



Los problemas de salud mental en las prisiones, vistos desde la atención primaria

José Manuel Arroyo Cobo

Médico del Centro Penitenciario de Zaragoza.

INTRODUCCIÓN

El objetivo de este artículo es analizar la atención primaria de los trastornos mentales en prisión. Los datos que se aportan para la discusión sobre este tema provienen de las experiencias que tiene el centro penitenciario de Zaragoza, en el que se lleva trabajando en un proyecto de mejora de la calidad asistencial en materia de salud mental desde el año 2000 dentro del “Programa de Apoyo a las iniciativas de mejora de la calidad asistencial del Servicio Aragonés de Salud”.

El centro penitenciario de Zuera, a 40 km de Zaragoza es uno de los llamados centros “tipo”, con una ocupación entorno a los 1.600 internos y un recambio, es decir sujetos que entran y salen, próximo a los 1.000 reclusos / año. Se puede decir que es un centro con cierta representatividad en el conjunto de prisiones del país, al menos por tamaño, ya que según el último estudio sobre calidad asistencial en las prisiones españolas¹, el 55,6% de los centros penitenciarios son grandes, con una capacidad por encima de los 500 internos y el 27% por encima de los 1.000. En la prisión de Zuera, el personal sanitario que se encarga de la asistencia primaria, se compone de 8 médicos generalistas 10 enfermeros, 5 auxiliares y un farmacéutico. La

asistencia especializada y la hospitalaria, como ocurre en todos los establecimientos penitenciarios en los países de la UE, corresponde a los servicios la medicina pública extrapenitenciaria².

El primer nivel asistencial en las prisiones, como ocurre en la comunidad, está dedicado a la detección y el manejo inicial de las enfermedades más frecuentes o graves de la población. En las recomendaciones del Comité de Ministros del Consejo de Europa³, se advierte que en los últimos años, coincidiendo con el aumento de la población penitenciaria, se ha observado un sensible incremento en el número de personas que padecen algún tipo de trastorno mental. Esto no significa que sea debido sólo a un efecto específico de la prisión sobre las personas internas, sino más bien de una parte, a la desaparición de los manicomios como espacio que durante dos siglos ha albergado a una buena cantidad de personas socialmente problemáticas (trastornos de la personalidad, oligofrenias) y por otro lado, al considerable aumento de la población general que carece de recursos de todo tipo o está simplemente marginada, entre la que hay que contar con un buen número de personas con trastornos mentales, en especial psicosis crónicas, que de



una manera u otra acaban con facilidad en la prisión. Todo ello sin contar con los trastornos mentales provocados por la adicción a sustancias psicoactivas, un fenómeno de alta prevalencia en nuestro país que por sí solo, o más frecuentemente, añadido a otros trastornos mentales, es responsable de buena parte de los casos que debemos atender en prisión. A todos estos factores de riesgo, hay que sumar el estrés por la adaptación al medio penitenciario, la frecuente masificación de centros, las malas condiciones materiales, la escasez de personal o su deficitaria formación, la ausencia de información adecuada de todos los profesionales involucrados en el manejo de estos pacientes y su aislamiento social prolongado o indefinido⁴. Fanzel y Danesh, en un meta-análisis que incluyó 62 trabajos en 12 países occidentales diferentes, determinaron las prevalencias de trastornos mentales en prisión en una muestra de 22.790 internos, con una edad media de 29 años, el 81% eran varones. Los resultados mostraron que el 3.7% padecían un cuadro psicótico, el 10% una depresión mayor y el 42% un trastorno de personalidad.⁵

Más recientemente, Kjelsberg⁶ encontró un 35% de internos en con algún tipo de trastorno mental en una muestra de 2.617 internos de las prisiones de Noruega, en un trabajo publicado hace un año, Fotiadou descubrió un 78% de patología mental en una muestra aleatoria de 80 internos de una prisión en Grecia.⁷ Además de estos perfiles, en nuestro país hay que contar que entre el 58% y el 68% de los reclusos, en dependencia de la prisión en la que se mida este indicador, presentan algún tipo de toxicomanía⁸.

Hay una alta tasa de demanda asistencial entre los reclusos, en comparación con la población general⁹, que algunos autores ponen en relación con la elevada prevalencia de trastornos mentales junto con el estrés provocado por la estancia en prisión.¹⁰

La Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) editó una magnífica y documentada

ponencia⁸ en su congreso nacional de Oviedo de 2003, donde se describieron los problemas asistenciales más graves y frecuentes en materia de salud mental en los centros penitenciarios españoles:

- La asistencia psiquiátrica en las prisiones, salvo en el caso de Cataluña con transferencias competenciales en esta materia, recae fundamentalmente en el equipo de asistencia primaria y cuando hay un apoyo especializado, lo normal es que no se coordine con este equipo asistencial y su labor quede en un segundo plano.
- Estos profesionales sanitarios no cuentan con personal suficiente para realizar una detección precoz de las patologías, ni con la formación necesaria para manejarlas con la necesaria eficacia.
- El equipo asistencial no coordinado con el especialista genera una derivación inadecuada que acaba produciendo un incremento injustificado de la psicofarmacoterapia, errores diagnósticos y una psiquiatrización de toda la vida de los internos. Cualquier conducta inadaptada es considerada un síntoma de enfermedad mental, susceptible de ser tratada por el psiquiatra.
- Falta de coordinación entre el servicio asistencial psiquiátrico penitenciario y el comunitario, lo que impide una buena derivación tras la excarcelación de los enfermos.
- Nula formación continuada de los equipos de asistencia primaria de las prisiones en materia de salud mental, o en otra materia.
- Falta de recursos materiales y personales en las prisiones para manejar casos psiquiátricos agudos ambulatorios.
- Falta de recursos materiales y personales en las unidades de agudos de los hospitales extrapenitenciarios para manejar casos psiquiátricos agudos en reclusos con criterios de ingreso, que requieran medidas de seguridad propias de una prisión.
- Falta de recursos materiales y personales en las prisiones para manejar casos psiquiátricos crónicos.



MATERIAL Y METODOS

Se describe el trabajo sobre mejora de calidad en la asistencia a problemas de salud mental en la prisión, que desde el año 2000 se viene realizando dentro de un programa específico impulsado por el Servicio Aragonés de Salud. Este programa se estructura en ciclos de actividades anuales, con una evaluación de lo realizado al final de cada ciclo.

El proyecto de mejora de calidad comenzó con un estudio de las demandas de asistencia mediante un análisis de la frecuencia de las consultas diarias por problemas de salud mental al médico generalista. Durante 30 días se recogió el principal motivo de consulta que los internos referían al acudir a la consulta que diariamente se pasaba en la antigua prisión provincial de Zaragoza.

En el año 2001 estudiamos las características de uno de los motivos de consulta que aparecieron como de los más frecuentes, la demanda compulsiva de psicofármacos, es decir la exigencia, a veces agresiva, por parte del paciente de que se le prescriba un psicofármaco determinado, o a una dosis excesiva, sin que existiera indicación. Es ésta una de las experiencias asistenciales que más desgaste genera por parte de los profesionales que deben mantener siempre discusiones diarias con los internos por esta causa. Durante 30 días, se recogió información sobre la causa inmediata de la demanda compulsiva de psicofármacos y el trastorno mental asociado a esa demanda.

En el 2003 se hizo una revisión de las historias clínicas de nuestros internos para establecer la prevalencia de trastornos mentales en nuestro centro. Se obtuvo una muestra aleatoria de los internos de 60 individuos ($n=60$) entre los internos ingresados el 9 de febrero de 2002 ($N=793$). Se estudió individualmente su historia clínica, y se les entrevistó personalmente, realizando un diagnóstico que se validó por un psiquiatra y por el equipo

de psicólogos del establecimiento, que actuaron como profesionales externos al equipo sanitario para confirmar el diagnóstico. Ese mismo año trabajamos sobre el modelo asistencial del psiquiatra consultor, estudiando los casos derivados al especialista durante 22 meses, recogiendo el número de pacientes atendidos y la sintomatología que obligó a su derivación, así como su diagnóstico principal.

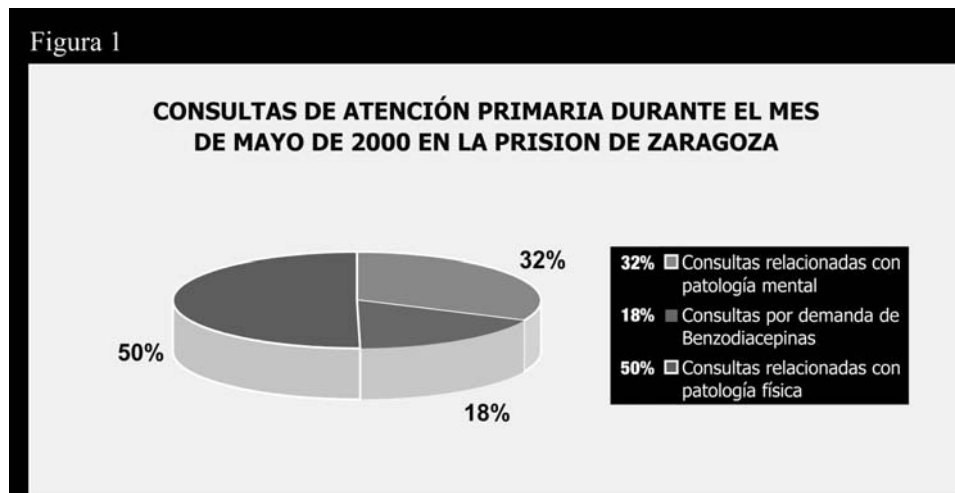
Una línea de trabajo que esta abierta, es el estudio de la relación entre el tipo de trastornos mentales de los reclusos y el deterioro del clima social de la prisión. Durante el pasado año 2004 analizamos la presencia de algún tipo de trastorno mental en los internos, poniéndolo en correlación con indicadores de mala relación interpersonal, como el número de sanciones por actos agresivos. El último trabajo es del año 2005 en el que hemos hecho un análisis del funcionamiento del módulo de Enfermería de la prisión como recurso asistencial para los casos de internos con una enfermedad mental grave e incapacitante para la vida normal de la prisión. Durante 7 meses se han recogido datos de los ingresos de este tipo de pacientes en este módulo. Se manejó información sobre el diagnóstico al ingreso en el módulo, causa del mismo, antecedentes de enfermedad mental, motivo del alta, módulo de procedencia dentro de la prisión, días de estancia y motivo de alta.

RESULTADOS

En el estudio sobre el motivo de consulta diaria en la antigua prisión provincial de Zaragoza, se vio que un 50% del total de las consultas, fueron demandas de asistencia por síntomas relacionados con problemas de salud mental. (Figura 1)

Respecto a la solicitud compulsiva de psicofármacos, los datos obtenidos indican que una media del 18% (45/250) de los internos que acudieron a la consulta del médico generalista durante los 30 días que duró la observación,

Figura 1

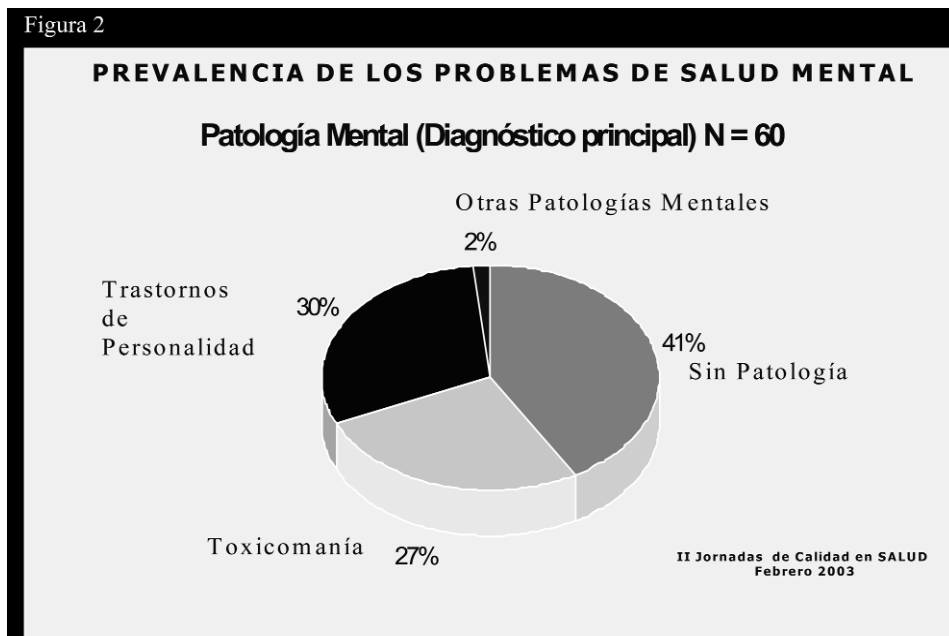


hicieron este tipo de demandas. Entre estos sujetos, el primer diagnóstico en el 66,6% (30/45), era un Trastorno por uso de sustancias psicoactivas (TUSP) y en el 22,2% (10/45) un Trastorno de Personalidad asociado a TUSP.

Durante el 2002 el estudio sobre prevalencias de trastornos mentales en nuestro centro dio como resultado, que en nuestra muestra de 60 internos, encontramos 59% con algún tipo de patología mental (35/60), como diagnóstico

principal un 27% de drogadictos (16/60), un 2% de Trastorno Ansioso-Depresivo (1/60) y un 30% de Trastornos de Personalidad (TP) (18/60). En el 100% de los sujetos con TP el segundo diagnóstico de los casos fue la drogadicción, la tasa de sujetos que además de un trastorno mental presentaron un TUSP hizo que, en nuestra muestra, la patología dual se situara en el 56,6% (34/60). Se vio que las patologías más prevalentes fueron la Drogadicción y los Trastornos de Personalidad. (Figura 2)

Figura 2





Disponemos de datos sobre la derivación de casos por parte del equipo de asistencia primaria al psiquiatra consultor que acude periódicamente a la prisión, recogidos durante 22 meses en el año 2003. Sobre una población media de 1.093 internos, se derivaron al psiquiatra a 228 (el 20.8% de la población media), en un total de 498 consultas. El motivo principal de la derivación fue en el 3% de los casos (7/228) sintomatología psicótica positiva, en el 16% de los casos (36/228) sintomatología depresiva, en el 35% (80/228) sintomatología ansiosa y en el 46% (105/228) comportamiento desadaptado y/o incongruente. El diagnóstico principal de estas derivaciones en el 37% (84/228) fue Trastorno del Estado de Animo por depresión, asociado a TUSP, en el 23% (52/228) Trastorno de Ansiedad asociado a TUSP, en el 10% (29/228) Trastorno del Estado de ánimo, en el 7% (16/228) TUSP, en el 7% (16/228) trastorno de personalidad asociado a TUSP, en el 7% (16/228) Trastorno de Ansiedad, en el 3% (7/228) Epilepsia, en el 3% (7/228) Psicosis y en el 3% (7/228) sin patología.

Respecto a los resultados preliminares sobre el manejo de los enfermos mentales gra-

ves ingresados en el módulo de enfermería del centro, durante el pasado año 2005, en los 7 meses que duró el registro, el numero de ingresos por todos los conceptos fue 130 (114 internos de una población media total de 1.600 internos, lo que supone el 7%). El 50% de todos los ingresos, en el módulo de la Enfermería tuvo una causa psiquiátrica. Los diagnósticos de las enfermedades mentales que motivaron el ingreso se pudieron agrupar en cuatro grandes grupos de trastornos, el 30% (34/114) debidos a cuadros psicóticos de diferente naturaleza, el 43% (49/114) derivados de trastornos gravemente adaptativos, el 8% (9/114) debidos a un trastorno psiquiátrico de origen orgánico y el 19% (22/114) debidos a un grave trastorno afectivo depresivo.(Figura 3 y 4).

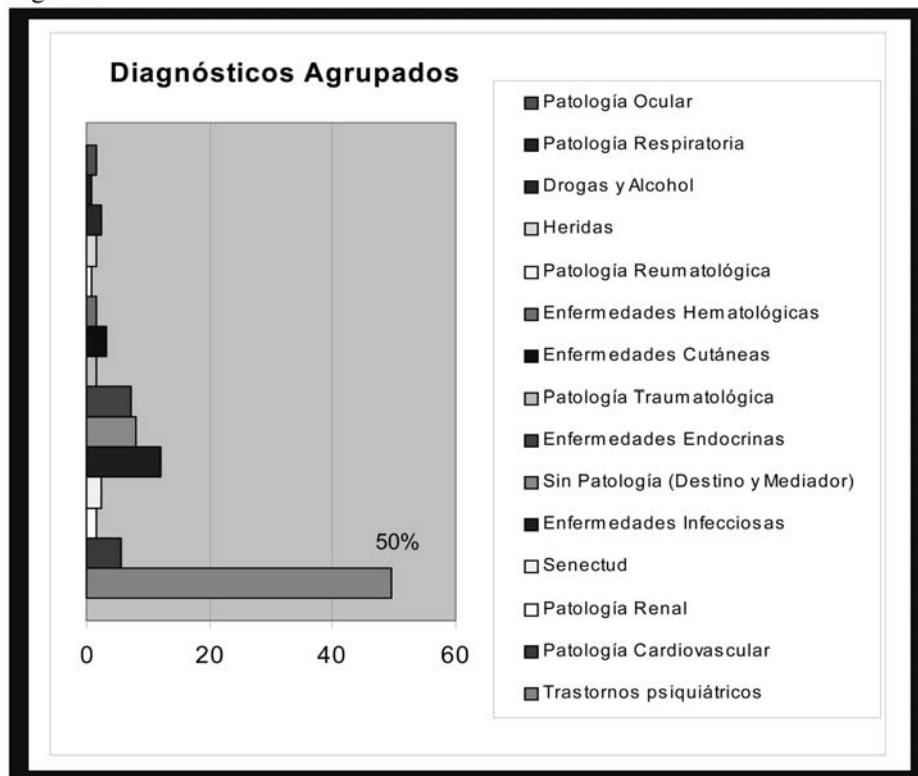
La edad media de los ingresados por sintomatología mental fue de 39 años. Al 17% de los ingresados (14/82) se les dio el alta por libertad.

Observamos que entre los internos que ingresaron directamente desde la comunidad al el módulo de la enfermería de la prisión, el 43% (28/65) lo hicieron por presentar un problema de salud mental.

Figura 3

	n	%
ESQUIZOFRENIA	10	15,87
PSICOSIS	5	7,94
T DELIRANTE	3	4,76
T MANIACO	1	1,59
EPILEPSIA	3	4,76
SINDROME ADAPTATIVO	7	11,11
T. PERSONALIDAD	17	26,98
SORDOMUDEZ	1	1,59
OLIGOFRENIA	2	3,17
INTOXICACION PS	2	3,17
S DEPRESIVO	12	19,05

Figura 4



Se observó una correlación estadísticamente significativa, entre el ingreso directo en el módulo de enfermería desde el exterior y la sintomatología propia de un trastorno mental adaptativo. De igual forma, comprobamos esa misma relación entre el ingreso directo desde el juzgado y la presencia de antecedentes psiquiátricos previos a la entrada en prisión.

DISCUSIÓN

A través de las diferentes fases en las que puede dividirse este trabajo desde el punto de vista temporal, se ha intentado analizar la atención primaria de la patología psiquiátrica en una prisión de las llamadas “tipo”. Es evidente que hay una importante necesidad de asistencia, provocada por sintomatología mental, y es una demanda con unas características dominadas por la presencia de cuadros de Trastorno por uso de sustancias psicoactivas y de Trastornos de Personalidad causantes de inadaptación, dos

de las patologías más prevalentes entre los reclusos y que otros estudios han demostrado como estrechamente relacionadas entre sí¹¹. Tiene especial interés la alta tasa de patología dual que demanda asistencia, el 67% de los internos que debieron derivarse al psiquiatra para su manejo y tratamiento, tenían asociado a su trastorno mental una adicción. Una de las primeras reflexiones que sugieren estos datos es que hay que mejorar la formación y actualización de los conocimientos sobre patología dual entre el personal sanitario penitenciario para poder detectar y atender este creciente sector de demanda asistencial.

Una hipótesis a analizar es que gran parte de las conductas agresivas e impulsivas de algunos internos, que dan lugar a un deterioro importante del clima social de la prisión, están causadas por una sintomatología propia de trastornos mentales generadores de dificultades para la adaptabilidad, ciertamente muy fre-



cuentas entre los reclusos. Esta suposición en estos momentos es una línea de trabajo en marcha en nuestro centro.

Para prestar asistencia especializada en los centros penitenciarios, lo habitual es recurrir a la contratación de un psiquiatra privado o al convenio con los recursos públicos asistenciales extrapenitenciarios, dependientes de las comunidades autónomas, para que se desplace un especialista al centro penitenciario. El psiquiatra tiene la misión de apoyar al equipo de atención primaria en los casos graves o complejos. La posibilidad, más teórica que real, de ingreso hospitalario en una unidad de agudos, no se descarta en los casos con una clara indicación.

A pesar del importante número de derivaciones al psiquiatra que nuestro estudio demuestra, antes de que hubiera un psiquiatra consultor en nuestro centro, no se hacían ese número de traslados al hospital, debido a la ineficiencia del proceso, la demora de las consultas extrapenitenciarias, la discontinuidad en la atención del paciente por parte del especialista y el desconocimiento de éste del contexto penitenciario donde se desarrolla la enfermedad. Todo ello, unido a una falta total de oportunidades de relación entre los médicos del centro y el psiquiatra para seguir la evolución y consensuar tratamientos. Este modelo asistencial es el más frecuente en las prisiones dependientes del Estado¹, salvo en Cataluña, a pesar de que la derivación del paciente psiquiátrico a una consulta ambulatoria de atención especializada no resulta plenamente eficaz. La alternativa es la contratación de un especialista privado que acuda periódicamente a la prisión.

Nuestra experiencia es que el modelo de un psiquiatra consultor sólo es útil si hay un alto nivel de coordinación especialista-servicio médico penitenciario, en un estudio sobre calidad asistencial en las prisiones¹, se observa como en algo más del 60% de los centros españoles, de los no dependientes de la Generali-

dad de Cataluña, está disponible este servicio especializado, con una frecuencia semanal en la mayor parte de los casos.

En nuestro centro contamos con la ayuda de un Psiquiatra Consultor que, por una coincidencia, trabaja también en conexión con los recursos psiquiátricos públicos de la comunidad que la prisión tiene asignados para el tratamiento hospitalario y especializado de los problemas de salud mental. Su coordinación con el equipo asistencial, es aceptable y ha permitido reducir las derivaciones extrapenitenciarias, únicamente a los casos urgentes. Esta coordinación igualmente permite consensuar los tratamientos psicofarmacológicos con el personal de atención primaria encargado del manejo del paciente en prisión, así como el control de la evolución de su proceso.

Pensamos que la ineficiencia crónica en la derivación extrapenitenciaria al nivel especializado puede traducirse en las prisiones, en la necesidad de tratar a internos con cuadros mentales que presentan una sintomatología sobreevolucionada y en muchos casos con recursos terapéuticos inadecuados. En los centros llamados "tipo", como el nuestro, las enfermerías, dotadas con un número elevado de camas, tradicionalmente están ocupadas casi al 50% por internos a los que un trastorno mental les impide hacer vida normal penitenciaria en cualquier otro módulo de la prisión¹². Toda la patología severa de la prisión se aloja en la Enfermería porque es el módulo "más terapéutico" del centro. En nuestra experiencia, el manejo de estos pacientes en estos espacios es complejo, conviven enfermos mentales con los que no lo son, convalecientes de algún proceso físico, crónico o agudo. La enfermería del centro, como instalación dedicada al cuidado de los sujetos con problemas psiquiátricos, debe hacer las siguientes funciones:

- Centro de salud mental: donde se diagnostica y trata cualquier proceso agudo o crónico y se coordina la asistencia extrapenitenciaria.



- Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de corta estancia: donde se tratan los episodios psiquiátricos agudos.
- Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de larga estancia: donde se manejan los enfermos mentales crónicos declarados imputables o los inimputables hasta que judicialmente son destinados a un hospital psiquiátrico penitenciario.
- Centro de Día de media estancia / Taller ocupacional.
- Una dependencia más de una prisión con todas las medidas de seguridad necesarias para actuar como tal.

Lo más llamativo del análisis de nuestro trabajo sobre la ocupación de estos módulos de enfermería por parte de internos con trastornos mentales, es por un lado, la alta proporción de ellos con procesos graves como psicosis, un 15%. Por otro, la correlación estadísticamente significativa entre el ingreso directo en la enfermería procedente del juzgado y el tipo del trastorno mental que presenta el recluso: el trastorno que da lugar a una conducta inadaptada. Nuestra impresión es que en el caso de sujetos diagnosticados de trastorno mental que además presentan un comportamiento difícil de controlar y/o presuntamente delictivo, se les ingresa directamente en la enfermería de nuestro centro al no existir un dispositivo sanitario adecuado que conjugue seguridad y asistencia médica especializada. Esta hipótesis se refuerza por el hecho de haber encontrado nuevamente en nuestra muestra, una correlación estadísticamente significativa entre el antecedente de enfermedad mental previa al ingreso en prisión

y el ingreso directo en la enfermería del centro, procedente del juzgado.

Este tipo de enfermos, con comportamientos inadaptados y/o agresivos, son estabilizados y tratados en unas instalaciones, que como las enfermerías de los centros penitenciarios, no están concebidas para este propósito y que carecen de personal adecuado, no tanto en formación como en número, para llevar adelante este cometido¹². Aunque se trata de la más sanitaria de las instalaciones de la prisión, la enfermería del centro no deja por ello, de ser parte de la cárcel, un lugar donde la seguridad y el orden priman por encima de la actividad curativa.

Como conclusión de nuestro trabajo, podemos decir que la demanda asistencial en materia de salud mental es muy alta en prisión, se acercará al 50% de la presión asistencial diaria. Una manera eficaz de canalizarla y darle una respuesta adecuada es construir una relación coordinada entre el servicio de atención primaria de la prisión y un psiquiatra consultor que pueda acudir al centro con la periodicidad que las necesidades determinen. Finalmente en la mayoría de las prisiones no hay un recurso asistencial adecuadamente dotado para el manejo de los enfermos mentales graves y/o crónicos que no son capaces de hacer vida normal penitenciaria, por lo que se alojan en las enfermerías sin recibir un adecuado tratamiento a sus problemas de salud mental. Esto es especialmente frecuente con los enfermos mentales cuya conducta es más agresiva e inadaptada, ya que son ingresados por los juzgados, de preferencia en una institución carcelaria antes que en una institución asistencial.






REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Saiz de la Hoya P, Viciano P, Antón J, Arroyo JM, Calvo R, Castro JM, et al. Informe CAPRI sobre la calidad de la asistencia sanitaria en centros penitenciarios españoles. *Rev Esp Sanid Penit* 2003; 5: 38–48.
- 2 Arroyo JM. Algunos aspectos de la Sanidad Penitenciaria en los países miembros de la Unión Europea. *Rev Esp Sanid Penit* 2001; 3: 77–89.
- 3 Council of Europa. Recommendation N° R(98)7 *Concerning the ethical and organisational aspects of health care in prison*. 1998.
- 4 Hernández M, Espinosa J. *La atención a pacientes con trastornos mentales en las prisiones*. Asociación Española de Neuropsiquiatria. <http://www.pulso.com/aen/> (Consulta agosto 2005).
- 5 Fanzel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys *Lancet*. 2002 feb 16; 359: 545–50.
- 6 Kjelsberg E, Hartvig P. Can morbidity be inferred from prescription drug use? Results from a nation-wide prison population study. *Eur J Epidemiol*. 2005; 20: 587–92.
- 7 Fotiadou M, Livaditis M, Manou I, Kaniotou E, Xenitidis K. Prevalence of mental disorders and deliberate self-harm in Greek male prisoners *J Epidemiol Community Health*. 2005; 59: 651–5.
- 8 Hernández M, Herrera R (coords). *La atención a la salud mental de la Población Reclusa*. Asociación Española de Neuropsiquiatria. Siglo XXI, Madrid 2003.
- 9 Feron JM, Paulus D, Tonglet R, Lorant V, Pestiaux D. Substantial use of primary health care by prisoners: epidemiological description and possible explanations. *J Epidemiol Community Health*. 2005 Aug; 59 (8): 651–5.
- 10 Nurse J, Woodcock P, Ormsby J. Influence of environmental factors on mental health within prisons: focus group study. *BMJ*. 2003 Oct 25; 327:989.
- 11 Roca-Tutusaus X, Caixal-Lopez G. Conducta adictiva: análisis de una relación. *Trastornos Adictivos* 1999; 3: 222–226.
- 12 Martínez Cordero A. Perfil patológico del interno ingresado en la Enfermería de un Centro Penitenciario. *Rev Esp Sanid Penit* 2000; 2: 41–47.




XV. JORNADAS
de la **A.E.N.**
(Asociación Española de Neuropsiquiatría)

**"LA PSIQUIATRÍA
ANTE LOS RETOS
DEL NUEVO SIGLO"**



12-13 y 14 de Noviembre de 1998
Hotel Igeretxe
GETXO (BIZKAIA)

Organiza: OME
Osakunaren Mendakari Elkartasun
Asokabonaren Batakoa
de Salubritate



**XV JORNADAS NACIONALES A.E.N.
GETXO, 12-14 noviembre 1998.**