
Un programa de mejora de la calidad asistencial de los problemas de salud mental en prisión. Evaluación de resultados después de 6 años (2000-2005)

JM Arroyo¹, E Ortega²

¹ Médico del Servicio Sanitario del Centro Penitenciario de Zaragoza

² Psiquiatra del Centro de Salud Mental La Rebojería. Psiquiatra consultor del CP de Zaragoza

RESUMEN

Introducción: Este trabajo describe los resultados de un programa de mejora de la calidad asistencial de los problemas de salud mental en los reclusos después de seis años de puesta en marcha (2000-2005) en la prisión de Zuera (Zaragoza).

Material y Métodos: El programa se estructura en ciclos anuales, en 2000 se estudió la demanda asistencial de problemas de salud mental en la consulta de atención primaria. En 2001 la demanda compulsiva de psicofármacos. En 2002 la prevalencia de trastornos mentales en una muestra aleatoria de 60 internos. En 2003 y 2004 la relación entre trastorno mental e inadaptabilidad, primero relacionando sanciones por comportamientos agresivos en una muestra aleatoria de 60 internos con trastornos mentales y después relacionando comportamientos inadaptados en una muestra aleatoria de 520 reclusos, y consumo de psicofármacos. En 2005 el funcionamiento del módulo de la enfermería de la prisión como recurso asistencial para internos con una enfermedad mental grave, recogiendo durante 7 meses datos de los ingresos en ese módulo.

Resultados: El 50% de las consultas de atención primaria, tuvieron relación con un problema de salud mental. El 59% de los reclusos presentaron algún tipo de trastorno mental, patología dual en el 56,6% y Trastorno de la Personalidad en el 30%. Un 20% de los reclusos necesitaron una derivación al psiquiatra consultor, el motivo más frecuente de la derivación; 46% de los casos fue un comportamiento inadaptado y/o incongruente, el diagnóstico más frecuente; en el 23% fue el Trastorno Depresivo asociado a Trastorno por Uso de Sustancias Psicoactivas. Observamos una correlación entre el número de sanciones motivadas por conductas agresivas y el diagnóstico de Trastorno de Personalidad. Lo mismo entre la inadaptabilidad puntuada mediante una escala objetiva y el consumo de psicofármacos. El 50% de los ingresos en la enfermería de nuestro centro estuvo motivado por un trastorno mental, el 43% ingresó directamente desde el juzgado.

Discusión: Una limitación de este trabajo es que se describen una serie de hallazgos relativos a la calidad de la asistencia de los problemas de salud mental, sin proponer las correspondientes mejoras a aplicar, lo que se deja para estudios posteriores. Hay una necesidad importante de asistencia a problemas de salud mental en los reclusos. Las patologías que producen conductas inadaptadas, entendidas como expresión de relaciones interpersonales inadecuadas son las más prevalentes, asociadas además al uso de sustancias psicoactivas. Se propone el modelo del psiquiatra consultor integrado en el equipo de atención primaria como mejor respuesta a esta demanda asistencial. Las enfermerías de los centros, insuficientemente dotadas para ello, se ven obligadas a acoger a un tipo de paciente mental que ha cometido alguna clase de delito generalmente violento que no es ingresado en un dispositivo especializado extrapenitenciario, probablemente por la falta de medidas de seguridad de estos dispositivos.

Palabras clave: Calidad de la Atención de Salud, Prisión, Salud Mental, Psiquiatría.

A QUALITY IMPROVEMENT PROGRAM FOR MENTAL HEALTH CARE IN PRISON. AN EVALUATION OF THE RESULTS (2000-2005)

ABSTRACT

Introduction: We describe the results of a program to improve the quality of mental health care amongst inmates after six years (2000-2005).

Materials and Methods: We designed a series of studies lasting one to two years and used them as a basis for the program. In 2000 we studied demand for primary health care in the treatment of mental health problems in the prison health centre. In 2001 compulsive demand for psychotropic medication was studied. In 2002 the existence of mental disorders in a random

sample of 60 inmates. In 2003 and 2004 we studied the relationship between mental disorder and adjustment problems, first by relating sanctions for aggressive behaviour with mental disorders using a random sample of 60 inmates and then relating inappropriate adjustment behaviours with use of psychotropic medication in a random sample of 520 inmates. In 2005 we studied the functioning of the prison health care centre as a resource in the treatment of inmates with severe mental illness by taking data from admissions over a seven month time period.

Results: 50% of the primary health care consultations were related in one or another with a mental health problem. 59% of the inmates showed symptoms of some type of mental disorder, 56.6% of those being addictive disorders while the other 30% were Personality Disorders. 20% of the inmates required referral to the consultant psychiatrist, the most common cause of referral being inappropriate or maladjusted behaviour (46%) and the most common diagnosis Depressive Disorder associated with Addictive Disorder (psychoactive substances). We could see a correlation between the number of sanctions for aggressive conduct and the diagnosis of Personality Disorder. A similar correlation could be seen between adjustment problems marked on an objective scale and the use of psychotropic medication. 50% of the inmates in the health centre sick bay were there because of mental disorder, and 43% had been admitted directly after sentencing.

Discussion: A limitation of this study is that it only goes as far as describing a set of findings about the quality of mental health care and does not propose any relevant improvements. This work shall be left for later studies. There is clearly a great need for mental health care amongst prisoners. Pathologies that cause inappropriate behaviour, most commonly understood as the expression of inadequate interpersonal relationships, are the most common disorders and are generally associated with psychoactive substance abuse. The model we propose is that of the consultant psychiatrist working in close co-operation with the primary health care team as the best answer to this type of health care need. Health care centres are not sufficiently equipped to respond to the situation and have no other option but to accept patients who have usually committed some type of violent crime and who have not been admitted to specialised centres outside prison, usually because adequate security measures are lacking.

Key Words: Quality of Health Care, Prison, Mental Health, Psychiatry.

Texto recibido: junio 2006

Texto aceptado: octubre 2006

INTRODUCCIÓN

En respuesta a la Convocatoria del “Programa de Apoyo de Iniciativas de Mejora de la Calidad en los Equipos de Atención Primaria de Aragón”, que la Consejería de Sanidad de la Diputación General de Aragón hizo pública por orden del 26-05-00, el Equipo de Atención Primaria del centro presentó un proyecto para la mejora de la calidad asistencial de los problemas de salud mental en 2000, que fue aceptado y que continúa a fecha de hoy, tutelado por los responsables de la calidad asistencial en Atención Primaria de la Comunidad Autónoma. Este trabajo describe los resultados de ese programa después de seis años de puesta en marcha.

El Equipo de Atención Primaria del Centro Penitenciario de Zaragoza se propuso introducir mejoras de la calidad asistencial en los problemas de salud mental utilizando como la citada convocatoria propone, una metodología siguiendo el llamado Ciclo de Mejora¹, es decir una revisión de la situación a través de un análisis desarrollado en las siguientes etapas:

1. Identificar y seleccionar problemas u oportunidades de mejora.
2. Analizar la causas y los procesos relacionados.

3. Planificar los cambios y/o acciones de mejora necesarias.
4. Probar y verificar la utilidad de las medidas propuestas y realizar, si procede, los ajustes necesarios.
5. Monitorizar el proceso mejorado.

En los centros penitenciarios se atiende a una proporción importante de sujetos con problemas de salud mental de diversos tipos entre los que cabe destacar por orden de frecuencia y siguiendo al DSMIV²

1. Trastornos mentales por consumo de sustancias, tanto por dependencia y abuso como por intoxicación y abstinencia.
2. Trastornos de la personalidad, como el antisocial, el esquizotípico, el histriónico, el límite, o el paranoide como más frecuentes.
3. Trastornos del estado de ánimo, generalmente de tipo depresivo.
4. Trastornos de ansiedad generalizada o en forma de crisis de angustia.
5. Trastornos del sueño, generalmente en conexión con algún otro trastorno mental, por el uso de sustancias o por cambios en el ritmo circadiano.
6. Trastornos somatomorfos, como somatizaciones o hipocondría.

7. Esquizofrenias y otros trastornos psicóticos.

8. Trastornos adaptativos.

El Centro Penitenciario de Zuera, a 40 km. de Zaragoza, es uno de los llamados centros "tipo", con una ocupación en torno a los 1.600 internos y un recambio, es decir sujetos que entran y salen, próximo a los 1.000 reclusos/año. Se puede decir que es un centro con cierta representatividad del conjunto de prisiones del país, al menos por tamaño, ya que según el último estudio sobre calidad asistencial en las prisiones españolas³, el 55,6% del total de los centros penitenciarios son grandes, con una capacidad por encima de los 500 internos y el 27% por encima de los 1.000.

En la prisión de Zuera, el personal sanitario que se encarga de la asistencia primaria, se compone de 8 médicos generalistas, 10 enfermeros, 5 auxiliares y una farmacéutica. La asistencia especializada y la hospitalaria, como ocurre en todos los establecimientos penitenciarios dependientes del ministerio del interior, corresponde a la medicina pública extrapenitenciaria.

El primer nivel asistencial en las prisiones, al igual que en la comunidad, está dedicado a la detección y el manejo inicial de las enfermedades más frecuentes o graves de la población. En las Recomendaciones N° R (98), 7 del Comité de Ministros del Consejo de Europa, se advierte que en los últimos años, coincidiendo con el aumento de la población penitenciaria, se ha observado un sensible incremento en el número de personas que padecen algún tipo de trastorno mental. Esto no significa que sea debido sólo a un efecto específico de la prisión sobre las personas internas, sino más bien entre otras causas, a la reducción en los recursos comunitarios de camas para enfermos mentales, más dedicados ahora a lo terapéutico que a lo asilar (como centros de "control social"). Los manicomios como espacio que durante dos siglos ha albergado a una buena cantidad de personas socialmente problemáticas (trastornos de la personalidad, retrasados mentales) están desapareciendo, hay un considerable aumento de la población general que carece de recursos de todo tipo o está simplemente marginada, entre la que hay que contar con un buen número de personas con trastornos mentales, en especial psicosis crónicas, que de una manera u otra acaban con facilidad en la prisión. A todos estos factores se añade también la propia precariedad de recursos socio-sanitarios de la comunidad dedicados a la salud mental y una decreciente implicación de toda la sociedad en este problema, sin contar con los trastornos mentales provocados por la adicción a sustancias psicoactivas.

A todos estos factores de riesgo, hay que sumar el estrés por la adaptación al medio penitenciario, la frecuente masificación de centros, las malas condiciones materiales, la escasez de personal o su deficitaria formación, la ausencia de información adecuada de todos los profesionales involucrados en el manejo de estos pacientes y su aislamiento social prolongado o indefinido⁴. Fazel y Danesh, en un metaanálisis que incluyó 62 trabajos en 12 países occidentales diferentes, determinaron las prevalencias de trastornos mentales en prisión en una muestra de 22.790 internos, con una edad media de 29 años, el 81% eran varones. Los resultados mostraron que el 3,7% padecían un cuadro psicótico, el 10% una depresión mayor y el 42% un trastorno de personalidad⁵.

Más recientemente, Kjelsberg⁶ encontró un 35% de internos con algún tipo de trastorno mental en una muestra de 2.617 internos de las prisiones de Noruega, en un trabajo publicado hace un año. Fotiadou descubrió un 78% de patología mental en una muestra aleatoria de 80 internos de una prisión en Grecia⁷. Además de estos perfiles, en nuestro país hay que contar que entre el 58 y el 68% de los reclusos, según la prisión en la que se mida este indicador, presentan algún tipo de toxicomanía⁸.

Entre los reclusos hay una alta representación de los trastornos relacionados con problemas adaptativos, como por ejemplo, los trastornos de personalidad, sobre los que hay una consideración diferente en función de que se los analice desde el punto de vista jurídico o clínico. Desde el punto de vista jurídico, no se consideran verdaderas enfermedades mentales por cuanto el comportamiento delictivo de los sujetos que sufren estos trastornos, generalmente no lleva aparejado la consideración de inimputable, se supone que se actúa con la suficiente capacidad para entender las consecuencias de su conducta, y una voluntad conservada para realizarla⁹. Sin embargo estos sujetos son etiquetados de trastornados mentales en todos los manuales de psiquiatría, ya que su comportamiento da lugar a malestar, descontrol, limitaciones, inflexibilidad, irracionalidad e incapacidad en sus actos¹⁰⁻¹².

Estos cuadros, por lo tanto, sin ser considerados como verdaderas enfermedades mentales desde el punto de vista jurídico, dan lugar a comportamientos francamente patológicos desde el punto de vista clínico. Son cuadros que necesitan un correcto diagnóstico y tratamiento, sobre todo si se piensa que la limitación en los tratamientos "entendidos" como curativos, obliga disponer de estrategias de manejo conductual y psicofarmacológico que al menos actúen de manera sintomática y contengan cuanto antes la sintomatología.

gía disruptiva que provoca problemas al paciente y a cuantos le rodean.

Respecto al efecto que estos cuadros causan en los servicios médicos penitenciarios, es conocida la alta tasa de demanda asistencial entre los reclusos, en comparación con la población general¹³, y algunos autores la ponen en relación con la elevada prevalencia de trastornos mentales junto con el estrés provocado por la estancia en prisión¹⁴.

La Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) editó una magnífica y documentada ponencia⁸ en su congreso nacional de Oviedo de 2003, donde se ponían de manifiesto los problemas asistenciales más graves y frecuentes en materia de salud mental en los centros penitenciarios de nuestro país:

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

El objetivo de este trabajo es describir los principales hallazgos y la metodología empleada en sucesivos ciclos anuales (2000-2005) de aplicación de un programa de mejora de la calidad asistencial en materia de salud mental en la prisión de Zuera.

MATERIAL Y MÉTODOS

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

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

Al siguiente año estudiamos las características de uno de los motivos de consulta más frecuentes, la demanda compulsiva de psicofármacos, es decir la exigencia, a veces agresiva, por parte del paciente de que se le prescriba un psicofármaco determinado, o a una dosis excesiva, sin que existiera indicación. Es ésta una de las experiencias asistenciales que más desgaste genera por parte de los profesionales que deben mantener con frecuencia discusiones diarias con los internos por este motivo. Durante un mes, se recogieron la causa inmediata de la demanda y el trastorno mental asociado.

En el 2002 se hizo una revisión de las historias clínicas de los internos para establecer la prevalencia de trastornos mentales en nuestro centro. Se obtuvo una muestra aleatoria estratificada por módulos de 60 individuos (n = 60) entre los internos ingresados el 9 de febrero de 2002 (N = 793). Se estudió individualmente su historia clínica, y se les entrevistó personalmente, realizando un diagnóstico que se validó por un psiquiatra y por dos psicólogos del establecimiento, que actuaron como profesionales externos para confirmar el diagnóstico del equipo sanitario.

Ese mismo año y al siguiente, trabajamos sobre el modelo asistencial del psiquiatra consultor, estudiando los casos derivados al especialista durante 22 meses, se analizó el número de pacientes atendidos y la sintomatología que obligó a su derivación, así como el diagnóstico principal que presentaron.

Una línea de estudio que está abierta y que por su complejidad será objeto de un próximo trabajo, es el análisis de la correlación entre el tipo de trastornos mentales de los reclusos y el deterioro del clima social de la prisión. Durante los años 2003 y 2004 exploramos la existencia de algún tipo de trastorno mental en los internos, que presentaban una mala relación interpersonal, medida por el número de sanciones por actos agresivos. En una muestra recogida de forma aleatoria de 60 internos, observamos el número de sanciones aplicadas por comportamientos agresivos a lo largo de 1 mes, relacionándolas con la presencia de algún tipo de trastorno mental en los internos. Por otra parte, en una muestra de 520 internos elegida aleatoriamente establecimos una escala de inadaptabilidad de 8 ítems objetivables a través del comportamiento del sujeto para relacionarlo con la prescripción de algún tipo de psicofármaco, entendiendo que este dato era un indicador de sufrimiento de algún tipo de patología mental.

El último trabajo es del año 2005 en el que hemos hecho un análisis del funcionamiento del módulo de Enfermería de la prisión como recurso asistencial para los casos de internos con una enfermedad mental grave e incapacitante para la vida normal de la prisión. Durante 7 meses se han recogido datos de los ingresos de este tipo de pacientes en este módulo. Se manejan datos referentes al diagnóstico al ingreso en el módulo, causa del mismo, antecedentes de enfermedad mental, motivo del alta, módulo de procedencia dentro de la prisión o días de estancia en el módulo.

RESULTADOS

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

Respecto a la solicitud compulsiva de psicofármacos, los datos obtenidos indican que una media del 18% (45/250) de los internos que acudieron a la consulta del médico generalista durante los 30 días que duró la observación, hicieron este tipo de demandas. Entre estos sujetos, el primer diagnóstico en el 66,6%

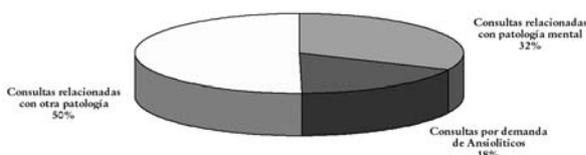


Figura I. Consultas de atención primaria durante el mes de mayo de 2000 en la prisión de Zaragoza

Patología Mental (Diagnóstico principal) N = 60

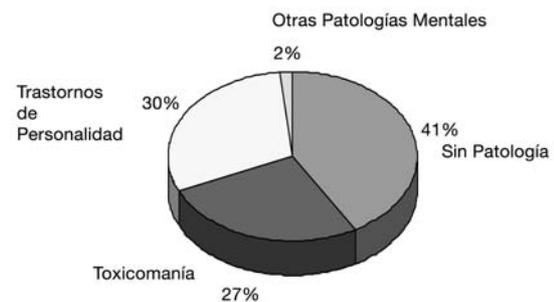


Figura II. Prevalencia de los problemas de salud mental.

(30/45), era un Trastorno por uso de sustancias psicoactivas (TUSP) y en el 22,2% (10/45) un Trastorno de Personalidad que además estaba asociado a TUSP como segundo diagnóstico.

Durante el 2002 el estudio sobre prevalencias de trastornos mentales en nuestra muestra aleatoria de 60 internos, objetivó un 59% con algún tipo de patología mental (35/60). Como diagnóstico principal un 27% de Trastornos por uso de sustancias psicoactivas (16/60), un 2% de Trastorno Ansioso-Depresivo (1/60) y un 30% de Trastornos de Personalidad (TP) (18/60). Es reseñable que en el 100% de los sujetos con TP el segundo diagnóstico fue el Trastorno por uso de sustancia psicoactivas (figura II).

Disponemos de datos sobre la derivación de casos por parte del equipo de asistencia primaria al psiquiatra consultor que acude periódicamente a la prisión, recogidos durante 22 meses en los años 2002 y 2003. Sobre una población media de 1.093 internos, se derivaron al psiquiatra 228 (el 20,8% de la población media total de los internos), en ese periodo se realizaron 498 consultas. El motivo principal de la derivación fue en el 3% de los casos (7/228) sintomatología psicótica positiva, en el 16% de los casos (36/228) sintomatología depresiva, en el 35% (80/228) sintomatología ansiosa y en el 46% (105/228) comportamiento desadaptado y/o incongruente. La sintomatología principal de estas derivaciones en el 37% (84/228) se correspondió con un Trastorno del Estado de Ánimo por depresión, asociado a TUSP, en el 23% (52/228) Trastorno de Ansiedad asociado a TUSP, en el 10% (29/228) Trastorno del Estado de Ánimo, en el 7% (16/228) TUSP, en el 7% (16/228) trastorno de personalidad asociado a TUSP, en el 7% (16/228) Trastorno de Ansiedad, en el 3% (7/228) Epilepsia, en el 3% (7/228) Psicosis y en el 3% (7/228) no se encontró patología (figura III).

Si relacionamos el número de sanciones disciplinarias debidas a actos agresivos y comportamientos que implicaban reacciones interpersonales inadecua-

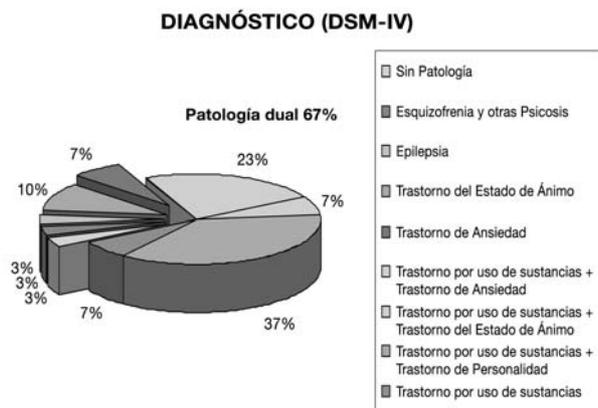


Figura III. Derivaciones al psiquiatra consultor.

das, con la presencia o no de Trastorno de Personalidad (TP) en los sancionados, empleado la prueba de Chi-cuadrado para establecer la significación estadística de igualdad o desigualdad entre los valores, observamos que en nuestra muestra aleatoria de 60 reclusos, de un total de 11 sanciones de este tipo, el 90,9% (10/11) fueron cometidas por internos que presentaban un TP, mientras sujetos sin este diagnóstico tan solo cometieron el 9,09% (1/11) ($P = 0,007$). Se observó también una correlación directa entre consumo de psicofármacos e inadaptabilidad, que resultó casi perfecta ($P = 0,89$).

Respecto a los resultados preliminares sobre el manejo de los enfermos mentales graves ingresados en el módulo de enfermería del centro, durante el pasado año 2005, en los 7 meses que duró el registro, el número de ingresos por todos los conceptos, es decir, por procesos tanto físicos como mentales, fue de 130 (114 internos de una población media total de 1.600

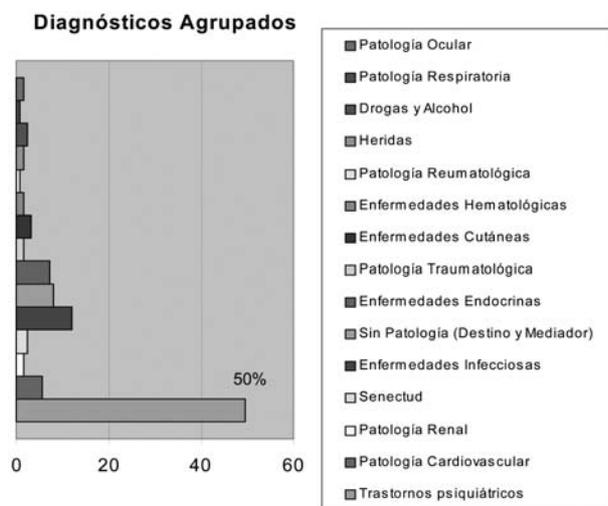


Figura IV.

internos, lo que supone el 7%). El 50% (65/130) de todos estos ingresos, lo fue por causa psiquiátrica. Los diagnósticos psiquiátricos se pudieron agrupar en cuatro grandes áreas de trastornos, el 15% (19/130) debidos a cuadros psicóticos de diferente naturaleza, el 23% (30/130) derivados de trastornos conductuales gravemente inadaptables, el 3% (4/130) debidos a un trastorno psiquiátrico de origen claramente neurológico y el 9% (12/130) debidos a un grave trastorno afectivo depresivo (figura IV y tabla I).

Diagnósticos Psiquiátricos	Número de casos	%
Esquizofrenia	10	15
Psicosis	5	8
T. Delirante	3	5
T. Maníaco	1	2
T. de Personalidad	17	26
T. Adaptativo	10	15
Epilepsia	3	5
S Depresivo	12	18
Intoxicación por Psicofármacos	4	6

Tabla I.

La edad media de los ingresados por sintomatología mental fue de 39 años. Al 17% de los ingresados (14/82) se les da el alta del módulo de enfermería por libertad. Un 43% (28/65) de los internos que ocupan la enfermería, han sido trasladados a este módulo directamente al ingresar en la prisión por presentar problemas mentales que hacen imposible su adaptación a la vida normal penitenciaria. Se observó una correlación estadísticamente significativa entre el ingreso directo en el módulo de enfermería desde el exterior y la sintomatología propia de un Trastorno Mental Adaptativo (figura V). De igual forma comprobamos esa misma relación entre el ingreso directo en la enfermería desde el Módulo de Ingresos de la prisión y la presencia de antecedentes psiquiátricos previos a la entrada en prisión.

DISCUSIÓN

A través de las diferentes fases en las que puede dividirse este trabajo desde el punto de vista temporal, se ha intentado analizar la atención primaria de la patología psiquiátrica en una prisión de las llamadas "tipo", siguiendo la metodología propia de la Teoría de la Calidad Asistencial¹⁵, para aquellos que estén fa-

Recuento

		Circunstancia por lo que la patología motivó el ingreso					Total
		Apoyo	Control Glucemia	Convalece	Inadaptación	Plan Prevención Suicidio	
módulo de procedencia o de destino del interno (clasificación interior)	directamente desde el ingreso	9	0	22	29	5	65
	1	0	0	0	3	0	3
	2	0	0	5	1	1	7
	3	0	1	0	0	0	1
	4	1	0	5	6	0	12
	5	0	0	0	1	0	1
	6	0	0	0	1	0	1
	7	0	0	2	1	0	3
	8	0	0	4	0	0	4
	9	0	0	3	1	1	5
	10	0	0	0	1	0	1
	11	0	0	1	1	2	4
	12	0	0	1	2	0	3
	13	1	0	0	1	0	2
	14	0	0	1	0	0	1
	Aislamiento	0	0	1	4	5	10
Total		11	1	45	52	14	123

Figura V. Tabla de contingencia circunstancia por lo que la patología motivó el ingreso * módulo de procedencia o de destino del interno (clasificación interior)

miliarizados con el ciclo de Deming no habrá pasado desapercibido después de leer este trabajo, que se han estudiado diferentes aspectos de la asistencia, sin haber cerrado en ninguno de ellos la secuencia del ciclo de mejora de calidad propuesta en la introducción: identificación del problema —análisis de causas— planificación de cambios —verificación de resultados— monitorización. Sin embargo, todos los que tengan experiencia en la aplicación de los programas de calidad, sabrán que es mucho más sencillo identificar y analizar problemas que proponer soluciones y evaluar resultados.

Por otra parte, este trabajo pretende, en una primera fase, tan sólo recopilar el análisis de diferentes problemas encontrados por nuestro equipo de trabajo en la mejora de la asistencia primaria de los problemas de salud mental de un centro penitenciario. Aunque ya se han comenzado a plantear actuaciones para mejorar los resultados en base a la solución de algunos problemas encontrados, es intención de los

autores explicar en otros trabajos posteriores cuales han sido estas actuaciones y cual el resultado de la evaluación de sus efectos.

Es evidente que hay una importante necesidad de atención, provocada por sintomatología mental, y es una demanda con unas características dominadas por la presencia de cuadros de Trastorno por uso de sustancias psicoactivas y de Trastornos de Personalidad,

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	179,711 ^a	60	0,000
Razón de verosimilitud	67,615	60	0,233
N de casos válidos	123		

^a 75 casillas (93,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 0,01.

dos de las patologías más prevalentes entre los reclusos, como quedó recogido en la muestra que nosotros estudiamos. Respecto a la interconsulta psiquiátrica, llama la atención que el motivo más frecuente de derivación a la consulta del psiquiatra haya sido la conducta incongruente e inadaptada, y el diagnóstico más realizado haya sido el de Trastorno Depresivo, es posible que en prisión algunos cuadros depresivos, cursen con comportamientos más identificables con dificultades de convivencia que con los propios de una depresión, especialmente si se asocian al uso de sustancias psicoactivas. Tiene especial interés la tasa de patología dual que demanda asistencia, el 67% de los internos que necesitaron derivación al psiquiatra para su manejo y tratamiento. Una de las primeras reflexiones es que hay que mejorar la formación y actualización de los conocimientos sobre patología dual entre el personal sanitario penitenciario para poder detectar y atender esta demanda asistencial.

Una hipótesis a analizar es que gran parte de las conductas agresivas e impulsivas de algunos internos, que producen un deterioro importante del clima social de la prisión, están causadas por la sintomatología propia de trastornos mentales en el campo de la inadaptabilidad, ciertamente muy frecuentes entre los reclusos, que con un adecuado diagnóstico y tratamiento, desaparecerían, mejorando así la convivencia entre reclusos y de éstos con los funcionarios. Esta suposición en estos momentos es una línea de trabajo en marcha en nuestro centro.

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

A pesar del importante número de derivaciones al psiquiatra que nuestro estudio demuestra, antes de que hubiera un psiquiatra consultor en nuestro centro, no se hacían ese número de traslados al hospital, debido a la ineficiencia del proceso, la demora de las consultas extrapenitenciarias, la discontinuidad en la atención del paciente por parte del especialista y el desconocimiento de éste del contexto penitenciario donde se desarrolla la enfermedad. Todo ello iba unido a una falta total de oportunidades de relación entre los médicos del Centro con el psiquiatra para seguir la evolución y consensuar tratamientos. Este

modelo asistencial es muy frecuente para este tipo de problemas en las prisiones dependientes del Estado³, salvo en Cataluña, y eso a pesar de que la derivación del paciente psiquiátrico a una consulta ambulatoria de atención especializada extrapenitenciaria no resulta plenamente eficaz en el caso de las prisiones. La alternativa es la contratación de un especialista privado que acuda periódicamente a la prisión. En un estudio sobre calidad asistencial en los centros penitenciarios³, se observa como en algo más del 60% de los centros españoles no dependientes de la Generalidad de Cataluña está disponible este servicio especializado, con una frecuencia semanal en la mayor parte de los casos.

Nuestra experiencia es que el modelo de un psiquiatra consultor, sólo es útil si hay un alto nivel de coordinación especialista-equipo de atención primaria penitenciario. En nuestro centro contamos con la ayuda de un Psiquiatra Consultor que, por una coincidencia, trabaja también en conexión con los recursos psiquiátricos públicos de la comunidad y que viene al centro semanalmente. Su coordinación con el equipo asistencial es muy aceptable y ha permitido reducir las derivaciones a los recursos extrapenitenciarios únicamente a los casos urgentes. Esta coordinación igualmente permite consensuar los tratamientos psicofarmacológicos con el personal de atención primaria encargado del manejo del paciente en prisión, controlando también su evolución.

Pensamos que la ineficiencia crónica en la derivación extrapenitenciaria al nivel especializado puede traducirse en las prisiones, en la necesidad de tratar cuadros mentales con una sintomatología sobreevoluciona y en muchos casos con recursos terapéuticos inadecuados. En los centros llamados "tipo", como el nuestro, las enfermerías, dotadas con un número elevado de camas, tradicionalmente están ocupadas casi al 50% por internos a los que un trastorno mental les impide hacer vida normal penitenciaria en cualquier otro módulo de la prisión¹⁶. Toda la patología severa de la prisión se aloja en la Enfermería porque es el módulo "más terapéutico" del centro. En nuestra experiencia, el manejo de estos pacientes en estos espacios es complejo, conviven enfermos mentales con los que no lo son, convalecientes de algún proceso físico, crónico o agudo. La enfermería del centro, como instalación dedicada al cuidado de los sujetos con problemas psiquiátricos, debe hacer las siguientes funciones:

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

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

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

Este tipo de enfermos, con comportamientos inadaptados y/o agresivos, deben ser estabilizados y tratados en unas instalaciones, como las enfermerías de los centros penitenciarios, que no están concebidas para este propósito y que carecen de personal adecuado, no tanto en formación como en número, para llevar adelante este cometido¹⁶. Aunque se trata de la más sanitaria de las instalaciones de la prisión, la enfermería del centro no deja por ello de ser parte de la cárcel, un lugar donde la seguridad y el orden priman por delante de la actividad curativa.

Como conclusión de estas experiencias podemos decir que la demanda asistencial en materia de salud mental es muy alta en prisión, se acercará al 50% de la presión asistencial diaria. Una manera eficaz de canalizarla y darle una respuesta adecuada es construir una relación coordinada entre el servicio de atención primaria de la prisión y un psiquiatra consultor que pueda acudir al centro con la periodicidad que las ne-

cesidades determinen. Finalmente en la mayoría de las prisiones no hay un recurso asistencial adecuadamente dotado para el manejo de los enfermos mentales graves y/o crónicos que no son capaces de hacer vida normal penitenciaria, por lo que se alojan en las enfermerías sin recibir un adecuado tratamiento a sus problemas de salud mental. Esto es especialmente importante en los casos de enfermos mentales que han cometido delitos violentos ya que precisamente aquí es donde la necesidad de tratamiento especializado en un ámbito sanitario cobra una mayor trascendencia para el presente y el futuro del sujeto. Estos pacientes son ingresados por los juzgados, de preferencia en una institución carcelaria antes que en una institución asistencial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Otero A, Saturno PJ, Marquet R. Mejora de la calidad en Atención Primaria. En Martín A y Cano JF. Atención Primaria, conceptos, organización y práctica clínica. Vol 1. Harcourt. Madrid 2000.
2. DSM. IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona Masson, 2001.
3. Saiz de la Hoya P, Viciano P, Antón J, Arroyo JM, Calvo R, Castro JM, et al. Informe CAPRI sobre la calidad de la asistencia sanitaria en centros penitenciarios españoles. Rev Esp Sanid Penit 2003; 5: 38-48.
4. Hernández M, Espinosa J. La atención a pacientes con trastornos mentales en las prisiones. Asociación Española de Neuropsiquiatría. <http://www.pulso.com/aen/> (Consulta agosto 2005).
5. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys Lancet. 2002 feb 16; 359: 545-50.
6. Kjelsberg E, Hartvig P. Can morbidity be inferred from prescription drug use? Results from a nation-wide prison population study. Eur J Epidemiol. 2005; 20: 587-92.
7. Fotiadou M, Livaditis M, Manou I, Kaniotou E, Xenitidis K. Prevalence of mental disorders and deliberate self-harm in Greek male prisoners J Epidemiol Community Health. 2005; 59: 651-5.
8. Hernández M, Herrera R. La atención a la salud mental de la Población Reclusa. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Siglo XXI, Madrid 2003.
9. García Andrade JA. Los Trastornos de Personalidad en Psiquiatría Forense. En Delgado Bueno S. Psiquiatría Legal y Forense. Tomo I. Madrid Colex. 1994. 773-814.

10. Soler Insa P, Gascón Barrachina J. RTM-II Recomendaciones Terapéuticas en los Trastornos Mentales Barcelona, Masson 1999.
11. CIE 10. OMS. Pautas diagnósticas y de actuación ante los trastornos mentales en Atención Primaria. Madrid Izquierdo 1996.
12. Pichot P. DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona, Masson. 2001.
13. Feron JM, Paulus D, Tonglet R, Lorant V, Pestiaux D. Substantial use of primary health care by prisoners: epidemiological description and possible explanations. *J Epidemiol Community Health*. 2005. Aug; 59(8): 651-5.
14. Nurse J, Woodcock P, Ormsby J. Influence of environmental factors on mental health within prisons: focus group study. *BMJ*. 2003 Oct 25; 327: 989.
15. Donabedian A. La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. La Prensa Médica Mexicana. México 1984.
16. Martínez Cordero A. Perfil patológico del interno ingresado en la Enfermería de un Centro Penitenciario. *Rev Esp Sanid Penit* 2000; 2: 41-47.

CORRESPONDENCIA

Servicio Médico del Centro Penitenciario de Zuera
Ctra. Nacional 330, km. 539
50800 ZUERA (Zaragoza)