

Guía

Atención primaria de la salud mental en prisión

GSMP

Grupo de trabajo sobre Salud Mental en Prisión



Guía

Atención primaria de la salud mental en prisión

GSMP

Grupo de trabajo sobre Salud Mental en Prisión



GUÍA. Atención primaria de la salud mental en prisión

Documento de Consenso

Grupo de trabajo sobre Salud Mental en Prisión (GSMP):

Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP)

Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN)

Documento adjunto sobre

Aspectos ético-legales de la salud mental en prisión



www.sesp.es



www.aen.es

GUÍA Atención Primaria de la Salud Mental en Prisión

Cristina Iñigo e Iñaki Markez (Coords.)

© GSMP: SaMPAEN y SESP

© Autores/as

Edita: OMEditorial

ISBN:

Depósito Legal: BI-2367/2011

Diseño y maquetación: Marra, Servicios Publicitarios S. L.

Imprime: Lankopi, S.A.

Reservados todos los derechos. Quedan prohibidos según lo establecido en la ley y bajo apercibimiento legalmente previsto. Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares.

Autores/as

Cristina Iñigo Barrio, Médico del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante (Coord.).

Iñaki Markez Alonso, Psiquiatra, CSM de Basauri, RSMBizkaia, Osakidetza (Coord.).

Luis Fernando Barrios Flores, Doctor en Derecho, Área Derecho Administrativo, Universidad de Alicante.

José Manuel Arroyo Cobo, Médico del Centro Penitenciario de Zaragoza.

Alicia Abad Azuara, Psicóloga INTRESS, Centro Penitenciario de Navacarnero, Madrid.

Olatz Barrenetxea Larrondo, Psicóloga clínica. Bilbao.

José Civeira Murillo, Psiquiatra consultor del Centro Penitenciario de Zaragoza.

Mariano Hernández Monsalve, Psiquiatra. SSM de Tetuán, Área 5. Madrid.

Gabriela López, Psicóloga clínica, Meco, Madrid.

Lidia Luna Rodríguez, Psicóloga, Centro de Rehabilitación Psicosocial Torrejón de Ardoz, gestión técnica Fundación Manantial).

Ángeles López López, Psiquiatra del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante.

Andrés Martínez Cordero, Médico del Centro Penitenciario de Villabona, Asturias.

Álvaro Muro Álvarez, Coordinador Unidad Hospitalaria Penitenciaria. Centro Penitenciario Brians. Parc Sanitari Sant Joan de Deu (Barcelona).

Luis Ortega Basanta, Médico del Centro Penitenciario de Málaga.

Eduardo Ortega Martínez, Psiquiatra consultor del Centro Penitenciario de Zaragoza.

Frances Pérez Arnau, Director del Área de Psiquiatría Penitenciaria. Sant Joan de Deu (Barcelona).

Enrique Pérez Martínez, Psiquiatra, consultor del Centro Penitenciario de Alicante.

Clara Repeto Ziberman, Especialista en Salud Pública y psiquiatra, MECO, coordinadora del grupo de Salud Mental en Prisión de la AEN (SaMPAEN).

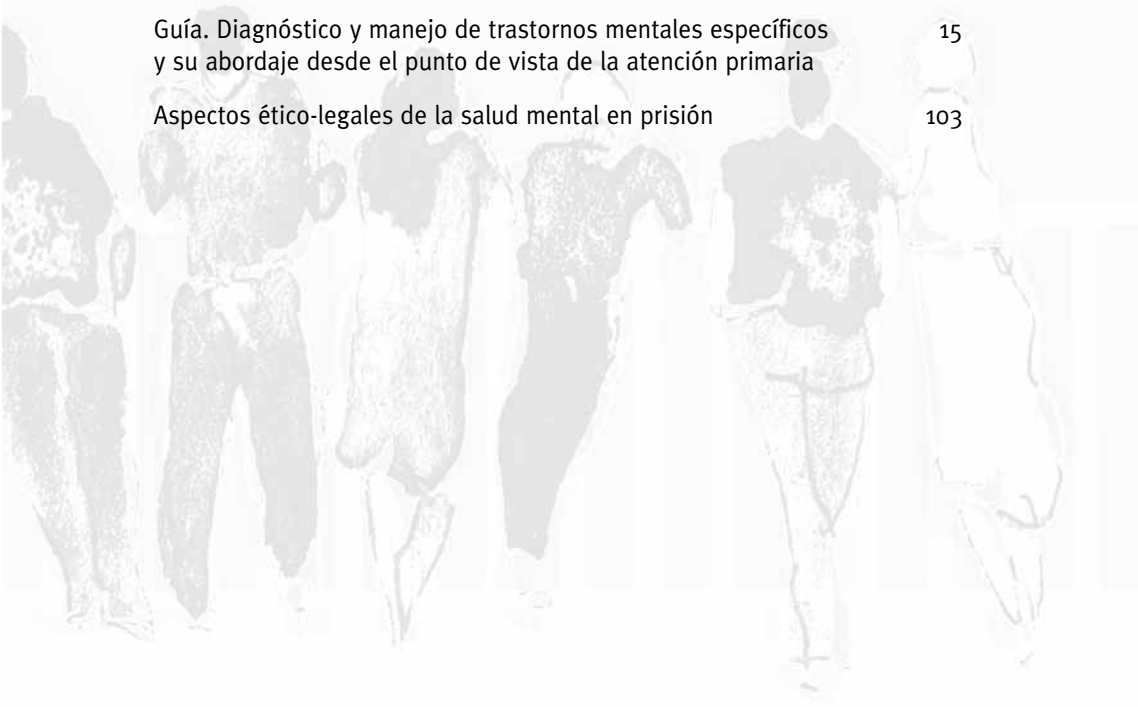
Manuel Sanz Cuenca, Psiquiatra del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla.

Vicenç Tort Herrando, Coordinador Unidad Polivalente de Psiquiatra. Centro Penitenciario Quatre Camins. Parc Sanitari Sant Joan de Deu (Barcelona).

Enric Vicens Pons, Psiquiatra, Director del Área de Psiquiatría Hospitalaria. Parc Sanitari Sant Joan de Deu (Barcelona).

Índice

Prólogo	7
Introducción	11
Guía. Diagnóstico y manejo de trastornos mentales específicos y su abordaje desde el punto de vista de la atención primaria	15
Aspectos ético-legales de la salud mental en prisión	103



Prólogo

La existencia de personas con enfermedad mental grave internadas en las prisiones es una realidad en todos los países del mundo. A veces la prisión ha sido utilizada como un recurso asistencial para estos enfermos que no han sido tratados cuando estaban en libertad y acaban cometiendo algún delito por el cual son ingresados. La Institución Penitenciaria ha reflexionado sobre la relación entre la enfermedad mental y la responsabilidad penal, es consciente de que debe responder a la realidad objetiva de la presencia de enfermos mentales en prisión, conseguir una atención equiparable a la que reciben las personas con otras patologías y, finalmente valorar en qué situación van a quedar estas personas una vez puestas en libertad, con el doble estigma asociado de enfermo mental y ex-presos, si no se les reincorpora adecuadamente a los dispositivos socio-sanitarios de la comunidad. Doble estigma que provoca que sea francamente complejo su tratamiento y su integración, dentro y fuera de la cárcel.

La compleja organización de la vida en un centro penitenciario, siempre presidida por el control y la disciplina, por las restricciones de todo tipo y la convivencia forzada, por los horarios rígidos y la monotonía, por el aislamiento emocional y la frustración, hacen muy difícil la construcción de espacios terapéuticos adecuados para el tratamiento de determinados enfermos mentales. A pesar de ello, estos espacios existen, en determinados módulos de la prisión, en la enfermería, en talleres ocupacionales, en dispositivos en los que se facilita la compañía de mediadores o de terapeutas voluntarios. La potenciación de estos espacios y la formación de los equipos sanitarios funcionarios o concertados de los centros el manejo de personas con trastornos mentales, es una pieza importante en la construcción de ambientes positivos, donde se fomenten las relaciones de respeto entre los internos, de seguridad y de empatía.

Es conocido que desde el año 2009 se está implementando en los centros penitenciarios del estado español un Programa para la Atención Integral a enfermos mentales en prisión (PAIEM). El Programa marco para la atención integral a enfermos mentales en prisión, ha sido desarrollado por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, dentro de la Estrategia Global de Actuación en salud mental. Su Protocolo de Aplicación está dirigido a todos los internos en prisión que padezcan un Trastorno Mental Grave (TMG), es decir, pacientes con trastornos psicóticos y trastornos de personalidad graves, con una evolución de enfermedad superior a dos años y con presencia de disfuncionalidad moderada o grave según GAF (*). Actualmente se han constituido los Equipos y se encuentra implementado el Programa en más de 60 centros y continúan incorporándose cada día. Se estima que alcanza aproximadamente al 3% de la población penitenciaria del centro, a sus familiares y a los profesionales anteriormente citados.

Su finalidad tiene como objetivos 1º, detectar, diagnosticar y tratar a todos los internos que sufran algún tipo de trastorno mental (Atención clínica); 2º, mejorar la calidad de vida de los enfermos mentales, aumentando su autonomía personal y la adaptación al entorno (Rehabilitación); y 3º, optimizar la reincorporación social y la derivación adecuada a un recurso socio-sanitario comunitario (Reinserción social).

Implica a profesionales de las distintas áreas del centro, sanidad, tratamiento y vigilancia y a los profesionales de los recursos socio-sanitarios de la comunidad, incluyendo Asociaciones u ONG que trabajan en el campo de la salud mental. Como consecuencia, afecta e implica necesariamente a los familiares de estos pacientes con los que hay que colaborar e intervenir para una adecuada reincorporación social a la puesta en libertad.

La intervención integral sobre el enfermo con un trastorno mental grave en prisión requiere la constitución de Equipos Multidisciplinares en los que estén integradas las áreas de sanidad, tratamiento y vigilancia y los recursos asistenciales de la comunidad.

Ante las muchas necesidades de formación, con frecuencia demandadas, esta guía pretende contribuir a mejorar los conocimientos que los profesionales que trabajan en prisión tienen sobre la enfermedad mental y el manejo de determinados síntomas que los pacientes pueden presentar mientras se encuentran en el sistema penitenciario. Está pensada para describir el

(*) Global Assessment of Functioning APA, 1987.

manejo de los enfermos en un entorno tan específico y hostil como es una cárcel, pero donde sigue habiendo una tasa de enfermos mentales graves que cuadriplica la de la población general. Se trata en definitiva de resolver una cuestión de derechos humanos de quienes hoy están en prisión.

Por esta razón es tan importante que mejore la capacidad de los profesionales penitenciarios en el conocimiento de los principales trastornos más frecuentes en este entorno. Esta guía tiene además la acreditación de la SESP y de la AEN, ya que han sido miembros del grupo de trabajo de salud mental, compuesto por profesionales de ambas sociedades científicas quienes firman su autoría. Guía que ve la luz gracias al esfuerzo de sus firmantes y gracias a Pfizer que desinteresadamente se ha prestado a colaborar en esta edición y en buena parte de su difusión posterior.

Es una excelente noticia que el lector pueda contar con este trabajo que añade un nuevo título a la producción de este grupo de trabajo, que por su especificidad y calidad es absolutamente único y valioso.

Julio 2011

Introducción

La atención primaria de los centros penitenciarios se despliega sobre uno de los grupos sociales con mayor incidencia y prevalencia de patología mental y presentan además una alarmante proporción de, abuso de sustancias psicoactivas, discapacidad intelectual, autolesiones o trastornos de personalidad. Estos pacientes requieren un tratamiento especializado, muchas veces fuera de prisión, en ocasiones urgente, pero en todo caso de la misma calidad que el que recibirían en la comunidad si no estuvieran en prisión.

Las prisiones necesitan unos profesionales capaces de prestar una asistencia suficiente y de calidad de los problemas de salud mental. Esta guía pretende ser una herramienta para mejorar las habilidades de estos profesionales en el manejo de sus pacientes psiquiátricos en el área de la atención primaria.

El manejo de todo paciente en prisión requiere una aproximación multiprofesional y este hecho hace que a la hora de proponer soluciones en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes psiquiátricos, muchas veces se haga referencia en este documento al punto de vista del funcionario no sanitario. La estructura de la guía está concebida para ser de utilidad al equipo de atención primaria, pero en ningún caso para suplir la de la atención especializada cuyo apoyo es cada vez más necesario en los centros, una colaboración del psiquiatra consultor bien coordinado con los médicos, enfermeros, psicólogos o educadores, no puede ser sustituida por ninguna recomendación de esta guía.

En estos dos últimos años, más de 75.000 personas han estado ingresadas en el sistema penitenciario español, en torno al 8% mujeres. Los datos disponibles en este momento señalan que la prevalencia de enfermedad mental entre los reclusos es muy alta, entre el 25 y el 40% según los estudios presenta algún trastorno mental, entre el 4 y el 6% un proceso mental grave y entre el 30 y el 50% un trastorno relacionado con el consumo de drogas.

La patología dual, la combinación de enfermedad mental y adicción a drogas, está presente en una proporción de internos que se sitúa entre el 20 y 30% del total. Todo ello se asocia a que la gran mayoría de estos enfermos pertenecen a grupos sociales de alta vulnerabilidad, debido a su exclusión social y alejamiento habitual de los recursos asistenciales.

Esta situación supone un reto para los servicios sanitarios de los centros penitenciarios y aun para todos los profesionales que trabajan en contacto con este tipo de enfermos.

El paso por los servicios sanitarios de la prisiones de este tipo de enfermos supone una oportunidad para ellos de recibir asistencia, por eso es tan importante que puedan ser diagnosticados, monitorizados y derivados si es preciso a dispositivos especializados. Este documento pretende ayudar a todo el personal asistencial, en especial a médicos y enfermeros, a realizar el diagnóstico y el manejo inicial de los trastornos más frecuentemente vistos en prisión, mejorar con ello los criterios de derivación y el tratamiento inicial de las situaciones urgentes.

¿Cuál es el papel del personal de atención primaria en la asistencia a los problemas de salud mental en prisión?

El objetivo sería cumplir los estándares de calidad para este tipo de asistencia que el sistema público de salud tuviera establecido.

Estos estándares incluyen al menos:

1. Identificar y tratar a los internos con Trastorno por Uso de Sustancias Psicoactivas.
2. Identificar y tratar de forma adecuada a los usuarios con sintomatología de Trastorno Mental.
3. Contribuir dentro de un trabajo multidisciplinar a la prevención de las conductas autolíticas.
4. Informar de las cuestiones medicolegales que sean de su competencia.
5. Contribuir dentro de un trabajo multidisciplinar a trabajar la multiculturalidad y su relación con los trastornos mentales.
6. Hacer promoción de la salud mental en prisión.
7. Hacer un programa individual de actuación y su correspondiente seguimiento a cada uno de los enfermos con trastorno mental en prisión.

8. Asegurar un proceso de rehabilitación de cada paciente que minimice el impacto de su enfermedad mientras esté privado de libertad.
9. Asegurar una derivación adecuada de cada enfermo a un recurso comunitario cuando sea puesto en libertad
10. Ayudar al director del centro y al resto de funcionarios no sanitarios para que el entorno penitenciario sea compatible con un mantenimiento de la salud mental.

Con frecuencia el papel del servicio de atención primaria en prisión, debe ir más allá de lo que se esperaría de un servicio de las mismas características en la comunidad, esto también es cierto en el caso de los trastornos mentales de los usuarios privados de libertad. Así es frecuente que un interno sea atendido en prisión mientras está sufriendo un brote agudo de una psicosis o realice una rehabilitación de un proceso mental grave, en las instalaciones y con el personal sanitario del centro penitenciario o sea supervisado en la evolución del día a día de su proceso por este mismo personal.

El concepto de multidisciplinariedad es especialmente importante en el trabajo en prisión y aún más en el trabajo con reclusos que tiene problemas de salud mental, por eso, en esta guía se incluyen apartados pensados para los funcionarios que pueden en algún momento estar en contacto con este tipo de enfermos.

Niveles de evidencia y fuerza de las recomendaciones

En los programas de actividades preventivas y en las guías de práctica clínica se ofrecen una serie de recomendaciones para la realización o no de determinadas intervenciones. Estas recomendaciones se basan en una valoración crítica de la literatura científica. Existen muchos tipos diferentes de diseño de estudios: meta- análisis, ensayos clínicos aleatorios, cohortes, casos- controles, series de casos sin grupo control, estudios descriptivos... No todos los diseños tienen el mismo poder para recomendar o no una determinada intervención; existe una gradación. Los diferentes tipos de estudios se pueden clasificar según la calidad de evidencia que ofrecen. Se ofrece a continuación una clasificación de los niveles de evidencia.

Niveles de evidencia	
Grado I	Evidencia obtenida a partir de al menos un ensayo clínico randomizado y controlado bien diseñado.
Grado II - 1	Evidencia obtenida a partir de ensayos clínicos no randomizados y bien diseñados.
Grado II - 2	Evidencia obtenida a partir de estudios de cohortes (2ª: prospectivo y 2b: retrospectivo).
Grado II - 3	Evidencia obtenida a partir de múltiples series comparadas en el tiempo, con o sin grupo control. Incluye resultados “dramáticos” producidos por experimentos no controlados (p. ej. penicilina en los años 40).
Grado III	Opiniones basadas en experiencias clínicas, estudios descriptivos o informes de comités de expertos.

En la siguiente tabla se muestra cuál es la relación entre la calidad de la evidencia y la fuerza de la recomendación de una determinada práctica o intervención según el U.S. Preventive Task Force.

Fuerza de la recomendación	Nivel de evidencia
A: Existe adecuada evidencia científica para adoptar una práctica.	I, II- 1
B: Existe cierta evidencia para recomendar la práctica.	II- 1, II- 2
C: Hay insuficiente evidencia para recomendar o no recomendar la práctica.	III
D: Existe cierta evidencia para no recomendar la práctica.	II- 1, II- 2
E: Existe adecuada evidencia científica para no adoptar la práctica.	I, II- 1

Clasificación de los niveles de evidencia y fuerza de las recomendaciones del Centre of Evidence Based Medicine de Oxford.

Finalmente señalar que esta Guía parte de otra ya existente, la “Mental Health Primary Care in Prison” editada por la OMS para Inglaterra y Gales en 2002. Hemos realizado una adaptación a la realidad penitenciaria española, tanto en su aspecto legal como asistencial. Y se ha adjuntado un impecable trabajo sobre los *Aspectos ético-legales de la salud mental en prisión* dirigido por Luis Fernando Barrios, también miembro de este equipo de trabajo del GSMP. Confiamos en la utilidad de este material que se pretende pedagógico y orientado a cubrir algunas carencias en la cualificación de los profesionales que trabajan en las cárceles.

Guía

Diagnóstico y manejo de trastornos mentales
específicos desde el punto de vista
de la Atención Primaria



Índice

Diagnóstico y manejo de trastornos mentales específicos y su abordaje desde el punto de vista de la atención primaria	19
1. Psicosis aguda	19
2. Psicosis crónica	24
3. Trastorno Bipolar	30
4. Trastorno depresivo	35
5. Trastorno Ansioso-depresivo	43
6. Trastorno Ansioso	46
7. Delirium	50
8. Trastornos por uso de sustancias psicoactivas	53
9. Trastornos de Personalidad	59
10. Trastornos por abuso de alcohol	71
11. Trastornos somatomorfos	78
12. Trastorno adaptativo	81
13. Trastorno disociativo	85
Bibliografía	87

Diagnóstico y manejo de trastornos mentales específicos desde el punto de vista de la atención primaria

1. Psicosis aguda - F23

Incluye psicosis aguda parecida a la esquizofrenia, psicosis delirante aguda, y otros trastornos psicóticos agudos y transitorios.

Síntomas

El paciente puede experimentar:

- Alucinaciones, por ejemplo, oye voces cuando no hay nadie.
- Creencias o miedos extraños.
- Aprensión, confusión.
- Trastornos de percepción.
- Agresividad, sanciones frecuentes.
- Autolesiones.
- Rechazo de comida (pueden sospechar que la comida esta envenenada).

El personal de prisiones o los familiares pueden solicitar ayuda por cambios de conducta que no pueden explicarse, incluyendo conductas extrañas o alarmantes, por ejemplo, Introversión, sospechas y amenazas.

Una psicosis de primer inicio puede aparecer al principio en forma de cambios persistentes en funcionamiento, conducta o personalidad pero sin síntomas floridos de psicosis. El primer episodio de psicosis ocurre con más frecuencia entre los 16-24 años de edad.

Aspectos diagnósticos

Inicio reciente de:

- Alucinaciones: percepciones falsas o imaginadas, por ejemplo, oye voces cuando no hay nadie.
- Ideas delirantes: ideas mantenidas con firmeza que son falsas y no compartidas por otros del grupo social, cultural o étnico del paciente, por ejemplo, el paciente cree que los vecinos le están envenenando, que recibe mensajes de la televisión, o que los demás le miran de una forma especial.
- Habla desorganizada o extraña.
- Agitación o conducta extraña.
- Estados emocionales extremos y labiles.

Diagnóstico diferencial

- Trastornos físicos que pueden causar síntomas psicóticos, incluyen:
 - Psicosis provocada por drogas.
 - Alucinosis alcohólica.

No es posible averiguar solamente por los síntomas psiquiátricos si provienen de abuso de sustancias, si el paciente tiene un trastorno psicótico, o si existen ambos factores. Comprueba el historial psiquiátrico del paciente, mantén una mente abierta (p. ej. en un adolescente o joven adulto, una psicosis “provocada por sustancias” puede ser las primeras etapas de esquizofrenia) y sigue el progreso del paciente.

También:

- Enfermedad infecciosa o febril.
- Epilepsia.
- Delirium -F05.
- Trastornos psicóticos crónicos -F20, si los síntomas son recurrentes o crónicos.
- Trastorno bipolar -F31: si los síntomas de excitación maniática, estado elevado de emoción o un auto estima exagerado son prominentes.
- Depresión (psicosis depresiva) -F32: si son prominentes las ideas delirantes depresivas.

Información esencial para el paciente y el grupo de apoyo primario

- Agitación y conducta extraña pueden ser los síntomas de una enfermedad.
- Muchas veces los episodios agudos tienen un pronóstico positivo sin embargo, el curso a largo plazo de la enfermedad es difícil de predecir basándose en un episodio agudo.
- Aconseja al paciente y miembros del grupo de apoyo primario sobre la importancia de la medicación, como funciona y los posibles efectos secundarios.
- Tratamiento continuo puede ser necesario durante varios meses después de la resolución de los síntomas.

Consejos y apoyo para el paciente y el grupo de apoyo primario

- Evalúa los riesgos y considera si es necesario trasladar el paciente a un centro de sanitario. Si existe un riesgo considerable de suicidio, violencia o negligencia, la observación en un lugar seguro o el traslado a un hospital puede ser necesario. Considera la necesidad de un traslado, sobre todo (pero no solamente) si el paciente se niega a recibir tratamiento.
- Considera una prueba de drogas en orina (*urine drug screen*) para fines médicos (no disciplinarios).
- Si se decide que el paciente no corre riesgo, si vive en el modulo, busca su consentimiento para implicar al responsable del modulo y otros miembros relevantes del personal (supervisor del taller, educador) en la preparación de un plan de gestión, incluyendo la ubicación, actividades, repuestas tempranas a señales de una recaída y el seguimiento de la medicación. Habla de lo siguiente:
 - La seguridad del paciente y los que le están cuidando.
 - Miembros del personal, amigos, familia, etc. deben estar disponibles para el paciente a ser posible.
 - Asegura que se cumplen con las necesidades básicas del paciente (comida, bebida, vivienda).
 - Minimiza el estrés y estímulos, por ejemplo, reduce el ruido, gritos, intimidación, bromas.
 - No discutas con el pensamiento psicótico (puedes no estar de acuerdo, pero no intentes convencerle que está equivocado).

- Evita la confrontación o la crítica, a menos que sea necesario para prevenir conductas peligrosas o destructivas.
- El personal del centro debe responder con tranquilidad y calma ante cualquier reacción lenta a una orden (p. ej. lentitud al entrar en la celda). El control y la contención deben usarse como último recurso.
- Si el paciente se deprime, considera las opciones para apoyar, educar y tranquilizar al paciente con respeto a su enfermedad psicótica, incluyendo posibles recaídas y sus posibilidades en cuanto a su vida futura. El equipo de salud mental también puede proporcionar *counseling* individual, planificación de metas y seguimiento de las primeras señales de aviso de una recaída.

Consultas

Se debe solicitar consultas con los servicios de salud mental bajo las condiciones siguientes:

- Como urgencia, si se considera el riesgo de suicidio, violencia o negligencia como algo significativo.
- Como urgencia en **todos** los episodios para confirmar el diagnóstico y organizar planificación de la atención y el nombramiento de un responsable. Intervenciones específicas para personas que experimentan su primer episodio de psicosis, incluyendo psico-educación del paciente y grupo de apoyo primario, que deban desarrollarse (5).
- Para **todas** las recaídas, para revisar la eficacia del plan de atención, a no ser que se haya establecido un procedimiento antes del tratamiento y sea seguro manejar el paciente en el entorno.
- Si el paciente no cumple con el tratamiento, si existen efectos secundarios problemáticos, o si hay un fallo en el tratamiento o preocupación por la posibilidad de comorbilidad de drogas o alcohol.

Sobre todo en el caso de una recaída, se puede consultar con el equipo de salud mental en la comunidad o uno de sus miembros, además del psiquiatra.

Si existe fiebre, alteración de conciencia, rigidez y/o tensión arterial lábil, retira la medicación antipsicótica, y consulta enseguida con el médico de guardia del hospital para realizar una investigación de un síndrome neuro-léptico maligno.

Si se prevé la libertad, trabaja conjuntamente los recursos sanitarios y sociales para asegurar la continuidad asistencial que las citas con el médico de

cabecera y los servicios especializados de salud mental se coordinen, y que también se facilite dinero para comida, ropa, calefacción y la vivienda.

Si no se prevé la libertad, informa a los servicios locales de salud mental que el paciente puede aparecer en Urgencias en la zona, y aconséjales que estén atentos.

Medicación

- La medicación antipsicótica puede reducir los síntomas psicóticos en unos 10-14 días. Cuando hay acceso rápido a un especialista y los síntomas son ligeros, el especialista puede preferir ver al paciente sin medicación, sobre todo en la primera consulta.
- Unos ejemplos de medicamentos que puedes utilizar antes de que un paciente vea al especialista incluyen un antipsicótico atípico (p. ej. olanzapina, 5-15 mg. al día, o risperidona, 4-9 mg. al día o quetiapina 400-800 mg, o Zipraxidiona, 40-80 mg. dos veces al día después de las comidas, o un neuroléptico típico (haloperidol, 1,5-4 mg. hasta tres veces al día). Un paciente que está viviendo su primer episodio de psicosis requiere dosis más bajas de medicación y puede beneficiarse del uso de un medicamento atípico. En el caso de una recaída cuando el paciente ha respondido bien previamente a un medicamento, vuelve a utilizar el mismo medicamento. La dosis debe ser la más baja posible para aliviar los síntomas (8). Si el paciente está agitado o no es posible utilizar la vía oral, comenzar con pauta de antipsicóticos intramusculares: Haloperidol 5-10 mgrs. cada 12-24 horas se puede repetir cada hora hasta un máximo de 20 mgrs en 24 horas; Zuclopentixol acufase 50-150 mgrs. cada dos o tres días; Zipraxidona 10 mgrs. cada dos horas o 20 mgrs. cada 4 horas hasta 40 mgrs. día; aripiprazol 9,75 mgrs. en dosis única pudiéndose repetir una segunda dosis dos horas después de la primera, no más de tres inyectables en 24 horas.
- Medicación ansiolítica, también puede ser útil junto con los neurolépticos para controlar agitación aguda, y trastorno de conducta. (Ejemplos diazepam, 5-10mg. hasta 4 veces al día, o lorazepam, 1-2 mg. hasta 4 veces al día).
- Monitoriza el cumplimiento del tratamiento (llama para hacer una revisión si el paciente falta a más de dos dosis) y comprueba que al paciente no le están presionando o intimidando para dar la medicación a otros.

- Sigue con la medicación durante al menos 6 meses después de la resolución de los síntomas (9). Normalmente hace falta una supervisión estricta para conseguir el consentimiento del paciente.

Esté atento a la posibilidad de comorbilidad con otras drogas (opiáceos, marihuana, benzodiazepinas, etc.) ilegales o no.

Sigue el tratamiento por posibilidad de efectos secundarios de la medicación:

- Disonías o espasmos agudos que pueden manejarse con drogas anti Parkinsonianas. (p. ej. prociclidina, 5 mg tres veces al día, u orfenadrina, 50 mg tres veces al día o bien biperidino).
- Síntomas parkinsonianos (p. ej. temblor y acinesia) que pueden manejarse con drogas anti parkinsonianas por vía oral (p. ej. prociclidina, 5 mg hasta tres veces al día, u orfenadrina, 50 mg tres veces al día), se debe intentar retirar las drogas anti parkinsonianas después de unos 2-3 meses sin síntomas ya que estas sustancias pueden generar abuso y también pueden afectar la memoria.
- Acatisia (inquietud motora), puede manejarse con reducción de dosis o el uso de β bloqueantes (p. ej. propranolol, 30-80 mg al día). El cambio a un antipsicótico atípico (p. ej. olanzapina o quetiapina) puede ayudar.
- Otros posibles efectos secundarios incluyen aumento de peso y disfunción sexual.

Para más detalles sobre drogas antipsicóticas y sus efectos ver Maudsley Prescribing Guidelines (10).

2. Psicosis crónica -F20

Incluye esquizofrenia, trastorno esquizotípico, trastornos delirantes persistentes, trastorno delirante inducido, y otros trastornos psicóticos no orgánicos.

Síntomas

El paciente puede tener los síntomas siguientes:

- Dificultades para pensar o concentrarse.
- Oír voces (alucinaciones).
- Creencias extrañas, por ejemplo, tiene poderes sobrenaturales o que le persiguen.
- Problemas físicos extraordinarios, por ejemplo, tiene animales u objetos inusuales dentro del cuerpo.

- Falta de higiene.
- Dificultades en manejar la vida penitenciaria, el trabajo, la formación, o las relaciones personales.
- Autolesiones.
- Rechazo de comida (sospecha de que la comida está envenenada).
- Problemas o preguntas relacionados con la medicación antipsicótica.

El personal o un abogado pueden solicitar ayuda por la apatía, introversión, falta de higiene o comportamiento extraño del paciente.

Aspectos diagnósticos

Problemas crónicos con los siguientes factores:

- Introversión social.
- Poca motivación, interés o negligencia de uno mismo.
- Pensamiento trastornado (mostrado por habla extraña o desconectada).

Episodios periódicos de:

- Agitación o inquietud.
- Comportamiento extraño.
- Alucinaciones.
- Creencias delirantes (que a menudo son falsas, por ejemplo, que el paciente forma parte de la familia real, recibe mensajes de la televisión, que alguien le persigue).

Diagnóstico diferencial

- **Depresión- F32:** si existe estado emocional bajo o triste y/o sentimientos de culpa.
- **Trastorno bipolar- F31:** si los síntomas de excitación maníaca, estado elevado de ánimo y auto estima exagerada, son prominentes.
- **Abuso de alcohol- F10 o trastornos por abuso de sustancias- F11:** Intoxicación crónica o síndrome de abstinencia del alcohol u otras sustancias (estimulantes o alucinógenos) pueden provocar síntomas psicóticos.

Personas con psicosis crónica pueden abusar del alcohol y/o otras sustancias.

Información esencial para el paciente y el grupo de apoyo primario:

- Agitación y comportamiento extraño pueden ser síntomas de una enfermedad mental.
- Los síntomas pueden aparecer y desaparecer en el transcurso del tiempo.
- La medicación es una componente central del tratamiento. Reduce las dificultades actuales y previene las recaídas.
- Condiciones seguras y estables son esenciales (p. ej. que el paciente no reciba intimidación y que tenga una ocupación) para una rehabilitación eficaz.
- Organizaciones voluntarias pueden proporcionar un apoyo valioso al paciente y grupo de apoyo.

Consejos y apoyo al paciente y grupo de apoyo primario:

- Solicita el consentimiento del paciente para negociar un plan de tratamiento con el personal que esté implicado en cuidar al paciente y obtén su apoyo para el plan. Un plan multidisciplinario de atención puede tomar en cuenta opciones para localización, ocupación, formas de reducir estrés innecesario, respuestas rápidas a los señales de una recaída y el seguimiento de la medicación. Localizaciones combinadas podrían ser apropiadas, por ejemplo, trabajos supervisados durante el día. En conjunto, establece expectativas realistas para el paciente para evitar relegación innecesaria a un nivel de “recluso básico”.
- Explica al paciente que la medicación la ayudará a prevenir las recaídas, e informa al paciente de los efectos secundarios. Ten especial cuidado con el riesgo de que al paciente se le intimide/persuada a dar su medicación a otros (es conocido el hecho de que algunos medicamentos antipsicóticos tienen efectos sedantes, y que otros tipo anti Parkinson elevan el estado emocional).
- Anima al paciente a funcionar al nivel más alto dentro de su capacidad en el trabajo y otras actividades cotidianas.
- Minimiza el estrés y estimulación:
 - No discutas acerca del pensamiento psicótico.
 - Evita las confrontaciones y críticas (3). El personal debe responder con tranquilidad y calma ante cualquier reacción lenta a una orden (or ejemplo lentitud al entrar en la celda). El control y contención deben usarse como último recurso.

- En los periodos en que los síntomas son más severos, el descanso y retirada de las causas del estrés pueden ayudar.
- Un seguimiento de la salud física del paciente (promoción de la salud, obesidad, y el tabaquismo) es aconsejable (61). El aumento de peso relacionado con la medicación puede ser extremo. Pacientes que fuman mucho pueden usar el tabaco para contrarrestar el efecto sedante de su medicación antipsicótica. Si eso ocurre, considera la posibilidad de una medicación antipsicótica menos sedante. Si sospechas que está ocurriendo abuso concurrente de sustancias, comprueba posibles problemas físicos (p. ej. anemia, problemas pulmonares, etc.) y deficiencias de nutrición.
- Si la enfermedad tiene un transcurso con recaídas, trabaja con el paciente y el personal para tratar de identificar las primeras señales de aviso de una recaída.
- Anima al paciente a desarrollar relaciones con miembros claves del equipo sanitario, por ejemplo, viendo al mismo médico o enfermero en cada cita. Utiliza la relación para hablar de las ventajas de la medicación y evaluar la eficacia del plan de asistencia.
- Para consejos sobre el manejo de estados agitados, véase **Trastornos psicóticos agudos -F23**.
- Si la atención se comparte entre los servicios del propio Centro Penitenciario o con los servicios autonómicos de salud mental, negocia con ellos sobre quien será responsable de que acción.
- Si el paciente se deprime, considera las opciones para apoyar, educar y tranquilizar al paciente con respeto a su enfermedad psicótica, incluyendo posibles recaídas y sus posibilidades en cuanto a su vida futura. El equipo de salud mental también puede proporcionar *counseling* individual, planificación de metas y seguimiento de las primeras señales de aviso de una recaída.

Si el paciente también abusa de sustancias:

- Expresa preocupación por el bienestar del paciente y evita desaprobación moral (“no estoy muy contento con tu uso de drogas porque empeora tu esquizofrenia”). Enfoca más en construir una relación con el paciente, no en empujar a un paciente que no tiene motivación hacia la abstinencia.
- Habla de los beneficios y costes del uso de drogas (incluyendo las implicaciones de continuar cualquier tipo de uso de drogas ilegales mientras el paciente está en la cárcel). Evalúa el grado de compromiso

del paciente al cambio. Trastornos de pensamiento, sospechas y depresión pueden dificultar tal compromiso por parte de un paciente.

- Informa al paciente sobre los efectos del alcohol y las drogas sobre el cuerpo y la esquizofrenia (“drogas como la marihuana, el LSD, los estimulantes y el éxtasis exacerban el estado emocional que tienes en ese momento y por lo tanto pueden agravar tu paranoia, ansiedad o depresión”). Proporciona *feedback* sobre los resultados de las pruebas, por ejemplo, pruebas de orina, cambios de peso u otras revisiones físicas.
- Considera las opciones para tratar con problemas relacionados con la vida penitenciaria (p. ej. aburrimiento, intimidación, depresión a baja escala):
 - Anima al paciente a pasar más tiempo fuera de la celda y en actividades de ocio como formación, el gimnasio o el trabajo.
 - Colabora, con el permiso del paciente, con funcionarios del módulo en reducir el estrés en su unidad (ruido, intimidación, bromas) o en aumentar actividades.
 - Anima al paciente a hablar con un amigo o miembro del personal de confianza (educador, funcionario de la unidad, etc.) cuando surgen problemas cotidianos antes de usar las drogas.

Medicación

- La medicación antipsicótica puede reducir los síntomas psicóticos. Ejemplos incluyen haloperidol (1,5-4 mg hasta tres veces al día) o un antipsicótico atípico (olanzapina, 5-10 mg al día o risperidona, 4-6 mg. al día, o zipraxidona 40-80 mgrs dos veces al día).

En pacientes no cumplidores existe la posibilidad de tratamiento con neurolépticos depot: ziclopentixol, risperdal consta, zypadhera.

- La dosis debe ser la más baja posible para aliviar los síntomas. Las drogas tienen efectos secundarios distintos. Entre las indicaciones para el uso de antipsicóticos atípicos se incluyen efectos agudos extrapiramidales descontrolados, hiperprolactinemia descontrolada, y síntomas predominantes negativos sin respuesta/reacción (p. ej. introversión y baja motivación) (10).
- Informa al paciente que continuar con la medicación reducirá el riesgo de una recaída. En general, la medicación antipsicótica debe administrarse durante por lo menos 6 meses después del primer episodio de una enfermedad, y más tiempo después del episodio siguiente.

- Sigue el cumplimiento de tratamiento y llama a revisión si el paciente ha faltado más de dos dosis.
- Si el paciente, después del apoyo del equipo, se muestra reactivo o errático en la toma de su medicación, la medicación antipsicótica retardada inyectable podría asegurar la continuidad del tratamiento y reducir el riesgo de una recaída. La medicación debe revisarse a intervalos de 4-6 meses. Los médicos y enfermeros en atención primaria necesitarán formación en esta práctica (63). Si está disponible, el *counselling* específico sobre la medicación puede ayudar. Aconseja al enfermero que administra la medicación a que llame al paciente en el caso de que falte una cita.
- Habla de los posibles efectos secundarios con el paciente. Los efectos secundarios más comunes son:
 - Distonías o espasmos agudos que pueden manejarse con drogas anti Parkinsonianas. (p. ej. prociclidina, 5 mg tres veces al día, u orfenadrina, 50 mg tres veces al día).
 - Síntomas parkinsonianos (p. ej. temblor y acinesia) que pueden manejarse con drogas anti parkinsonianas de vía oral (p. ej. prociclidina, 5 mg hasta tres veces al día, u orfenadrina, 50 mg tres veces al día), se debe intentar retirar las drogas anti parkinsonianas después de unos 2-3 meses sin síntomas ya que de estas sustancias puede abusarse y también pueden dañar la memoria.
 - Acatisia (inquietud motora severa) puede manejarse con reducción de dosis o el uso de β bloqueantes (p. ej. propranolol, 30-80 mg al día). El cambio a un antipsicótico de baja potencia (p. ej. olanzapina o quetiapina) puede ayudar.
 - Otros posibles efectos secundarios incluyen aumento de peso, galactorrea y fotosensibilidad.

Consultas

Se aconseja consultas con los servicios de salud mental:

- Con urgencia, si hay señales de una recaída, a menos que ya se haya establecido una respuesta previa al tratamiento.
- De forma programada:
 - Para aclarar diagnóstico y asegurar que el tratamiento es el más apropiado.

- Si no hay cumplimiento con el tratamiento, efectos secundarios problemáticos o problemas con la situación del paciente, por ejemplo, dificultades en el módulo o problemas con su ocupación.
- Para todos los pacientes con diagnóstico de psicosis para obtener información sobre cualquier plan de atención y revisarlo.
- En todos los pacientes que abusan de sustancias para revisar su medicación y asegurar que los efectos secundarios no deseados (p. ej. somnolencia) no estén aumentando el abuso.

Los pacientes con una variedad de necesidades sociales, financieras, ocupacionales y de salud mental son normalmente gestionados por servicios especializados.

Los servicios de salud mental en la comunidad pueden proporcionar terapia de cumplimiento, intervenciones familiares, terapia cognitiva-conductual, y facilidades de rehabilitación.

Pide cita con servicios de *counselling* de abuso de sustancias para pacientes que abusan y que expresan alguna motivación en cuanto a dejar las sustancias (25).

Colabora con el servicio de drogodependencias para asegurar que se siga recetando medicación antipsicótica. Enfatiza al paciente que las recaídas son de esperar, que no son señales de fracaso y que no significarán la pérdida de apoyo y respeto.

Si se prevé la libertad, trabaja en conjunto con los recursos sanitarios y sociales para asegurar un seguimiento tanto por el médico de atención primaria como por parte de los servicios de salud mental y de asistencia social.

Si no se planea la libertad, informa a los servicios locales de salud mental que el paciente puede aparecer en Urgencias de la zona, y aconséjales que estén atentos.

3. Trastorno Bipolar - F31

Motivo de consulta.

Los pacientes pueden tener un periodo de depresión, manía o excitabilidad con el patrón descrito más abajo. La derivación puede ser realizada por falta de introspección, quejas de agresiones, sanciones frecuentes, autolesiones o rechazo a la comida.

Criterios diagnósticos

Periodos de manía con:

- Aumento de la energía y la actividad.
 - Elevación del estado de ánimo irritabilidad.
 - Habla rápida.
 - Desinhibición.
 - Disminución de la necesidad de dormir.
 - Aumento de la autoestima.
- El paciente puede presentar disminución de la atención.
- El paciente puede también tener periodos de depresión con:
 - Humor deprimido o tristeza.
 - Pérdida de interés o placer.
- Los siguientes síntomas están frecuentemente asociados:
 - Alteraciones del sueño.
 - Dificultades de concentración.
 - Sentimientos de culpa o baja autoestima.
 - Alteraciones del apetito.
 - Fatiga o pérdida de la energía.
 - Actos o pensamientos suicidas.

Cualquier episodio puede predominar. Los episodios pueden alternarse frecuentemente o pueden estar separados por periodos con humor normal. En los casos severos, los pacientes pueden tener alucinaciones auditivas o visuales, o delirios (creencias extrañas o ilógicas) durante los periodos de manía o depresión.

Diagnóstico diferencial

- **Abuso de alcohol F10 o trastornos inducidos por drogas F11** pueden causar síntomas similares.
- **Trastorno antisocial de la personalidad:** Puede ser difícil evaluar el humor si la personalidad premórbida del paciente no es bien conocida. Si es posible, obtener información de sus familiares, personal o médico general.

Información esencial para el paciente y el grupo de apoyo primario:

- Los cambios de humor y conducta inexplicables pueden ser síntomas de la enfermedad.
- Existen tratamientos efectivos. El tratamiento a largo plazo puede prevenir futuros episodios.
- Si se dejan sin tratar, los episodios maníacos pueden convertirse en disruptivos o peligrosos. Los episodios maníacos, a menudo, llevan a problemas legales, pérdida de trabajo o problemas financieros (en la comunidad) y problemas de deudas, sanciones o conductas sexuales de alto riesgo (en prisión). Al principio, cuando hay síntomas leves de manía o hipomanía, la derivación está indicada y se debe indicar al paciente que acuda a la consulta.
- Informar a los pacientes tratados con litio de los signos de intoxicación por litio.

Consejos y apoyo al paciente y grupo de apoyo primario:

- Si se decide que es seguro para el paciente vivir en vida ordinaria, buscar el permiso del paciente para involucrar al responsable del módulo y otro personal relevante (por ejem. monitor de talleres., profesor, tutor) para implementar un plan de manejo, incluyendo ubicación, actividades, hay que vigilar los signos de toxicidad del litio y tener una respuesta planificada en caso de recaída o alteraciones del humor. Informar al personal que el trastorno bipolar conlleva el riesgo de suicidio más elevado de todos los trastornos mentales.
- Durante el episodio depresivo, evaluar el riesgo de suicidio. ¿Tiene el paciente pensamientos de muerte o de morir frecuentes? ¿Tiene el paciente un plan específico de suicidio? ¿Ha tenido intentos serios de suicidio en el pasado? ¿Puede el paciente estar seguro de no llevar a cabo sus ideas suicidas? Una supervisión estrecha por el personal puede ser necesaria. Preguntar sobre el riesgo de violencia a terceros.
- Durante los periodos maníacos:
 - Evitar confrontación a menos que sea necesaria para prevenir actos peligrosos o lesivos.
 - Advertir al personal que una agresión puede ser un signo de la enfermedad y que se debería evitar el uso automático de acciones disciplinarias.
 - Valorar el riesgo de violencia.

- Advertir acerca de conductas impulsivas o peligrosas.
- A menudo se precisa de observación directa por el personal.
- Si la agitación o conducta disruptiva es severa, puede precisar un traslado hospitalario.
- Durante los episodios depresivos, consultar guías clínicas de manejo de depresión.
- Informar de la enfermedad y los posibles tratamientos al paciente.
- Animar al personal a derivar el paciente cuando aparezcan los signos de depresión aunque el paciente se muestre reluctante.
- Enseñar al paciente y al personal a identificar precozmente los síntomas de alerta de cambios de humor para evitar recaídas mayores.
- Enseñar a los pacientes a identificar síntomas precoces de estar “eufórico”, para que avisen.
 - Cese de consumo de té, café u otros estimulantes con cafeína (colas...).
 - Evitar situaciones estresantes o estimulantes.
 - Planificar un buen ritmo de sueño nocturno.
 - Hacer ejercicio relajante durante el día, p. ej. ejercicios de relajación en la celda o gimnasio.
 - Evitar tomar decisiones importantes.
- Si es importante tomar las medidas necesarias para limitar la capacidad para gastar dinero (28).

Medicación

- Si el paciente presenta agitación, excitación o conductas disruptivas puede ser necesario iniciar medicación antipsicótica (29) (p. ej. haloperidol, 1.5-4 mg hasta tres veces al día). Las dosis deberán ser las más bajas posibles para la resolución de los síntomas (30), aunque algunos pacientes pueden requerir dosis más elevadas. Si la medicación antipsicótica causa reacciones distónicas agudas (p. ej. espasmos musculares) o síntomas extrapiramidales marcados (p. ej. rigidez o temblores), la medicación antiparkinsoniana puede ser útil (p. ej. prociclidina, 5 mg tres veces al día; biperideno, 2-4 mg/día y trihexifenidilo, 2-5 mg/día). El uso rutinario no es necesario.

- Las benzodiacepinas también pueden usarse a corto plazo conjuntamente con la medicación antipsicótica para control de las agitaciones y conducta disruptiva (31). Diazepam (5-10 mg hasta 4 veces al día) o lorazepam (1-2 mg hasta 4 veces al día) Si se requiere el diazepam puede darse por vía rectal o el lorazepam im. (aunque debería mantenerse en frío). Este último no está disponible en España.
- El Litio puede ayudar a mejorar la manía (32) y la depresión (33) y puede prevenir la recurrencia de episodios (34). Solamente se debería comenzar o dejar de tomar litio por indicación del especialista. Algunos médicos generales tienen confianza en reinstaurar el tratamiento con litio después de una recaída. Otros tratamientos alternativos estabilizantes del humor son la carbamacepina y el valproato sódico.

Si se utiliza en una fase aguda, el litio tarda varios días para mostrar sus efectos. Si se prescribe litio:

- Debería haber un acuerdo claro entre el médico referente y el especialista acerca de quien monitoriza el tratamiento con litio. La monitorización con litio debería ser llevada a cabo usando un protocolo acordado. Si se lleva desde la asistencia primaria debería ser realizado por una persona entrenada.
- Los niveles de litio en sangre deben ser medidos frecuentemente cuando se ajusta la dosis y cada 3 meses en pacientes estables, de 10-14 horas después de la última dosis (niveles en sangre entre 0.4-0.8 mmol/l (1)). **Si los niveles sanguíneos son \rightarrow 5 o hay diarrea y vómitos, dejar de tomar el litio de forma inmediata.** Si hay otros signos de toxicidad por litio (p. ej. temblor, diarrea, vómitos, náuseas, confusión), dejar el litio y comprobar los niveles sanguíneos. Las funciones renal y tiroidea deberían comprobarse cada 2-3 meses cuando se ajusta la dosis y cada 6 meses a 1 año en pacientes estables (36). **Nunca retirar el litio de forma abrupta** (excepto en presencia de toxicidad) ya que las tasas de recaídas son dos veces mayor bajo estas condiciones (37). El litio debería mantenerse al menos durante 6 meses después que los síntomas hayan remitido (el uso a largo plazo es normalmente necesario para prevenir recurrencias).
- Si el paciente está en una ubicación ordinaria, el responsable del módulo residencial, y si el paciente va al gimnasio frecuentemente, el equipo de educadores físicos debería ser consciente de los signos de la toxicidad por litio.

- La medicación antidepresiva es, a menudo, necesaria durante las fases depresivas pero pueden precipitar manía cuando se usan solas. Bupropion puede que sea el que con menor probabilidad, cause manía (38). Las dosis deberían ser las más bajas posibles y utilizarlas durante el periodo más corto posible. Si un paciente empieza a estar hipomaniaco, retirar el antidepresivo.

Derivación

La derivación a los servicios de salud mental de los recursos penitenciarios o especializados esta aconsejada:

- Como Urgencia si el paciente es muy vulnerable, por ejemplo, si tiene un riesgo significativo de suicidio o conducta disruptiva.
- Si persiste la manía o la depresión a pesar del tratamiento.

La derivación no urgente esta recomendada:

- Para todos los ingresos con este diagnóstico para valoración, planificación de cuidados y la asignación de un referente de su tratamiento.
- Antes de empezar con el litio.
- Para tratar sobre la prevención de recaídas.
- Para mujeres en tratamiento con litio que planifican quedarse embarazadas.

Cuando un paciente es diagnosticado de trastorno bipolar por primera vez, informar a su abogado, con el permiso del paciente, ya que la enfermedad podría tener relevancia para el delito.

Si la libertad está planificada, trabajar con medidas alternativas o personal que se ocupe del seguimiento externo para asegurar la petición de las citas con un médico general y un especialista de salud mental.

4. Trastorno depresivo - F32

Síntomas

El paciente se suele presentar al principio con uno o más síntomas físicos, como dolores o “mucho cansancio”. Otras preguntas revelarán un estado emocional bajo, o pérdida severa y persistente de interés.

A veces el paciente presenta irritabilidad o un aumento en la agresividad.

Un amplio rango de síntomas pueden acompañar o esconder una depresión, incluyendo ansiedad o insomnio, preocupaciones por problemas sociales como dificultades financieras o de pareja, el uso elevado de alcohol o drogas, o por ejemplo, en la depresión posparto preocupaciones constantes o miedo a hacerle daño al recién nacido.

Hay grupos de alto riesgo (p. ej. madres con niños recién nacidos, personas con una sentencia más larga de la que esperaban, y personas con trastornos físicos, como Parkinson, o esclerosis múltiple).

Aspectos diagnósticos

- Estado emocional bajo o triste.
- Pérdida de interés y ánimo la mayor parte del día durante al menos dos semanas.

Y al menos cuatro de los siguientes síntomas:

- Pérdida de sueño.
- Falta de apetito, negándose a comer.
- Aumento de la agresividad y la irritabilidad.
- Culpa o falta de auto-estima.
- Pesimismo o desesperanza con respecto al futuro.
- Fatiga o pérdida de energía.
- Agitación o lentitud de movimiento o habla.
- Variaciones diurnas de estado emocional.
- Falta de concentración.
- Pensamientos o actos suicidas.
- Pérdida de confianza en uno mismo.
- Pérdida de libido.

En muchas ocasiones son frecuentes también síntomas de ansiedad o nerviosismo.

Cuanto más severa es la depresión, mayor el número de síntomas y (lo más importante) mayor es el grado de interferencia con el funcionamiento

social y ocupacional. Los síntomas biológicos son más comunes en depresiones más severas.

Diagnóstico diferencial

Desadaptación -F43.2. Cuando los síntomas se provocan por estrés reciente (p. ej. recibir una sentencia de ingreso en prisión, o bulling; la pérdida de auto estima puede estar causada por la situación del recluso en la prisión). Se diagnostica depresión cuando los síntomas son severos y continúan durante más de un mes, sin necesidad de tener en cuenta si la depresión tiene relación con el estrés cotidiano o no.

Abuso de alcohol o Trastorno por abuso de sustancias -F11. Si hay presencia de abuso de alcohol o sustancias. El abuso de sustancias puede provocar o aumentar los síntomas depresivos. Puede también enmascarar una depresión subyacente. Los síntomas depresivos mejoran en el 80% de los casos después de la desintoxicación. Se diagnostica depresión si los síntomas persisten o empeoran después de retirar el alcohol, estimulantes u opiáceos.

Trastorno psicótico agudo -F23. Cuando hay presencia de alucinaciones, por ejemplo, oír voces, ideas delirantes, o creencias inusuales o extrañas.

Trastorno bipolar -F31. Si el paciente tiene una historia de episodios maníacos, excitación, habla rápida, y estado emocional elevado.

Ansiedad y depresión mixta crónica -F41.2. Algunos medicamentos pueden producir síntomas de depresión (βbloqueantes, otros antihipertensivos, H2 bloqueantes, anticonceptivos orales y corticosteroides).

Algunas patologías orgánicas cursan con este tipo de depresión. El consumo de alcohol y el abuso de sustancias pueden coexistir con la depresión.

Información esencial para el paciente y el grupo primario de apoyo.

- Los sentimientos de incapacidad, desesperanza, ansiedad y cambios de estado emocional son todos síntomas de la enfermedad. No significan que te estás volviendo loco. La depresión es una enfermedad común y existen tratamientos eficaces.
- Es normal estar triste cuando uno está separado de la familia y los amigos. Se diagnostica depresión cuando los síntomas son severos y se mantienen en el tiempo. En ocasiones la gente necesita ayuda para reducir los síntomas y poder enfrentarse a sus problemas y seguir con su vida.

- Algunas personas usan las drogas y el alcohol como una forma de escapar de los sentimientos dolorosos y estos pueden volver a aparecer cuando dejan las drogas. Si estás deprimido unas semanas después de abandonar las drogas, normalmente significa que hay un cuadro depresivo. Esta puede ser una oportunidad para tratar los problemas que contribuían a tu depresión y al abuso de sustancias.
- La depresión no es debilidad o pereza.
- La depresión puede afectar la habilidad de las personas en su vida diaria.
- Se recomienda folletos de información o cintas de video para reforzar la información (51). Si el paciente tiene dificultades de lectura, un miembro de equipo de atención médica u otro miembro del personal puede ser capaz de discutir el contenido del folleto con él.

Consejos y apoyo para el paciente y el equipo sanitario

- Debe evaluarse el riesgo de suicidio. Preguntando por pensamientos, planes e intenciones (¿El paciente ha pensado frecuentemente en la muerte o en morir? ¿Tiene el paciente un plan específico de suicidio? ¿Ha hecho algún intento serio de suicidarse en el pasado? ¿Es seguro que el paciente no actuará en respuesta a ideas suicidas?). Se aconseja la participación del equipo de salud mental. Debe haber supervisión de cerca, si es necesario, trasladar al paciente a un centro sanitario, o solicitar consulta psiquiátrica (ver asesoramiento y manejo del riesgo suicida).
- Preguntar por el riesgo de heteroagresividad.
- Identificar los problemas actuales de su vida o factores estresantes sociales, incluyendo los factores precipitantes, y la ayuda que puede necesitar para resolverlos. Los funcionarios de las unidades pueden ayudar en este sentido, sobre todo en casos donde la posición jerárquica del interno en el módulo es un factor relacionado con el cuadro. Dar orientaciones sobre los pasos que el paciente puede dar para reducir o mejorar estos problemas. Aconsejar al paciente a evitar decisiones importantes o cambios de vida significativos mientras esté deprimido.
- Planear actividades a corto plazo que el paciente pueda disfrutar o que le ayuden a aumentar su autoestima. El ejercicio físico puede ayudar en este sentido (72).
- Recomendar una reducción en el consumo de cafeína (46) y en el uso de drogas.

- Apoyar el desarrollo de buenas pautas de sueño y animarle a tener una dieta equilibrada (47).
- Animar al paciente a evitar el pesimismo y autocrítica, y a evitar tomar decisiones en estos momentos (p. ej. terminar un matrimonio) y no centrarse en pensamientos negativos o de culpa.
- Buscar a alguien en el que el paciente pueda confiar. Animándole a buscar la ayuda práctica y emocional de otros. Informa al paciente de la existencia del equipo de asistencia sanitaria del centro penitenciario y otros apoyos. Ayúdale a obtener llamadas telefónicas adicionales y visitas de familia y amigos.
- Si están presentes síntomas físicos, habla de la relación entre ellos y el estado de ánimo. Ver trastornos somáticos.
- Implica al paciente en hablar de las ventajas y desventajas de los tratamientos disponibles. Infórmale que normalmente la medicación surte un efecto más rápido que la psicoterapia. Cuando un paciente decide no tomar medicación, busca las razones del paciente y trata de disipar las ideas falsas que pueda tener, pero si sigue manteniendo su opinión, respeta su decisión y programa una revisión para seguir su evolución.
- Después de la mejoría, planea con el paciente la acción que debe tomarse si se dan señales de recaída.

Coordinación y consejo al resto de personal (residencial y otros)

- Pide permiso al paciente para discutir de su caso con otros miembros del personal que le están asistiendo. Infórmale que lo harás solo con su permiso, excepto en casos en que hay un riesgo significativo de auto o heteroagresividad.
- Habla del resultado de la evaluación de riesgo y considera formas de manejar el riesgo, incluyendo el nivel de seguimiento necesario. Habla de la ubicación, incluyendo la habitación compartida. Habla de la posibilidad de poner personal de apoyo.
- Aconseja al personal a no juzgar un intento de suicidio delante del paciente.
- Informa al personal de la repercusión de la enfermedad sobre el funcionamiento del paciente, por ejemplo, la irritabilidad y la agresividad puede causar un aumento en discusiones con otros reclusos o funcionarios.

- Promueve el contacto con la familia y con amigos, organizando visitas familiares largas y llamadas telefónicas.
- Facilita que el paciente tenga acceso a actividades apropiadas y los útiles necesarios (p. ej. materiales de dibujo).
- Si la enfermedad del paciente significa que ya no puede manejar su rutina anterior, como por ejemplo, terapia ocupacional, propón las opciones para sustituirlas, como el arte, ejercicio físico o trabajos más fáciles.

Medicación

- No existe ninguna evidencia de que personas con pocos o ligeros síntomas de depresión responden a un tratamiento con antidepresivos (76).
Episodios moderados a severos requieren tratamiento con antidepresivos. Considera la posibilidad de medicación en la primera visita.
- Los antidepresivos son eficaces incluso en casos cuando la depresión está relacionada con estrés o enfermedad física. El tratamiento está indicado ante la severidad y duración de los síntomas.
- Habla de los propósitos del tratamiento y los efectos secundarios, explora las percepciones del paciente sobre el tratamiento.

Eligiendo la medicación

No existe ninguna evidencia para indicar que un antidepresivo concreto sea más eficaz que otros (77,78). Sin embargo, sus perfiles en cuanto a efectos secundarios difieren, y por lo tanto, algunos fármacos serán más aceptables a cierto tipo de paciente que a otros.

- Si un paciente ha respondido positivamente a un medicamento en el pasado, vuelve a usar este medicamento.
- Si el paciente es mayor o tiene una enfermedad física, utiliza medicamentos con menos efectos secundarios anticolinérgicos y cardiovasculares.
- Si el paciente tiene deseos de suicidarse, evita los antidepresivos tricíclicos (ATC) o considera la posibilidad de ingestión bajo supervisión. (tratamiento directamente observado)
- Si el paciente tiene ansiedad o insomnio, utiliza un fármaco con más efectos sedantes, pero avísale de posible somnolencia y problemas en la conducción de vehículos.

- Si el paciente está al punto de volver a la comunidad, y no quiere dejar el alcohol, escoge uno de los antidepresivos ISRS, con menos interacciones con el alcohol (fluoxetina, paroxetina y citalopram).
- *Hypericum perforata* a menudo se da en casos leves y moderados de depresión, tanto aguda como crónica (53). Tiene algunas propiedades IMAO (54) así que no debe combinarse con otros antidepresivos y en teoría se requiere cierto cuidado con las dietas y puede tener interacciones con otros medicamentos recetados.

Si se recetan antidepresivos, hay que explicarle al paciente que:

- Debe tomar la medicación todos los días.
- Los fármacos antidepresivos no tienen efectos adictivos.
- La mejora irá aumentando durante las 2-3 semanas después de iniciar el tratamiento.
- Pueden aparecer efectos secundarios ligeros (boca seca, visión borrosa, sedación con ATC, agitación y dolores del estomago con ISRS, pero normalmente desaparecen en de 7-10 días.
- Enfatiza el hecho de que el paciente debe consultar con el médico antes de retirar la medicación. Todos los antidepresivos deben retirarse gradualmente, preferiblemente durante 4 semanas en pautas decrecientes.

Continúa el tratamiento con dosis máximas de antidepresivos durante al menos 4-6 meses después de una mejora para prevenir una recaída (79,80).

Revisa al paciente regularmente durante este tiempo. Considera, en conjunto con el paciente, la necesidad de más tiempo de tratamiento más allá de los 6 meses.

Si el paciente ha tenido varios episodios de depresión severa, considera la posibilidad de un tratamiento a más largo plazo como profilaxis. Obtén una segunda opinión en este momento, si es posible.

Si se usan antidepresivos tricíclicos, incrementa la dosis durante 7-10 días hasta llegar a la dosis eficaz, por ejemplo, dotiepina: empieza a 50-75 mg y incrementa a 150, noche, o imipramina: empieza a 20-25 mg cada noche y incrementa a 100-150 mg.

Retira la medicación antidepresiva gradualmente, y sigue cualquier posible síndrome de abstinencia para asegurar que la remisión sea estable. La

reducción gradual de ISRS puede conseguirse utilizando jarabes en dosis reducidas o tomando una pastilla en días alternantes.

Consultas

Las siguientes terapias, dadas por terapeutas formados, se han mostrado eficaces para algunas personas con depresión.

Terapia cognitiva-conductual (TCC).

Terapia conductual.

Terapia interpersonal.

Terapia de resolución de problemas.

Los pacientes con depresiones recurrentes y crónicas pueden beneficiarse más de la combinación de TCC y antidepresivos, que solamente de medicamentos (84,85). Counselling puede ayudar en los casos de depresión ligera si se enfoca en problemas psicosociales específicos que tienen relación con la depresión, por ejemplo, las relaciones íntimas, muerte de un familiar.

Se recomienda consulta con los servicios secundarios de salud mental:

- Urgente, si hay riesgo importante de suicidio y daño a otros, síntomas psicóticos, agitación severa, o inhibición con reducción de ingestión de líquidos/comidas.
- Programada si:
 - Una depresión grave persiste a pesar del tratamiento en asistencia primaria (una terapia con antidepresivos ha fallado, si el paciente sigue estando sintomático después del tratamiento a una dosis adecuada.) Si no hay una mejora notable con el primer medicamento, debe cambiarse a otra clase.
 - Si hay una historia de depresión severa, sobre todo trastorno bipolar.

Si están presentes también abusos de alcohol y drogas, ve las orientaciones para estos trastornos.

La participación de grupos de apoyo no-sanitarios puede ayudar (capellán, amigos, grupos voluntarios de apoyo) en todos los demás casos donde los síntomas persisten, o en los que el paciente tiene una red empobrecida de apoyo, o donde los problemas sociales o de relación contribuyen a la depresión (86).

Los adolescentes con depresión severa son difíciles de evaluar y manejar, y se recomienda consulta al especialista.

5. Trastorno Ansioso-depresivo. F41.2

Síntomas

El paciente puede presentar uno o más síntomas físicos (varios dolores, insomnio, o fatiga) acompañado por una variedad de síntomas ansiosos y depresivos que deberán estar presentes durante más de 6 meses. Estos pacientes son muy conocidos por sus médicos y a menudo han sido tratados con gran variedad de fármacos

Aspectos diagnósticos

- Estado emocional bajo o triste.
- Pérdida de interés o ánimo.
- Predominancia de ansiedad o depresión.
- Normalmente hay múltiples síntomas asociados:
 - Trastornos del sueño.
 - Trastornos del apetito.
 - Temblores.
 - Pensamientos o actos de suicidio.
 - Fatiga o pérdida de energía.
 - Boca seca.
 - Palpitaciones.
 - Pérdida de libido.
 - Falta de concentración.
 - Vértigo.
 - Tensión e irritabilidad.

Diagnóstico diferencial

- Si hay síntomas severos de depresión o ansiedad, ver **Depresión-F32, Ansiedad generalizada F41.1.**
- Si predominan síntomas somáticos que no parecen tener una explicación física adecuada, ver **Somatización-F45.**
- Si el paciente tiene una historia de episodios de manía (alerta, estado emocional elevado, habla rápida) ver **Trastorno bipolar-F31.**
- Si el paciente está o estaba consumiendo alcohol o drogas ver **Abuso de alcohol-F10 y Trastorno por abuso de drogas-F11.**

Dolencias somáticas sin explicación, trastornos por alcohol o drogas pueden coexistir con ansiedad y depresión.

Información esencial para el paciente y el grupo primario de apoyo

- El estrés y la preocupación tienen muchos efectos físicos y mentales y pueden ser responsables de muchos sus síntomas. Los síntomas son mas graves en los momentos de estrés personal. Procura ayudar al paciente a reducir los síntomas.
- Estos problemas no se deben a debilidad o pereza: los pacientes están tratando de manejar la situación.
- Consultas programadas frecuentes pueden ayudar, aumenta la frecuencia de las consultas e incluye visitas programadas con otros profesionales (para evaluar el progreso de cualquier trastorno físico y dar consejo sobre el manejo del estrés cotidiano).

Consejos y apoyo al paciente y grupo de apoyo primario

- Si existen síntomas físicos, habla del vínculo entre síntomas físicos y angustia. Ver **Trastornos Somáticos F45**.
- Si predominan los síntomas relacionados con la tensión, aconseja el uso de métodos de relajación para aliviar síntomas físicos.
- Aconseja una reducción en el consumo de cafeína (46). Si es apropiado, una dieta equilibrada, que incluye muchos hidratos de carbono y vitaminas (47).
- Formas de descartar los pensamientos negativos o preocupaciones exageradas.
- Identifica las preocupaciones exageradas o pensamientos pesimistas, por ejemplo, cuando una visita no llega a tiempo, el paciente se preocupa por la idea de que la visita ya no quiere contacto con él.
- Discute las formas de cuestionar estas preocupaciones exageradas cuando ocurren, por ejemplo, “me estoy empezando a enredar en preocupaciones otra vez. Mi visita solo está tardando unos minutos. Probablemente llega en unos pocos minutos”.
- Métodos estructurados (48) para resolver problemas pueden ayudar a los pacientes a manejar y resolver los problemas o estrés que contribuyen a

los síntomas de ansiedad. Apoya al paciente para que lleve a cabo los pasos siguientes:

- Identificar los eventos que provocan preocupación en exceso (p. ej. una mujer joven se presenta con preocupación, tensión, náusea, e insomnio. Empezaron estos síntomas después de que se enteró del mal comportamiento de su hijo en el colegio después de la sentencia de su madre).
- Hacer una lista con tantas soluciones como se le ocurren al paciente (hablando de sus inquietudes con un amigo cercano o familiar, solicitando una visita de la familia, escribiendo al médico de cabecera de su hijo, poniéndose en contacto con una organización voluntaria que ayuda a las familias de reclusos).
- Hacer una lista de las ventajas y desventajas de cada solución posible (el paciente debería hacerlo, quizás entre las consultas).
- Escoger la solución preferida.
- Establecer los pasos necesarios para que el plan funcione.
- Establecer una fecha para revisar el plan. Identificar y reforzar las cosas que están funcionando.
- Ayuda al paciente a hacer planes para actividades relajantes, placenteras o que ayudan a subir la auto estima. El ejercicio físico puede ayudar en estos casos (49,50). Si es necesario, considera la posibilidad de solicitar un aumento en el número de actividades apropiadas.
- Evalúa el riesgo de suicidio. (¿El paciente ha pensado frecuentemente en la muerte o en morir? ¿Tiene el paciente un plan específico de suicidio? ¿Ha hecho algún intento serio de suicidarse? ¿Es seguro que el paciente no actuará en respuesta a ideas suicidas?)
- Anima al paciente a usar libros, cintas y/o folletos de auto-ayuda si son apropiados (51). Si el paciente tiene dificultad para leer, un miembro del establecimiento u otro miembro del staff puede discutir los contenidos.

Medicación

- La medicación debe ser sencilla. Debe ser revisada periódicamente y el paciente solo debe usarla si realmente le ayuda. La polifarmacia debe evitarse.
- Un antidepresivo con propiedades sedantes puede ser prescrito si están presentes síntomas agudos de depresión o ansiedad, pero avisa

al paciente de somnolencia. Según la gravedad usar antidepresivos y para orientaciones específicas sobre estas drogas ver **Depresión.F32**.

- *Hypericum perforata* a menudo se da en casos leves y moderados de depresión, tanto aguda como crónica (53). Tiene algunas propiedades IMAO (54) así que no debe combinarse con otros antidepresivos y, en teoría, se requiere cierto cuidado con las dietas y puede tener interacciones con otros medicamentos recetados.

Consultas

Consultas programadas con el especialista son aconsejables:

- Si hay riesgo importante de suicidio Ver Valoración y manejo de riesgo de suicidio.
- No urgente programar el tratamiento psicológico, según disponibilidad.

Recomienda organizaciones voluntarias/no-estatales/de auto-ayuda. Manejo de estrés/ansiedad. Resolución de problemas.Terapia cognitiva (59). Terapia cognitiva-conductual o Counselling (13) pueden ayudar en asistencia primaria, también en los servicios especializados de salud mental.

6. Trastorno Ansioso -F41.1

Presencia de síntomas

El paciente puede presentar síntomas físicos relacionadas con tensión (p. ej. dolores de cabeza o taquicardia) o con insomnio. Preguntas durante la consulta revelarán ansiedad como el factor prominente.

Elementos diagnósticos

Síntomas múltiples de ansiedad o tensión incluyen:

- Alerta física, mareos, sudores, ritmo cardiaco elevado o taquicardias, boca seca, dolores abdominales o torácicos.
- Tensión mental, preocupación, sensaciones de tensión o nerviosismo, pobre concentración, miedos a que algo va a pasar y que el paciente no podrá sobrellevarlo.
- Tensión física, inquietud, dolores de cabeza, temblores o incapacidad para relajarse.

Los síntomas pueden durar meses y reaparecen con frecuencia. Son a menudo provocados por eventos estresantes en las personas con tendencias a preocuparse.

Diagnóstico diferencial

- **Abuso de alcohol-F10 o Trastornos por abuso de drogas-F11.**

La ansiedad es un síntoma común durante la desintoxicación/abstinencia. También puede ser un factor subyacente del abuso de sustancias y hacerse más evidente después del síndrome de abstinencia. Algunas sustancias pueden usarse para auto medicarse contra la ansiedad. Si los síntomas de ansiedad permanecen o aumentan después de la desintoxicación, hay razones para sospechar la existencia de un trastorno de ansiedad subyacente y/o dependencia de benzodiazepinas.

- **Depresión-F32** si está predominante un estado anímico bajo o triste.
- **Trastorno mixto de ansiedad y depresión crónica -F41.2.**
- **Trastorno de pánico-F41.0** crisis de ansiedad espontáneas.
- **Trastornos de fóbico-F40** si el paciente tiene miedo a situaciones específicas y intenta evitarlas.
- Ciertas enfermedades físicas (tirotoxicosis) o medicaciones (metilxantinas, *alfa* agonistas) pueden provocar síntomas de ansiedad.
- La ansiedad puede ser síntoma de un trastorno de estrés pos traumático.

Información esencial para el paciente y el grupo de apoyo primario.

- El estrés y la preocupación tienen efectos tanto físicos como mentales.
- Cuando el paciente usa las drogas y el alcohol para tratar la ansiedad subyacente, desde el centro penitenciario supone para él la oportunidad de aprender formas alternativas para manejarlo.
- El aprendizaje de habilidades para reducir los efectos del estrés (y no la medicación sedante) es el alivio más eficaz (105).

Consejos y apoyo para el paciente y el grupo de apoyo primario

- Anima al paciente a utilizar métodos de relajación cada día para reducir los síntomas físicos de la tensión. Si el paciente tiene dificultades de

lectura, un miembro de equipo de atención médica u otro miembro del personal puede ser capaz de discutir el contenido del folleto con él.

- Aconseja una reducción en el consumo de cafeína, si es apropiado (46).
- Intenta evitar el uso de tabaco, alcohol u otras drogas para sobrellevar la ansiedad.
- Ayuda al paciente a hacer planes para actividades relajantes, placenteras o que ayudan a subir la auto estima. El ejercicio físico puede ayudar en este sentido (49,50). Si es necesario, considera la posibilidad de solicitar un aumento en el acceso a actividades apropiadas.
- Identifica las preocupaciones y situaciones que el paciente exagera para reducir los síntomas de la ansiedad.
 - Identifica las preocupaciones exageradas o pensamientos pesimistas, por ejemplo, cuando un visitante no llega a tiempo, el paciente se preocupa por la idea de que el visitante ya no quiere contacto con él.
 - Habla de formas de cuestionar estas preocupaciones exageradas cuando ocurren, por ejemplo, “me estoy empezando a enredar en preocupaciones otra vez. Mi visitante solo está tardando unos minutos. Probablemente llega en unos pocos minutos”.
- Métodos estructurados para la resolución de estos problemas (48) pueden ayudar a los pacientes a manejar el estrés que contribuyen a los síntomas de ansiedad. Apoya al paciente en llevar a cabo los pasos siguientes:
 - Identificar los eventos que provocan preocupación en exceso (p. ej. una mujer joven se presenta con preocupación, tensión, náusea, y insomnio. Empezaron estos síntomas después de que se enteró del mal comportamiento de su hijo en el colegio y fue sentenciado).
 - Hacer una lista con tantas soluciones como se le ocurren al paciente (hablando de sus inquietudes con un amigo cercano o familiar, solicitando una visita familiar, escribiendo al médico de cabecera de su hijo, poniéndose en contacto con una organización voluntaria que ayuda a las familias de reclusos).
 - Hacer una lista de las ventajas y desventajas de cada solución posible. el paciente debería hacerlo, tal vez entre propuestas.
 - Escoger la solución preferida.
 - Establecer los pasos necesarios para que el plan funcione.

- Establecer una fecha para revisar el plan. Identificar y reforzar las cosas que están funcionando.
- Identifica los posibles recursos para solucionar problemas: relajación, yoga, meditación/relajación, counselling o voluntariado.

Medicación

La medicación es un tratamiento secundario en el manejo de ansiedad generalizada (105,106). Sin embargo puede utilizarse si síntomas significativos de ansiedad persisten a pesar de las medidas sugeridas arriba.

La medicación ansiolítica con benzodiazepinas es eficaz como tratamiento a corto plazo; los síntomas somáticos parecen más sensibles al tratamiento que los síntomas psíquicos (145). Manifiestan ser eficaces, principalmente en síntomas somáticos y son de inicio de acción rápida. Pero sus inconvenientes apuntan a menor eficacia para síntomas psíquicos, problemas de dependencia si se usan a largo plazo, síntomas de abstinencia y ansiedad de rebote interacciones medicamentosas.

Es conveniente evitar las benzodiazepinas de vida media corta, considera el uso de diazepam. El uso a largo plazo puede provocar dependencia y puede provocar el retorno de los síntomas cuando el tratamiento se termina. Pero hay que recordar que existe el Trastorno de Ansiedad Generalizada, que se trata de una enfermedad crónica, con frecuentes recaídas, recomendándose tratamientos a medio y largo plazo, con frecuencia superiores a un año.

Antidepresivos (108) como Imipramina, clomipramina, paroxetina, o venlafaxina pueden ayudar, sobre todo si están presentes síntomas de depresión. No provocan dependencia o síntomas de rebote, pero pueden provocar síndromes de abstinencia y por lo tanto retirar estas drogas debe ser un proceso gradual y con pautas definidas. Reducen los síntomas depresivos comórbidos: escaso potencial de abuso. Pero también son menos eficaces para los síntomas somáticos: hay respuesta variable de unos a otros pacientes, inicio de acción retardado, disfunción sexual, posible aumento de peso, interacciones medicamentosas (146).

Neuromoduladores como la pregabalina, fármaco analgésico, ansiolítico y antiepiléptico que es eficaz en el tratamiento de ansiedad generalizada, fobia social y con acción como modulador del sueño. Es un fármaco que suele ser bien tolerado, permite llegar a la dosis eficaz desde el inicio del tratamiento y tiene efecto facilitador de la transmisión GABA, sin actuar directamente sobre los receptores benzodiazepínicos.

También los, βbloqueantes pueden ayudar a controlar los síntomas físicos como temblores (109).

Consultas

Se aconsejan consultas no urgentes con los servicios secundarios de salud mental si los síntomas del paciente son lo bastante severos o duraderos para interferir con su funcionamiento social u ocupacional.

Si están disponibles considera el uso de terapias cognitivas-conductuales o manejo de ansiedad.

Clases de auto ayuda y “biblioterapia asistida” también pueden ser eficaces en la asistencia primaria de ansiedad ligera (111, 112).

7. Delirium - Fo5

Tipos de síntomas

- Los funcionarios pueden pedir ayuda porque el interno se presenta agitado o confuso.
- El interno puede comportarse de manera poco colaboradora y con miedo.
- El delirium puede aparecer en pacientes hospitalizados por problemas físicos.

Rasgos diagnósticos

Comienzo agudo, normalmente se establece en horas o días, con aparición de:

- Confusión, (el paciente parece desorientado, se esfuerza por entender lo que sucede a su alrededor).
- Pensamiento embotado y falta de atención.

A menudo se acompaña de:

- Fallos de memoria.
- Agitación.
- Alteración emocional.
- Pérdida de orientación.

- Atención difusa.
- Alucinaciones auditivas (voces).
- Aislamiento del entorno.
- Ilusiones o alucinaciones visuales.
- Desconfianza.
- Sueño alterado (pauta de sueño invertido).
- Signos del sistema nervioso autónomo como sudoración o taquicardia.

Los síntomas a menudo se establecen rápidamente y pueden ir cambiando en horas.

El delirium puede ocurrir en pacientes con un trastorno mental previo o en los que sufrían demencia. Un estrés moderado (p. ej. una medicación o una infección leve) pueden desencadenar un delirium en pacientes mayores, o en los que presentan demencia.

Diagnóstico diferencial

Buscar y corregir posibles causas físicas subyacentes, como por ejemplo.

- Intoxicación o abstinencia alcohólica.
- Intoxicación o abstinencia de drogas, incluso las prescritas.
- Infección.
- Trastornos metabólicos, como por ejemplo, fallo hepático, deshidratación, hipoglucemia.
- Traumatismo craneal.
- Hipoxia.
- Epilepsia.

Si los síntomas persisten, predominan los delirios y los trastornos del pensamiento y no se identifican causas físicas, hay que considerar también la posibilidad de que se trate de una psicosis aguda.

Información esencial para el paciente y su grupo de apoyo:

Una conducta extraña, habla incoherente y confusión de la conciencia pueden ser síntomas de una enfermedad física.

- Se deben tomar medidas para evitar las lesiones sobre sí mismo o los que le rodean, por ejemplo, alejar objetos peligrosos, uso de la contención si es necesaria, en la menor medida que sea capaz de conseguir la seguridad del paciente, evitándole daños físicos.
- El contacto de apoyo con personal que le sea familiar, le ayudará a reducir la confusión.
- Proporcionar referencias frecuentes sobre el lugar y el tiempo, también ayuda a reducir la confusión.
- El traslado al hospital puede ser necesario debido a la agitación o porque existe una enfermedad física que está causando el delirium. Hay una tasa de mortalidad elevada en sujetos con delirium. Es posible que el paciente necesite ser ingresado en un hospital para diagnosticar o tratar un cuadro subyacente. En caso de emergencia, en el que hay riesgo vital y de integridad física, la ley común establece que el paciente debe ser trasladado a un hospital para su tratamiento. En este caso, el generalista puede tomar la decisión sin esperar a que un psiquiatra lo haga.

Medicación: (68)

- Evitar el uso de medicación sedante o hipnótica (benzodiazepinas) excepto en el caso del tratamiento de la abstinencia al alcohol o los sedantes.
- Dosis bajas de antipsicóticos, muchas veces son necesarias para el control de la agitación, sintomatología psicótica o agresividad. Hay que poner atención a los efectos colaterales de las drogas (las sustancias anticolinérgicas o antiparkinsonianas pueden exacerbar o causar delirio). Hay que vigilar también las interacciones medicamentosas.

Derivación posterior

Es raro que sea necesaria una derivación posterior a un psiquiatra. La derivación a un internista estará indicada si:

- La causa del delirio no se ha aclarado.
- La causa ha sido clara y es tratable pero el tratamiento no se puede realizar adecuadamente dentro del centro penitenciario.
- Se sospecha una abstinencia de alcohol o drogas, una sobredosis u otras condiciones subyacentes que precisan cuidados médicos hospitalarios.

8. Trastornos por uso de sustancias psicoactivas - F11

Motivo de consulta

Los pacientes se pueden presentar en un estado de abstinencia o (más raramente) de intoxicación o con complicaciones físicas del uso de drogas, por ejemplo, abscesos y trombosis. Ocasionalmente, el uso de drogas puede manifestarse como conductas extravagantes o inexplicables.

Los pacientes podrían presentar: humor depresivo, nerviosismo o insomnio. A no olvidar que el diagnóstico de conducta adictiva se presenta casi siempre junto a otras manifestaciones psicopatológicas -la Patología Dual- que es necesario conocer para un adecuado abordaje terapéutico y que anteriormente fue abordado en *Patología Dual en Prisión* editado por este mismo grupo (GSMP, 2006) 144. Reconocer la existencia de pacientes duales, es asumir la complejidad del paciente, que representa un conjunto enorme de variables, y que en su patología mental exigen tratamientos cada vez más personalizados.

Este tipo de pacientes presentan numerosas dificultades clínicas que dificultan el manejo, el tratamiento y ensombrecen el pronóstico:

- Efectos psicomiméticos de las drogas per se.
- Inicio más temprano de la enfermedad mental.
- Contradicciones entre profesionales sobre las estrategias técnicas en el abordaje terapéutico.

Asimismo pueden presentarse los pacientes con una solicitud directa de psicofármacos o drogas, para ayudar la abstinencia, o para solicitar ayuda para estabilizar su abuso de drogas.

Signos de abstinencia de drogas incluyen los siguientes síntomas:

- Opioides: náusea, sudoración, dolores, retortijones abdominales, piel de gallina, pupilas dilatadas.
- Ansiolíticos: ansiedad, temblores, alteraciones de la percepción, convulsiones.
- Estimulantes: depresión, cambios de humor, hambre, somnolencia excesiva.

El staff puede requerir la ayuda antes del paciente (p. ej. porque el paciente esta irritable o ha tenido un resultado positivo en test de drogas). Cualquiera

que sea la motivación para buscar ayuda, el objetivo del tratamiento es asistir al paciente en mantenerse sano hasta, si esta motivado para hacerlo y con ayuda y soporte apropiados, pueda conseguir una vida libre de drogas.

Criterios diagnósticos

- El uso de drogas ha causado daño físico (p. ej. lesiones durante intoxicación), daño psicológico (p. ej. síntomas de trastorno mental debido a uso de drogas) o ha llevado a consecuencias dañinas de tipo social (p. ej. criminalidad, pérdida de trabajo, problemas familiares severos).
- Consumo de tóxicos habitual, dañino o caótico.
- Dificultad en el control del consumo.
- Fuerte deseo de consumir.
- Tolerancia (consumo de grandes cantidades de droga sin aparecer intoxicado).
- Síndrome de abstinencia (p. ej. ansiedad, temblores o otros síntomas de abstinencia después de cesar el uso).

El diagnóstico podrá ser ayudado por lo siguiente.

- Historia: incluyendo razones para la presencia del uso de drogas pasada o actual (en las 4 últimas semanas), historia de administración parenteral y riesgo de HIV y hepatitis, historia previa médica y psiquiátrica, responsabilidades sociales (y especialmente cuidado de hijos e hijas), historia forense y contacto anterior con servicios terapéuticos.
- Examen: motivación, física (signos de inyecciones o complicaciones (p. ej. trombosis o enfermedades víricas), estado mental.
- Investigaciones: hemoglobina, función hepática, análisis de drogas en orinan, hepatitis B y C, VIH, etc.

Diagnóstico diferencial

- El abuso de alcohol puede coexistir. El policonsumo es frecuente.
- Los síntomas de ansiedad o depresión pueden también ocurrir con el abuso importante de drogas. Si estos síntomas continúan después de un periodo de abstinencia (alrededor de cuatro semanas). Valorar como un cuadro de ansiedad, depresión o trastorno psicótico.
- Síndromes agudos orgánicos.

Información esencial para el paciente y grupo de soporte primario

- El abuso de sustancias es una condición crónica y con recaídas. Control o cesar el uso requiere de varios intentos. Es particularmente duro cuando el paciente tiene además otro trastorno mental. Las recaídas son frecuentes.
- La abstinencia debe ser vista como un objetivo a largo plazo. La reducción del daño (especialmente reducir el uso de drogas por vía endovenosa) puede ser un objetivo más realista a corto y medio plazo.
- Ceser o reducir el uso de drogas producirá beneficios físicos, psicológicos y sociales.
- El uso de drogas durante el embarazo produce riesgo de dañar al feto.
- Para las personas que utilizan drogas intravenosas, hay un riesgo de transmitir infecciones de VIH, hepatitis y otras infecciones transmitidas por fluidos corporales. Discutir las precauciones apropiadas, por ejemplo, uso de preservativos y no compartir agujas, jeringas, cucharas, agua o ningún otro utensilio para inyectarse.
- Cuando el paciente también tiene un trastorno psicótico, aconsejar que el abuso de sustancias produce síntomas agudos peores de psicosis (p. ej. alucinaciones), incluso cuando se está tomando la medicación antipsicótica.

Consejo y soporte para el paciente y el grupo primario de soporte

El soporte debería ser dado de acuerdo con la motivación del paciente y el deseo de cambio (88). Para algunos pacientes con dependencia crónica a opioides y recaídas frecuentes, el tratamiento de elección es mantenimiento con opioides de larga duración (generalmente metadona) (89).

Para todos los pacientes, hacer lo siguiente:

- Discutir los beneficios y costes del uso de drogas (incluyendo las relaciones entre abuso de sustancias y delitos) desde la perspectiva del paciente.
- Información acerca de los riesgos físicos incluyendo los resultados de las investigaciones realizadas.
- Énfasis en la responsabilidad personal para el cambio.
- Dar consejo entusiasta para el cambio.

- Valoración y manejo de los problemas de salud física (p. ej. trombosis venosa profunda, abscesos, infecciones, hepatitis, VIH, anemia, problemas respiratorios) y deficiencia nutricionales.
- Considerar las opciones de resolución de problemas o consejo orientado para afrontar los problemas diarios relacionados con el uso de drogas.

Para los pacientes que no desean cesar o cambiar su uso de drogas inmediatamente, hacer lo siguiente:

- No rechazar o culpabilizar.
- Aconsejar estrategias de reducción de daño (p. ej. si el paciente se esta inyectando, advertirle de los riesgos de compartir agujas, inyectarse a solas, no mezclar con alcohol, benzodiazepinas u opiáceos).
- Describir problemas médicos, psicológicos, sociales o delictivos causados por drogas.
- Acordar una cita futura para re-evaluar la salud (p. ej. exámenes ginecológicos, inmunización) y discutir el uso de drogas. Si reducir el uso de droga es un objetivo razonable (o si el paciente no esta deseando dejarlo).
- Negociar un objetivo claro para disminuir el uso.
- Discutir estrategias para evitar o afrontar situaciones de alto riesgo (p. ej. libertad, situaciones sociales, acontecimientos estresantes).
- Planes para procedimientos de auto-monitorización en la libertad (p. ej. diario sobre el uso de droga) y para conductas abusivas más seguras (p. ej. restricciones de tiempo, enlentecimiento en el uso de drogas).
- Considerar opciones para consejo y/ o rehabilitación.

Si el mantenimiento con drogas substitutivas es un objetivo razonable (o si el paciente no quiere dejar de consumir):

- Negociar un objetivo claro para una conducta menos lesiva. Ayudar al paciente a desarrollar una jerarquía de objetivos, por ejemplo, cesar el consumo de drogas ilegales y mantenerse en el tratamiento prescrito, drogas de substitución, y reducción progresiva de estas.
- Discutir estrategias para evitar o afrontar situaciones de alto riesgo (p. ej. libertad, situaciones sociales, acontecimientos estresantes).
- Considerar síntomas de abstinencia y como evitarlos o reducirlos.
- Considerar opciones para consejo y/o rehabilitación.

Para pacientes deseando cesar inmediatamente el consumo de drogas:

- Discutir estrategias para evitar o afrontar situaciones de alto riesgo (p. ej. libertad, situaciones sociales, acontecimientos estresantes).
- Considerar síntomas de abstinencia y como evitarlos o manejarlos.
- Hacer planes específicos para evitar el uso de drogas, por ejemplo, como responder a los amigos que continúan consumiendo.
- Identificar familia o amigos quienes pueden ayudar a mantener la abstinencia.
- Considerar opciones para consejo y/o rehabilitación.

Para pacientes que no tienen éxito, que recaen o que cambian de droga mientras están en prisión:

- Identificar y dar apoyo a cualquier éxito.
- Discutir situaciones que llevan a las recaídas.
- Volver a estadios iniciales.

Organizaciones o grupos de autoayuda son a menudo de gran ayuda.

Medicación

Para reducir a un paciente del uso de benzodiazepinas, cambiar a fármacos de vida media larga como el diacepam y reducir gradualmente entre 2-6 meses. Para más información consultar protocolos de dependencia y tratamiento de benzodiazepinas (90).

La abstinencia de estimulantes o cocaína puede causar distress y podría requerir supervisión médica. El riesgo de suicidio y autolesiones durante y después de la abstinencia de estimulantes y cocaína es particularmente elevada.

Tanto el mantenimiento a largo plazo de un paciente con opiáceos sustitutos (normalmente metadona) y la abstinencia de opiáceos deberían realizarse como parte de un plan de cuidados compartidos (91). Un abordaje multidisciplinar es esencial y debería incluir consejo/terapia sobre drogas (92) y futuras posibles necesidades de rehabilitación (93). El doctor que firma la receta es totalmente responsable, no puede ser delegada la responsabilidad (94).

- Una valoración cuidadosa incluyendo análisis de orina y cuando sea posible, valoración de la dosis consumida es esencial antes de recetar ninguna medicación substitutiva, incluyendo la metadona. Las personas que sufren de una adicción, a menudo tratan de obtener una dosis superior a la necesaria. Las dosis dependerán de los resultados de la valoración.
- Para el mantenimiento a largo plazo o la estabilización antes de una reducción gradual, la dosis debería ser regulada hasta conseguir bloquear los síntomas de abstinencia o el deseo de consumir en los opiáceos (95).
- Para una reducción gradual después de un periodo de estabilización, el fármaco deberá reducirse muy lentamente (p. ej. 5 mg cada dos semanas).
- Se recomienda una dispensación diaria y una toma supervisada.
- La metadona 1 mg /ml es la medicación substitutiva mas utilizada para la dependencia a opioides (96). Otras sustancias más nuevas como la Buprenorfina (97) deberían ser recetadas bajo supervisión por especialistas.
- La abstinencia de opiáceos, cuyo uso esta bien controlado, podría ser controlada por Lofexidina (98).

Derivación

Considerar una derivación:

- Para una unidad de desintoxicación si el paciente tiene criterios de dependencia.
- A los servicios de salud mental si el paciente tiene asociado un trastorno psiquiátrico severo, o si los síntomas de enfermedad mental persisten después de la desintoxicación y abstinencia. Idealmente. el tratamiento debería ser realizado por médicos formados en tratar el uso de sustancias y trastornos mentales (25).
- Para consejo, valoración, derivación, y trabajadores de servicios integrales relacionados con consejo orientado con el consume y trabajo preventivo de recaídas.
- Para programas de rehabilitación y comunidades terapéuticas.

Antes de la libertad:

- Si es posible, coordinar con antelación soporte de rehabilitación en la comunidad. Ayudar en los problemas de la vida diaria, empleo y relaciones sociales es un importante componente del tratamiento (99).

- Si el paciente presenta una enfermedad mental y problemas de abuso de sustancias y manifiesta su motivación para reducir el consumo, se deberá derivar inicialmente hacia estos servicios, justificándolo en un informe de derivación. Ya que probablemente necesitara de la atención y tratamiento de los dos servicios. Idealmente, las entrevistas motivacionales modificadas pueden tener en cuenta los problemas adicionales de un paciente con enfermedad mental severa. Una buena vinculación con estos servicios es básica para asegurar una continuidad del tratamiento psicotrópico, si es necesario.
- Enfatizar al paciente que las recaídas son esperables, y que no son signos de fracaso y que no significan una pérdida del apoyo y respeto.

9. Trastornos de Personalidad - F 60-69

Introducción

Muchas personas en centros penitenciarios tienen un trastorno de personalidad (TP). Algunas han sufrido abusos y negligencia en su infancia y juventud que les llevaron a desarrollar formas muy trastornadas de comportarse y relacionarse con los demás. Las personas con TP son muy difíciles de manejar. Sin embargo, se pueden encontrar trastornos mentales tratables, con frecuencia en personas con TP. Nuestro objetivo es poder ayudar a los trabajadores de asistencia primaria a hacer lo siguiente:

- Establecer y mantener una relación terapéutica con estos pacientes:
 - Tratar trastornos mentales y físicos con comorbilidad.
 - Reconocer y reforzar la capacidad del paciente a cambiar su situación inmediata en tiempos de crisis.
 - Ofrecer apoyo y así contribuir a la prevención de un mayor deterioro.
- Identificar aquellos pacientes que se puedan beneficiar de una evaluación y un tratamiento más extensivo por especialistas.
- Participar en el manejo de pacientes especialmente difíciles.

La presentación de síntomas

La mayoría de los pacientes se presenta con problemas de otro trastorno y no con el TP en sí mismo. Clínicamente, se pueden presentar con ansiedad, depresión, problemas en relación a la alimentación, con intentos deliberados

de autoagresión, o búsqueda activa para conseguir prescripción de medicación psicotrópica.

Personas con TP pueden experimentar niveles altos de angustia. Funcionarios y otros reclusos pueden expresar preocupación por el comportamiento del paciente, que es abiertamente hostil y/o con intentos frecuentes de autoagredirse. Muy a menudo el problema de personalidad del paciente interfiere con el tratamiento de otro trastorno mental.

Aspectos diagnósticos

Los aspectos del TP se muestran en el comportamiento y las relaciones del paciente, y también puede afectar la organización a su alrededor.

Comportamiento

El paciente muestra un patrón estable y a largo plazo las experiencias y el comportamiento que empezó en su infancia, se desvía notablemente de las normas culturales y lleva a la angustia e incapacidad. El paciente se comporta de esta manera la mayor parte del tiempo o siempre, en algunos entornos o en todos, sin aprender de las reacciones negativas de los demás hacia él/ella. Existen muchos tipos de TP y la persona en reclusión muestra elementos de más de un tipo de TP. Los tipos de TP que se encuentran con más frecuencia en el centro penitenciario son los siguientes:

Trastorno de personalidad antisocial o disocial

La mayoría de las personas en reclusión tienden a un estilo de vida antisocial. A veces esta tendencia crece hasta convertirse en un trastorno. Los aspectos del trastorno incluyen los siguientes:

- Falta de consideración y violaciones de los derechos de otros, por ejemplo, violencia, robo, crueldad a los animales...
- Engaño.
- Falta temeraria de consideración por seguridad personal.
- Irresponsabilidad consistente y falta de consideración de las reglas y normas.
- Incapacidad de mantener relaciones durante un periodo extendido de tiempo.

- Baja tolerancia de frustración, lo cual lleva a la agresividad o violencia.
- Falta de remordimientos, una tendencia a culpar a otros o racionalizar su propio comportamiento.
- Tendencia a no aprender de su propia experiencia, sobre todo del castigo.
- A menudo superficialmente encantador y cooperativo.

Trastorno de inestabilidad emocional (también conocido como TP borderline)

Algunas personas pueden ser emocionalmente inestables, y en algunos casos esta tendencia puede llegar a ser un trastorno. Los aspectos de este trastorno son los siguientes:

- Relaciones interpersonales inestables e intensas, extremos de idealización y denigración de la otra persona, a veces amistosa, a veces intensamente enfadado, con miedo al abandono.
- Muy reactivo, cambios repentinos del estado emocional, por ejemplo, enfado intenso y poco apropiado, pensamientos paranoicos de poca duración provocados por el estrés.
- Sensación crónica de vacío, dependencia y terror a quedarse solo.
- Impulsividad marcada que es potencialmente dañoso para el propio paciente, conducción peligrosa, promiscuidad sexual, compras compulsivas, trastorno por “atracción”.
- Poca capacidad para planear el futuro y resolver problemas.

Trastorno de personalidad paranoide

Algunas personas pueden mostrar características paranoicas, y en algunos casos esta tendencia puede llegar a ser un trastorno. Los aspectos de este trastorno son los siguientes:

- Desconfianza y sospecha, por ejemplo, sospechas sin justificación de que los demás le están explotando o haciéndole daño. Poco dispuesto a fiarse de los demás, guarda rencores, no acepta explicaciones racionales.
- Tenso, ansioso, irritable o enfadado.
- Preocupación por la justicia y las normas.

Relaciones individuales

Los problemas del individuo y sus miedos, rabia, y sentimientos de humillación y necesidad encuentran expresión en sus relaciones. Por ejemplo, pueden:

- Intimidar e intentar dominar a los que están a su alrededor, a través de intimidación no verbal, preguntas críticas, amenazas de protesta o de violencia.
- Usar el encanto, los halagos y apoyo amistoso para obtener privilegios especiales o para desarrollar una “relación especial” que va más allá de una relación profesional.
- Hacerse muy dependiente del terapeuta o de otros trabajadores.
- Ser resistente a la autoridad.
- Criticarte o a otros que trabajan con él.

La verdadera angustia que siente el paciente puede experimentarse como manipulación por la otra persona.

Relaciones dentro de la organización

Los sentimientos intensos y comportamientos y relaciones trastornados a menudo afectan a los equipos y a las relaciones entre departamentos. Por ejemplo, el paciente puede idealizar y denigrar a miembros distintos del equipo haciendo que el trabajador favorecido dude de la buena voluntad o capacidad profesional del trabajador denigrado. Esto puede provocar división y conflictos dentro del propio equipo de asistencia sanitaria y otros miembros del personal, como los funcionarios, agentes de libertad condicional, el capellán, psicólogo, etc.

Diagnóstico diferencial

El TP puede coexistir con otros trastornos mentales en muchos casos. Una historia de parte de un familiar o amigo cercano puede ayudar a distinguir entre los dos. El TP es un trastorno de relación y los síntomas se hacen manifiestos en las relaciones con los otros; mientras que, los síntomas de una enfermedad mental se hacen visibles cuando el paciente está solo. En una enfermedad mental, el comportamiento del paciente se convierte en algo que es distinto de lo que es normal para el mismo paciente. En el caso de un TP, el comportamiento es normal para el paciente, pero es distinto de las normas en su cultura.

Si el comportamiento, por ejemplo, agresividad “fuera de carácter”, se ha desarrollado por primera vez en la madurez, es reciente, o temporal, se considera lo siguiente:

- Trastornos de Depresión y Ansiedad. La agresividad y/o irritabilidad pueden ser un síntoma de la depresión.
- Psicosis aguda o crónica.
- Trastorno de estrés post traumático.
- Trastorno de desadaptación.
- Abuso de estimulantes o drogas alucinógenas.
- Patologías médicas puede causar cambios de personalidad, por ejemplo, lesiones cerebrales, demencia.

También se debe considerar el entorno social, cultural y familiar del paciente. Además hay que comprobar si el comportamiento del paciente es algo constante en entornos diferentes. Por ejemplo, se le preguntaría, “¿incluso las cosas pequeñas te enfadan?”, “¿fue igual en casa que aquí en la cárcel?”. Es necesario comprobar los informes disponibles tales como la historia clínica del recluso y los informes de la libertad condicional. Si el comportamiento y acto criminal se realizó en beneficio propio y otros aspectos están ausentes, se considera que “no existe ningún trastorno mental o de personalidad”.

El diagnóstico de TP es difícil ya que muchos de los síntomas están presentes (aunque en menor grado) en todas las personas. Un diagnóstico formal de TP sólo debe hacerse por un especialista y cuando haya razones para creer que dicho diagnóstico llevara al paciente a recibir una mejora en su gestión, evaluación para medicación o el traslado a un CP terapéutico.

Comorbilidad

Una persona puede tener un TP y un trastorno mental. El trastorno mental puede manifestarse cuando hay estrés (p. ej. psicosis, ansiedad, depresión). Por ejemplo, un recluso con TP que pasa tiempo en aislamiento, puede experimentar síntomas psicóticos.

- Autolesiones (cortarse, sobredosis) son comunes en los tipos borderline y antisocial, sobre todo cuando hay problemas reales o percibidos en cuanto a relaciones, rechazos o pérdidas.
- Depresión y abuso de sustancias son comunes y aumentan el riesgo de suicidio.

- Alguien con TP puede experimentar episodios psicóticos cuando está bajo estrés fuerte.
- La mayoría de las personas con TP en reclusión muestran aspectos de más de un tipo de TP.

Información para el paciente y el grupo primario de apoyo

Con el permiso del paciente, la siguiente información puede darse a otros.

- Un cambio es posible pero es muy difícil y requiere *insight* (es decir, la capacidad de ver que el paciente tiene algo que ver con causar o mantener su propio sufrimiento, que no todo es culpa de otros), y bastante motivación. Cuando esta motivación está presente, tratamiento especializado a largo plazo es necesario.
- La depresión, ansiedad enfermedad psicótica transitoria y abuso de sustancias pueden tratarse.
- Destrezas para resolver problemas pueden ayudar al paciente a resolver ciertos problemas, pero no cambian la personalidad en su totalidad.
- El tratamiento de cualquier tipo (incluyendo para condiciones asociadas) requiere participación activa del paciente. Las relaciones con los profesionales involucrados son cruciales.

Consejos y apoyo para el paciente

Todos los pacientes

- Muestra respeto al paciente y concédele dignidad, pero no esperes que te caiga bien.
- Recuerda tu propia seguridad en todo momento.
- Evalúa el riesgo de peligro para ti, para otros y para el paciente (depresión y comportamientos de autolesión son comunes).
- Deja muy claro cual es tu papel y donde están tus límites. Por ejemplo:
 - La hora y duración de la cita.
 - No compres o traigas cosas para el paciente.
 - No hables de tus asuntos personales con él.
 - No desarrolles una “relación especial” que luego se convierte en un secreto.

- Se sincero, aunque comprensivo, en la comunicación. Mantén las promesas, y si no las puedes mantener, no las hagas.
- Comunica con otros en tu equipo, y dentro de los confines de la confidencialidad, con personal en otros departamentos que trabajan con el paciente. Informales sobre el enfoque que utilizas, y mantén un enfoque consistente.
- Trata las condiciones de comorbilidad.
- Enfoca en los problemas inmediatos y cotidianos. El objetivo no es curar el trastorno de personalidad sino ayudar al paciente a manejar la vida cotidiana.
- Colabora, con el permiso del paciente, con otros miembros del personal que pueden ayudar a resolver los problemas inmediatos y prácticos. Por ejemplo, los funcionarios de la unidad pueden ayudar con los problemas de intimidación. Hay que estar atento a la posibilidad de división y conflicto entre el personal (ver: Relaciones dentro de la organización arriba). Si surgen problemas, es aconsejable reunirse con el paciente y los otros trabajadores involucrados a la vez.
- Apoya y refuerza cualquier actividad legal que desarrolle el auto estima, por ejemplo, el trabajo, creatividad, ejercicio. Ayúdales a desarrollar cualquier fuerte existente, pero no exijas mucho. Un éxito modesto puede convertirse en mayores ganancias más tarde, un fracaso puede deshacer el trabajo anterior.

Pacientes especialmente difíciles

Es esencial que los pacientes especialmente difíciles se gestionen de forma multidisciplinaria. Es aconsejable hacer una reunión sobre un caso, reunir el equipo de asistencia sanitaria, salud mental, el supervisor de trabajo, el jefe de módulo y el psicólogo. Una vez establecido el plan de gestión se informa al paciente de la decisión en presencia de todos los participantes. Compartir la responsabilidad puede reducir estrés/*burnout* y el riesgo de depender de un trabajador del equipo.

Comportamiento antisocial

- Intenta mantener un ambiente abierto y de confianza.
- Identifica claramente la razón porque el paciente está buscando ayuda. Pregúntale, “¿por qué viniste al consulta?”, “¿cuáles en tu opinión son tus dificultades?”.

- Es aconsejable partir de que hay un problema legítimo subyacente en la mayoría de las peticiones, por ejemplo, “no creo que pueda ayudarte con medicación en este centro. Quizás pudiera ayudarte si estuvieras dispuesto a decirme porque crees que la necesitas. Pero sino, no hay nada que pueda hacer por ti”.
- Es aconsejable no fiarse de toda la información. Busca más evidencia para respaldar los comentarios del paciente. Por ejemplo, si el paciente dice que está deprimido, busca síntomas que normalmente se relacionan con la depresión utilizando preguntas abiertas tipo: “¿que otros problemas tienes últimamente?”, “¿qué has hecho con tu tiempo?” más que preguntas cerradas como: “¿y has perdido interés en las cosas que normalmente te gustan?”. Permite que el paciente tenga suficiente espacio personal, no le encierres.
- No tomes los comentarios del paciente de forma personal.
- Dale la oportunidad al paciente de hablar con libertad de sus preocupaciones.
- Establece límites y orientaciones bien definidos sobre el comportamiento esperado, por ejemplo, que no se tolera el abuso verbal.
- Es más seguro tratar a todos los pacientes de la misma manera, porque no sabes al principio cuales van a ser los pacientes difíciles.

Comportamientos emocionalmente inestables (borderline).

- Establece límites claros. Ten un plan de gestión claramente marcado, con que frecuencia verás al paciente, que expectativas tienen y que es lo que le puedes ofrecer en términos realistas.
- Intentar evitar cualquier expresión de irritación o enfado con el paciente, mantén un exterior tranquilo y objetivo. Intenta ser firme y a la vez comprensivo y no discutas con el paciente.
- Puede ser contraproducente decir a los pacientes que crees que tienen un TP. Puede ser mejor utilizar términos como “excepcionalmente sensible”, que reaccionan con más dolor, miedo y rabia ante los altibajos de la vida que la mayoría de la gente, y por lo tanto tienden a experimentar más crisis en sus vidas. Luego puedes tratar de negociar un plan con el paciente, y con otros miembros del equipo, para ayudarle y manejar un poco mejor sus crisis y otros problemas cotidianos cuando ocurren.

- Es aconsejable llegar a un acuerdo con el paciente sobre los contactos entre las citas programadas, solo permitiendo contacto en las citas programadas o definiendo lo que constituye una “emergencia” lo cual permitirá la posibilidad de una cita no programada.
- Establece un enfoque de equipo. Establece un protocolo claro para que todos los miembros del equipo sepan como reaccionar ante una crisis si están de turno. El contacto durante una crisis debe ser breve, enfocado y con un objetivo claro. Si es posible, dale al paciente alguna responsabilidad en como resolver la crisis. El plan de asistencia de crisis debe implicar a otros trabajadores que participan para evitar alguna autolesión (p. ej. personal de seguridad, equipo de prevención de suicidio).
- Aunque los contratos formales, firmados por todas las partes implicadas, a veces pueden ayudar, requieren una atención meticulosa en los detalles y actualizaciones según el progreso o deterioro del paciente. Además no deben utilizarse cuando hay conflicto entre los profesionales implicados.

Comportamientos paranoides

- Evalúa el peligro, sobre todo si el paciente es paranoide y agresivo. Ten en cuenta la posibilidad de armas escondidas ya que pacientes paranoides pueden esconder armas para defenderse.
- Evita ser demasiado amistoso o curioso -ser profesional-.
- Escucha a las inquietudes del paciente.
- Acepta las creencias del paciente pero no las confirmes.
- Planea metas claras y mutuas, por ejemplo, “¿cómo podemos arreglar esto juntos?”.
- Explica todo, tratamiento, medicamentos, etc.
- Comprende la ansiedad del paciente, por ejemplo, “entiendo que te puede angustiar hablar de ti con alguien que no conoces bien. Si quieres preguntarme algo, adelante”.
- Comparte información con el paciente, por ejemplo, permite que lea informes que has escrito sobre el/ella. Escribe cualquier informe teniendo en cuenta que el paciente puede leer una copia en un momento posterior.
- Apunta información detalladamente, y documenta las interacciones cuando sea necesario. Los pacientes paranoides pueden ser litigiosos.

Consejos y colaboración con otros miembros del personal

- Si la hostilidad o paranoia el recluso la enfoca en un miembro del equipo, o en otro recluso (p. ej. los que pertenecen a un grupo étnico distinto), informa al personal. Se deben tomar medidas para proteger a los miembros del personal y a los reclusos que pueden estar involucrados en el pensamiento paranoide del paciente. Por ejemplo, un recluso paranoide no debe compartir una celda.
- Se recomienda que solo los funcionarios con experiencia deben hacerse cargo de un paciente paranoico. No debe haber un funcionario sin experiencia trabajando solo.
- Se aconseja que el director de la unidad donde está situado el paciente tenga una copia de la hoja de información sobre TP.
- El régimen penitenciario es una parte importante de la gestión. Se aconseja hablar del trabajo, enseñanza, ejercicios, oportunidades para expresar creatividad.
- El personal trabajando con este grupo de personas, o en las unidades del CP, o en el centro de AS, necesita supervisión y apoyo para prevenir infracciones de conducta, como por ejemplo, desarrollar una relación especial que se mantiene en secreto a los demás trabajadores.
- En el caso de pacientes que presentan retos especiales, identifica un equipo central y multidisciplinario (director de unidad, psicólogo, y otros si es necesario) para desarrollar y seguir un plan de gestión.

Medicación

Ofrece tratamiento para enfermedades asociadas.

- Ver Depresión y Ansiedad para sugerencias sobre medicación para estas condiciones. Si el paciente abusa sustancias, las interacciones con la medicación recetada son probables y la eficacia de los antidepresivos disminuye. Se debe evitar el uso de las benzodiazepinas por posibles interacciones con sustancias ilegales.
- Personas con TP pueden pasar por periodos de psicosis cuando están bajo estrés.

No existe ningún tipo de sustancia específica para el tratamiento del TP. Se puede probar medicación para algunos problemas de comportamiento pero hay poca evidencia de la eficacia de este tipo de tratamiento. Es necesario

hacer evaluaciones cuidadosas del beneficio y de los efectos secundarios. Las decisiones sobre el consentimiento del paciente y su capacidad también son especialmente difíciles. Por lo tanto, una evaluación clínica detallada realizada por un especialista es necesaria antes de iniciar un ciclo de medicación, para el tratamiento a largo plazo de comportamientos asociados con TP (119). Si existe una relación negativa entre el clínico y el paciente, cabe la posibilidad de que el médico use la medicación para controlar al paciente o que el paciente se auto-lesione con el medicamento, o que lo venda a otros. Las drogas que un especialista puede recetar son las siguientes:

- Antipsicóticos sedativos pueden ser útiles si el comportamiento paranoide o antisocial es prominente y si el paciente está en estado de hiperalerta.
- Drogas antipsicóticas pueden ayudar a los pacientes que se auto-agreden impulsivamente y a los que tienen síntomas que se parecen (pero que no necesariamente son) a un episodio psicótico (120).
- Antidepresivos ISRS (inhibidores selectivos de recaptación de serotonina). Hay evidencia que este tipo de medicación puede ser útil en la reducción de agresividad de algunos pacientes con TP antisocial y borderline (límite) (121).
- Se ha demostrado que tratamiento con Carbamazepina ayuda en la reducción de comportamiento agresivo, sobre todo en los pacientes con una historia de lesiones craneales, amnesia genuina por violencia, el fenómeno *déjà vu*, alucinaciones olfatorias y anomalías mostradas en electroencefalografía o imágenes de un RMC (122). Se requiere un seguimiento cuidadoso.
- En pacientes con agresividad impulsiva, por ejemplo, en pacientes con trastorno antisocial, se pueden utilizar antiepilépticos o antipsicóticos a subdosis. También anticomiciales como la gabapentina (*Neurontin*), topiramato, valproato o pregabalina (*Lyrica*) se vienen utilizando con éxito como estabilizadores del estado de ánimo (eutimizantes) y favorecedores del control de impulsos (144).

El manejo de cortes y otras autolesiones en el contexto de un TP.

El ingreso en un hospital psiquiátrico o centro de salud penitenciario debe ser para el tratamiento de trastornos de comorbilidad o está indicado cuando hay riesgo de suicidio. El ingreso debe formar parte de un plan de crisis que se preparó detalladamente y con el acuerdo de todas las partes. Los

contratos de pacientes ingresados, preparados y firmados por el paciente y el personal, pueden ser útiles, pero no deben hacer que el apoyo sea contingente del cese inmediato del comportamiento dañoso, y no deben realizarse cuando los clínicos están con una carga emocional negativa. No todos los que se cortan, se queman o de otra manera se mutilan necesariamente muestran el rango completo de patrones de un TP.

Consulta con un especialista

Consulta urgentemente con los servicios de salud mental, si:

- La paranoia es marcada, excesiva, hay una historia anterior de violencia extrema y el paciente amenaza con violencia (los servicios forenses son preferibles sí están disponibles).
- Enfermedad psicótica es evidente.

Pide consulta a los servicios de salud mental si no estás seguro de si el diagnóstico es TP, enfermedad mental, o ambos.

Aunque la evidencia apoyando los siguientes tratamientos es escasa, las intervenciones psicológicas pueden ser útiles para pacientes con la suficiente motivación para iniciarlas.

- Manejo de la ira:
 - Si el paciente tiene dificultades en controlar y expresar su enfado, si tiene ningún o sólo muy ligeros rasgos de comportamiento paranoide y pueden hablar de su propio comportamiento, el manejo de la ira puede serle útil para reducir comportamiento inadaptado por lo menos a corto plazo (123).
 - Si los problemas con el control del enfado o agresividad han llevado al paciente a cometer el crimen por el cual esta cumpliendo su sentencia, y si le queda al menos 1 año de su sentencia pendiente, se puede beneficiar de un curso del *Prison Service offending behaviour courses*.
- La resolución de problemas de forma estructurada, puede ser útil para problemas asociados que disparan comportamientos dañosos (auto agresión), aunque no se ha probado con pacientes con TP en concreto (120).
- Formación de la asertividad, manejo de la ansiedad, formación de habilidades sociales o terapia cognitiva conductual pueden ayudar si la persona tiene miedos, ansiedades, y dependencias crónicas (124).

- Se ha mostrado que la terapia dialéctica conductual es una terapia que reduce la frecuencia de autolesiones intencionadas en personas con TP con inestabilidad emocional (borderline o límite). Es una terapia complicada y cuesta mucho tiempo de administrar (125).
- Psicoterapia para personas con TP debe ser a largo, no corto plazo (119).

(Nota del traductor: en el texto original se hacen referencias a Centros Penitenciarios especiales para personas con TP en el Reino Unido. También se describe asociaciones como A.A. y otras que pueden ayudar al recluso con problemas relacionadas con el trastorno, o con abuso de sustancias y otras dependencias. Como estos centros y organizaciones, o la gran mayoría, no existen en España o tienen otro nombre, no se han señalado).

10. Trastornos por Abuso de Alcohol - F10

Motivo de consulta

Los pacientes pueden presentarse con:

- Humor depresivo.
- Nerviosismo.
- Insomnio.
- Complicaciones físicas del consumo de alcohol (p. ej. úlceras, gastritis, enfermedades hepáticas, hipertensión).
- Accidentes o lesiones debidas al uso del alcohol.
- Agresiones, sanciones frecuentes.
- Problemas de memoria o concentración.
- Evidencia de pobre autocuidado (p. ej. mala higiene).
- Fracaso en el tratamiento de la depresión.

También pueden ser:

- Problemas legales y sociales debidos al consumo de alcohol, por ejemplo, delitos por conducción y alcohol, conducir cuando se tiene una sanción por consumo de alcohol, lesiones, violencia doméstica y de pareja, abusos o abandono del cuidado de los hijos.

- Signos de abstinencia del alcohol, por ejemplo, sudoración, temblores, náuseas, alucinaciones, convulsiones, etc.

Los pacientes pueden, en ocasiones, negar o no ser conscientes de sus problemas con el alcohol. El encarcelamiento puede llevar a la primera experiencia de abstinencia. El personal puede pedir ayuda antes que el paciente. Los problemas pueden ser también identificados durante la valoración rutinaria al ingreso o a los 2-3 días del ingreso en prisión.

Características diagnósticas

- Consumo perjudicial de alcohol:
 - Consumo elevado de alcohol (p. ej. → 28 unidades por semana para hombres, → 21 unidades por semana para mujeres).
 - El abuso de alcohol ha causado daño físico (p. ej. enfermedades hepáticas, sangrados gastrointestinales), daño psicológico (p. ej. depresión o ansiedad debidos al alcohol) o ha llevado a problemas graves legales (p. ej. encarcelamiento).
- La dependencia al alcohol se confirma cuando tres o más de los siguientes se encuentran presentes:
 - Un fuerte deseo o compulsión para consumir alcohol.
 - Dificultad en controlar el consumo de alcohol.
 - Síntomas de abstinencia (p. ej. agitación, temblores, sudoración, náusea, cefaleas) incluso cuando ha finalizado el consumo de alcohol.
 - Tolerancia, p. ej. beber grandes cantidades de alcohol sin intoxicarse.
 - Continuar consumiendo alcohol a pesar de sus consecuencias dañinas.

Los análisis de sangre como la gamma glutamil transferasa (GGT) y el volumen corpuscular medio (VCM) pueden ayudar a identificar a los bebedores excesivos. La administración de cuestionario AUDIT puede ayudar en el diagnóstico. Si el AUDIT → 8, la utilización de Cuestionario de Severidad de la dependencia al Alcohol (SADQ) puede ayudar a identificar la severidad de la dependencia.

Diagnóstico Diferencial

Síntomas de ansiedad y depresión pueden aparecer en el consumo abusivo de alcohol. El consumo de alcohol puede enmascarar otros trastornos, por ejemplo, fobia social y el trastorno por ansiedad generalizada. Valorar y tratar

los síntomas de ansiedad o depresión si continúan después de un periodo de abstinencia. El abuso de drogas puede coexistir con estas condiciones.

Información esencial para el paciente y el grupo primario de soporte

- La dependencia al alcohol es una enfermedad con consecuencias graves.
- Cesar o reducir el consumo de alcohol puede tener beneficios físicos y mentales.
- Beber durante el embarazo puede lesionar al feto.
- Para la mayoría de los pacientes con dependencia al alcohol, complicaciones físicas del abuso de alcohol o un trastorno psiquiátrico, el objetivo preferido es la abstinencia de alcohol (14). En ocasiones, la abstinencia es también necesaria para las crisis sociales, para volver a controlar el consumo o porque han fallado los intentos de reducir el consumo. Porque una abstinencia brusca ocurre cuando se ingresa en prisión y causa síntomas de abstinencia en las personas dependientes al alcohol, la desintoxicación se debería realizar bajo control médico, y en ocasiones en una Unidad de Desintoxicación.
- En algunos casos el uso perjudicial de alcohol sin dependencia o cuando el paciente no quiere cesar el consumo, el consumo reducido o controlado es un objetivo razonable pero que solo puede ser obtenido tras la libertad del interno.
- Las recaídas son frecuentes. Controlar o cesar el consumo, requiere, a menudo, de diversos intentos. El pronóstico depende de muchos factores, incluyendo la motivación y confianza del paciente, la conducta delictiva, la politoxicomanía, su humor o los trastornos mentales.

Consejo y soporte para el paciente y su grupo primario de apoyo (15)

Para todos los pacientes:

- Discutir los beneficios y costes del consumo (incluyendo la relación entre consumo y delitos) desde la perspectiva del paciente.
- Dar información de los riesgos de salud, incluyendo los resultados de GGT y VCM.
- Enfatizar la responsabilidad personal para el cambio.
- Dar consejos claros respecto al cambio.

- Evaluar y tratar cualquier problema de salud física y deficiencia nutricional (p.e vitamina B, tiamina).
- Considerar las opciones de resolución de problemas o consejo orientado a manejarse con los problemas de la vida relacionados con el uso de alcohol.
- Si no hay evidencia de daño físico debido al alcohol o si el paciente no quiere dejar de beber, un programa de consumo controlado es un objetivo razonable si el paciente está a punto de salir en libertad:
 - Negociar un objetivo claro de consumo decreciente (p. ej. no más de cierto número de bebidas al día, con cierto número de días libres de alcohol a la semana).
 - Discutir estrategias para evitar o confrontar situaciones de alto riesgo (p. ej. libertad, situaciones sociales y acontecimientos estresantes).
 - Introducir procedimientos de auto-monitorización (p. ej. diario de consumos) y una conducta, beber responsable (p. ej. restricciones temporales, disminución del consumo).

Para pacientes con enfermedad física y/o dependencia o fracasos respecto a conseguir un consumo controlado, está indicado un programa de abstinencia.

Para pacientes que quieren cesar de consumir:

- Discutir los síntomas, riesgos de desintoxicación y tratamiento de abstinencia de alcohol (especialmente si no tienen experiencia de anteriores desintoxicaciones).
- Discutir las estrategias para evitar o afrontar situaciones de alto riesgo (p. ej. libertad, situaciones sociales y acontecimientos estresantes).
- Hacer planes específicos para evitar consumo (p. ej. formas de afrontar acontecimientos estresantes sin alcohol, formas de responder a amigos que todavía beben).
- Ayudar a pacientes a identificar miembros de la familia o amigos que den soporte al cese de consumo de alcohol.
- Considerar opciones para ayuda después de la abstinencia.

Para pacientes no deseando reducir o cesar y que están a punto de salir en libertad, están indicados programas de reducción del daño:

- No rechazar o culpabilizar.

- Señalar claramente problemas médicos, legales y sociales causados por el alcohol.
- Considerar tratamiento con tiamina.
- Acordar una visita futura con el médico de asistencia primaria para reevaluar su salud y consumo de alcohol.

Para pacientes que no tienen éxito, que recaen o que cambian de droga mientras están en prisión:

- Identificar y dar apoyo a cualquier éxito.
- Discutir situaciones que llevan a las recaídas
- Volver a estadios iniciales.

Las organizaciones o grupos de autoayuda son a menudo de gran ayuda.

Medicación

- En prisión es, a menudo, difícil confirmar la historia del paciente respecto a abusos de sustancias. Por lo que la desintoxicación debería siempre ser realizada en un ingreso supervisado.
- Para pacientes con síntomas de abstinencia leves, una monitorización frecuente, soporte, hidratación adecuada y nutrición adecuada son suficiente tratamiento sin medicación (17).
- Pacientes con un síndrome de abstinencia moderado requieren benzodiazepinas añadidas a la monitorización frecuente, soporte, hidratación adecuada y nutrición. La desintoxicación debería ser realizada por médicos con formación apropiada y supervisión.
- Pacientes con riesgo de síndrome de abstinencia complicado (p. ej. con historia de convulsiones o delirium tremens, historia de consumo elevado y alta tolerancia, politoxicomanía, trastornos graves comorbidos médicos o psiquiátricos) o tienen un riesgo significativo de suicidio puede no requerir un ingreso en un hospital general.
- Clordiazepóxido 10 mg, está recomendado. La dosis inicial debe escalarse para controlar los síntomas de abstinencia, con un rango entre 5-40 mg cuatro veces al día. Esto requiere supervisión especializada.
- El siguiente régimen es comúnmente utilizado, aunque la dosis y duración del tratamiento dependerá de la severidad de la dependencia al alcohol y factores individuales del paciente (p. ej. peso, sexo y función hepática):

- Días 1 y 2: 20-30 mg cuatro veces al día.
 - Días 3 y 4: 15 mg cuatro veces al día.
 - Día 5: 10 mg cuatro veces al día.
 - Día 6: 10 mg dos veces al día.
 - Día 7: 10 mg noche.
- El Clormetiazol no está recomendado para controlar el deseo de consumir o la desintoxicación bajo ninguna circunstancia (18).
 - La dispensación debe ser dosis a dosis para prevenir riesgos de mala utilización o sobredosis.
 - Tiamina (150 mg/día en varias dosis) debería darse oralmente durante un mes (19). Si la dosis oral de tiamina es escasamente absorbida trasladar al paciente inmediatamente a urgencias para administración parenteral si una de los siguientes síntomas esta presente: ataxia, confusión, alteraciones cognitivas, delirium tremens, hipotermia y hipotensión, oftalmoplejia o pérdida del conocimiento. Estos síntomas podrían indicar el inicio de una encefalopatía de Wernicke.
 - La observación diaria es esencial en los primeros días, ya que es recomendable para ajustar la dosis de la medicación, comprobar los síntomas de abstinencia severos y mantener el soporte al paciente.
 - La ansiedad y la depresión, a menudo co-existen con el abuso de alcohol. El paciente puede haber estado consumiendo alcohol como una forma de automedicación. Si los síntomas de ansiedad o depresión aumentan o permanecen después de la abstinencia y durante más de un mes, la prescripción de inhibidores selectivos de la serotonina (fluoxetina, paroxetina o citalopram) son preferibles a los antidepresivos tricíclicos por el riesgo de interacción de estos últimos con el alcohol. Las benzodiazepinas deberían evitarse por su alto potencial de abuso (20).

Alrededor de un tercio de los individuos con antecedentes de TAG refirieron también antecedentes de abuso o dependencia de sustancias (147). El alcoholismo y la ansiedad forman parte de un conjunto de trastornos, con una base genética similar en ambos casos. Algunos estudios observan que familiares afectos de alcoholismo y ansiedad tienen más posibilidades de sufrir un trastorno de ansiedad, que de los familiares de personas que sólo presentan trastornos de ansiedad.

El alcoholismo crónico predispone a un aumento de síntomas de tipo ansioso. Se producen síntomas que mimetizan los estados de ansiedad, o actúan como impulsores de reacciones de ansiedad por la sensibilización del individuo a sus propias respuestas somáticas.

La gabapentina, la pregabalina, topiramato, oxcarbazepina, lamotrigina, otros fármacos anticomociales o antiepilépticos pueden proporcionar los mismos beneficios que las Benzodiacepinas con menos efectos adversos y se asocian a un menor riesgo de recaída.

Tras la abstinencia aguda, actuarían también sobre los síntomas de abstinencia post-aguda: ansiedad, trastorno del sueño o la inestabilidad emocional, lo cual puede facilitar una mayor adherencia al programa terapéutico y una prevención de recaídas más eficaz.

Derivación

Considerar una derivación:

- Para una unidad de desintoxicación si el paciente tiene criterios de dependencia al alcohol.
- A los servicios de salud mental si el paciente tiene asociado un trastorno psiquiátrico severo, o si los síntomas de enfermedad mental persisten después de la desintoxicación y abstinencia. Idealmente, el tratamiento debería ser realizado por médicos formados en tratar el uso de sustancias y trastornos mentales (25).
- Para consejo, valoración, derivación, y trabajadores de servicios integrales relacionados con consejo orientado con el consumo y trabajo preventivo de recaídas.
- Para programas de rehabilitación y comunidades terapéuticas.

Antes de la libertad

- Si es posible, coordinarse con soporte rehabilitador en la comunidad. Si es posible formación específica en habilidades sociales (23) (para mejorar, p. ej. habilidades relacionales y asertividad) y programas de tratamiento comunitarios (24) (que puedan proveer ayuda para encontrar un trabajo o relaciones sociales) ya que ambos pueden ser efectivos en reducir el consumo.
- Derivar los pacientes con enfermedad mental que están abusando del alcohol y que muestran cierta motivación para reducir el consumo a

centros de especializados en toxicomanías y alcohol, a Centros de Salud Mental o ambos. Idealmente, los cuidados deberían ser realizados por un equipo entrenado en tratar la enfermedad mental y el abusos de sustancias (25). Si predomina uno de los dos problemas, derivar preferiblemente al servicio adecuado, justificando el motivo en un informe clínico. En los casos donde es igualmente predominante (salud mental y alcohol) debería recibir el soporte y tratamiento de ambos recursos, asegurando la continuidad de cuidados y el tratamiento psicotrópico prescrito.

- Enfatizar al paciente que las recaídas son esperables, y que no son signos de fracaso y que no significan una pérdida del apoyo y respeto.

11. Trastornos somatomorfos - F 45.0

Síntomas

- El paciente puede presentarse con cualquier síntoma físico.
- Los síntomas pueden variar mucho según la cultura del paciente.
- El paciente puede presentarse con un problema o con varios a la vez, y pueden cambiar las enfermedades con el paso de tiempo.

Aspectos diagnósticos

Síntomas físicos que carecen de explicación médica (una historia completa y un examen físico completo son necesarios para determinar si esto es el caso).

- Visitas frecuentes al médico a pesar de resultados negativos de las investigaciones.
- Los síntomas de depresión y ansiedad son comunes.

La preocupación principal de algunos pacientes será obtener alivio de los síntomas físicos. Otros se preocuparán por tener una enfermedad física y no creerán que ninguna condición física esté presente (hipocondriasis).

Diagnóstico diferencial

- **Trastornos de abuso de drogas**, por ejemplo, el paciente quiere algún tipo de narcótico para aliviar un dolor.
- Si predomina un estado emocional bajo o triste, **Depresión**. Personas con depresión no suelen ser muy conscientes de dolores físicos cotidianos.

- **Trastorno de ansiedad generalizada**, si predominan síntomas de ansiedad.
- **Trastorno de pánico**, interpretación equivocada de signos somáticos asociados con el pánico.
- **Ansiedad y depresión crónica** mezclada
- **Trastornos psicóticos agudos**, si están presentes creencias extrañas sobre síntomas, por ejemplo, el paciente cree que sus órganos internos se están pudriendo.
- Puede que al final se descubra una causa orgánica por los síntomas orgánicos. Problemas psicológicos pueden coexistir con problemas físicos.
- La depresión, la ansiedad, y trastornos de abuso de drogas y/o alcohol pueden coexistir con problemas de somatización.

Información esencial para el paciente y el grupo de apoyo primario

- El estrés puede provocar o exacerbar los síntomas físicos.
- Cuando una persona está obligada a quedarse inactivo durante largos periodos de tiempo, es natural que se enfoque más en sus sensaciones corporales. En el proceso, las sensaciones pueden exagerarse.
- El enfoque médico debe dirigirse al manejo de los síntomas, no en descubrir su causa.
- Una curación no siempre será posible, el propósito debe ser que el paciente viva la mejor vida posible aunque los síntomas persistan.

Consejos y apoyo para el paciente y el grupo de apoyo primario (139)

- Reconoce que los síntomas físicos del paciente son reales para el/ella.
- Pregunta por las creencias del paciente (¿qué está causando los síntomas?) y miedos (¿qué se teme que puede pasar?).
- Pregunta al paciente como pasa su día. ¿Cuánto tiempo pasa en la celda? Anima al paciente a hacer ejercicio y actividades de ocio. No hace falta que el paciente espere hasta la remisión de todos los síntomas antes de empezar a hacer actividades. Si es necesario, recomienda un incremento en acceso a las actividades apropiadas. Si el paciente está encerrado en su celda, recomienda acceso a materiales de arte y lectura.

- Sé explícito en cuanto a la consideración de causas psicológicas desde el principio. La exclusión de una enfermedad y la exploración de aspectos emocionales pueden ocurrir de forma paralela. Las investigaciones deben tener una indicación clara. Puede ayudar decir al paciente “creo que este resultado va a ser normal”.
- Tranquiliza al paciente de forma apropiada, por ejemplo, asegurándole que no todos los dolores de cabeza significan un tumor cerebral. Aconséjale al paciente que no se centre en preocupaciones médicas.
- Habla de los factores emocionales que causaban estrés cuando surgieron los síntomas.
- Explica las relaciones entre el estrés y los síntomas físicos y como puede desarrollarse un círculo vicioso, por ejemplo, “el estrés puede provocar un apretón en el estómago, esto puede llevar a un dolor abdominal o el empeoramiento de un dolor existente. El dolor agrava el apretón muscular”. Un diagrama puede ayudar.
- Métodos de relajación puede ayudar a aliviar los síntomas relacionados con la tensión como dolor de cabeza o dolores del cuello y la espalda.
- Trata los problemas asociados de depresión, ansiedad y abuso de sustancias.
- Para pacientes con problemas más crónicos, citas a una hora fija con un límite de tiempo pueden prevenir visitas más frecuentes y urgentes (140).
- Métodos estructurados de resolución de problemas pueden ayudar a los pacientes a manejar los problemas cotidianos o el estrés que contribuyen a los síntomas (48).
- Ayuda al paciente a:
 - Identificar el problema.
 - Redactar una lista de todas las soluciones que se le ocurran al paciente.
 - Redactar las ventajas y desventajas de cada solución (el paciente debería hacerlo, quizás entre citas).
 - Apoyar al paciente en su elección del enfoque preferido.
 - Ayudar al paciente a organizar los pasos necesarios para llevar a cabo el plan.
 - Establecer una fecha para revisar el plan, e identificar y reforzar las cosas que están funcionando.

Medicación

- Evita pruebas diagnósticas innecesarias o recetar nuevos medicamentos para cada síntoma. Controla la polifarmacia.
- Cuando la depresión está también presente, puede indicarse un antidepresivo (véase **Depresión**).
- Dosis reducidas de antidepresivos tricíclicos (ATC) (p. ej. amitriptilina, 50-100mg día, o imipramina, 20mg día) puede ayudar en algunos casos, como cuando existe dolor de cabeza o dolor del pecho atípico (141-142).

Consultas

- El mejor entorno para manejar al paciente es el de atención primaria. La consistencia en el cuidado del paciente es esencial. Ayuda mucho que el paciente vea la misma persona. Considera la posibilidad de consultas con un compañero u otro médico para una segunda opinión. La documentación de conversaciones con compañeros puede reducir el estrés compartiendo responsabilidad dentro del equipo de atención primaria.
- Se aconseja consultas no urgentes con los servicios de salud mental de apoyo en casos de minusvalía funcional, sobre todo por incapacidad laboral, y mientras duren los síntomas.
- Terapia cognitiva conductual, si es disponible, puede ayudar algunos pacientes, aunque la motivación por parte de algunos pacientes es baja.
- Consulta con un psiquiatra en el caso de los pacientes que persisten con la creencia de que sus síntomas tienen un origen físico, a pesar de toda la evidencia disponible.
- Evita consultas múltiples con especialistas médicos. Conversaciones documentadas con los especialistas apropiados puede ayudar de vez en cuando ya que, en algunos casos, después de un tiempo puede emerger una enfermedad física subyacente.

12. Trastorno adaptativo - F43.2

Incluyendo reacción aguda al estrés.

Síntomas

- El paciente se siente abrumado o incapaz de manejar su situación.

- Puede haber síntomas físicos relacionados con el estrés como insomnio, dolor de cabeza, dolores abdominales, dolores torácicos y palpitaciones.
- El paciente puede referir síntomas como ansiedad aguda o depresión.
- El paciente puede estar buscando medicación para resolver problemas emocionales.
- Puede haber aumento en el abuso de alcohol.

Aspectos diagnósticos

- Reacción aguda a un evento reciente de carácter estresante o traumático.
- Angustia extrema resultante de un evento reciente, o preocupaciones acerca del mismo.
- La mayoría de los síntomas serán somáticos.
- Otros síntomas pueden incluir:
 - Estado emocional bajo o triste.
 - Ansiedad.
 - Sensación de inutilidad.
 - Preocupación.

Una reacción aguda suele durar entre unos días hasta varias semanas.

Diagnóstico diferencial

Los síntomas agudos pueden persistir o evolucionar a lo largo del tiempo. Si persisten síntomas significativos durante más de un mes, considerar la posibilidad de un diagnóstico alternativo:

- Si persisten síntomas significativos de depresión, véase **Depresión**.
- Si persisten síntomas significativos de ansiedad, véase **Ansiedad**.
- Si persisten síntomas significativos de depresión y ansiedad, véase **Depresión y ansiedad crónica**.
- Si persisten síntomas somáticos significativos relacionados con el estrés, véase **Somatización**.
- Si existen síntomas disociativos (comienzo repentino de síntomas somáticos inusuales o dramáticos) véase **Conversión**.

- Si los síntomas son debidos a una pérdida, véase **Duelo**.
- Si la ansiedad se mantiene en el tiempo y se focaliza en recuerdos de un evento traumático anterior, véase **Trastorno por estrés post-traumático**.

Información esencial para el paciente y el grupo de apoyo primario

- En muchas ocasiones los eventos estresantes tienen efectos secundarios físicos y mentales. El estado agudo es una reacción natural a estos eventos.
- La adaptación al entorno penitenciario es a menudo estresante (sobre todo si el recluso está en la cárcel por primera vez, tiene un perfil público alto, o ha cometido un acto de delincuencia sexual) y las preocupaciones por la familia y por su caso son comprensibles.
- Los síntomas relacionados con el estrés normalmente duran pocos días o semanas.
- Todo el mundo se siente influido por su entorno. Habrá menos síntomas y de menor duración si el ambiente puede mejorarse (p. ej. una reducción en el miedo a la intimidación o los ataques físicos, más tiempo fuera de la celda, contacto con la familia, acceso al trabajo y oportunidades para la creatividad).

Consejos y apoyo para el paciente y el grupo de apoyo primario

- Revisa y apoya las medidas positivas que haya tomado el paciente para superar el estrés.
- Identifica las medidas que el paciente puede tomar para modificar la situación que producía el estrés. Si la situación ocurre dentro de la cárcel (p. ej. intimidación), apoya al paciente en sus esfuerzos por superar la situación (hablar del problema con el director de la unidad penitenciaria, con el permiso del paciente).
- Si no se puede cambiar la situación, busca estrategias con el paciente para manejarla mejor. Explora la posibilidad de que el paciente esté usando estrategias auto destructivas (drogas, agresividad, auto lesiones). Anima al paciente a realizar ejercicio físico, actividades artísticas, lectura, tareas ocupacionales y a mantener el contacto con otras personas. Considera la posibilidad de actuar apoyando al paciente en

la provisión de más acceso a programas de trabajo, actividades artísticas, ejercicio físico y contacto con personas que le pueden apoyar.

- Si el factor estresante es la reclusión en sí, asegúrate que el paciente conoce el Libro de Información para el Recluso.
- Identifica los familiares, amigos, personal, y líneas de ayuda que le pueden aportar apoyo (amigos, voluntarios, capellán, funcionarios, etc.).
- Un descanso a corto plazo y alivio del estrés quizás ayude al paciente. Anima al paciente a volver a las actividades normales después de unas semanas.
- Anima al paciente a comprender la significación personal del suceso estresante.
- Ofrecer una consulta posterior de seguimiento, con un miembro del equipo de asistencia primaria, para ver cómo se desarrolla la situación puede ser de mucho valor en ayudar al paciente a superar el episodio.

Medicación

La mayoría de las reacciones agudas al estrés se resolverán sin necesidad de medicación. Los consejos y apoyo que un médico de cabecera experimentado puede dar al paciente son tan eficaces como las benzodicepinas.

Sin embargo, si ocurren síntomas graves de ansiedad, considera la posibilidad de utilizar ansiolíticos durante un máximo de 3 días. Si el paciente tiene insomnio intenso, utiliza somníferos durante un máximo de 3 días.

Las dosis deben ser de las más bajas posibles.

Consultas

Se aconseja consulta de rutina con los servicios secundarios de salud mental en el caso de que:

- Los síntomas persistan y se cumplan los criterios generales de derivación.
- Si no estás seguro del diagnóstico.

Considera la posibilidad de recomendar un counselling (13), y si existe la opción de servicios de apoyo de voluntarios, en todos los casos en que los síntomas persistan.

13. Trastorno disociativo (conversión) - F44

Síntomas

El paciente muestra síntomas inusuales o dramáticos como crisis convulsivas, amnesia, trance, pérdida de sensibilidad, alteraciones visuales, parálisis, afonía, confusión de identidad y estados de “posesión”. El paciente no es consciente de su papel en la producción de los síntomas, no está fingiendo.

Aspectos diagnósticos

Los síntomas físicos son:

- Inusuales en su presentación y no son consistentes con enfermedades conocidas.
- La aparición del trastorno es a menudo repentina y relacionada con estrés psicológico o circunstancias personales difíciles.

En casos agudos, los síntomas pueden:

- Ser dramáticos e inusuales.
- Cambiar de un momento a otro.
- Ser sensibles a la atención que reciben por parte del entorno.

En casos más crónicos, el paciente puede mostrarse inusualmente tranquilo en contraste con la gravedad de sus síntomas.

Diagnos diferencial

Considera con atención las condiciones físicas que pueden provocar los síntomas. Una historia y examen físico completos (incluyendo pruebas neurológicas) son esenciales. Los primeros síntomas de trastornos neurológicos (p. ej. esclerosis múltiple) pueden parecerse a los síntomas de conversión.

- Si existen otros síntomas físicos inexplicables, véase **Somatización**.
- **Depresión**. La depresión atípica puede presentarse de esta manera.

Información esencial para el paciente y el grupo de apoyo primario.

- Los síntomas físicos o neurológicos muchas veces no tienen una causa física evidente. El estrés puede ser el factor que provoca los síntomas.

- Los síntomas normalmente se resuelven con rapidez (en cuestión de unas horas a unas semanas) y no dejan daños permanentes.

Consejos y apoyo para el paciente y el grupo de apoyo primario

- Anima al paciente a reconocer las dificultades o estrés que ha vivido últimamente (aunque no es necesario que el paciente relacione el estrés con los síntomas actuales).
- Refuerza positivamente el esfuerzo a mejorar. Intenta no reforzar los síntomas.
- Aconseja al paciente tomar un breve descanso y respiro del estrés, y luego volver a la actividad normal.
- Aconseja en contra de un descanso prolongado o abandono de actividades.

Medicación

- Evita los ansiolíticos o sedantes.
- En los casos más crónicos con síntomas depresivos, la medicación anti-depresiva puede ayudar.

Consultas

Se aconseja interconsulta no urgente con los servicios secundarios de salud mental si estás seguro del diagnóstico pero:

- Persisten los síntomas.
- Los síntomas se repiten o son graves.
- Si el paciente está dispuesto a hablar de una contribución psicológica a los síntomas.

Si no estás seguro del diagnóstico, considera la posibilidad de consultar con otro médico antes de consultar con los servicios secundarios de salud mental.

Si la puesta en libertad ya esta prevista, trabaja en coordinación con los agentes de libertad condicional y los asistentes sociales para asegurar que las citas con el médico de cabecera y un especialista en asistencia de salud mental se organicen, además de otras ayudas para necesidades como la vivienda.

Bibliografia

1. Birchwood M. Early intervention in schizophrenia: theoretical background and clinical strategies. *Br J Clin Psychol* 1992; 31: 257-278.
2. World Health Organization. *Schizophrenia: An International Follow-up Study*. Chichester: Wiley, 1979.
3. Kavanagh DJ. Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1992; 160: 601-620.
- 4 Driver and Vehicle Licensing Agency. *At a Glance Guide to Medical Aspects of Fitness to Drive*. Swansea: DVLA, 1998.
- 5a. Mental Health Commission. *Early Intervention in Psychosis: Guidance Note*. Wellington: Mental Health Commission, 1999.
- 5b. Falloon I, Coverdale J, Laidlaw T *et al*. Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: social outcome of a two-year longitudinal study. *Psychol Med* 1998; 17: 59-66.
6. Atypical antipsychotics appear to be better tolerated, with fewer extrapyramidal side-effects, than typical drugs at therapeutic doses. Even at low doses, extrapyramidal side-effects are commonly experienced with typical drugs. Whether atypicals improve the long-term outcome has yet to be established. Risperidone, amisulpride and possibly olanzapine have a dose-related effect. Selected references:
 - a. American Psychiatric Association. Practice guidelines: schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1997; 154(Suppl 4): 1-49.
 - b. Zimbroff D, Kane J, Tamminga CA. Controlled, dose-response study of sertindole and haloperidol in the treatment of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 782-791.

- c. Mir S, Taylor D. Issues in schizophrenia. *Pharmaceut J* 1998; 261: 55-58.
 - d. Duggan L, Fenton M, Dardennes RM, El-Dosoky A, Indran S. Olanzapine for schizophrenia. Cochrane Library, Oxford 1999. Update software.
 - e. Kennedy E, Song F, Hunter R, Gilbody S. Risperidone versus conventional antipsychotic medication for schizophrenia. Cochrane Library, Oxford 1998, issue 2.
7. People suffering a first episode of psychosis develop side-effects at lower doses of antipsychotic drugs than patients used to these drugs. For patients treated with high-potency typical antipsychotics who are used to the drugs, the mean dose at which extrapyramidal side-effects appear is below the average clinically effective dose. The average clinically effective dose for those suffering a first episode has not yet been established, but clinical practice indicates that it is significantly lower than for patients used to the drugs. Selected references:
- a. McEvoy JP, Hogarty GE, Steingard S. Optimal dose of neuroleptic in acute schizophrenia: a controlled study of the neuroleptic threshold and higher haloperidol dose. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 739 -745.
 - b. See reference 6a.
8. Bollini P, Pampallona S, Orza MJ. Antipsychotic drugs: is more worse? A meta-analysis of the published randomized control trials. *Psychol Med* 1994; 24: 307-316.
9. Al Dixon LB, Lehman AF, Levine J. Conventional antipsychotic medications for schizophrenia. *Schizophrenia Bull* 1995; 21: 567-577.
10. Taylor D, McConnell D, Abel K, Kerwin R. *The Bethlem and Maudsley NHS Trust Prescribing Guidelines*. London: Martin Dunitz, 1999.
11. Consensus. As people reacting to stresses such as unemployment or divorce are at a high risk of developing a mental disorder, studies on prevention in high-risk groups may be relevant. These support the offering of social support and problem-solving. NHS Centre for Reviews and Dissemination. Mental health promotion in high-risk groups. *Effect Health Care Bull* 1997; 3: 1 -10.
12. Catalan J, Gath D, Edmonds G, Ennis J. The effects of not prescribing anxiolytics in general practice. *Br J Psychiatry* 1984; 144: 593-602.
- 13a. Department of Health. *Treatment Choice in Psychological Therapies and Counselling: Evidence Based Clinical Practice Guideline*. London, Department of Health, 2001.

- b. Rowland N, Bower P, Mellor Clark J *et al.* *The Effectiveness and Cost-Effectiveness of Counselling in Primary Care*. Cochrane Library, Oxford 2000.
14. Rosenberg H. Prediction of controlled drinking by alcoholics and problem drinkers. *Psychol Bull* 1993; 113: 129-139.
 15. NHS Centre for Reviews and Dissemination. Brief interventions and alcohol use. *Effect Health Care Bull* 1993; 1: 1 -12.
 16. McCrady B, Irvine S. Self-help groups. In Hester R, Miller W, Wilmsford N (eds), *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches*. New York: Pergamon, 1989.
 17. American Psychiatric Association. *Practice Guidelines: Substance Use Disorders*. Washington, DC: APA, 1996.
 18. Duncan D, Taylor D. Chlormethiazole or chlordiazepoxide in alcohol detoxification. *Psychiatr Bull* 1996; 20: 599-601.
 19. Tallaksen C, Bohmer T, Bell H. Blood and serum thiamin and thiamin phosphate esters concentrations in patients with alcohol dependence syndrome before and after thiamin treatment. *Alcohol Clin Exp Res* 1992; 16: 320 -325.
 20. Kranzler H, Burleson J, Del Boca F *et al.* Buspirone treatment of anxious alcoholics: a placebo-controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 720-731.
 21. Department of Health, Scottish Office, Welsh Office, DHSS Northern Ireland. *Drug Misuse and Dependence - Guidelines on Clinical Management*, 1999. Stationery Office, London.
 22. *Brief Interventions Guidelines*. London: Alcohol Concern, 1997.
 23. Holder H, Longabaugh R, Miller W, Rubonis A. The cost effectiveness of treatment for alcoholism: a first approximation. *J Stud Alcohol* 1991; 52: 517-540.
 24. Hunt G, Azrin N. A community reinforcement approach to alcoholism. *Behav Res Ther* 1973; 11: 91-104.
 25. Ideally a modified form of motivational interviewing that takes account of the additional problems of a patient with a severe mental illness will be used. Drake RE, McFadden C, Mueser K, McHugo GJ, Bond R. Review of integrated mental health and substance abuse treatments for patients with dual disorders. *Schiz Bull* 1998; 24: 589-608; Bellack AS, Diclemente CC. Treating substance abuse among patients with schizophrenia. *Psychiat Serv* 1999; 50: (1), 75-80.

26. Raphael B. Preventive intervention with the recently bereaved. *Arch Gen Psychiatry* 1977; 34: 1450-1454.
27. Murray Parkes C, Laungani P, Young B (eds), *Death and Bereavement Across Cultures*. London: Routledge, 1997.
28. Manic Depression Fellowship, *Inside Out: A Guide to Self-Management of Manic Depression*. London: MDF, 1995.
29. Chou JC-Y. Recent advances in treatment of acute manía. *J Clin Psychopharm* 1991; 11: 3-21.
30. Rifkin A, Doddi S, K arajgi B *et al*. Dosage of haloperidol for manía. *Br J Psych* 1994; 165: 113-116.
31. American Psychiatric Association. *Practice Guidelines: Bipolar Disorder*. Washington, DC: APA, 1996.
- 32a. Cookson J. Lithium: balancing risks and benefits. *Br J Psychiatry* 1997; 171: 113-119.
 - b. Dali I. Manía. *Lancet* 1997; 349: 1157-1160.
 - c. Bowden C, Brugger A, Swann A *et al*. Efficacy of divolproex versus lithium and placebo in the treatment of mania. The Depakote Mania Study Group. *J Am Med Assoc* 1994; 271: 918-924.
33. Zornberg G, Pope H Jr. Treatment of depression in bipolar disorder: new directions for research. *J Clin Psychopharmacol* 1993; 13: 397-408 (BIII).
- 34a. Goodwin G. Lithium revisited: a re-examination of the placebo-controlled trials of lithium prophylaxis in manic-depressive disorder. *Br J Psychiatry* 1995; 167: 573-574.
 - b. Berghofer A, Kossmann B, Muller -Oerlinghausen B. Course of illness and pattern of recurrence in patients with affective disorders during long-term lithium prophylaxis: a retrospective analysis over 15 years. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 93: 349-354.
35. See reference 31.
36. Schou M. Effects of long-term lithium treatment on kidney function: an overview. *J Psychiatry Res* 1988; 22: 287 -296.
37. Suppes T, Baldessanni RJ, Faedda GL. Risk of recurrence following discontinuation of lithium treatment in bipolar dis order. *Arch Gen Psych* 1991; 48: 1082-1088.

38. Sachs G, Lafer B, Stoll A *et al.* A double-blind trial of bupropion versus desipramine for bipolar depression. *J Clin Psychiatry* 1994; 55:391-393 (CI). Preliminary evidence.
39. Reid S, Chalder T, Cleare A, Hotopf M, Wessely S. Chronic fatigue syndrome. In *Clinical Evidence*. London: *Br Med J* Publications, 1999: 397-405.
40. Joyce J, Hotopf M, Wessely S. The prognosis of chronic fatigue and chronic fatigue syndrome: a systematic review. *Quart J Med* 1997; 90: 223-233.
41. Price JR, Couper J. Cognitive behaviour therapy for CFS. Cochrane Library, Oxford 1998, issue 4.
42. Fulcher KY, White PD. A randomised controlled trial of graded exercise therapy in patients with the chronic fatigue syndrome. *Br Med J* 1997; 314: 1647-1652.
43. See reference 39.
44. Carette S, Bell MJ, Reynolds WJ *et al.* Comparison of amitriptyline, cyclobenzaprine, and placebo in the treatment of fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 1994; 37: 32 -40.
45. Hannonen P, Malminiemi K, Yli-Kerttula U *et al.* A randomised double-blind placebo controlled study of moclobemide and amitriptyline in the treatment of fibromyalgia in females without psychiatric disorder. *Br J Rheumatol* 1998; 37: 1279-1286.
46. Greden JF. Anxiety or caffeinism: a diagnosis dilemma. *Am J Psychiatry* 1974; 131: 1089-1092.
47. Wallin M, Rissanen A. Food and mood: relationship between food, serotonin and affective disorders. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 377(Suppl): 36 -40.
48. Hawton K, Kirk J. Problem-solving. In Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, Clark DM (eds), *Cognitive Therapy for Psychiatric Problems: A Practical Guide*. Oxford: Oxford University Press, 1989.
49. Glenister D. Exercise and mental health: a review. *J Roy Soc Health* 1996; February: 7 -13.
50. McCann L, Holmes D. Influence of aerobic exercise on depression. *J Personal Social Psychol* 1984; 46: 1142-1147.
51. Consensus, plus some, usually small, trials. For example, Donnan P, Hutchinson A, Paxton R *et al.* Self-help materials for anxiety: a randomised controlled trial in general practice. *Br J Gen Pract* 1990; 40: 498-501.

52. The differences in outcome between the active drug and the placebo are less in primary -care depressions than among more severe cases. *Depression in Primary Care*. Clinical Practice Guideline Number 5. US Department of Health Human Services, Agency for Health Care Policy and Research, 1993; *Treatment of Major Depression*.
Fluoxetine does not produce better outcomes than tricyclic drugs in general primary-care depression; Simon G, VonKorff M, Heiligenstein J *et al*. Initial antidepressant choice in primary care: effectiveness and cost of fluoxetine versus tricyclic antidepressants. *J Am Med Assoc* 1996; 275: 1897-1902.
53. a. Linde K, Mulrow CD. St John's Wort for depression. Cochrane Library, Oxford 1999; issue 1.
b. Philip M, Kohnen R, Hiller K -O. Hypericum extract versus imipramine or placebo in patients with moderate depression: randomized, multi-centre study of treatment for 8 weeks. *Br Med J* 1999; 319: 1534-1539.
54. Thiede HM, Walper A. Inhibition of MAO and CoMT by *Hypericum* extracts and hypericin. *J Geriatr Psychiatr Neurol* 1994; 7(Suppl 1): S54-S56.
55. Interactions with tyramine-containing foods (eg beans, some cheeses, yeast, Bovril, bana nas, pickled herrings) are theoretically possible. However, there is to date an absence of spontaneous reports of these problems occurring.
56. Breckenbridge A. *Important Interactions between St John's Wort (Hypericum perforata) Preparations and Prescribed Medicines*. Committee for Safety of Medicines, 29 February 2000.
57. McLean J, Pietroni P. Self care - who does best? *Soc Sci Med* 1990; 30: 591-596.
58. Catalan J, Gath DH, Anastasiades P *et al*. Evaluation of a brief psychological treatment for emotional disorders in primary care. *Psychol Med* 1991; 21: 1013-1018.
59. Gloaguen V, Cottraux J, Cucherat M *et al*. A meta-analysis of the effects on cognitive therapy in depressed patients. *J Affect Disord* 1998; 49: 59-72.
60. Sheldon T, Freemantle N, House A *et al*. Examining the effectiveness of treatments for depression in general practice. *J Mental Health* 1993; 2: 141-156.
61. Brown S. Excess mortality of schizophrenia: a meta-analysis. *Br J Psychiatry* 1997; 171: 5 02-508.
62. Adams CE, Eisenbruch M. Depot versus oral fluphenazine for those with schizophrenia. Cochrane Library, Oxford 1998, issue 2.

63. Kendrick T, Millar E, Burns T, Ross F. Practice nurse involvement in giving depot neuroleptic injections: development of a patient assessment and monitoring checklist. *Prim Care Psychiatry* 1998; 4: 149-154.
64. Kemp R, Kirov G, Everitt B, David A. A randomised controlled trial of compliance therapy: 18 month follow up. *Br J Psychiatry* 1998; 172: 413-419.
65. Mari JJ, Streiner D. Family intervention for people with schizophrenia. Cochrane Library, Oxford 1991, issue 1.
66. Jones C, Cormac I, Mota J, Campbell C. Cognitive behaviour therapy for schizophrenia. Cochrane Library, Oxford, issue 4, 2001.
67. Rabins PV. Psychosocial and management aspects of delirium. *Int Psychoger* 1991; 3: 319-324.
68. Rummans TA, Evans JM, Krahn LE, Fleming KC. Delirium in elderly patients: evaluation and management. *Mayo Clinic Proc* 1995; 70: 989-998.
69. Eurodem Prevalence Research Group, Hofman PM, Rocca WA, Brayne C *et al*. The prevalence of dementia in Europe: a collaborative study of 1980-1999. *Int J Epidemiol* 1991; 20: 736-748.
70. Ballard C, Grace J, McKeith I *et al*. Neuroleptic sensitivity in dementia with Lewy bodies and Alzheimer's disease. *Lancet* 1998; 351: 1032-1033.
- 71a. Stein K. *Donepezil in the Treatment of Mild to Moderate Dementia of the Alzheimer Type (SDAT)*. Report to the South and West Development and Evaluation Committee (DEC) No. 69, June. Bristol: NHS Executive, 1997.
- b. Rogers SL, Farlow MR, Doody RS *et al* and Donepezil Study Group. A twenty four week, double blind, placebo-controlled trial of donepezil in patients with Alzheimer's disease. *Neurology* 1998; 50: 136-145.
72. Martinsen E. Physical activity and major depressive disorder: clinical experience. *Acta Psychiatrica Scand* 1994; 377(Suppl): 23-27.
73. Schuckit M. Alcohol and major depressive disorder: a clinical perspective. *Acta Psychiatrica Scand* 1994; 377: 28-32.
74. Schulberg H, Katon W, Simon G, Rush AJ. Best clinical practice: guidelines for managing major depression in primary care. *J Clin Psychiatry* 1999; 60(Suppl 7): 19-24.
75. Lave J, Frank R, Schulberg H, Kamlet M. Cost-effectiveness of treatments for major depression in primary care practice. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 645-651.

76. Paykel E, Hollyman J, Freeling P, Sedgwick P. Prediction of therapeutic benefit from amitriptyline in mild depression: a general practice, placebo-controlled trial. *J Affective Disord* 1988; 14: 83-95.
77. NHS Centre for Reviews and Dissemination, University of York. The treatment of depression in primary care. *Effect Health Care* 1993; March: 1 -12.
78. See reference 74.
79. Prien R, Kupfer D. Continuation drug therapy for major depressive episodes: how long should it be maintained? *Am J Psychiatry* 1986; 143; 18-23.
80. Reimherr F, Amsterdam J, Quitkin F *et al.* Optimal length of continuation therapy in depression: a prospective assessment during long-term fluoxetine treatment. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 1247-1253.
81. Kupfer D, Frank E, Perel J *et al.* Five-year outcomes for maintenance therapy: possible mechanisms and treatments. *J Clin Psychiatry* 1998; 59: 279-288.
82. Donaghue J, Taylor D, David M. Sub-optimal use of antidepressants in the treatment of depression. *CNS Drugs* Vol 13(5), May 2000; 365-383.
- 83a. DeRubeis RJ, Crits-Cristoph P. Empirically supported individual and group psychological treatments for adult mental disorders. *J Consulting Clin Psychol* 1998; 66: 37-52.
- Supports cognitive-behaviour therapy, behaviour therapy and structured problem-solving. The studies reviewed are based in secondary care.
- b. Schulberg HC, Bock MR, Madonia MJ *et al.* Treating major depression in primary care practice: eight month clinical outcomes. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 913-919 (BII).
- Supports interpersonal therapy.
- c. Mynors-Wallis LM, Gath DH, Lloyd -Thomas AR, Tomlinson D. Randomised controlled trial comparing problem solving treatment with amitriptyline and placebo for major depression in primary care. *Br Med J* 1995; 310: 441-445 (AII).
- Where the therapies have been compared with each other, none appears clearly superior to the others. More variance in outcomes may be due to the strength of the therapeutic relationship rather than to the treatment method used. Problem -solving is the easiest therapy to learn and can be provided by general practitioners and primary-care nurses. Brief cognitive-behaviour therapy is difficult to deliver, even using trained therapists

(Scott C, Tacchi M, Jones R, Scott J. Abbreviated cognitive therapy for depression: a pilot study in primary care. *Behav Cogn Psychother* 1994; 22: 96-102), so the time taken is unlikely to be reduced to less than 8 -10 hours (Scott J. Editorial: Psychological treatments for depression - an update. *Br J Psychiatry* 1995; 167: 289-292). Evidence for the effectiveness of therapies in depression in primary care tends to be weaker than in major depressive disorder in secondary care.

- 84.** Thase M, Greenhouse J, Frank E *et al.* Treatment of major depression with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54: 1009-1015.

A Cochrane review on this topic is pending.

- 85.** Evans M, Hollins S, De Rubeis R *et al.* Differential relapse following cognitive therapy and pharmacotherapy of depression. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 802-808.

- 86.** Ostler KJ, Thompson C, Kinmonth ALK *et al.* Influence of socio-economic deprivation on the prevalence and outcome of depression in primary care: The Hampshire Depression Project. *Br J Psychiatry*. Vol 178, 2001, 12-17.

Shows strong link between high indices of deprivation and a poor prognosis for depression in primary care.

- 87.** Kaltenbach K, Finnegan L. Children of maternal substance misusers. *Curr Opin Psychiatry* 1997; 10: 220-224.

Most harm caused is indirect, eg via ill-health of the mother, poor antenatal care or cigarette smoking. There is a smaller risk of direct harm caused by heroin -growth retardation - and cocaine and amphetamines.

- 88.** Miller W, Rollnick S. *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behaviour*. New York: Guilford, 1991 (AV).

- 89.** Gossop M, Stewart D, Marsden J. *NTORS at One Year: The National Treatment Outcome Research Study. Change in Substance Use, Health and Criminal Behaviour One Year After Intake*. London: Department of Health, 1998 (A1).

b. Ward J, Mattick R, Hall W. *Maintenance Treatment and Other Opioid Replacement Therapies*. London: Harwood, 1997.

c. Carnworth T, Gabbay M, Barnard J. A share of the action: General Practitioner involvement in drug misuse treatment in Greater Manchester Drugs, Education Prevention and Policy Vol 7(3), 2000, 235-250.

90. Lader M, Russel J. Guidelines for the prevention and treatment of benzodiazepine dependence: summary of a report from the Mental Health Foundation. *Addiction* 1993; 88: 1707-1708.
91. The Task Force to Review Services for Drug Misusers. *Report of an Independent Review of Drug Treatment Services in England*. London: Department of Health, 1995.
92. American Psychiatric Association. *Practice Guidelines: Substance Use Disorders*. Washington, DC: APA, 1996 (BII).
Reports a large randomized, controlled trial replicated in a controlled trial comparing drug counselling, drug counselling plus supportive psychotherapy, and drug counselling plus cognitive-behaviour therapy for methadone maintenance patients. Those with moderate-to-high depression or other psychiatric symptoms did better with either therapy in addition to drug counselling. For patients with low levels of psychiatric symptoms, all three treatments were equally effective.
93. Khantzian E. The primary care therapist and patient needs in substance abuse treatment. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1988; 14: 159-167.
Reviews studies of relapse prevention through, for example, encouraging the improved social and other relationships and activities.
94. Department of Health, Scottish Office, Welsh Office and DHSS Northern Ireland. *Drug Misuse and Dependence: Guidelines on Clinical Management*, 1999 Stationery Office, London.
95. Although some patients may benefit from maintenance on low doses (eg 10-20 mg day⁻¹), in general, higher doses (→ 60 mg day⁻¹, range 60-120, average 70-80) are associated with better outcome; Ball J, Ross A. *The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment*. New York: Springer, 1991 (a prospective cohort study). Doses for stabilization in withdrawal are also often → 60 mg day⁻¹ and are determined by the patient's response based on objective signs of withdrawal. See reference 92.
96. Marsch LC. The efficacy of methadone maintenance interventions in reducing illicit opiate use, HIV risk behaviour and criminality: a meta-analysis. *Addiction* 1998; 93: 515-532 (A1).
97. Johnson R, Jaffe J, Fudala P. A controlled trial of buprenorphine treatment for opioid dependence. *J Am Med Assoc* 1992; 267: 2750-2755 (CII).
Additional research is needed, particularly in a UK setting.

98. Bearn J, Gossop M, Strang J. Randomised double-blind comparison of lofexidine and methadone in the in-patient treatment of opiate withdrawal. *Drug Alcohol Depend* 1996; 43: 87-91 (BII).
Concludes that lofexidine is as efficacious as methadone.
99. McLellan AT, Arndt IO, Metzger DS. The effects of psychosocial services in substance abuse treatment. *J Am Med Assoc* 1993; 269: 1953-1959 (BII).
Patients who received employment help, psychiatric care and family therapy had better outcomes than those who received counselling, who in turn had better outcomes than those who received methadone only.
100. Imipramine, desipramine, trazodone and fluoxetine have all shown some efficacy. In the imipramine studies, most patients reduced their symptoms by at least half, and one-third became free of symptoms. Higher doses of fluoxetine are needed than those normally used for treating depression. Several trials of medication may be needed to establish the one most suitable for an individual patient. Fluoxetine is currently the only antidepressant licensed in the UK for bulimia nervosa. Selected references:
- a. Mitchell J, Raymond N, Specker S. A review of the controlled trials of pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa. *Int J Eating Disord* 1993; 15: 229-247 (BIII).
 - b. American Psychiatric Association. *Practice Guidelines: Eating Disorders*. Washington, DC: APA, 1996 B(II).
101. Uncontrolled trials and one small controlled trial have suggested that fluoxetine may help some patients in the weight-maintenance phases, but many patients do not improve with this or any other currently available medication. However, for patients with persistent depression, the use of antidepressants should be considered. Consider medication with fewer cardiovascular side-effects.
Selected references:
- a. See reference 101b (AIII).
 - b. Leach A. The psychopharmacotherapy of eating disorders. *Psychiatr Annals* 1995; 25: 628-633.
 - c. Kaye W, Gendall K, Strober M. Serotonin neuronal function and selective serotonin re-uptake inhibitor treatment in anorexia and bulimia nervosa. *Biol Psychiatr* 1998; 44: 825-838 (CIII).
102. Russell GFM, Szmulker GI, Dare C, Eisler I. An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatr* 1987, 44: 1047-1056 (CIII).

Shows that patients with anorexia nervosa with onset at or before age 18, and with a duration less than 3 years, did better with family therapy than individual therapy. Moreover, older patients did better with individual therapy. However, a major UK review, while supporting these recommendations, states that there are currently no high-quality reviews of psychological treatments for anorexia nervosa (see reference 59).

103. Whitbread J, McGown A. The treatment of bulimia nervosa: what is effective? A meta-analysis. *Int J Clin Psychol* 1994; 21: 32-44.
A Cochrane review is currently in progress.
104. Treasure J, Schmidt U, Troop N *et al.* First step in managing bulimia nervosa: controlled trial of a therapeutic manual. *Br Med J* 1994; 308: 686-689.
105. Shear K, Schulberg H. Anxiety disorders in primary care. *Bull Menninger Clinic* 1995; 59(2, Suppl A): 73-82.
106. See reference 12.
- 107a. Gould RA, Otto MW, Pollack MH, Yap L. Cognitive behavioural and pharmacological treatment of generalised anxiety disorder: a preliminary meta-analysis. *Behaviour Ther* 1997; 28: 285-305.
b. Lader MH, Bond AJ. Interaction of pharmacological and psychological treatments of anxiety. *Br J Psychiatry* 1998; 173(Suppl 34): 165-168.
108. Imipramine and paroxetine have both been shown to reduce anxiety symptoms in the short-term. Onset is slower than benzodiazepines but addiction is not a problem. Relapse rates following longer-term use are not known. Selected references:
a. Kahn R, Mcnair D, Lipman R *et al.* Imipramine and chlordiazepoxide in depressive and anxiety disorders II. Efficacy in anxious out-patients. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43: 79-85.
b. Rocca P, Fonzo V, Scotta M *et al.* Paroxetine efficacy in the treatment of generalised anxiety disorder. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 95: 444-450.
109. Tyrer P. Use of beta blocking drugs in psychiatry and neurology. *Drugs* 1980; 20: 300-308.
110. Gould RA, Otto MW, Pollack MH, Yap L. Cognitive behavioural and pharmacological treatment of generalised anxiety disorder: a preliminary meta-analysis. *Behaviour Ther* 1997; 28: 285-305.
111. Kupshik G, Fisher C. Assisted bibliotherapy: effective, efficient treatment for moderate anxiety problems. *Br J Gen Pract* 1999; 49: 47-48.

112. See reference 57.
113. Swinson RP, Soulios C, Cox BJ, Kuch K. Brief treatment of emergency-room patients with panic attacks. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 944 -946.
114. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with panic disorder. *Am J Psychiatry* 1998; 155(Suppl): 1 -26.
115. Benzodiazepines are effective in many cases in suppressing panic in the short-term. They are not an effective treatment for chronic panics or phobias as there is no evidence that gains made continue when drugs are withdrawn; there is some evidence that they do not. Where patients are undergoing exposure therapy, ie dealing with the fear by gradually facing it, there is some evidence that benzodiazepines may actually interfere with maintaining longer-term therapeutic gains. Selected references:
- a. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with panic disorder. *Am J Psychiatry* 1998; 155(Suppl): 1 -26.
 - b. Marks I, Swinson P, Basoglu M *et al*. Alprazolam and exposure alone and combined in panic disorder with agoraphobia. A controlled study in London and Toronto. *Br J Psychiatry* 1993; 162: 776-787.
116. See reference 13a.
117. Marks I, Swinson RP. Alprazolam and exposure for panic disorder with agoraphobia; summary of London/Toronto results. *J Psychiatric Res* 1990; 24: 100-101.
118. Wade WA, Treat TA, Stuart GL. Transporting an empirically supported treatment for panic disorder to a service clinic setting; a benchmarking strategy. *J Consult Clin Psychol* 1998; 66: 231 -239.
119. Dolan B, Coid J. Psychopathic and antisocial personality disorders: treatment and research issues. London: Gaskell/Royal College of Psychiatrists, 1993, pp. 116-119.
120. Hawton K, Arensman E, Townsend E *et al*. Deliberate self harm: systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition. *Br Med J* 1998; 317: 441 -447.
121. Coccaro EF, Kavoussi RJ. Fluoxetine and impulsive aggressive behaviour in personality-disordered subjects. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54: 1081-1088.
122. Greenberg WM. Sedative or antimanic effects of carbamazepine and treatment of behavioural dyscontrol. *Am J Psychiatry* 1986; 143: 1486-1487.

123. Stermac L. Anger control treatment for forensic patients. *J Interpersonal Violence* 1986; 1: 446-722.
124. Fleming G, Pretzer JL. Cognitive-behavioural approaches to personality disorders. In Hersen M, Eisler M, Miller PM (eds), *Progress in Behaviour Modification*, vol. 26. Beverly Hills: Sage, 1990, pp. 119-151; Appleby L, Joseph P. Management of personality disorder. *Int Rev Psychiatry* 1991; 3: 59-70.
125. Linehan MM, Heard HL, Armstrong He. Interpersonal outcome of cognitive-behavioural treatment for chronically suicidal borderline patients. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 1771-1776.
126. Murray B, Stein M, Michael R *et al.* Paroxetine treatment of generalized social phobia (social anxiety disorder): a randomised controlled trial. *J Am Med Assoc* 1998; 280: 8.
127. DeRubeis RJ, Crits-Cristoph P. Empirically supported individual and group psychological treatments for adult mental disorders. *J Consult Clin Psychol* 1998; 66: 37-52.
128. Fichtner C, Poddig B, deVito R. Post-traumatic stress disorder: pathophysiological aspects and pharmacological approaches to treatment. *CNS Drugs* 1997; 8: 293-322.
129. See reference 13a.
130. Foa EB, Meadows EA. Psychosocial treatments for post-traumatic stress disorder: a critical review. *Ann Rev Psychology* 1997; 48: 449 -480.
131. Boolell M, Gepi -Atee S, Gingell C, Allen MK. Sildenafil: a novel effective oral therapy for male erectile dysfunction. *Br J Urol* 1996; 78: 257-261.
132. Padma-Natham H, Hellstrom WJG, Kaiser RE *et al.* Treatment of men with erectile dysfunction with transurethral alprostadil. *New Engl J Med* 1997; 336: 1-7.
- 133 Linet OI, Ogrine FG. Efficacy and safety of intracavernosal alprostadil in men with erectile dysfunction. *New Engl J Med* 1996; 334: 873-877.
134. McClusky HY, Milby JB, Switzer PK *et al.* Efficacy of behavioural versus triazolam treatment in persistent sleep-onset insomnia. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 121-126.
135. Eisen J, MacFarlane J, Shapiro C. Psychotropic drugs and sleep. *Br Med J* 1993; 306: 1331-1334.
136. Rasmussen P. A role of phytotherapy in the treatment of benzodiazepines and opiate drug withdrawal. *Eur J Herbal Med* 1997; 3: 11-21 (CIV); as

- quoted in Wallcraft J. *Healing Minds: A Report on Current Research, Policy and Practice Concerning the Use of Complementary and Alternative Therapies for a Wide Range of Mental Health Problems*. London: Mental Health Foundation, 1998.
137. Bootzin R, Perlis M. Non-pharmacological treatments of insomnia. *J Clin Psychiatry* 1992; 53(6 Suppl): 37-40.
138. World Health Organization. *Insomnia: Behavioural and Cognitive Interventions*. Geneva: Division of Mental Health, WHO, 1993.
139. Goldberg R, Dennis H, Novack M, Gask L. The recognition and management of somatization: what is needed in primary care training. *Psychosomatics* 1992; 33: 55-61.
140. Smith GR, Rost K, Kashner M. A trial of the effect of a standardised psychiatric consultation on health outcomes and costs in somatising patients. *Arch Gen Psych* 1995; 52: 238-243.
141. Fishbain DA, Cutler RB, Rosomoff HL, Rosomoff RS. Do antidepressants have an analgesic effect in psychogenic pain and somatoform pain disorder? A metaanalysis. *Psychosom Med* 1998; 60: 503-509.
142. Pilowsky I, Barrow C. A controlled study of psychotherapy and amitriptyline used individually and in combination in the treatment of chronic intractable psychogenic pain. *Pain* 1990; 40: 3-19.
- 143a. Speckens A, van Hemert A, Spinhoven P *et al*. Cognitive behavioural therapy for medically unexplained physical symptoms: a randomized controlled trial. *Br Med J* 1995; 311: 1328-1332.
- b. Kashner TM, Rost K, Cohen B *et al*. Enhancing the health of somatization disorder patients: effectiveness of short-term group therapy. *Psychosomatics* 1995; 36: 924-932.
- c. Guthrie E. Emotional disorder in chronic illness: psychotherapeutic interventions. *Br J Psychiatry* 1996; 168: 265-273.
144. Hernández, M; Herrera, R; Iñigo, C; Markez, I; Martínez Cordero, A y otros. *Patología Dual en Prisión*. Edita GSMP (AEN y SESP). Zaragoza, 2006.
145. Gorman. *J Clin Psychiatry* 2002; 63(suppl 8):1723.
146. Raj and Sheehan. *Generalized Anxiety Disorder*. Nutt, Rickels, Stein (EDs). Martin Dunitz Ltd 2002: 137-152.
147. Kessler *et al*. *Psychological Med* 2002; 32:1213-1225.

Aspectos ético-legales de la salud mental en prisión

Luis Fernando Barrios Flores



Índice

Introducción	105
1. Principios éticos claves	107
1.1. Equidad	109
1.2. Conservación de derechos del paciente recluso	110
1.3. Vigencia de los postulados ético-profesionales generales	111
2. Consentimiento informado	113
2.1. Capacidad legal y capacidad hecho (competencia)	114
2.2. Información previa a la prestación del consentimiento	116
2.3. Prestación del consentimiento	118
2.3.1. Forma	118
2.3.2. Momento	118
2.3.2.1. Consentimiento previo a la intervención terapéutica	118
2.3.2.2. Consentimiento anticipado: instrucciones previas	118
2.4. Supuestos de intervención terapéutica sin consentimiento informado (tratamientos involuntarios)	120
3. Información sanitaria	123
3.1. Información sobre servicios	123
3.2. Información sobre datos clínicos	124
3.2.1. Acceso a la información sobre el estado de salud y a la historia clínica	124
3.2.2. Certificaciones	126
3.3. Información sobre derechos	127
4. Privacidad y confidencialidad	129
4.1. Privacidad	129
4.2. Confidencialidad	129
4.2.1. Ámbito de la confidencialidad	129
4.2.2. Excepciones específicas a la confidencialidad en el ámbito penitenciario	132

5. Aislamiento y contención física	133
5.1. Aislamiento	133
5.1.1. El aislamiento terapéutico	133
5.1.2. El seguimiento sanitario del aislamiento regimental	134
5.2. Contención física	135
5.3. Contención química	137
6. Investigación y experimentación biomédica	139
7. Calidad y ética asistencial	145
7.1. Evaluación de la calidad asistencial	145
7.2. Comité de ética asistencial	145
7.3. Comité de ética de la investigación	146
7.4. Formación profesional	146
7.5. Dilemas éticos derivados de la doble condición asistencial-administrativa	147
7.6. Libertad de prescripción y uso racional del medicamento	149
7.6.1. Libertad clínica y libertad de prescripción	149
7.6.2. Uso legal y racional de los psicofármacos	151
7.6.3. Disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales	152
7.6.3.1. Uso compasivo de los psicofármacos	153
7.6.3.2. Utilización de medicamentos autorizados en condiciones distintas a las autorizadas	154
7.6.3.3. Acceso a medicamentos no autorizados en España, legalmente comercializados en otros Estados	155
7.6.3.4. El común denominador en estas situaciones especiales: la relevancia del consentimiento informado	156
7.6.4. Relación con la industria farmacéutica	158
7.7. La pertenencia de sanitarios a órganos colegiados penitenciarios	159
Abreviaturas	163
Bibliografía	167

Introducción

La asistencia en salud mental en instituciones penitenciarias plantea importantes cuestiones éticas y legales (Appelbaum y Gutheil, 1991; Gámir, 1998; Sadoff, 2011). Las primeras, a su vez, pueden contemplar tanto la perspectiva ética general (Gracia, 1989; Engelhardt, 1989), como la deontología profesional, en cuanto que ética aplicada -en este caso a la práctica sanitaria en general (Beauchamps y Childress, 1998; Gracia, 2004) o a la específica en salud mental (Bloch, Chodoff y Green, 2011).

En la sociedad plural y multicultural en la que vivimos, de la cual el espacio penitenciario no deja de ser en buena medida representación, a la vista de la existencia de posiciones morales diferenciadas, la posición que aquí se defiende es el de una ética común, una “moral civil”, que viene a ser un término medio entre el absolutismo de épocas anteriores (monismo ético de raíz religiosa) y el relativismo (subjetivismo de cada situación o época concreta) (Cortina, 1992); por consiguiente, una “ética mínima”, que ha de ser fruto de un “consenso democrático” (Gracia, 1989). Es compartible en este sentido la posición de Adela Cortina, para quien dicho contenido mínimo debiera concretarse “en el respeto a los derechos humanos de la primera, segunda y tercera generación (Pérez-Luño, 1991), en los valores de libertad, igualdad y solidaridad, y, por último, en una actitud dialógica, posible por la tolerancia activa, no sólo pasiva, del que quiere llegar a entenderse con otro, porque le interesa ese entendimiento con el” (Cortina, 1994). En lo que aquí interesa, las principales Declaraciones sobre derechos humanos han de estar siempre presentes (Romeo, 1994; Barrios, 2011c).

Por su parte, la deontología profesional -la sanitaria en particular- hace obligado tener como referentes las principales declaraciones deontológicas profesionales internacionales y nacionales sobre la materia.

Las cuestiones legales, por razones obvias, están referidas al derecho positivo vigente en cada país. Y ello, porque cada ordenamiento jurídico es distinto -sin perjuicio de las similitudes que puedan existir entre unos y otros- y porque distinto es el grado de desarrollo y, a la postre, de atención, que merecen las actuaciones sanitarias en general y las que se desarrollan en el ámbito penitenciario en particular (Torres y Barrios, 2005; Torres y Barrios, 2006; Torres y Barrios, 2009; Valenti y Barrios, 2011). Baste señalar la notable diferencia existente entre el sistema jurídico de los países anglosajones (*common law*), en el que se incardina la guía “Mental Health Primary Care in Prison” (2002), y el derecho continental, órbita a la que pertenece el Derecho español. Precisamente por ello, y a los efectos eminentemente prácticos de este documento, se ha optado por circunscribir el análisis jurídico -y las referencias que le acompañan- al ordenamiento jurídico español.

En cualquier caso, conviene tener presente que la falta de respeto a los derechos de los pacientes mentales, tanto dentro como fuera del ámbito penitenciario, constituye una manifestación de la violencia institucional que se ejerce en ocasiones sobre ellos (Barrios y Torres, 2009), violencia tan tradicional como lo ha sido su secular marginación (Bercovitz, 1976) y estigmatización (López et al., 2008). Por ello la vulneración de los mismos se erige en fuente de responsabilidad, sobreañadida a las figuras clásicas (Barrios, 2011e).

Capítulo 1

Principios éticos claves

La asistencia en salud mental en instituciones penitenciarias está regida por dos principios éticos (Torres y Barrios, 2007), que tienen su plasmación jurídica en España: a) el principio de equidad y b) el principio de conservación de derechos.

1.1. Equidad

Los internos que padezcan trastornos psíquicos deben tener garantizada una atención médico-sanitaria equivalente a la dispensada al conjunto de la población [208.1 RP, I.B.10 Rec (98) 7, art. 35.1 Rec (2004) 10, 20.2 PONU], sin que sufran ninguna discriminación por razón de su situación jurídica [40.3 RPE, 35.1 Rec (2004) 10]. En consecuencia, se prestará una asistencia en salud mental de la mejor calidad (1 PEMONU; 5.1.a) LOPS).

Este principio de equidad en las prestaciones tiene diversas manifestaciones:

- Los servicios sanitarios de los centros penitenciarios deben organizarse en estrecha relación con la administración general de los servicios sanitarios del Sistema Nacional de Salud (40.1 RPE), debiendo estar integrada la política sanitaria penitenciaria en la política nacional de salud pública (40.2 RPE).
- La atención en salud mental cubrirá las diferentes modalidades asistenciales, equiparándose a la existente en la sociedad libre (40.5 RPE), conforme a las siguientes fórmulas:
 - La atención primaria en salud mental se prestará por el personal de la institución (arts. 209.1. RP y 288.1 y 2 RP'1981 -este último precepto

sigue vigente, con rango de resolución del Centro Directivo, en virtud de lo dispuesto en la Disposición Transitoria 3ª RP-).

- La especializada en el interior de los establecimientos por medios concertados o contratados (I.B.10 Rec (98) 7]. Esta modalidad asistencial debe prestarse preferentemente a través del Sistema Nacional de Salud (art. 209.2.1 RP), lo que remite como solución idónea a la asistencia por parte de los Equipos de salud mental de la zona en la que radique el establecimiento penitenciario.
- La asistencia hospitalaria en régimen de hospitalización se llevará a cabo en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de referencia (art. 36.2 LOGP, art. 209.2.2 RP, art. 20.2 LGS y 12.1 RPE).

La demora en la transferencia a las Comunidades Autónomas de los servicios e instituciones sanitarias dependientes de Instituciones Penitenciarias, prevista en la Disposición Adicional Sexta de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud se erige hoy en el mayor obstáculo para una plena garantía del principio de equidad.

1.2. Conservación de derechos del paciente recluso

Todo interno gozará de los derechos fundamentales constitucionalmente reconocidos (arts. 14-29 CE), a excepción de los que se vean expresamente limitados por el contenido del fallo condenatorio, el sentido de la pena y la ley penitenciaria (25.2 CE). Además, “los internos” podrá ejercitar sus derechos civiles, políticos, sociales, económicos o culturales salvo que sean incompatibles con el objeto de su detención o el cumplimiento de la pena o medida de seguridad (art. 3.1 LOGP, 1.5 y 20.2 PONU).

El ejercicio de los derechos en el orden sanitario es obvio que poco tiene que ver con el contenido del fallo condenatorio, el sentido de la pena y la ley penitenciaria. La perspectiva sanitaria en prisión debe tener por norte su propia función, la salud del paciente. Es pertinente por ello traer a colación el voto particular emitido por el Magistrado Jesús Leguina Villa a la STC 120/1990, de 30 de julio (concerniente a la huelga de hambre de los GRAPO), cuando afirma que los reclusos “son personas enfermas que conservan la plenitud de sus derechos para consentir o para rechazar los tratamientos médicos que se les propongan. Creo que un enfoque del problema desde esta última perspectiva -la del enfermo que es además recluso- en lugar de la adoptada por la sentencia -la del recluso que es además enfermo- hubiera permitido llegar a una solución favorable a la concesión del amparo”.

Los derechos en el ámbito de la salud de los reclusos (con independencia de su condición jurídica -presos, penados o sometidos a medidas de seguridad-), deben pues ser tenidos en consideración. En este sentido, los profesionales tienen el deber de respetar la personalidad, dignidad e intimidad de las personas a su cuidado y deben respetar la participación de los mismos en la toma de decisiones que les afecten (5.1.c) LOPS), a la vista de que tales derechos que corresponden a los usuarios de servicios sanitarios sin discriminación alguna son de aplicación a “todos” con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias (art. 10 LGS), y la Administración penitenciaria tiene tal carácter. De lo que se trata, en suma, es ofrecer “las mismas garantías a todos los ciudadanos del Estado, fortaleciendo con ello el derecho a la protección de la salud que reconoce la Constitución” (Exposición de Motivos LAP).

1.3. Vigencia de los postulados ético-profesionales generales

La asistencia sanitaria en el medio penitenciario se enfrenta, en ocasiones, a la dificultad de coherencia los criterios clínicos de actuación con la normativa penitenciaria y con la supeditación a instancias jerárquicas superiores. En cualquier caso el profesional sanitario que presta sus servicios en Instituciones Penitenciarias no debería permitir que sus criterios éticos se vean comprometidos por ello.

En concreto:

- Las necesidades del paciente deben constituir la principal preocupación del sanitario [I.D.19 Rec (98) 7]. A estos efectos, paciente es, según el art. 3 LAP: “la persona que requiere asistencia sanitaria y está sometida a cuidados profesionales para el mantenimiento o recuperación de su salud”. El profesional sanitario por ello deberá primar la condición de paciente a la de recluso, como acaba de expresarse.
- Los sanitarios penitenciarios deben asegurar que la calidad asistencial sea parangonable a la existente en el medio externo [I.D. 19 Rec (98) 7; 5.1.a) LOPS].
- Las decisiones clínicas y cualquier otra evaluación relativa a la salud de los pacientes reclusos deben fundarse exclusivamente en criterios sanitarios [I.D.20 Rec (98) 7]. Por ello, tal y como señala el principio 4.3 PONU: “Los conflictos familiares o profesionales o la falta de conformidad con los valores morales, sociales, culturales o políticos o con las creencias religiosas dominantes en la comunidad de una persona en ningún caso constituirán un factor determinante del diagnóstico de enfermedad mental”.

- El personal sanitario debe ejercer su labor con independencia [I.D.20 y III.D.53 Rec (98) 7, art. 37.2 CEDM, 4.7 LOPS].
- El personal sanitario tiene un derecho y un deber de recibir adecuada formación continua (4.6 LOPS).
- Los deberes deontológicos de los profesionales de la sanidad penitenciaria son similares a los del personal médico y de enfermería que presta sus servicios extramuros del sistema penitenciario. En consecuencia, es de aplicación al personal médico el correspondiente código deontológico (art. 2.1 y 41.1 CEDM) y otro tanto sucede con el personal enfermero (art. 1 CDEE), conforme a lo dispuesto en el art. 4.5 LOPS.
- La actuación pericial es incompatible con la asistencia médica al mismo paciente (art. 41.3 CEDM). En el caso de órdenes recibidas por un superior jerárquico, que puedan contrariar tal deber deontológico, el facultativo deberá: a) poner en conocimiento de dicho superior la existencia de un deber deontológico incompatible con la orden recibida, b) poner el hecho en conocimiento de su Colegio profesional. Y ello, sin perjuicio de que pueda elevar su correspondiente queja a la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias y al Defensor del Pueblo -en la actualidad- o del equivalente autonómico -una vez se produzca la transferencia de la sanidad penitenciaria- (supuesto en el cual es razonable entender que son compatibles las quejas ante ambos, dada la concurrencia de Administraciones Públicas -estatal y autonómica-) (Barrios, 2000).
- El médico está obligado a promover la calidad y la excelencia de la institución en que trabaja, por lo que secundará lealmente las normas que tiendan a la mejor asistencia de los enfermos y pondrá en conocimiento de la Dirección del Centro Penitenciario las deficiencias de todo orden, incluidas las de naturaleza ética, que perjudiquen esa correcta asistencia. Si las mismas no fueran corregidas las denunciará ante el Colegio de Médicos o a las autoridades sanitarias, antes de hacerlo a otros medios (art. 41.1 CEDM). A pesar de que al sanitario penitenciario se le exige una doble lealtad (al paciente y a la institución en la que presta sus servicios), entre los principios de conducta que le son exigibles como empleado público, se encuentra el de “poner en conocimiento de sus superiores o de los órganos competentes las propuestas que consideren adecuadas para mejorar el desarrollo de las funciones de la unidad en la que estén destinados” (art. 54.10 EBEP).

Capítulo 2

Consentimiento informado

El “consentimiento informado” es el eje básico de la relación médico-paciente (Appelbaum, Lidz y Meisel, 1987). Nuestro Tribunal Supremo puso de manifiesto el alto significado y contenido de esta noción, al afirmar: “El consentimiento informado constituye un derecho humano fundamental, precisamente una de las últimas aportaciones realizada en la teoría de los derechos humanos, consecuencia necesaria o explicación de los clásicos derechos a la vida, a la integridad física y a la libertad de conciencia. Derecho a la libertad personal, a decidir por sí mismo en lo atinente a la propia persona y a la propia vida y consecuencia de la autodisposición sobre el propio cuerpo” (STS, Sala 1ª, 12.1.2001). Según nuestra legislación sanitaria, “toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios” (art. 2.2 LAP) y en igual sentido se pronuncian los instrumentos internacionales de referencia [11 y 20.4 PONU, 1.2 OMS Europa’94, art. 5 CDHB y arts. 12 y 28.1.iii Rec (2004) 10], y los códigos deontológicos nacionales (art. 10.4-6 CEDM y 7 CDEE).

Por consentimiento informado debe entenderse el prestado libremente sin amenazas ni persuasión indebida (11.2 PONU) o, como lo define el art. 3 LAP es “la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud”. El hecho de que una persona se encuentre dentro de un establecimiento penitenciario no puede constituir obstáculo alguno para la prestación del libre consentimiento, dado que la LAP es también aplicable en este ámbito (art. 1 LAP).

Aunque el origen del concepto “consentimiento informado” y la mayor parte de los estudios se ubican en Estados Unidos, en España disponemos de algunas relevantes aportaciones doctrinales, entre las que destaca la de Simón (Simón, 2000). Obviamente, la obtención del consentimiento debiera basarse en un modelo adecuado que comportara la recuperación de la influencia de la confianza en el seno de la relación clínica (Seoane, 2004), teniendo en cuenta la posición asimétrica que se produce en dicha relación (Cortina, 1998), pese a lo cual la misma ha de tener el carácter de dialógica (D’Agostino, 1993).

2.1. Capacidad legal y capacidad hecho (competencia)

El sanitario que interviene en salud mental en el medio penitenciario, en relación a la capacidad/competencia del paciente, ha de tener en cuenta las siguientes consideraciones, según sean las situaciones de aquel (Sánchez-Caro, 2002; Seoane, 2004):

- Paciente incapacitado judicialmente. Tal supuesto sólo puede tener lugar si el interno ha sido declarado incapaz por sentencia judicial en virtud de las causas legalmente establecidas (art. 199 CC), es decir, por padecer enfermedades persistentes de carácter físico o psíquico que impidan a la persona gobernarse por sí misma (art. 200 CC) (Chimeno, 2004). Ahora bien, el art. 9.3.b) LAP no puede inducir a confusión, ya que ya que aunque su tenor literal señale que “Se otorgará el consentimiento por representación... c) Cuando el paciente esté incapacitado legalmente”, lo cierto es que dicho precepto ha de cohererse con lo establecido en el art. 760.1 LEC el cual preceptúa que “la sentencia que declare la incapacitación determinará la extensión y los límites de ésta”. Es decir, no todos los pacientes incapacitados legalmente (judicialmente) carecen de autogobierno en el plano de la salud. Habrá que estar pues al concreto contenido de dicha sentencia, que bien pudiera limitar sus efectos al campo exclusivamente económico y no al del autogobierno personal. En este último caso el paciente conserva íntegra su capacidad de decisión, sin que deba acudir al llamado “consentimiento sustituto”. Cuando el paciente está incapacitado legalmente, y ello afecta a su autogobierno en la esfera sanitaria, habrá que tener, particular atención a dos aspectos:
 - La persona o institución que ejerce la tutela. Ésta se establece asimismo por decisión judicial (art. 234 y ss. CC). Es a dicho representante legal a quien corresponde otorgar el consentimiento por representación del tutelado (art. 9.3.a) LAP).

- El mantenimiento del deber de información al incapacitado. A pesar de que un paciente esté judicialmente incapacitado, perdura el deber de facilitarle la información clínica, conforme a sus posibilidades de comprensión, y ello sin perjuicio de informar asimismo a su representante legal (art. 5.2 LAP).
- Paciente no incapacitado judicialmente, aunque en él concurren circunstancias que pudieran hacer aconsejable su incapacitación legal. En tal caso, toda autoridad o funcionario público “que, por razón de sus cargos, conocieran la existencia de posible causa de incapacitación en una persona, deberán ponerlo en conocimiento del Ministerio Fiscal” (art. 757.3 LEC). En tal supuesto, lo pertinente sería que el profesional sanitario -u otros profesionales, por ejemplo, psicólogos-:
 - Pusiera en conocimiento del Subdirector Médico o equivalente [en el caso de los psicólogos de II.PP., el Subdirector de Tratamiento], la existencia de una posible causa de incapacitación.
 - En el mismo acto, expusiera la incompatibilidad deontológica de asumir las funciones de médico-asistencial y perito de dicha posible causa (Barrios, 2000) y manifestara asimismo la pertinencia de que el responsable sanitario del establecimiento solicitara que un facultativo que no prestara asistencia al paciente emitiera el informe a elevar al Ministerio Fiscal.
- Paciente -fuera de una situación de urgencia-, que careciera de competencia para tomar una decisión, pero no pareciera aconsejable iniciar un procedimiento de incapacitación (Drane, 1984; Lidz, Meisel, Zerubel et al., 1984), o dicho en otros términos el paciente careciera de “capacidad natural” (“competencia”). En tal supuesto, el facultativo responsable de su asistencia recabará el consentimiento de su representante legal -de existir éste- o, en otro caso, de las personas a él vinculadas por razones familiares o de hecho (art. 9.3. a) LAP). Siguiendo el esquema de Appelbaum, Lidz y Meisel serían criterios de incompetencia la incapacidad del paciente para: a) expresar o comunicar una preferencia o elección; b) comprender una situación y sus consecuencias; c) entender información relevante; d) dar razones; e) ofrecer una razón racional (aún habiendo expuesto otras razones); f) ofrecer razones de riesgo/beneficio (aún habiendo expuesto motivos racionales) y g) tomar una decisión razonable (Appelbaum, Lidz y Meisel, 1987).
- Paciente que carece de competencia en el marco de una situación de urgencia que comporte un riesgo inmediato grave para la integridad

física o psíquica del paciente. En dicho caso, el sanitario penitenciario podrá llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables a favor de la salud del paciente, si bien deberá consultar -siempre que ello sea posible- a sus familiares o personas a él vinculadas de hecho (art. 9.2 LAP). La coordinación, por tanto, de los servicios sanitarios y sociales del establecimiento deviene inevitable. En estos supuestos, se solicitará la correspondiente autorización judicial si ello fuera posible; en cualquier caso, toda actuación realizada sin contar con el consentimiento del paciente debe ser comunicada a la autoridad judicial (art. 210.1 RP).

2.2. Información previa a la prestación del consentimiento

El titular del derecho a la información previa a la prestación del consentimiento es, en principio, el paciente recluso (DGEIDC, 1997). No obstante lo anterior:

- Podrá informarse a las personas vinculadas por razones familiares o de hecho, en la medida en que el paciente lo permita de forma expresa o tácita (art. 5.1 LAP).
- Deberá informarse necesariamente al representante legal del paciente, cuando éste existiera (art. 5.2 LAP).
- Si el paciente careciera de capacidad para entender la información, según el criterio del médico, la información se deberá poner en conocimiento de las personas a aquél vinculadas por razones familiares o de hecho (art. 5.3 LAP). No obstante lo anterior el paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal (art. 5.2 LAP).
- Sólo podrá limitarse el derecho a la información cuando concurriera un estado de necesidad terapéutica, es decir, cuando por razones objetivas el conocimiento de la propia situación pudiera perjudicar la salud del paciente. En tal caso se dejará debida constancia, debidamente argumentada, en la historia clínica, participándose tal circunstancia a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho (art. 5.4 LAP). De no existir estas personas se dejará constancia en la historia clínica de tal circunstancia.

Todo paciente recluso -“paciente” en todo caso, desde la perspectiva sanitaria, tiene derecho a recibir, antes de recabar su consentimiento, información acerca de los siguientes extremos:

- Diagnóstico (11.2.a) PONU).
- Propósito o finalidad del tratamiento (11.2.b) PONU y art. 4.1 LAP).
- Naturaleza del tratamiento (11.2.b) PONU y art. 4.1 LAP).
- Beneficios esperables del tratamiento propuesto (11.2.b) PONU).
- Existencia -en su caso- de tratamientos alternativos (11.2.c) PONU).
- Consecuencias, riesgos, secuelas e incomodidades del tratamiento propuesto (11.2.d) PONU). En particular de:
 - Las consecuencias relevantes o de importancia del tratamiento (art. 10.1.a) LAP).
 - Los riesgos relacionados con las condiciones personales del paciente (5 CDHB, arts. 4.1 y 10.1.b) LAP).
 - Los riesgos probables en condiciones normales (5 CDHB, arts. 4.1 y 10.1.c) LAP).
 - Las incomodidades y secuelas más relevantes y previsibles (11.2.d) PONU).
 - Las contraindicaciones (art. 10.1.d) LAP).

Dicha información tendrá las siguientes características:

- Será verdadera (art. 4.2 LAP).
- Se realizará de forma clara y comprensible (art. 4.2 LAP y art. 215.2 RP).
- Será la adecuada (art. 2.2 LAP); es decir, será la necesaria para ayudar al paciente a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad (art. 4.2 LAP).
- En general, tendrá carácter verbal (art. 4.1 LAP), aunque es pertinente documentar en la historia clínica el hecho de haberse facilitado dicha información.

Corresponde al médico responsable del paciente recluso garantizar el cumplimiento del derecho a la información, sin perjuicio de que el resto de los profesionales sanitarios que le atiendan en el proceso asistencial también hayan de informarle en cada intervención concreta [art. 4.3 LAP; 5.1.f) LOPS]. El responsable de los servicios sanitarios del establecimiento penitenciario garantizará por su parte que los profesionales sanitarios que, aún no teniendo encomendada la asistencia ordinaria del paciente, lleven a cabo una intervención clínica, cumplan con dicho deber informativo.

De ser necesario, el sanitario penitenciario recabará la presencia de un traductor (OMSEuropa'94). De participar en la entrevista un traductor, el sanitario pondrá en su conocimiento el deber de guardar sigilo de la información recabada durante la misma y documentará en la historia clínica la asistencia de traductor.

En todo caso, se respetará el derecho del paciente a no ser informado (2.5 OMSEuropa'94, art. 10.2 CDHB y art. 4.1 LAP). Cuando el paciente manifieste expresamente su deseo de no ser informado, se respetará su voluntad haciendo constar su renuncia documentalmente, sin perjuicio de la obtención de su consentimiento previo para la intervención. No obstante lo anterior, la renuncia a la información está limitada por el interés de la salud del propio paciente, de terceros, de la colectividad y por las exigencias terapéuticas del caso (art. 9.1 LAP).

2.3. Prestación del consentimiento

2.3.1. Forma

La prestación del consentimiento, por regla general, será de forma verbal. No obstante, se prestará el consentimiento por escrito en casos de intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y cuando se apliquen procedimientos que supongan riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente (art. 8.2 LAP).

2.3.2. Momento

2.3.2.1. Consentimiento previo a la intervención terapéutica

Se deberá recabar el consentimiento informado con antelación a la intervención o tratamiento terapéutico, si bien no debería mediar un prolongado período de anticipación en el otorgamiento del mismo. Lo que se pretende en definitiva es que el paciente reciba la información “adecuada a sus necesidades” (art. 4.2 LAP), tenga la oportunidad de “valorar las opciones propias del caso” (art. 8.1 LAP) y emita o no el correspondiente consentimiento. Y tal sucede, tanto cuando el consentimiento es personal (art. 8.1 LAP), como cuando se ejerce mediante el mecanismo de la representación (art. 9.3 LAP).

2.3.2.2. Consentimiento anticipado: instrucciones previas

La normativa internacional consagra que sean tenidos en consideración los deseos expresados anteriormente con respecto a una intervención médica

por un paciente que, en el momento de la intervención, no se encuentre en situación de expresar su voluntad (art. 9 CDHB).

Especialmente, en procesos en los que sean previsibles complicaciones relevantes o un progresivo deterioro, el sanitario que interviene en el medio penitenciario debería poner en conocimiento del paciente la oportunidad que tiene de mostrar “anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo” (art. 11.1 LAP) (Barrios, 2005b).

Esta institución aparece denominada en algunos ordenamientos autonómicos (Cataluña, Galicia, Aragón, La Rioja, Navarra, País Vasco) como “voluntades anticipadas”.

A tal efecto, informará al paciente de los siguientes extremos:

- Que la expresión de las instrucciones previas/voluntades anticipadas, necesariamente deberá constar por escrito y mediante las formalidades que señale la normativa autonómica aplicable; en general, se reconoce que se otorgue ante notario o ante tres testigos, si bien en alguna autonomía puede llevarse a cabo la declaración ante el funcionario del registro autonómico (País Vasco) o ante el personal designado por la Consejería de Sanidad (Castilla y León). En algún caso tras la emisión por escrito de la declaración se lleva a cabo la verificación de la capacidad y de los requisitos formales de la misma por el personal responsable del registro autonómico (Andalucía).
- Que el documento podrá versar, bien sobre los cuidados o el tratamiento para la salud, bien sobre el destino del cuerpo o de los órganos del mismo, una vez acontecido el fallecimiento o sobre ambas cosas (art. 11.1 LAP).
- Que el otorgante del documento puede designar, además, un representante para que, llegado el caso, sirva como interlocutor suyo con el médico o el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas (art. 11.1 LAP).
- Que no serán aplicadas las instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico, a la «lex artis», ni aquellas que no se correspondan con el supuesto de hecho que el interesado haya previsto en el momento de manifestarlas (art. 11.3 LAP).

- Que las instrucciones previas podrán revocarse en cualquier momento (art. 11.4 LAP).

De emitirse un documento de instrucciones previas y, sin perjuicio de dejar constancia del mismo en la historia clínica, el mismo será remitido al registro autonómico correspondiente, el cual a su vez lo remitirá al Registro Nacional de Instrucciones Previas. De no existir registro autonómico, el documento se remitirá a la autoridad sanitaria autonómica, la cual está obligada a remitirlo al Registro Nacional de Instrucciones Previas, que actuará de registro provisional hasta tanto se cree el equivalente autonómico (art. 3 y Disposición Transitoria Única del Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal).

2.4. Supuestos de intervención terapéutica sin consentimiento informado (tratamientos involuntarios)

Tanto los documentos internacionales, como la normativa española (sanitaria y penitenciaria), contemplan supuestos de intervención terapéutica sin consentimiento del paciente (Barrios, 2011b). En los últimos años abundan los estudios sobre esta temática, con relevantes publicaciones recientes (Kallert, Mezzich y Monahan, 2011).

En lo que aquí interesa, la justificación de la intervención sanitaria sin consentimiento del paciente mental debiera sólo tener lugar cuando concurren los requisitos -debidamente adaptados al ámbito penitenciario- que figuran en el Informe “Libertades Fundamentales, Derechos Básicos y Atención al Enfermo Mental” que dos expertos españoles elaboraron por encargo del Ministerio de Sanidad y Consumo para el Consejo de Europa (Torres y Barrios, 2007):

- El paciente tiene un trastorno mental [art. 17.1.i Rec (2004) 10].
- Dicho trastorno posee cierta entidad, tal como ha venido declarando, en reiteradas ocasiones, el TEDH.
- Ha mediado una evaluación médica, tal como expresa el apartado 3 WP-CDBI'2000 y abundante jurisprudencia del TEDH. Dicha evaluación debería identificar con claridad los indicios y síntomas [art. 19.1.i Rec (2004) 10].

- Las condiciones personales del paciente representan un riesgo significativo de daño grave para sí o para otros. [arts. 17.1.ii y 18.ii Rec (2004) 10; art. 3.a) Rec (83) 2; art. 7.i.a Rec 1235 (1994), art. 210.2 RP].
- La intervención tiene un objetivo terapéutico [art. 17.1.iii Rec (2004) 10].
- No está disponible otro medio menos restrictivo para proporcionar una adecuada asistencia. [arts. 17.1.iv y 18.iii Rec (2004) 10]. Requisito que deriva del principio de menor restricción [art. 8 Rec (2004) 10; AMP'89].
- La opinión del paciente ha sido tomada en consideración [arts. 17.1.v y 18.iv Rec (2004) 10].
- La intervención es en beneficio directo de la persona concernida (art. 6.1 CDHB y 3 WP-CDBI'2000).

Capítulo 3

Información sanitaria

3.1. Información sobre servicios

Todo paciente tiene derecho a ser informado de las prestaciones, servicios e identidad y cualificación del personal que interviene en su proceso asistencial [2.1 y 2.8 OMSEuropa'94; 5.1.e) LOPS; 10.2 CEDM].

No obstante, por razones de seguridad, dicho personal asistencial podrá identificarse mediante el número de su carnet profesional (ha de tenerse en cuenta al respecto lo previsto en la Instrucción de la DGIP 4/2001, de 25 de mayo, sobre normas para garantizar la reserva de los datos de carácter personal de los empleados públicos penitenciarios, en relación con la Orden del Ministerio del Interior de 13.3.1998, por la que se regula el carné de identificación profesional del personal de Instituciones Penitenciarias, BOE, 24 de marzo). Téngase en cuenta no obstante, que la reserva de los datos identificatorios personales, no puede extenderse -por razones obvias- a la cualificación (titulación y especialidad) de dicho personal.

Relacionado con lo anterior, el paciente tiene derecho a conocer la identidad -aún bajo la fórmula de seguridad acabada de indicar- de su médico responsable, máxime en una institución como la penitenciaria en que el sistema de guardias y la cobertura de incidencias derivadas de ausencias, permisos, etc. pudiera distorsionar el derecho indicado. El profesional responsable del paciente debe ser conocido por éste (10.3 CEDM). Es más, ello constituye un derecho del paciente. A tal efecto indicar que por médico responsable se considera “el profesional que tiene a su cargo coordinar la información y la asistencia sanitaria del paciente o del usuario, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e

información durante el proceso asistencial, sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales” (art. 3 LAP).

3.2. Información sobre datos clínicos

3.2.1. Acceso a la información sobre el estado de salud y a la historia clínica

En realidad el proceso informativo corre parejo con el asistencial. Por ello precisamente se habla del derecho a ser informado del estado de salud y de las circunstancias médicas que afecten a su condición (2.2 OMSEuropa’94). Y se afirma que la información clínica es “todo dato, cualquiera que sea su forma, clase o tipo, que permite adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y la salud de una persona” (art. 3 LAP).

Un problema que pudiera ser ciertamente delicado es el acceso del paciente recluso a su historial clínico. La normativa penitenciaria española señala que los datos contenidos en una historia clínica son “únicamente accesibles para el personal autorizado” (art. 215.1 RP).

La interpretación de dicho precepto debería hacerse teniendo en cuenta las siguientes circunstancias: a) El Reglamento Penitenciario es de 1996, en consecuencia de fecha anterior a la legislación sanitaria vigente sobre el tema (LAP de 2002), b) los derechos reconocidos en la LAP son de aplicación a todos los usuarios de servicios de salud, c) no alcanza a verse que la posible limitación de derechos, en base a lo preceptuado en el art. 25.2 CE pueda extenderse a esta materia, máxime cuando la ley penitenciaria no se pronuncia al respecto y d) existe un amplio reconocimiento en los instrumentos internacionales de referencia al derecho a la información y acceso al historial clínico [19.1 PONU, 4.4 OMSEuropa’94, art. 10.2 CDHB, 15.2 WP-CDBI’2000 y art. 13.2 Rec (2004) 10].

Por consiguiente:

- El paciente recluso tiene derecho, en general, al acceso a su historia clínica y “a obtener copia de los datos que figuran en ella” (art. 18.1 LAP).
- Tal derecho de acceso puede ejercerse asimismo por representación (art. 18.2 LAP). A estos efectos: a) tendrán capacidad para nombrar representante todos los reclusos con capacidad de obrar (no estén incapacitados judicialmente), b) podrá ser representante cualquier persona

con capacidad de obrar, c) la representación podrá otorgarse por cualquier medio válido en derecho, básicamente por medio de poder notarial o por la comparecencia del recluso ante la Administración Penitenciaria -un escrito dirigido a la misma confirmado con la manifestación de aceptación del representante designado es suficiente- (art. 32 LRJPAC). Este derecho a la representación se encuentra respaldado por relevantes instrumentos internacionales [2.6 OMSEuropa'94, 11.11, 16.2 y 19.1 PONU y art. 22 Rec (2004) 10].

- El derecho de acceso del paciente no puede ejercitarse en perjuicio del derecho de terceras personas a la confidencialidad de los datos que constan en la historia clínica y recogidos en interés terapéutico del paciente, ni en perjuicio del derecho de los profesionales sanitarios que hayan participado en el proceso de elaboración de la historia, los cuales podrán oponer al derecho de acceso la reserva de sus anotaciones subjetivas (art. 18.3 LAP).

En relación al acceso al historial clínico de personas vinculadas por razones familiares o de hecho con el paciente recluso, es preciso tener en cuenta que:

- Dichas personas vinculadas por razones familiares o de hecho con el paciente recluso podrán tener acceso cuando actúen como representantes de éste (art. 18.2 LAP).
- En el caso de pacientes fallecidos sólo se facilitará el acceso a las personas aquí mencionadas, cuando el fallecido no lo hubiera prohibido expresamente y, en cualquier caso, no se facilitará el acceso a información que afecte a la intimidad del fallecido a las anotaciones subjetivas del personal asistencial o cuando ello cause perjuicio a terceros (art. 18.4 LAP).

En lo referente a las anotaciones subjetivas de los profesionales sanitarios actuantes son aconsejables las siguientes actuaciones, sin perjuicio de algunas propuestas sensatas que se han elaborado en época reciente (Saiz y Larios, 2009):

- Como principio básico, debe evitarse en la confección de la documentación clínica expresiones inadecuadas o que puedan inducir a confusión.
- En el caso de solicitarse datos de la historia clínica se eliminarán las anotaciones subjetivas.
- En el supuesto de que un órgano jurisdiccional solicite el envío de documentos íntegros se remitirán dos ejemplares de los mismos: uno copia

íntegra y otro copia con eliminación de las anotaciones subjetivas, indicando la razón que ha motivado la catalogación como tales de los elementos eliminados, dejando constancia en el oficio de remisión de la documentación de la normativa en base a la cual se ha procedido a la eliminación de dichas anotaciones (art. 18.4 LAP).

3.2.2. Certificaciones

Todo paciente o usuario tiene derecho a que se le faciliten los certificados acreditativos de su estado de salud (art. 22 LAP; art. 11 CEDM). También este derecho lo ostenta el paciente recluso, tanto por aplicación de la norma precedente, como por imperativo de la propia reglamentación penitenciaria (art. 215 RP).

Por una parte, todo paciente o familiar vinculado a él, en su caso, tiene derecho al informe de alta, una vez finalizado el proceso asistencial (2.9 OMS Europa'94 y 20 LAP). Dicho informe ha de contener, como mínimo (art. 20 LAP): los datos del paciente, un resumen de su historial clínico, la actividad asistencial prestada, el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas (art. 3 LAP).

En el caso de que un paciente sea trasladado a un centro hospitalario y rechace el tratamiento (solicitando el alta voluntaria) debe tenerse en cuenta lo preceptuado en el art. 21.1 LAP: “En caso de no aceptar el tratamiento prescrito, se propondrá al paciente o usuario la firma del alta voluntaria. Si no la firmará, la dirección del centro sanitario, a propuesta del médico responsable, podrá disponer el alta forzosa en las condiciones reguladas por la Ley. El hecho de no aceptar el tratamiento prescrito no dará lugar al alta forzosa cuando existan tratamientos alternativos, aunque tengan carácter paliativo, siempre que los preste el centro sanitario y el paciente acepte recibirlos. Estas circunstancias quedarán debidamente documentadas”.

En el referido supuesto los sanitarios penitenciarios deberán reclamar del centro hospitalario copia del alta producida, sea esta voluntaria o forzosa y siempre que derive de la negativa a aceptar el tratamiento prescrito o a realizar las pruebas diagnósticas que sean necesarias.

Por otro lado, el paciente recluso también tiene derecho a solicitar, a lo largo de su estancia en el establecimiento penitenciario, “la expedición de los informes que soliciten”, pues dicho derecho se reconoce reglamentariamente “en todo caso” (art. 215.2 RP). Pero incluso, es legítimo afirmar que,

tras la excarcelación, el paciente recluso pudiera reclamar informes y certificaciones, al menos durante los cinco años siguientes desde la fecha del alta de cada proceso asistencial (art. 17.1 LAP).

3.3. Información sobre derechos

Debe informarse al paciente recluso en una institución penitenciaria de sus derechos sanitarios en razón de su condición y de los procedimientos e instancias ante quien ejercitarlos, y ello tanto cuando el tratamiento es voluntario, como cuando no lo es. Debiera facilitarse, en caso de existir, esa misma información al representante de la persona concernida [art. 22.3 Rec (2004) 10]. Ello incluye:

- Información individual sobre sus derechos como paciente mental [AMP'89, art. 6 Rec (2004) 10].
- Información sobre las instancias competentes -judiciales o no- antes las cuales pueden hacerse valer tales derechos [art. 6 Rec (2004) 10].
- Información sobre los procedimientos o recursos existentes a tal efecto [AMP'89, art. 22.1 Rec (2004) 10].

Indicar en fin, que para el ejercicio del derecho a la información a que se refieren los apartados precedentes, deberá facilitarse al paciente recluso los servicios de un traductor, cuando el caso lo requiriera (2.4 OMSEuropa'94).

Capítulo 4

Privacidad y confidencialidad

4.1. Privacidad

La privacidad de los pacientes mentales debe ser respetada (AMM'95, 1.4 OMSEuropa'94), tanto en cada intervención clínica (4.7 OMS Europa' 94), como en la institución en la que se encuentren alojados (4.8 OMS Europa' 94).

4.2. Confidencialidad

La confidencialidad sanitaria debe respetarse con el mismo rigor que el vigente para la población general [I.C.13 Rec (98) 7]. No existe razón alguna para discriminar a los pacientes mentales, tal como se consagra con rango constitucional (art. 14 y 18 CE) y legal (LOPD).

4.2.1 Ámbito de la confidencialidad

La confidencialidad de los datos referentes a la salud del paciente mental, está consagrada tanto a nivel internacional [6 PONU, art. 13.1 Rec (2004) 10], como en la legislación sanitaria nacional (art. 7.1 LAP). En igual sentido se manifiesta la normativa penitenciaria (art. 215.1 RP). Concurrentemente, en esta materia ha de tenerse siempre presente lo preceptuado en la LOPD.

Por lo común, los datos referentes a la salud de un paciente se contienen en la historia clínica, ya que la misma “comprende el conjunto de los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente” (art. 14.1 LAP) (De Ángel, 1998; Criado, 1999). Sin embargo, cuando se habla de datos, ha de entenderse que por tales hay que considerar “todos” los datos

referentes al estado de salud del paciente, se encuentren o no en su historial clínico. Precisamente por ello el art. 7.1 LAP habla de deber de confidencialidad en referencia a “datos” y no específicamente a “historia clínica”.

Aunque, está establecido que las condiciones de acceso a dichos datos deben estar claramente especificadas jurídicamente [art. 13.2 Rec (2004) 10], lo cierto es que la normativa penitenciaria española es excesivamente genérica, al afirmar que aquellos “únicamente serán accesibles para el personal autorizado”. Debe en consecuencia concluirse que por personal autorizado debe entenderse aquél al que se refiere exclusivamente una normativa de rango legal. Esto es así, porque el art. 7.3 LOPD establece textualmente: “Los datos de carácter personal que hagan referencia al origen racial, a la salud y a la vida sexual sólo podrán ser recabados, tratados y cedidos cuando, por razones de interés general, así lo disponga una ley o el afectado consienta expresamente”.

Dicha normativa sanitaria, como es sabido, está constituida básicamente por la LAP, la cual es aplicable a todos los “centros y servicios sanitarios, públicos y privados” (art. 1 LAP), la cual establece, entre otros, dos específicos tipos de acceso a la documentación clínica por parte del personal no directamente involucrado en el proceso clínico:

- El personal de administración y gestión (en lo que aquí interesa, el constituido por los administrativos de las oficinas sanitarias de los centros penitenciarios) (Cfr. art.15.1 CEDM). Dicho personal “sólo puede acceder a los datos de la historia clínica relacionados con sus propias funciones (art. 16.4 LAP).
- El personal sanitario debidamente acreditado que ejerza funciones de inspección, evaluación, acreditación y planificación, el cual “tiene acceso a las historias clínicas en el cumplimiento de sus funciones de comprobación de la calidad de la asistencia, el respeto de los derechos del paciente o cualquier otra obligación del centro en relación con los pacientes y usuarios o la propia Administración sanitaria” (art. 16.5 LAP).

Cualquiera de estos dos tipos de personal que acceden a los datos de la historia clínica en el ejercicio de sus funciones “queda sujeto al deber de secreto” (art. 16.6 LAP). Obligación que incluso está sancionada administrativamente (faltas tipificadas en el art. 7.c) y j) del Real Decreto 33/1986, de 10 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de Régimen Disciplinario de los Funcionarios de la Administración del Estado) y penalmente (delito de revelación de secretos a los que se tenga acceso por razón del

oficio o profesión del art. 199 CP), sin perjuicio de las responsabilidades civiles a que dicha conducta pudiera dar lugar (en aplicación de lo regulado en la Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, de Protección Civil del Derecho al Honor, a la Intimidación Personal y Familiar y a la Propia Imagen -LO 1/1982- y básicamente en el art. 1902 CC).

Se plantea en ocasiones el acceso del personal directivo de los establecimientos penitenciarios al historial clínico del paciente (p. ej. con motivo de la realización de informaciones reservadas o expedientes disciplinarios). La cuestión es ciertamente problemática, ya que en ocasiones el facultativo penitenciario se ve compelido -por mandato jerárquico superior- a facilitar datos del historial clínico del paciente, con lo cual se encuentra en el dilema de responder o no a tal requerimiento.

Probablemente lo indicado, en estos casos, sea que el facultativo, a través del/a Subdirector/a Médico/a (Jefe/a de los Servicios Médicos, en su caso) ponga de manifiesto el dilema ético-legal en el que se le sitúa y debiera poner de manifiesto: 1º) que el art. 16 LAP no prevé tal posibilidad y opera y es aplicable al caso con carácter de ley especial en relación a la LOPD y 2º) que, si se albergara alguna duda sobre ello, la AEPD, en su Informe 0367/2009, referido precisamente a una consulta sobre la posibilidad de comunicación de datos de salud de internos en centros penitenciarios a personal no sanitario de los mismos, resolvió que “cualquier otra cesión de datos de salud con una finalidad distinta de las analizadas, que no se encuentre amparada en una ley o en el consentimiento expreso del interesado, conforme a lo dispuesto en el artículo 7.3 de la Ley Orgánica 15/1999, sería contraria a lo previsto en dicha ley Orgánica”. Si fuera el/la responsable sanitario/a del establecimiento quien recibiera el requerimiento de sus superiores jerárquicos, debiera poner de manifiesto ambas objeciones.

Cuestión diferente es la accesibilidad al historial clínico de sanitarios que no tienen encomendado de ordinario el tratamiento del paciente, pero que en momentos puntuales han de acceder a dicha documentación con motivo de tratamientos específicos (dentro o fuera de II.PP.). Es cierto que la historia clínica ha de llevarse a cabo en cada institución asistencial “como mínimo” (art. 15.4 LAP); pero no es inusual que cada establecimiento asistencial elabore su propia historia clínica (servicios médicos de II.PP. e instituciones hospitalarias no penitenciarias). Más, como quiera que la historia “es un instrumento destinado fundamentalmente a garantizar una asistencia adecuada al paciente” (art. 16.1 LAP) y que ésta es “el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier

índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial” (art. 3 LAP), deviene inevitable la coordinación de la documentación clínica referida al sujeto concernido. Por consiguiente, los sanitarios penitenciarios han de solicitar todos los datos clínicos y relacionados con el proceso asistencial a los establecimientos en que los pacientes hayan recibido atención o hayan rechazado las prestaciones sanitarias. Lo cual es perfectamente aplicable al proceso inverso (facilitación a las instituciones o profesionales extrapenitenciarios de aquellos datos relacionados con el paciente, que resulten necesarios para su debida asistencia) (13 CEDM).

De existir dificultades o reticencias de las instituciones hospitalarias extrapenitenciarias a facilitar dicha información lo adecuado es poner de manifiesto a los responsables de las mismas, la necesidad de que se participe a los servicios médicos penitenciarios la misma a fin de garantizar una asistencia adecuada al paciente (art. 16.1 LAP).

4.2.2. Excepciones específicas a la confidencialidad en el contexto penitenciario

Aunque la reglamentación penitenciaria establece que “cuando un interno se encuentre enfermo grave, se pondrá en conocimiento inmediatamente de sus familiares o allegados” (art. 216 RP), tal principio debe cohonestarse con lo establecido en el art. 5.1 LAP, el cual, tras señalar que “el titular del derecho a la información es el paciente” añade: “También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita”.

Igual previsión debiera tenerse presente si el interno falleciere (art. 216.2 RP). Es decir, de producirse el fallecimiento de un interno, y al sanitario penitenciario le constara de forma verbal o escrita la voluntad del fallecido de no informar a la familia, así deberá comunicarlo a la autoridad penitenciaria correspondiente. Sin perjuicio de lo que ésta decida al respecto, el sanitario penitenciario no debería participar en el proceso de información en contra de la voluntad previamente expresada por su paciente.

En otros términos debe diferenciarse la actuación administrativa general (que puede demandar la notificación del fallecimiento del interno a sus familiares, p. ej. a efectos sucesorios) y la actividad netamente sanitaria que debería circunscribirse a notificar el fallecimiento a la autoridad penitenciaria y, en su caso, a emitir el correspondiente informe para su remisión a la autoridad judicial.

Capítulo 5

Aislamiento y contención física

Aislamiento y coerción no agotan el elenco de medios coercitivos en salud mental (el internamiento involuntario y la administración de tratamientos involuntarios -entre los que cabe incluir como subespecie la contención química- constituyen otros ilustrativos ejemplos) (Barrios, 2008), aunque en este apartado sólo se abordaran los dos primeros en el ámbito penitenciario (Barrios, 2007).

5.1. Aislamiento

Deben distinguirse al respecto dos situaciones claramente diferenciadas:

5.1.1. El aislamiento terapéutico.

Esta medida debe ser absolutamente excepcional, como ha reclamado el Consejo de Europa [7 Rec 1235 (1994) y art. 27 Rec (2004) 10]. Y ello porque han de tenerse en cuenta los probados efectos nocivos de la misma [CPT Standards (Rev 2006), Extracto del 16 Informe General, CPT/Inf(2006) 35, pár. 42].

Son reglas básicas a tener en cuenta las siguientes:

- Los supuestos de su aplicación son similares a los existentes para la contención física [art. 27.1 Rec (2004) 10]. Su objetivo es la separación del interno del resto de la población reclusa y prevenir o eliminar los comportamientos de riesgo para sí o para terceros. En concreto podrá adoptarse (Circular núm. 3/2004 de Cataluña):

- Si la situación no puede resolverse mediante la desactivación verbal del interno y no existen otras alternativas menos restrictivas.
 - Cuando se produzca una grave alteración regimental.
 - Por causas estrictamente médicas, derivadas de la patología del interno.
 - Por solicitud del interno, siempre que el facultativo lo considere conveniente.
- Pueden adoptar esta medida:
- El facultativo responsable del interno o, en su caso, el médico de guardia, previa valoración del estado del interno, dejando constancia escrita del facultativo responsable de la adopción de la medida, motivos para prescribirla y situación clínica del interno, así como del eventual tratamiento médico y farmacológico a aplicar, normas que han de seguirse durante la instauración de la medida [art. 27.2 y 3.ii Rec (2004) 10].
 - Los funcionarios de vigilancia sólo con carácter provisional y en supuestos de notoria urgencia, dando inmediato traslado -a través del Jefe de Servicios- al facultativo, el cual confirmará la medida o decidirá la inmediata anulación de la misma. Si no existiera notoria urgencia, los funcionarios de vigilancia se limitarán a informar -a través del Jefe de Servicios- a los Servicios Médicos, de las circunstancias del caso.
- Se requiere asimismo supervisión médica [art. 27.2 Rec (2004) 10] y es preceptivo asimismo un seguimiento regular [art. 27.3.i Rec (2004) 10], con visita médica al menos cada 8 horas y del personal de enfermería cada 4, sin perjuicio de las rondas que efectúe el personal de vigilancia.
- La finalización de la medida de aislamiento por razones terapéuticas, exclusivamente será decidida por el personal facultativo.

5.1.2. El seguimiento sanitario del aislamiento regimental

Muy diferente al caso anterior es el aislamiento por motivos regimentales. En esta materia han de tenerse en cuenta los siguientes postulados:

- No es ético que un médico penitenciario certifique, o participe en la certificación, de que un interno “se encuentra en condiciones de recibir cualquier forma de tratamiento o castigo que pueda influir desfavorablemente en su salud física y mental” (4 PEMONU). En este sentido ha de tenerse en cuenta lo dispuesto en el apartado 12 de la Circular 7/1996, de 12 de

junio de la DGIP que establece que “no será necesario un informe médico de carácter positivo respecto a la medida a aplicar”, limitándose en este sentido la intervención facultativa a la correspondiente visita diaria y a la elaboración de un informe, en su caso, poniendo de relieve “las razones médicas [que] impidan la utilización del medio, evacuando informe negativo al respecto”. El actual formulario empleado en estos casos, que se circunscribe a informar de la inexistencia de contraindicación para la aplicación de la medida coercitiva (o sancionadora) debería ser reformulado, a fin de que el facultativo sanitario se limitara a constatar el estado de salud del interno antes del inicio de la medida y, en su caso, las alteraciones que se produzcan en dicho estado durante el transcurso de la misma.

- En cada caso de aislamiento por motivos regimentales es absolutamente imprescindible un seguimiento médico (68.2.b RPE) y ello, tanto se trate de un aislamiento provisional (art. 72.2 RP), como cuando se refiera al cumplimiento de una sanción de aislamiento (art. 254.1 RP).

5.2. Contención física

El empleo de la contención física por indicación terapéutica, en principio, no tiene respaldo reglamentario alguno, salvo en el caso de las instituciones psiquiátricas penitenciarias (establecimientos y unidades psiquiátricas penitenciarias) (art. 188.3 RP). Sin embargo dicho empleo tiene el directo respaldo que le proporciona la legislación sanitaria general, y en concreto, lo establecido en el art. 9.2.b LAP que se refiere a la intervención clínica indispensable, sin necesidad de contar con el consentimiento del paciente, cuando exista un riesgo inmediato grave para su integridad o la de otros. En el mismo sentido se expresan los arts. 6 y 7 CDHB.

El empleo de contención física por razones terapéuticas debe respetar los siguientes principios:

- Respeto a la dignidad personal. A pesar de que el empleo de la contención física es probablemente la intervención más intensa en la limitación de la libertad personal, dicha intervención deberá hacerse respetando la dignidad del sujeto concernido. En general, el respeto a la dignidad personal está consagrado por los instrumentos internacionales de referencia en psiquiatría [2 DHawaii-II, 4 AMP'96, 1.1 Rec (2004) 10] y de la sanidad en general (Preámbulo CDHB) y en nuestro ordenamiento penitenciario (arts. 18, 20.1, 23 y 26 LOGP y arts. 4.2.b), 36.1, 71.1, 104.4, 135.2.c) y 141 RP). A ello se refiere, en relación al empleo de

medios coercitivos, el art. 188.3 RP. En particular, está proscrito el empleo de dichos medios como medio de tortura o cuando se da un trato inhumano o degradante (art. 3 CEDH y CPT'1987).

- Justificación por razones terapéuticas. La contención física no debe emplearse más que por razones terapéuticas -según criterios puramente médicos (5 PEMONU)-, como medio para prevenir un inminente daño al interno o a un tercero [11.11 PONU, 5 PEMONU, art. 27.1 Rec (2004) 10]. En este sentido ha de tenerse en cuenta lo prevenido en el art. 188.3 RP ya que, aunque este precepto se refiere en principio a los establecimientos psiquiátricos penitenciarios, concurre una identidad de razón para aplicarlo en cualquier otro establecimiento penitenciario, cuando el motivo de la intervención coercitiva se produzca en un contexto de salud mental.
- Principio de congruencia. El empleo de la contención debe ser siempre proporcional a los riesgos existentes [art. 27.1 Rec (2004) 10], lo cual a su vez implica llevar a cabo una evaluación de los beneficios y riesgos concurrentes [11.5 WP-CDBI'2000, art. 11.2.iv Rec (2004) 10]. En virtud del principio de congruencia, la elección del medio a emplear (contención verbal, contención química o contención física), la respuesta a una actitud violenta ha de ser gradual y proporcionada a la situación [11.5 WP-CDBI'2000; CPT Standards (Rev 2006), Extracto del 16^o Informe General (CPT/Inf (2006) 35, par. 39]. Todo lo cual exige una adecuada formación del personal sanitario que interviene en la aplicación de esta medida acerca de a) la protección de la dignidad y de los derechos y libertades fundamentales del paciente mental, b) comprensión, prevención y control de la violencia, c) medidas que permitan evitar el recurso a la contención y d) las excepcionales circunstancias en las que la contención está justificada, haciendo la pertinente evaluación de riesgos y beneficios [art. 11.2 Rec (2004) 10].
- Principio de prohibición de exceso. La intervención coercitiva debe llevarse a cabo de acuerdo con el principio de menor restricción (AMP'89). Este principio debe presidir toda actuación limitativa de derechos del paciente, teniendo lógicamente en cuenta las exigencias derivadas de su estado de salud y la seguridad de terceros [art. 8 Rec (2004) 10].
- Principio de temporalidad. El empleo de la contención no se prolongará más allá del tiempo estrictamente necesario para alcanzar la finalidad terapéutica pretendida (11.11 PONU). La prolongación de la contención durante períodos prolongados se justificará exclusivamente en casos excepcionales (11.6 WP-CDBI'2000).

- Principio de idoneidad de medios. La contención sólo puede producirse en lugares apropiados [art. 27.1 Rec (2004) 10] y utilizando medios apropiados [CPT Standards (Rev 2006), Extracto del 16º Informe General, CPT/Inf (2006) 36, par. 40]. Una adecuada formación del personal es absolutamente imprescindible al respecto [art. 11 Rec (2004) 10].
- Principio de cuidado. La aplicación de la contención debe llevarse a cabo bajo supervisión médica [art. 27.2 Rec (2004) 10], debiendo beneficiarse el paciente de un seguimiento (médico y enfermero) regular [art. 27.3.i Rec (2004) 10]. Es preciso por ello que se establezcan los criterios de cuidado del paciente (AMP'89).
- Documentación de actuaciones. El empleo de la medida de contención debe consignarse por escrito, consignando en el historial médico del paciente y en un registro especial las razones para recurrir a esta medida y la duración [arts. 27.2 y 27.3.ii Rec (2004) 10 y 11.6 WP-CDBI'2000).
- Revisión de las pautas y procedimientos de intervención. Periódicamente debería evaluarse el número de contenciones físicas por razón terapéutica y las pautas y procedimientos de intervención. Es recomendable que tal tarea la lleve a cabo un Comité de Calidad Asistencial u órgano equivalente.

Buena parte de estos principios aparecen recogidos en las dos instrucciones aprobadas respectivamente en el ámbito de las Administraciones penitenciarias catalana y central: Circular núm. 3/2004, de 29 de noviembre, reguladora de los procedimientos de actuación ante situaciones de agresividad imprevista de pacientes ingresados en las Unidades de Psiquiatría e Instrucción 18/2007, de 20 de diciembre, sobre sujeciones mecánicas. Lo idóneo sería la aplicación por parte de los sanitarios penitenciarios de las mismas, cada cual en su ámbito, aunque es recomendable que se tenga a la vista los principios éticos antes descritos.

En toda esta materia es imprescindible que el personal sanitario esté debidamente formado (11.5 WP-CDBI'2000).

5.3. Contención química

Sobre este concreto medio de coerción deben tenerse en consideración los siguientes postulados:

- El empleo de la medicación no puede nunca utilizarse como castigo o para conveniencia de terceros (10.1 PONU).

- Dicho empleo ha de ser proporcional al objetivo terapéutico perseguido [7.iii.c) Rec 1235 (1994)].

Esta medida ha de gozar de las mismas garantías y salvaguardas que la contención física [CPT Standards (Rev 2006), Extracto del 16º Informe General, CPT/Inf(2006) 35, par. 41].

Capítulo 6

Investigación y experimentación biomédica

Como regla general, la investigación científica en el ámbito de la biología y la medicina se efectuará libremente (art. 15 CDHB), lo que implica que (art. 4.1 y 3 LIB):

- Se respetará la libre autonomía de las personas que puedan participar en una investigación biomédica o que puedan aportar a ella sus muestras biológicas, para lo que será preciso que hayan prestado previamente su consentimiento expreso y escrito una vez recibida la información adecuada.
- La información se proporcionará por escrito y comprenderá la naturaleza, importancia, implicaciones y riesgos de la investigación, en los términos que establece esta Ley.
- La información se prestará a las personas con discapacidad en condiciones y formatos accesibles apropiados a sus necesidades.
- Si el sujeto de la investigación no pudiera escribir, el consentimiento podrá ser prestado por cualquier medio admitido en derecho que permita dejar constancia de su voluntad.
- El consentimiento puede revocarse en cualquier momento.

Los internos no pueden ser objeto de investigaciones médicas más que cuando gocen de “idénticas garantías” que las personas en libertad (art. 211 RP), lo que implica el respeto a la integridad y a los demás derechos y libertades fundamentales (art. 2.a) LIB)(García, 2010).

Junto a unas garantías generales para todo recluso, han de diferenciarse en este sentido dos tipos de situaciones, según que el interno tenga o no capacidad para expresar su consentimiento (Romeo, 1995).

Son garantías generales para todo recluso -tenga, o no, capacidad para expresar su consentimiento-, las siguientes:

- Estarán prohibidos los experimentos que puedan originar daños psíquicos, sufrimientos morales u otros atentados a la salud (48.2 RPE).
- Sean aplicados, de forma estricta, los principios éticos en materia de investigación sobre los seres humanos (art. 211.2 RP).
- La investigación biomédica previsiblemente debe aportar un beneficio directo y significativo para la salud del paciente [art. 211.1 RP y 7 Rec 1235 (1994)].
- Prevalecerán la salud, el interés y el bienestar del sujeto sometido a investigación sobre los intereses de la sociedad y de la ciencia (art. 2.b) LIB).
- Toda investigación llevada a cabo en prisión debe estar sometida a la aprobación de una comisión de ética o procedimiento similar (art. 211.2 RP y art. 2.e) LIB). En este sentido ha de tenerse en cuenta lo preceptuado en los arts. 12 y 16 LIB).
- La investigación se desarrollará de acuerdo con el principio de precaución para prevenir y evitar riesgos para la vida y la salud (art. 2.f) LIB).
- Los internos serán informados de la existencia de los estudios epidemiológicos que les afecten que se lleven a cabo en el centro penitenciario en el que se encuentren (art. 211.3 RP y art. 6 LAP).

En relación a los experimentos que se lleven a cabo con internos que tengan capacidad para expresar su consentimiento, habrán de cumplirse las siguientes condiciones:

- Que no exista un método alternativo al experimente con seres humanos de eficacia comparable (arts. 16.i) CDHB y 14.1 LIB).
- Que los riesgos y molestias en que pueda incurrir la persona no sean desproporcionados con respecto a los beneficios potenciales del experimento (arts. 16.ii) CDHB y 14.2 LIB). No obstante lo anterior, cuando la investigación no tenga la posibilidad de producir resultados de beneficio directo para la salud del sujeto participante en la misma sólo podrá ser iniciada en el caso de que represente un riesgo y una carga mínimos para dicho sujeto, a juicio del Comité de Ética de la Investigación que deba evaluar la investigación (art. 14.3 LIB).
- Que el proyecto de experimento haya sido aprobado por la autoridad competente después de haber efectuado un estudio independiente

acerca de su pertinencia científica, comprendida una evaluación de la importancia del objeto del experimento, así como un estudio multidisciplinar de su aceptabilidad en el plano ético (art. 16.iii) CDHB.

- Que el interno que participa en la investigación sea informado de los siguientes extremos (art. 15.2 LIB):

- El propósito, el plan detallado, las molestias y los posibles riesgos y beneficios de la investigación.
- La naturaleza, extensión y duración de los procedimientos que se vayan a utilizar, en particular los que afecten a la participación del sujeto.
- Los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles.
- Las medidas para responder a acontecimientos adversos en lo que concierne a los sujetos que participan en la investigación.
- Las medidas para asegurar el respeto a la vida privada y a la confidencialidad de los datos personales de acuerdo con las exigencias previstas en la legislación sobre protección de datos de carácter personal.
- Las medidas para acceder, en los términos previstos en el artículo 4.5 LIB, a la información relevante para el sujeto, que surjan de la investigación o de los resultados totales (datos genéticos y otros que se obtengan en el curso de la investigación).
- Las medidas para asegurar una compensación adecuada en caso de que el sujeto sufra algún daño.
- La identidad del profesional responsable de la investigación.
- Cualquier futuro uso potencial, incluyendo los comerciales, de los resultados de la investigación.
- La fuente de financiación del proyecto de investigación.

- Que la persona que se preste a un experimento esté informada de los derechos y las garantías que la ley prevé para su protección (art. 16.iv CDHB).

- Que se haya otorgado expresa y específicamente el consentimiento del interno (11.15 PONU, art. 16.v) CDHB, 48.1 RPE, art. 211.2 RP y art. 4.1 LIB).

Son garantías específicas de los internos que no tengan capacidad para expresar su consentimiento, las siguientes:

- Que no exista un método alternativo al experimento con seres humanos de eficacia comparable (art. 16.i) CDHB.

- Que los riesgos en que pueda incurrir la persona no sean desproporcionados con respecto a los beneficios potenciales del experimento (art. 16.ii) CDHB).
- Que el proyecto de experimento haya sido aprobado por la autoridad competente después de haber efectuado un estudio independiente acerca de su pertinencia científica, comprendida una evaluación de la importancia del objeto del experimento, así como un estudio multidisciplinar de su aceptabilidad en el plano ético (11.15 PONU y art. 16.iii) CDHB).
- Que la persona que se preste a un experimento esté informada de sus derechos y las garantías que la ley prevé para su protección, a menos que no esté en condiciones de recibir dicha información (arts. 16.iv CDHB y 20.1.c) LIB).
- Que los resultados previstos del experimento supongan un beneficio real y directo para la salud del interno (arts. 17.1.ii) CDHB y 20.1.a) LIB). No obstante lo cual, cuando sea previsible que la investigación no vaya a producir resultados en beneficio directo para la salud del interno, la investigación podrá ser autorizada de forma excepcional si concurren, además del resto de los requisitos aquí reseñados, las siguientes condiciones (art. 20.2 LIB):
 - Que la investigación tenga el objeto de contribuir, a través de mejoras significativas en la comprensión de la enfermedad o condición del individuo, a un resultado beneficioso para otras personas de la misma edad o con la misma enfermedad o condición, en un plazo razonable.
 - Que la investigación entrañe un riesgo y una carga mínimos para el individuo participante.
 - Que la autorización de la investigación se ponga en conocimiento del Ministerio Fiscal.
- Que el experimento no pueda efectuarse con una eficacia comparable con sujetos capaces de prestar su consentimiento al mismo (arts. 17.1.iii) CDHB y 20.1.b) LIB).
- Que el experimento se realice con el consentimiento del representante legal del sujeto concernido o de la autoridad judicial (arts. 6.3 y 17.1.iv) CDHB y 20.1.d) LIB), debiendo dicho representante legal tener en cuenta los deseos y objeciones previamente expresados por el sujeto concernido (art. 20.1.d) LIB). No obstante lo cual, lo pertinente es que exista un órgano de revisión competente e independiente que apruebe el ensayo clínico o el tratamiento experimental (11.15 PONU).

- Que el interno no exprese su rechazo al experimento (art. 17.v) CDHB).

Además del ya citado art. 211 RP, conviene tener presente que esta materia aparece desarrollada a nivel infrarreglamentario -de la Administración Central del Estado, SGIP- por la Instrucción 11/2005, 22 de julio, sobre trabajos, estudios e investigaciones en el medio penitenciario.

Pudiera ser, no obstante que el sanitario penitenciario se encontrara ante dificultades que considerara poco razonables para llevar a cabo un proyecto de investigación. El sanitario penitenciario que se encuentre frente a dichas dificultades debiera respetuosamente poner de relieve a la autoridad penitenciaria razonadamente el interés científico y que el art. 85.6 LIB establece: “En el ámbito de los respectivos servicios de salud se arbitrarán las medidas necesarias para facilitar la compatibilidad de la actividad asistencial y la científica en las profesiones sanitarias, de conformidad con la Ley 53/1984, de 26 de diciembre, de Incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones públicas”, lo que está en consonancia con lo preceptuado en el art. 20.1.b) CE: “Se reconocen y protegen los derechos: b) A la producción y creación literaria, artística, científica y técnica”, derecho de carácter fundamental que “no puede restringirse mediante ningún tipo de censura previa” (art. 20.2 CE). Asimismo que en el proyecto van a respetarse los principios y garantías de la investigación biomédica reseñados en el art. 2 LIB y la normativa general y especial sobre esta materia.

Capítulo 7

Calidad y ética asistencial

7.1. Evaluación de la calidad asistencial

Deben implementarse programas para la evaluación periódica de la calidad asistencial en salud mental. Dicha evaluación periódica debiera, cuando menos, tener en consideración los siguientes aspectos:

- Nivel de dotación de recursos humanos.
- Nivel de dotación de recursos materiales.
- Análisis de las quejas de usuarios y familiares.
- Grado de satisfacción de los usuarios, de sus familiares y de los propios profesionales.

7.2. Comité de ética asistencial

La intervención en salud mental plantea, no infrecuentemente, dilemas éticos de difícil solución. La resolución de los mismos debiera tener como referente el dictamen que a tal efecto emita un comité de ética asistencial de carácter multidisciplinar del que al menos formen parte: 1) un facultativo, 2) un enfermero, 3) un experto en legislación sanitaria, 4) un farmacéutico y 5) una persona ajena a Instituciones Penitenciarias con formación en cuestiones bioéticas (Gracia, 1991; Couceiro, 1999; Martínez, 2003).

Es patente la dificultad de instaurar comités de ética asistencial en todos los establecimientos penitenciarios. No obstante, parece imprescindible que, al menos, en los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios tal tipo de comité esté constituido. En el resto de los centros una solución parcialmente satisfactoria

sería hacer evaluaciones periódicas de las prácticas asistenciales desde un punto de vista ético-asistencial.

7.3. Comité de ética de la investigación

Como señala el Preámbulo de la LIB: “los Comités de Ética de la Investigación deben garantizar en cada centro en que se investigue la adecuación de los aspectos metodológicos, éticos y jurídicos de las investigaciones que impliquen intervenciones en seres humanos o la utilización de muestras biológicas de origen humano”, constituyendo los “instrumentos fundamentales de evaluación y seguimiento de los proyectos de investigación” (Díez, 2007).

En consecuencia “la autorización y desarrollo de cualquier proyecto de investigación sobre seres humanos o su material biológico requerirá el previo y preceptivo informe favorable del Comité de Ética de la Investigación” (art. 1.4.e) LIB.

Dada la dispersión de establecimientos penitenciarios, son admisibles dos soluciones para dotar a los establecimientos penitenciarios en los que eventualmente se desarrollen proyectos de investigación, de un Comité de Ética de la Investigación:

- Creación de un Comité de Ética de la Investigación cuya competencia abarque todos los establecimientos penitenciarios dependientes de la Secretaría General de Asuntos Penitenciarios.
- Designación -previa concertación- de los Comités de Ética de la Investigación del Sistema Nacional de Salud ya existentes como referentes de uno o más establecimientos penitenciarios (solución admisible a la vista de lo preceptuado en el art. 12.1, pfo. 2º LIB y que en la práctica es la utilizada).

Cualquiera que sea la solución adoptada, el Comité o los Comités referenciados ejercerán todas y cada una de las funciones descritas en el art. 12.2 LIB.

7.4. Formación profesional

Es inoperante la implantación de unas pautas de actuación en la atención en salud mental en Instituciones Penitenciarias, si el personal asistencial no dispone de una formación adecuada. Y ello en diversos ámbitos:

- Técnicas de intervención en salud mental, en general.
- Técnicas de intervención en crisis (abordaje del paciente, contención...).

- Trato con el usuario de los servicios sanitarios penitenciarios.
- Aspectos éticos de la atención en salud mental.
- Cuestiones legales básicas para la actuación profesional en salud mental.

Al mismo tiempo, la labor de los profesionales sanitarios se vería muy mermada si, en general, el resto del personal penitenciario -básicamente de tratamiento y de vigilancia- no posee una formación básica para:

- Detectar conductas indiciarias de trastornos psíquicos.
- Establecer un adecuado trato con los ya diagnosticados de mental o trastorno psiquiátrico y con los usuarios con presuntos trastornos mentales.

7.5. Dilemas éticos derivados de la doble condición asistencial-administrativa

En el sanitario penitenciario concurre una doble condición. Por un lado, es sanitario, con las obligaciones que ello comporta en el plano deontológico -pero, tampoco se olvide, que también en el plano legal-. Por otro, es funcionario en la actualidad (en el futuro pudiera ser personal estatutario). Esta dualidad de roles plantea en ocasiones conflictos éticos derivados de una doble lealtad: la que debe al paciente y la que le es exigida por su condición administrativa/estatutaria (Barrios, 2000). Comparto la opinión de aquellos autores que señalan que la confianza y la confidencialidad han de ser los fundamentos de la lealtad/fidelidad que el médico ha de respetar respecto a su paciente (Beauchamp y Childress, 1998).

Empero existen algunos dilemas en el ámbito penitenciario. Baste reseñar los que siguen:

- Una posible confrontación entre órdenes “regimentales” recibidas y postulados de actuación ético-sanitarios. Usualmente tal tipo de conflictos tiene lugar entre médicos y autoridades sanitarios. El facultativo penitenciario debe en tales casos poner de manifiesto a la autoridad penitenciaria el deber que tiene de cumplir los preceptos contenidos en su Código de Ética y Deontología Médica de 10 de septiembre de 1999. Si bien dicho Código directamente no tiene carácter de norma jurídica (ni tan siquiera ha sido publicado en el Boletín Oficial del Estado), lo cierto es que los Estatutos de la Organización Médica

Colegial, aprobados por Real Decreto 1018/1980, 19 mayo (BOE, de 28 de mayo), establecen en su art. 63.1 que “Los Colegiados incurrirán en responsabilidad disciplinaria en los supuestos y circunstancias establecidas en este Estatuto” y en concreto el art. 64 considera falta el incumplimiento de las normas del Código Deontológico. A mayor abundamiento el art. 4.7 LOPS: “El ejercicio de las profesiones sanitarias se llevará a cabo con plena autonomía técnica y científica, sin más limitaciones que las establecidas en esta ley y por los demás principios y valores contenidos en el ordenamiento jurídico y deontológico, y de acuerdo con los siguientes principios”.

- Un eventual conflicto derivado de la doble condición asistencial-pericial. No es infrecuente que a un sanitario penitenciario se le sitúe en la tesitura de actuar, a la vez como facultativo asistencial y perito de un mismo usuario. En tales casos, normalmente provenientes de mandatos judiciales, cortésmente, el facultativo debe poner en conocimiento de la autoridad judicial correspondiente que en él concurre dicha doble condición, solicitando que se le releve de tal encargo para no incurrir en la prohibición de su Código Deontológico (art. 41), lo cual no sólo supondría una vulneración de sus obligaciones en sede reglamentaria (el citado art. 64 de los Estatutos de la Organización Médica Colegial), sino incluso legal (art. 4.7 de la Ley 44/2003) y, a mayor abundamiento, tal actuación en sede judicial provocaría presumiblemente la ruptura de la relación terapéutica con el paciente. Bien es cierto que muy frecuentemente las autoridades judiciales minusvaloran esta doble condición asistencial-pericial. Lo adecuado en estos casos es que se deje manifiesta constancia -por declaración verbal (documentada por el Secretario Judicial) o mediante escrito explicativo (solicitándose que se incorpore a las actuaciones judiciales)- la existencia de esa doble cualidad, del perjuicio que ocasiona la misma en la relación terapéutica con el paciente y de la vulneración de las obligaciones deontológicas a que el facultativo se ve obligado por mandato judicial. Lo procedente sería en estos casos:

- Si el facultativo (sea médico o psicólogo, ya que ambos *strictu sensu* lo son) ha sido llamado como perito: poner en conocimiento del órgano judicial las circunstancias citadas aprovechando el trámite previsto en el art. 462 LECrim: “Nadie podrá negarse a acudir al llamamiento del Juez para desempeñar un servicio pericial, si no estuviere legítimamente impedido. En este caso deberá ponerlo en conocimiento del Juez en el acto de recibir el nombramiento, para que se

provea a lo que haya lugar”. Ha de recordarse en este sentido que es motivo de recusación de un perito que tenga interés, incluso indirecto, en la causa o en otra semejante (art. 468.2º LECrim); tal interés puede provenir, razonablemente, de la propia relación médica.

- Si el facultativo ha sido llamado como testigo, pero en el transcurso del procedimiento el órgano jurisdiccional le plantea cuestiones propias del perito: poner en conocimiento verbal de dicho órgano las circunstancias referidas.

Ni en uno ni en otro caso el facultativo deberá negarse a dar cumplimiento al mandato judicial, una vez que este sea definitivo, a fin de no incurrir en las responsabilidades legalmente previstas (art. 463 LECrim y arts. 556 y 634 CP).

En cualquier caso, en esta materia, debiera recordarse la prescripción contenida en el art. 4.5 LOPS: “Los profesionales tendrán como guía de su actuación el servicio a la sociedad, el interés y salud del ciudadano a quien se le presta el servicio, el cumplimiento riguroso de las obligaciones deontológicas, determinadas por las propias profesiones conforme a la legislación vigente, y de los criterios de normo-praxis o, en su caso, los usos generales propios de su profesión”.

7.6. Libertad de prescripción y uso racional del medicamento

7.6.1. Libertad clínica y libertad de prescripción

Los Principios Europeos de Ética Médica, aprobados en la Conferencia Internacional de Órdenes Médicas, 6 de enero de 1987, establecen en su art. 5º: “Tanto si se trata de aconsejar como de actuar, el médico debe disponer de su total libertad profesional y de las condiciones técnicas y morales que le permitan actuar con plena independencia. Deberá informarse al enfermo, de no reunirse semejantes condiciones”. Asimismo, como ya sido citado, el art. 4.7 LOPS establece: “El ejercicio de las profesiones sanitarias se llevará a cabo con plena autonomía técnica y científica, sin más limitaciones que las establecidas en esta ley y por los demás principios y valores contenidos en el ordenamiento jurídico y deontológico, y de acuerdo con los siguientes principios”.

En la libertad del médico, podemos diferenciar los siguientes planos (Palacios, 1999):

- Libertad meramente formal, lo que comporta que el médico ha de actuar según las normas legales, las cuales el médico ha de tener a mano. Lo

que a su vez implica que una libertad responsable supone: a) atenerse a las posibilidades de la titulación expresa, y b) el conocimiento de las leyes en diferentes ámbitos (receta médica, catálogo de prestaciones, ensayos clínicos, trasplantes, incapacitación...).

- Libertad estrictamente profesional, que se refiere a obrar según la específica preparación y cometidos e implica: una libertad diagnóstica, de prescripción, de indicaciones e intervenciones médico-quirúrgicas y de investigación.
- Libertad de extracción bioética, lo que supone orientar las actuaciones con plena toma de conciencia y libertad de conciencia. Y ello respecto a los propios actos y a los compartidos, la atención cuidada y el respeto e información al usuario/cliente, la intercomunicación y la cooperación profesional.

En definitiva, la libertad del médico ha de ejercitarse (Palacios, 1999): a) Con autocrítica, no actuando médicamente más allá de lo que se sabe o se puede en razón de los medios y circunstancias; b) Con responsabilidad, lo que implica una información y formación médica permanentes y suficientes, evaluando ventajas y riesgos y haciendo una heterocrítica razonada. Y, añadiríamos, siempre respetando la ética del tratamiento farmacológico (Brown y Pantelis, 2001).

En esta materia, la actuación médica se rige por dos principios: el principio de acción indicada y el principio de libertad de terapia. Por el principio de acción indicada (o debida) el facultativo ha de adoptar las mejores medidas posibles dentro de lo exigible; es decir, dentro del límite de sus propias fuerzas ha de “aplicar la terapia más eficaz”. El facultativo, ha de hacer lo que esté en sus manos, pero “fracasado el propio método o constatada la insuficiencia de sus conocimientos [debe] cesar y remitir al paciente a otros facultativos”. Al mismo tiempo, y en virtud del principio de libertad de terapia, el médico podrá servirse de la terapia que estime preferible, pues precisamente hasta ahí llega “la naturaleza específica del compromiso en que consiste el acto de asunción del tratamiento” (Silva, 1988).

La libertad de terapia está sometida a dos tipos de límites (Corcoy, 1998):

- Límites internos. Objetivamente: el médico solo puede elegir entre terapias para las que se encuentre suficientemente preparado. Subjetivamente: el facultativo debe seguir coherentemente sus propias reglas. Aunque, por supuesto que el convencimiento subjetivo no puede ser arbitrario, por lo que debieran excluirse las terapias no reconocidas por la

comunidad científico-médica internacional. La libertad de terapia ha de conducir a aplicar la terapia más eficaz en la que se hayan tomado en consideración tanto las posibilidades de éxito como los costos a todos los niveles: lo que supone el nivel de utilidad (costos) como el nivel de agresión (respeto de la integridad de la persona), teniendo siempre en cuenta que la libertad de terapia se supedita a que no se compruebe la existencia de consecuencias negativas para la salud del paciente. En fin, cuando la terapia elegida por el paciente no sea posible, los servicios médicos deben facilitar la realización del tratamiento por otro facultativo.

- Límites externos. Lo que implica que: a) La libertad de terapia no excluya el deber de explicar la naturaleza del propio método; b) la información sobre la terapia que el facultativo considere adecuada será acompañada de la información sobre otras terapias, de existir éstas; c) la información está dirigida a obtener el consentimiento informado; d) la libertad de terapia se supedita a la libertad del enfermo, constituyendo un elemento terapéutico primordial. De tal modo que el paciente tiene el derecho a elegir un terapia alternativa y e) el uso de terapias innovadoras comporta límites más estrictos.

A efectos de materializar la libertad clínica, y más en concreto la libertad de prescripción, es conocida la utilidad de las guías para el uso adecuado de psicofármacos, para la población reclusa en general (Pacheco y Medrano, 2005), como en relación a grupos determinados de población (Medrano, Zardoya y Pacheco, 2009). Además de las anteriores, corresponde las Administraciones públicas sanitarias la publicación de guías farmacológicas y/o fármaco-terapéuticas para uso de los profesionales sanitarios (art. 75.4 LM) y, asimismo, a las unidades o servicios de farmacia de atención primaria desarrollar protocolos y guías fármaco-terapéuticas que garanticen la correcta asistencia farmacoterapéutica a los pacientes, en especial lo referente a la selección de medicamentos y la continuidad de los tratamientos y sistemas de apoyo a la toma de decisiones clínicas en farmacoterapia (art. 81.2.d) LM).

En otro orden de ideas, conviene tener presente la cada vez menos infrecuente presencia de casos de responsabilidad por el uso de psicofármacos en nuestros tribunales (Barrios, 2011f).

7.6.2. Uso racional de los psicofármacos

Establece el art. 5.1.b) LOPS que “los profesionales tienen el deber de hacer un uso racional de los recursos diagnósticos y terapéuticos a su cargo,

tomando en consideración, entre otros, los costes de sus decisiones, y evitando la sobreutilización, la infrautilización y la inadecuada utilización de los mismos”. Este mandato general se concreta, en el ámbito de la prescripción de especialidades farmacéuticas desde hace ya tiempo. La Conferencia de Expertos en Uso Racional de Medicamentos, convocada por la Organización Mundial de la Salud y celebrada en Nairobi en 1985, definió el “uso racional del medicamento” como la situación en que la utilización del fármaco cumple un conjunto de requisitos: “El uso racional de medicamentos requiere que el paciente reciba la medicación apropiada a la necesidad clínica, en las dosis correspondientes con sus requerimientos individuales, por un período adecuado de tiempo, y al menor coste para él y su comunidad”. La LM ha recogido, en sede jurídico-positiva, dichos postulados, tanto en su propia nomenclatura “Ley de de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios” como en su articulado, dedicando su Título VI (arts. 75-87) a esta materia.

Señalar que, en el contexto de la política de reducción de costes, el art. 85 LM establece que las Administraciones sanitarias fomentarán la prescripción de los medicamentos identificados por su principio activo en la receta médica.

En algún momento se ha planteado la instauración de visados para determinados fármacos (concretamente, también en el caso de antipsicóticos atípicos). En esta materia se plantea el principal problema de que las autorizaciones de psicofármacos obedecen a criterios estrictamente nosológicos olvidando que, en determinados supuestos, la prescripción obedece a criterios sintomáticos (Medrano, 2005).

7.6.3. Disponibilidad de medicamentos en situación especiales

El panorama, ciertamente confuso -con las secuelas de inseguridad jurídica que comportaba- acerca del empleo de medicamentos en situaciones especiales ha sido en buena medida aclarado con la aprobación del Real Decreto 1015/2009, de 19 de junio, por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales (RDMSE, en adelante) (Barrios, 2011a).

El RDMSE excluye de su ámbito de aplicación la utilización de un medicamento cuando su objetivo sea la investigación, ya que si concurriera esta última circunstancia, debe considerarse ensayo clínico y someterse en consecuencia a la normativa específica (fundamentalmente, arts. 58-62 LM y Real Decreto 223/2004).

Su campo de aplicación se circunscribe a los tres supuestos que siguen (en adelante DMSE), en buena parte de los cuales la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (en adelante AEMPS)¹ tiene una importante y obligada intervención.

En otro plano, debe reconocerse al RDMSE, ya no sólo el acierto de distinguir entre diferentes realidades en la prescripción de medicamentos, sino también la facilitación a los profesionales de dos instrumentos de interés que hacen sin duda más operativa la gestión de este tipo de casos. De un lado, se encuentra la generalización -salvo casos excepcionales- de la presentación telemática de solicitudes de autorización (art. 6 y Disposición Transitoria Única RDMSE). De otro, la elaboración de instrucciones por la AEMPS que recojan modelos de solicitud de acceso a los tipos de medicamentos de que aquí se trata (Disposición Adicional Única RDMSE), lo cual se ha materializado en la información y modelos disponibles en la Web de la AEMPS².

7.6.3.1. Uso compasivo de los psicofármacos

Por uso compasivo de medicamentos en investigación se entiende la “utilización de un medicamento antes de su autorización en España en pacientes que padecen una enfermedad crónica o gravemente debilitante o que se considera pone en peligro su vida y que no pueden ser tratados satisfactoriamente con un medicamento autorizado” (art. 2.1 RDMSE).

Se contemplan dos procedimientos de acceso a medicamentos para uso compasivo (Barrios, 2011a).

El primero consiste en la autorización de acceso individualizado. Corresponde al centro hospitalario la solicitud de acceso a la AEMPS, incluyendo en la documentación: a) el informe clínico del médico responsable, justificativo de la necesidad del medicamento, especificando el motivo de no poder tratar con alternativas terapéuticas autorizadas, los datos que apoyen el empleo del medicamento para el paciente y las razones para no incluir al mismo en un ensayo clínico; b) Conformidad del promotor de los ensayos clínicos o del solicitante de la autorización de y c) el número de envases (art. 8 RDMSE).

¹ www.aemps.es

² www.aemps.es/profHumana/medSituEsp/home.htm

El segundo comporta la autorización temporal por la AEMPS para utilizar medicamentos en investigación al margen de un ensayo clínico. Se trata en este caso de medicamentos que estén en una fase avanzada de investigación clínica encaminada a conseguir una autorización de comercialización o para los que ya se haya solicitado dicha autorización. La autorización incluirá los requisitos y condiciones de uso del medicamento, para lo cual el promotor de los ensayos o solicitante de autorización de comercialización debe colaborar con la AEMPS (art. 9 RDMSE).

En ambos procedimientos es obligada la obtención del consentimiento informado del paciente, pero sólo antes de la administración del fármaco. Es decir, el consentimiento no forma parte de la documentación en la que se solicita autorización a la AEMPS.

7.6.3.2. Utilización de medicamentos autorizados en condiciones distintas a las autorizadas

Se entiende por tal “el uso de medicamentos en condiciones distintas de las incluidas en la ficha técnica autorizada” (art. 2.2 RDMSE). La ficha técnica resume la información las características del producto y las condiciones de uso autorizadas, sintetizando la información científica esencial para los profesionales sanitarios; es decir, debe incluir las indicaciones terapéuticas para las que el medicamento ha sido autorizado (art. 15.2 LM).

El uso de medicamentos fuera de la indicación terapéutica para la que han sido autorizados (“off label”) pudiera constituir uno de los principales supuestos de empleo de fármacos “en situaciones especiales” en el ámbito oncológico.

El RDMSE establece de una parte los requisitos para el acceso a estos medicamentos (art. 13), de otra una descripción de las funciones encomendadas a la AEMPS (art. 14) y finalmente una serie de obligaciones para el facultativo (art. 15) y para el titular de la autorización de comercialización del producto (art. 16).

Se señala que el empleo de estos medicamentos, fuera de indicación terapéutica, ha de tener carácter excepcional y justificado. A la AEMPS se le encomienda: a) elaborar recomendaciones de uso, basados en los datos obrantes sobre seguridad y eficacia del fármaco, y revisar las mismas cuando aparecieran nuevos datos que así lo aconsejen, debiendo informar al titular de la comercialización del producto de dichas recomendaciones; b) establecer un intercambio de información con las autoridades sanitarias de

las Comunidades Autónomas y c) comunicar al titular de la autorización de comercialización la notificación de reacciones adversas.

El facultativo que asista al paciente debe: a) obtener del mismo el correspondiente consentimiento informado; b) justificar en la historia clínica la necesidad del uso del medicamento; c) respetar las prescripciones establecidas en relación con la prescripción y/o dispensación y el protocolo terapéutico asistencial del centro sanitario y d) notificar las sospechas de reacciones adversas.

El titular de la autorización de comercialización, en fin, no puede realizar promoción del uso del medicamento en condiciones diferentes a las autorizadas, ni distribuir ningún tipo de material que puede estimular su uso, y además debe: a) proporcionar a la AEMPS cualquier información relativa al medicamento que pudiera tener un impacto a efectos de las recomendaciones de uso y b) notificar las sospechas de reacciones adversas.

7.6.3.3. Acceso a medicamentos no autorizados en España, legalmente comercializados en otros Estados

El tercer tipo de uso de medicamentos en situaciones especiales se refiere a la “utilización de medicamentos autorizados en otros países pero no autorizados en España, cuando no cumplan con la definición de uso pasivo de medicamentos en investigación” (art. 2.3 RDMSE). La autorización por la AEMPS puede tener lugar: a) cuando el medicamento no se encuentre autorizado en España con igual composición o en una forma farmacéutica que no permita el tratamiento del paciente, b) cuando no exista en España medicamento autorizado que constituya una alternativa adecuada para ese paciente o c) cuando el medicamento, aún estando autorizado en España, no se encuentre comercializado (art. 17 RDMSE).

Se establecen dos modalidades de procedimientos. En el primer caso, cuando se pretenda un acceso individualizado, debe obtenerse la autorización de la AEMPS, previa solicitud que irá acompañada de la siguiente documentación: a) prescripción facultativa e informe clínico; b) el número de envases requeridos y c) documentación científica que fundamente el uso del medicamento para la indicación terapéutica solicitada (art. 18.1 RDMSE). En el segundo caso, cuando se prevea la utilización de documentos no autorizados en España en un número significativo de pacientes, la AEMPS puede elaborar protocolos que establezcan las condiciones de uso (art. 19 RDMSE).

Es obligación del facultativo responsable del tratamiento (art. 21.1 RDMSE):

- Prescribir y elaborar el informe clínico justificativo de la necesidad de tratamiento, que incluirá los motivos para no considera adecuado administrar otros medicamentos autorización, pauta posológica y duración prevista.
- Notificar las sospechas de reacciones adversas.
- Obtener el consentimiento informado.
- Garantizar, en su caso, que los pacientes tratados cumplen con las condiciones del protocolo de utilización autorizado.

7.6.3.4. El común denominador en estas situaciones especiales: la relevancia del consentimiento informado

La LM (art. 24.3) y el RDMSE (art. 3) recuerdan la necesidad de cumplir con las prescripciones de la Ley 41/2002 (en adelante LAP). Por consiguiente, en todos los supuestos de empleo de DMSE es preceptivo obtener el previo consentimiento informado (Barrios, 2011a). Ahora bien, en ningún caso el consentimiento forma parte de la documentación requerida para obtener, en los supuestos en que es precisa, la autorización de la AEMPS (arts. 8.2, 9.4, 15.a) y 18.2 RDMSE).

En lo relativo a la información al paciente en la esfera de las prescripciones farmacológicas, como criterio inicial, el paciente “tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles” (art. 2.3 LAP) (Amarilla, 2002; Amarilla, 2004). Cuando del empleo de fármacos se trata es preciso partir de cuáles son las indicaciones generales y aquellas otras particulares en la DMSE. El art. 15 LM establece las características de la información sobre medicamentos: una ficha técnica -dirigida a los profesionales sanitarios- que ha de reflejar las condiciones de uso autorizadas para el medicamento; un prospecto -dirigido a los pacientes- a fin de proporcionarles información suficiente sobre el medicamento y un etiquetado que debe contener algunos datos básicos del fármaco.

Trasponer lo anterior en el caso de DMSE plantea importantes problemas. En el caso de empleo de medicamentos para uso compasivo nos estamos refiriendo a medicamentos en investigación (no existe ni prospecto ni ficha técnica), en el supuesto de medicamentos prescritos en condiciones diferentes a las oficialmente autorizadas obviamente ni la ficha ni el prospecto nos pueden facilitar información relevante al respecto y, finalmente, en la hipótesis de medicamentos no autorizados en España, la falta de autorización

descarta siquiera la existencia de ficha técnica y prospecto oficialmente reconocidos (la existencia de medicamentos autorizados en España, pero no comercializados, remitiría a las consideraciones genéricas sobre ficha y prospecto autorizados).

Ante esta situación, cabe preguntarse cuál es el grado de información que merece recibir el paciente si se le sugiere un tratamiento psicofarmacológico en régimen de DMSE (su cantidad, su cualidad, condiciones de uso, posibles efectos adversos...). Lo cierto es que, ni la ficha técnica ni el prospecto, pueden facilitar información significativa al respecto -por las razones indicadas-. Es entonces cuando alcanza el mayor protagonismo la información que facilite el facultativo responsable del tratamiento.

Básicamente el contenido de dicha información, dando por hecho que el paciente ya ha sido previamente informado de su diagnóstico y pronóstico, ha de centrarse, en primer lugar, en las opciones terapéuticas existentes y ello, porque tras recibir esta información, como señala el art. 8.1 LAP, el paciente ha de otorgar -o no- su consentimiento “una vez que... haya valorado las opciones propias del caso”. El facultativo ha de exponer al paciente las razones en las que se basa para una DMSE, o dicho de otro modo, el fundamento que le sirve para aconsejar la administración de fármacos aún no autorizados, fuera de indicación o no disponibles en nuestro país.

Informará asimismo de los beneficios esperados y de los eventuales riesgos. A la vista del art. 10.1 LAP, debe facilitar al paciente la información básica sobre: “a) Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención [tratamiento] origina con seguridad. b) Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente. c) Los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención [tratamiento]. d) Las contraindicaciones”.

Como señaló el Grupo de Expertos en Información y Documentación Clínica (DGEIDC, 1997) el mero uso de porcentajes numéricos en la expresión de los riesgos es insuficiente. Extrapolando al ámbito de la medicación la propuesta de este Grupo de Expertos y la elaborada por Lafarga (Lafarga, 1997) podrían concluirse los siguientes estándares de información: 1) Debe informarse de: a) las consecuencias seguras del tratamiento propuesto; b) los riesgos típicos del tratamiento, es decir aquellos que sean inherentes, previsibles e inevitables, pero no de los mínimos o accesorios; c) los riesgos personalizados, es decir, aquellos que derivan de las condiciones peculiares

de la patología o estado físico del sujeto, así como de sus circunstancias personales o profesionales; d) las contraindicaciones del tratamiento. 2) En cuanto a la extensión de la información: a) la información ha de ser mayor en los procedimientos no curativos que en los curativos; b) en las situaciones de urgencia o peligrosidad la obligación de información es menor, aunque sólo con un carácter diferido, pues una vez pasado el peligro la obligación de información adquiere su relevancia habitual. 3) En cuanto a la forma: a) la información ha de ser en todo caso personalizada; b) debe suministrarse de forma comprensible; c) debe manifestarse al paciente la disponibilidad para ampliar la información si el sujeto concernido así lo desea.

Tras la información es preciso el consentimiento. Se entiende por tal “la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud” (art. 3 LAP). Toda actuación en el ámbito sanitario -la prescripción farmacológica sin duda lo es- “requiere, con carácter general, el previo consentimiento informado de los pacientes o usuarios” (art. 2.2 LAP) y todo profesional asistencial “está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente” (art. 2.6 LAP).

Si bien es cierto que el consentimiento será verbal por regla general, salvo las excepciones expresadas en el art. 8.2 LAP, como ya se ha dicho, lo aconsejable es que, cuando se trate de DMSE, el consentimiento se manifieste por escrito en todos los casos y no sólo en el supuesto de uso compasivo (en éste tipo de uso así se dispone expresamente en los arts. 9.4, 11.1.b) y 11.2 RDMSE), ya que el carácter “especial” de la farmacoterapia así lo hace aconsejable para todos los supuestos de DMSE.

7.6.4. Relación con la industria farmacéutica

Son abundantes las aportaciones para explicar la relación existente entre la industria farmacéutica y los profesionales en salud mental (Hernández, 1998; De la Mata y Ortiz, 2003).

En el contexto ético-legal es preciso tener presentes algunas de las relevantes prescripciones que a este respecto:

- Está prohibido otorgar, ofrecer o prometer a las personas facultadas para prescribir o dispensar medicamentos y en el marco de la promoción de los mismos frente a dichas personas, primas, ventajas pecuniarias o

ventajas en especie, con excepción de aquellas que tengan un valor insignificante y que sean irrelevante para la práctica de la medicina o la farmacia (art. 17 RD 1416/1994). Correlativamente, las personas facultadas para prescribir o dispensar medicamentos no podrán solicitar o aceptar ninguno de tales incentivos (art. 19 RD 1416/1994).

- Los laboratorios pueden ofrecer hospitalidad, directa o indirectamente, en el marco de manifestaciones de carácter exclusivamente profesional y científico, si bien dicha hospitalidad debe ser siempre moderada en su nivel y subordinada al objetivo principal de la reunión, no pudiendo ser extensible a personas que no sean profesionales de la salud (art. 18.1 RD 1416/1994). Correlativamente, las personas facultadas para prescribir o dispensar medicamentos no podrán solicitar o aceptar ninguno de tales incentivos, fuera de las condiciones indicadas (art. 19 RD 1416/1994).
- Los premios, becas, contribuciones y subvenciones a reuniones, congresos, viajes de estudio y actos similares donados por personas relacionadas con la fabricación, elaboración, distribución y dispensación de medicamentos se aplicarán exclusivamente a actividades de índole científica cuando sus destinatarios sean facultativos en ejercicio clínico o las entidades en que se asocian (art. 18.2, pfo. 1º RD 1416/1994).
- En las publicaciones de trabajos y ponencias de reuniones, congresos y actos similares se harán constar los fondos obtenidos para su realización y fuente de financiación. La misma obligación alcanzará al medio de comunicación por cuya vía se hagan públicos y que obtenga fondos por o para su publicación (art. 18.2, pfo. 2º RD 1416/1994).

7.7. La pertenencia de sanitarios a órganos colegiados penitenciarios

Parece incuestionable que la integración de algunos profesionales de la sanidad penitenciaria en órganos colegiados de la misma tiene notable interés, ya que en su quehacer profesional pueden verse afectados por algunas decisiones que tales órganos adopten y que puedan interferir o menoscabar su independencia profesional (Barrios, 2006). Además de lo cual, no debe olvidarse, que constituye un derecho, pero también un deber de todo funcionario -y por supuesto igualmente de los sanitarios públicos-, has el punto de tener la consideración de principio de conducta poner en conocimiento de sus superiores o de los órganos competentes las propuestas que consideren adecuadas para mejorar el desarrollo de las funciones de la unidad en la que estén destinados (art. 54.10 EBEP).

El vigente Reglamento penitenciario contempla la incorporación a varios órganos colegiados de personal sanitario de II.PP. Se prevé su presencia como vocal del Consejo de Dirección a través del Subdirector Médico o Jefe de los Servicios Médicos (art. 270.d) RP), de la Junta de Tratamiento, a través de la presencia como vocal del Subdirector Médico o Jefe de los Servicios Médicos (art. 272.b) RP), en los Equipos Técnicos, con la incorporación como vocal de un médico (art. 274.2.e) RP), en la Junta Económico-Administrativa con la presencia del Subdirector Médico o Jefe de los Servicios Médicos (art. 278.b) RP) y en los Equipos multidisciplinares de los establecimientos o unidades psiquiátricas penitenciarias, a los que pertenecen psiquiatras, médicos generales y enfermeros (art. 185.1 RP). Indicar, por lo demás, que, por la significativa incidencia que tiene en el ámbito de la salud mental, también forman parte de los órganos colegiados reseñados los psicólogos (con excepción de los Consejos de Dirección y Juntas Económico-Administrativa, sin perjuicio de que forman parte de unos y otras especialistas en psicología en virtud de ostentar cargos directivos). Ha de tenerse en cuenta, por otro lado, la normativa de la Generalitat de Catalunya en materia de órganos colegiados (arts. 20-38 del Decreto 329/2006, de 5 de septiembre, por el que se aprueba el Reglamento de organización y funcionamiento de los servicios de ejecución penal en Cataluña (DOGC, 7 de septiembre).

El personal sanitario que forme parte de los órganos colegiados penitenciarios ha de estar a lo dispuesto en la normativa aplicable en cada ámbito territorial en cuanto a composición y funciones de los mismos (arts. 185-187, 270-275 y 278-279 RP y arts. 20, 27-32 y 36-38 Decreto 329/2006). Pero, además de lo anterior debe tenerse presente la aplicación, en cuanto a normas de funcionamiento de los citados órganos colegiados, de lo dispuesto tanto en la normativa general (arts. 22-27 LRJPAC), como en la específica penitenciaria en cada ámbito territorial (arts. 266-269 RP y 21-26 Decreto 329/2006, respectivamente).

La problemática derivada de la organización y funcionamiento de los órganos colegiados es ciertamente rica (Barrios, 2007). Basten señalar aquí sólo algunos de los aspectos que pueden tener mayor interés para los sanitarios penitenciarios que formen parte de aquéllos órganos:

- Todo miembro de un órgano colegiado tiene derecho a recibir, con una antelación mínima de 48 horas, la convocatoria conteniendo el orden del día de la reunión y a disponer de la información sobre los temas que figuran en el orden día en igual plazo (art. 24.1.a) LRJPAC. Bien entendido,

que de no existir constancia de la recepción cabría proceder a la nulidad de lo actuado por el órgano (STS 3ª, 25.6.1993). Ha de recordarse además que: a) el orden del día es un extracto indicativo de los asuntos que van a ser tratados, por lo que no basta con que se hagan vagas alusiones a los mismos (STS 3ª, 15.3.1991); b) la información ha de ser la realmente existente, sin que se produzcan ocultaciones (STS 3ª, 12.6.1990); c) está reconocido jurisprudencialmente el derecho a obtener copias y fotocopias de la información reseñada (STS 3ª, 27. 12.1994), aunque es cierto que ello no se deduce de la literalidad de la LRJPAC.

- Para que el órgano quede debidamente constituido es imprescindible que estén presentes el Presidente y Secretario, o en su caso de quienes les sustituyan, y al menos de la mitad de sus miembros (art. 26.1 LRJPAC).
- No podrá ser objeto de deliberación o acuerdo ningún asunto que no figure incluido en el orden del día, salvo que estén presentes todos los miembros del órgano colegiado y sea declarada la urgencia del asunto por el voto favorable de la mayoría (art. 26.3 LRJPAC).
- Todo miembro de un órgano colegiado tiene el derecho de participar en los debates de las sesiones (art. 24.1.b) LRJPAC), si bien tal derecho ha de cohererse con la potestad de moderación de los debates que incumbe al Presidente del órgano (art. 23.1.c) LRJPAC).
- Todo del órgano colegiado penitenciario tiene el derecho, pero también el deber de votar, ya que no es admisible la abstención de quienes sean autoridad o personal al servicio de las Administraciones Públicas (art. 24.1.c) LRJPAC). En todo caso los acuerdos del órgano colegiado serán motivados siempre que se trate de alguno de los actos enumerados en el art. 54.1 LRJPAC).
- La posición mantenido por cada miembro del órgano puede trasladarse al contenido del acta, contemplándose las siguientes posibilidades: a) solicitar la transcripción íntegra de su intervención o propuesta, siempre que se aporte en el acto, o en el plazo que señale el Presidente (art. 27.2 LRJPAC); b) formular un voto particular por escrito, bien en el momento de la reunión (art. 27.2 LRJPAC), bien en el plazo de 48 horas (art. 27.3 LRJPAC), debiendo en ambos casos incorporarse al acta; c) expresar el sentido de su voto favorable, si es el caso (arts. 24.1.c) y 27.2 LRJPAC).
- Los miembros del órgano colegiado pueden formular ruegos y preguntas (art. 24.1.d) LRJPAC).

- Para quedar exentos de responsabilidad los miembros de los órganos colegiados deben votar en contra del acuerdo mayoritario (arts. 27.4 LRJPAC y 267.6 RP).
- Por supuestos quienes acrediten la titularidad de un interés legítimo - entre los que sin duda se incluyen los miembros del órgano colegiado- podrán dirigirse al Secretario a fin de que les sea expedida certificación de sus acuerdos (art. 26.5 LRJPAC).

Abreviaturas

AEMPS: Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios.

AMM'95: Declaración sobre cuestiones éticas relativas a personas con enfermedad mental, adoptada por la 47ª Asamblea General de la Asociación Médica Mundial, Bali, septiembre de 1995; revisada por la Asamblea de la AMM en Pilanesberg, en octubre de 2006).

AMP'89: Declaración y puntos de vista sobre derechos y salvaguardas del paciente mental, adoptado por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Psiquiatría, Atenas, 17 de octubre de 1989.

AMP'96: Declaración de Madrid de la Asociación Mundial de Psiquiatría, de 25 de agosto de 1996.

CC: Código Civil.

CDEE: Código Deontológico de la Enfermería Española, aprobado por Resolución nº 32/89 del Consejo General de Enfermería.

CDHB: Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina, hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997.

CE: Constitución Española de 1978.

CEDH: Convenio Europeo para la Protección de los Derechos y Libertades Fundamentales, aprobado en Roma el 4 de noviembre de 1950. Ratificado por España mediante el Instrumento de 26 de septiembre de 1979.

CEDM: Código de Ética y Deontología Médica, de 10 de septiembre de 1999.

CP: Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.

CPT: Comité para la Prevención de la Tortura.

CPT'1987: Convenio Europeo para la Prevención de la Tortura y las penas o tratos inhumanos o degradantes, de 26 de junio de 1987. Ratificado por España mediante el Instrumento de 28 de abril de 1989.

Decreto 329/2006: Decreto 329/2006, de 5 de septiembre, por el que se aprueba el Reglamento de organización y funcionamiento de los servicios de ejecución penal en Cataluña (DOGC, 7 de septiembre).

DGIP: Dirección General de Instituciones Penitenciarias.

DHawaii-II: Declaración de Hawaii-II, aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Psiquiatría, en Viena en junio de 1983.

- DMSE: Disposición de medicamentos en situaciones especiales.
- EBEP: Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público.
- LAP: Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- LEC: Ley 1/2000, 7 enero de Enjuiciamiento Civil.
- LO 1/1982: Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, de Protección Civil del Derecho al Honor, a la Intimidación Personal y Familiar y a la Propia Imagen.
- LGS: Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- LIB: Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica.
- LM: Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.
- LOGP: Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria.
- LOPD: Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.
- LOPS: Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.
- LRJPAC: Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.
- OMSEuropa'94: Declaración para la promoción de los derechos del paciente en Europa, Oficina para Europa de la Organización Mundial de la Salud, Ámsterdam, 29-30 de marzo de 1994.
- PEMONU: Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, adoptados por la Asamblea General en su resolución 37/194, de 18 de diciembre de 1982.
- PONU: Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental, adoptados por la Asamblea General en su resolución 46/119, de 17 de diciembre de 1991.
- RD 1416/1994: Real Decreto 1416/1994, de 25 de junio, por el que se regula la publicidad de los medicamentos de uso humano (BOE, 29 de julio).
- RDMSE: Real Decreto 1015/2009, de 19 de junio, por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales (BOE, 20 de julio).
- Rec 1235 (1994): Recomendación 1235 (1994), sobre psiquiatría y derechos humanos, adaptada por la Asamblea de 12 de abril de 1994 (10ª sesión).

- Rec (2004) 10: Recomendación (2004) 10 del Comité de Ministros a los Estados Miembros del Consejo de Europa, relativa a la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas aquejadas de trastornos mentales (adoptada por el Comité de Ministros, el 22 de septiembre de 2004, en el curso de la 896ª reunión de los Delegados Ministeriales).
- Rec (83) 2: Recomendación (83) 2, del Comité de Ministros a los Estados Miembros del Consejo de Europa, relativa a la protección legal de las personas aquejadas de trastorno mental ingresadas como pacientes involuntarios, adoptada el 22 de febrero de 1983, en el curso de la 356ª reunión de los Delegados Ministeriales.
- Rec (98) 7: Recomendación (98) 7, del Comité de Ministros a los Estados Miembros del Consejo de Europa, relativa a los aspectos éticos y organizativos de los cuidados de salud en prisión (adoptada por el Comité de Ministros el 8 de abril de 1998, en la 627ª reunión de Delegados Ministeriales).
- RMONU: Reglas Mínimas para el Tratamiento del Recluso, adoptadas por el Primer Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente, celebrado en Ginebra en 1955, y aprobadas por el Consejo Económico y Social en sus resoluciones 663C (XXIV) de 31 de julio de 1957 y 2076 (LXII) de 13 de mayo de 1977.
- RP: Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario (BOE, 15 de febrero).
- RP'1981: Real Decreto 1201/1981, de 8 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario (BOE, 23-25 de junio).
- RPE: Recomendación (2006) 2, del Comité de Ministros de los Estados Miembros del Consejo de Europa, sobre las Reglas Penitenciarias Europeas (adoptado por el Comité de Ministros el 11 de enero de 2006 en la 952ª Reunión de Delegados de Ministros.)
- SGIP: Secretaría General de Instituciones Penitenciarias.
- STC: Sentencia del Tribunal Constitucional.
- STS: Sentencia del Tribunal Supremo.
- TEDH: Tribunal Europeo de Derechos Humanos.
- WP-CDBI'2000: Libro Blanco sobre protección de los derechos humanos y la dignidad del paciente que sufra trastorno mental, especialmente aquellos ingresados como pacientes involuntarios en un establecimiento psiquiátrico, CM (2000) 23, 10 de febrero de 2000, del Comité de Bioética del Consejo de Europa.

Bibliografía

- AMARILLA, Manuel y AMARILLA, Nuria: *La responsabilidad contractual terapéutica en el siglo XX*, Grupo Europeo de Derecho Farmacéutico, Madrid, 2002.
- AMARILLA, Manuel: *Derechos en salud para el siglo XXI*, Grupo Europeo de Derecho Farmacéutico, Madrid, 2004.
- APPELBAUM, P.S. y GUTHEIL, T.G.: *Clinical Handbook of Psychiatry and the Law*, Williams and Wilkins, Baltimore, 2ª edic., 1991.
- APPELBAUM, P.S.; LIDZ, W. y MEISEL, A.: *Informed Consent, Legal Theory and Clinical Practice*, Oxford University Press, New York-Oxford, 1987.
- BARRIOS FLORES, Luis Fernando: “Imparcialidad y objetividad del perito psiquiatra”, *Revista de Estudios Penitenciarios*, núm. 248, 2000, pp. 9-43.
- BARRIOS FLORES, Luis Fernando: “Introducción: el marco jurídico de los psicofármacos”, en PACHECO YAÑEZ, Luis y MEDRANO ALBÉNIZ, Juan (Eds.): *Guía de Psicofármacos 2005*, Glosa, Barcelona, 2005, pp. 15-67.
- BARRIOS FLORES, Luis Fernando: *Marco jurídico de la analgesia. Énfasis en el paciente terminal*, You & Us, Madrid, 2005.
- BARRIOS FLORES, Luis Fernando: “Comentarios a los arts. 22-27 (Órganos Colegiados)”, en GARBERÍ LLOBREGAT, José (Dtor.): *El Procedimiento Administrativo Común (Comentarios, Jurisprudencia, Formularios)*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2006, Tomo I, pp. 201-253.
- BARRIOS FLORES, Luis Fernando: “El empleo de medios coercitivos en prisión: Indicaciones regimentales y psiquiátricas”, *Revista de Estudios Penitenciarios*, núm. 253, 2007, pp. 61-100.

- BARRIOS FLORES, Luis Fernando: “Coerción en psiquiatría”, en OTERO, Francisco José (Coord.): *Psiquiatría y Ley. Guía para la práctica clínica*, EDIMSA, Madrid, 2008, pp. 71-123.
- BARRIOS FLORES, Luis Fernando: “Aspectos legales del uso de psicofármacos en embarazo y lactancia”, en MEDRANO ALBÉNIZ, Juan, ZARDOYA MATEO, María José y PACHECO YÁÑEZ, Luis: *El uso de psicofármacos en el embarazo y la lactancia*, Euromedice (Ediciones Médicas), Badalona (Barcelona), 2009, pp. 163-193.
- BARRIOS FLORES, Luis Fernando: “Derechos humanos y salud mental en Europa”, *Norte de Salud Mental*, Vol. VIII, núm. 36, 2010, pp. 55-67.
- BARRIOS FLORES, Luis Fernando: “Nueva legislación en torno al uso pasivo del medicamento”, *Oncologyplus*, núm. 1, 2011, pp. 30-41. (2011^a).
- BARRIOS FLORES, Luis Fernando: “Tratamientos sanitarios involuntarios” (Cap. 25), en *Tratado de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Tomo 1. Derecho sanitario y Medicina Legal del Trabajo* (BANDRÉS, Fernando y DELGADO BUENO, Santiago, Coords.), Edit. Bosch, Barcelona, 2011 (en prensa). (Barrios, 2011b).
- BARRIOS FLORES, Luis Fernando: “Los derechos fundamentales del enfermo mental” (Cap. 234), en *Tratado de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Tomo 4. Psiquiatría Legal y Forense* (DELGADO BUENO, Santiago y MAZA MARTÍN, José Manuel, Coords.), Barcelona, 2011 (en prensa). (Barrios, 2011c).
- BARRIOS FLORES, Luis Fernando y TORRES GONZÁLEZ, Francisco: “Welfare quality and ethical problems of the mental health in prison in Spain”. In KONRAD, Norbert; VÖLLM, Birgit; WEISSTUB, D.N. (Eds.): *Ethical Issues in Prison Psychiatry*, Springer Publishing Company, 2011 (en prensa). (Barrios, 2011d).
- BARRIOS FLORES, Luis Fernando: “Responsabilidad en psiquiatría (I)”, en *Tratado de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Tomo 4. Psiquiatría Legal y Forense* (DELGADO BUENO, Santiago y MAZA MARTÍN, José Manuel, Coords.), Barcelona, 2011 (en prensa). (Barrios, 2011e).
- BARRIOS FLORES, Luis Fernando: “Responsabilidad en psiquiatría (y II). Psicofarmacología”, en *Tratado de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Tomo 4. Psiquiatría Legal y Forense* (DELGADO BUENO, Santiago y MAZA MARTÍN, José Manuel, Coords.), Barcelona, 2011 (en prensa). (Barrios, 2011f).

- BARRIOS FLORES, Luis Fernando y BARCIA SALORIO, Demetrio: *El marco jurídico de las urgencias psiquiátricas*, You & Us, Madrid, 2005, 2 Vols.
- BARRIOS FLORES, Luis Fernando y TORRES GONZÁLEZ, Francisco: “Derechos Humanos y enfermedad mental. Aspectos ético-jurídicos de la violencia institucional en el ámbito de la salud mental”, en MARKEZ ALONSO, Iñaki, FERNÁNDEZ LIRIA, Alberto y PÉREZ-SALES, Pau (Coords.): *Violencia y salud mental. Salud mental y violencias institucional, estructural, social y colectiva*, Asociación Española de Neuropsiquiatría, Estudios, núm. 42, Madrid, 2009, pp. 171-186.
- BEAUCHAMP, Tom L. y CHILDRESS, James F.: *Principios de Ética Biomédica*, Masson, Barcelona, 1998.
- BERCOVITZ, Rodrigo: *La marginación de los locos y el Derecho*, Taurus, Madrid, 1976.
- BLOCH, Sidney; CHODOFF, Paul y GREEN, Stephen E. (Eds): *La ética en psiquiatría*, Edit. Triacastela, Madrid, 2001.
- BROWN, Paul y PANTELIS, Christos: “Aspectos éticos del tratamiento farmacológico”, en BLOCH, Sidney, CHODOFF, Paul y GREEN, Stephen E. (Eds): *La ética en psiquiatría*, Edit. Triacastela, Madrid, 2001, pp. 235-262.
- CORCOY BIDASOLO, Mirentxu: “Libertad de terapia versus consentimiento” en CASADO, María (Coord.): *Bioética, derecho y sociedad*, Trotta, Madrid, 1998.
- CORTINA, Adela: *Ética mínima. Introducción a la filosofía práctica*, Tecnos, Madrid, 3ª edic., 1992.
- CORTINA, Adela: *La ética de la sociedad civil*, Anaya, Madrid, 1994.
- CORTINA, Adela: *Hasta un pueblo de demonios. Ética pública y sociedad*, Taurus, Madrid, 1998.
- COUCEIRO, Azucena: *Los comités de ética asistencial: origen, composición y método de trabajo*, en COUCEIRO, Azucena (Ed.): *Bioética para clínicos*, Edit. Triacastela, Madrid, 1999, pp. 269-281.
- CRIADO DEL RÍO, María Teresa: *Aspectos médico-legales de la historia clínica*, Colex, Madrid, 1999.
- CHIMENO CANO, Marta: *Incapacitación, tutela e internamiento del enfermo mental*, Aranzadi, Pamplona, 2004.
- D’AGOSTINO, Francesco: “Medicina y Derecho”, *Cuadernos de Bioética*, Vol. 4, Núm. 13, 1993, pp. 5-11.

- DE ÁNGEL YAGÜEZ, Ricardo: “Problemática de la Historia Clínica”, en *Información y documentación clínica: Actas del Seminario Conjunto sobre Información y Documentación Clínica, Madrid 22-23 septiembre 1997*, CGPJ-M^o Sanidad y Consumo, Madrid, 1998, Vol. I, pp. 95-170.
- DE LA MATA RUIZ, Iván y ORTIZ LOBO, Alberto: “Industria Farmacéutica y Psiquiatría”, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, núm. 86, 2003, pp. 49-71.
- DGEIDC. Documento del Grupo de Expertos en Información y Documentación Clínica, Madrid, 26.11.1997.
- DÍEZ FERNÁNDEZ, José Antonio: *Los comités nacionales de bioética: legislación internacional y regulación en la nueva ley sobre investigación biomédica*, Comares, Granada, 2007.
- DRANE, J.F.: Competency to give and informed consent. A model for making clinical assessments, *The Journal of American Medical Association*, Vol. 252, 1984.
- ENGELHARDT, Hugo Tristram: *Los fundamentos de la bioética*, Paidós, Barcelona, 1995.
- GÁMIR MEADE, Roberto: *Los médicos al servicio de la Administración penitenciaria*, en PALOMAR OLMEDA, Alberto (Coord.): *Manual Jurídico de la Profesión Médica*, Dykinson, Madrid, 1998, pp. 732-776.
- GARCÍA GUERRERO, Julio: “Los presos como sujetos de investigación biomédica”, *Cuadernos de Bioética*, núm. XXI, 2010/2^a, pp. 185-198.
- GRACIA, Diego: *Fundamentos de Bioética*, Eudema Universidad, Madrid, 1989.
- GRACIA, Diego: *Procedimientos de decisión en ética clínica*, Eudema, Madrid, 1991.
- GRACIA, Diego: *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética*, Triacastela, Madrid, 2004.
- HERNÁNDEZ MONSALVE, Mariano: “El psiquiatra y sus circunstancias en el nuevo mercado del psicofármaco”, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Vol. XVIII, núm. 68, 1998, pp. 729-733.
- HERNÁNDEZ MONSALVE, Mariano y HERRERA VALENCIA, Rafael (Coords): *La atención a la salud mental de la población reclusa*, Asociación Española de Neuropsiquiatría, Colección de Estudios, núm. 30, Madrid, 2003.

Las prisiones necesitan profesionales capaces de prestar una asistencia suficiente y de calidad de los problemas de salud mental.

El manejo de todo paciente en prisión requiere una aproximación multiprofesional y este hecho hace que a la hora de proponer soluciones en el diagnóstico y tratamiento de los y las pacientes psiquiátricos, muchas veces se haga referencia en este documento al punto de vista del personal funcionario no sanitario. La estructura de la guía está concebida para ser de utilidad al equipo de atención primaria, pero en ningún caso para suplir la de la atención especializada cuyo apoyo es cada vez más necesario en los centros. Una colaboración del psiquiatra consultor, bien coordinado con el personal médico, enfermería, psicólogos o educadores, no puede ser sustituida por ninguna recomendación de esta guía.

