre a les afectacions a la salut mental, detectar les experiències traumàtiques, així com realitzar un anàlisi i intervenció més exhaustiva entorn a la drogodependència. Incloure aquesta perspectiva pot fer-nos conscients de l'estigma i els eixos d'opressió d'aquestes dones, permetent-nos veure què les ha portat fins els centres i, sobretot, intervenir sota una perspectiva de no judici cap a elles. Poder incloure aquesta perspectiva tindrà un efecte beneficiós comú i transversal per tots els processos d'adaptació, intervenció, millora de la seguretat, reducció dels expedients disciplinaris, promoció de la reinserció i del desistiment delictiu, entre d'altres.
2. **Formació en trauma i en atenció informada de trauma/ entorns psicològicament informats:** Aquesta proposta queda explicada de forma més detallada a l'apartat 1.2.7.1.. L'AIT implica la formació i atenció de tot el personal entorn al trauma per tal de ser sensibles i conèixer què és el trauma, quines intervencions són més respectuoses i com es pot evitar la revictimització de les dones. Oferint espais d'interacció segurs i respectuosos. Posant de relleu 4 eixos principals, les 4E: (a) educar, (b) empatitzar, (c) explicar i (d) empoderar (Mollard & Brage Hudson, 2016).
3. **Formació en mediació de conflictes:** Donat que les relacions interpersonals i les dificultats en aquestes són factors presents i rellevants que tenen a veure, no només amb l'entrada al centre



penitenciari i les comissions delictives, sinó també en els processos d'adaptació al centre, els ED i els processos de reinserció, s'ha de poder incloure formació i espais que afavoreixin la resolució i mediació de conflictes, no només als i les professionals, sinó que també a totes les dones ateses.

4. **Formació en salut mental i benestar emocional:** L'atenció de les dones en l'àrea de salut mental no només recau sobre l'abordatge d'aquelles que compten amb un diagnòstic de TMG, sinó que implica la promoció del benestar emocional en totes elles. Aspecte que requereix conèixer aquells factors i variables que interaccionen amb el benestar i malestar emocional per poder ser sensibles a elles i poder detectar-les amb major facilitat. També implicarà major coneixement sobre com petits canvis poden beneficiar i millorar l'estada de les dones als centres penitenciaris. Part d'aquesta formació ha d'incloure la identificació de totes les variables que componen l'estrès evitable, així com la proposta d'alternatives accessibles per a tots/es puguin disminuir-les.

## 8.1. Priorització de les propostes

Aquest apartat ha estat creat amb l'objectiu de posicionar les propostes seguint un ordre de prioritització que respon a dues dimensions que es consideren importants a tenir en compte. Per una banda, la rellevància de la proposta i per altra banda la susceptibilitat de la modificació, com mostra la taula següent:

**Taula 37. Matriu de prioritització**

Matriu de prioritització		
Criteri	Puntuació	Escala
Rellevància de la proposta	1-4	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Baixa</li> <li>2. Mitja</li> <li>3. Notable</li> <li>4. Alta</li> </ol>
Susceptibilitat de la modificació	1-5	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Molt difícil</li> <li>2. Difícil</li> <li>3. Modificable amb molt d'esforç</li> <li>4. Modificable amb un esforç acceptable</li> <li>5. Fàcil solució</li> </ol>

Rellevància de la proposta: Es tindrà en compte el nombre de fonts d'informació en que es sustenta la proposta, així com en el nombre d'evidències.

Es puntuarà 1 si només hi ha evidència en una font d'informació.

Es puntuarà 2 si hi ha evidència en 2 fonts d'informació.

Es puntuarà 3 si hi ha evidència en 3 fonts d'informació.

Es puntuarà 4 si hi ha evidència en 4 o més fonts d'informació.

Susceptibilitat de la modificació: Grau en què es considera que aconseguir una millora o modificació és possible amb un grau d'esforç assumible per part dels i les professionals, i/o de les institucions. Rebria una puntuació baixa quan es requereix una inversió de personal o de recursos econòmics que actualment no estan disponibles. Rebria una puntuació elevada una proposta assolible amb un petit esforç per part dels i les professionals corresponents.

Totes les propostes s'han puntuat en base al criteri de rellevància de la proposta (RP), mentre que només les propostes relacionades amb el Programa de Salut Mental i Drogodependències, s'han puntuat també en relació amb el criteri de susceptibilitat de la modificació. La prioritització d'aquestes propostes s'ha realitzat per part de dos grups de professionals. Per una banda, el grup de treball ha puntuat les propostes assolint un grau d'acord entre tots els membres. Per altra banda, s'ha sol·licitat a la Sra. Maria Ribas, adjunta a la Direcció de SJD i responsable de l'Àrea Penitenciària i de Justícia Juvenil; al Sr. Jesús Pérez, referent clínic de la UHPP-C i de l'equip d'ESMiA de Brians 1 i al Sr. Jaume Martínez, referent clínic dels equips ESMiA de Dones de Barcelona, Quatre Camins i Joves, que puntuessin cadascuna de les propostes del Programa de Salut Mental i Drogodependències i s'ha agrupat la puntuació. La suma de les dues dimensions ha permès prioritzar les propostes i pot consultar-se en detall a l'annex 6.

La resta de grups de propostes només s'han valorat en relació amb la rellevància de la proposta i s'ha evitat puntuar en base a la susceptibilitat de la modificació, donat que no es compta amb el coneixement ni la informació necessària per a complimentar-la. Tanmateix, es convida a que es pugui valorar

aquesta dimensió per part dels agents corresponents. Un cop sumades les puntuacions s'ha establert el següent ordre de prioritització:

**Taula 38. Propostes relacionades amb els programes de salut mental i drogodependències segons matriu prioritització**

<b>Propostes relacionades amb els programes de SALUT MENTAL (PCP) i DROGODEPENDÈNCIES</b>	
1r	Revisar procediment de derivació
1r	Potenciar la cooperació i el consens entre ESMiA, ETEP, CAS, entitats externes
1r	Intervenir sota perspectiva de gènere i interseccional
1r	Revisar bianualment la codificació de diagnòstics incorporant factors de risc
1r	Poder informar de la programació de visites
1r	Millorar en el traspàs de casos degut a canvi de CP
1r	Potenciar recursos de transició a la llibertat i un cop estiguin en llibertat definitiva
2n	Avaluar trauma i intervenir-hi de forma transversal
2n	Intervenir activament sobre el desistiment delictiu
3r	Revisar tractament farmacològic vs. terapèutic
4rt	Revisar configuració i distribució dels equips
5è	Potenciar la realització de grups terapèutics
5è	Treball adherència al tractament
6è	Major facilitat per prescriure nous fàrmacs

**Taula 39. Propostes relacionades amb els centres penitenciaris i els seus equips (ETEP) segons matriu prioritització**

<b>Propostes relacionades amb CENTRES PENITENCIARIS I ELS SEUS EQUIPS (ETEP)</b>	
1r	Presentar-se i iniciar vincle durant la primera setmana
1r	Augmentar seguiment i centrar-lo en les necessitats individualitzades de les dones
1r	Individualitzar els programes de tractament que es realitzen amb perspectiva de gènere
1r	Iniciar procés de reinserció amb antelació
1r	Fomentar eines i espais per donar veu a les dones
1r	Augmentar sensibilitat respecte experiències traumàtiques
1r	Reduir estrès evitable
2n	Poder explicar el rol de cada professional i els drets i deures de les dones
3r	Incloure professional de referència

**Taula 40. Propostes relacionades amb centres directius i direcció general d'afers penitenciaris segons matriu prioritització**

<b>Propostes relacionades amb CENTRES DIRECTIUS I DIRECCIÓ GENERAL D'AFERS PENITENCIARIS</b>	
1r	Revisió sistema classificació interior

<b>1r</b>	Millora dels espais
<b>1r</b>	Revisió ofertes laborals i formatives
<b>1r</b>	Oferta d'activitats d'oci diferents
<b>1r</b>	Revisió sistema sancions dones i potenciar seguretat relacional
<b>1r</b>	Major coordinació entre SM-ETEP-Entitats externes
<b>1r</b>	Potenciar recursos intermedis de reinserció
<b>1r</b>	Estabilitzar equips de treball i reforçar la importància del vincle terapèutic
<b>1r</b>	Revisar model atenció mares
<b>1r</b>	Reduir totes les variables d'estrès evitable
<b>1r</b>	Potenciar contacte amb l'exterior com a font de benestar emocional
<b>2n</b>	Dispensació medicació nit després sopar
<b>2n</b>	Anàlisis ítems RisCanvi afegint criteris dinàmics
<b>2n</b>	Mantenir criteris de funcionament similars entre CP
<b>3r</b>	Igualar oferta d'activitats i formacions a les dones que es troben en presons d'homes

**Taula 41. Propostes relacionades amb la formació segons matriu prioritziació**

<b>Propostes relacionades amb LA FORMACIÓ</b>	
<b>1r</b>	Formació en perspectiva de gènere
<b>1r</b>	Formació en trauma i en atenció informada de trauma/ entorns psicològicament informats
<b>1r</b>	Formació en salut mental i benestar emocional
<b>3r</b>	Formació en medicació de conflictes

## 9. Referències bibliogràfiques

- Abate, A., Marshall, K., Sharp, C., & Venta, A. (2017). Trauma and Aggression: Investigating the Mediating Role of Mentalizing in Female and Male Inpatient Adolescents. *Child Psychiatry and Human Development*, 48(6), 881-890. <https://doi.org/10.1007/s10578-017-0711-6>
- Agllias, K. (2004). Women in corrections: A call to social work. *Australian Social Work*, 57(4), 331-342. <https://doi.org/10.1111/j.0312-407X.2004.00163.x>
- Aguilar Conde, A. (2020). Análisis del clima social percibido por las mujeres en prisión desde una perspectiva feminista. *International e-journal of criminal sciences*, 15, 8.
- Ahalt, C., Haney, C., Rios, S., Fox, M. P., Farabee, D., & Williams, B. (2017). Reducing the use and impact of solitary confinement in corrections. *International Journal of Prisoner Health*, 13(1), 41-48. <https://doi.org/10.1108/IJPH-08-2016-0040>
- Ahmed, R., Angel, C., Martel, R., Pyne, D., & Keenan, L. (2016). Access to healthcare services during incarceration among female inmates. *International Journal of Prisoner Health*, 12(4), 204-215. <https://doi.org/10.1108/IJPH-04-2016-0009>
- Alarid, L. F., & Vega, O. L. (2010). Identity construction, self perceptions, and criminal behavior of incarcerated women. *Deviant Behavior*, 31(8), 704-728. <https://doi.org/10.1080/01639620903415943>
- Allard, T., Stewart, A., Smith, C., Dennison, S., Chrzanowski, A., & Thompson, C. (2014). The monetary cost of offender trajectories: Findings from Queensland (Australia). *Australian & New Zealand Journal of Criminology*, 47(1), 81-101. <https://doi.org/10.1177/0004865813503350>

- Almeda, E. (2005). Women's imprisonment in Spain. *Punishment & Society*, 7(2), 183-199. <https://doi.org/10.1177/1462474505050442>
- Álvarez Pérez, R., Mimbbrero Mallado, C., Delgado Baena, J., López Usero, B., Bonachera Espino, P., & Díaz Quintero, M. L. (2021). *Mujeres, prisión y drogodependencias: La realidad de las mujeres con problemas de drogodependencias en las cárceles de Andalucía*. Consejería de Salud y Familias, Junta de Andalucía.  
<https://rio.upo.es/xmlui/handle/10433/11174>
- Alves, J., Maia, Â., & Teixeira, F. (2016). Health Conditions Prior to Imprisonment and the Impact of Prison on Health: Views of Detained Women. *Qualitative Health Research*, 26(6), 782-792.  
<https://doi.org/10.1177/1049732315617217>
- Añaños Bedriñana, K. G., González, F., & Gil Cantero, F. (2021). Medio penitenciario y la protección de los derechos humanos de las personas con discapacidad. Perspectiva desde las mujeres. *Psychology, Society & Education*, 13(2), Article 2. <https://doi.org/10.25115/psye.v13i2.3467>
- Aranda-Hughes, V., & Mears, D. P. (2023). Solitary Confinement and Prison Personnel: Emotional numbing as a response to work in extended restrictive housing\*. *Incarceration*, 4, 26326663231160351.  
<https://doi.org/10.1177/26326663231160351>
- Área de Cárceles de la APDHA. (2020). *Informe sobre la situación de las mujeres presas. Tratamiento y derechos de las mujeres privadas de libertad en los centros penitenciarios de España y Andalucía*. Asociación Pro Derechos Humanos Andalucía (APDHA).  
<https://apdha.org/media/Informe-APDHA-situacion-mujer-presa-web.pdf>

- Arostegui Santamaría, E., & Martínez Redondo, P. (2018). *Mujeres y drogas. Manual para la prevención de recaídas con perspectiva de género*. Editorial Deusto.
- Asencio, E. K., & Burke, P. J. (2011). Does incarceration change the criminal identity? A synthesis of labeling and identity theory perspectives on identity change. *Sociological Perspectives*, 54(2), 163-182.  
<https://doi.org/10.1525/sop.2011.54.2.163>
- Australian Bureau of Statistics. (2020). *Prisoners in Australia*. Australian Bureau of Statistics. <https://www.abs.gov.au/statistics/people/crime-and-justice/prisoners-australia/2020#data-downloads>
- Baillargeon, J., Binswanger, I. A., Penn, J. V., Williams, B. A., & Murray, O. J. (2009). Psychiatric disorders and repeat incarcerations: The revolving prison door. *The American Journal of Psychiatry*, 166(1), 103-109.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08030416>
- Baldwin, L. (2018). Motherhood disrupted: Reflections of post- prison mothers. *Emotion, Space and Society*, 26, 49-56.  
<https://doi.org/10.1016/j.emospa.2017.02.002>
- Bañuls, E., Clua García, R., Jiménez, R., & Imbernón, M. (2014). Presó, drogues i poblacions ocultes: Consum de drogues i conductes de risc per la salut en població penitenciària. *Invesbreu Criminologia*, 65, 4-7.
- Baranyi, G., Cassidy, M., Fazel, S., Priebe, S., & Mundt, A. P. (2018). Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder in Prisoners. *Epidemiologic Reviews*, 40(1), 134-145. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxx015>

- Bartlett, A., & Hollins, S. (2018). Challenges and mental health needs of women in prison. *The British Journal of Psychiatry*, 212(3), 134-136.  
<https://doi.org/10.1192/bjp.2017.42>
- Batastini, A. B., Davis, R. M., Jones, A. C. T., & Horton, J. (2022). Treating women incarcerated in or at-risk of restrictive placements: A statement of the problem and considerations for practice. *Psychological Services*, 19(4), 648-657. <https://doi.org/10.1037/ser0000623>
- Batlle Manonelles, A. (2021). *Régimen Disciplinario y Mujeres Presas. Un Análisis Criminológico con Perspectiva de Género*. Instituto de las Mujeres.  
<https://www.inmujeres.gob.es/publicacioneselectronicas/documentacion/Documentos/DE1817.pdf>
- Black, D. W., Gunter, T., Allen, J., Blum, N., Arndt, S., Wenman, G., & Sieleni, B. (2007). Borderline personality disorder in male and female offenders newly committed to prison. *Comprehensive Psychiatry*, 48(5), 400-405.  
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.04.006>
- Bloom, B., Owen, B., & Covington, S. (2003). *Gender-Responsive Strategies: Research, Practice, and Guiding Principles for Women Offenders* (p. 146). National Institute of Justice.  
<https://s3.amazonaws.com/static.nicic.gov/Library/018017.pdf>
- Bloom, B., Owen, B., & Covington, S. S. (2005). *Gender-responsive strategies for women offenders: A summary of research, practice, and guiding principles for women offenders*. Department of Justice, National Institute of Corrections.  
<https://s3.amazonaws.com/static.nicic.gov/Library/018017.pdf>



- Bove, A., & Tryon, R. (2018). The Power of Storytelling: The Experiences of Incarcerated Women Sharing Their Stories. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 62(15), 4814-4833. <https://doi.org/10.1177/0306624X18785100>
- Bowen, R. A., Rogers, A., & Shaw, J. (2009). Medication management and practices in prison for people with mental health problems: A qualitative study. *International Journal of Mental Health Systems*, 3(1), 24. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-3-24>
- Bradley-Engen, M. S., Cuddeback, G. S., Gayman, M. D., Morrissey, J. P., & Mancuso, D. (2010). Trends in state prison admission of offenders with serious mental illness. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 61(12), 1263-1265. <https://doi.org/10.1176/ps.2010.61.12.1263>
- Bright, A.-M., Higgins, A., & Grealish, A. (2022). Women's experiences of prison-based mental healthcare: A systematic review of qualitative literature. *International Journal of Prisoner Health*, 19(2), 181-198. <https://doi.org/10.1108/IJPH-09-2021-0091>
- Brooker, C., Syson-Nibbs, L., Barrett, P., & Fox, C. (2009). Community managed offenders' access to healthcare services: Report of a pilot study. *Probation Journal*, 56(1), 45-59. <https://doi.org/10.1177/0264550509102401>
- Butcher, S. E. (2006). Narrative as a Teaching Strategy. *Journal of Correctional Education*, 57(3), 195-208.
- Cambron, C., Gringeri, C., & Vogel-Ferguson, M. B. (2014). Physical and mental health correlates of adverse childhood experiences among low-

income women. *Health & Social Work*, 39(4), 221-229.

<https://doi.org/10.1093/hsw/hlu029>

Campos-Rius, J., Serra Payeras, P., Sebastiani Obrador, E. M., Hinojosa Alcalde, I., Bantulà Janot, J., & Moragas Rovira, M. (2022). *Situació de les dones a les presons catalanes en relació a l'oferta actual d'activitat físico-esportiva des d'una perspectiva de gènere*. Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada (CEJFE).

<https://recercat.cat//handle/2072/521704>

Caravaca-Sánchez, F., Falcón Romero, M., & Luna, A. (2015). Prevalencia y predictores del consumo de sustancias psicoactivas entre varones en prisión. *Gaceta Sanitaria*, 29(5), 358-363.

<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.06.005>

Caravaca-Sánchez, F., Fearn, N. E., Vidovic, K. R., & Vaughn, M. G. (2019). Female Prisoners in Spain: Adverse Childhood Experiences, Negative Emotional States, and Social Support. *Health & Social Work*, 44(3), 157-166. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlz013>

Carson, E. A., & BJS Statistician. (2020). *Prisoners in 2019*. U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Statistics;

<https://bjs.ojp.gov/content/pub/pdf/p19.pdf>.

Caulfield, L. S. (2016). Counterintuitive findings from a qualitative study of mental health in English women's prisons. *International Journal of Prisoner Health*, 12(4), 216-229. <https://doi.org/10.1108/IJPH-05-2016-0013>

Central Statistics Office. (2019). *Prison Recidivism 2011 and 2012 Cohorts*.

Central Statistics Office; CSO.

<https://www.cso.ie/en/releasesandpublications/ep/p-prior/prisonrecidivism2011and2012cohorts/>

Cerneka, H. (2017). «We will not be invisible» Women and solitary confinement in the U.S. *Wisconsin Journal of Law, Gender & Society*, 26.

Christian, J., Barzano, P., Pfeiffer, S., Rodriguez, M. N., Salah, E., Granger-Brown, A., & Chamass Saunier, M. (2015). *Training curriculum on Women and Imprisonment, Version 1.0*. United Nations.

[https://www.unodc.org/documents/ropan/Manuales/Training\\_Curriculum\\_on\\_Women\\_and\\_Imprisonment\\_v1.pdf](https://www.unodc.org/documents/ropan/Manuales/Training_Curriculum_on_Women_and_Imprisonment_v1.pdf)

Clark, K. (2018). The Effect of Mental Illness on Segregation Following Institutional Misconduct. *Criminal Justice and Behavior*, 45(9), 1363-1382. <https://doi.org/10.1177/0093854818766974>

Collier, S., & Friedman, S. H. (2016). Mental Illness Among Women Referred for Psychiatric Services in a New Zealand Women's Prison. *Behavioral Sciences & the Law*, 34(4), 539-550. <https://doi.org/10.1002/bsl.2238>

Coohey, C., & Easton, S. D. (2016). Distal Stressors and Depression among Homeless Men. *Health & Social Work*, 41(2), 111-119. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlw008>

Cooper, J., Kapur, N., Webb, R., Lawlor, M., Guthrie, E., Mackway-Jones, K., & Appleby, L. (2005). Suicide after deliberate self-harm: A 4-year cohort study. *The American Journal of Psychiatry*, 162(2), 297-303. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.2.297>

Covington, S. S. (2015). *Beyond Violence: A Prevention Program for Criminal Justice-Involved Women, Participant Workbook*. John Wiley & Sons.

- Covington, S. S., & Bloom, B. (2007). Gender Responsive Treatment and Services in Correctional Settings. *Women & Therapy, 29*(3-4), 9-33.  
[https://doi.org/10.1300/J015v29n03\\_02](https://doi.org/10.1300/J015v29n03_02)
- Craissati, J., Joseph, N., & Skett, S. (2020). *Practitioner guide: Working with people in the criminal justice system showing personality difficulties*. HM Prison and Probation Service and NHS England.  
<https://www.gov.uk/government/publications/working-with-offenders-with-personality-disorder-a-practitioners-guide>
- Creación Positiva. (2022). *Recursos y circuitos para cuidar nuestra Salud Sexual en el contexto penitenciario*. Departament de Justícia, Generalitat de Catalunya. <https://www.creacionpositiva.org/wp-content/uploads/2022/11/circuitos-salud-sexual-prision-cast-web.pdf>
- Crewe, B., Hulley, S., & Wright, S. (2017). The Gendered Pains of Life Imprisonment. *The British Journal of Criminology, 57*(6), 1359-1378.  
<https://doi.org/10.1093/bjc/azw088>
- Critoph, S. (2019). *The rehabilitation and social reintegration of women prisoners. Implementation of the Bangkok Rules*. Penal Reform International (PRI) & Prison Reform Trust UK (PRT).  
[https://cdn.penalreform.org/wp-content/uploads/2019/05/PRI\\_Rehabilitation-of-women-prisoners\\_WEB.pdf](https://cdn.penalreform.org/wp-content/uploads/2019/05/PRI_Rehabilitation-of-women-prisoners_WEB.pdf)
- Critoph, S., Talbot, J., Prais, V., & Rope, O. (2020). *Women in prison: Mental health and well-being. A guide for prison staff*. Penal Reform International (PRI) & Prison Reform Trust UK (PRT). <https://cdn.penalreform.org/wp->

content/uploads/2020/02/PRI-Women-in-prison-and-mental-well-being.pdf

Cuadra, L. E., Jaffe, A. E., Thomas, R., & DiLillo, D. (2014). Child maltreatment and adult criminal behavior: Does criminal thinking explain the association? *Child Abuse & Neglect*, *38*(8), 1399-1408.

<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.02.005>

de Vogel, V., de Bruijn, M., Klein Haneveld, E., Leong, J., Robbe, E., Steunenbergh, D., Verhees, M., & Vissers, A. (2023). *Treating women in clinical forensic mental health care. A guide* (p. 18). Kwaliteit Forensische Zorg (KFZ).

Douglas, N., Plugge, E., & Fitzpatrick, R. (2009). The impact of imprisonment on health: What do women prisoners say? *Journal of Epidemiology and Community Health*, *63*(9), 749-754.

<https://doi.org/10.1136/jech.2008.080713>

Dowd, L. S., Leisring, P. A., & Rosenbaum, A. (2005). Partner Aggressive Women: Characteristics and Treatment Attrition. *Violence and Victims*, *20*(2), 219-233. <https://doi.org/10.1891/vivi.2005.20.2.219>

Dudeck, M., Susic-Vasic, Z., Otte, S., Rasche, K., Leichauer, K., Tippelt, S., Shenar, R., Klingner, S., Vasic, N., & Streb, J. (2016). The association of adverse childhood experiences and appetitive aggression with suicide attempts and violent crimes in male forensic psychiatry inpatients.

*Psychiatry Research*, *240*, 352-357.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.073>

Elisha, E., Idisis, Y., & Ronel, N. (2012). Window of opportunity: Social acceptance and life transformation in the rehabilitation of imprisoned sex

- offenders. *Aggression and Violent Behavior*, 17(4), 323-332.  
<https://doi.org/10.1016/j.avb.2012.03.004>
- Elliott, D. E., Bjelajac, P., Fallot, R. D., Markoff, L. S., & Reed, B. G. (2005). Trauma-Informed or Trauma-Denied: Principles and Implementation of Trauma-Informed Services for Women. *Journal of Community Psychology*, 33(4), 461-477. <https://doi.org/10.1002/jcop.20063>
- Enck, S. M., & McDaniel, B. A. (2015). "I Want Something Better for My Life": Personal Narratives of Incarcerated Women and Performances of Agency. *Text and Performance Quarterly*, 35(1), 43-61.  
<https://doi.org/10.1080/10462937.2014.975271>
- Enggist, S., Møller, L., Galea, G., & Udesen, C. (2014). *Prisons and health*. World Health Organization. Regional Office for Europe.  
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/128603>
- Erickson, B. J., & Young, M. E. (2010). Group Art Therapy With Incarcerated Women. *Journal of Addictions & Offender Counseling*, 31(1), 38-51.  
<https://doi.org/10.1002/j.2161-1874.2010.tb00065.x>
- Evans, S. E., Steel, A. L., Watkins, L. E., & DiLillo, D. (2014). Childhood Exposure to Family Violence and Adult Trauma Symptoms: The Importance of Social Support from a Spouse. *Psychological trauma : theory, research, practice and policy*, 6(5), 527-536.  
<https://doi.org/10.1037/a0036940>
- Fazel, S., & Benning, R. (2009). Suicides in female prisoners in England and Wales, 1978-2004. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 194(2), 183-184.  
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.046490>

- Fazel, S., Grann, M., Kling, B., & Hawton, K. (2011). Prison suicide in 12 countries: An ecological study of 861 suicides during 2003–2007. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(3), 191-195.  
<https://doi.org/10.1007/s00127-010-0184-4>
- Fazel, S., Hayes, A. J., Bartellas, K., Clerici, M., & Trestman, R. (2016). Mental health of prisoners: Prevalence, adverse outcomes, and interventions. *The Lancet. Psychiatry*, 3(9), 871-881. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30142-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30142-0)
- Fazel, S., & Seewald, K. (2012). Severe mental illness in 33,588 prisoners worldwide: Systematic review and meta-regression analysis. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 200(5), 364-373.  
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.096370>
- Fedock, G. L. (2017). Women's psychological adjustment to prison: A review for future social work directions. *Social Work Research*, 41(1), 31-42.
- Felton, J. W., Hailemariam, M., Richie, F., Reddy, M. K., Edukere, S., Zlotnick, C., & Johnson, J. E. (2020). Preliminary Efficacy and Mediators of Interpersonal Psychotherapy for reducing Posttraumatic Stress Symptoms in an Incarcerated Population. *Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research*, 30(2), 239-250.  
<https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1587192>
- Few-Demo, A. L., & Arditti, J. A. (2014). Relational Vulnerabilities of Incarcerated and Reentry Mothers: Therapeutic Implications. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 58(11), 1297-1320. <https://doi.org/10.1177/0306624X13495378>

- Ford, J. D., Chapman, J., Connor, D. F., & Cruise, K. R. (2012). Complex Trauma and Aggression in Secure Juvenile Justice Settings. *Criminal Justice and Behavior*, 39(6), 694-724.  
<https://doi.org/10.1177/0093854812436957>
- Foy, D. W., Ritchie, I. K., & Conway, A. H. (2012). Trauma exposure, posttraumatic stress, and comorbidities in female adolescent offenders: Findings and implications from recent studies. *European Journal of Psychotraumatology*, 3, 10.3402/ejpt.v3i0.17247.  
<https://doi.org/10.3402/ejpt.v3i0.17247>
- Friedman, S. H., Tamburello, A. C., Kaempf, A., & Hall, R. C. W. (2019). Prescribing for Women in Corrections. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, 47(4), 476-485.  
<https://doi.org/10.29158/JAAPL.003885-19>
- Fryer, L. J. (2006). Silenced Voices: Stories of Incarcerated Women. *Women's Studies*, 35(6), 545-565. <https://doi.org/10.1080/00497870600809756>
- Galán Casado, D., Ramos-Ábalos, E. M., Turbi Pinazo, Á., & Añaños Bedriñana, F. T. (2021). Salud mental y consumo de drogas en prisiones españolas. Una perspectiva de género. *Psychology, Society & Education*, 13(1), Article 1. <https://doi.org/10.25115/psye.v1i1.3478>
- García-Vita, M. M., Añaños-Bedriñana, F. T., & Fernández-Sánchez, M. P. (2017). Emotional well-being amongst female inmates in prisons: The relevance of their addictive history and their country of origin. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 19(3), 79-86.
- Gascón, G. (2020). *Special directive 20-08, sentencing enhancements/allegations.*



<https://da.lacounty.gov/sites/default/files/pdf/SPECIAL-DIRECTIVE-20-08.pdf>

Geiger, B., & Fischer, M. (2005). Naming Oneself Criminal: Gender Difference in Offenders' Identity Negotiation. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 49(2), 194-209.

<https://doi.org/10.1177/0306624X04270552>

Giarratano, P., Ford, J. D., & Nochajski, T. H. (2020). Gender Differences in Complex Posttraumatic Stress Symptoms, and Their Relationship to Mental Health and Substance Abuse Outcomes in Incarcerated Adults. *Journal of Interpersonal Violence*, 35(5-6), 1133-1157.

<https://doi.org/10.1177/0886260517692995>

Giordano, P. C. (2014). Gender, Crime, and Desistance: Toward a Theory of Cognitive Transformation. En J. A. Humphrey & P. Cordella (Eds.), *Effective Interventions in the Lives of Criminal Offenders* (pp. 41-62).

Springer. [https://doi.org/10.1007/978-1-4614-8930-6\\_3](https://doi.org/10.1007/978-1-4614-8930-6_3)

Giordano, P. C., Cernkovich, S. A., & Rudolph, J. L. (2002). Gender, Crime, and Desistance: Toward a Theory of Cognitive Transformation. *American Journal of Sociology*, 107(4), 990-1064. <https://doi.org/10.1086/343191>

Girshick, L. B. (1999). Book Review: Criminal Women. *Criminal Justice Review*, 24(2), 196-197. <https://doi.org/10.1177/073401689902400213>

Gobeil, R., Blanchette, K., & Stewart, L. (2016). A Meta-Analytic Review of Correctional Interventions for Women Offenders: Gender-Neutral Versus Gender-Informed Approaches. *Criminal Justice and Behavior*, 43(3), 301-322. <https://doi.org/10.1177/0093854815621100>

- Gómez-Figueroa, H., & Camino-Proaño, A. (2022). Mental and behavioral disorders in the prison context. *Revista Española De Sanidad Penitenciaria*, 24(2), 66-74. <https://doi.org/10.18176/resp.00052>
- Gordaliza, A., & Markez, I. (2022). Trastornos del límite, un reto para los equipos técnicos penitenciarios: El derecho a la salud integral de las personas privadas de libertad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 42(141), 159-168. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352022000100010>
- Goswami, H. (2012). Social Relationships and Children's Subjective Well-Being. *Social Indicators Research*, 107(3), 575-588. <https://doi.org/10.1007/s11205-011-9864-z>
- Green, B. L., Dass-Brailsford, P., Hurtado de Mendoza, A., Mete, M., Lynch, S. M., DeHart, D. D., & Belknap, J. (2016). Trauma experiences and mental health among incarcerated women. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 8(4), 455-463. <https://doi.org/10.1037/tra0000113>
- Greenfield, E. A., & Marks, N. F. (2010). Identifying experiences of physical and psychological violence in childhood that jeopardize mental health in adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 34(3), 161-171. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.08.012>
- Grella, C. E., Scott, C. K., & Foss, M. A. (2005). Gender differences in long-term drug treatment outcomes in Chicago PETS. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28 Suppl 1, S3-12. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2004.08.008>
- Gunter, T. D., Chibnall, J. T., Antoniak, S. K., McCormick, B., & Black, D. W. (2012). Relative Contributions of Gender and Traumatic Life Experience

to the Prediction of Mental Disorders in a Sample of Incarcerated Offenders. *Behavioral Sciences & the Law*, 30(5), 615-630.

<https://doi.org/10.1002/bsl.2037>

Hagan, B. O., Wang, E. A., Aminawung, J. A., Albizu-Garcia, C. E., Zaller, N., Nyamu, S., Shavit, S., Deluca, J., & Fox, A. D. (2018). History of Solitary Confinement Is Associated with Post-Traumatic Stress Disorder Symptoms among Individuals Recently Released from Prison. *Journal of Urban Health : Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 95(2), 141-148. <https://doi.org/10.1007/s11524-017-0138-1>

Halsey, M. (2018). Child Victims As Adult Offenders: Foregrounding the Criminogenic Effects of (Unresolved) Trauma and Loss. *The British Journal of Criminology*, 58(1), 17-36. <https://doi.org/10.1093/bjc/azw097>

Harner, H., Hanlon, A. L., & Garfinkel, M. (2010). Effect of Iyengar yoga on mental health of incarcerated women: A feasibility study. *Nursing Research*, 59(6), 389-399.

<https://doi.org/10.1097/NNR.0b013e3181f2e6ff>

Harris, L. T., & Harris Review panel. (2015). *Changing Prisons, Saving Lives Report of the Independent Review into Self-inflicted Deaths in Custody of 18-24 year olds*.

<https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a80a950ed915d74e622fba3/moj-harris-review-web-accessible.pdf>

Harris, M., & Fallot, R. D. (2001). *Using trauma theory to design service systems* (p. 103). Jossey-Bass/Wiley.

Hawton, K., Linsell, L., Adeniji, T., Sariaslan, A., & Fazel, S. (2014). Self-harm in prisons in England and Wales: An epidemiological study of prevalence,

- risk factors, clustering, and subsequent suicide. *Lancet (London, England)*, 383(9923), 1147-1154. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62118-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62118-2)
- Hean, S. (2015). Strengthening the links between practice and education in the development of collaborative competence frameworks. En *Interprofessional education in Europe: Policy and practice*. Garant.
- Hean, S., Ødegård, A., & Willumsen, E. (2017). Improving collaboration between professionals supporting mentally ill offenders. *International Journal of Prisoner Health*, 13(2), 91-104. <https://doi.org/10.1108/IJPH-12-2016-0072>
- Hean, S., Walsh, E., & Hammick, M. (2016). Training to Improve Collaborative Practice: A Key Component of Strategy to Reduce Mental Ill Health in the Offender Population. En J. Winstone (Ed.), *Mental Health, Crime and Criminal Justice: Responses and Reforms* (pp. 242-265). Palgrave Macmillan UK. [https://doi.org/10.1057/9781137453884\\_14](https://doi.org/10.1057/9781137453884_14)
- Hean, S., Willumsen, E., Ødegård, A., & Bjørkly, S. (2015). Using Social Innovation as a Theoretical Framework to Guide Future Thinking on Facilitating Collaboration Between Mental Health and Criminal Justice Services. *International Journal of Forensic Mental Health*, 14(4), 280-289. <https://doi.org/10.1080/14999013.2015.1115445>
- Henry, B. F. (2020a). Adversity, Mental Health, and Substance Use Disorders as Predictors and Mediators of Rule Violations in U.S. Prisons. *Criminal Justice and Behavior*, 47(3), 271-289. <https://doi.org/10.1177/0093854819896844>

- Henry, B. F. (2020b). Typologies of Adversity in Childhood & Adulthood as Determinants of Mental Health and Substance Use Disorders of Adults Incarcerated in US Prisons. *Child abuse & neglect*, 99, 104251. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104251>
- Henry, B. F. (2022). Disparities in use of disciplinary solitary confinement by mental health diagnosis, race, sexual orientation and sex: Results from a national survey in the United States of America. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 32(2), 114-123. <https://doi.org/10.1002/cbm.2240>
- Herman, J. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377-391. <https://doi.org/10.1002/jts.2490050305>
- Herman, J. (2015). *Trauma and recovery: The aftermath of violence—from domestic abuse to political terror* (pp. ix, 326). Basic Books.
- Hodges, S. D., & Klein, K. J. K. (2001). Regulating the costs of empathy: The price of being human. *The Journal of Socio-Economics*, 30(5), 437-452. [https://doi.org/10.1016/S1053-5357\(01\)00112-3](https://doi.org/10.1016/S1053-5357(01)00112-3)
- Hofman, N. L., Hahn, A. M., Tirabassi, C. K., & Gaher, R. M. (2016). Social support, emotional intelligence, and posttraumatic stress disorder symptoms: A mediation analysis. *Journal of Individual Differences*, 37(1), 31-39. <https://doi.org/10.1027/1614-0001/a000185>
- Irish Prison Service. (2019). *Yearly Statistics*. Irish Prison Service. <https://www.irishprisons.ie/information-centre/statistics-information/yearly-statistics/>
- Jacobs, L. A., & Giordano, S. N. J. (2018). "It's Not Like Therapy": Patient-inmate perspectives on jail psychiatric services. *Administration and policy*

*in mental health*, 45(2), 265-275. <https://doi.org/10.1007/s10488-017-0821-2>

Jenkins, R., Bhugra, D., Meltzer, H., Singleton, N., Bebbington, P., Brugha, T., Coid, J., Farrell, M., Lewis, G., & Paton, J. (2005). Psychiatric and social aspects of suicidal behaviour in prisons. *Psychological Medicine*, 35(2), 257-269. <https://doi.org/10.1017/s0033291704002958>

Jewkes, Y., Jordan, M., Wright, S., & Bendelow, G. (2019). Designing 'Healthy' Prisons for Women: Incorporating Trauma-Informed Care and Practice (TICP) into Prison Planning and Design. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(20), Article 20. <https://doi.org/10.3390/ijerph16203818>

Juanatey Dorado, C. (2018). Delincuencia y población penitenciaria femeninas: Situación actual de las mujeres en prisión en España. *Revista electrónica de ciencia penal y criminología*, 20, 10.

Kahle, L. L., & Rosenbaum, J. (2021). What staff need to know: Using elements of gender-responsive programming to create safer environments for system-involved LGBTQ girls and women. *Criminal Justice Studies: A Critical Journal of Crime, Law & Society*, 34(1), 1-15. <https://doi.org/10.1080/1478601X.2020.1786281>

Kane, J. M. (2007). Treatment Adherence and Long-Term Outcomes. *CNS Spectrums*, 12(S17), 21-26. <https://doi.org/10.1017/S1092852900026304>

Kane, J. M., Leucht, S., Carpenter, D., Docherty, J. P., & Expert Consensus Panel for Optimizing Pharmacologic Treatment of Psychotic Disorders. (2003). The expert consensus guideline series. Optimizing pharmacologic treatment of psychotic disorders. Introduction: Methods,

- commentary, and summary. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 64 Suppl 12, 5-19.
- Karatzias, T., Hyland, P., Bradley, A., Cloitre, M., Roberts, N. P., Bisson, J. I., & Shevlin, M. (2019). Risk factors and comorbidity of ICD-11 PTSD and complex PTSD: Findings from a trauma-exposed population based sample of adults in the United Kingdom. *Depression and Anxiety*, 36(9), 887-894. <https://doi.org/10.1002/da.22934>
- Karlsson, M. E., & Zielinski, M. J. (2020). Sexual Victimization and Mental Illness Prevalence Rates Among Incarcerated Women: A Literature Review. *Trauma, violence & abuse*, 21(2), 326-349. <https://doi.org/10.1177/1524838018767933>
- Kelly, S., & Bunting, J. (1998). Trends in suicide in England and Wales, 1982-96. *Population Trends*, 92, 29-41.
- Kendall-Tackett, K., & Klest, B. (2009). Causal Mechanisms and Multidirectional Pathways Between Trauma, Dissociation, and Health. *Journal of Trauma & Dissociation*, 10(2), 129-134. <https://doi.org/10.1080/15299730802624510>
- Kennedy, S. C., Mennicke, A. M., & Allen, C. (2020). 'I took care of my kids': Mothering while incarcerated. *Health & Justice*, 8(1), 12. <https://doi.org/10.1186/s40352-020-00109-3>
- Kenning, C., Cooper, J., Short, V., Shaw, J., Abel, K., & Chew-Graham, C. (2010). Prison staff and women prisoner's views on self-harm; their implications for service delivery and development: A qualitative study. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 20(4), 274-284. <https://doi.org/10.1002/cbm.777>

- Ketelle, D. (2010). The Ground They Walk On: Photography and Narrative Inquiry. *The Qualitative Report*, 15(3), 535-568.  
<https://doi.org/10.46743/2160-3715/2010.1164>
- Kim, J.-H., Ann, J.-H., & Kim, M.-J. (2010). The relationship between depressive symptoms and subjective well-being in newly admitted patients with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 51(2), 165-170.  
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2009.05.004>
- Kodner, D. L., & Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated care: Meaning, logic, applications, and implications--a discussion paper. *International Journal of Integrated Care*, 2, e12. <https://doi.org/10.5334/ijic.67>
- Kolb, A., & Palys, T. (2018). Playing the Part: Pseudo-Families, Wives, and the Politics of Relationships in Women's Prisons in California. *The Prison Journal*, 98(6), 678-699. <https://doi.org/10.1177/0032885518811809>
- Kubiak, S. P., Brenner, H., Bybee, D., Campbell, R., & Fedock, G. (2018). Reporting Sexual Victimization During Incarceration: Using Ecological Theory as a Framework to Inform and Guide Future Research. *Trauma, Violence, & Abuse*, 19(1), 94-106.  
<https://doi.org/10.1177/1524838016637078>
- Kubiak, S. P., Fedock, G., Tillander, E., Kim, W. J., & Bybee, D. (2014). Assessing the feasibility and fidelity of an intervention for women with violent offenses. *Evaluation and Program Planning*, 42, 1-10.  
<https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2013.08.001>
- Kubiak, S. P., & Rose, I. M. (2007). Trauma and posttraumatic stress disorder in inmates with histories of substance use. In *Handbook of forensic mental*



- health with victims and offenders: Assessment, treatment, and research* (pp. 445-466). Springer Publishing Company.
- Kuester, L., Freestone, M., Seewald, K., Rathbone, R., & Bhui, K. (2022). *Evaluación de los entornos planificados con información psicológica (PIPE). Evaluación de los cinco primeros años* (Serie Analítica 2022 del Ministerio de Justicia). HM Prison and Probation Service.  
<http://www.justice.gov.uk/publications/research-and-analysis/moj>
- Labrecque, R. M., & Smith, P. (2019). Reducing Institutional Disorder: Using the Inmate Risk Assessment for Segregation Placement to Triage Treatment Services at the Front End of Prison Sentences. *Crime & Delinquency*, 65(1), 3-25. <https://doi.org/10.1177/0011128717748946>
- Laws, B. (2021). Segregation Seekers: An Alternative Perspective on the Solitary Confinement Debate. *The British Journal of Criminology*, 61(6), 1452-1468. <https://doi.org/10.1093/bjc/azab032>
- Levenson, J. S., & Willis, G. M. (2019). Implementing trauma-informed care in correctional treatment and supervision. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 28(4), 481-501.  
<https://doi.org/10.1080/10926771.2018.1531959>
- Lima, G. M. B. de, Pereira Neto, A. de F., Amarante, P. D. de C., Dias, M. D., & Ferreira Filha, M. de O. (2013). Mulheres no cárcere: Significados e práticas cotidianas de enfrentamento com ênfase na resiliência. *Saúde em Debate*, 37, 446-456.
- Logan, C., & Blackburn, R. (2009). Mental disorder in violent women in secure settings: Potential relevance to risk for future violence. *International*

*Journal of Law and Psychiatry*, 32(1), 31-38.

<https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2008.11.010>

Mahoney, A. M., & Daniel, C. A. (2006). Bridging the Power Gap: Narrative Therapy With Incarcerated Women. *The Prison Journal*, 86(1), 75-88.  
<https://doi.org/10.1177/0032885505283879>

Martel, J. (2001). Telling the Story: A Study in the Segregation of Women Prisoners. *Social Justice*, 28(1 (83)), 196-215.

Martin Fortunato, G. (2015). *Dones i Presó: Descobrint els programes de reinserció des d'una mirada feminista*. Institut de ciències polítiques i socials (ICPS). <https://www.icps.cat/archivos/CiPdigital/cip-i11martinfortunato.pdf?noga=1>

Martínez Perza, C., Quesada Arroyo, P., de Miguel Calvo, E., Dzvonkovska, N., & Nieto Rodríguez, L. (2022). *Situación de las personas con adicciones en las prisiones españolas. Una visión con perspectiva de género*. Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente (UNAD). [https://www.unad.org/ARCHIVO/documentos/biblioteca/1676366563\\_2023\\_01\\_16\\_estudio\\_prisiones\\_version\\_digital.pdf](https://www.unad.org/ARCHIVO/documentos/biblioteca/1676366563_2023_01_16_estudio_prisiones_version_digital.pdf)

Martínez Redondo, P. (2010). *Extrañándonos de lo 'normal'. Reflexiones feministas para la intervención con mujeres drogodependientes*. Horas y horas. [https://www.generoydrogodependencias.org/wp-content/uploads/2015/09/Extranandonos\\_de\\_lo\\_normal.pdf](https://www.generoydrogodependencias.org/wp-content/uploads/2015/09/Extranandonos_de_lo_normal.pdf)

Marzano, L., Hawton, K., Rivlin, A., & Fazel, S. (2011). Psychosocial influences on prisoner suicide: A case-control study of near-lethal self-harm in women prisoners. *Social Science & Medicine*, 72(6), 874-883.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.12.028>

- Matheson, F. I., Daoud, N., Hamilton-Wright, S., Borenstein, H., Pedersen, C., & O'Campo, P. (2015). Where Did She Go? The Transformation of Self-Esteem, Self-Identity, and Mental Well-Being among Women Who Have Experienced Intimate Partner Violence. *Women's Health Issues: Official Publication of the Jacobs Institute of Women's Health*, 25(5), 561-569. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2015.04.006>
- McCann, L. J., Peden, J., Phipps, E., Plugge, E., & O'Moore, E. J. (2019). Developing gender-specific evidence-based standards to improve the health and wellbeing of women in prison in England: A literature review and modified eDelphi survey. *International Journal of Prisoner Health*, 16(1), 17-28. <https://doi.org/10.1108/IJPH-02-2019-0010>
- Mechanic, M. B., Weaver, T. L., & Resick, P. A. (2008). Mental health consequences of intimate partner abuse: A multidimensional assessment of four different forms of abuse. *Violence Against Women*, 14(6), 634-654. <https://doi.org/10.1177/1077801208319283>
- Mertens, A., & Vander Laenen, F. (2020). Pains of Imprisonment Beyond Prison Walls: Qualitative Research With Females Labelled as Not Criminally Responsible. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 64(13-14), 1343-1363. <https://doi.org/10.1177/0306624X19875579>
- Messias, E., Chen, C.-Y., & Eaton, W. W. (2007). Epidemiology of Schizophrenia: Review of Findings and Myths. *The Psychiatric clinics of North America*, 30(3), 323-338. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2007.04.007>
- Messina, N., Calhoun, S., & Braithwaite, J. (2014). Trauma-informed treatment decreases posttraumatic stress disorder among women offenders.

*Journal of Trauma & Dissociation: The Official Journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD)*, 15(1), 6-23.

<https://doi.org/10.1080/15299732.2013.818609>

Messina, N., Grella, C., Burdon, W., & Prendergast, M. (2007). Childhood Adverse Events and Current Traumatic Distress: A Comparison of Men and Women Drug-Dependent Prisoners. *Criminal Justice and Behavior*, 34(11), 1385-1401. <https://doi.org/10.1177/0093854807305150>

Messina, N., & Schepps, M. (2021). Opening the proverbial 'can of worms' on trauma-specific treatment in prison: The association of adverse childhood experiences to treatment outcomes. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28(5), 1210-1221. <https://doi.org/10.1002/cpp.2568>

Mezzina, R. (2022). La pena y la cura. Servicios de salud mental en Italia después del cierre de los hospitales psiquiátricos judiciales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 42(141), 227-249. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352022000100015>

Mignon, S. I., & Ransford, P. (2012). Mothers in prison: Maintaining connections with children. *Social Work in Public Health*, 27(1-2), 69-88. <https://doi.org/10.1080/19371918.2012.630965>

Miller, N. A., & Najavits, L. M. (2012). Creating trauma-informed correctional care: A balance of goals and environment. *European Journal of Psychotraumatology*, 3. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v3i0.17246>

Mills, A., Lathlean, J., Bressington, D., Forrester, A., Van Veenhuyzen, W., & Gray, R. (2011). Prisoners' experiences of antipsychotic medication: Influences on adherence. *The Journal of Forensic Psychiatry &*

*Psychology*, 22(1), 110-125.

<https://doi.org/10.1080/14789949.2010.509804>

Ministry of Justice. (2019). *Statistics on Women and the Criminal Justice*

*System 2019*. Ministry of Justice.

[https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/938360/statistics-on-women-and-the-criminal-justice-system-2019.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/938360/statistics-on-women-and-the-criminal-justice-system-2019.pdf)

Miranda Seixas Einloft, F., Kopittke, L., Thais Guterres Dias, M., Luana Veriato

Schultz, Á., Maria Dotta, R., & Maria Tannhauser Barros, H. (2023). The use of benzodiazepines and the mental health of women in prison: A cross-sectional study. *Scientific Reports*, 13, 4491.

<https://doi.org/10.1038/s41598-023-30604-0>

Mitchell, O., Wilson, D. B., & MacKenzie, D. L. (2012). The Effectiveness of Incarceration-Based Drug Treatment on Criminal Behavior: A Systematic Review. *Campbell Systematic Reviews*, 8(1), i-76.

<https://doi.org/10.4073/csr.2012.18>

Molina-Coloma, V., Salaberría, K., Pérez, J. I., & Kendall-Tackett, K. (2022).

Traumatic events, psychological symptoms, and aggression in male and female prisoners. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 14(3), 480-487. <https://doi.org/10.1037/tra0001039>

Mollard, E., & Brage Hudson, D. (2016). Nurse-Led Trauma-Informed

Correctional Care for Women. *Perspectives in Psychiatric Care*, 52(3), 224-230. <https://doi.org/10.1111/ppc.12122>

Morash, M., Adams, E. A., Goodson, M. V., & Cobbina, J. E. (2020). Prison

Experiences and Identity in Women's Life Stories: Implications for

- Reentry. En *Beyond Recidivism* (pp. 151-171). New York University Press. <https://doi.org/10.18574/nyu/9781479862726.003.0008>
- Muela, A., Aliri, J., Presa, B., & Gorostiaga, A. (2020). Randomised controlled trial of a treatment adherence programme for prisoners with mental health problems in Spain. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 30(1), 6-15. <https://doi.org/10.1002/cbm.2142>
- Naber, D., Moritz, S., Lambert, M., Pajonk, F. G., Holzbach, R., Mass, R., & Andresen, B. (2001). Improvement of schizophrenic patients' subjective well-being under atypical antipsychotic drugs. *Schizophrenia Research*, 50(1-2), 79-88. [https://doi.org/10.1016/s0920-9964\(00\)00166-3](https://doi.org/10.1016/s0920-9964(00)00166-3)
- Noelle-Neumann, E. (1974). The Spiral of Silence A Theory of Public Opinion. *Journal of Communication*, 24(2), 43-51. <https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.1974.tb00367.x>
- Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. (2018). *Central de Resultats. Àmbit de salut mental i addiccions. Dades 2017*. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.  
[https://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/osscc\\_central\\_resultats/informes/fitxers\\_estatics/Central\\_resultats\\_salut\\_mental\\_dades\\_2017.pdf](https://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/osscc_central_resultats/informes/fitxers_estatics/Central_resultats_salut_mental_dades_2017.pdf)
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, Brime, B., Llorens, N., & Sánchez, E. (2023). *Encuesta sobre Salud y Consumo de Drogas en Población Interna en Instituciones Penitenciarias (ESDIP 2022)*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad.

- Ødegård, A. M. (2007). Therapeutic Jurisprudence: The Impact of Mental Health Courts on the Criminal Justice System. *North Dakota Law Review*, 83, 225.
- O'Donnell, I. (2023). *Prison Life. Pain, Resistance, and Purpose*. NYU Press.
- Ogloff, J. R. P. (2002). Identifying and Accommodating the Needs of Mentally Ill People in Gaols and Prisons. *Psychiatry, Psychology and Law*, 9(1), 1-33. <https://doi.org/10.1375/pplt.2002.9.1.1>
- O'Hagan, A., & Wilson, M. (2018). Women and substance abuse: Gender-specific social, biological and psychological differences and treatment considerations. *Forensic Research & Criminology International Journal*, Volume 6(Issue 2). <https://doi.org/10.15406/frcij.2018.06.00189>
- Owen, B., Wells, J., & Pollock, J. (2017). *In Search of Safety: Confronting Inequality in Women's Imprisonment*. University of California Press.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2008). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, S(1), 3-36. <https://doi.org/10.1037/1942-9681.S.1.3>
- Paul, L. A., Felton, J. W., Adams, Z. W., Welsh, K., Miller, S., & Ruggiero, K. J. (2015). Mental Health Among Adolescents Exposed to a Tornado: The Influence of Social Support and Its Interactions With Sociodemographic Characteristics and Disaster Exposure. *Journal of Traumatic Stress*, 28(3), 232-239. <https://doi.org/10.1002/jts.22012>
- Plugge, E., Douglas, N., & Fitzpatrick, R. (2008). Patients, prisoners, or people? Women prisoners' experiences of primary care in prison: a qualitative study. *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal*

- College of General Practitioners*, 58(554), 630-636.  
<https://doi.org/10.3399/bjgp08X330771>
- Polaschek, D. L. L. (2019). The psychology of violent offending. En *The Wiley international handbook of correctional psychology* (pp. 185-205). Wiley Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781119139980.ch12>
- Pollack, S. (2004). Anti-oppressive Social Work Practice with Women in Prison: Discursive Reconstructions and Alternative Practices. *The British Journal of Social Work*, 34(5), 693-707.
- Pratt, D., Appleby, L., Piper, M., Webb, R., & Shaw, J. (2010). Suicide in recently released prisoners: A case-control study. *Psychological Medicine*, 40(5), 827-835. <https://doi.org/10.1017/S0033291709991048>
- Pritchard, A. J., Jordan, C. E., & Jones, L. (2014). A Qualitative Comparison of Battered Women's Perceptions of Service Needs and Barriers Across Correctional and Shelter Contexts. *Criminal Justice and Behavior*, 41(7), 844-861. <https://doi.org/10.1177/0093854813515238>
- Public Health England. (2018). *Gender Specific Standards to Improve Health and Wellbeing for Women in Prison in England*. Public Health England. [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/687146/Gender\\_specific\\_standards\\_for\\_women\\_in\\_prison\\_to\\_improve\\_health\\_and\\_wellbeing.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/687146/Gender_specific_standards_for_women_in_prison_to_improve_health_and_wellbeing.pdf)
- Rivlin, A., Hawton, K., Marzano, L., & Fazel, S. (2013). Psychosocial Characteristics and Social Networks of Suicidal Prisoners: Towards a Model of Suicidal Behaviour in Detention. *PLOS ONE*, 8(7), e68944. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0068944>



- Roos, L. E., Afifi, T. O., Martin, C. G., Pietrzak, R. H., Tsai, J., & Sareen, J. (2016). Linking typologies of childhood adversity to adult incarceration: Findings from a nationally representative sample. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 86(5), 584-593. <https://doi.org/10.1037/ort0000144>
- Ruiz Narezo, M., & Santibañez Gruber, R. (2014). Presó, drogues i educació social. *Educació social. Revista d'intervenció socioeducativa*, 57, Article 57. <https://doi.org/10.34810/EducacioSocialn57id278607>
- Saltzburg, S. (2007). Narrative Therapy Pathways for Re-authoring with Parents of Adolescents Coming-out as Lesbian, Gay, and Bisexual. *Contemporary Family Therapy*, 29(1), 57-69. <https://doi.org/10.1007/s10591-007-9035-1>
- Sangalang, C. C., & Gee, G. C. (2012). Depression and anxiety among Asian Americans: The effects of social support and strain. *Social Work*, 57(1), 49-60. <https://doi.org/10.1093/sw/swr005>
- Sangoi, L. K., & Goshin, L. S. (2014). Women and Girls' Experiences Before, During, and After Incarceration: A Narrative of Gender-based Violence, and an Analysis of the Criminal Justice Laws and Policies that Perpetuate this Narrative. *UCLA Journal of Gender and Law*, 20(2). <https://doi.org/10.5070/L3202021355>
- Schick, V., Roth, I., Link, A., & Welch, A. (2020). The nuanced relationship between adverse childhood experiences and recidivism risk scores among women leaving jail: A preliminary exploration. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 30(5), 221-227. <https://doi.org/10.1002/cbm.2162>

- Severson, R. E. (2019). Gender Differences in Mental Health, Institutional Misconduct, and Disciplinary Segregation. *Criminal Justice and Behavior*, 46(12), 1719-1737. <https://doi.org/10.1177/0093854819869039>
- Shaw, J., Baker, D., Hunt, I. M., Moloney, A., & Appleby, L. (2004). Suicide by prisoners. National clinical survey. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 184, 263-267. <https://doi.org/10.1192/bjp.184.3.263>
- Sheehan, R., & Trotter, C. (2018). *Women's Transitions from Prison. The Post-Release Experience*. Routledge.
- Shelton, D., Ehret, M. J., Wakai, S., Kapetanovic, T., & Moran, M. (2010). Psychotropic medication adherence in correctional facilities: A review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(7), 603-613. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01587.x>
- Shelton, D., Maruca, A. T., & Wright, R. (2020). Nursing in the American Justice System. *Archives of Psychiatric Nursing*, 34(5), 304-309. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.07.019>
- Siennick, S. E., Brown, J. M., Mears, D. P., & Clayton, J. (2023). A Within-Person Test of the Impact of Extended Solitary Confinement on Mental Health Functioning and Service Use. *Criminal Justice and Behavior*, 50(4), 459-479. <https://doi.org/10.1177/00938548221131953>
- Silver, E., Felson, R. B., & Vaneseltine, M. (2008). The relationship between mental health problems and violence among criminal offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 35(4), 405-426. <https://doi.org/10.1177/0093854807312851>

- Slotboom, A.-M., Kruttschnitt, C., Bijleveld, C., & Menting, B. (2011). Psychological well-being of incarcerated women in the Netherlands: Importation or deprivation? *Punishment & Society*, *13*(2), 176-197. <https://doi.org/10.1177/1462474510396313>
- Smith, A. J., Benight, C. C., & Cieslak, R. (2013). Social support and postdeployment coping self-efficacy as predictors of distress among combat veterans. *Military Psychology*, *25*(5), 452-461. <https://doi.org/10.1037/mil0000013>
- Stanley, I. H., Hom, M. A., Chu, C., Dougherty, S. P., Gallyer, A. J., Spencer-Thomas, S., Shelef, L., Fruchter, E., Comtois, K. A., Gutierrez, P. M., Sachs-Ericsson, N. J., & Joiner, T. E. (2019). Perceptions of Belongingness and Social Support Attenuate PTSD Symptom Severity Among Firefighters: A Multi-Study Investigation. *Psychological services*, *16*(4), 543-555. <https://doi.org/10.1037/ser0000240>
- Stephenson, T., Leaman, J., O'Moore, É., Tran, A., & Plugge, E. (2021). Time out of cell and time in purposeful activity and adverse mental health outcomes amongst people in prison: A literature review. *International Journal of Prisoner Health*, *17*(1), 54-68. <https://doi.org/10.1108/IJPH-06-2020-0037>
- Subdirección General de Información Sanitaria. (2021). *Salud mental en datos: Prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria. BDCAP Series 2*. Ministerio de Sanidad. [https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud\\_mental\\_datos.pdf](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf)

- Talvi, S. J. A. (2007). *Women Behind Bars: The Crisis of Women in the U.S. Prison System*. Seal Press.
- Taylor, S., Burke, L., Millings, M., & Ragonese, E. (2017). Transforming Rehabilitation during a penal crisis: A case study of Through the Gate services in a resettlement prison in England and Wales. *European Journal of Probation*, 9(2), 115-131.  
<https://doi.org/10.1177/2066220317706438>
- Thomas, K., Wilson, J. L., Bedell, P., & Morse, D. S. (2019). "They didn't give up on me": A women's transitions clinic from the perspective of re-entering women. *Addiction Science & Clinical Practice*, 14(1), 12.  
<https://doi.org/10.1186/s13722-019-0142-8>
- Thomson, N. D., Moeller, F. G., Amstadter, A. B., Svikis, D., Perera, R. A., & Bjork, J. M. (2020). The Impact of Parental Incarceration on Psychopathy, Crime, and Prison Violence in Women. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 64(10-11), 1178-1194.  
<https://doi.org/10.1177/0306624X20904695>
- Traver Edo, D. (2022). Desigualdad, interseccionalidad y cuidados: La opacidad de género en el sistema penitenciario. En *De amuletos y artificios. Reflexiones situadas en clave feminista desde Terapia Ocupacional*. Editorial Fundación La Hendija.
- Tyler, N., Miles, H. L., Karadag, B., & Rogers, G. (2019). An updated picture of the mental health needs of male and female prisoners in the UK: Prevalence, comorbidity, and gender differences. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 54(9), 1143-1152.  
<https://doi.org/10.1007/s00127-019-01690-1>

- van der Kolk, B. (2023). *El cuerpo lleva la cuenta* (3.<sup>a</sup> ed.). Editorial Eleftheria.
- Van Hout, M. C., & Mhlanga-Gunda, R. (2018). Contemporary women prisoners health experiences, unique prison health care needs and health care outcomes in sub Saharan Africa: A scoping review of extant literature. *BMC International Health and Human Rights*, 18(1), 31.  
<https://doi.org/10.1186/s12914-018-0170-6>
- Vilhjalmsdottir, A., Halldorsdottir, S., & Sigurdardottir, S. (2023). Women's Lived Experience of the Interconnectedness of Trauma, Substance Use, and Prison. *Journal of Forensic Nursing*, 19(1), 3.  
<https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000413>
- Vince, C., & Evison, E. (2021). *Invisible Women: Understanding women's experiences of long-term imprisonment*. Prison Reform Trust (PRT).  
[http://www.prisonreformtrust.org.uk/wp-content/uploads/2022/02/invisible\\_women.pdf](http://www.prisonreformtrust.org.uk/wp-content/uploads/2022/02/invisible_women.pdf)
- Vince, C., & Evison, E. (2023). *Invisible Women: Understanding women's experiences of long-term imprisonment. Briefing 2: Hope, health, and staff-prisoner relationships*. Prison Reform Trust (PRT).  
[https://prisonreformtrust.org.uk/wp-content/uploads/2023/02/Invisible\\_women\\_hope\\_health\\_relationships.pdf](https://prisonreformtrust.org.uk/wp-content/uploads/2023/02/Invisible_women_hope_health_relationships.pdf)
- Wai-Ming Mak, V., Man-Yin Ho, S., Li, W.-L., & Ka-Yan Pau, B. (2021). Relationships between hope and mental health among women in prison. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 31(2), 96-108.  
<https://doi.org/10.1002/cbm.2191>

- Walmsley, R. (2017). *World Female Imprisonment List, (4th ed.)*. *Women and girls in penal institutions, including pre-trial detainees/remand prisoners*. Institute for Criminal Policy Research, University of London.
- Weizmann-Henelius, G., Putkonen, H., Naukkarinen, H., & Eronen, M. (2009). Intoxication and violent women. *Archives of Women's Mental Health*, 12(1), 15-25. <https://doi.org/10.1007/s00737-008-0038-1>
- Welsh, M. (2015). Categories of Exclusion: The Transformation of Formerly Incarcerated Women into "Able-Bodied Adults Without Dependents" in Welfare Processing. *The Journal of Sociology & Social Welfare*, 42(2). <https://doi.org/10.15453/0191-5096.3904>
- WHO Regional Office for Europe. (2023). *Status report on prison health in the WHO European Region 2022*. World Health Organization. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289058674>
- Wickliffe, J., Kelly, P. J., Allison, M., Emerson, A., & Ramaswamy, M. (2019). Retention Strategies in Working With Justice-Involved Women. *Journal of correctional health care : the official journal of the National Commission on Correctional Health Care*, 25(3), 231-237. <https://doi.org/10.1177/1078345819853310>
- Widom, C. S. (1989). Child abuse, neglect, and adult behavior: Research design and findings on criminality, violence, and child abuse. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 59(3), 355-367. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1989.tb01671.x>
- Widom, C. S., & Ames, M. A. (1994). Criminal consequences of childhood sexual victimization. *Child Abuse & Neglect*, 18(4), 303-318. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(94\)90033-7](https://doi.org/10.1016/0145-2134(94)90033-7)

- Widom, C. S., & White, H. R. (1997). Problem behaviours in abused and neglected children grown up: Prevalence and co-occurrence of substance abuse, crime and violence. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 7(4), 287-310. <https://doi.org/10.1002/cbm.191>
- Wilson, H. W., Stover, C. S., & Berkowitz, S. J. (2009). Research review: The relationship between childhood violence exposure and juvenile antisocial behavior: A meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(7), 769-779. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01974.x>
- Wolff, N., Frueh, B. C., Shi, J., & Schumann, B. E. (2012). Effectiveness of cognitive-behavioral trauma treatment for incarcerated women with mental illnesses and substance abuse disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(7), 703-710. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.06.001>
- World Health Organisation. (2021). *10 Things to know about women in prison*. World Health Organisation. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/focus-areas/womens-health/10-things-to-know-about-women-in-prison>
- World Health Organisation, & International Committee of Red Cross. (2005). *Mental Health and Prisons: Information Sheet*. World Health Organization; International Committee of Red Cross.
- World Prison Brief. (2021). *United Kingdom: England & Wales*. World Prison Brief. <https://www.prisonstudies.org/country/united-kingdom-england-wales>

- Wulf-Ludden, T. (2013). Interpersonal relationships among inmates and prison violence. *Journal of Crime and Justice*, 36(1), 116-136.  
<https://doi.org/10.1080/0735648X.2012.755467>
- Zahl, D. L., & Hawton, K. (2004). Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: Long-term follow-up study of 11,583 patients. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 185, 70-75. <https://doi.org/10.1192/bjp.185.1.70>
- Zeng, Z. (2020). *Jail inmates in 2018* (p. 19). U.S. Department of Justice, Bureau of Justice Statistics. <https://bjs.ojp.gov/content/pub/pdf/ji18.pdf>
- Zlodre, J., & Fazel, S. (2012). All-cause and external mortality in released prisoners: Systematic review and meta-analysis. *American Journal of Public Health*, 102(12), e67-75.  
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300764>



## 10. Annexos

### Annex 1. Entrevista a les dones

L'entrevista es caracteritza per ser oberta i semiestructurada. Concretament s'elabora de manera iterativa i des d'una perspectiva de la distribució de les ocupacions diàries provinents del Marc de Treball per a la Pràctica de Teràpia ocupacional (AOTA) i de la *Canadian Occupational Performance Measure* (COPM).

1. Com es un dia qualsevol en la unitat/mòdul?
2. Quin funcionament, característiques i que t'aporten els programes i les activitats que realitzes a la UHPP/MR Dones?
3. Quina és la teva opinió envers a les ocupacions que realitzes de manera quotidiana?
4. Ocupes algun altre lloc de la presó que no sigui la UHPP/MR Dones?  
Em podries explicar les característiques de la teva participació i vivència respecte això?
5. Com definiries les teves relacions socials a dins de l'UHPP/MR Dones?
6. Com t'agradaria preparar-te per a la teva llibertat? Què fas ací per a preparar-te?

Seguidament es realitzava una revisió a mode de conversa informal sobre les diferents àrees ocupacionals i s'allargava la conversa amb totes aquelles aportacions que emergien de la pròpia reflexió i quotidianitat de les dones. Aquesta distribució es realitza per mitjà del material anteriorment nombrat (citar-lo) pròpies de la disciplina de la teràpia ocupacional.

- Cura personal:
  - o Activitats bàsiques per a la vida diària:
    - Arreglo personal i aseo
    - Higiene
    - Alimentació
    - Descans
    - Son

- Mobilitat comunitària
  - Transport públic
  - Orientació
  - Coneixement dels espais accessibles a dins de la presó
  - Tics (Google Maps, Gmail...)
  - Comunicació per a demanar ajut
- Vida comunitària
  - Cura dels altres (plantes, animals i persones (família, companys/es, amics/amigues...))
  - Comunicació i protecció social (vies de comunicació, com es transmet la comunicació, com es rep la comunicació, exploració del recorregut vital)
- Gestió i manteniment per a la salut
  - Rutines per a la salut i benestar
  - Salut física
  - Nutrició
  - Disminució de comportaments de risc
  - Assistència mèdica, medicació i adherència als tractaments
  - Demanar ajut i comunicació per a la salut
- Productivitat:
  - Treball remunerat/no remunerat
    - Interessos i activitats per a la cerca de feina (exploració d'interessos, història de vida i funcionaments establerts, influència de l'entorn)
    - Cerca i adquisició de feina (coneixement dels recursos d'inserció i formació, gestions vinculades a la feia exterior, capacitat de comunicació i exploració)
    - Rendiment en el treball (habilitats i pautes, maneig del temps, relacions amb la resta, manteniment i compliment de la normativa, capacitat per a demanar ajuda, generació de canvis)
    - Exploració i participació en tasques similars al voluntariat (exploració interessos, establiment de comunicació, rendiment i implicació)

- Gestió domèstica
  - Gestió dels espais comuns i d'intimitat (tasques, normativa i comunicacions socials)
  - Preparació del menjar i neteja (horaris, organització i comunicació)
  - Gestió econòmica (planificació setmanal, establiment de propòsits, dificultats i gestió personal)
  - Manteniment de la seguretat i resposta a l'emergència
- Educació (participació i aprenentatge en l'ambient)
  - Participació en l'educació formal u oficial (exploració interessos, coneixement i capacitat de cerca, funcionament i temporalitats, inscripcions, gestió material, coneixement del funcionament, qüestions de corresponsabilitat)
  - Exploració de les necessitats educatives informals en funció de la situació personal i dels interessos significatius (recursos d'orientació, capacitats i limitacions en la cerca autònoma i qüestions de corresponsabilitat)
- Oci
  - Oci actiu (amb moviment)
    - Exploració en el oci (coneixement de recursos, activitats significatives i coneixement d'entorns accessibles)
    - Participació en el oci (característiques, satisfacció i rendiment, capacitat de canvi i sol·licitud d'ajudes)
  - Oci passiu (sense o amb baix moviment corporal)
    - Exploració en el oci (coneixement de recursos, activitats significatives, coneixement d'entorns accessibles)
    - Participació en el oci (característiques, satisfacció i rendiment, capacitat de canvi i sol·licitud d'ajudes)
  - Relacions socials
    - Participació social en la família (situació actual, comunicació, i recorregut vital)
    - Participació social en la comunitat (capacitat en l'exploració, contactes actuals)

- Participació social amb companys/es i amics/amigues (capacitat en l'exploració d'entorns, prevenció i protecció, sol·licitud d'ajuts i acceptació de consells i suggeriments, exploració de les relacions anteriors i actuals)

## Annex 2. Qüestionari als i a les professionals

Professió: \_\_\_\_\_ Anys que fa que treballes a CP: \_\_\_\_\_

1. Com veus i què creus que podria millorar del procés d'acollida i adaptació de les dones quan entren als C.P.?
2. Quines variables del medi penitenciari creus que dificulten els processos d'adaptació?
3. Com veus i què creus que podria millorar del procés de reinserció/externació de les dones privades de llibertat?
4. Quines variables del medi penitenciari creus que poden dificultar el processos de reinserció?
5. Quina incidència creus que té la salut mental en les dones que es troben privades de llibertat?
6. Què creus que podria ajudar a millorar el benestar emocional?
7. Afegiries o canviaries alguna cosa del funcionament diari en benefici de la salut emocional?
8. Com creus que es pot abordar i intervenir en la SM i les drogodependències amb les dones privades de llibertat des d'una perspectiva de gènere i interseccional?
9. Respecte als casos d'alta complexitat des d'una perspectiva clínica - dones amb alta afectació emocional, sense conductes disruptives, amb problemàtica silenciosa com mares, dones embarassades, dones amb discapacitat, dones grans, dones trans, etc... Com creus que hi podem intervenir per tal de donar resposta a les seves necessitats específiques?

### **Annex 3. El grup de treball**

La **Gemma Escuder Romeva**, lidera de la Línia de Recerca de Salut Mental a l'Àmbit Penitenciari i Justícia Juvenil (SMAPiJJ) de Sant Joan de Déu, dins del grup de recerca consolidat MERITT. És membre del Grup de Treball i Recerca de Dona i Salut Mental (GTRDSM) de la Societat Catalana de Psiquiatria i Salut Mental. A nivell assistencial realitza la seva feina com a psicòloga, actualment, a la Unitat Hospitalària i de Rehabilitació Psiquiàtrica Intensiva de Brians 2, i prèviament, des de 2005 fins a 2022 a la Unitat d'Hospitalització Psiquiàtrica Penitenciària de Catalunya al CP Brians 1, també va formar part també de l'equip de PCP de Brians 1. Ha desenvolupat la seva tesi doctoral sobre les necessitats de la població atesa a les unitats psiquiàtriques penitenciàries de Catalunya. Realitza tasques docents sobre el medi psiquiàtric penitenciari en institucions sanitàries i de l'àmbit penal, com ara al CEJFE. Com a investigadora ha participat en múltiples estudis desenvolupats en el medi psiquiàtric penitenciari i ha liderat el *Working Group Meeting Patients Needs and Quality of Life*, representant a Espanya en el Projecte de Cooperació Europeu COST – IS 1302 “Towards an EU research framework on forensic psychiatric care” 2013-2017. Dirigeix actualment dues tesis doctorals vinculades a la salut mental de a l'àmbit penitenciari.

La **Judit Deprez Molet** és psicòloga del PCP del CP Wad Ras i de CP Quatre Camins, i dins l'àmbit de justícia juvenil atén al programa ESMiA al C.E. Els Til·lers i al C.E. Can Lluçà per part del Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Anteriorment, la Sra. Deprez va desenvolupar gran part de la seva carrera, en l'àmbit assistencial i de gestió a la major entitat d'atenció a la població penitenciària a la comunitat, la Fundació Salut i Comunitat, com a directora de pisos terapèutics d'inserció penitenciària i de pisos per a persones amb patologia dual. També coordina un Cercle de suport de CerclesCat per a persones perpetradores de violència sexual. Té formació específica en Teràpia Familiar Sistèmica, EMDR Nivell I i II, Psicoteràpia relacional i aferrament. Actualment està realitzant el Postgrau de Psicoteràpia feminista de la UB. Ha estat professora al Grau de Criminologia de la Unitat Pompeu Fabra i realitza docència al Màster de Psicopatologia Forense de la UIC.

La **Desiré Traver Edo**, és terapeuta ocupacional del PCP en el CP Brians 1 especialista en estudis de gènere i salut. Doctoranda en el Programa d'estudis de Gènere: Cultura, Societats i Polítiques per la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB). És investigadora en la Línia de Recerca de Salut Mental a l'Àmbit Penitenciari i Justícia Juvenil (SMAPiJJ) de Sant Joan de Déu, dins del grup de recerca consolidat MERITT des de l'any 2021. En concret, la seva línia d'investigació tracta d'analitzar per mitjà de la fenomenologia i l'etnografia les necessitats quotidianes i ocupacionals de les dones en una situació privada de llibertat, centrant el seu interès en el benestar emocional, la seguretat relacional i la privació ocupacional. Anteriorment, ha desenvolupat la seva pràctica professional en l'àmbit de les drogodependències, la salut mental, en el camp migratori i en justícia en l'àmbit comunitari.

La **Clara Serra Arumí** és psicòloga investigadora. Des de l'any 2017 ha realitzat col·laboracions i tasques de recerca com a investigadora en diverses institucions, principalment a l'Institut Català d'Oncologia (ICO), l'Institut de Recerca Sant Joan de Déu (IRSJD), la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB) i també la Universitat de Barcelona (UB), entre d'altres. En concret, ha desenvolupat la seva recerca centrant-se en estudiar els factors protectors, especialment psicològics i socials (com ara la resiliència, les estratègies d'afrontament, l'optimisme, i el suport social) en diferents poblacions i col·lectius, i també en diverses condicions i estats de salut, per tal de comprendre i promoure la qualitat de vida, el benestar i la recuperació de les persones. Alhora, també ha participat en l'estudi de l'estrès, les preocupacions, les experiències traumàtiques i els esdeveniments vitals estressants d'aquests grups, per tal de conèixer com prevenir els problemes de salut mental que se'n deriven. Tota aquesta recerca la realitza amb perspectiva de gènere, estudiant les diferències de sexe i la influència del gènere. També és membre del Grup de Treball i Recerca de Dona i Salut Mental (GTRDSM) de la Societat Catalana de Psiquiatria i Salut Mental des de l'any 2019.

L'**Eva Infantes López** és infermera especialista en Salut Mental del PCP de Centre Penitenciari Brians 1 de Sant Joan de Déu. Des de l'any 2001 ha desenvolupat la seva carrera especialitzant-se en la salut mental dins del medi penitenciari tant a la Unitat Polivalent de Quatre Camins com a la UHPP com a

infermera assistencial. Actualment i des de l'any 2017 desenvolupa les seves tasques d'infermera especialista en Salut Mental atenent a la població tant femenina com masculina del CP Brians 1.

La **Cèlia Cuadrado Vives**, és infermera de salut mental del PCP en l'àmbit penitenciari al C.P. de Joves i al C.P. Wad Ras. També és Infermera de la Unitat Hospitalària i de Rehabilitació Psiquiàtrica Intensiva de Brians 2. Ha realitzat múltiples formacions i màsters on destaca el Màster d'Infermeria Psiquiàtrica i Salut Mental, Màster el valor de les cures en salut mental i Expert universitari d'infermeria en el medi penitenciari. Actualment cursant el Màster de prevenció de suïcidi. Amb anterioritat era la responsable higiènic-sanitària de la Comunitat Terapèutica del Maresme i també ha realitzat assistència a unitats d'aguts, patologia dual i urgències de psiquiatria tant a l'Hospital de Mataró com a l'Hospital del Mar.

La **Maria Sans Segura** és psiquiatra del PCP del CP Brians 1 als mòduls de dones i de CP Brians 2. A més a més treballa a la Unitat Hospitalària i de Rehabilitació Psiquiàtrica Intensiva de Brians 2. Anteriorment, la Sra. Sans va formar-se i desenvolupar la gran part de la seva carrera professional a l'àmbit assistencial clínic de l'Hospital Santa Creu i Sant Pau del 2018 al 2022. Paral·lelament va assolir la titulació de Màster en Psicoteràpia Integradora de la Universitat Alcalà d'Henares el passat juny del 2023, després de tres anys de formació intensiva en aquest camp. Per últim, afegir que ha assistit a un curs d'introducció en l'aplicació de la tècnica EMDR en l'àmbit penitenciari, organitzat pel Parc Sanitari de Sant Joan de Déu, el passat mes d'octubre del 2023.

El **José Manuel Murillo López**, és psicòleg de la Unitat de Hospitalització i Rehabilitació Psiquiàtrica Intensiva del CP Brians 2 i atén al PCP de CP Joves per part del Parc Sanitari Sant Joan de Déu. La seva especialització va estar en l'àmbit forense, jurídic i sanitari. Anteriorment va desenvolupar la seva tasca en l'àmbit assistencial amb població penitenciària amb patologia dual, en centres de mesures alternatives a presó de l'àmbit privat i també a l'àmbit públic, com la Unitat MILLE de Benito Menni i el CAS d'Hospitalet. Actualment, es membre del



Grup de Treball de Psicologia Forense en l'àmbit Penal de Barcelona i  
Tarragona del Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya.

## Annex 4. Taules dades 2023

Taula 1. Seguiments segons professionals 2023

Dones seguides segons professionals						
	DB		B1		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
<b>Psiquiatria</b>	91	91,92	82	85,42	173	88,71
<b>Psicologia</b>	53	53,54%	40	41,67%	93	47,69%
<b>Infermeria</b>	30	30,30%	46	47,92%	76	38,97%
<b>TO</b>	-	-	21	21,88%	21	10,77%

DB, Centre Penitenciari de Dones de Barcelona; B1, Centre Penitenciari Brians 1; N, número de dones; %, percentatge; TO, Teràpia Ocupacional.

Taula 2. Diagnòstics principals 2023

Diagnòstic principal							
	DB		B1		TOTAL		
	N	%	N	%	N	%	
<b>T. ansietat</b>	28	28,28%	12	12,50%	40	20,51%	
<b>Toxicomania</b>	21	21,21%	32	33,33%	53	27,18%	
<b>T. depressiu</b>	18	18,18%	2	2,08%	20	10,26%	
<b>T. psicòtic</b>	10	10,10%	6	6,25%	16	8,21%	
<b>TPCB</b>	6	6,06%	22	22,92%	28	14,36%	
<b>T. Adaptatiu</b>	4	4,04%	11	11,46%	15	7,69%	
<b>TEPT</b>	3	3,03%	-	-	3	1,54%	
<b>DID</b>	3	3,03%	5	5,21%	8	4,10%	
<b>T. bipolar</b>	2	2,02%	2	2,08%	4	2,05%	
<b>TC d'impulsos</b>	2	2,02%	-	-	2	1,03%	
<b>TDAH</b>	1	1,01%	-	-	1	0,51%	
<b>Sense diagnòstic</b>	1	1,01%	-	-	1	0,51%	
<b>T. conducta</b>	-	-	2	2,08%	2	1,03%	
<b>Demència</b>	-	-	1	1,04%	1	0,51%	
<b>TPCC</b>	-	-	1	1,04%	1	0,51%	

DB, Centre Penitenciari de Dones de Barcelona; B1, Centre Penitenciari Brians 1; N, número de dones; %, percentatge; T., Trastorn; TPCB, Trastorn de la Personalitat Clúster B; TEPT, Trastorn d'Estrès Posttraumàtic; DID, Discapacitat Intel·lectual i del Desenvolupament; TC d'impulsos, Trastorn del Control d'impulsos; TDAH, Trastorn per Dèficit d'Atenció i Hiperactivitat; TPCC, Trastorn de personalitat Clúster C.

Taula 3. Diagnòstics secundaris 2023

Diagnòstic secundari						
	DB		B1		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
<b>Toxicomania</b>	26	49,06%	26	45,61%	52	47,27%
<b>T. ansietat</b>	12	22,64%	6	10,53%	18	16,36%

<b>T. depressiu</b>	6	11,32%	1	1,75%	7	6,36%
<b>TC d'impulsos</b>	3	5,66%	1	1,75%	4	3,64%
<b>DID</b>	2	3,77%	1	1,75%	3	2,73%
<b>TPCB</b>	2	3,77%	5	8,77%	7	6,36%
<b>TCA</b>	1	1,89%	3	5,26%	4	3,64%
<b>Insomni</b>	1	1,89%	1	1,75%	2	1,81%
<b>T. adaptatiu</b>			4	7,02%	4	3,64%
<b>T. psicòtic</b>			4	7,02%	4	3,64%
<b>Demència</b>			3	5,26%	3	2,73%
<b>TDAH</b>			1	1,75%	1	0,91%
<b>T. conducta</b>			1	1,75%	1	0,91%
<b>TOTAL</b>	<b>53</b>		<b>57</b>		<b>110</b>	

DB, Centre Penitenciari de Dones de Barcelona; B1, Centre Penitenciari Brians 1; N, número de dones; %, percentatge; T. Trastorn; TC d'impulsos, Trastorn del control d'impulsos; DID, Discapacitat Intel·lectual i del Desenvolupament; TPCB, Trastorn de la Personalitat Clúster B; TCA, Trastorns de la Conducta Alimentària; TDAH, Trastorn per Dèficit d'Atenció i Hiperactivitat.

**Taula 4. Situació penal 2023**

Situació penal						
	DB		B1		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
<b>Penada</b>	62	62,63	95	98,96%	157	80,51
<b>Preventiva</b>	37	37,37	1	1,04%	38	19,49

DB, Centre Penitenciari de Dones de Barcelona; B1, Centre Penitenciari Brians 1; N, número de dones; %, percentatge.

**Taula 5. Tipologia delictiva de les dones ateses al PCP 2023**

Tipologia delictiva						
	DB		B1		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
<b>C. persones</b>	30	30,30	40	41,67%	70	35,90
<b>C. propietat</b>	31	31,31	34	35,42%	65	33,33
<b>C. salut pública</b>	25	25,25	18	18,75%	43	22,05
<b>Altres</b>	12	12,12	4	4,16%	16	8,21
<b>C. seguretat trànsit</b>	1	1,01	0	0	1	0,51

PCP, Programa de Col·laboració amb Atenció Primària; DB, Centre Penitenciari de Dones de Barcelona; B1, Centre Penitenciari Brians 1; N, número de dones; %, percentatge; C. contra les/la.

**Taula 6. Diagnòstics principals segons tipologia delictiva 2023**

	Diagnòstics principals segons tipologia delictiva									
	Contra les persones		Contra la propietat		Contra la salut pública		Altres		Contra la seguretat de transit	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Tox.</b>	16	8,21	23	11,79	9	4,62	3	1,54	1	0,51

<b>T. ansietat</b>	11	5,64	12	6,15	17	8,72	1	0,51	0	0
<b>TPCB</b>	12	6,15	10	5,13	3	1,54	3	1,54	0	0
<b>T. depres.</b>	5	2,56	4	2,05	5	2,56	6	3,08	0	0
<b>T. psicòtic</b>	8	4,10	4	2,05	2	1,03	2	1,03	0	0
<b>T. adapt.</b>	6	3,08	5	2,56	4	2,05	0	0	0	0
<b>DID</b>	3	1,54	3	1,54	2	1,03	0	0	0	0
<b>T. Bipolar</b>	3	1,54	1	0,51	0	0	0	0	0	0
<b>TEPT</b>	2	1,03	0	0	1	0,51	0	0	0	0
<b>TC impul.</b>	0	0	2	1,03	0	0	0	0	0	0
<b>T. cond.</b>	1	0,51	1	0,51	0	0	0	0	0	0
<b>Demència</b>	1	0,51	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>TDAH</b>	1	0,51	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>No diagn.</b>	1	0,51	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>TPCC</b>	0	0	0	0	0	0	1	0,51	0	0

N, número de dones; %, percentatge; Tox., Toxicomania; T., Trastorn; TPCB, Trastorn de la Personalitat Clúster B; T. depres., Trastorn depressiu; T. adapt., Trastorn adaptatiu; DID, Discapacitat Intel·lectual i del Desenvolupament; TEPT, Trastorn d'Estrès Posttraumàtic; TC impul., Trastorn del Control d'impulsos; T. cond., Trastorn de conducta; TDAH, Trastorn per Dèficit d'Atenció i Hiperactivitat; No diagn., No diagnòstic; TPCC, Trastorn de la Personalitat Clúster C.

**Taula 7. RisCanvi DB 2023**

RisCanvi DB																
	I23		I28		I30		I31		I32		I35		I37		I41	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>SI</b>	28	34,57	33	40,74	25	30,86	21	25,93	20	24,69	12	14,81	37	45,68	32	39,51
<b>NO</b>	41	50,62	42	51,85	56	69,14	56	69,14	60	74,07	64	79,01	41	50,62	40	49,38
<b>?</b>	12	14,81	6	7,41	0	0	4	4,94	1	1,23	5	6,17	3	3,70	9	11,11

DB, Centre Penitenciari de Dones de Barcelona; I, Ítem; n, número de dones; %, percentatge.

**Taula 8. RisCanvi B1 2023**

RisCanvi B1																
	I23		I28		I30		I31		I32		I35		I37		I41	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>SI</b>	48	52,17	16	17,39	40	43,48	16	17,39	8	8,70	12	13,04	55	59,78	44	47,83
<b>NO</b>	31	33,70	66	71,74	43	46,74	62	67,39	80	86,96	61	66,30	27	29,35	29	31,52
<b>?</b>	13	14,13	10	10,87	9	9,78	14	15,22	4	4,35	19	20,65	10	10,87	19	20,65

B1, Centre Penitenciari Brians 1; I, Ítem; n, número de dones; %, percentatge.

**Taula 9. RisCanvi total 2023**

RisCanvi total																
	I23		I28		I30		I31		I32		I35		I37		I41	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>SI</b>	76	43,93	49	28,32	65	37,57	37	21,39	28	16,18	24	13,87	92	53,18	76	43,93
<b>NO</b>	72	41,62	108	62,43	99	57,23	118	68,21	140	80,92	125	72,25	68	39,31	69	39,88
<b>?</b>	25	14,45	16	9,25	9	5,20	18	10,40	5	2,89	24	13,87	13	7,51	28	16,18

I, Ítem; ; n, número de dones; %, percentatge.

**Taula 10. Expedients disciplinaris molt greus segons diagnòstic**

Expedients disciplinaris molt greus segons diagnòstic																
	1		2		3		4		5		6		7		No	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Demència</b>		0,00		0,00		0,00	1	0,51		0,00		0,00		0,00	0	0,00
<b>DID</b>	2	1,03	1	0,51	1	0,51		0,00		0,00		0,00		0,00	4	2,05
<b>No diag.</b>		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00	1	0,51
<b>T. Adaptatiu</b>	2	1,03		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00	13	6,67
<b>T. Ansietat</b>	7	3,59	2	1,03		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00	32	16,41
<b>T. Bipolar</b>		0,00		0,00		0,00		0,00	1	0,51		0,00		0,00	3	1,54
<b>TC impulsos</b>		0,00		0,00	2	1,03		0,00		0,00		0,00		0,00	0	0,00
<b>T. Depressiu</b>		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00	20	10,26
<b>TPCB</b>	3	1,54	2	1,03		0,00	3	1,54	1	0,51	1	0,51	3	1,54	15	7,69
<b>TPCC</b>		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00	1	0,51
<b>T. Psicòtic</b>	3	1,54		0,00	1	0,51		0,00		0,00	1	0,51		0,00	11	5,64
<b>TDAH</b>		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00	1	0,51
<b>TEPT</b>		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00	3	1,54
<b>Toxicomania</b>	12	6,15	2	1,03	2	1,03		0,00		0,00		0,00	1	0,51	35	17,95
<b>T. Conducta</b>		0,00		0,00	1	0,51		0,00		0,00		0,00		0,00	1	0,51

n, número de dones; %, percentatge; DID, Discapacitat Intel·lectual i del Desenvolupament; T., Trastorn; TC impulsos, Trastorn del control d'impulsos; TPCB, Trastorn de la Personalitat Clúster B; TPCC, Trastorn de la Personalitat Clúster C; TDAH, Trastorn per Dèficit d'Atenció i Hiperactivitat; TEPT, Trastorn d'Estrès Posttraumàtic.

**Taula 11. Expedients disciplinaris greus segons diagnòstic**

<b>Expedients disciplinaris greus segons diagnòstic %</b>																		
	<b>1</b>		<b>2</b>		<b>3</b>		<b>4</b>		<b>5</b>		<b>6</b>		<b>8</b>		<b>9</b>		<b>No</b>	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Demència</b>	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1	0,51	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>DID</b>	5	2,56	0,00	0,00	1	0,51	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>No diag.</b>	0,00	0,00	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>T. Adaptatiu</b>	2	1,03	0,00	0,00	0,00	0,00	1	0,51	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>T. Ansietat</b>	11	5,64	1	0,51	3	1,54	1	0,51	2	1,03	0,00	0,00	0,00	2	0,51	0,00	0,00	0,00
<b>T. Bipolar</b>	0,00	1	0,51	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>TC. imp.</b>	1	0,51	0,00	0,00	0,00	0,00	1	0,51	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>T. Depressiu</b>	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>TPCB</b>	3	1,54	2	1,03	4	2,05	2	1,03	1	0,51	1	0,51	2	1,03	0,00	2	1,03	0,00
<b>TPCC</b>	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>T. Psicòtic</b>	1	0,51	2	1,03	1	0,51	0,00	0,00	1	0,51	1	0,51	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>TDAH</b>	1	0,51	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>TEPT</b>	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>Toxicomania</b>	8	4,10	7	3,59	5	2,56	1	0,51	0,00	0,00	2	1,03	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>T. Conducta</b>	1	0,51	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

n, número de dones; %, percentatge; DID, Discapacitat Intel·lectual i del Desenvolupament; T., Trastorn; T.C. impulsos, Trastorn del control d'impulsos; T.P. CB, Trastorn de la Personalitat Clúster B; T.P. CC, Trastorn de la Personalitat Clúster C; TDAH, Trastorn per Dèficit d'Atenció i Hiperactivitat; TEPT, Trastorn d'Estrès Posttraumàtic.

**Taula 12. Expedients disciplinaris lleus segons diagnòstic**

<b>Expedients disciplinaris lleus segons diagnòstic</b>									
	<b>1</b>		<b>2</b>		<b>3</b>		<b>No</b>		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>Demència</b>	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,51%	
<b>DID</b>	2	1,03%	0	0,00%	0	0,00%	6	3,08%	
<b>No diagnòstic</b>	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,51%	
<b>T. adaptatiu</b>	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	15	7,69%	
<b>T. ansietat</b>	3	1,54%	2	1,03%	0	0,00%	36	18,46%	
<b>T. bipolar</b>	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	4	2,05%	
<b>TC d'impulsos</b>	1	0,51%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,51%	
<b>T. depressiu</b>	4	2,05%	0	0,00%	0	0,00%	16	8,21%	
<b>TPCB</b>	3	1,54%	0	0,00%	0	0,00%	25	12,82%	
<b>TPCC</b>	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,51%	
<b>T. psicòtic</b>	2	1,03%	1	0,51%	0	0,00%	13	6,67%	
<b>TDAH</b>	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,51%	
<b>TEPT</b>	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	3	1,54%	
<b>Toxicomania</b>	8	4,10%	0	0,00%	1	0,51%	43	22,05%	
<b>T. conducta</b>	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	2	1,03%	

N, número de dones; %, percentatge; DID, Discapacitat Intel·lectual i del Desenvolupament; T., Trastorn; TC d'impulsos, Trastorn del control d'impulsos; TPCB, Trastorn de la Personalitat

Clúster B; TPCC, Trastorn de la Personalitat Clúster C; TDAH, Trastorn per Dèficit d'Atenció i Hiperactivitat; TEPT, Trastorn d'Estrès Posttraumàtic.

## Annex 5. Propostes en funció de les necessitats detectades

Taula 13. Propostes relacionades amb els programes de salut mental (PCP) i drogodependències

Propostes relacionades amb els programes de SALUT MENTAL (PCP) i DROGODEPENDÈNCIES					
Propostes	L	D	VD	OP	GT
1	3	2			
	5	4			
	10	6	2	13	17
	15	7	4	14	
	21	10			
48	24				
2		10			34
3		8			
	45	9			
	46	17			
		24			
4		1			4
	32	21		19	6
	49	31	12	20	8
		32		21	11
					13
5	7				
	8				
	10				
	11				
	16	13			
	17	14		14	
	18	15		20	2
	19	16		21	4
	20	29			
	21	30			
	26				
37					
44					
6	1				
	2				
	10				
	11	13			
	16	14		14	1
	18	15		20	15
	19	16	17	21	30
	26	29			
	33	30			
	37				
44					
46					



			13			
7	Treball de reflexió sobre les categories diagnòstiques	37 41	18 19 26 27			14 15 16
8	Poder informar de la programació de visites		3			22 23
9	Millorar el traspàs de casos degut a canvi de CP	49	5	11	19	
10	Potenciar la realització de grups terapèutics			14		35
11	Treball adherència al tractament	4				1
12	Major facilitat per prescriure nous fàrmacs					10
13	Intervenir activament sobre el desistiment delictiu	20 26	29			28
14	Potenciar recursos de transició a la llibertat i un cop estiguin en llibertat definitiva	24 34 38 40	35	8	8 20	5

PCP, Programa de Col·laboració amb Atenció Primària; L, Literatura; D, Dades; VD, Veus de les Dones; OP, Opinions dels i de les Professionals; GT, Grup de Treball.

**Taula 14. Propostes relacionades amb els centres penitenciaris i els seus equips (ETEP)**

Propostes relacionades amb CENTRES PENITENCIARIS I ELS SEUS EQUIPS (ETEP)						
Propostes	L	D	VD	OP	GT	
1	Presentar-se i iniciar vincle durant la primera setmana	47		5	5	3
2	Poder explicar el rol de cada professional i els drets i deures de les dones	47		5	5	
3	Incloure professional de referència	21 47		5	5	
4	Augmentar seguiment i centrar-lo en les necessitats individualitzades de les dones	8 9 10 17 26 28		2 3 8	20	5 7 12 30
5	Individualitzar els programes de tractament que es realitzen amb perspectiva de gènere	1 2 10 16 17 18 19 25 29 36 37 47	2 9	1 10 17	2 20	1 12 30

<b>6</b>	Iniciar procés de reinserció amb antelació	28			
		29	3	20	5
		34	8		
<b>7</b>	Fomentar eines i espais per donar veu a les dones	11			
		23	6		21
		30	15	5	22
		31	18	9	23
		34			29
<b>8</b>	Augmentar sensibilitat respecte experiències traumàtiques	1			
		7			
		16			
		17	3	10	2
		18	3		4
		19			
		20			
		21			
<b>9</b>	Reduir estrès evitable	11	7	5	21
		23	18	7	22
					29

ETEP, Equips Tècnics d'Execució Penal; L, Literatura; D, Dades; VD, Veus de les Dones; OP, Opinions dels i de les Professionals; GT, Grup de Treball.

**Taula 15. Propostes relacionades amb els centres directius i direcció general d'afers penitenciaris**

Propostes relacionades amb CENTRES DIRECTIUS I DIRECCIÓ GENERAL D'AFERS PENITENCIARIS						
Propostes	L	D	VD	OP	GT	
<b>1</b>	Revisió sistema classificació i ubicació interior	1				7
		2			1	12
		8	28	1	15	17
		9			20	18
		38				24
						31
<b>2</b>	Millora dels espais	1				
		2				12
		7			4	17
		8		1	11	18
		9	28	9	15	21
		11		16	16	24
		38			17	21
		39				
<b>3</b>	Revisió ofertes laborals i formatives	1				
		2				
		11		2	8	
		30		3	20	27
		36				
		38				
<b>4</b>	Oferta d'activitats d'oci diferents	1		2	8	27
		2				

		11				
		30				
		36				
		1				
		2				
		4				
<b>5</b>	Revisió sistema sancions dones i potenciar seguretat relacional	6	28	7	3	7
		7		15	10	20
		8			21	24
		11				
		38				
			121			4
<b>6</b>	Potenciar la cooperació i el consens entre PCP, EMD, CAS, entitats externes	32	30		19	6
		49	31	12	20	7
			32		21	11
						13
		24				
<b>7</b>	Potenciar recursos intermedis de reinserció	34		8	8	5
		38			20	
		40				
<b>8</b>	Mantenir criteris de funcionament similars entre CP	37	30	11		
		21		5		
<b>9</b>	Estabilitzar equips de treball i reforçar la importància del vincle terapèutic	24		15	12	3
		47				
		2				
<b>10</b>	Revisar model atenció mares	35		7	6	33
		42				
		1				
		2		7		
<b>11</b>	Reduir totes les variables d'estrès evitable	11	3	16	6	22
		34	28	18	7	29
		43				
		12				
<b>12</b>	Dispensació medicació nit després sopar	13	23			9
		14	25			
		1	33			32
<b>13</b>	Anàlisi ítems riscanvi afegint criteris dinàmics	22	34			19
		1				
		2				
		24			6	
<b>14</b>	Potenciar contacte amb l'exterior com a font de benestar emocional	34		7	7	
		35			20	
		39				
		42				
		1				
<b>15</b>	Igualar oferta d'activitats i formacions a les dones que es troben en presons d'homes	2		12		
		36		13		

L, Literatura; D, Dades; VD, Veus de les Dones; OP, Opinions dels i de les Professionals; GT, Grup de Treball.

**Taula 16. Propostes relacionades amb la formació**

Propostes relacionades amb LA FORMACIÓ					
Propostes	L	D	VD	OP	GT
1 Formació en perspectiva de gènere	1				
	2				
	10				
	11				
	16				
	18	20	10	2	
	19		17	18	1
	26			21	
	27				
	28				
	29				
	33				
	2 Formació en trauma i en atenció informada de trauma/ entorns psicològicament informats	7			
10					
16		13			
17		14			
18		15		21	2
19		16			4
20		29			
21		30			
26					
44					
3 Formació en medicació de conflictes	8				24
	9	28			
4 Formació en salut mental i benestar emocional	2				
	6		1		17
	8	20	10	20	18
	9		16		25
	18				

L, Literatura; D, Dades; VD, Veus de les Dones; OP, Opinions dels i de les Professionals; GT, Grup de Treball.

## Annex 6. Puntuació per a la prioritització de propostes

**Taula 17. Matriu de prioritització de les propostes relacionades amb els programes de salut mental i drogodependències**

Propostes relacionades amb els programes de SALUT MENTAL (PCP) i DROGODEPENDÈNCIES					
Propostes	RP	SdM EpD	SdM GT	Total	
1r	Revisar procediment de derivació	2	5	5	12
1r	Potenciar la cooperació i el consens entre PCP, EMD, CAS, entitats externes	4	4	4	12
1r	Intervenir sota perspectiva de gènere i interseccional	4	5	2	12
1r	Revisar bianualment la codificació de diagnòstics incorporant factors de risc	3	5	4	12
1r	Poder informar de la programació de visites	2	5	5	12
1r	Millorar en el traspàs de casos degut a canvi de CP	3	4	5	12
1r	Potenciar recursos de transició a la llibertat i un cop estiguin en llibertat definitiva	4	5	3	12
2n	Avaluar trauma i intervenir-hi de forma transversal	4	4	3	11
2n	Intervenir activament sobre el desistiment delictiu	3	5	3	11
3r	Revisar tractament farmacològic vs. terapèutic	2	4	4	10
4r	Revisar configuració i distribució dels equips	4	2	3	9
5è	Potenciar la realització de grups terapèutics	2	3	3	8
5è	Treball d'adherència al tractament	2	3	3	8
6è	Major facilitat per prescriure nous fàrmacs	1	3	3	7

RP, Rellevància de la proposta; SdM, Susceptibilitat de modificació; EpD, Equip Directiu; GT: Grup de Treball.

**Taula 18. Matriu de prioritització de les propostes relacionades amb els centres penitenciaris i els seus equips (Etep)**

Propostes relacionades amb CENTRES PENITENCIARIS I ELS SEUS EQUIPS (Etep)		RP
Propostes		
1r	Presentar-se i iniciar vincle durant la primera setmana	4
1r	Augmentar seguiment i centrar-lo en les necessitats individualitzades de les dones	4
1r	Individualitzar els programes de tractament que es realitzen amb perspectiva de gènere	4
1r	Iniciar procés de reinserció amb antelació	4
1r	Fomentar eines i espais per donar veu a les dones	4
1r	Augmentar sensibilitat respecte experiències traumàtiques	4
1r	Reduir estrès evitable	4

<b>2n</b>	Poder explicar el rol de cada professional i els drets i deures de les dones	<b>3</b>
<b>3r</b>	Incloure professional de referència	<b>3</b>

ETEP, Equips Tècnics d'Execució Penal; RP, Rellevància de la proposta.

**Taula 19. Matriu de prioritització de les propostes relacionades amb els centres directius i direcció general d'afers penitenciaris**

<b>Propostes relacionades amb CENTRES DIRECTIUS I DIRECCIÓ GENERAL D'AFERS PENITENCIARIS</b>		
	<b>Propostes</b>	<b>RP</b>
<b>1r</b>	Revisió sistema classificació i ubicació interior	<b>4</b>
<b>1r</b>	Millora dels espais	<b>4</b>
<b>1r</b>	Revisió ofertes laborals i formatives	<b>4</b>
<b>1r</b>	Oferta d'activitats d'oci diferents	<b>4</b>
<b>1r</b>	Revisió sistema sancions dones i potenciar seguretat relacional	<b>4</b>
<b>1r</b>	Major coordinació entre SM-EMD-Entitats externes	<b>4</b>
<b>1r</b>	Potenciar recursos intermedis de reinserció	<b>4</b>
<b>1r</b>	Estabilitzar equips de treball i reforçar la importància del vincle terapèutic	<b>4</b>
<b>1r</b>	Revisar model atenció mares	<b>4</b>
<b>1r</b>	Reduir totes les variables d'estrès evitable	<b>4</b>
<b>1r</b>	Potenciar contacte amb l'exterior com a font de benestar emocional	<b>4</b>
<b>2n</b>	Dispensació medicació nit després sopar	<b>3</b>
<b>2n</b>	Anàlisi ítems RisCanvi afegint criteris dinàmics	<b>3</b>
<b>2n</b>	Mantenir criteris de funcionament similars entre CP	<b>3</b>
<b>3r</b>	Igualar oferta d'activitats i formacions a les dones que es troben en presons d'homes	<b>2</b>

RP, Rellevància de la proposta.

**Taula 20. Matriu de prioritització de les propostes relacionades amb la formació**

<b>Propostes relacionades amb LA FORMACIÓ</b>		
	<b>Propostes</b>	<b>RP</b>
<b>1r</b>	Formació en perspectiva de gènere	<b>4</b>
<b>1r</b>	Formació en trauma i en atenció informada de trauma/ entorns psicològicament informats	<b>4</b>
<b>1r</b>	Formació en salut mental i benestar emocional	<b>4</b>
<b>3r</b>	Formació en medicació de conflictes	<b>3</b>

RP, Rellevància de la proposta.