

**Universidad CEU Cardenal Herrera**

**Departamento de Medicina**



Aspectos sociodemográficos, clínicos y de  
tratamiento de personas privadas de  
libertad atendidas en una consulta  
psiquiátrica penitenciaria.

**TESIS DOCTORAL**

Presentada por:  
Francisco Arnau Peiró

Dirigida por:  
Gonzalo R. Haro Cortés  
Julio García Guerrero

VALENCIA  
2016

*A mis dos estrellas, María y Vega*

*In memoriam JMT*

## *Agradecimientos*

*. A mis Directores de Tesis, por su paciencia, esfuerzo y por ayudarme a inmiscuirme en el mundo de la investigación.*

*. Al equipo de la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Penitenciaria de Cataluña por haber influido en mi interés por el trabajo en el medio penitenciario.*

*. A los compañeros de los tres centros penitenciarios objeto de este estudio, por la colaboración prestada. Especialmente a Enrique Vera, por su inestimable ayuda en aspectos estadísticos.*

*. A los que siempre han estado ahí, apoyándome, pase lo que pase. Es decir, a mi familia.*

*. A mi pareja, María, por su comprensión por el tiempo robado.*

*. A los pacientes, tema central de esta Tesis y, a la vez, mi motivación para que algo cambie en la prestación de la asistencia psiquiátrica en los centros penitenciarios españoles.*

# ÍNDICE GENERAL

---

<b>ABREVIATURAS</b>	<b>8</b>
<b>PREÁMBULO</b>	<b>10</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN.</b>	<b>17</b>
1.1. El mundo de la prisión.	18
1.1.1. Marco normativo y filosofía que lo impregna.	18
1.1.2. Población penitenciaria en España.	24
1.1.3. Estructura administrativa y medios.	26
1.1.3.1. Dependencia orgánica del Ministerio del Interior.	26
1.1.3.2. Dependencia orgánica de la Generalitat de Cataluña.	28
1.1.3.3. Dependencia orgánica del Gobierno Vasco.	29
1.1.4. El centro penitenciario.	30
1.1.4.1. Tipos.	30
1.1.4.2. Régimen y estructura.	34
1.1.4.3. Organigrama y personal.	38
1.1.5. Función rehabilitadora.	39
1.1.6. La subcultura carcelaria.	48

1.2. La asistencia sanitaria en prisión.	51
1.2.1 Marco normativo.	51
1.2.2. El peculiar tratamiento del consentimiento informado en prisión y otras particularidades.	53
1.2.3. Orígenes de la Sanidad Penitenciaria. Modelos organizativos.	56
1.2.4. Algunos indicadores de salud.	63
1.2.5. La asistencia psiquiátrica penitenciaria.	65
1.2.5.1. Prisión, institucionalización y enfermedad psiquiátrica.	65
1.2.5.2. Epidemiología de la enfermedad psiquiátrica en prisión.	71
1.2.5.3. Modelos organizativos asistenciales existentes.	83
1.3. Justificación de la tesis doctoral.	98
<b>2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.</b>	<b>100</b>
2.1. Hipótesis.	101
2.2. Objetivos.	103
<b>3. METODOLOGÍA.</b>	<b>104</b>
3.1. Tipo de estudio.	105
3.2. Muestra.	106
3.3. Variables del estudio.	109
3.3.1. Fuentes de información.	109
3.3.2. Variables analizadas.	109
3.4. Análisis estadístico.	115
3.5. Aspectos éticos y administrativos.	119

<b>4. RESULTADOS.</b>	<b>120</b>
4.1. Resultado descriptivos.	121
4.1.1. Variables sociodemográficas.	121
4.1.2. Variables relacionadas con el perfil delictivo.	124
4.1.3. Variables referentes a la patología médica y psicopatología.	127
4.1.4. Variable referente al tiempo de estudio.	134
4.1.5. Variables referentes al tratamiento.	136
4.1.6. Variables relacionadas con el seguimiento y estudio temporal.	142
4.2. Resultados analíticos.	146
4.2.1. Análisis de las diferencias sociodemográficas, de perfil delictivo y de seguimiento según el diagnóstico de enfermedad mental.	146
4.2.2. Análisis de las diferencias sociodemográficas, de perfil delictivo y de seguimiento en el paciente hiperfrecuentador.	155
4.2.3. Análisis de las diferencias sociodemográficas, de perfil delictivo y de seguimiento según el CP en el que residen los internos.	173
<b>5. DISCUSIÓN.</b>	<b>185</b>
5.1. Limitaciones y fortalezas del estudio.	186
5.2. Discusión general.	188
5.2.1. Discusión resultados descriptivos.	188
5.2.1. Discusión resultados analíticos.	188

5.3. Nuevas propuestas para la atención de las personas privadas de libertad con patología mental.	206
5.3.1. Justificación del nuevo modelo sanitario.	206
5.3.2. Propuestas para un nuevo modelo asistencial.	212
<b>6. CONCLUSIONES.</b>	<b>217</b>
<b>7. BIBLIOGRAFÍA.</b>	<b>221</b>
<b>ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS</b>	<b>242</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>248</b>

## ABREVIATURAS

---

AP: Administración Penitenciaria.

CE: Constitución Española.

CHP: Consorcio Hospital Provincial de Castellón.

CI: Consentimiento informado.

CIS: Centro de Inserción Social.

CP: Centro Penitenciario.

DP: Derecho Penitenciario.

DT: Desviación típica.

EAP: Equipo de Atención Primaria.

ETAI: Equipo Técnico de Atención a Ingresos.

FIES: Fichero de Internos de Especial Seguimiento.

GSMP: Grupo de Trabajo de Salud Mental en Prisiones.

HPP: Hospital Psiquiátrico Penitenciario.

LOGP: Ley Orgánica General Penitenciaria.

MI: Ministerio del Interior.

OMS: Organización Mundial de Salud.

OR: Odd Ratio.

PAIEM: Programa atención integral al enfermo mental.

PILD: Paliperidona inyectable de larga duración.

PMM: Programas de Mantenimiento con Metadona.



PPS: Protocolo Prevención de Suicidios.

RESP: Revista Española de Sanidad Penitenciaria.

RILD: Risperidona inyectable de larga duración.

RP: Reglamento Penitenciario.

SGIIPP: Secretaria General Instituciones Penitenciarias.

SNS: Sistema Nacional de Salud.

TAA: Trastornos afectivos y ansiosos.

TAI: Tratamiento ambulatorio involuntario.

TDO: Tratamiento Directamente Observado.

TMG: Trastorno Mental Grave.

TOC: Trastorno obsesivo compulsivo.

TP: Trastorno de personalidad.

TPFE: Trabajo Penitenciario y formación para el empleo.

TUS: Trastorno por uso de sustancias.

UCA: Unidad de Conductas Adictivas.

UHPP: Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Penitenciaria.

UNED: Universidad Nacional de Educación a Distancia.

USM: Unidad de Salud Mental.

USMP: Unidades de Salud Mental Penitenciaria.

# **PREÁMBULO**

---

## PREÁMBULO

Una persona privada de libertad es aquella que tiene algún grado de privación de su libertad personal por una resolución judicial, ya sea de reclusión en prisión, cumplimiento de pena en un régimen abierto penitenciario, de inhabilitación para el ejercicio de la función pública o cualquier otro. A los efectos del presente trabajo se considerará solamente como persona privada de libertad a aquella que está efectivamente recluida en un centro penitenciario (CP), en primer o segundo grado de cumplimiento de su pena o bien como preso preventivo.

La prisión es un sistema de poder y coacción, es un lugar donde las personas pagan una deuda que han contraído con la sociedad tras cometer un acto antijurídico. La privación de la libertad como forma de intervención penal, aparece a finales del siglo XVI y comienzos del siglo XVII, consolidándose las prisiones como sistema de control social a finales del siglo XVIII sobre la base del aislamiento y separación social (Rodríguez-Díaz, Álvarez, García, Longoria y Noriega, 2014) y a la dominación del delincuente a través de su conocimiento integral (Foucault, 2008).

En nuestro país, fue en la II República con las figuras destacadas de Concepción Arenal y Victoria Kent (Directora General de Prisiones), quienes iniciaron cambios reales en el sistema penitenciario abogando por una prisión más humana, centrada en la mejora en las condiciones de vida del preso y defendiendo su perfil rehabilitador.

La llegada de la democracia supuso un importantísimo salto cualitativo en el sistema penitenciario español. La Constitución Española (CE) sanciona en su artículo 25 el principio de conservación de derechos por los presos:

“Las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad estarán orientadas hacia la reeducación y reinserción social y no podrán consistir en trabajos forzados. El condenado a pena de prisión que estuviere cumpliendo la misma gozará de los derechos fundamentales de este Capítulo, a excepción de los que se vean expresamente limitados por el contenido del fallo condenatorio, el sentido de la pena y la Ley penitenciaria. En todo caso, tendrá derecho a un trabajo remunerado y a los beneficios correspondientes de la Seguridad Social, así como al acceso a la cultura y al desarrollo integral de su personalidad.”

La cárcel, como realidad social, ha sido objeto de estudio e interés por parte de la comunidad científica. Se le puede considerar como una organización social propia en la que el individuo se relaciona con el otro y con uno mismo en un contexto de gran peculiaridad. En ese sentido, el profesor Jesús Valverde (1997) comenta al respecto:

“Esta situación de ambiente total, precario y anormalizador, y de estructura rígida y violenta de la vida, lleva a que la cárcel se convierta en un auténtico sistema social alternativo, con sus sistemas de comunicación e información e incluso sus agentes de control social, encargados de reprimir cualquier tipo de desviación de las normas establecidas. Todo ello al margen de la institución. En este ambiente, la actividad diaria de la vida del recluso se convierte en una incesante *lucha por la supervivencia*, en un intento constante de adaptación, buscando un máximo de gratificación con la menor cantidad posible de dolor” (p.77).

Así pues, es inevitable entender la entrada en prisión como un proceso que implica una notable y necesaria adaptación al nuevo medio. Como se describirá más adelante, la cárcel representa la institución total y totalizadora, de forma que todo individuo encarcelado sufre no sólo una ruptura biográfica al verse despojado de su libertad, si no la imperiosa necesidad de someterse a una nueva forma de ser y estar, en un ambiente que podemos definir, al menos, como hostil.

Y aquí entra en juego el concepto de vulnerabilidad. Éste es un concepto complejo, con múltiples significados y aplicable a varios ámbitos, no sólo médicos. La vulnerabilidad es la cualidad del vulnerable, expresada por el riesgo a sufrir un daño. Éste puede ser endógeno o exógeno, mostrando una incapacidad de respuesta frente a ese daño o no tener la habilidad para adaptarse a un nuevo escenario generado por la materialización de dicho riesgo. Así pues, el concepto de vulnerabilidad expresa tanto la exposición al riesgo como la medida de capacidad de cada unidad para enfrentarlo a través de una respuesta (CEPAL, 2002).

No es difícil ver el entorno carcelario como un medio generador de vulnerabilidad, y a la vez receptor de personas de por sí vulnerables. Como se desarrollará a lo largo del presente trabajo, en la población penitenciaria existe un elevado porcentaje de individuos con bajo nivel cultural, socioeconómico y con enfermedades tanto somáticas como mentales muy prevalentes. Sirva de ejemplo el

cálculo que realizó hace 25 años la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la incidencia de alteraciones psiquiátricas en población penitenciaria de las sociedades occidentales, de hasta siete veces mayor que en la población general (Mendelson, 1992). Cifras que se mantienen muy elevadas en la actualidad, tal y como muestra el estudio más reciente en nuestro medio de Zabala-Mañón y colaboradores realizado en 2016 en tres CP españoles, donde la prevalencia mes de cualquier trastorno mental se sitúa en el 52.2% y la prevalencia vida en el 90.2%.

Siguiendo con el concepto de vulnerabilidad, los presos que sufren una enfermedad mental son los que representan con más fidelidad las características antes definidas.

Por una parte, el ingreso en prisión de este colectivo puede estar determinado por la falta de adherencia o dificultad para acudir a los recursos comunitarios, quedando expuestos a más riesgo de cometer actos antisociales. Otras veces, se generan trastornos mentales por las propias condiciones del régimen penitenciario y la ausencia prolongada de libertad. Los problemas de ajuste al contexto penitenciario y la imposición de un código subcultural de valores dan lugar al proceso denominado prisonización, que lleva implícito un esfuerzo considerable de adaptación. Como consecuencia de este proceso y los posibles antecedentes previos tanto de estilo intrapsíquico como de posible enfermedad mental, pueden facilitar la aparición de trastornos psíquicos en diferentes grados o magnitudes; desde una reagudización de patología mental previa (esquizofrenia, trastorno bipolar, etc.), como procesos de carácter adaptativo de tipo ansioso, depresivo o mixto.

A continuación se citan las que a nuestro juicio son las tres referencias bibliográficas que mejor definen la magnitud de este problema en nuestro país y que a su vez nos son útiles como punto de partida para nuestro trabajo de investigación.

- La primera de ellas es el Estudio sobre Salud Mental en el Medio Penitenciario llevado a cabo por la Subdirección General de Sanidad de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIIPP) en el año 2007. Se analizaron 970 historias clínicas de forma transversal en 64 CP del Estado. Los resultados fueron los siguientes: un 17,6% tenía antecedentes de trastorno mental previo, el

25,6% de los internos tenía recogido al menos un trastorno mental en la historia clínica, el 12% de los internos requirió derivación hacia la atención psiquiátrica especializada, y el 1,8% tenía acreditada una discapacidad psíquica.

- La segunda referencia destacable es el estudio PRECA publicado en 2011 (Vicens et al., 2011). En él participaron 707 internos de 3 CP españoles que fueron entrevistados para determinar mediante psicometría, la posible existencia de enfermedad mental. Se evidenció una prevalencia de trastorno mental de alrededor cinco veces superior a población general. Ocho de cada diez internos sufrieron un trastorno mental incluido el trastorno inducido por sustancias, y cuatro de cada diez lo presentaron en el momento de la evaluación.
- Y por último, el estudio llevado a cabo por el que suscribe en el año 2012, que sirvió como estudio preliminar para el presente trabajo de investigación (Arnau et al., 2012). Se analizó el seguimiento de 786 internos valorados en la consulta psiquiátrica penitenciaria que fueron derivados por los médicos de atención primaria de los CP estudiados. El 59,2% presentaba un trastorno de personalidad (TP) y el 11,6% un trastorno del espectro de la esquizofrenia.

Como se puede observar, la prevalencia de enfermedad mental en los CP supone un problema de primera magnitud que debe afrontar la Administración Penitenciaria (AP). Si atendemos a las cifras antes mencionadas, la situación es tan grave como para que se exija una respuesta definitiva al abordaje integral de estos pacientes, pero no sólo a la AP sino a los diferentes actores implicados: Ministerio de Sanidad, Comunidades Autónomas y consejerías de Salud y Bienestar Social, Ministerio de Justicia y sociedad en su conjunto. Como ya se ha dicho, se trata a nuestro juicio de la población de internos más vulnerable y la que representa más complejidad para abordar dos vertientes indisolubles; el tratamiento rehabilitador y el tratamiento clínico.

Tras esta pequeña pincelada a modo de contextualización de la población objeto de nuestro estudio, se delimitarán brevemente los objetivos de la presente tesis y describir someramente cómo se ha llevado a cabo.

Fundamentalmente son dos los objetivos que pretendemos abordar. El primero de ellos es analizar la realidad asistencial en la consultoría psiquiátrica de tres CP

españoles, configurada por los internos derivados por parte de los médicos de atención primaria penitenciaria. De esta forma se quieren presentar los datos de carácter sociodemográfico y clínico que presentan los pacientes valorados y además aportar información acerca del seguimiento longitudinal de cada paciente mientras permanece en la consulta de psiquiatría penitenciaria. Y el segundo de los objetivos, partiendo de la discusión de los datos obtenidos, será el de formular una alternativa al actual modelo de asistencia psiquiátrica penitenciaria.

A continuación se describen los diferentes aspectos que se desarrollarán en nuestro trabajo de investigación, tanto a nivel teórico como experimental. El primero de los epígrafes trata sobre *el mundo interno de la prisión*. En él se describirá el marco normativo y la filosofía que lo impregna, se aportarán datos sobre la población penitenciaria, se describirá la estructura administrativa penitenciaria, se detallarán las principales características de un CP, y para terminar se abordarán los aspectos sustanciales de la denominada subcultura carcelaria.

El siguiente aspecto a desarrollar será el de la *asistencia sanitaria en prisión*. Se hará un repaso del marco normativo, de sus orígenes, y de los diferentes modelos organizativos en nuestro país. Por supuesto, la *asistencia psiquiátrica penitenciaria* tendrá un espacio relevante en este marco teórico. Se describirán los diferentes modelos asistenciales españoles que son sustancialmente diferentes según sea la encargada una de las tres diferentes administraciones encargadas de prestar la asistencia sanitaria a las personas privadas de libertad, se analizarán aspectos epidemiológicos y los programas clínicos más relevantes, como es el Programa de atención integral al enfermo mental en prisión (PAIEM). Estos aspectos teóricos aportarán datos que sustentarán la *justificación* de la presente tesis doctoral.

Una vez expuesto el marco teórico, se plantearán nuestras *hipótesis de trabajo* y posteriormente se detallarán de nuevo los *objetivos* de nuestra investigación.

En el apartado correspondiente a *metodología* se detallará nuestra muestra, el tipo de estudio realizado, sus características y variables que lo definen, los métodos empleados en el análisis estadístico de los datos obtenidos, y se dará cuenta de los aspectos éticos y administrativos para poder llevar a cabo la investigación.

Se presentarán los *resultados*, y para finalizar se procederá a la *discusión*. Ésta se ha dividido en tres apartados para una mejor delimitación dialéctica; en el primero de los apartados expondremos las principales limitaciones y fortalezas del estudio, el segundo aspecto a desarrollar será el de una discusión de los resultados obtenidos, poniéndolos en relación con estudios u otras investigaciones recientes, y para finalizar se expondrán las nuevas propuestas para el abordaje de la asistencia psiquiátrica penitenciaria.



# INTRODUCCIÓN

---

## 1.1. EL MUNDO DE LA PRISIÓN.

### 1.1.1. Marco normativo y filosofía que lo impregna.

---

El Derecho Penitenciario (DP) puede definirse como “el conjunto de normas jurídicas que regulan la ejecución de las penas y medidas de seguridad privativas de libertad.” (García Valdés, 1982).

De esta definición del ordenamiento penitenciario, surgen sus propias características:

- Su contenido es *normativo*, siendo una parte del Ordenamiento Jurídico. La existencia de una Ley Orgánica General Penitenciaria (LOGP) y sus normas reglamentarias de desarrollo, así lo constata.
- Se refiere sólo a las penas privativas de libertad, que de conformidad con el artículo 35 del Código Penal, son la prisión, la localización permanente y la responsabilidad personal subsidiaria por impago de multa. Según la redacción dada al Código Penal por la Ley Orgánica 15/2003, de 25 de noviembre, eliminando así la novedosa pena de arresto de fin de semana incorporada al Código Penal en su modificación de 1995.
- También incluye las *medidas de seguridad privativas de libertad*, por su naturaleza de consecuencia jurídica del delito, similar a la pena privativa de libertad aunque con fines distintos. El artículo 96.2 del Código Penal, determina que son medidas privativas de libertad: El internamiento en Centro Psiquiátrico; el internamiento en Centro de Deshabitación y el internamiento en Centro Educativo Especial.

La legislación contemporánea en la que se sustenta el DP se basa en las siguientes leyes (Fernández-Cubero, 2005):

- La CE de 1978.

Especialmente el artículo 25.2, del Título Primero, dedicado a la regulación de los derechos y deberes fundamentales, que establece como finalidad de la pena privativa de libertad la reeducación, la reinserción social de los reclusos y el principio de conservación de derechos.

- Ley orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, general penitenciaria.

Esta norma establece las directrices del moderno sistema penitenciario y que consagra como rasgos más sobresalientes el principio de legalidad en la ejecución de la pena, la potenciación del régimen abierto, la implantación del Juez de Vigilancia y en definitiva la instauración de un sistema penitenciario basado en la concepción de la pena como una medida de prevención especial encaminada a la reeducación y reinserción social de los penados.

- Ley orgánica 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la ley orgánica 10/1995, de 23 de noviembre del Código Penal.
- La Ley de Enjuiciamiento Criminal, aprobada según Real Decreto de 14 de Septiembre de 1882, y modificada en la Ley 41/2015 del 5 de Octubre de 2015.
- El Reglamento Penitenciario (RP) aprobado por RD 190/1996 de 9 de febrero y sus modificaciones posteriores.

Desarrolla los principios de la Ley Orgánica en consonancia con el nuevo modelo punitivo establecido en el Código Penal.

- Real Decreto 840/2011 que regula la ejecución de las penas de trabajos en beneficio de la comunidad y de localización permanente en centro penitenciario, de determinadas medidas de seguridad así como de la suspensión de la ejecución de las penas privativas de libertad y sustitución de penas.

A nivel supranacional existen las normas penitenciarias europeas que tratan de reflejar el compromiso de tratar a los reclusos de manera justa y equitativa. El primer intento de establecerlas en Europa se produjo en 1973, con la introducción de las Reglas Mínimas Europeas para el tratamiento de los reclusos, mediante la Resolución (73) 5 del Consejo de Europa. Estas reglas pretendían adaptar a las condiciones europeas las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el tratamiento de los reclusos, que ya fueron formuladas en 1955. En 1987 las Normas Penitenciarias Europeas fueron revisadas concienzudamente a fin de que pudieran, como lo expresa la Exposición de Motivos: *“recoger las necesidades y las aspiraciones de las administraciones penitenciarias, de los reclusos y del personal penitenciario en un enfoque coherente de la gestión y el tratamiento que sea positivo, realista y contemporáneo”*. Las últimas Reglas Penitenciarias europeas se actualizaron en el año 2006, mediante la Recomendación Rec (2006)2 del Comité de Ministros de los Estados Miembros, adoptada por la Comisión de Ministros de 11 de Enero de 2006 durante la 952 Reunión de los Delegados de los Ministros.

Para entender cómo se ha llegado hasta aquí, con un sistema jurídico que define la organización y funciones de la AP, se hacen necesarias unas mínimas pinceladas sobre la evolución histórica del encarcelamiento y la filosofía que lo impregna. Para plasmarlo de una forma más gráfica se presentan a continuación las Tablas 1-2 que aspiran a resumir esta evolución histórica, y cuya fuente es el artículo de Gudín (2008).

**Tabla 1. Evolución del encarcelamiento a lo largo de la historia (Parte I)**

<b>Época</b>	<b>Principales características</b>
<b>Antiguo Egipto</b>	Primera referencia histórica. Los llamados “Presos del faraón”.
<b>Época Romana</b>	Mazmorras subterráneas o construcciones abovedadas que no respetaban la condición humana. La función era evitar la fuga de los procesados.
<b>Año 1166</b>	En Claredon (Inglaterra) se sitúa el más antiguo sistema de prisión conocido (en el sentido de establecimiento para cumplir una pena).
<b>Edad Media</b>	Al arbitrio de príncipes y gobernantes. En general se entiende como una reclusión temporal sin finalidad añadida. Mucho menos gravosa esta pena que sus alternativas: rueda, aceite hirviendo, maceramiento, desmembramiento, ahogamiento, las galeras, muertes por saetas o por fuego...
<b>Siglo XVI y XVII (absolutismo monárquico)</b>	Penas de enorme crueldad, la prueba más frecuente era la confesión, desproporción entre delito y pena, se carecía de la debida defensa en el juicio. Las penas eran entendidas como una “justa venganza” del Soberano ante la falta u ofensa cometida por el reo contra su persona. También se implantaron trabajos forzosos (Francia, Inglaterra, España y Portugal).  A finales del S. XVIII aparecen dos sistemas novedosos en América: . <i>Sistema celular o de aislamiento</i> : Eran tratados como personas y no como objetos. Se trataba de “reflexionar” en la celda en un contexto de aislamiento, que finalmente generó muchos alienados. . <i>Sistema Auburn o mixto</i> : acción resocializadora por el día y “meditación” y aislamiento por la noche. Estaba prohibida la comunicación entre presos.

Elaboración propia. Fuente: Gudín, 2008.

**Tabla 2. Evolución del encarcelamiento a lo largo de la historia (parte II).**

<b>Época</b>	<b>Principales características</b>
<b>Siglo XVIII (era de la Ilustración)</b>	<p>Los dos primeros establecimientos penitenciarios propiamente dichos; Italia y Bélgica.                      Separación nocturna y trabajo diurno.                      La crueldad innecesaria se va sustrayendo y se inicia la tendencia a separar al delincuente de la convivencia y tratarlo de modificar.</p> <p>Tres autores influyentes:                      . <i>Beccaria</i>: Propone un nuevo sistema penal con varios principios; racionalidad, legalidad, publicidad, igualdad y proporcionalidad de las sanciones y menor severidad. El fundamento principal de la pena es lograr que el individuo no vuelva a cometer un delito.                      . <i>John Howard</i>, que propugna una reforma del sistema penitenciario: cárceles higiénicas, separación por tipo de delitos, incentivar el trabajo y sistema celular. Orientar el establecimiento para el retorno del individuo a la sociedad.                      . <i>Jeremy Bentham</i>: en su obra el Panóptico proporciona la descripción arquitectónica de cómo debería ser una cárcel (incrementar el control por la observación). También busca la reinserción</p>
<b>Finales Siglo XVIII y principios Siglo XIX</b>	<p>Se inicia la generalización del cambio.                      La prisión permite: corregir al culpable, garantizar la seguridad, aislar al delincuente y el escarmiento.</p>
<b>Siglo XIX</b>	<p>Se iniciaron los sistemas progresivos: restablecer gradualmente el equilibrio moral del reo y reintegrarlo en la sociedad civil: prisión celular, trabajo en común y libertad provisional.                      Uno de sus representantes más destacados en España fue el Coronel Manuel Montesinos (cárcel de Valencia).</p>
<b>Siglo XX</b>	<p>Se inician los primeros congresos penitenciarios en Europa, destacando el de Palermo (1933) donde se propugna la autonomía del Derecho Penitenciario.                      Tras la Segunda Guerra Mundial se replanteó el concepto de readaptación social y cobró nuevos ímpetus el proceso resocializador. En España este concepto se introduce en la Constitución Española de 1978.                      Como autor influyente destaca M. Foucault con su obra <i>Vigilar y castigar</i> (1975), donde describe la evolución de los conceptos de prisión y pena.</p>

Elaboración propia. Fuente: Gudín, 2008.

Como puede observarse, el cambio en la filosofía penal y penitenciaria tiene como origen común el deseo de reforma humanitaria de las leyes y prácticas punitivas. Así, se llega al espíritu preventivo general y especial que imponen las modernas legislaciones, concibiendo como eje cardinal la noción resocializadora y rehabilitadora que caracteriza a los CP contemporáneos.

Tras hablar sobre la evolución del concepto de encarcelamiento, se continuará la exposición teórica centrándola en la descripción del sistema penitenciario actual, iniciando el análisis con la exposición de características sociodemográficas de la población penitenciaria española.

### **1.1.2. Población penitenciaria en España.**

---

Los datos que se muestran a continuación son los ofrecidos por el último Informe General de la SGIIPP, que fue publicado en el año 2014.

El perfil del preso español según este informe, es de un varón de edad comprendida entre los 26 y 60 años de edad, siendo el grupo de mayor edad el comprendido entre los 41 y 60 años que presenta el 33.5% del total de la población.

De los 55.726 presos españoles a fecha de Diciembre de 2014, sólo el 7,79% son mujeres (4.343 internas).

El 28% (15.625 internos) del total de la población penitenciaria corresponde a internos extranjeros, siendo los súbditos marroquíes, rumanos y colombianos los más representados.

La tipología delictiva en el interno varón a fecha de Diciembre de 2014 es la siguiente; delitos contra el patrimonio y orden socioeconómico (33,89%), contra la salud pública (25,2%), delitos y faltas de violencia de género (7,07%), homicidio y sus formas (6,93%), delitos de lesiones (4,68%), contra el orden público (4,48%) y delitos contra la seguridad vial con un 2,16% del total.

Según su situación procesal, el 84,7% están cumpliendo condena, el 13% se encuentra en prisión preventiva, el 1,3% con situación mixta (penados con preventivas) y el 1% (549 internos) están cumpliendo una medida de seguridad privativa de libertad.

Respecto a su nivel de instrucción, clásicamente se ha asumido que el nivel educativo de la población penitenciaria es bajo y ese trazo grueso se mantiene hoy, aunque se advierte una cierta tendencia al cambio en forma de un mayor número de presos que tienen superados estudios medios o de bachillerato. La Tabla 3 muestra la tendencia a través de los datos obtenidos en cuatro momentos en los últimos 25 años en donde se observa una mínima pero constante evolución positiva en el grado académico alcanzado por los presos españoles en el momento de su ingreso en prisión, que nos



plantean un cierto cambio en el paradigma del preso cuasi analfabeto por definición (García-Guerrero, 2013).

**Tabla 3. Nivel instrucción de los internos españoles.**

		1990	2003	2011	2014
<b>Analfabeto</b>		7,4%	12,1%	8,1%	7,1%
<b>Educación Primaria</b>	Estudios incompletos	48%	32,2%	26,8%	24,4%
	Estudios completos	29,1%	22,6%	32%	33,2%
<b>Educación Secundaria</b>	Primera etapa (*) (&)	-	17,1%	18,5%	19,9%
	Segunda etapa (**) (&)	-	9,1%	11%	12,2%
<b>Enseñanza universitaria</b>	Primer ciclo (&)	-	2,1%	2,4%	2,2%
	Segundo ciclo (&)	-	1%	1%	1,0%
	Tercer ciclo (&)	-	0,1%	0,1%	0,03%

Nota: \*: Equivale al Graduado Escolar, \*\*: Equivale al Bachillerato. &: No se dispone de datos para esas categorías para el año 1990. Elaboración propia. Fuente: Informes Generales SGIIPP años: 1990, 2003, 2011, 2014.

A pesar del cierto incremento en el nivel de estudios, podemos decir que el perfil mayoritario de la población penitenciaria está representado por personas que han vivido en ambientes deprimidos, tienen escasa formación y no poseen cualificación profesional y con escasas habilidades sociales (SGIIPP, 2014). Un porcentaje significativo de estas personas son analfabetas funcionales y otro grupo relevante no tiene estudios de educación primaria o no los ha completado.

Tras definir las características del preso español, se inicia la descripción del sistema penitenciario que lo contiene, abordando este análisis partiendo de la estructura administrativa.

### 1.1.3. Estructura administrativa y medios.

---

Para el cumplimiento del espíritu y la letra del anteriormente mencionado artículo 25 de la CE (“las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad estarán orientadas hacia la reeducación y reinserción social [...]”), es necesaria una organización compleja y una serie de recursos materiales que se revisan en los siguientes epígrafes.

En España existen 82 Establecimientos Penitenciarios, cifra que engloba a las prisiones dependientes del MI y las que dependen de la Generalitat de Cataluña (que tiene transferidas las competencias en materia penitenciaria desde el año 1984). Con una población penitenciaria en Agosto de 2016, según el dato ofrecido en la página web oficial de la SGIIPP (última disponible), que asciende a 60.685 personas. Además de esta red de CP la AP dispone de Centros de Inserción Social (CIS), repartidos por todas las comunidades autónomas españolas.

#### 1.1.3.1. Dependencia orgánica del Ministerio del Interior.

La AP dependiente de la Administración General del Estado tiene como organismo encargado de su gestión a la SGIIPP, que depende del Ministerio del Interior (MI) a través de la Secretaría de Estado de Seguridad.

La SGIIPP a través de sus Servicios Centrales lleva a cabo la dirección, coordinación, supervisión e impulso de las actividades de las instituciones penitenciarias dependientes del MI, encargándose específicamente de (SGIIPP, 2015):

- La *función inspectora* sobre los servicios, organismos y centros de la administración penitenciaria, especialmente en lo que se refiere al personal, procedimientos, instalaciones y dotaciones, así como la tramitación de las informaciones reservadas y de los expedientes disciplinarios incoados a los funcionarios y personal laboral destinados en todas sus unidades.

- La *administración y gestión del personal* que presta servicio en los centros y servicios dependientes de esta SGIIPP, estableciendo las previsiones de necesidades de personal y de gasto para atenderlas.
- La propuesta en la planificación y seguimiento del desarrollo del *Plan de creación de infraestructuras penitenciarias* que dé cumplimiento a las necesidades que se planifiquen desde la acción del Gobierno.
- La presidencia de la Entidad Estatal de Derecho Público de Trabajo Penitenciario y Formación para el Empleo (TPFE), regulado por el Real Decreto 868/2005, de 15 de julio, modificado por Real Decreto 1268/2012, de 31 de agosto.
- La *planificación y control* de las actividades tendentes al mantenimiento y mejora de la higiene y de la salud en el medio penitenciario, así como la prevención, tratamiento y rehabilitación de drogodependencias.

En la ciudad de Madrid es donde radica físicamente la SGIIPP de la que dependen la Subdirección General de Penas y Medidas Alternativas, la Subdirección General de Relaciones Institucionales y Coordinación Territorial, la Subdirección General de Inspección Penitenciaria, la Subdirección General de Tratamiento y Gestión Penitenciaria y la Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria, así como la Subdirección General de Recursos Humanos y la Subdirección General de Servicios Penitenciarios. Y dependiente directamente de la SGIIPP existe una Unidad de Apoyo, y una Coordinación de Seguridad.

Dicha estructura permite el correcto funcionamiento interno de cada centro y posibilita la continua relación y coordinación con los Servicios Centrales ubicados en Madrid.

### 1.1.3.2. Dependencia orgánica de la Generalitat de Cataluña.

El 22 de Junio de 1983 la Comisión Mixta de Traspasos Estado-Generalitat aprobó el traspaso a la Generalitat de Cataluña las competencias en materia penitenciaria. Este traspaso se llevó a cabo el 1 de Febrero de 1984, mediante el Real Decreto 3482/83 del 28 de diciembre.

Para ejercer las competencias sobre la ejecución de la legislación penitenciaria en Cataluña, el *Departament de Justícia*, mediante decreto creó la *Direcció General de Serveis Penitenciaris i de Rehabilitació*.

Fueron traspasados un total de siete centros: Modelo, Trinidad (CP de mujeres), Tarragona, Figueres, Gerona, Lleida I y Lleida II. En el año 1984, el CP de mujeres de Barcelona fue trasladado a un antiguo centro de menores situado en la calle Wad-Ras de Barcelona, y el CP de Trinidad, donde estaban anteriormente las mujeres fue convertido a un CP de jóvenes de 16 a 25 años.

Durante los primeros años de ejercicio de las competencias en materia penitenciaria, la Generalitat inició una nueva política de atención a los jóvenes siguiendo el modelo establecido para los menores y jóvenes delincuentes. Desde el principio se trabajó en la organización de los centros y en la mejora de la calidad de vida de los internos (Coll, 2014).

Para ajustarse a las características básicas de las infraestructuras penitenciarias (dimensión, capacidad y tipología), los siete CP traspasados por el Estado fueron reformados, ampliados y rehabilitados en varias ocasiones.

Durante los siguientes años la infraestructura penitenciaria de Cataluña creció considerablemente. Se construyeron tres centros de cumplimiento (Quatre Camins, 1989; Brians, 1991; Brians mujeres, 1993), unidades de alta seguridad (en el CP Ponent, 1990 y Quatre Camins, 2004), una unidad hospitalaria penitenciaria de 33 plazas ubicada en el Hospital de Terrassa (inaugurada en 1990) y un hospital psiquiátrico penitenciario de 67 camas (inaugurado en 2003, ubicado en el propio CP Brians I, y una ampliación de 300 plazas en los CP Quatre Camins y CP Brians I). En Junio de 2007 se inauguró el CP Brians II con una capacidad de 1500 plazas y posteriormente dos CP

más; la nueva prisión de jóvenes con 450 plazas y el centro de Lledoners con 750 plazas (De Gispert, 2009).

### 1.1.3.3. Dependencia orgánica del Gobierno Vasco.

En el caso del País Vasco no está transferida la gestión de los CP ubicados en dicha comunidad, por lo que sigue dependiendo del MI del Gobierno de España, y por ende de la SGIIPP. Si bien, el hecho destacable de esta comunidad autónoma, es el traspaso de competencias en materia sanitaria en el año 2011, cuyo contenido se desarrollará en epígrafes posteriores.

A continuación se describirá con detalle el CP en sí; su estructura, el tipo de régimen penitenciario al que están sometidos los internos y el personal que trabaja en los centros.

Si bien, esta descripción se centrará en los establecimientos penitenciarios de cumplimiento ordinario, dado que los establecimientos de cumplimiento en régimen abierto custodian internos sólo en la franja nocturna y no son representativos de lo que es un CP al uso.

## **1.1.4. El centro penitenciario.**

---

### 1.1.4.1. Tipos.

#### *Concepto y clases de Establecimientos*

El cuerpo legal que sustenta la definición de los diferentes tipos de CP y sus características, queda enmarcado en el Título Primero de la LOGP, en sus artículos 7 a 14. Así pues un CP se entiende como “una entidad arquitectónica, administrativa y funcional con organización propia”. Están formados por unidades, módulos y departamentos que facilitan la distribución y separación de los internos.

A continuación se describen los diferentes CP según la población que albergan (Fernández-Cubero, 2005):

- CP de preventivos:

Son centros destinados a la retención y custodia de detenidos y presos. También podrán cumplirse en ellos penas y medidas penales privativas de libertad, cuando el internamiento efectivo pendiente no exceda de seis meses.

En cada provincia podrá existir más de un establecimiento de esta naturaleza. Añadiendo el legislador que cuando no existan estos establecimientos para mujeres y jóvenes, ocuparán en los de hombres departamentos que constituyan unidades con absoluta separación y con organización y régimen propios.

- CP de cumplimiento de penas:

Son centros destinados a la ejecución de las penas privativas de libertad. Se organizan separadamente para hombres y mujeres, y serán de dos tipos; de régimen ordinario y abierto.

Los jóvenes deberán cumplir separadamente de los adultos en establecimientos distintos o, en todo caso, en departamentos separados. A estos efectos la LOGP entiende que son jóvenes las personas de uno u otro sexo que no hayan cumplido los 21 años. Excepcionalmente y teniendo en cuenta la personalidad del interno, podrán permanecer en estos centros o departamentos separados quienes no hayan alcanzado los 25 años.

- CP de régimen cerrado o departamentos especiales:

Derivados a ellos los penados calificados de peligrosidad extrema o para casos de inadaptación a los regímenes ordinario y abierto. Estas circunstancias serán apreciadas por causas objetivas en resolución motivada, a no ser que el estudio de la personalidad del sujeto denote la presencia de anomalías o deficiencias que deban determinar su destino al centro especial correspondiente.

La permanencia de los internos en estos establecimientos o departamentos especiales lo será por el tiempo necesario mientras no desaparezcan o disminuyan las razones o circunstancias que determinaron su ingreso.

El régimen de estos centros se caracterizará por una limitación de las actividades en común de los internos y por un mayor control y vigilancia sobre los mismos, en la forma que el RP determine.

- Establecimientos especiales:

Son centros en los que prevalece el carácter asistencial y serán de los siguientes tipos:

- Centros hospitalarios.
- Centros psiquiátricos.
- Centros de rehabilitación social, para la ejecución de medidas penales, conforme con la legislación vigente en esta materia.

La ubicación de los CP será fijada por la AP dentro de las áreas territoriales que se designen, procurando que cada área territorial cuente con el número suficiente de establecimientos para satisfacer las necesidades penitenciarias y evitar el desarraigo social de los penados.

Los establecimientos penitenciarios deben contar en el conjunto de sus dependencias con servicios idóneos de dormitorios individuales, enfermerías, escuelas, biblioteca, instalaciones deportivas y recreativas, talleres, patios, peluquería, cocina,

comedor, locutorios individualizados, departamento de información al exterior, salas de relaciones familiares y, en general, todos aquellos que permitan desarrollar en ellos una vida de colectividad organizada y una adecuada clasificación de los internos.

- Establecimiento Penitenciario Polivalente:

Se trata de aquel CP que cumple los diversos fines establecidos en los arts.7 a 11 de la LOGP. No obstante, cada uno de estos establecimientos polivalentes debe cuidar que cada uno de los departamentos, módulos o unidades que lo integren, tengan garantizados en igualdad de condiciones, los servicios generales y las prestaciones adecuadas a los fines específicos a que vengán destinados y a los generales del sistema penitenciario, y, en especial, el de la separación entre penados y preventivos.

El sistema penitenciario español está orientado por el *principio celular*, de manera que cada interno disponga de una celda, salvo que sus condiciones de habitabilidad y dimensiones permitan, preservando la intimidad, alojar en ella a más de un interno; en este caso se puede autorizar compartir celda a petición del interno, siempre que no existan razones de tratamiento, médicas, de orden o seguridad que lo desaconsejen.

Temporalmente, cuando la población penitenciaria supere el número de plazas individuales disponibles, se podrá albergar a más de un interno por celda.

Las celdas y dormitorios colectivos que podrán existir en los establecimientos especiales y de régimen abierto, deben contar con el espacio, luz, ventilación natural y mobiliario suficientes para hacerlos habitables, así como de servicios higiénicos. Todo interno dispondrá de la ropa necesaria para su cama y uso personal y de un lugar adecuado para guardar sus pertenencias, aunque se encuentre compartiendo celda con otros.

La AP debe tener en cuenta los principios de habitabilidad y comodidad de los centros penitenciario.



- El CP Prototipo:

Con el fin de acometer la modernización de las prisiones españolas y hacerlas más homogéneas estructuralmente, por acuerdo del Consejo de Ministros de 5 de julio de 1991 se creó el Plan de amortización y creación de nuevos centros penitenciarios. En él se preveía en aquel momento la construcción de 18 nuevos centros llamados “tipo”. Estos nuevos centros son bastante uniformes en estructura y capacidad. Tienen una estructura modular en la que se integran edificios y amplias calles y plazas. Los edificios cumplen varias funciones: desde talleres ocupacionales hasta cocina o gimnasio, área socio-cultural o enfermería, habiendo además los edificios o módulos propiamente residenciales para los internos. El número de celdas residenciales de cada una de estas prisiones tipo oscila entre las 900 y 1000, cada una de las celdas tiene ventilación externa y una superficie de 10 m<sup>2</sup>.

De esta forma, podemos resumir que este Plan tenía los siguientes objetivos: cubrir el déficit de plazas penitenciarias y el previsible aumento en los siguientes años; crear las infraestructuras e instalaciones necesarias para una adecuada clasificación de los internos y tender a un tratamiento singularizado de los mismos; poder cumplir con las prestaciones administrativas inherentes a la finalidad constitucional de las penas privativas de libertad, es decir, la reeducación y reinserción social de los penados, y, por supuesto, garantizar la vigilancia y seguridad para la retención y custodia de los internos (García-Guerrero, 2013). Este plan de amortización se actualizó en varias ocasiones, la última en el año 2013, pero ha sido para reasignación de recursos o disponer la creación de nuevos centros, sin que se haya modificado la estructura de los CP.

Para el diseño del CP Prototipo se han marcado en su desarrollo las siguientes directrices fundamentales:

Promover la actividad del interno:

Se pretende con ello un aprovechamiento positivo del tiempo que pase en el CP, proporcionándole una educación adecuada a su nivel, facilitando el trabajo penitenciario y cubriendo las necesidades culturales y de prácticas deportivas.

Ser un centro autosuficiente:

Que cubra las necesidades sanitarias y disminuya los actuales traslados a centros hospitalarios públicos. Cada una de las “minicárceles” o módulos planteados en el CP Prototipo se ajustan a estas directrices, necesitando los servicios generales de la agrupación sólo cuando la actividad o necesidad sanitaria se sale de lo cotidiano. Cada centro queda así configurado como “una auténtica ciudad dotada de todos los servicios”.

#### 1.1.4.2. Régimen y estructura.

El Título II de la LOGP, arts. 15 a 58, se denomina “*Del Régimen Penitenciario*” y lo integran 10 Capítulos dedicados a la Organización General, donde regula cuestiones como el ingreso, separación de los internos, excarcelaciones y traslados de internos, alojamientos y enseres de los mismos, normas de seguridad, sistema de participación de internos en las actividades del Centro, horarios, etc. Dedicando el resto de Capítulos a las siguientes materias: trabajo, asistencia sanitaria, régimen disciplinario, recompensas, permisos de salida, información, quejas y recursos, comunicaciones y visitas, asistencia religiosa y a la instrucción y educación.

En el RP, el régimen penitenciario se desarrolla sistemáticamente en el Título III, arts. 73 a 98, definiendo su concepto y enunciando sus diferentes tipos y contenido organizativo de cada uno de ellos.

Así dice el artículo 73 del RP que “*por régimen penitenciario se entiende el conjunto de normas o medidas que persiguen la consecución de una convivencia ordenada y pacífica que permita alcanzar el ambiente adecuado para el éxito del tratamiento y la retención y custodia de los internos*”. Por tanto, da a entender que las funciones regimentales son; *de seguridad, orden y disciplina*. Y que constituyen un medio no un fin, por tanto deben regirse por dos principios, el de proporcionalidad al fin que se persigue, y el de no obstaculización de los programas de tratamiento e intervención de los reclusos.

Así, los diferentes tipos de régimen son los siguientes:

○ Régimen Ordinario:

Este régimen se aplica a los detenidos, presos, penados sin clasificar y penados clasificados en segundo grado. Los principios regimentales de seguridad, orden y disciplina tendrán su razón de ser y su límite, en el logro de *una convivencia ordenada*. Teniendo consideración de actividad básica el trabajo y la formación.

El Consejo de Dirección del Centro aprobará las normas de régimen interior, el horario que debe regir, señalando las actividades obligatorias para todos y las de carácter optativo y de libre elección por parte de los internos y el calendario mensual de actividades. Estas normas de régimen interior deben ser aprobadas por el Centro Directivo para su ratificación o reforma.

○ Régimen abierto:

Este régimen se aplicará a los penados clasificados en tercer grado que puedan continuar su tratamiento en régimen de semilibertad.

El régimen de estos centros será el necesario para lograr una convivencia normal en toda colectividad civil, fomentando la responsabilidad y siendo norma general *la ausencia de controles rígidos* que contradigan la confianza que inspira su funcionamiento.

Los Centros de régimen abierto pueden ser de los siguientes tipos: CIS, Secciones Abiertas y Unidades Dependientes.

La Junta de Tratamiento podrá establecer la modalidad de vida en régimen abierto de los internos individualizadamente, restringiendo, en su caso, las salidas al exterior, estableciendo las condiciones, controles y medios de tutela que deban observar, en su caso durante las mismas.

La actividad penitenciaria en este tipo de régimen tiene por objetivo potenciar las capacidades de inserción social positiva que presentan los internos clasificados en tercer grado, realizando las tareas de apoyo y de asesoramiento y la cooperación

necesaria para favorecer su incorporación progresiva al medio social. Y este objetivo se regirá por los siguientes principios:

- Atenuación de las medidas de seguridad y de control.
- Autorresponsabilidad del interno a través de la participación del mismo en la organización de las actividades.
- Normalización e integración social a través de los servicios generales de la comunidad, para facilitar su participación responsable en la vida familiar, social y laboral.
- Prevención social para evitar la desestructuración familiar y social.
- Coordinación con organismos e instituciones públicas y privadas, promoviendo criterios comunes de actuación para conseguir su integración en la sociedad.

Las normas de organización y funcionamiento de los Centros de Régimen Abierto serán elaboradas por la Junta de Tratamiento y aprobadas por el Centro Directivo. Los internos, una vez planificadas y reguladas por la Junta de Tratamiento, podrán salir del CP para desarrollar las actividades laborales, formativas, familiares, de asistencia sanitaria y de permisos de fin de semana.

- Régimen cerrado:

Este régimen se aplica a los penados clasificados en primer grado y a los preventivos en virtud de su peligrosidad o manifiesta inadaptación a los regímenes ordinario o abierto. Tiene su fundamento legal en lo dispuesto en el artículo 10 de la LOGP.

Este régimen penitenciario se cumplirá en CP o Módulos de régimen cerrado o en Departamentos Especiales ubicados en CP de regímenes ordinarios, con absoluta separación del resto de la población reclusa. En todo caso, se cumplirá en celdas individuales, y su principal característica es una limitación de las actividades en común y por un mayor control y vigilancia sobre los mismos, exigiéndose, de manera especial,

el acatamiento de cuantas medidas de seguridad, orden y disciplina elabore el Consejo de Dirección, previo informe de la Junta de Tratamiento.

Existe un límite a las medidas de seguridad antes enunciadas, y, es que en ningún caso, el régimen de vida para estos internos podrá establecer limitaciones regimentales iguales o superiores a las señaladas para el régimen de cumplimiento de la sanción de aislamiento en celda.

Dentro del régimen cerrado se establecen dos modalidades:

1. Centros o Módulos de régimen cerrado:

Para penados clasificados en primer grado o preventivos que muestren una manifiesta inadaptación a los regímenes comunes.

2. Departamentos Especiales:

Para penados clasificados en primer grado o preventivos que hayan sido protagonistas o inductores de alteraciones regimentales muy graves, que hayan puesto en peligro la vida o integridad de los funcionarios, autoridades, otros internos o personas ajenas a la institución, tanto dentro como fuera de los Centros y en las que se evidencie una peligrosidad extrema.

La asignación de estas modalidades de vida en régimen cerrado será acordada por la Junta de Tratamiento, previo informe del Equipo Técnico, y será autorizada por el Centro Directivo. Esta asignación de modalidad se revisará en el plazo máximo de tres meses, se notificará al interno y se anotará en su expediente personal.

El régimen específico de los departamentos especiales y de los centros o módulos de régimen cerrado, se encuentra desarrollado en los artículos 93 y 94 del RP.

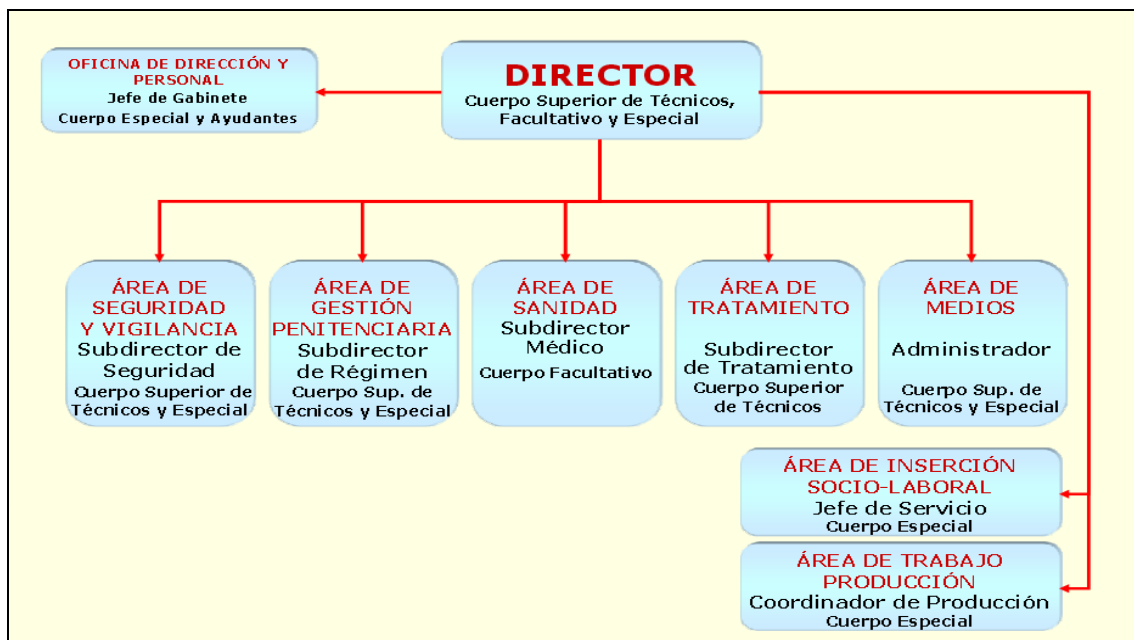
Las normas de régimen interior del régimen cerrado serán elaboradas por el Consejo de Dirección y remitidas al Centro Directivo para su aprobación o modificación.

### 1.1.4.3. Organigrama y personal.

Cada CP dispone de una estructura propia, similar en todos, compuesta por el Director del CP, asistido por cinco Subdirectores; la Subdirección de Tratamiento, la de Seguridad, de Régimen, Médica y el Administrador. Si bien, en CP generalmente de menos de mil internos puede no existir la figura del subdirector médico, siendo el Jefe Médico ajeno al rango de subdirector. Los funcionarios se dividen en tres áreas: de oficinas, que no tienen contacto con los internos y soportan todo el trabajo administrativo que genera el centro; los de interior que desarrollan su trabajo en contacto con los internos en labores de observación y vigilancia y los de área mixta que se encargan de labores de mantenimiento del centro ayudados por internos que realizan esos destinos. Existe además, un elevado número de profesionales en los CP que trabajan en la denominada área de tratamiento: psicólogos, juristas, educadores, trabajadores sociales, monitores deportivos y ocupacionales, etc., y en el área médica: facultativos, farmacéuticos, enfermeros, auxiliares de enfermería, celadores, etc.

En la Figura 1 se detalla el Organigrama de un CP español.

Figura 1. Organización de un CP.



Fuente: SGIIPP

### 1.1.5. Función rehabilitadora.

---

Como ya se ha comentado, el sistema penitenciario español se caracteriza por su función rehabilitadora y de reinserción social, además de la inherente función de retención y custodia de detenidos, presos y penados.

Para llevar a cabo dicha actividad los diferentes artículos de la LOGP articulan el contenido del denominado Tratamiento Penitenciario que constituye el conjunto de actividades directamente dirigidas a procurar la reeducación y reinserción del recluso, tomando para ello en consideración sus carencias y necesidades.

Entre los programas de tratamiento que se llevan a cabo en los CP se reseñan algunos por su especial relevancia (SGIIPP, 2014). Se han clasificado según la relación de estos programas con el área clínica o el área rehabilitadora y de reinserción social.

- *Área clínica*

- PAIEM

El programa de atención integral de los internos con enfermedades mentales en las prisiones dependientes del MI, se describe de forma detallada a lo largo del presente trabajo. Representa el marco asistencial que combina la labor clínica y rehabilitadora que lleva a cabo el equipo multidisciplinar que lo integra.

- Prevención de suicidios

El deber de velar por la vida e integridad de los internos conlleva que, de forma preventiva y de intervención, se generalice este programa en la totalidad de los CP. Este punto se desarrollará con más profundidad en epígrafes posteriores.

- Personas con discapacidad física, sensorial, psíquica o intelectual

El programa incluye la detección temprana del caso, la asignación a departamentos o centros sin limitaciones arquitectónicas y la tramitación de certificados oficiales. En el caso de los internos con déficit intelectual, la intervención está orientada al entrenamiento en habilidades básicas para conseguir su autonomía. Este programa se

realiza con la colaboración de la Federación de Organizaciones a favor de las Personas con Discapacidad Intelectual.

- Programa de deshabituación al alcohol

Se enmarca dentro del ámbito de la intervención de las adicciones y tiene un carácter interdisciplinar; incluye un proceso previo de información y motivación y un posterior entrenamiento en habilidades para afrontar la adicción, manejo del *craving* y prevención de recaídas.

- Tabaquismo

La intensificación de campañas de información y sensibilización sobre el tabaquismo, determina la intervención sobre la adicción al tabaco con un enfoque educativo, psicosocial y conductual.

- Módulos terapéuticos

En ellos se logra un espacio libre de las interferencias que generan la droga y su entorno, para provocar cambios en los hábitos y actitudes de los internos, de modo que puedan continuar su tratamiento en los diversos recursos terapéuticos comunitarios.

El equipo responsable de estos módulos está constituido por profesionales de diferentes áreas que pertenecen a la propia AP en unos casos y en otros, a organismos y ONGs colaboradoras.

- Terapia asistida con animales

Dirigido a internos con deficiencias en los procesos para regular las emociones y los pensamientos y con comportamientos impulsivos e inestables. Se pretende incrementar la autoestima, habilidades de autocuidado y estrategias de competencia social como la empatía.



- *Área rehabilitadora y de reinserción social*

- Agresores en el ámbito familiar

Se trata de un programa terapéutico destinado a aquellos internos que han protagonizado delitos de violencia de género. Se realiza en grupo y la terapia se prolonga, generalmente, a lo largo de un año.

- Control de la agresión sexual

Está dirigido a internos que han cometido delitos contra la libertad sexual contra mujeres o menores. La intervención psicoterapéutica para la recuperación del interno se prolonga durante dos años.

- Población penitenciaria extranjera

El programa contempla tres grandes áreas de intervención: la educativa, que incluye enseñanza reglada, conocimiento del idioma, formación profesional y educación para la salud; la multicultural con conocimientos básicos sobre materia jurídica, características socioculturales de nuestro país y actividades interculturales. Y finalmente, educación en valores y habilidades cognitivas.

- Internos en departamentos de régimen cerrado

Este programa se lleva a cabo en aquellos centros que cuentan con departamento de régimen cerrado. El objetivo principal que persigue es la paulatina integración del interno en el régimen de convivencia ordinario. Está formado por actividades formativas, de ocio, terapéuticas y deportivas.

- Intervención con jóvenes

Se trata de una intervención integral para internos jóvenes que incluye formación académica y laboral, ocio, cultura y deporte, higiene y sanidad. Se abordan también aspectos sociales y familiares.

- Resolución de conflictos

Pretende que los internos que manifiestan problemas de convivencia los resuelvan de manera pacífica, contando con el apoyo de un mediador.

- Programa Ser Mujer

Se trata de un programa de prevención de la violencia de género para las mujeres. Procura la prevención de la violencia de género así como el tratamiento de las internas que la hayan padecido y necesiten un mayor grado de intervención.

- Programa de preparación de permisos de salida

Con carácter previo a la concesión y disfrute de permisos de salida, se realizan actuaciones de intervención encaminadas a preparar a los internos para sus primeras salidas al exterior, que coadyuven a la consecución de los objetivos programados en su preparación para la vida en libertad y regreso a los establecimientos penitenciarios.

- Módulos de respeto

Es un programa de educación en valores positivos (en torno a la idea de respeto) que obliga a los internos a ponerlos en práctica. El ingreso en estos módulos supone aceptar un nuevo estilo de vida, basado en la confianza y la solidaridad y en la solución pacífica de los conflictos. Se pretende en ellos la creación y consolidación de hábitos y actitudes socialmente admitidos e impide que los valores predominantes en la subcultura carcelaria fomenten la reincidencia delictiva. Se cuidan aspectos como la higiene, la salud, los hábitos saludables, las relaciones interpersonales, el fomento de la responsabilidad y la participación.

- Trabajo penitenciario

Durante el tiempo que los internos permanecen en prisión, se les brinda la posibilidad de formarse laboralmente. Para la consecución de este objetivo, la Institución Penitenciaria cuenta con dos elementos básicos: la organización del trabajo productivo penitenciario y la formación para el empleo.

Conforme dispone la LOGP, el trabajo se considera un derecho y un deber del interno. Es además un instrumento básico para su reinserción porque lo prepara para una mejor integración en el mundo laboral una vez cumplida la pena.

La Entidad Estatal de Derecho Público a través del TPFE, dependiente de la SGIIPP, es la responsable de poner a disposición de los internos los recursos necesarios para la mejora de su formación laboral.

Todos los CP disponen de talleres donde los internos pueden realizar trabajos productivos retribuidos. Esta actividad está considerada una relación laboral de carácter especial por el Estatuto de los Trabajadores (Ley 8/1980, de 10 de marzo), estando todos estos internos afiliados al régimen general de la Seguridad Social.

En los últimos años, cerca de 12.300 internos, de media mensual, han estado trabajando en los talleres productivos de los CP (SGIIPP, 2014).

La actividad productiva de los talleres penitenciarios se autofinancia en la medida en que no está subvencionada a través de los Presupuestos Generales del Estado. Esto obliga a que se asegure la viabilidad económica de las actividades que se realizan en régimen de competencia y por lo tanto con unos mínimos criterios empresariales.

En los talleres penitenciarios se trabaja en escenarios similares al entorno laboral exterior, de tal modo que los internos se familiaricen con las exigencias del trabajo productivo, tanto tecnológicas como organizativas.

El modo de gestión de los talleres es doble: directa de la propia Entidad o a través de la colaboración con empresarios privados que desarrollan la actividad productiva conforme a sus criterios empresariales. Esta modalidad se lleva a cabo a través de convenios marco de colaboración con organizaciones empresariales.

- Formación para el empleo e inserción laboral

La TPFE pone a disposición de los CP y CIS los recursos de formación profesional y acompañamiento para la inserción, necesarios para dirigir a este colectivo hacia la reinserción sociolaboral: planes de formación y orientación laboral (Programa FOL), planes de formación profesional en el exterior y servicio a la comunidad (Programa Reincorpora), y programas de acompañamiento para la inserción laboral (Programa SAL).

El objetivo de la *Formación Profesional para el Empleo* es cubrir las carencias formativas de las personas privadas de libertad y mejorar su cualificación profesional, para facilitar su reinserción sociolaboral a través de la impartición de cursos de formación profesional en el interior de los CP y CIS.

Anualmente se realizan una media de 700 cursos en los que participan más de 13.000 personas (SGIIPP, 2014). Una gran parte de estas acciones están encaminadas a capacitar laboralmente a los internos para su posterior incorporación a un taller productivo en el CP con el fin de que adquiera o consolide sus hábitos laborales.

El plan de *Formación y Orientación Laboral (Programa FOL)* consiste en la impartición de un módulo de 90 horas de duración cofinanciado por el Fondo Social Europeo, a través del *Programa Operativo 2007-2013 “Lucha contra la discriminación”* y dirigido a internos que estén próximos a incorporarse al mercado laboral. El objetivo es informar a los participantes sobre la prevención de los riesgos laborales, los derechos y obligaciones que se derivan de la relación laboral, sobre las fuentes de empleo, así como sobre los métodos y técnicas para la búsqueda de un puesto de trabajo y sobre el tipo de relaciones que se establecen en el entorno de trabajo. Anualmente se están desarrollando una media de 92 módulos en los que participan más de 1.300 internos (SGIIPP, 2014).

Al amparo del convenio de colaboración suscrito entre la AP y la Fundación “la Caixa”, se desarrolla el plan de *Formación Profesional en el Exterior y Servicio a la Comunidad (Programa Reincorpora)* que consiste en la ejecución de itinerarios de integración socio laboral que incluye formación profesional en un centro homologado en el exterior, las prácticas profesionales no laborales, la ejecución de un servicio a la comunidad y el apoyo en la búsqueda activa de empleo. Anualmente participan en este tipo de itinerarios más de 1.300 internos en los CIS.

Contando de nuevo con la cofinanciación del Fondo Social Europeo, se realizan *Programas de Acompañamiento para la Inserción Laboral (Programa SAL)*, dirigido a las personas que están en la fase final del cumplimiento de su condena en un CIS. El objetivo de estos programas es, por un lado, promover la sensibilización empresarial hacia la contratación de este colectivo en riesgo de exclusión social y por otro, acompañar a los beneficiarios del programa en la búsqueda activa de empleo y en el

mantenimiento del mismo. Estos programas son de carácter bianual y participan más de 2.500 internos de 10 provincias (SGIIPP, 2014).

- Educación reglada

La educación es otro de los pilares básicos en la rehabilitación, y por ello prioritario en el sistema penitenciario español.

Hasta 1990, la responsabilidad en el ámbito de la educación en los CP era competencia de la AP. Coincidiendo con la transferencia de las competencias educativas a las Comunidades Autónomas, la Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo promueve el cambio de la educación en los CP para integrarla en el sistema educativo general finalizando con la aprobación del Real Decreto 1203/1999, de 9 de julio, por el que se integran en el Cuerpo de Maestros a los funcionarios pertenecientes al Cuerpo de Profesores de Educación General Básica de Instituciones Penitenciarias, y donde se disponen las normas de funcionamiento de las unidades educativas de los establecimientos penitenciarios. Según su artículo 5, serán las administraciones educativas quienes pasen a prestar la educación en los CP ubicados en su ámbito territorial, teniendo en cuenta siempre las necesidades y peculiaridades de la actividad educativa que se desarrolla en los mismos (Rodríguez-Yagüe, 2012).

Se han ampliado las plantillas de personal docente a las Administraciones Educativas de las diferentes Comunidades Autónomas y se han realizado planes de captación entre los internos menos motivados. A finales de 2013, cerca de 700 docentes; maestros, profesores de secundaria, tutores de bachillerato, profesores de ciclos formativos y tutores y asesores de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), impartían clase, tutoría y asesoría en los CP.

En los centros existen aulas con maestros donde se pueden cursar las enseñanzas correspondientes a la formación de adultos con carácter presencial. En los últimos años también se ha potenciado la enseñanza secundaria presencial en los CP. Del mismo modo se pueden cursar las restantes enseñanzas regladas, bien se trate del Bachillerato o de Formación Profesional.

La coordinación y seguimiento de la educación de las personas que estudian en los CP, se realiza a través de convenios de colaboración con las Consejerías de Educación de las distintas Comunidades Autónomas, y en los propios centros entre responsables de ambas Administraciones.

Gracias al acuerdo existente con la UNED los internos pueden estudiar las diferentes carreras universitarias que figuran en su programa de estudios. El desarrollo de la enseñanza universitaria en el interior de los CP es semejante al de cualquier otro estudiante de esta universidad. El alumno dispone de las correspondientes tutorías, apoyo a distancia y material didáctico, así como de asesorías en 12 aulas UNED, desde las que los estudiantes matriculados en Licenciaturas y Grados tienen acceso a la Plataforma de la UNED, a través de ordenadores instalados en dichas aulas con claves individuales específicas para cada uno de ellos.

- Programas formativos, ocupacionales y culturales

Los CP están dotados de infraestructuras y recursos materiales y humanos para la realización de una amplia gama de actividades ocupacionales que fomenten la creatividad de los internos, de cursos formativos y ocupacionales que actualicen sus conocimientos y desarrollen sus habilidades cognitivas, sociales y afectivas y, finalmente, de actividades culturales que les permitan disfrutar de variadas manifestaciones artísticas, de modo que estén vinculados con las redes culturales de su entorno.

Los reclusos son parte activa en el diseño de las actividades que se llevan a cabo en los CP. Los cursos más demandados son los de desarrollo personal, educación para la salud, informática, educación vial y mecanografía. En el ámbito ocupacional, los más habituales son los talleres de música, de teatro, de hilos, de pintura, de marquetería y de dibujo, aunque se tienen presentes otros más innovadores, como el de reciclaje, audiovisuales, estampación, esmaltes, radio, etc.

Desde el punto de vista de la difusión cultural son frecuentes las representaciones teatrales, actuaciones musicales, proyecciones de cine, conferencias y exposiciones, provenientes tanto del exterior como planificadas por los propios CP.

Las bibliotecas son un elemento fundamental para la dinamización cultural en los CP. Para fomentar la lectura, la mayoría de los centros cuentan con Equipos de Animación a la Lectura, dirigidos por profesionales penitenciarios que han recibido cursos de formación en este ámbito, donde se llevan a cabo variadas actividades, como conmemoraciones, conferencias sobre autores, campañas de difusión bibliográfica, etc.

Otros programas de formación que cuentan con una especial promoción por parte de la AP son las campañas de universalización de la Educación Vial, el Plan de igualdad de derechos entre hombres y mujeres y la formación en nuevas tecnologías.

- Programas físico-deportivos

La actividad físico-deportiva en los CP constituye uno de los pilares básicos de la intervención tratamental con los internos, no sólo por los beneficios físicos y de salud que aporta su práctica habitual, especialmente con este colectivo, sino fundamentalmente por los valores que se adquieren: compañerismo, cooperación, afán de superación, respeto al adversario y asunción de normas.

Uno de los objetivos prioritarios para la AP en este ámbito es trasladar a los internos una oferta deportiva de calidad, que no se quede únicamente en un instrumento para la mejora del ocio y del tiempo libre, para lo que se trabaja la mejora de las infraestructuras deportivas y la monitorización de la práctica físico-deportiva.

Las actividades deportivas más demandadas por los internos son el fútbol sala, baloncesto, tenis de mesa, culturismo, gimnasia, frontenis y atletismo. Asimismo, algunos centros cuentan con equipos federados que participan en competiciones de carácter local.

Los programas físico-deportivos también incluyen acciones de formación orientadas a la capacitación profesional de los internos, por medio de cursos de árbitros, de monitores deportivos y de entrenadores.

Así pues, tras detallar los diferentes programas a los que los internos tienen acceso, se debe poner en valor el esfuerzo de la AP por tratar de cumplir el mencionado artículo 25 de la CE, en pro de la rehabilitación y reinserción de las personas privadas de libertad.

### **1.1.6. La subcultura carcelaria.**

---

En contraposición a lo expuesto anteriormente, los presos no sólo están sometidos al ordenamiento vigente que se ha comentado, si no que tienen sus propias normas *no escritas* a las que se deben y que explican la denominada subcultura carcelaria. En ella se incluyen una serie de actitudes, valores, creencias y dogmas que en la mayoría de los casos, dictan el funcionamiento diario de los internos.

El sistema social de los presos queda definido por lo que significa el propio confinamiento en el CP, no existiendo vías para salir de él (Caballero, 1982a), y por la importante jerarquía entre ellos. Derivado de éste último, la posesión y el ejercicio del poder coercitivo son dos valores fundamentales. Así la cárcel se constituye como un sistema social que se describe en términos de valores, normas y roles alrededor de los cuales se orientan el pensamiento, la acción de los internos y del personal penitenciario (Garrity, 1961; Caballero, 1982b; García y Sancha, 1985).

Por orden de importancia, lo que más le importa a un preso es (Clemmer, 1958): la libertad, el rechazo a cooperar con la institución y los funcionarios, la salud y la lealtad hacia otros internos.

También suelen tener una visión muy negativa de la policía, jueces y abogados y consideran a los funcionarios de la prisión como cooperadores necesarios del sistema y con una minusvaloración personal añadida.

Si bien, esta escala de valores ha sufrido cierto cambio en los últimos lustros, aunque no cabe duda que la libertad es lo más deseado, otros valores como la colaboración con los funcionarios, y sobre todo la preocupación por la salud, han supuesto un cambio sustancial en los últimos años.

#### *El código del recluso*

Se trata de un sistema de valores generalizado en todos los CP, que implica la sanción severa por parte de otros internos ante su incumplimiento.



En respuesta al sufrimiento o penalidades a las que está expuesto el interno ante su entrada en prisión, surgen estrategias de adaptación o la respuesta fundamentalmente mediante la solidaridad entre los presos: que evita el aislamiento, neutraliza agresiones y es la matriz para crear un grupo cohesionado en contraposición a los funcionarios.

García y Sancha (1985) resumen los principios fundamentales del código del recluso propuestos por Sykes y Messenger (1960) y comentados por Caballero (1982b) en las normas siguientes:

a) Normas que imponen cautela. No inmiscuirse en la vida del prójimo, buscando discretamente salir cuanto antes de la prisión. La norma principal de este grupo es no ser “chivato”: nada de lo que suceda entre los internos debe llegar a oídos de los funcionarios. Esta regla es inflexible y no admite excepciones ya que funcionarios y presos están oficialmente enfrentados. El preso debe ser, siempre y por encima de todo, fiel a su grupo.

b) Normas que prescriben no ser conflictivo. Hay que huir de discusiones y peleas. Se debe ser frío emocionalmente y controlar la disforia e irritabilidad que genera el estrecho contacto entre los presos. En cualquier caso una reacción violenta puede considerarse adecuada ante una clara provocación, siempre y cuando se lleve a cabo por uno mismo y nunca ayudado por los funcionarios.

c) Normas que prescriben no explotar a los demás presos mediante fuerza, fraude o engaño. No faltar a la propia palabra, no robar a otros presos, no vender favores, no estafar, pagar las deudas contraídas..., etc. Aunque alguna de ellas, como el pago de las deudas, la infringen con cierta frecuencia no sin consecuencias negativas para el infractor de la misma.

d) Normas que giran en torno al mantenimiento del yo. Estas normas tienen que ver con ser resistente y duro, saber aguantar las frustraciones y los peligros de la vida en prisión con cierta dignidad. Ante una agresión injusta hay que mostrar valor. No hay que buscar pelea, pero tampoco rehuirla si media clara provocación.

e) Normas que prescriben desconfianza y hostilidad hacia los funcionarios. Los guardianes son despreciables y no se debe confiar en ellos para nada. En caso de conflicto entre funcionarios y presos siempre hay que dar la razón a estos últimos. El

trabajar y someterse a la autoridad es de “juais” o de tontos. La vía hacia el éxito es la de los contactos y el enchufe, más que la del trabajo y el esfuerzo.

En cuanto a su grado de cumplimiento parece que sucede con este código lo que con otros muchos: su grado de cumplimiento en la práctica es escaso, aunque sea pregonado verbalmente casi constantemente (García-Guerrero, 2013). Entre las razones que se dan para este escaso cumplimiento están en primer lugar la escasa capacidad social de los presos, en segundo lugar, la inconsistencia del código, con normas que se contradicen entre sí como las que prescriben “ser un hombre” y “no cortarse” y las que sostienen que hay que mantener la calma y no crear problemas y en tercer lugar, que el cumplimiento de las normas del código del preso puede acarrear sanciones por parte de los funcionarios.

Tras finalizar la descripción del funcionamiento general de la AP y habiéndonos centrado en cómo son y cómo se trabaja en los CP, se dedicará el siguiente capítulo de la introducción al desarrollo de la asistencia sanitaria en prisión, lo que permitirá entender mejor el abordaje de la patología mental en el ámbito penitenciario.

## 1.2. LA ASISTENCIA SANITARIA EN PRISIÓN.

### 1.2.1. Marco normativo.

---

Todas las normas supranacionales recogen explícita o implícitamente que el principio de equivalencia debe regir la asistencia médica que se presta a los presos (García-Guerrero, 2013). Según esto, la asistencia prestada a los presos ha de ser de similar nivel y equivalente a la prestada a la población general. La resolución 45/111 sobre “Principios básicos para el tratamiento de los reclusos”, adoptada por la 68ª sesión plenaria de la Asamblea general de la ONU, el 14 de diciembre de 1990, lo recoge así expresamente en su punto 9: *“Los reclusos tendrán acceso a los servicios de salud de que disponga el país, sin discriminación por su condición jurídica”*.

También las Reglas penitenciarias europeas recogen este principio en su articulado. Por lo que se refiere a la legislación española, ninguna de las normas generales relativas a la asistencia sanitaria (Ley general de sanidad, Ley de autonomía del paciente, Ley orgánica de protección de datos, Ley de cohesión y calidad del sistema nacional de salud, Ley de investigaciones biomédicas...), hacen excepción alguna a este principio en función de que el paciente esté o no privado de libertad. Por lo que se refiere a la legislación penitenciaria la LOGP sólo habla de que la *“La Administración velará por la vida y salud de las personas privadas de libertad...”* (Art. 3.4), pero previamente en el art. 3.1 habla del principio de conservación de derechos: *“Los internos podrán ejercer sus derechos civiles, [.....] salvo que fuesen incompatibles con el objeto de su detención o el cumplimiento de su condena”*. De esta redacción puede deducirse que los cuidados de salud prestados a los presos deben ser equivalentes o del mismo nivel que los prestados a las personas libres porque un preso tiene el mismo derecho a la protección de la salud que un ciudadano libre.

El RP también habla en el apartado III de su Preámbulo del principio de equivalencia de los cuidados médicos, que posteriormente se recoge de forma expresa en el art. 208.1. Así pues en principio, y con arreglo al Derecho positivo, no debe haber diferencias en ningún aspecto de la asistencia sanitaria prestada a la población privada de libertad.

Una vez sentado este principio hay que decir que los presos están sometidos a un peculiar régimen jurídico debido a lo que el Tribunal Constitucional sancionó como una *“relación de sujeción especial”*, que une a aquellos con la AP (SSTC 74/1985 y 2/1987) y que posibilita que lo que es de una forma para las personas en libertad puede que no sea así para las personas privadas de libertad. Las relaciones de sujeción especial se han definido como *“construcciones jurídicas que fundamentan un debilitamiento o minoración de los derechos de los ciudadanos, o de los sistemas constitucionales previstos para su garantía, como consecuencia de una relación cualificada con los poderes públicos, derivadas de un mandato constitucional o de una previsión legislativa conforme con aquella, que puede ser, en algunos casos voluntariamente asumida y que, a su vez, puede venir acompañada del reconocimiento de algunos derechos especiales a favor del ciudadano afectado por tal situación”* (Lasagabáster, 1994).

El TC estableció en las sentencias más arriba citadas que la relación que une al preso con la AP es de tal naturaleza que comporta un régimen limitativo de los derechos fundamentales de los internos, de forma que lo que podría representar una vulneración de los derechos fundamentales de las personas en libertad no puede, sin más, considerarse así en el caso de los presos.

### **1.2.2. El peculiar tratamiento del consentimiento informado en prisión y otras particularidades.**

---

En la asistencia sanitaria, el principio de autonomía, tiene su expresión en el consentimiento informado (CI) que la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de documentación clínica, define en su artículo 3 como: *“la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecte a su salud”*. En esta definición se recogen los tres componentes esenciales de la idea del consentimiento: que sea otorgado asegurando la competencia, voluntariedad y ausencia de presiones externas que condicionen una decisión en la persona que lo presta. En principio una persona privada de libertad es tan competente para decidir como lo puede ser una persona libre, en todo caso, como hay que hacer siempre con cualquier otra persona, habrá que demostrar su incompetencia antes de impedirle tomar una decisión que le afecte. Es indudable que la voluntariedad y la ausencia de presiones externas sí que pueden verse afectadas por el peculiar ambiente de la prisión. Coacción, coerción, incentivos indebidos, déficits en la información recibida o falta de una adecuada comprensión de ésta, presiones, promesas, “sugerencias”..., ya vengan de personal del *staff* penitenciario o de otros presos, pueden condicionar los procesos de toma de decisiones. Por estas razones es prudente preguntarse si es posible decidir con libertad en un ambiente así. En base a estas consideraciones previas y a su papel de garante de la vida y salud de los presos, la AP tiende a restringir de forma genérica esta facultad de tomar decisiones autónomas en asuntos tales como el rechazo de los tratamientos médicos, el manejo de la huelga de hambre o la participación de los presos como sujetos de investigación en proyectos de investigación biomédica (García-Guerrero, 2013).

En lo que a la atención sanitaria en prisión concierne, la tarea de la norma debe consistir precisamente en garantizar y hacer objetiva la condición de la voluntariedad, y no en prohibir a priori que los presos ejerzan su libre albedrío de forma genuinamente voluntaria. La labor de la AP debe centrarse en garantizar el ejercicio de sus derechos por los presos capaces y la protección de los incapaces.

Otro aspecto donde la capacidad de decisión de los presos sobre cuestiones médicas que les afectan puede verse afectada de modo distinto a la de la población general, es su participación como sujetos de experimentación en proyectos de investigación biomédica. La investigación biomédica posibilita la utilización como meros medios de las personas participantes en los experimentos, y las prisiones son un buen sitio para conseguir personas para experimentación por diversos motivos, pero fundamentalmente por su disponibilidad y por la relación de jerarquía a la que se ven sometidos y la posible arbitrariedad a la hora de seleccionar a estos sujetos. La historia da cuenta de múltiples abusos y quebrantamiento de derechos en este asunto, en todas las épocas. Estos abusos alcanzaron su punto álgido con los horrores de los campos de concentración nazis durante la II Guerra Mundial, aunque siguieron cometiéndose abusos tras su finalización. Debido a este tenebroso pasado, las normas internacionales tienden a restringir, incluso a prohibir, la participación de presos como sujetos de experimentación: *“Ninguna persona detenida o presa será sometida, ni siquiera con su consentimiento, a experimentos médicos o científicos que puedan ser perjudiciales para su salud”* (Resolución 43/173 de la ONU).

Algunos autores sugieren que este principio general puede ser cuestionado (García-Guerrero, 2013). Primero, porque surge como reacción a los abusos que se habían cometido en épocas anteriores en las prisiones; segundo, porque los resultados o consecuencias de una investigación son por sí mismos inciertos, nunca se puede saber a priori si una intervención nueva es peligrosa o no; tercero, porque privar a los presos de la posibilidad de participar como voluntarios en un proyecto de investigación es limitar sus derechos de una forma que no se recoge en las leyes españolas (sólo en el RP se recoge alguna limitación en este sentido, pero por su carácter de norma administrativa no puede limitar derechos de las personas) y es contrario al principio de justicia; cuarto, porque los presos en España deciden libremente participar como sujetos de investigación biomédica, siendo el principal motivo que les induce a participar el altruismo (García-Guerrero y Vera-Remartínez, 2012) y; quinto, porque en un país democrático como es el nuestro, en el que más de la cuarta parte de la población presa tiene superados los estudios medios o superiores y que se ha dotado de un ordenamiento legal penitenciario garantista y bien fiscalizado, se cree que hay reclusos con competencia plena para decidir sobre su participación o no en un ensayo clínico médico

o en cualquier investigación de otro tipo, que la genuina voluntariedad de esa decisión es perfectamente factible y que contamos con mecanismos de control jurídico-administrativos lo suficientemente eficaces como para asegurar el respeto y protección de los derechos de los presos que acepten ser sujetos de un proyecto de investigación biomédica.

Tras concluir con el aspecto del CI en prisión, se describirá a continuación el origen del sistema sanitario penitenciario.

### **1.2.3. Orígenes de la Sanidad Penitenciaria. Modelos organizativos.**

---

Sanidad penitenciaria es un término tomado del campo jurídico que da cuenta de toda la actividad promovida desde la prisión para la prevención y restauración de la salud de las personas reclusas (Arroyo y Astier, 2003).

En España aparece este concepto en el ordenamiento legal en el siglo XIX, por primera vez se habla entonces de la sanidad penitenciaria como un elemento propio de la organización de las prisiones (Del Río y Pardo, 1986). Sirva para ilustrar este concepto el Real Decreto de 23 de junio de 1881, Art. 12:

“Los médicos de los establecimientos penales serán nombrados libremente por el Gobierno o por la Dirección, hasta tanto se organice el personal de los distintos ramos de la Sanidad Civil”

Gracias al protagonismo de una serie de principios ideológicos de carácter humanitario y progresista que tomaron fuerza en aquel momento, se estableció la necesidad de que existiera una adecuada atención médica en las prisiones en un Decreto de fecha 11 de Noviembre de 1889, Art 32:

“Constituida definitivamente la Sección Sanitaria se ingresará en ella por oposición, demostrando suficiencia en las cuestiones teórico-prácticas que componen la Medicina y en las materias penitenciarias, antropológicas y psiquiátricas, cuya aplicación se conceptúa indispensable a la especialidad del cargo. Se ingresará como médico de cuarta clase, pero con derecho a ascender, cuando ocurra vacante, a Médico de manicomio o penitenciaría-hospital y sucesivamente a Subinspector e Inspector”

En Inglaterra y Gales las prisiones tuvieron su propio servicio médico desde 1877, lo que supuso la creación de la primera institución médica civil dependiente de la administración (Smith, 1999).



Lo habitual ha sido que en cada país la peculiaridad de cada legislación penitenciaria haya marcado la organización de este tipo de sanidad, sin que se haya encontrado una respuesta homogénea válida para satisfacer las necesidades de asistencia que presentaban los reclusos (Arroyo, 2000; Lindquist, 1999).

#### *Modelo asistencial en los CP dependientes del MI del Gobierno de España*

En nuestro país el legislador establece la responsabilidad de la administración sobre el cuidado de la salud física y mental de los ingresados en prisión, así como en el mantenimiento de unas adecuadas condiciones de higiene y salubridad de los establecimientos (Gamir, 1995).

Todo ello se recoge en la LOGP y en su Reglamento. Como se ha comentado en el epígrafe anterior, nadie pone en duda que la calidad de la atención sanitaria recibida por las personas que se encuentran privadas de libertad, debe ser en todo caso igual a la que recibirían esas mismas personas si se encontraran en libertad. En ese sentido recordar de nuevo la normativa legal internacional que sanciona el principio de equivalencia de cuidados, concretamente la ya comentada resolución 45/111 sobre “Principios básicos para el tratamiento de los reclusos”, adoptada por la 68ª sesión plenaria de la Asamblea general de la ONU, el 14 de diciembre de 1990, lo recoge así expresamente en su punto 9:

“Los reclusos tendrán acceso a los servicios de salud de que disponga el país, sin discriminación por su condición jurídica”

Sin embargo desde hace algunos años, a raíz de un debate abierto principalmente en el Reino Unido, sobre la deficiente atención sanitaria en prisiones, se ha creado una corriente de reflexión y análisis de esta asistencia. Para algunos sanitarios que ejercen puestos en la administración sanitaria, el hecho de que en algunos países este tipo de asistencia no esté gestionada por el Ministerio de Sanidad, es sin duda un factor influyente en sus niveles de calidad (Arroyo, 2000).

Actualmente hay dos administraciones con competencias en política y gestión penitenciaria: el Ministerio del Interior, a través de la SGIIPP, que abarca todas las prisiones de España excepto las catalanas, y el Departamento de Justicia de la Generalitat de Cataluña, a través de la *Direcció General de Serveis Penitenciaris i*

*Rehabilitació*, que asumió esas competencias mediante Real Decreto 3482/1983, de 28 de diciembre.

La atención sanitaria a las personas privadas de libertad dependientes del MI se articula mediante la Coordinación de Sanidad Penitenciaria, integrada en la estructura de la Secretaría General y con rango de Subdirección General. Si bien en la Disposición adicional sexta de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, se establece que los servicios sanitarios penitenciarios deben integrarse en los correspondientes servicios de salud de las diferentes Comunidades Autónomas en un plazo de 18 meses a partir de la promulgación de la Ley. Hasta el momento sólo Cataluña y País Vasco han logrado la plena integración de sus servicios médicos en sus Comunidades Autónomas, hecho que se desarrollará más adelante.

A lo largo de los siguientes párrafos se hablará sobre los Equipos de Atención Primaria penitenciarios (EAP). Concretamente sobre su acceso, estructura y función.

La forma habitual de acceso a los puestos de médico y enfermero de prisiones es la oposición libre a las plazas convocadas anualmente en la oferta de empleo público. En los últimos años, esta oferta se ha visto sensiblemente reducida y la apertura de nuevos CP ha obligado a la AP a convocar concursos de funcionarios interinos, con períodos de tiempo de prestación de servicio prefijados para los adjudicatarios de las plazas. En este momento, entre el 10-15% de los médicos de prisiones son funcionarios interinos.

La estructura de un EAP penitenciario es similar a la de cualquier centro de salud, con un Subdirector/Jefe de Servicios Médicos encargado de organizar y supervisar el funcionamiento del Equipo y un número de médicos y enfermeros variable, en función de la población de la prisión donde prestan servicio. En los 35 centros en que existe la figura del farmacéutico, éste se integra en la estructura del EAP, aunque son personal laboral no funcionario.

Al hablar de funciones de los EAP penitenciarios, una primera consideración es que la prisión es un medio cerrado y con importantes medidas de seguridad y, aunque existe la posibilidad de solicitar la ayuda del nivel especializado extrapenitenciario, una excarcelación no deja de ser una relajación extrema de esas medidas de seguridad, por

lo que se debe ser muy prudente al recurrir a ella y agotar antes todos los medios diagnósticos y terapéuticos de la prisión. Debido a esto, las funciones de un EAP penitenciario trascienden, por su multiplicidad, a las de un típico EAP del Sistema Nacional de Salud (SNS). Muy esquemáticamente, se pueden resumir en (García-Guerrero, 2015):

a) actividades de vigilancia epidemiológica con notificación semanal de casos nuevos de las Enfermedades de Declaración Obligatoria, tanto a la Coordinación de Sanidad Penitenciaria como a las autoridades de Salud Pública de la Comunidad Autónoma donde radique la prisión.

b) programas de vacunación en hepatitis A y B, que se ofertan a todos los internos susceptibles en función de los resultados analíticos obtenidos, de tétanos para todos los internos y antineumocócica para los pacientes con VIH; también anualmente se lleva a cabo una campaña de vacunación antigripal en todos los centros.

c) programa de prevención y control de la tuberculosis con distintas actividades protocolizadas y búsqueda activa de casos, que permitió detectar en 2014 un total de 81 casos nuevos, un 14% más que el año anterior (SGIIPP, 2014).

d) actividades de Educación para la Salud y de mediación en salud, dirigidas hacia los problemas de salud más prevalentes en prisión, como enfermedades psiquiátricas, salud bucodental y enfermedades infecciosas.

e) labores de policía sanitaria y supervisión de la higiene y saneamiento ambiental de los centros, con implicación directa de los profesionales en tareas como la supervisión de actividades de desinsectación/desratización, supervisión del funcionamiento de las cocinas y control de los manipuladores de alimentos, así como de la conservación y almacenamiento, control de la calidad del agua y prevención de la legionelosis y supervisión de las actividades de eliminación de residuos biológicos.

f) implicación en el gobierno de la prisión, con presencia del Subdirector/Jefe de Servicio Médico en el Consejo de Dirección y otros diversos órganos colegiados de gobierno de los centros.

g) mención especial merece la implicación de los EAP penitenciarios en el tratamiento de las drogodependencias. Este es un serio problema de salud en prisión, con un 79,7% de internos que consumían alguna droga en el mes anterior a su ingreso en prisión, incluyendo el alcohol y excluyendo el tabaco (SGIIPP, 2014). Los EAP penitenciarios llevan a cabo programas de desintoxicación y de deshabituación, que incluyen los de mantenimiento con metadona (PMM) o de deshabituación con naltrexona, así como los programas de reducción del daño para evitar el intercambio de jeringuillas y programas de educación para la salud en esta materia.

#### *Modelo asistencial en Cataluña y País Vasco.*

Desde el traspaso de competencias en Cataluña, las actividades sanitarias dirigidas a la población penitenciaria se desarrollaron dentro de estos marcos legales:

- *Llei d'Ordenació Sanitària a Catalunya* (Llei 15/1990, de 9 de Juliol).
- Real Decreto por el cual se aprueba el RG (RD 190/1996, de 9 de Febrero).
- *Decret 329/2006, de 5 de setembre*, por el cual se aprueba el Reglamento de organización de los Servicios de Ejecución Penal en Cataluña.

Según estos marcos legales, la atención sanitaria de las cárceles catalanas debe cumplir una serie de objetivos:

- Asegurar una atención integrada e integral para todos los internos de los CP.
- Facilitar el acceso de los internos a los centros de la Red Hospitalaria de Utilización Pública (XHUP).
- Optar por un modelo sanitario penitenciario eminentemente preventivo y de acuerdo con los objetivos de la OMS.
- Aumentar la capacidad de resolución de problemas, incrementando métodos diagnóstico-terapéuticos en las enfermerías de los CP, con la finalidad de disminuir las salidas extrapenitenciarias.

- Regular la colaboración de prestaciones sanitarias entre Salud y Justicia.

Tras el traspaso de competencias, la *Direcció General de Serveis Penitenciaris i Rehabilitació*, creó un programa para llevar a término la gestión sanitaria penitenciaria. Este programa se estructuró en diferentes áreas: área asistencial, área de enfermería, área de programas de prevención, área de vigilancia epidemiológica y sistemas de información y área de ordenación farmacéutica.

Actualmente los CP cuentan con materiales y equipos diagnósticos y están dotados de servicios de urgencias, consultas de especialistas como medicina interna, traumatología, cirugía, dermatología, odontología, psiquiatría y servicios de rehabilitación en los CP de Brians I y II.

Por otro lado, los CP disponen de personal médico y de enfermería que da asistencia durante las 24 horas del día. Programas de promoción y prevención para la salud de los internos: VIH/SIDA, tuberculosis pulmonar, hepatitis B y C, enfermedades de transmisión sexual, vacunaciones, metadona, intercambio de jeringuillas, enfermedades crónicas y atención a madres e hijos...

De alguna forma se puede decir, que la asistencia sanitaria en Cataluña fue equivalente a la del resto de comunidades gestionadas por la SGIIPP, pero con su propia autonomía de gestión, hasta el año 2006, momento en que se llevó a cabo la transferencia en materia sanitaria al *Servei Català de Salut i Sant Joan de Déu*. Así mismo, en el año 2010 (según la Resolución SLT/3468/2010 del 6 de Octubre) los profesionales sanitarios pasaron a depender del *Departament de Justícia* al de *Salut*. La historia clínica de los internos se unificó con lo que la continuidad asistencial se garantizó al tener acceso a toda la información médica desde cualquier centro sanitario público de Cataluña.

La otra excepción la encarna el País Vasco, la que destaca por su integración definitiva, en su caso con el Servicio Vasco de Salud (Osakidetza).

Esta transferencia de competencias en el País Vasco ocurrió en el año 2011, tal y como se ha mencionado con anterioridad. Así pues, los CP vascos también se convirtieron funcionalmente en centros de salud, equiparándolos asistencial y administrativamente a los centros de salud comunitarios e integrándolos a todos sus

efectos: recursos humanos, protocolos asistenciales, salud laboral, suministro de material, recogida de residuos, etc... También se les asignó un hospital de referencia, con toda su capacidad diagnóstica y terapéutica (Zulaika, Etxeandia, Bengoa, Caminos y Arroyo-Cobo, 2012).

Respecto a los profesionales sanitarios, tanto funcionarios como laborales se integraron en Osakidetza con el mismo estatus.

Para la consecución real de la continuidad de cuidados también se unificó la historia clínica electrónica, de forma que en tiempo real, todo profesional sanitario implicado en la asistencia sanitaria tiene acceso a la evolución clínica, asistencias en urgencias, a nivel hospitalario, consultas especializadas, resultados de analíticas y radiología, etc.

La telemedicina y las consultorías vía telemática con especialistas es un recurso muy generalizado en los CP vascos, permitiendo mejorar la eficiencia y minimizar las salidas extrapenitenciarias de los internos.

#### **1.2.4. Algunos indicadores de salud.**

---

Para la prestación de una correcta asistencia sanitaria a las personas privadas de libertad, la AP cuenta con medios propios, tanto de personal como de instalaciones, con los que se presta la atención sanitaria de nivel primario, y recurre a conciertos o convenios con los entes autonómicos del Sistema Nacional de Salud para prestar la asistencia de segundo y tercer nivel.

Los datos ofrecidos a continuación se reflejan en el Informe de la SGIIPP del año 2014, el último publicado.

Todas las prisiones están dotadas de un módulo de Enfermería, con un número de camas que supera las 2.600 en total. En las prisiones trabajan 371 médicos funcionarios del Cuerpo Facultativo de Sanidad Penitenciaria, 34 farmacéuticos, personal laboral contratado por la AP, 529 enfermeros funcionarios del Cuerpo de Enfermeros de Prisiones, 443 auxiliares de clínica y 63 técnicos de otras disciplinas, como laboratorio o radiodiagnóstico.

Como queda dicho, la atención de nivel primario se realiza con estos medios propios de la institución penitenciaria. Además, hay algunas especialidades, como psiquiatría, odontología y ginecología, cuyas consultas se realizan generalmente en los CP, mediante diversas formas de vinculación contractual de los especialistas con la AP. Dado que éstas tres especialidades son las que más consultan generan, el hecho de que sea el especialista el que se desplace al interior del CP genera un ahorro económico considerable, además de la minimización de conductas disruptivas fuera del CP. Otro ejemplo de búsqueda de eficiencia es la creación en algunos CP del servicio de telemedicina, aunque no lo suficientemente explotado por el momento.

Las necesidades de hospitalización de los presos se cubren con la existencia de zonas de custodia en los hospitales de referencia de cada prisión; existen 45 zonas de custodia con una capacidad máxima de 225 camas.

La actividad asistencial de nivel primario está soportada por los EAP propios de la AP (regulado en el artículo 209.1.1 del RP) y generó en 2014 4.864.519 consultas en

los CP; además, se atendieron 218.301 urgencias, se obtuvieron y procesaron para su análisis 70.323 muestras biológicas de todo tipo y se practicaron más de 39.199 estudios radiológicos, el 76,4% de ellos en los centros, y se administraron más de 61.858 dosis de vacunas, fundamentalmente de tétanos y hepatitis B. Los EAP penitenciarios dedican una importante parte de su actividad al tratamiento de las drogodependencias. Durante 2014 un total de 9.776 internos accedieron en algún momento a tratamiento con metadona y a 31 de diciembre de ese año 3.867 internos estaban en PMM.

Por su parte, la atención especializada generó un total de 128.918 consultas, 81.831 de ellas dentro de los CP. Las especialidades más demandadas fueron odontología y psiquiatría en la atención dentro de los centros y traumatología y cirugía en la atención que precisó excarcelación. Se produjeron 4.495 episodios de ingreso hospitalario con un promedio de 83,6 internos ingresados en un hospital cada día, con una estancia media de 8,8 días. Las dos causas fundamentales fueron las enfermedades del aparato digestivo, con el 26,6%, y las enfermedades respiratorias, con el 9,7%. La infección por VIH, con o sin tuberculosis, se sitúa ahora en el tercer lugar de causa de ingreso, con el 7,4% de todos ellos. Hubo, en ese año de 2014, 128 muertes, fundamentalmente por cardiopatías, tumores y neumonías.

De los 128 fallecimientos en ese año, 27 lo fueron por suicidio (21,1%), siendo ésta la tercera causa de muerte, por detrás de las enfermedades de causa natural no vinculadas a VIH y por consumo de drogas.

Tras desarrollar los aspectos diferenciales de la asistencia sanitaria en prisión, se expondrá a continuación el aspecto teórico más relevante del presente trabajo, la asistencia psiquiátrica penitenciaria.



## 1.2.5. La asistencia psiquiátrica penitenciaria.

---

### 1.2.5.1. Prisión, institucionalización y enfermedad psiquiátrica.

Se han expuesto las características arquitectónicas, su organización y la función que realizan las prisiones, pero no nos hemos adentrado aún en un concepto que es inherente a la reclusión, por lo que tenemos que referirnos al principal autor que habló sobre él. Fue Goffman quien acuñó el concepto de *institución total* y que considera incluidos en él las prisiones, los hospitales psiquiátricos, los cuarteles, campos de concentración, barcos, internados y conventos (Goffman, 1970). Las principales características de estas instituciones son:

- Estar sometidas a una sola autoridad.
- Estar separadas más o menos radicalmente de su entorno.
- Que todas las necesidades y todos los aspectos de la vida de los internos están sometidos a un plan omnicomprendivo (para lo que nos ocupa, el RG).
- Intentan absorber totalmente la personalidad del interno.
- Eliminan la tradicional separación física entre los diversos ámbitos de la vida normal (ocio, trabajo, hogar), de modo que todas las actividades del interno se realizan en el mismo sitio.

Los CP cumplen todas y cada una de las características que señala Goffman y se encuadran en uno de los grupos en que el autor divide a estas instituciones totales; *“Establecimientos para personas que han sido encerradas no buscando su bienestar, sino evitar el peligro que pueden suponer para la sociedad: prisiones, campos de concentración [...]”*

La prisión como organización tiene la peculiaridad de que presenta varias suborganizaciones dentro de ella y que responden a diversos criterios organizativos: una organización cuasi militar, destinada a la custodia de los internos; una empresarial destinada al mantenimiento de la prisión y a la producción de bienes y servicios; una

profesional, destinada al tratamiento penitenciario de los internos buscando su rehabilitación y reinserción social; una sanitaria, destinada a hacer efectivo su derecho a la protección de la salud, etc...

En la visión de Goffman la prisión, en tanto que *institución total*, es absorbente y totalizadora. Esta tendencia se objetiva por los obstáculos que se oponen a la interacción con el exterior y al éxodo de sus miembros: alambres de espino, altos muros, rejas, puertas cerradas... Para Goffman la prisión es una institución organizada para proteger a la Comunidad de aquellos que se han colocado intencionadamente frente a ella y no se propone el bienestar de los internos, sino el tenerlos a buen recaudo.

Esta visión tan absorbente y totalizadora de Goffman sobre las prisiones, puede ser compartida por parte de la población general, y probablemente tenía su justificación en la práctica de 1970 en las prisiones norteamericanas y españolas, justo cuando Goffman teorizó sobre este asunto, pero verdaderamente en la actualidad la realidad es otra, ya que las vías de comunicación con el exterior tanto telemáticas como físicas, el acceso al tercer grado, las actividades externas, etc... han mediado en que esa situación de aislamiento total no se dé en su máxima expresión.

Aunque se considere que el modelo de Goffman no se asemeja a nuestras prisiones, la entrada en prisión representa una ruptura psicobiográfica tal, que supone un verdadero reto de afrontamiento personal.

Las personas ingresan en prisión con una concepción de sí mismas o autoimagen basada en las disposiciones sociales habituales de su medio y ese medio cambia radicalmente. La entrada en prisión destruye o modifica mucho el sentido de identidad previo y la autoestima de quien sufre esa circunstancia (sobre todo en personas que ingresan por primera vez en prisión). La entrada en prisión supone además de la pérdida de la libertad, la pérdida del estatus de que se gozaba en la calle. En sí mismo, tal circunstancia es una verdadera prueba de capacidad de adaptación. Al nuevo interno se le exige subordinación absoluta a normas y personas extrañas; sus contactos habituales (pareja, familia, amigos) dejan bruscamente de existir, no tiene propiedad alguna más allá de sus efectos más personales, se pierde el rol familiar y laboral, se le puede obligar a pedir permiso para realizar actividades cotidianas como llamar por teléfono, tiene una disponibilidad fija de dinero, etc.... En definitiva, el ingreso en

prisión supone una regresión a un estado casi infantil y además sometido a una férrea disciplina. De esta forma “se facilita que el interno se asimile a un objeto y que pueda ser más fácilmente incorporado a la maquinaria administrativa del establecimiento y manipulado mediante medidas rutinarias” (Caballero, 1986).

Ante esta situación tan traumática las personas encarceladas sufren procesos de adaptación que Goffman distingue en cuatro tipos:

- Retirada:

El interno se evade psicológicamente de una situación que no le gusta, despreocupándose de todo lo no relativo a la satisfacción de sus necesidades inmediatas.

- Rechazo:

El interno se enfrenta con la institución, negándose a colaborar con el personal de la misma. Este comportamiento puede traer consigo mayores dosis de exclusión si cabe, en forma de sanciones disciplinarias, la privación de acceso a actividades y beneficios penitenciarios o temporadas de cumplimiento de condena en departamentos especiales.

- Colonización:

Es la tendencia a sacar el máximo provecho sin infringir las normas. El interno procura vivir lo mejor posible haciendo de la prisión “su mundo”, y obteniendo de éste la mayor cantidad posible de satisfacciones que le pueda brindar.

- Conversión:

El interno acepta el juicio que la institución y su personal tienen sobre él. Asume el rol de interno obediente y cooperador e intenta reformarse.

Se puede argumentar pues, que ante la ruptura biográfica que supone la entrada en prisión, los internos pueden adaptarse o reaccionar con esas cuatro formas distintas o mediante una combinación de las mismas. Ahora bien, retomando el concepto de

vulnerabilidad descrito en el preámbulo, es plausible comprender cómo el hecho de la entrada en prisión es un generador de patología mental en un alto número de personas. El encarcelamiento puede representar una pérdida de libertad, una pérdida de apoyo social y familiar, miedo a lo desconocido, miedo a la violencia física o sexual, miedo e incertidumbre respecto al futuro, culpabilidad por el delito cometido, y miedo o estrés derivado de las pobres condiciones ambientales. Según va pasando el tiempo, el encarcelamiento genera más estrés por conflictos con la institución, victimización, frustración por las resoluciones legales, y finalmente un deterioro físico y también emocional (OMS, 2000a; Douglas et al., 2008).

Internos que padecen una enfermedad mental pueden ver empeorada su patología de base ante la circunstancia de la encarcelación (Lluch, 2001; Villaverde, Gracia-Marco, Morera, 2000). Así por ejemplo, los pacientes con un trastorno psicótico pueden ver incrementado su paranoidismo o la autorreferencialidad sólo por el hecho de pasar a compartir lugares con desconocidos y/o sentirse amenazados, o por otro lado, los pacientes con un TP pueden ver incrementada su tendencia a la impulsividad o inestabilidad emocional por su escasa capacidad para tolerar las frustraciones, siendo el encarcelamiento y lo que supone, un facilitador para las respuestas en cortocircuito tan típicas de estos pacientes. Sirvan estos ejemplos para ilustrar la facilidad con la que puede exacerbarse una patología mental previa en un medio a priori desconocido, hostil y afrontado en solitario. Pero en sí mismo, el drástico cambio vital que supone el encarcelamiento puede provocar en personas sanas, sin suficiente capacidad resiliente, casi cualquier cuadro psicopatológico; desde sintomatología ansiosa, cuadros de hipotimia franca, insomnio, ideación autolesiva... o representar el inicio de un cuadro de tal gravedad como la psicosis.

Lo que se ha descrito es válido para el preso penado y preventivo, pero respecto a este último es necesario mencionar la singular circunstancia que se le añade. Y es que además del aspecto traumático que comparte con el penado al entrar en la cárcel, el interno está envuelto en una situación de incertidumbre vinculada a la posible sentencia condenatoria o absolutoria, que indudablemente puede dificultar su proceso de adaptación a la vida intramuros.

Por primera vez en esta tesis se ha comenzado a hablar sobre internos que padecen o pueden padecer una enfermedad mental en prisión. Por lo que parece obligado hacernos la pregunta de por qué este tipo de enfermos están en las cárceles y cuál es el itinerario judicial por el que transcurren estas personas.

Tres son los posibles caminos de llegada: casos de enajenación inadvertida, enajenación advertida pero no apreciada como causa de inimputabilidad y enajenación sobrevenida. Ahora bien, los factores que están determinando el incremento de pacientes que llegan a las cárceles tienen que ver con una concatenación de circunstancias (Sánchez-Burson, 2001; Sánchez-Gutiérrez, 2001; Hernández, 2004; Prins, 2011):

#### 1) Situaciones previas al delito.

- Algunos pacientes con trastornos psicóticos tienen dificultades para mantener un comportamiento socialmente aceptado.
- En casos con grave distocia social, y dificultades en la continuidad de cuidados, pueden verse abocados a la marginalidad.
- Ausencia de estructuras organizadas de tutela efectiva de los enfermos mentales, que impide la representación y la atención a los intereses de los enfermos infractores, y les deja en una posición de franca inseguridad jurídica y de desprotección efectiva de sus derechos constitucionales.
- Las Unidades de Salud Mental (USM) están colapsadas por otro tipo de demandas y carecen de la flexibilidad necesaria para acoger las necesidades de los pacientes con trastorno mental grave (TMG).
- La división USM/Unidad de Conductas Adictivas (UCA) abre una brecha que dificulta la posibilidad de un tratamiento integrado a pacientes con patología dual.

## 2) Durante la detención y el encarcelamiento:

- Falta de atención psiquiátrica en comisaría.
- Con frecuencia el TMG pasaba desapercibido, y si se advertía, con el antiguo Código penal, se daba la paradoja de que no convenía alegar la enajenación mental para evitar el internamiento en un Centro Psiquiátrico, dado que el internamiento en éste no concretaba un plazo temporal. Además en la mayor parte de ocasiones los internos tienen mucho más difícil el acceso a beneficios penitenciarios tales como permisos de salida, tercer grado... vinculada a una posible peligrosidad social.
- Por detrás de estas razones psicopatológicas no se puede dejar de ver situaciones más prosaicas de índole práctica: rechazo de estos pacientes por los hospitales públicos; saturación de las unidades psiquiátricas hospitalarias, etc.
- Los enfermos mentales graves en prisión no suelen ser calificados en tercer grado y no logran permisos de salida.
- A menudo son objeto y sujetos de violencia.
- Cuando presentan una descompensación grave y se remiten al hospital de referencia encuentran un fuerte rechazo, sustentado en temores de conflictividad, que en ocasiones impide la atención requerida.

## 3) Tras la excarcelación.

- Alta cifra de reincidencia delictiva de la población penitenciaria en general y de la psiquiátrica que delinque en particular.
- Escasa capacidad de coordinación con las USM para organizar la excarcelación y continuidad de cuidados.
- Al final se da la paradoja de que, en algunos casos de pacientes con TMG, frente a las condiciones de vida que tienen en la comunidad, su

presencia en los CP es casi su única oportunidad de estar atendidos médicamente y recibir el tratamiento farmacológico que precisan.

A continuación se expondrán los datos epidemiológicos acerca de la prevalencia de los trastornos mentales en prisión. Para ello, se decidió desglosar los datos y referencias en nacionales e internacionales. Por otro lado, se hará mención aparte al problema de la toxicomanía en prisión, dada su elevada prevalencia y generadora de morbilidad en prisión.

#### 1.2.5.2. Epidemiología de la enfermedad psiquiátrica en prisión.

##### *Epidemiología de la patología mental en prisiones no españolas*

Desde que en la segunda mitad del siglo XX se produjo la transformación de un sistema asistencial basado en el modelo asilar hacia un modelo comunitario, parecería innecesario, desde el punto de vista teórico, que existiera una psiquiatría penitenciaria. Sin embargo, la realidad es contundente en demostrar que los servicios de salud mental comunitarios no están siendo infalibles en el abordaje preventivo, asistencial y rehabilitador de los pacientes con TMG, especialmente aquellos en situación de pobreza y exclusión social, los cuales tienen mayor riesgo de incurrir en comportamientos delictivos y que están llegando en proporciones crecientes al medio penitenciario. Por tanto, habría que retomar la vieja pregunta de Foucault: ¿Hay relación entre el éxito de la reforma psiquiátrica y el fracaso de la penitenciaria? ¿Si una sociedad libera a los locos de su encierro significará esto que la prisión ocupará el espacio vacío dejado por el manicomio? ¿se cumple la Ley de Penrouse en la que se asocia la reducción de camas en instituciones psiquiátricas de la comunidad con el incremento de enfermos mentales en prisión? (Pérez, 2004; Kalapos, 2016).

El incremento de enfermos mentales en prisiones ha sobrepasado el campo profesional y se ha convertido desde comienzo del Siglo XXI en motivo de interés social como se demuestra por los numerosos artículos en diversos periódicos de prestigio internacional. Así *Le Monde*, en su edición de 17/4/2002 hacía referencia al

aumento de pacientes psicóticos en el centro de detención de Estrasburgo, que había pasado del 1,1% en 1990 al 4,6% en 2002. Por su parte, en su edición de 3/3/2003, el *Guardian Newspaper* señala que en las cárceles estadounidenses hay 300.000 enfermos mentales “porque no tienen otro sitio donde estar”, con largas condenas por delitos menores, y que suponen una alta proporción entre los 3500 presos que esperan en el corredor de la muerte.

Las fuentes científicas como el estudio de Gunn, Madeu y Swinton de 1991 muestran que el 37% de los varones condenados en Inglaterra y Gales padecían trastornos psiquiátricos: abuso de sustancias (23%); TP (10%); neurosis (6%); psicosis (2%) y trastornos orgánicos (0,8%). En estudios ingleses (Fryers, Brugha, Grounds y Melzer, 1998), se informa de la presencia de psicosis en el 7,5% de varones condenados, en el 10% de varones preventivos y en el 14% de mujeres (en ambas situaciones). Asimismo el 20% de los hombres y el 40% de las mujeres tenían antecedentes de, al menos, un intento autolítico. Varios estudios europeos (Brooke, Taylor, Gunn y Maden, 1996; Falissard, Loze, Gasquet, Duburc, Beaurepaire y Fagnani, 2006; Von Schönfel et al., 2006; Marteau y Pallás, 2006; Vandavelde et al., 2011), americanos (Arboleda-Florez, 2009; Kerridge, 2008; Hinton, 2014) y australianos (Butler, Indig, Allnutt y Hassan, 2011) encuentran tasas más elevadas de patología mental en la población penitenciaria respecto a la población general.

Hay que destacar el metaanálisis de Fazel y Danesh que revisan la información disponible en 62 estudios realizados en 12 países y que abarcan 22.790 internos, que permite establecer las siguientes tasas de prevalencia de enfermedades mentales graves: psicosis (3,7% de varones y 4% de mujeres); depresión mayor (10% de varones y 12% de mujeres), y TP (65% de varones y 42% de mujeres). Como se ve estas prevalencias son entre 2 y 4 veces superiores a las encontradas en la población general para psicosis y depresión mayor, suponiendo estos trastornos “tratables” una gran carga asistencial para las instituciones penitenciarias. Todos los estudios parecen coincidir en que estas proporciones van en aumento en los últimos años. Así en el estado de Connecticut ha pasado del 24% de enfermos mentales graves en 1991 al 40% en 1999 (Arboleda-Florez, 1999).



### *Epidemiología de la patología mental en prisiones españolas*

En los estudios publicados por Espinosa y Herrera (2003), y Carmona, Hernández y Gutiérrez (2003) la demanda de atención psiquiátrica se situó entre el 9,5 y el 13,8% y se trata de una población joven (más del 80% tiene entre 18 y 35 años); la mayoría con estudios primarios (70%); alrededor del 60% son toxicómanos y el 85% padecen VIH, hepatitis o ambas. Los diagnósticos más frecuentes fueron: trastornos adaptativos (20%); trastornos psicóticos (20%); trastornos afectivos (10%); sin diagnóstico (9%). El número de visitas de seguimiento fue escaso y predominaron las terapias farmacológicas.

El estudio de Pato (2003) nos da unas tasas de 7,5% de psicosis, 4,5% trastornos del humor y 7,5% trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos. Este autor concluía que sólo un 25% de la población reclusa no presentaba malestar psíquico.

Destacar de nuevo la publicación de Vicens et al. que analiza 707 reclusos y que presentan tasas de un 76,2% de trastorno por uso de sustancias (TUS), un 45,3% de trastornos de ansiedad, un 41% de trastornos del humor y un 10,7% de trastornos psicóticos.

Como se observa la demanda originada por trastornos psicóticos es muy alta. En ese sentido, el Defensor del Pueblo andaluz se planteó investigar cuántos enfermos mentales graves había en las cárceles andaluzas. Descartaron internos con enfermedades mentales ocasionales o que éstas no fueran relevantes y a los deficientes psíquicos, centrando la búsqueda en casos de trastornos psicóticos crónicos que fueran incapacitantes e invalidantes. La cifra que encontraron fue de 370 internos con un trastorno psicótico crónico, lo cual suponía el 4,35% de la población reclusa en Andalucía en ese año. Estos pacientes respondían fielmente al tipo del marginado y excluido social. Se produjo un predominio absoluto de hombres frente a las mujeres, de 25 a 40 años de edad. Presentaban un nivel cultural muy bajo, casi analfabeto y con escasos recursos económicos (Sánchez-Bursón, 2001).

A continuación se muestran las tablas 4-7, que resumen los artículos publicados en los últimos diez años en la Revista Española de Sanidad Penitenciaria (RESP) en relación a la asistencia psiquiátrica penitenciaria.

**Tabla 4. Estudios publicados en la RESP sobre salud mental y prisiones (parte I).**

<b>Año publicación</b>	<b>Autores</b>	<b>N</b>	<b>Características</b>
2016	Zabala-Baños et al	184	Prevalencia vida de T. Mental de 90.2%; TUS: 72.3%, T. Afectivo: 38.5%, T. Psicótico: 34.2%.  Prevalencia mes de T. Mental de 52.2%; TUS: 18.5%, T. Afectivo: 13%, T. Psicótico: 20.7%.
2015	García G	94	26.5% algún tipo de autolesión.
2014	Caravaca-Sánchez F et al	270	62,2% perciben que tienen ansiedad, depresión, enfermedad bipolar, esquizofrenia u otra enfermedad mental.

Elaboración propia. Fuente: RESP.

**Tabla 5. Estudios publicados en la RESP sobre salud mental y prisiones (parte II).**

<b>Año publicación</b>	<b>Autores</b>	<b>N</b>	<b>Características</b>
2014	C Chérrez-Bermejo	106	En agresores sexuales: Al menos un diagnóstico psiquiátrico en el 25,5%.  TUS: 61,3%; TP: 6,6%; T. Psicóticos: 2,8%.
2014	Runte-Geidel A	-	Estudio cualitativo sobre medidas coercitivas en CP y hospitales psiquiátricos penitenciarios: opiniones de internos y profesionales.
2013	Bustamante R	-	Revisión teórica sobre la Guía para la Promoción de la Salud Mental en el medio penitenciario.
2013	Negredo L	29	Relación significativa entre psicopatía y conducta suicida en muestra delincuentes con trastorno mental.
2012	Marín-Basallote M	128	TP: 35,2%; T. Psicóticos: 25,8%; TMG: 46,1%
2012	Arnau F	786	786 pacientes en 2.006 consultas.  TP: 59,2%; T. Psicóticos: 11,6%; TUS: 69,5%
2011	Arroyo-Cobo JM	-	Revisión teórica sobre estrategias asistenciales.
2010	Gallego JM, Herrera R	-	Revisión teórica sobre trastornos somatomorfos.

Elaboración propia. Fuente: RESP.

**Tabla 6. Estudios publicados en la RESP sobre salud mental y prisiones (parte III).**

<b>Año publicación</b>	<b>Autores</b>	<b>N</b>	<b>Características</b>
2009	Bedoya A, Martínez-Carpio PA,	65	59 suicidios/100000 en período 1990-2005.
2009	G van 't Hoff,	-	Revisión teórica sobre asistencia a reclusos con problemas de salud mental en Holanda.
2009	Vicens-Pons E	750	Trabajo de campo del proyecto del Proyecto PRECA.
2009	Arroyo-Cobo JM, Ortega E	60	Relación entre indicadores de desajuste del clima social en una prisión con el diagnóstico de TP.
2008	Calvete E	-	Revisión teórica sobre características de salud en violencia de género.
2008	Calvo Estopiñán P, Soler González C	136	Prevalencia en Módulo Penitenciario del H.U.M.S.  TP: 22%; T. Psicóticos: 16,3%.
2008	Vegue-González M, Alvaro-Brun E	100	Validez del Cuestionario International Personality Disorder Examination:  Baja especificidad para la presencia de uno o más TP: 2,5%. Baja sensibilidad para los T. Antisocial: 56,7% y T. Límite: 58,8%.
2007	Rutherford M, Duggan S	-	Descripción de los servicios forenses de Inglaterra y el País de Gales.
2007	García Campayo J	-	Revisión teórica sobre fenómenos de somatización.
2007	López-Barrachina R, Lafuente O	236	TP: 69,3%
2007	Varela-González O, Algora-Donoso I	1368	Elevada polifarmacia. Ansiolíticos: 65%; Antidepresivos: 38%; Antipsicóticos: 27%

Elaboración propia. Fuente: RESP.

**Tabla 7. Estudios publicados en la RESP sobre salud mental y prisiones (parte IV).**

<b>Año publicación</b>	<b>Autores</b>	<b>N</b>	<b>Características</b>
2006	Salinas C, Ortega L	1700	Psicofármacos: 30%
2006	Arroyo-Cobo JM, Ortega E	Todas las prisiones españolas salvo Cataluña y País Vasco	El 50% de las consultas de atención primaria, tuvieron relación con un problema de salud mental.  El 59% algún tipo de trastorno mental.
2006	Vicens E	243	Relación entre el trastorno mental y la comisión de delitos.
2006	Garcés Pina E, Duato Durán A	16	Creación de cuestionario de enfermería para detectar patología mental y experiencia piloto.
2005	Vicens E, Tort V	-	No estudio estadístico.  Revisión teórica sobre el cumplimiento de la medicación en pacientes con esquizofrenia.
2005	Arroyo JM	-	Descripción de objetivos y funcionamiento del Grupo de trabajo sobre Salud Mental en prisiones.
2005	Rodríguez-Arrebola E	-	Revisión teórica sobre el abordaje psiquiátrico de los TP en el medio penitenciario.

Elaboración propia. Fuente: RESP.

*Las toxicomanías como fuente de patología psiquiátrica: patología dual en prisión.*

La asociación evidente en personas detenidas que consumen drogas en comorbilidad con una enfermedad mental no ha sido objeto de atención hasta hace bien poco, aceptándose en la actualidad la patología dual (PD) como una entidad diagnóstica independiente dotada, por otra parte, de un protagonismo que contrasta con su reciente pasado en la ignorancia. Hasta tal punto ha cobrado interés la asociación entre enfermedad mental y consumo de drogas que el prestigioso psiquiatra Vallejo Ruiloba afirmaba recientemente que la psiquiatría del siglo XXI tiene la tarea de reescribir toda la psicopatología del consumo de drogas más enfermedad mental, pues la psiquiatría clínica de finales del siglo XX describe la clínica de las enfermedades mentales sin tener en cuenta este hecho.

Varios factores han contribuido como causa de preocupación acerca de esta nueva entidad: la importancia de los trastornos mentales en aquellas personas que abusan de las sustancias, una subpoblación de adultos jóvenes con elevada tendencia a la cronicidad (Safer, 1987) y la escasez de instituciones para enfermos mentales crónicos, lo que permite a estos pacientes el acceso a estas sustancias y encontrar así roles sociales para integrarse en la comunidad (Bachrach, 1986). La importancia de la comorbilidad del abuso de sustancias con otros trastornos psiquiátricos ha quedado claramente evidenciada en diferentes estudios debido a su influencia en la clínica, evolución y costes (Hunt, Bergen y Bashir, 2002). Así, la patología dual se ha asociado a un aumento en el número de ingresos psiquiátricos (Hunt, Bergen y Bashir, 2002), violencia (Swart et al., 1998; Soyka, 2000), comportamiento suicida (Appleby et al., 1999), incremento del gasto sanitario (Rosenheck, 1999; McCrone et al., 2000), mayor comorbilidad médica (Dickey, Normand, Weiss, Drake y Azeni, 2002), pobre adherencia al tratamiento (Owen, Fisher, Booth y Cuffel, 1996; Kamali et al., 2001) y escasos resultados del mismo en ambas patologías (Carey, Carey y Meisler, 1991).

Podría decirse que la enfermedad mental no predispone al delito, pero sí que ciertos delitos violentos son los más cometidos por enfermos mentales. En los enfermos duales destacan entre todas las patologías mentales, por su gravedad, la esquizofrenia (Ortiz, 1998), y por su frecuencia, los TP, según fuentes de la

Asociación Española de Patología Dual (García, 2008). Dada la elevada prevalencia de esta situación de comorbilidad, el término se reserva para trastornos por abuso/dependencia de alcohol y/o tóxicos ilegales que se presentan de manera comórbida con trastornos psiquiátricos graves, especialmente de la esfera psicótica y/o afectiva (Drake, Mueser, Brunette y McHugo, 2004).

El estudio ECA realizado por Regier et al., en EEUU con una muestra de más de 20.000 individuos, incluyendo población penitenciaria, mostró la elevada comorbilidad entre TUS y trastornos psiquiátricos. En drogodependientes aumenta cuatro veces el riesgo de padecer otro trastorno mental. En los cocainómanos aumenta a once veces. Las personas con un trastorno mental tienen 4,5 veces más riesgo de presentar trastornos por uso de drogas. La magnitud del problema, si sólo nos referimos a la esquizofrenia, pone de relieve que el 47% de estos pacientes tienen un diagnóstico de abuso o dependencia a alguna sustancia a lo largo de su vida, frente a un 16,7% de la población general. Asimismo, la posibilidad de que una persona que padece esquizofrenia abuse de una sustancia es cuatro veces mayor que una persona no esquizofrénica. La droga de referencia por su fácil acceso es el alcohol en un 47% de los esquizofrénicos consumidores, seguido del cannabis (42%), estimulantes (25%) y drogas de diseño (18%). Si se incluye la nicotina o los sedantes farmacológicos es fácil inferir que la mayoría de los que abusan de sustancias incorporan al menos dos o tres.

Un estudio realizado en la Comunidad de Madrid entre pacientes con problemas de adicción/consumo de drogas (García, 2008) destaca que el diagnóstico de PD es aplicable al 53% de los pacientes, siendo el 80% varones. Los diagnósticos asociados fueron: Riesgo de Suicidio (41%); Episodio (hipo) Maníaco (32%); Trastorno de Angustia (29%) y Depresión mayor (29%). El 71% de los pacientes padecía algún TP y el 75% de los diagnósticos de PD incluían dos o más trastornos mentales. La cocaína (63%), el alcohol (61%) y la marihuana (23%) fueron las drogas más frecuentemente consumidas por los pacientes de PD y un 55% consumía dos o más sustancias.

Otros estudios afirman que alrededor del 50% de los pacientes con enfermedades psiquiátricas reunirá en algún momento de su vida criterios diagnósticos DSM-IV para abuso/dependencia de alcohol o tóxicos (George y Cristal, 2000).

En otro estudio realizado por Miller en 2003 podemos encontrar los siguientes porcentajes de riesgo en los TUS según las diferentes patologías psiquiátricas: 83% para TP, 60% para enfermos bipolares, 47% para la Esquizofrenia, 27% en enfermos depresivos, 23% en Trastornos de Ansiedad y un 23% en Trastornos Fóbicos.

La tasa de TP en la población general varía entre el 10% y el 15%, pero entre los sujetos con TUS está entre el 35% y 73%, fundamentalmente TP antisocial, límite, por evitación y paranoide, sin que este diagnóstico se pueda explicar por artefactos relacionados con el consumo de sustancias (Fernández-Miranda, 2002). Otros autores señalan que entre el 65% y el 90% de los sujetos con TUS tienen asociado, al menos un TP (Pedrero-Pérez, Puerta-García, Lagares y Sáez-Maldonado, 2003). Para algunos investigadores el uso de drogas es un síntoma explicable por la estructura anómala de la personalidad (San Narciso et al, 1998). La gravedad de la comorbilidad en el estudio ECA (Regier et al., 1990) en Estados Unidos, en el que el 76% de los varones y el 65% de las mujeres que cumplían criterios de abuso o dependencia de drogas, tenían criterios para al menos otro diagnóstico psiquiátrico, siendo el TP uno de los más prevalentes. En nuestro país, Pedrero (2003) encontró una prevalencia de TP en sujetos con TUS del 78%.

Como se ha comentado la prevalencia de enfermedad mental en las prisiones españolas es muy superior a la existente en la población general, y retomando el Estudio sobre Salud Mental en el Medio Penitenciario llevado a cabo por la Subdirección General de Sanidad de la SGIIPP en el año 2007, al menos el 25,6% de internos a finales del 2006 tenían uno o más diagnósticos psiquiátricos graves reflejados en su Historia Clínica, y llegando al 49,6% si se consideran los antecedentes de abuso o dependencia a drogas. Destacan un 12,8% de Trastornos afectivos, un 9,4% de TP, 3,4% de psicóticos y se refleja un 12,1% con diagnóstico de PD. Constan intentos autolíticos graves en el último año en el 2,7%. El 1,8% tenían reconocida minusvalía psíquica y el porcentaje de internos con tratamiento con psicofármacos superaba el 30%



(benzodiazepinas el 28,7%, antidepresivos el 15,8% y antipsicóticos el 10,6%). El consumo de drogas intrapenitenciario abarcaba el 36,1% de los internos (42% con heroína y cocaína como drogas principales, 19,2% exclusivamente cocaína), y, habiendo disminuido el porcentaje de uso de la vía intravenosa en un 10,2% en seis años, aún sigue siendo del 11,7%. En la prisión, el 30,5% de los internos ha estado alguna vez en tratamiento de drogodependencias, y el 23,8% de los internos estaban a finales de 2006 incluidos en PMM.

Brugha et al. (2005) describen que uno de cada cinco presos presentaba síntomas psicóticos atribuibles a los efectos tóxicos o de abstinencia del consumo de drogas. Entre la población reclusa, el riesgo de sufrir un TP es claramente superior (alrededor de 10 veces superior en el caso de TP antisocial). Rubio Larrosa (1992) encuentra un 81% de TP en reclusos que acuden a consulta psiquiátrica. En el tan mencionado metaanálisis de Fazel y Danesh se determinaron prevalencias del 42% de TP, otros autores encontraron el 100% de TUS (Valls, Bosquet, Rodrigo, 1992) y Singleton et al. (2005) encontró prevalencias de TP del 78%. Munetz, Grande y Chambers demostraron que los enfermos con TMG y TUS presentan “alto riesgo” de ingreso en prisión (el 7,9% de los enfermos mentales graves de su serie, de los que el 70% eran esquizofrénicos, habían sido encarcelados al menos una vez en el último año).

Un trabajo específico realizado en la prisión de Zuera (Zaragoza) (Arroyo y Ortega, 2007) puso de relieve que el 59% de los internos que consultaban por algún problema de salud padecían algún tipo de trastorno mental y de éstos, PD en el 56,6% de los casos.

Por tanto, parece claro que la PD en el momento actual es uno de los problemas de salud mental más frecuente entre la población reclusa (Hernández et al, 2006).

El abuso de sustancias y los TP son, con diferencia, la forma más frecuente de diagnóstico dual (Verhuel, 2007), y la más problemática en su manejo (Hernández et al, 2006). La coexistencia o comorbilidad tiene implicaciones en la clínica, el tratamiento, la evolución y el pronóstico de ambos trastornos (Terán, 2009). También se puede encontrar más de un TP en un mismo individuo. Probablemente lo más frecuente sería un trastorno mixto con rasgos disociales y paranoides. En el medio penitenciario son frecuentes los TP antisocial y límite y, de lo que no cabe duda es que ambos TP se

presentan de forma prevalente asociados al consumo de drogas, siendo habitual el policonsumo de psicotropos. La asociación del TUS y TP, da lugar a un cuadro de complejo diagnóstico y tratamiento (Hernández et al, 2006). La frecuencia del TP en las prisiones se encuentra entre el 40 y el 60 % de los internos, entre los cuales, alrededor del 70% de estos presentan además un TUS no relacionado con el anterior. Este tipo de patología dual (TP+TUS) es uno de los trastornos que más frecuentemente se encuentra asociado con el comportamiento conflictivo. Existe relación estadísticamente significativa entre indicadores de desajuste del clima social en una prisión, como por ejemplo las conductas interpersonales agresivas o la demanda compulsiva de psicofármacos en las consultas médicas y el diagnóstico de TP (Arroyo y Ortega, 2009).

También son habituales los trastornos de ansiedad o mixtos y no es infrecuente la existencia de trastornos psicóticos. Cuando los trastornos mentales tienen como sintomatología la incapacidad para la adaptación, la aplicación de medidas de seguridad regimental como única respuesta ante este problema de salud mental, conducirá a la reproducción reiterada de los comportamientos de inadaptación, probablemente con intensidad creciente. La conflictividad como síntoma, puede ser la expresión de un trastorno mental no tratado (Hernández et al, 2006). En numerosos estudios de prevalencia de trastornos mentales en población reclusa se advierte también la presencia entre los internos de un número mayor de trastornos adaptativos en comparación con los encontrados en la población general (Coid, 1984).

Para finalizar el repaso de prevalencias, se retoma de nuevo el trabajo que realizamos en 2012 y que sirvió para contextualizar el presente trabajo de investigación (Arnau et al, 2012). Respecto al consumo de sustancias, el 69,5% reconocía consumo de algún tipo de sustancia con patrón de abuso o dependencia, sin discriminarse para el estudio si el inicio del consumo fue antes o después de su entrada en prisión. El consumo de drogas fue más frecuente en varones ( $p=0,01$ ) y no se encontraron diferencias de consumo en los presos penados o preventivos ( $p=0,24$ ). El patrón de consumo más frecuente fue el de politoxicomanía en un 43,3% de la muestra (consumo de tres o más drogas, incluyendo en todos los casos opiáceos), el 23,4% consumía una única sustancia y en el 2,9% el consumo referido era de dos sustancias. Entre el grupo de consumidores, la cocaína fue consumida en un 82,0% de los pacientes, la heroína en

un 79,0%, el cánnabis en un 65,0% y el alcohol en un 11,8%. Sólo el 12,9% de los que admitieron consumo de drogas no tenía asociado ningún diagnóstico psiquiátrico en el Eje I o el Eje II del DSMIV. Respecto a la tasa de pacientes con PD, entendiendo como PD la coexistencia de un trastorno mental grave del tipo espectro de la esquizofrenia, trastorno bipolar o TP grave (Haro, Bobes, Casas, Didia y Rubio, 2010) y un TUS en patrón de abuso o dependencia, éste representaba el 17,8% de toda la muestra estudiada.

### 1.2.5.3. Modelos organizativos asistenciales existentes.

#### *Cataluña y País Vasco.*

Como ya se ha dicho con anterioridad, Cataluña es la única Comunidad Autónoma que tiene transferidas las competencias en materia penitenciaria. En Julio de 2001 se firmó un convenio entre el Departamento de Justicia y el de Sanidad de la Generalitat, y San Joan de Déu, en el que se propuso la creación de Unidades polivalentes de Salud Mental en las tres prisiones más importantes, así como la construcción de la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Penitenciaria (UHPP) en el CP de Brians I. En el año 2010 se inició el procedimiento para integrar los servicios médicos penitenciarios al Servicio Catalán de Salud, mediante la Resolución 3468/2010, de 6 de octubre, llevándose a cabo definitivamente en el año 2014, mediante la Resolución SLT/785/2014, del 19 de marzo.

Por orden cronológico, en el 2001 se pone en marcha la Unidad Psiquiátrica Polivalente del CP *Quatre Camins*, en el año 2003 se crea la UHPP, en 2006 la Unidad Terapéutica de Justicia Juvenil *Els Tilers*, en 2007 la asistencia especializada ambulatoria en el CP Brians II y en el año 2009 la Unidad de Hospitalización y Rehabilitación Psiquiátrica en el CP Brians II (Tort, 2014).

En líneas generales en las prisiones catalanas de menos de 1000 internos lleva a cabo su labor asistencial un médico psiquiatra a jornada completa, y en los CP de más de 1000 reclusos el servicio de psiquiatría penitenciaria lo conforman de 2 a 3 especialistas. En el caso de que estos facultativos identifiquen en un paciente una patología de especial gravedad; usualmente con alteraciones conductuales asociadas,

escasa conciencia de enfermedad o riesgo hétero/autoagresivos, solicitan la derivación motivada a la UHPP. En esta Unidad Hospitalaria trabaja un equipo multidisciplinar formado por 6 psiquiatras, 3 psicólogos, 1 médico de familia, un equipo de enfermería, auxiliares y celadores. La labor asistencial se desarrolla en tres subunidades; una unidad de hospitalización breve, otra de subagudos y la denominada de tránsito a la comunidad. El paciente puede seguir el itinerario por estas unidades funcionales, o ser derivado de nuevo a su CP de origen, según la evolución de su enfermedad o por otras causas como la existencia de un auto de medida de seguridad que indique su cumplimiento en dicha UHPP.

Como ya se ha dicho en varias ocasiones, la Comunidad Autónoma vasca tiene también transferidas competencias en materia de Sanidad Penitenciaria. En este caso la asistencia psiquiátrica queda transferida de forma completa a su Red de Salud Mental, que incluye la atención ambulatoria y hospitalaria, según la zona geográfica a la que corresponden cada uno de los tres CP transferidos. Es decir, en cada uno de los CP existe el equivalente a una USM, con personal e historia clínica de Oskadietza.

En los CP de menos de 500 internos, el psiquiatra de Oskadietza de la USM de referencia acude una vez por semana para realizar su labor asistencial. El resto de los días queda a disposición de los servicios médicos del CP para contactos vía telemática o mediante videoconferencia. En los CP de mayor tamaño (más de 500 internos), el psiquiatra de referencia realiza su labor asistencial presencialmente todos los días de la semana.

En caso de necesidad de hospitalización, los internos son derivados a las Unidades de Hospitalización Breve de la red hospitalaria, previa comunicación e informe motivado del psiquiatra que recomienda dicho ingreso. Por tanto, a diferencia del resto de autonomías, los internos no ingresan en Unidades Judiciales de los Hospitales Generales.

Por otro lado, en caso de personas decretadas inimputables en el juicio oral, o si a lo largo de su estancia en prisión sobreviene un trastorno mental de tal gravedad que impidiera al interno conocer el sentido de su pena, y por tanto ser de aplicación el art. 60 del Código Penal, estos pacientes son derivados a la Unidad de Psiquiatría Legal ubicada en el Hospital Aita Menni.

### *Prisiones dependientes del MI del Gobierno de España:*

En el resto del estado español, la situación es claramente distinta. Como ya se ha referido en párrafos anteriores, existen convenios de colaboración entre los diferentes CP y los Servicios de Salud autonómicos. No existe una regla básica ni convenios idénticos, siendo de diferente naturaleza según la Comunidad Autónoma de que se trate. En la Comunidad Valenciana, área geográfica objeto de estudio del presente trabajo, destaca que en la provincia de Castellón existe un convenio con el Consorcio Hospital Provincial y su Servicio de Psiquiatría, de modo que la actividad asistencial la realiza el autor de este trabajo a razón de una jornada semanal en cada uno de los dos CP de la provincia. Otra fórmula es la utilizada en el CP de Valencia I y II, donde dicha tarea asistencial se realiza mediante un concurso oposición en régimen de contrato menor con la AP, siendo necesario que el especialista realice su labor por cuenta propia.

La Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria, llevó a cabo dos reuniones estatales (la última en 2013) con los psiquiatras consultores del estado, y en ellas se vio reflejada la gran variabilidad en el tipo y frecuencia de la asistencia psiquiátrica penitenciaria. Si bien, en ninguna de las Comunidades representadas, el psiquiatra consultor realizaba su labor de forma diaria, si no en un número de consultas mensuales que oscilaba entre 1 y 4.

### *El Programa atención integral al enfermo mental (PAIEM)*

En septiembre de 2009, como primer paso que reconoce la necesidad de un abordaje más profundo de la enfermedad mental en prisión la SGIIPP inició la aplicación y desarrollo del PAIEM. El espíritu del mismo es lograr la normalización e integración social del interno, entendida como el estado en el que la persona sea capaz física, psíquica y socialmente de hacer frente a las situaciones con las que deba enfrentarse de la forma más autónoma posible

De forma sintética el desarrollo del PAIEM, consta de tres fases; la primera va dirigida a la detección de internos que presenten trastornos mentales, la segunda va encaminada a efectuar un diagnóstico clínico e instaurar un tratamiento médico y la tercera consiste en derivar a estos internos al programa de rehabilitación, proponiendo la

inclusión del paciente en uno de los tres niveles de intervención, de acuerdo con las características clínicas y la respuesta al tratamiento farmacológico. En el nivel 1 la respuesta al tratamiento es buena, en el nivel 2 la respuesta es parcial, y en el nivel 3 se encuentran clasificados los pacientes con mala respuesta al tratamiento.

Así mismo se aboga por la creación de equipos multidisciplinares para llevar a cabo dicha tarea, quedando constituidos por:

- Personal sanitario: imprescindible el médico, personal de enfermería y a ser posible el psiquiatra que trate al interno.
- Psicólogo, educador, trabajador social y siempre que sea posible: jurista, maestro, monitor deportivo, monitor ocupacional, funcionarios de vigilancia y profesionales de asociaciones y ONGs.

Los objetivos del programa incluyen estos procesos específicos: Recuperar la salud, haciendo énfasis en los aspectos clínicos. Iniciar un proceso de cambio y de rehabilitación orientado a superar los efectos negativos de la enfermedad. Y la continuidad de tratamiento, cuidados y apoyo en el momento de la excarcelación. Por tanto, como objetivos concretos el PAIEM incluye:

- La detección, diagnóstico y tratamiento de los internos con algún trastorno mental.
- Mejora de la calidad de vida de los enfermos mentales, aumentando su autonomía personal y la adaptación al entorno.
- Optimizar la reincorporación social y la derivación adecuada a un recurso sociosanitario comunitario.

El modelo de intervención se basa en un modelo asistencial que contiene las siguientes guías de actuación:

Detección, diagnóstico y tratamiento:

El primer requisito para desarrollar una intervención eficaz en materia de salud mental con la población interna es la detección de los casos, su diagnóstico clínico y la

instauración de un tratamiento farmacológico que conduzca a la estabilización de los enfermos.

#### Elaboración del Programa de Rehabilitación:

La rehabilitación tiene como objetivos esenciales remediar discapacidades, compensar minusvalías y conseguir la mayor autonomía posible de una persona, en el grado que ésta pueda alcanzar. De ahí la necesidad de efectuar un plan individualizado de rehabilitación para cada persona.

#### Reinserción social/Continuidad de cuidados tras excarcelación:

El proceso de externalización penitenciaria en sí mismo es brusco y estresante para cualquier persona, por tanto aún más para aquéllas con un alto nivel de vulnerabilidad al estrés.

Es imprescindible para estas pacientes una continuidad de cuidados en la red de atención socio-sanitaria comunitaria que permita mantener su proceso asistencial y de incorporación, lo más adecuado y seguro posible y esto se debe llevar a cabo de forma paulatina y progresiva antes de su libertad. Por ello, para obtener una reincorporación social eficaz, adquiere especial relevancia la preparación de la salida en libertad, estableciendo los contactos previos con la familia o las instituciones y entidades de acogida, y realizando una incorporación progresiva, por medio de salidas terapéuticas, salidas periódicas y permisos de salida.

Esta tercera vía de actuación es la que ha presentado más dificultades para su adecuada implementación, de forma que en la última revisión del PAIEM en Marzo de 2014, la SGIIPP creó un programa específico para reforzar esta tercera fase u objetivo del programa.

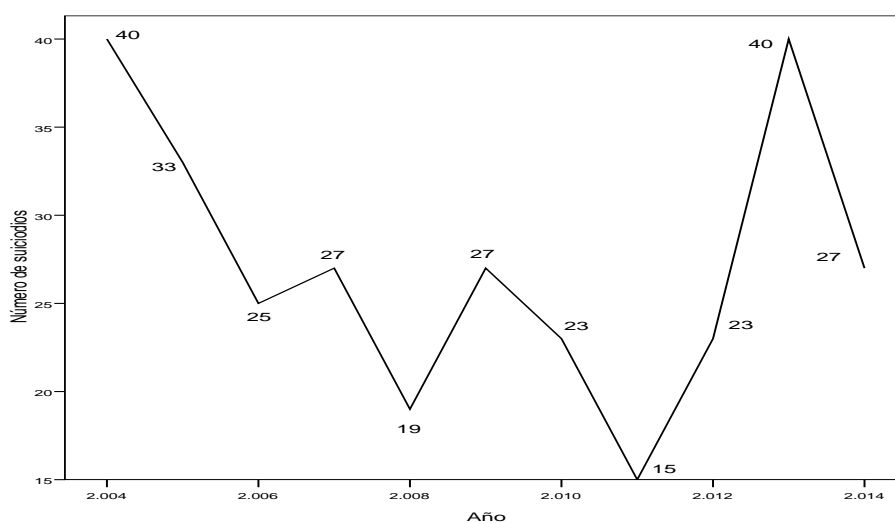
### *Protocolo de Prevención de Suicidios (PPS)*

El otro programa a revisar a continuación, el PPS, es de gran importancia por la magnitud del problema que representan los actos autolesivos y los suicidios consumados en las cárceles de nuestro país.

Las personas privadas de libertad presentan un mayor riesgo de suicidio que la población general (Snow, Paton, Oram y Teers, 2002). La Organización Mundial de la Salud en el año 2000 afirmó que el suicidio es, como causa única de muerte, la más frecuente en las instituciones penitenciarias, y McKee en 1998 afirma que las personas privadas de libertad tienen unas tasas de suicidio entre 11 y 14 veces mayores que la población general.

A continuación se muestra los datos sobre los fallecimientos desde el año 2004 hasta el 2014 (último año con datos oficiales) en los CP dependientes del MI (Figura 2).

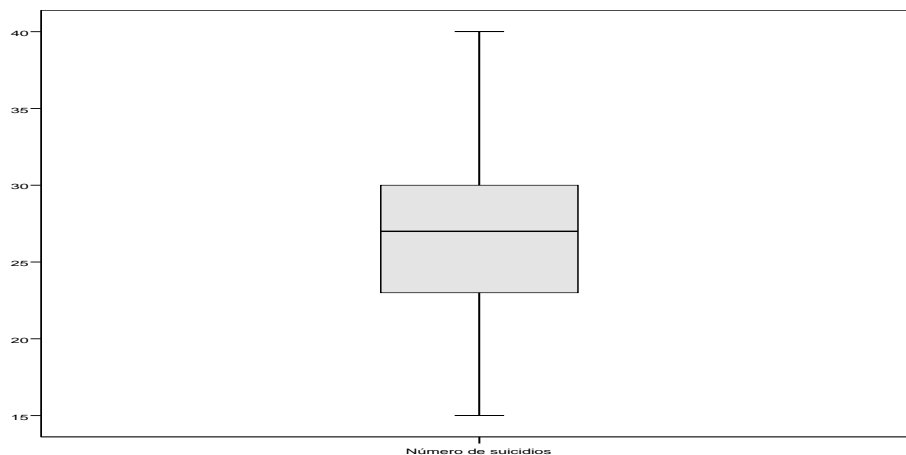
**Figura 2. Evolución del número de suicidios en los CP dependientes del MI.**



Elaboración propia. Fuente: Informes Generales IIPP 2004-2014.



**Figura 3. Diagrama de caja con los el número de suicidios en los CP dependientes del MI.**



Elaboración propia. Fuente: Informes Generales IIPP 2004-2014.

Como se puede observar, la media de suicidios es de 27 casos al año, con un total de 299 muertes acaecidas por esta causa durante el período de 2004-2014. Para visualizar mejor esta problemática, se han consultado los Informes Generales de la SGIIPP de los años 2004-2014 y el Instituto Nacional de Estadística para la población española durante ese período, resultando una tasa de 4,7 suicidios por mil internos, frente a una tasa de 0,83 suicidios por mil habitantes en nuestro país (casi 6 veces más). Otro dato a reseñar es la inclusión de más de 2.700 internos en el PPS durante el año 2014.

Estos datos nos ponen de manifiesto un contexto especialmente vulnerable a la conducta suicida con unas características singulares (OMS, 2000; Douglas et al., 2008):

- Los CP son lugares donde viven personas que tradicionalmente han estado entre los grupos de mayor riesgo de suicidio: hombres jóvenes, con enfermedad mental, aislados socialmente, que abusan de las drogas y que han intentado suicidarse en el pasado.
- El impacto psicológico de la detención y el encarcelamiento o del estrés cotidiano asociado a la vida de la prisión puede exceder las habilidades de afrontamiento de los sujetos más vulnerables.

- La afectación que la comisión del delito y de modo singular los delitos contra las personas, contra la libertad sexual y de violencia familiar, producen en algunas personas, no sólo al iniciar su estancia en prisión, sino también cuando la prolongación de la condena debilita los resortes del equilibrio emotivo.
- La resonancia que ejerce sobre el recluso ver publicada en los medios de comunicación su actividad delictiva.
- El abatimiento que la reducción a un género de vida penitenciario produce en personas que han cometido delitos de carácter económico, dada la drástica ruptura biográfica a la que se ven sometidos.
- La añoranza, separación, pérdida de los lazos familiares y del medio social ordinario.
- La enfermedad mental en sí misma, como la esquizofrenia, los trastornos del humor y los TP en los que la incidencia de intentos de suicidios, parasuicidios y suicidios consumados, representan un verdadero reto asistencial en los CP.
- El abuso crónico de sustancias, en particular de alcohol.
- El historial previo, personal y familiar, de conductas suicidas.

De este modo, la AP tuvo que desarrollar estrategias para el cumplimiento del Art. 3.4 de la LOGP que reza: *Corresponde a la Institución Penitenciaria velar por la vida, la integridad y la salud de los internos*. Esta estrategia tuvo su embrión en el primer PPS que se autorizó tras un exhaustivo trabajo de investigación sobre el perfil del suicida en el año 1997. Posteriormente sufrió dos modificaciones, en el año 2005 y la más reciente en el año 2014.

El PPS tiene la finalidad de detectar y prevenir los casos de manifestación de conductas suicidas, intensificando la coordinación entre los profesionales de vigilancia, tratamiento y sanidad, y potenciando la participación activa y garantista de todos ellos. Para tal cometido, los profesionales que están directamente en contacto con los internos (ya tengan funciones de vigilancia, de diagnóstico o de intervención), deben informar a la mayor brevedad posible sobre cualquier caso que detecten y que existan indicios de

un posible comportamiento autolítico, a los Jefes de Servicio, a la Subdirección Médica o de Tratamiento, al Psicólogo del módulo o bien a los Servicios Médicos del Centro.

La figura del interno de apoyo es crucial en el PPS. Se trata de un interno con realiza funciones de vigilancia directa tras capacitarse mediante actividades formativas con una duración mínima de 20 horas. En ellas se trabajan los siguientes aspectos: detección de circunstancias clínicas de riesgo, técnicas de escucha activa, comunicación interpersonal, conocimientos básicos sobre depresión y primeros auxilios, impartido todo ello a nivel básico y con una metodología activa y eminentemente participativa.

A continuación se describen los tres tipos de medidas que se incluyen en el PPS cuando éste es activado según lo detallado en la Instrucción 5/2014 (SGIIPP, 2014):

#### Medidas Preventivas:

- Se vigilará la correcta composición en todo momento del Equipo Técnico de Atención a Ingresos (ETAI) y el buen funcionamiento del Protocolo de acogida de internos al ingreso, conscientes del carácter crítico que este momento posee, sobre todo para los ingresos primarios procedentes de libertad.
- El ETAI procurará que los funcionarios que prestan servicio en los departamentos de Ingresos y Tránsitos (donde lo hubiera) dispongan de una información y sensibilización adecuadas para detectar cualquier situación o comportamiento de un interno que aconseje la inmediata puesta conocimiento del Jefe de Servicios para adoptar, si procede, alguna medida urgente.
- En los departamentos de ingresos existirá siempre un interno de apoyo, bien con carácter fijo o rotatorio dentro del grupo que de estos internos posea el establecimiento.
- Con carácter general, los ingresos permanecerán en celda compartida, evitando así situaciones de aislamiento. En los momentos en los que su número sea impar se completarán las parejas con el interno de apoyo o alguno otro de confianza. El psicólogo del ETAI entrevistará en el departamento de ingresos, a los internos que ingresen de libertad. Más allá de la función de clasificación interior propia de este primer momento, desempeñará su labor clínica detectando cualquier

estado o situación que aconseje actuaciones inmediatas o a medio plazo, de acuerdo con la presente Instrucción.

- Con el fin de posibilitar la debida observación de los internos que tengan aplicado el PPS, se evitará su ubicación en Módulos de Respeto de alta exigencia o nivel 3.
- Los traslados entre establecimientos penitenciarios de internos que tengan aplicado el PPS, sin perjuicio de otras medidas establecidas, conllevan obligatoriamente que el director del centro de origen remitirá al menos con 24 horas de antelación un correo electrónico a las direcciones oficiales del Director y Subdirector de Seguridad del centro de destino, en el que se informe de tal condición y de las medidas que tenga aplicadas. Dicho correo se remitirá con copia a los indicados responsables de los establecimientos de tránsito, si éstos se conocieran.
- Cuando se traslade de establecimiento a un interno que tenga aplicado el PPS, constará claramente tal condición en la portada de su expediente, en la historia clínica y en la documentación sanitaria de traslados.
- Asimismo, con carácter general, los tránsitos estarán en celda compartida evitando situaciones de aislamiento, especialmente en las situaciones de riesgo y, en todo caso, si tienen ya aplicado el PPS por el centro de origen. Los funcionarios de vigilancia mantendrán una observación directa lo más frecuente posible de los internos en tránsito.
- En el Departamento de Ingresos y Tránsitos, siempre que lo permitan las circunstancias y principios de orden regimental de cada establecimiento, se evitará la prolongación de la permanencia en situación de aislamiento más allá del tiempo imprescindible.
- Se facilitarán las llamadas reglamentarias a las familias en el momento del ingreso y siempre que se considere procedente por razón de una circunstancia especial sobrevenida.

#### Medidas Provisionales urgentes:

- Derivación urgente al Hospital de referencia, en caso de urgencia psiquiátrica.
- Dispensa farmacológica mediante tratamiento directamente observado (TDO).
- Inmovilización terapéutica acompañada de observación.
- Asignación urgente de interno de apoyo.
- Retirada de material de riesgo.
- Vigilancia especial por los funcionarios.
- Ubicación del interno en celda especial.

#### Medidas Programadas:

- Control por los Servicios Médicos:
  - Consulta médica programada.
  - Derivación para valoración por especialista en psiquiatría.
  - Dispensa farmacológica mediante TDO.
  - Ingreso en enfermería para observación y tratamiento médico.
- Intervención desde los Servicios de Tratamiento:
  - Consulta psicológica programada.
  - Seguimiento directo por Educador.
  - Valoración por Trabajador Social.
  - Contacto y asesoramiento familiar.
- Control por las Unidades de vigilancia:
  - Vigilancia nocturna.
  - Vigilancia especial.

- Retirada de material de riesgo.
- Ubicación en celda especial de observación.
- Seguimiento de incidencias en las comunicaciones.
- Régimen de vida:
  - Acompañamiento continuado (24 horas) por interno de apoyo.
  - Acompañamiento por interno de apoyo en horas de cierre y actividades no comunitarias.
  - Favorecer comunicaciones, telefónicas o presenciales, con la familia y medio social.
  - Potenciar participación en actividades.
- Cualquier otra medida que el Equipo Técnico estime pertinente al caso.

La permanencia mínima de un interno en el programa PPS es de dos semanas. Su duración máxima estará en función, lógicamente, de su evolución en el mismo. No es deseable una cronificación de la inclusión en PPS, pero la Instrucción insta a ser especialmente precavido para no efectuar un levantamiento prematuro de las medidas aplicadas ante una aparente modificación externa del comportamiento o la mera verbalización del interno sobre su mejoría, que podría encubrir una actitud instrumental para la elusión del programa.

Los Subdirectores Médico, de Tratamiento y de Seguridad, de forma conjunta, son los responsables del seguimiento de la evolución de los internos incluidos en el PPS hasta que se haya producido su baja en el mismo. A tal efecto:

- Decidirán los profesionales concretos que deben de llevar a cabo las tareas de observación e intervención sobre los internos.
- Velarán para que estas actividades se realicen de forma efectiva y óptima.
- Valorarán los informes periódicos efectuados por los profesionales

- Acordarán los cambios que deban de introducirse en las medidas y estrategias seguidas.
- Propondrán la baja al Director en el momento que consideren oportuno.

#### *Los hospitales psiquiátricos penitenciarios.*

En nuestro país existen tres Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios (HPP); la UHPP en CP Brians I y CP Brians II en Cataluña ya comentadas, otro ubicado en Alicante y por último el ubicado en Sevilla. El HPP de Alicante se ocupa de la asistencia psiquiátrica penitenciaria de todo el territorio nacional, salvo de Extremadura, Canarias, Ceuta y Melilla cuyo centro de referencia es el HPP de Sevilla y Cataluña cuyo centro de referencia es la UHPP.

El número de camas de hospitalización en Cataluña sumando las dos HPP es de 100, en Alicante es de 371 camas, y en Sevilla suman 158.

La siguiente descripción de los HPP corresponde a los dos hospitales dependientes de la SGIIPP, los de Alicante y Sevilla. Si bien, se hará mención al final de este apartado a la nueva “Unidad de Psiquiatría Legal” del País Vasco creada en el año 2013, y que es genuina en todo el estado español ya que no se considera de tipo penitenciario, sino estrictamente para cumplimientos de medidas de seguridad en un contexto de *hospital de alta seguridad*.

Los HPP son establecimientos penitenciarios especiales con mayores medios asistenciales que un CP común, que mantienen el alto potencial de contención y control de una prisión.

Se destinan por ley y con carácter general a albergar a los enfermos mentales sentenciados a medidas de seguridad privativas de libertad, es decir, personas que han cometido un delito y han sido declarados inimputables en diferente grado y sentenciados a ser custodiados hasta su curación y/o a la desaparición de las circunstancias que pudieran poner al sujeto en riesgo de volver a delinquir a causa de su enfermedad, todo ello siempre por un tiempo, como máximo igual al que le hubiera

correspondido como pena si hubiera sido declarado culpable y en todo caso limitado en la sentencia.

En líneas generales la situación de los HPP se ha ido progresivamente agravando en los últimos años con un problema de demanda asistencial, que en la última década ha duplicado prácticamente su población. Tres son los mayores problemas encontrados en ambas instalaciones (Hospitales Psiquiátricos dependientes de IIPP, 2012):

- Sobreocupación por falta de control efectivo sobre los ingresos y sobre las altas médicas.
- Estructura orgánica inapropiada, más penitenciaria que sanitaria, unida a una cierta indefinición de funciones en los profesionales.
- Dificultades objetivas para reclutar el personal técnico necesario, particularmente graves en algunas categorías profesionales.

En este tipo de centros es necesaria la búsqueda del equilibrio entre las necesidades asistenciales del enfermo y sus responsabilidades judiciales.

En ese sentido, el HPP de Alicante ha sido pionero en tratar de implantar diferentes estrategias para desequilibrar la balanza hacia lo sanitario, aplicando un innovador funcionamiento en régimen de Comunidad Terapéutica e impulsando un régimen de salidas terapéuticas hasta entonces desconocido. Se propuso en base al art.8.1 del Código Penal anterior, y aunque con importantes dificultades, se obtuvo autorización para que pacientes reclusos en el HPP disfrutaran de esta medida terapéutica no específicamente contemplada en nuestro ordenamiento penal-penitenciario.

No obstante, los responsables de la gestión del HPP hablan de carencias de personal especializado, de sobreocupación, de la ausencia de perfiles asistenciales en el personal funcionario y de instalaciones mejorables (Hospitales Psiquiátricos dependientes de IIPP, 2012).



Así pues, es frecuente pensar que dado el déficit existente en la comunidad de recursos diagnósticos, de tratamiento, y de dispositivos asistenciales tanto abiertos como cerrados, alternativos a la prisión, que los CP y los HPP se han convertido en los sustitutos de los antiguos manicomios (García-González, 1998).

Una experiencia novedosa en este sentido es la que se está llevando a cabo en el País Vasco, donde se inauguró en Noviembre de 2013 la “Unidad de Psiquiatría Legal”. Está ubicada en el complejo hospitalario de Aita Menni, tratándose de una unidad cerrada de alta seguridad, con 10 camas en total, en las que ingresan personas que han sido contempladas como inimputables en un Tribunal de Justicia, y a las que se les ha impuesto una medida de seguridad en medio cerrado.

Se trata de la creación del recurso intermedio entre una unidad psiquiátrica penitenciaria y una unidad civil hospitalaria para el tratamiento de pacientes con TMG que han cometido un delito. La creación es fruto del acuerdo entre la Audiencia Provincial de Guipúzcoa, el Departamento de Salud del Gobierno Vasco y el Hospital Aita Menni.

### 1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA TESIS DOCTORAL

---

Del anterior marco teórico se puede extraer que los internos con enfermedad mental en los CP suponen un grave problema, por una parte por su alta prevalencia, y por otra por la ausencia de una atención especializada homogénea en nuestro país con las ya comentadas diferencias en cuanto a la asistencia del psiquiatra consultor entre provincias, y la expresión diferenciada en relación al resto del Estado, de los modelos catalán y vasco.

En los últimos años y en relación a esta problemática ha habido un incremento de publicaciones científicas que han tratado de evidenciar la cada vez más prevalente enfermedad mental en internos que cumplen condena en CP ordinarios. Estas investigaciones, (a pesar de la heterogeneidad de sus metodologías), han logrado la unanimidad en los actores intervinientes del ámbito penitenciario en cuanto a la alta prevalencia de trastornos mentales y por tanto de la necesidad de abordarlos. En ese sentido la implantación del PAIEM ha simbolizado la respuesta a este fenómeno en las prisiones dependientes del Ministerio del Interior del Estado de España, donde no se ha transferido la sanidad penitenciaria a las comunidades autónomas y se ha implementado este sistema de consultoría psiquiátrica.

Sin embargo, no existen estudios científicos en nuestro país que analicen de forma longitudinal la actividad real del sistema de consultoría psiquiátrica. No sólo desde la vertiente más descriptiva (que permita una aproximación más real del trabajo con estos pacientes), sino que ninguna publicación aborda una comparativa con el tratamiento en la comunidad o en otros CP de otros países.

El presente estudio de investigación pretende completar la información aportada por las fuentes bibliográficas referidas, de modo que pueda contribuir a lograr una visión completa del problema que supone el abordaje de la enfermedad mental en prisión en las condiciones actuales. A su vez, y a pesar de las limitaciones de la presente tesis doctoral, se pretende justificar mediante los datos científicos que se obtengan, que la única vía para asegurar la equivalencia de cuidados, minimizar las diferencias entre comunidades en la atención de estos pacientes y corregir la precariedad de medios, es la

aplicación de Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que establece que los servicios sanitarios penitenciarios deben integrarse en los correspondientes servicios de salud de las diferentes Comunidades Autónomas, tal y como ya han hecho las comunidades catalana y vasca. Con esa necesaria medida se acabaría también con la doble inequidad que se da en la asistencia psiquiátrica a estas personas: inequidad en la asistencia a los presos frente a las personas libres e inequidad en la asistencia entre los presos, ya que la calidad de la asistencia que reciben depende de su reclusión en una prisión u otra de diferente comunidad autónoma.

# **HIPÓTESIS Y OBJETIVOS**

---

## **2. HIPOTESIS Y OBJETIVOS.**

### **2.1. Hipótesis.**

---

En relación a la información obtenida por las fuentes bibliográficas que analizan la presencia de patología mental en personas privadas de libertad y a la actividad laboral del autor de la presente tesis como psiquiatra consultor de CP, son varias las hipótesis que se pretenden contrastar en el presente estudio:

A1. El porcentaje de internos con patología mental en la muestra de personas privadas de libertad de la consulta de psiquiatría penitenciaria es similar al de los estudios previos.

A2. El perfil delictivo y socio-demográfico en la muestra de personas privadas de libertad de la consulta de psiquiatría penitenciaria es similar a la de los estudios previos.

A3. En línea con A1 los principales trastornos mentales de la muestra estudiada serán los TP, trastornos de ansiedad y los del espectro de la esquizofrenia.

A4. Un elevado porcentaje de la muestra de personas privadas de libertad de la consulta de psiquiatría penitenciaria presenta como diagnóstico comórbido un trastorno por uso de sustancias (PD).

A nivel inferencial se pretenden explorar cuatro hipótesis más:

B1. Existen diferencias socio-demográficas y del perfil delictivo según el diagnóstico de enfermedad mental.

B2. Las variables socio-demográficas y del tipo de enfermedad mental son factores determinantes asociados al paciente que precisa de un seguimiento más estrecho (hiperfrecuentador).

B3. Existen diferencias socio-demográficas, del perfil delictivo y de los trastornos mentales según el CP en el que residen los internos.

B4. Los recursos destinados actualmente a la asistencia psiquiátrica penitenciaria son insuficientes, por lo que sería necesario incrementarlos para asegurar una asistencia equivalente a la prestada a la población general.

## 2.2. Objetivos.

---

Tras contrastar las diferentes hipótesis se pretende lograr a una serie de objetivos que diferenciamos en principales y secundarios:

### 5.2.1. Objetivos principales:

I) Describir y analizar la realidad asistencial en la consultoría psiquiátrica de tres CP de la Comunidad Valenciana: el CP Castellón I, el CP Castellón II de Albocácer y el CP Valencia II de Picassent.

II) Elaborar una propuesta para un nuevo modelo de asistencia psiquiátrica penitenciaria.

### 5.2.2. Objetivos secundarios:

A1. Evaluar el porcentaje de personas con patología mental en personas privadas de libertad que son derivadas a una consulta de psiquiatría penitenciaria.

A2. Analizar el perfil delictivo y socio-demográfico de las personas con patología mental derivadas a la consulta de psiquiatría penitenciaria.

A3. Explorar específicamente los principales trastornos mentales bajo la clasificación internacional DSM IV, tanto en el Eje I, como en el Eje II y la comorbilidad con el uso de sustancias o PD.

B1. Analizar la posible asociación de patología mental con factores de índole socio-demográficos y delictivos.

B2. Describir con detalle los factores de riesgo asociados a la hiperfrecuentación en la consulta psiquiátrica penitenciaria.

B3. Discriminar y analizar las posibles diferencias en los perfiles clínicos y de manejo terapéutico de los pacientes con patología mental en relación al CP al que pertenezcan.

B4. Detallar los recursos a incrementar para una asistencia equivalente a la prestada en población general.

# **METODOLOGÍA**

---



### **3. METODOLOGÍA**

#### **3.1. Tipo de estudio.**

---

Se trata de un estudio observacional de tipo longitudinal prospectivo, con componentes tanto descriptivos como analíticos, sobre la población penitenciaria valorada en la consulta psiquiátrica de los CP Castellón I, CP Castellón II y CP Valencia II.

Se considera una cohorte dinámica porque los pacientes se incluyen en el momento de su primera valoración hasta el fin de su seguimiento sea cual sea su causa, analizándose toda una serie de variables en cada uno de ellos.

Los resultados analíticos pretenden mostrar las diferencias encontradas en las diferentes variables estudiadas, en 3 aspectos diferenciados, que coinciden con nuestros objetivos:

- Análisis según el diagnóstico clínico (TP/T. Psicótico/T. Ansiosos y afectivos).
- Análisis del fenómeno del hiperfrecuentador generado por el propio especialista.
- Análisis según el CP donde reside el interno.

En el análisis del fenómeno de la hiperfrecuentación se estudiarán los factores de riesgo que se puedan asociar a dicha condición.

Y por último, se llevará a cabo un estudio de supervivencia en la que se pretende contrastar la relación entre el diagnóstico del paciente y el tiempo que permanece en seguimiento psiquiátrico. Este análisis se realizara para toda la muestra en su conjunto y desagregado para cada uno de los CP que se estudian.

### 3.2. Muestra.

---

La muestra obtenida para la presente tesis la conforman todos los internos valorados en el Programa de Atención Psiquiátrica Penitenciaria del Consorcio Hospital Provincial de Castellón (CHP); en los CP Castellón I y CP Castellón II, y por los pacientes atendidos en la consultoría psiquiátrica del CP Valencia II a cargo del autor.

El tiempo de estudio abarca el período comprendido entre el 1 de Julio de 2010 y el 31 de Octubre de 2013 (40 meses), con una muestra total formada por 1328 internos valorados en la consulta de psiquiatría penitenciaria.

Atendiendo al cálculo necesario del tamaño muestra, considerando la prevalencia menos frecuente de trastorno mental en el medio penitenciario el de la esquizofrenia del 8%, con una nivel de confianza del 95% y un error típico del 1%, la muestra total necesaria sería de 904 internos. La muestra total de este estudio es de 1328 internos valorados en la consulta de psiquiatría penitenciaria, siendo ésta superior a la muestra estadísticamente requerida.

La inclusión de los pacientes en el estudio se realizó de forma consecutiva. Se incluyeron a todos los pacientes derivados por los servicios médicos de los tres CP y valorados en la consulta de psiquiatría penitenciaria durante el período de estudio. El único factor de exclusión fue la negativa del paciente a que sus datos fueran utilizados en el estudio.

Los pacientes atendidos son siempre derivados mediante un modelo oficial de interconsulta médica, siendo el médico de atención primaria del CP quien, a su criterio, solicita la valoración psiquiátrica de forma normal, preferente o urgente. Una vez realizada la valoración psiquiátrica, se decide la idoneidad de programar valoraciones sucesivas, conformando así un *pool* de pacientes en los que se cree necesario el seguimiento.

En los tres CP las consultas se llevan a cabo en un despacho para tal fin, con las medidas básicas de seguridad; escaso mobiliario, botón del pánico y presencia de personal funcionario en el exterior del despacho o en su interior si se trata de una valoración *in situ* en el módulo de aislamiento.

La frecuencia en la asistencia es de una vez por semana en los tres CP. La media de pacientes atendidos en cada asistencia oscila entre 8-15 pacientes, dependiendo de aspectos clínicos o de otra índole, organizativos del CP, reuniones multidisciplinarias, etc. Sin embargo, existen una serie de diferencias entre los CP estudiados que deben ser destacadas:

- El CP de Castellón I es un CP de los denominados “pequeños”; con una población que ha oscilado a lo largo del período estudiado entre 650 y 800 internos. Tiene módulos para presos preventivos y penados, y dos módulos de mujeres.
- El CP de Castellón II es un CP de los denominados “tipo o modelo”; con una población que ha oscilado a lo largo del período de estudio entre 1300-1500 internos. Se trata de un CP sólo para penados, no tiene módulos para mujeres, posee un módulo de alta seguridad/departamento especial para los internos de primer grado, y un módulo para internos clasificados como “FIES” (fichero interno de especial seguimiento) en el que residen personas pertenecientes a Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado que cometieron algún delito. Desde el año 2013 está en funcionamiento el llamado “Módulo 14”; un módulo residencial de tipo terapéutico en el que residen internos clasificados en el grado 2-3 del PAIEM.
- El CP de Valencia incluye administrativamente a tres CP en uno: el CP Valencia I queda constituido por los módulos de presos preventivos y el módulo de enfermería; el CP Valencia II (el incluido en nuestro estudio) engloba a los módulos de cumplimiento y aislamiento (con una población que ha oscilado durante el tiempo de estudio de 1100-1200

internos); y el CP Valencia III corresponde realmente al CIS, donde residen los internos que se encuentran en tercer grado penitenciario.

### 3.3. Variables del estudio.

---

#### 3.3.1. Fuentes de información.

Las variables estudiadas se han obtenido de las valoraciones clínicas realizadas y por el análisis de la propia historia clínica de los pacientes incluidos en el estudio. Para tal fin no se ha utilizado psicometría por la imposibilidad de llevarla a cabo dado el volumen de pacientes atendidos y la restricción horaria preestablecida en los CP. La homogeneidad de las valoraciones diagnósticas está garantizada por la unicidad de criterio, ya que fue el mismo psiquiatra quién realizó el seguimiento clínico de todos los pacientes incluidos en el estudio.

#### 3.3.2. Variables analizadas.

A continuación se describen las variables estudiadas:

- *Variables sociodemográficas:*
  - Sexo: variable cualitativa (hombre/mujer).
  - Edad en el momento de la primera valoración: variable cuantitativa (en años). Y como variable cualitativa: 18-20/21-25/26-30/31-40/41-60/Más de 60.
  - Nacionalidad: cualitativa (Española/Europa occidental/Europa del este/África del Norte/Resto de África/Suramérica/Otras).
  - Nivel académico en el momento de su entrada en prisión: variable cualitativa (Analfabeto/Estudios primarios incompletos/Estudios primarios/Estudios secundarios incompletos/Estudios secundarios/Estudios universitarios incompletos/Estudios universitarios).
  - Situación laboral y otras condiciones psicosociales en el momento de su entrada en prisión: variable cualitativa (Desempleo/Minusvalía física o psíquica acreditada/Incapacidad judicial por causa psíquica/Jubilación

acreditada/Incapacidad laboral temporal/Empresario/Trabajo por cuenta ajena cualificado/trabajo por cuenta ajena no cualificado).

- *Variables relacionadas con el perfil delictivo:*
  - Situación de preso preventivo o penado: variable cualitativa. No se detalló si había casos con penas mixtas (penados y preventivos al mismo tiempo) ni medidas de seguridad.
  - Número de condenas previas: variable cuantitativa (discreta). Variable cualitativa (Una sola condena/2-5 condenas/más de 5 condenas).
  - Duración de condena: variable cuantitativa (en días).
  - Tiempo de estancia durante la condena actual en los presos penados y preventivos: variable cuantitativa (en días).
  - Tiempo pendiente hasta la libertad en los presos penados: variable cuantitativa (en días).
  - Tipo de delito: variable cualitativa (No lo menciona/Contra el patrimonio y orden socioeconómico/Violencia de género/Contra las personas/Contra la seguridad del tráfico/Quebrantamiento de condena/Contra la salud pública/Otros delitos).
  - Ubicación del interno en la primera valoración psiquiátrica: variable cualitativa (módulo residencial, módulo de aislamiento o módulo de enfermería).
- *Variables referentes a la patología médica y psicopatología:*
  - Patología médica asociada: variable cualitativa  
(No patología médica asociada/VHC/VIH/VHC-VIH/Cardiovascular/Epilepsia/Otras).

- Consumo admitido de sustancias (salvo tabaco). Variable cualitativa  
(Alcohol/Cocaína/Heroína/Anfetaminas/Cánnabis/Politoxico manía/Alcohol + Cocaína/Alcohol + Cánnabis/Cocaína + Cánnabis/Heroína + Cocaína).
- Motivo de la derivación desde el EAP: variable cualitativa  
(Petición de informe psiquiátrico/Síntomas ansiosos/Síntomas afectivos/Síntomas psicóticos/Valoración previa a interferón/Seguimiento de PPS activado desde EAP/Alteraciones de conducta/Demanda compulsiva de psicofármacos/Seguimiento de pacientes con diagnóstico psiquiátrico conocido y estables/Otros).
- Diagnóstico psiquiátrico bajo parámetros DSM IV: variable cualitativa (Sin diagnóstico en Eje I o Eje II/TP grupo A/TP grupo B/TP grupo C/TP orgánico/T. Espectro de la esquizofrenia/T. Bipolar/T. Mixto ansioso-depresivo/Retraso Mental/T. Obsesivo Compulsivo/Otros).
- PPS aplicado desde EAP en la primera valoración: Variable cualitativa dicotómica (Sí o no).
- *Variable referente al tiempo de estudio:*

Variable cuantitativa (en días). Cada uno de los pacientes tendrá un tiempo de estudio equivalente a la duración del seguimiento en la consulta psiquiátrica penitenciaria.

Variable cualitativa (Una única valoración/Seguimiento corto: tiempo de seguimiento entre 1-30 días/Seguimiento medio: tiempo de seguimiento entre 31-120 días/Seguimiento largo: tiempo de seguimiento mayor de 120 días).

Dicho período comienza en el inicio del estudio y termina en el momento en que ocurra alguna de las siguientes circunstancias (variable cualitativa):

- Fallecimiento por cualquier causa.
- Traslado de CP.
- Excarcelación.
- Alta por parte del médico psiquiatra.
- Mantenimiento del paciente en la agenda de la consulta psiquiátrica a fecha cierre del estudio.
- *Variables referentes al tratamiento:*
  - Tratamiento psicofarmacológico: variable cualitativa (principios activos) y variable cuantitativa (número de fármacos y dosis media utilizada en mg).
  - Tipo de modificación del tratamiento durante el período de estudio de cada paciente: Variable cualitativa (No modificación/Aumento del tratamiento/Reducción del mismo).
- *Variables relacionadas con el seguimiento y estudio temporal*
  - Número de visitas durante el tiempo de estudio: variable cuantitativa (número total, media, DT, rango).
  - Fenómeno de la hiperfrecuentación: Se considerará hiperfrecuentador a todo paciente valorado a lo largo de su período de seguimiento en seis o más ocasiones (la elección de este punto de corte se aplica en relación a la media y desviación típica del número de consultas por interno).

En estudios recientes se han descrito dos tipos de hiperfrecuentadores (*Arnal, 2001*):



El tipo 1, denominado paciente demandante, es el que decide por sí mismo el número de visitas y se relaciona con tres tipos de perfiles (somatizadores, dependientes y faltos de recursos sociales).

El tipo 2, o paciente inducido por el equipo médico y por tanto está relacionado con la práctica clínica. Éste es el perfil que describe al paciente hiperfrecuentador en nuestra muestra, puesto que se trata de los pacientes que de forma programada son vueltos a citar en la agenda de la consulta psiquiátrica penitenciaria, sugiriendo de este modo una mayor gravedad del trastorno mental, por la mayor necesidad de seguimiento.

Para los procedimientos analíticos, se han derivado otras variables calculadas a partir de las originales y tipificadas como sigue:

- *Variables sociodemográficas:*
  - Nacionalidad: cualitativa (Española/Extranjero)
  - Nivel académico en el momento de su entrada en prisión: variable cualitativa (Analfabeto/Estudios primarios incompletos/Estudios primarios/Superiores a primarios).
  - Situación laboral y otras condiciones psicosociales en el momento de su entrada en prisión: variable cualitativa (Desempleo/Activo/Minusvalía física o psíquica acreditada).
- *Variables relacionadas con el perfil delictivo:*
  - Tipo de delito: variable cualitativa (Contra las personas/Resto de delitos).
- *Variables referentes a la patología médica y psicopatología:*
  - Patología médica asociada: variable cualitativa dicotómica (sí/no).

- Consumo admitido de sustancias (salvo tabaco). Variable cualitativa (No/Una/Dos/Más de dos).
- Motivo de la derivación desde el EAP: variable cualitativa (Síntomas ansiosos/Síntomas afectivos/Síntomas psicóticos/Resto).
- Diagnóstico psiquiátrico bajo parámetros DSM IV: variable cualitativa (TP/T. Psicóticos/T. Afectivos y ansiosos y TP/T. Psicóticos/Resto).
- *Variables referentes al tratamiento:*
  - Tratamiento psicofarmacológico: variable cualitativa (Sin tratamiento/1-2/3-5/Más de 5).
- *Variables relacionadas con el seguimiento y estudio temporal*
  - Densidad: variable cuantitativa (número de visitas dividido entre el tiempo de seguimiento. Se obvia a los pacientes en los que se les da el alta clínica en la primera y única valoración psiquiátrica).

### 3.4. Análisis estadístico realizado.

---

Se creó una base de datos, codificando las variables como método para minimizar errores en la introducción de los mismos. Una misma persona introdujo todos los datos. Una vez cumplimentada, se realizó un proceso de depuración de datos mediante dos tipos de técnicas: pruebas de rango y distribución de valores desconocidos o valores *missing* mediante el procedimiento MVA (Missing Value Analysis) que lleva implementada la versión 15 del programa para análisis estadístico SPSS, con el cual se realizó el análisis.

Se describen las variables cualitativas mediante frecuencias absolutas y relativas. Las cuantitativas se expresan mediante la media con su correspondiente intervalo de confianza al 95% y como medida de dispersión la desviación típica.

Para la comparación de variables cualitativas se utilizó el test de Chi cuadrado de Pearson, o en su defecto el Test Exacto de Fisher cuando en las comparación de medias en tablas 2x2 la frecuencia de las casillas fue menor de 5.

Para la comparación de medias se utilizaron test no paramétricos, dadas las condiciones de no normalidad de nuestra muestra. El test U de Mann-Whitney para la comparación de dos medias, y el test de Kruskal-Wallis para la comparación en nuestro caso, de tres medias. Para las pruebas post-hoc (necesario para discriminar los resultados al comparar tres medias), dado que no se utilizó el test de ANOVA por ser éste un test paramétrico, se implementaron test 2x2 de U de Mann-Whitney en cada una de las tres variables.

Se realizó la prueba de Spearman para obtener posibles correlaciones entre variables cuantitativas.

Para la obtención de posibles factores de riesgo para convertirse en hiperfrecuentador, se utilizó un modelo de regresión logística binaria, considerando como variable dependiente el ser o no hiperfrecuentador. La regresión logística es un procedimiento de análisis adecuado para estudiar relaciones multivariantes de una serie de variables independientes o explicativas (que pueden ser numéricas o categoriales),

con una dependiente dicotómica (existencia o no de la condición de hiperfrecuentador en cada individuo; probabilidad de que ocurra ese hecho o no), o si se quiere, para predecir una variable dependiente binaria a partir de una serie de independientes, con la particularidad de que tiene menos restricciones que el análisis discriminante. En la regresión logística se estiman directamente las probabilidades de que un suceso ocurra o no, se estiman los parámetros del modelo usando el método de la máxima verosimilitud (en lugar del método de los mínimos cuadrados de la regresión lineal), esto es, se seleccionan los coeficientes que hacen más “probables” nuestros resultados observados. Los coeficientes positivos tendrían el significado de aumentar las probabilidades de que ocurra el hecho (serían factores de riesgo en otros términos) y los negativos de disminuir esas probabilidades (factores de protección).

En nuestro estudio se optó por el sistema “Pasos adelante condicional”. Es un método de selección por pasos que contrasta la entrada según la significación del estadístico de puntuación y contrasta la eliminación basándose en la probabilidad de un estadístico de la razón de verosimilitud que se fundamenta en estimaciones condicionales de los parámetros. La ventaja del método “Adelante” es que el investigador no decide que variables se introducen o extraen del modelo, ya que se comienza por un modelo que no contiene ninguna variable explicativa.

Se realizó un estudio de supervivencia mediante el método de Kaplan-Meier para determinar las probabilidades de mantenerse en seguimiento en la consulta psiquiátrica penitenciaria durante el periodo de estudio, en función de los diagnósticos principales establecidos. Las diferencias se determinaron mediante la prueba de Mantel-Haenszel (Logrank).

También se aplicó un modelo de regresión de Cox, utilizando como variable pronóstica, los mencionados diagnósticos establecidos.

Los métodos de análisis de supervivencia son procedimientos específicos para el estudio de datos longitudinales en los que se encuentran casos con distintos tiempos de observación y con distintas condiciones en el momento de cerrar el estudio (vivo, muerto, desaparecido). Ideadas en un principio para calcular la supervivencia (de ahí su nombre) o longevidad de pacientes con determinada enfermedad, rápidamente se generalizaron para el estudio de otros datos, médicos o no, en los que aparecían

implicados estos aspectos. Los ingredientes básicos necesarios para el cálculo de la tabla de longevidad son las evaluaciones de los índices de mortalidad para cada período de tiempo observado.

Precisan de unos requisitos, comunes a algunos de estos métodos y que en esencia son:

- La definición de un punto de partida (evento inicial) y de un punto final claro (evento final).
- Por definición los pacientes se incluyen en la observación en momentos diferentes y al final del estudio han sido observados durante períodos diferentes de tiempo.
- En el momento de la terminación del estudio se desconocen los puntos finales correspondientes a algunos pacientes. Los casos en los que no se ha producido el punto final se llaman observaciones censuradas. Los casos en los que ya se ha producido, observaciones no censuradas.
- No deben cambiar las condiciones de supervivencia ni las observaciones censuradas con respecto a las que no lo son.

En nuestro análisis de supervivencia, la variable a estudio es “alta de la agenda de psiquiatría”, es decir se pretende estudiar el comportamiento de la variable relacionada con la decisión clínica de proceder al alta del programa de atención psiquiátrica penitenciaria. Esta variable se estudiará relacionándola con los tres diagnósticos referidos hasta el momento.

Respecto a la regresión de Cox, siendo un método de análisis de curvas de supervivencia, se puede utilizar en el mismo contexto que los modelos de regresión, en tanto puede predecir una variable dependiente (tiempos hasta la ocurrencia de un suceso) en función de una o una serie de variables independientes o predictoras (que aquí toman el nombre de covariables). Pálía el problema de las regresiones lineal o logística con este tipo de datos longitudinales. Igualmente permite que las covariables

sean numéricas o categoriales y también considerar las diferencias entre subgrupos o categorías de una variable.

En la regresión de Cox, se ha utilizado como variable pronóstica, los distintos diagnósticos establecidos.

En el modelo de regresión de Cox hay que distinguir dos términos:

- La función de supervivencia basal, que no depende de la o las covariables, sino exclusivamente del tiempo (se parece en cierta manera al término “constante”) de los modelos habituales de regresión múltiple).
- Y un segundo término de la ecuación que no depende del tiempo sino del valor de la o las covariables y del valor del coeficiente de regresión B.

El nivel de significación en todos los contrastes de hipótesis fue del 5% ( $p < 0,05$ ).

Todas estas pruebas estadísticas se fundamentaron en el texto de Martínez, Sánchez y Faulín (Bioestadística Amigable, 2006).

### **3.5. Aspectos éticos y administrativos.**

---

Todos los pacientes fueron informados en la primera consulta psiquiátrica que los datos de su historial clínico y entrevistas podrían ser utilizados para la realización de este estudio y se les pidió su consentimiento para ello (Anexo I). Su aceptación o no, no influyó en modo alguno en los cuidados médicos que se les proporcionaron.

Se trabajó con datos anonimizados e irreversiblemente disociados en virtud del Art 3.i de la Ley 14/2007, de 3 de julio de investigaciones biomédicas.

El estudio recibió el preceptivo permiso para su realización de la Unidad de Apoyo de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (Anexo II) y por parte de la Comisión de Investigación (Anexo III) del CHP de Castellón.

# **RESULTADOS**

---



## 4. RESULTADOS

### 4.1. Resultados descriptivos.

---

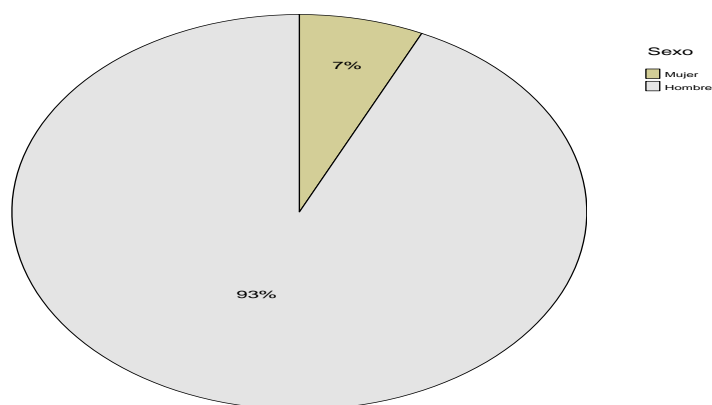
#### 4.1.1. Variables sociodemográficas

La muestra final la forman 1328 pacientes atendidos en la consulta de psiquiatría penitenciaria.

##### 4.1.1.1. Género.

El 93% eran hombres y el 7% mujeres.

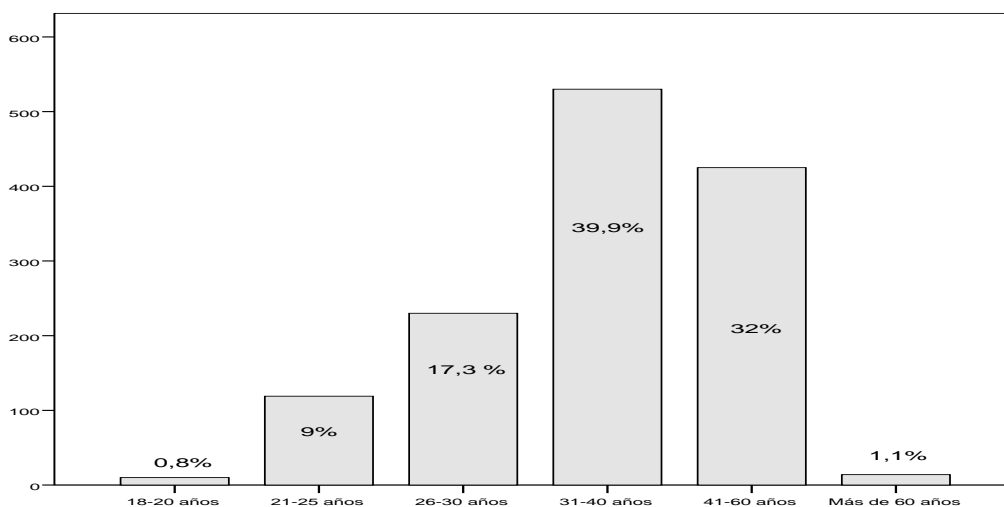
**Figura 4. Género.**



##### 4.1.1.2. Edad.

La edad media de los pacientes fue de 36,8 (DT: 8,99; moda: 34). Por grupos de edad, el comprendido entre los 31-40 es el más representado con 530 internos (39,9%).

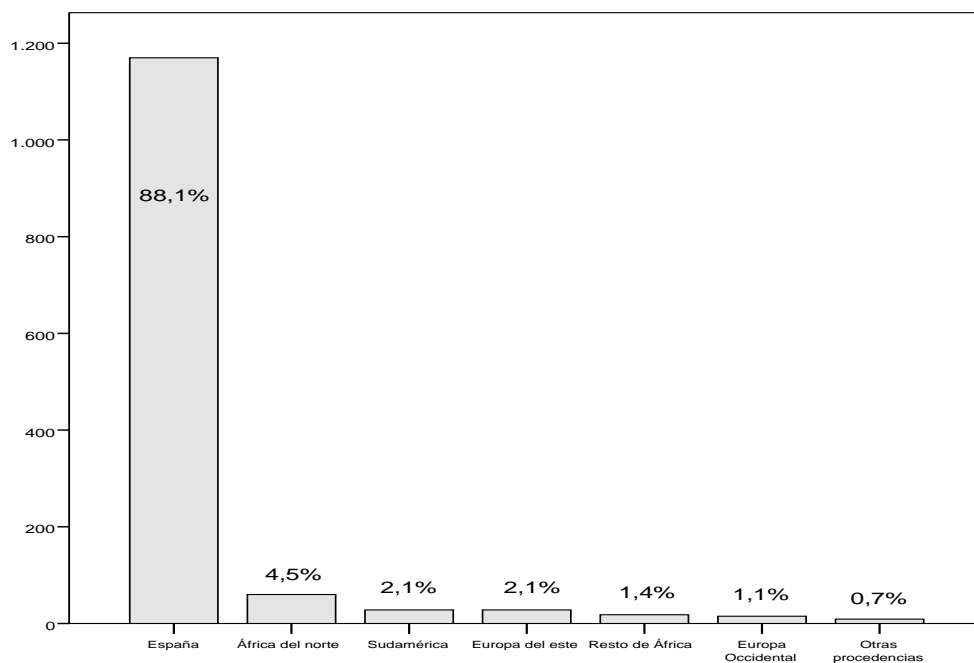
**Figura 5. Grupos de edad.**



#### 4.1.1.3. Nacionalidad.

Respecto a la nacionalidad, el 88,1% era españoles, siendo los súbditos de África del norte (marroquíes y argelinos) los más representados de los internos extranjeros, con un 4,5%. El resto de países de procedencia se observan en la figura 6.

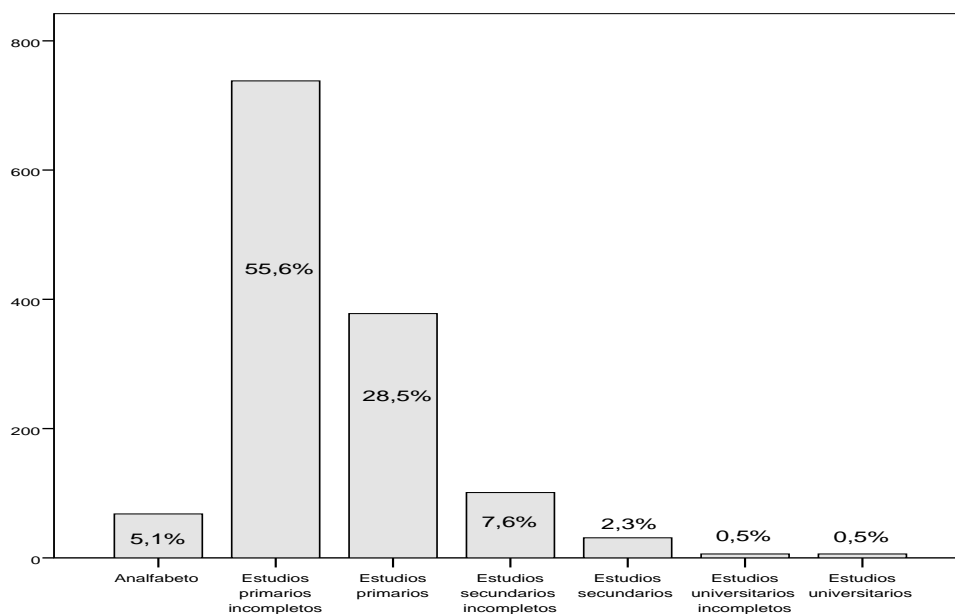
**Figura 6. Nacionalidad.**



#### 4.1.1.4. Nivel académico.

El nivel académico referido por los pacientes de la muestra reflejaba un 5,1% de analfabetismo y un 55,6% no tenía superados los estudios primarios (EGB o ESO según se tratase).

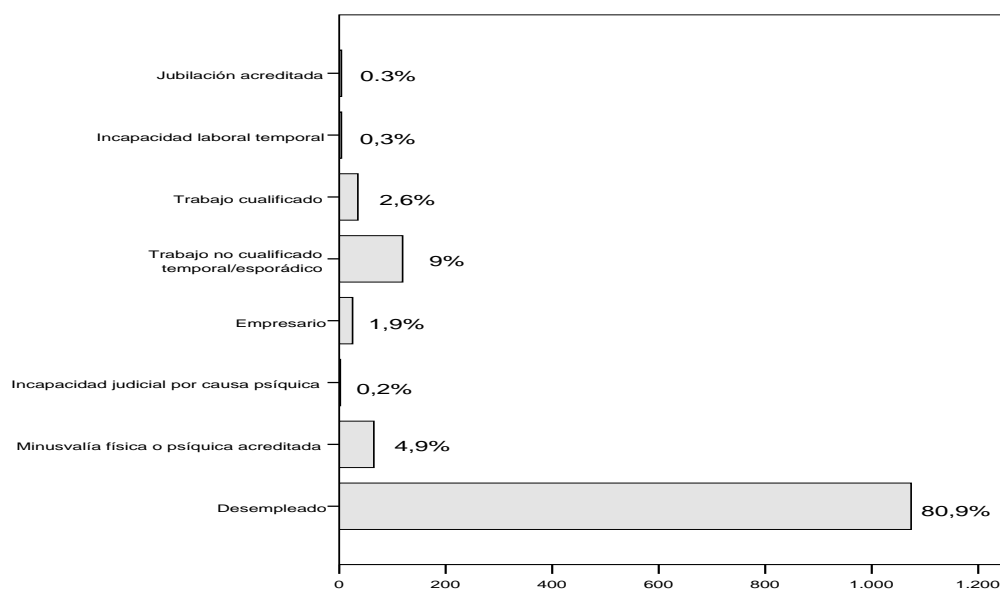
**Figura 7. Nivel académico.**



#### 4.1.1.5. Situación laboral y otras condiciones psicosociales.

Los pacientes en situación de desempleo en el momento de su entrada en prisión, representaban el 80,9% del total, mientras que los que se encontraban en situación de trabajo activo, bien por cuenta propia o cuenta ajena eran un 13,5%. Por otra parte se objetivó la existencia de una discapacidad física o psíquica acreditada en un 4,9% (65 pacientes), y un 0,2% (2 pacientes) se encontraban en situación de incapacidad judicial por causa psíquica.

**Figura 8. Situación laboral y otras condiciones psicosociales.**

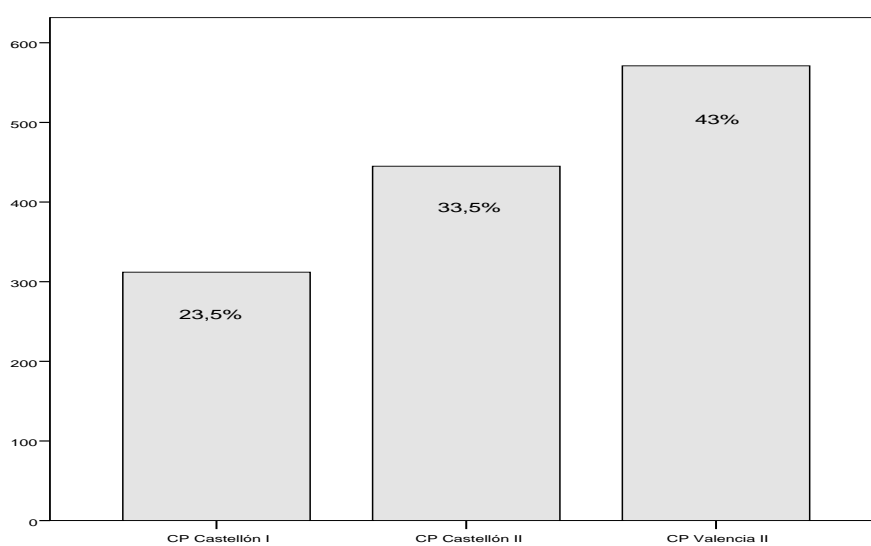


#### 4.1.2. Variables relacionadas con el perfil delictivo.

##### 4.1.2.1. CP en el que residen y ubicación en la primera valoración psiquiátrica.

La distribución de los pacientes según la prisión donde residen es la que muestra la figura 9.

**Figura 9. CP en el que residen los pacientes.**



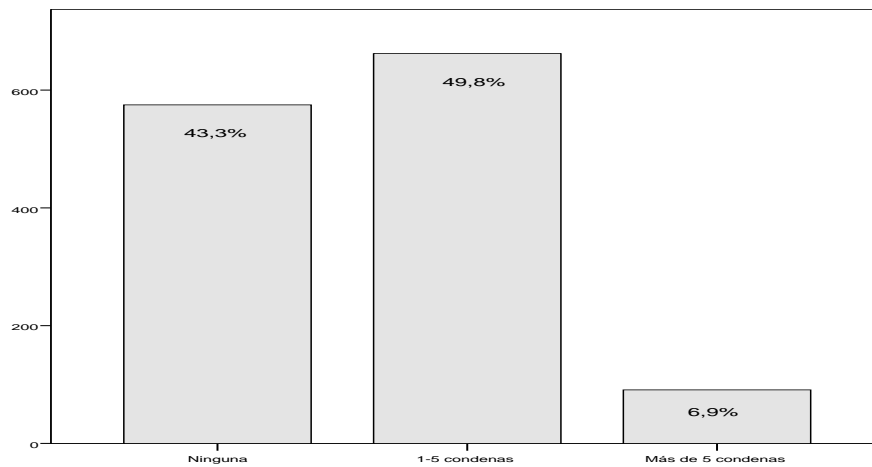
En el momento de la primera valoración psiquiátrica, el 89,7% de los pacientes se encontraban residiendo en módulos ordinarios, el 3% (40 pacientes) lo hacían en módulos de aislamiento o de régimen cerrado y el 7,3% (97 pacientes) estaban ingresados en el módulo de enfermería.

#### 4.1.2.2. Tipo de interno, condenas previas y tiempo de condena.

Respecto al tipo de preso penado o preventivo, un total de 1147 pacientes (86,4%) estaban cumpliendo una condena firme, mientras que 181 pacientes (13,6%) eran internos en situación de prisión preventiva.

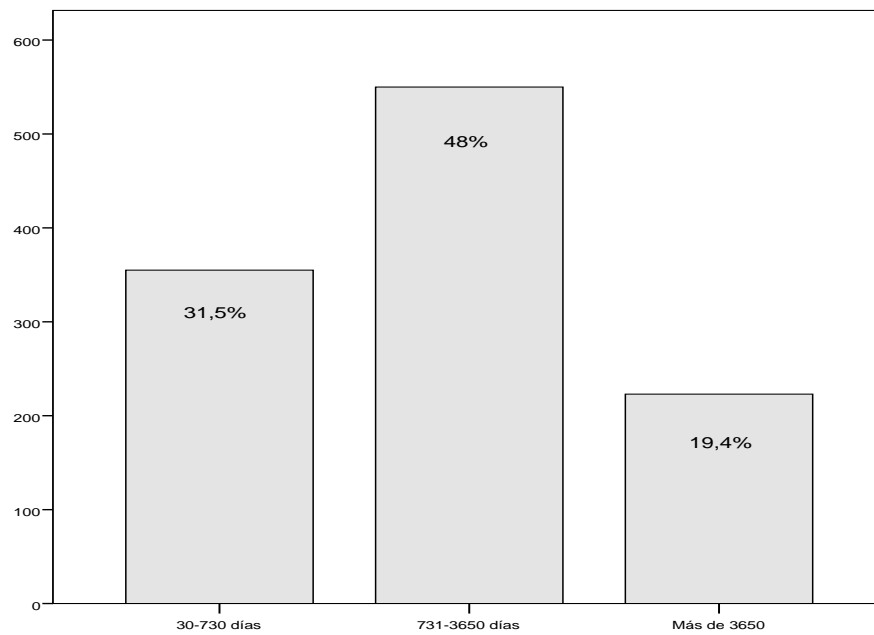
La media de condenas previas por cada interno fue de 1,75 (DT: 3,56; rango: 0-47). En la figura 10 se muestra la distribución de frecuencias según el número de condenas.

**Figura 10. Número de condenas.**



En los presos penados, el tiempo de condena aplicado en sentencia oscila entre los 30-73000 días, con una media de 2375,77 días (DT: 3173,70; moda: 1095). La distribución según el tiempo de condena se presenta en la figura 11.

**Figura 11. Tiempo de condena en los presos penados.**

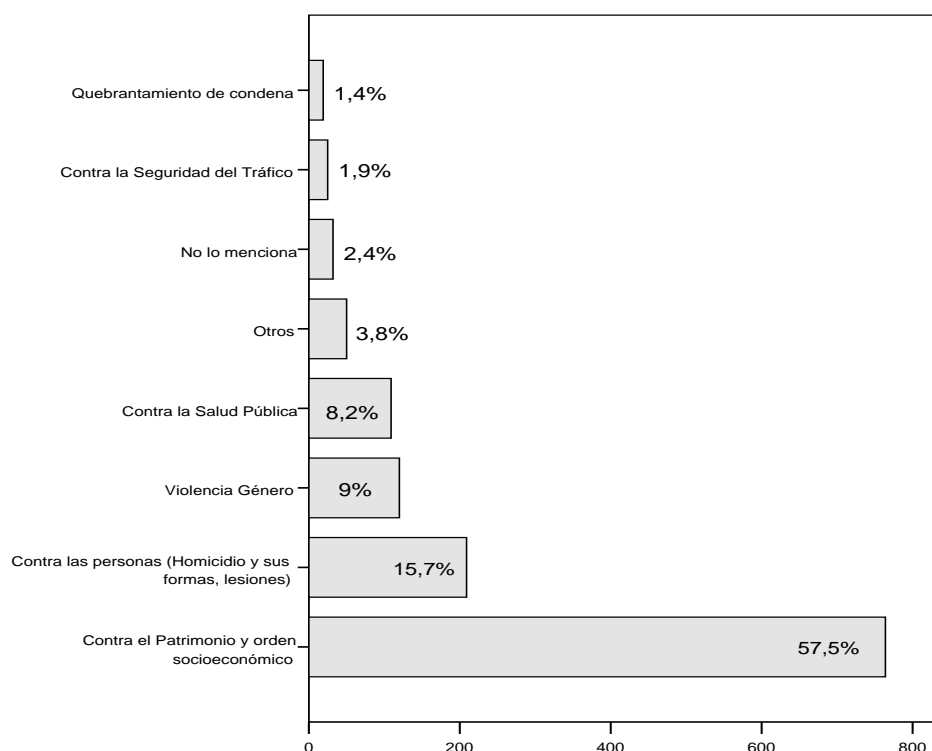


En el momento de la primera valoración psiquiátrica, el tiempo medio de estancia en prisión es de 1167,61 días (DT: 2413,3; moda: 730). En el caso de los presos preventivos, el tiempo medio de condena cumplida cuando se realiza la primera valoración psiquiátrica es de 224,7 días (DT: 553,53; moda: 30).

#### 4.1.2.3. Tipo de delito.

A continuación se muestran en la figura 12 los delitos por los que han sido condenados los internos valorados en la consulta psiquiátrica.

**Figura 12. Tipo de delito**

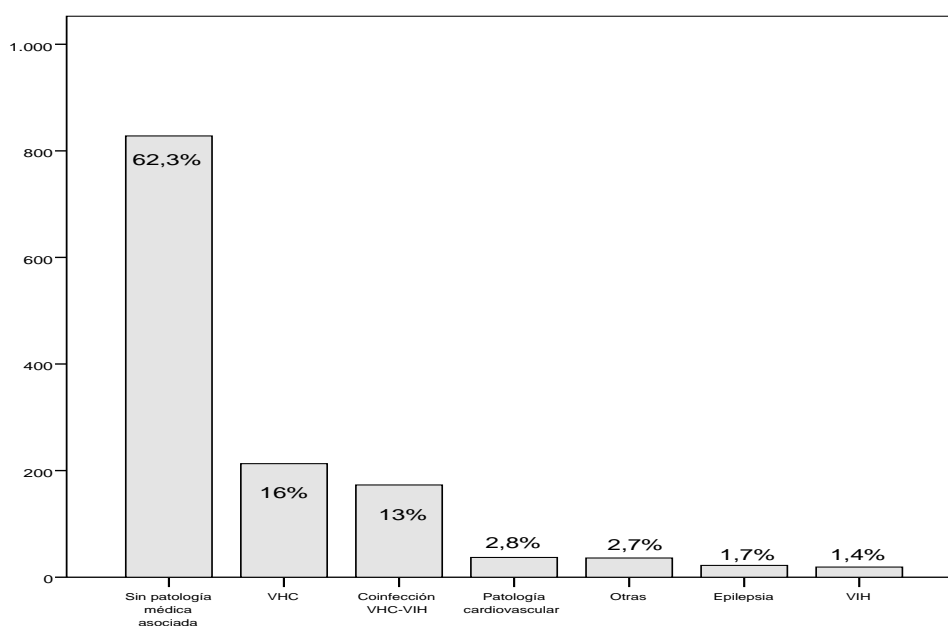


#### 4.1.3. Variables referentes a la patología médica y psicopatología.

##### 4.1.3.1. Patología médica asociada.

El 37,7% de los pacientes (500) tenían asociada patología orgánica, siendo la más frecuente la infección por VHC (16% del total) y la coinfección VHC-VIH (13%). En la figura 13 se muestran las patologías médicas identificadas en nuestra muestra.

**Figura 13. Patología médica asociada.**



#### 4.1.3.2. Consumo admitido de sustancias.

Respecto al consumo admitido de sustancias sólo el 18,6% de nuestra muestra negaba consumo de tóxicos. El perfil de consumo más frecuente con un 51,4% del total lo representa la politoxicomanía (tres sustancias o más, incluyendo siempre el consumo de heroína). El 17,7% sólo consumía una sustancia, el 12,3% dos, y el 51,4% ya comentado, tres o más sustancias. El resto de combinaciones se presentan en la tabla 8.



**Tabla 8. Consumo admitido de sustancias.**

	N	%
No consume	248	18,6
Alcohol	72	5,4
Cocaína	115	8,7
Heroína	22	1,7
Anfetaminas	1	,1
Cánnabis	24	1,8
Politoxicomanía (incluye heroína)	683	51,4
Alcohol + Cocaína	68	5,1
Alcohol + Cánnabis	10	,8
Cocaína + Cánnabis	35	2,6
Heroína + Cocaína	45	3,4
Cocaína + Anfetaminas	2	,2
Heroína + Cánnabis	3	,2
Total	1328	100,0

#### 4.1.3.3. Motivo de derivación desde el EAP.

En la tabla 9 se muestra el cuadro clínico que motiva la derivación por parte del EAP a la consulta de psiquiatría penitenciaria. Destacan por orden de frecuencia la derivación por síntomas compatibles con cuadros ansiosos (57%), por cuadros afectivos (13%) y por sintomatología de apariencia psicótica (10,5%).

**Tabla 9. Motivo de derivación desde el EAP.**

	<b>N</b>	<b>%</b>
Petición de informe psiquiátrico	79	5,9
Síntomas ansiosos	757	57,0
Síntomas afectivos	173	13,0
Síntomas psicóticos	140	10,5
Valoración previa a pauta con Interferón	5	,4
Valoración de PPS (*)	12	,9
Alteraciones de conducta	11	,8
Demanda compulsiva de psicofármacos	21	1,6
Seguimiento de pacientes estables (**)	125	9,4
Otros	5	,4
Total	1328	100,0

(\*): Se trata de pacientes con PPS activado desde EAP y se solicita su valoración y/o seguimiento.

(\*\*): Se trata de pacientes con diagnóstico psiquiátrico ya conocido por EAP, considerados estables psicopatológicamente y derivados para iniciar el seguimiento especializado.

#### 4.1.3.4. Diagnóstico psiquiátrico.

En la tabla 10 se muestran los diagnósticos llevados a cabo durante el estudio. Destaca el porcentaje de 68,2% de TP, y el de un 13% de pacientes (172) con síntomas compatibles con el espectro de la esquizofrenia. El resto de diagnósticos se pueden apreciar en la tabla.

**Tabla 10. Diagnóstico psiquiátrico.**

	N	%
Sin diagnóstico en Eje I o Eje II	35	2,6
T. Personalidad grupo A	7	,5
T. Personalidad grupo B	892	67,2
T. Personalidad grupo C	1	,1
T. Personalidad orgánico	5	,4
T. Espectro esquizofrenia	172	13,0
T. Bipolar	25	1,9
T. Mixto Ansioso-Depresivo	157	11,8
Retraso Mental	20	1,5
TOC	2	,2
Otros	12	,9
Total	1328	100,0

En la tabla 11 se muestra la sintomatología por la que es derivado del paciente a la consulta psiquiátrica penitenciaria, en relación a los diferentes diagnósticos que se llevan a cabo a lo largo del estudio. En los pacientes con TP del grupo B (el más numeroso) podemos observar los siguientes motivos de derivación: en un 68% por síntomas ansiosos, en un 9,3% por síntomas afectivos, un 6,72% por síntomas psicóticos (60 pacientes), y en un 5% se derivaron para iniciar el seguimiento en un contexto de estabilidad clínica. Respecto a los pacientes con un diagnóstico del espectro de la esquizofrenia, los motivos de derivación más frecuentes fueron: en un 43,6% por síntomas psicóticos activos, en un 21% por síntomas ansiosos, en un 7,8% por síntomas afectivos, y un 25% lo fueron para iniciar el seguimiento en un contexto de estabilidad clínica.

**Tabla 11. Motivo de derivación y diagnóstico psiquiátrico.**

<b>Diagnóstico</b>	<b>Motivo de derivación desde EAP</b>									
	Petición de informe psiquiátrico	Síntomas ansiosos	Síntomas afectivos	Síntomas psicóticos	Valoración previa a Interferón	Valoración de PPS	Alteraciones de conducta	Demanda compulsiva de psicofármacos	Seguimiento de pacientes estables	Otros
Sin diagnóstico en Eje I o Eje II	15	20	0	0	0	0	0	0	0	0
T. Personalidad grupo A	1	2	1	0	0	0	1	0	2	0
T. Personalidad grupo B	51	607	83	60	5	7	8	21	45	5
T. Personalidad grupo C	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
T. Personalidad orgánico	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0
T. Espectro de la esquizofrenia	3	37	13	75	0	1	0	0	43	0
T. Bipolar	0	10	4	2	0	0	1	0	8	0
T. Mixto Ansioso-Depresivo	5	61	71	1	0	3	0	0	16	0
Retraso Mental	4	8	0	0	0	0	0	0	8	0
TOC	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
Otros	0	5	1	1	0	1	1	0	3	0

Por otra parte se presenta en la tabla 12 el consumo admitido de sustancias y el diagnóstico asociado del paciente (PD). Como se puede observar, el 90,8% de los pacientes con TP asocian consumo de sustancias, y el 76,1% en el caso de los pacientes con T. Psicótico.

**Tabla 12. Diagnóstico y consumo admitido de sustancias (patología dual).**

Diagnóstico	Consumo tóxico previo % (N)	
	No	Sí
Sin diagnóstico en Eje I o Eje II	42,9 (15)	57,1 (20)
T. Personalidad grupo A	42,9 (3)	57,1 (4)
T. Personalidad grupo B	9,2 (82)	90,8 (810)
T. Personalidad grupo C	100 (1)	0 (0)
T. Personalidad orgánico	40 (2)	60 (3)
T. Espectro de la esquizofrenia	23,9 (41)	76,1 (131)
T. Bipolar	24 (6)	76 (19)
T. Mixto Ansioso-Depresivo	52,3 (82)	47,7 (75)
Retraso Mental	45 (9)	55 (11)
TOC	0 (0)	100 (2)
Otros	50 (6)	50 (6)

#### 4.1.3.5. Aplicación PPS.

Un 6,7% de los pacientes (89 internos) tenía aplicado el PPS en el momento de la derivación desde EAP. En la tabla 13 se muestra el diagnóstico asociado a la aplicación del PPS. El porcentaje más elevado se da en los pacientes con un diagnóstico de un T. Mixto ansioso-depresivo (10,5%), seguidos por los pacientes con TP de grupo B (6,05%) y los pacientes con diagnóstico de trastorno psicótico (5,5%).

**Tabla 13. Diagnóstico psiquiátrico y aplicación de PPS.**

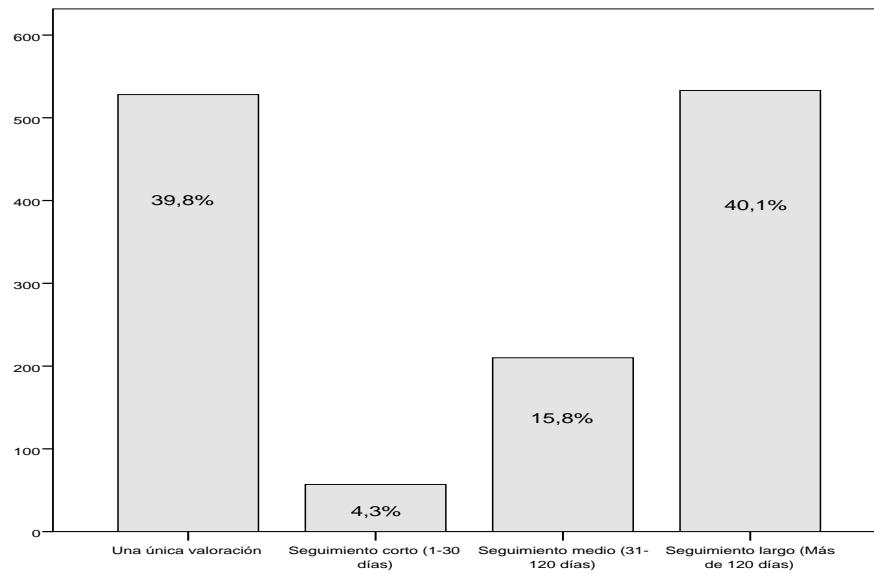
<b>Diagnóstico</b>	<b>Protocolo de suicidio en alguna ocasión % (N)</b>	
	<b>No</b>	<b>Sí</b>
Sin diagnóstico en Eje I o Eje II	94,3 (33)	5,7 (2)
T. Personalidad grupo A	100 (7)	0 (0)
T. Personalidad grupo B	94 (838)	6 (54)
T. Personalidad grupo C	100 (1)	0 (0)
T. Personalidad orgánico	60 (3)	40 (2)
T. Espectro de la esquizofrenia	94,8 (163)	5,2 (9)
T. Bipolar	92 (23)	8 (2)
T. Mixto Ansioso-Depresivo	90,5 (142)	9,5 (15)
Retraso Mental	95 (19)	5 (1)
TOC	100 (2)	0 (0)
Otros	75 (9)	25 (3)

#### 4.1.4. Variable referente al tiempo de estudio.

Cada uno de los pacientes analizados tiene su propio tiempo de permanencia en el estudio, tal y como se detalló en el apartado de metodología.

El tiempo medio seguimiento por paciente es de 178,65 días (DT: 258,039 días; mediana: 60; moda: 0). La moda de 0 días implica que en la primera valoración psiquiátrica el paciente es dado de alta de la consulta psiquiátrica penitenciaria por no ser subsidiario de seguimiento clínico, a tenor del criterio del psiquiatra. En la figura 14 se muestra la distribución en relación al tiempo de seguimiento de los pacientes.

**Figura 14. Distribución de los pacientes en relación a la duración del seguimiento.**



En la tabla 14 se muestran los datos relativos a las causas de cierre del estudio o seguimiento de todos los pacientes. En la misma se puede apreciar que el 64,8% de los pacientes son dados de alta a lo largo del presente estudio, manteniéndose en la consulta psiquiátrica penitenciaria 182 pacientes (13,7%).

**Tabla 14. Eventos vinculados al cierre del estudio.**

		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Fallecimientos</b>	Sobredosis no autolítica	6	0,5
	Causas naturales	3	0,2
	Autolisis	1	0,1
	<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>0,8</b>
<b>Salidas</b>	Libertad	138	10,4
	Traslado CP	117	8,8
	Tercer Grado	14	1,1
	Centro deshabitación	4	0,3
	Extradición	2	0,2
	Fugado	1	0,1
	<b>Total</b>	<b>276</b>	<b>20,7</b>
<b>Alta de la consulta psiquiatría penitenciaria</b>		<b>860</b>	<b>64,8</b>
<b>Mantenimiento en agenda de psiquiatría penitenciaria a fecha cierre del estudio</b>		<b>182</b>	<b>13,7</b>

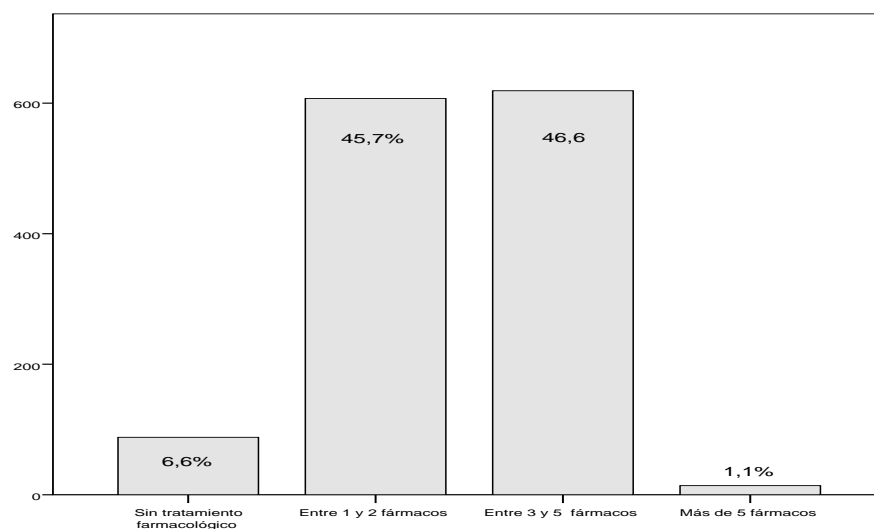
#### 4.1.5. Variables referentes al tratamiento.

##### 4.1.5.1. Tratamiento farmacológico.

Respecto al número de fármacos, la media es de 2,45 (DT: 1,2; rango: 0-7, moda: 2. En el 6,6% (88 internos) no se pautó ningún psicofármaco durante el tiempo de estudio. En la figura 15 se representa la distribución por el número de fármacos. Como se puede observar la polifarmacia es la norma, con un 46,6% de pacientes con pauta de 3 a 5 fármacos.



**Figura 15. Distribución por número de fármacos.**



En la tabla 15 y 16 se muestran los psicofármacos utilizados, el número de pacientes con cada uno de ellos y la dosificación. Respecto a los antipsicóticos, fueron pautados a un 66,7% de los pacientes, los antidepresivos a un 60,9%, los antiepilépticos o eutimizantes a un 47,8% y las benzodiacepinas a un 71%.

**Tabla 15. Tratamiento farmacológico. Fármacos y dosis (parte I).**

<b>Antipsicóticos</b>	<b>Pacientes tratados % (N)</b>	<b>Dosis media (mg)</b>	<b>Desviación típica (mg)</b>
Quetiapina	32,7 (435)	247,9	179,8
Olanzapina	15,9 (212)	12,9	7,5
RILD	6,6 (88)	43,8	25,2
Risperidona	2,7 (37)	2,8	1,7
Amisulpiride	2,7 (37)	728,3	420,4
Aripiprazol	1,95 (26)	12,2	4,9
Paliperidona	1,12 (15)	6,8	4,4
Flufenacina depot <sup>1</sup>	1 (14)	-	-
Quetiapina prolong	0,9 (12)	375	176,4
Típicos <sup>1</sup>	0,6 (9)	-	-
Ziprasidona <sup>1</sup>	0,07 (1)	-	-
PILD	0,07 (1)	150	-
<b>Antidepresivos</b>	<b>Pacientes tratados % (N)</b>	<b>Dosis media (mg)</b>	<b>Desviación típica (mg)</b>
Mirtazapina	27,3 (363)	28,1	6
Venlafaxina	8,5 (113)	166,5	78,1
Escitalopram	6 (81)	22	7,3
Trazodona	4,3 (58)	92,8	29,3
Citalopram	4 (54)	22,7	5,8
Fluoxetina	3,5 (47)	25,4	9,3
Paroxetina	3,1 (42)	23,3	6,8
Duloxetina	1,5 (20)	88,7	33,7
Amipriptilina	1,2 (16)	65,6	31,4
Sertralina	0,6 (8)	114,2	47,5
Bupropion	0,3 (5)	180	67
Agomelatina <sup>1</sup>	0,15 (2)	-	-
Fluvoxamina <sup>1</sup>	0,07 (1)	-	-

<sup>1</sup>No se ha recuperado la información sobre la dosificación.

**Tabla 16. Tratamiento farmacológico. Fármacos y dosis (parte II).**

<b>Antiepilépticos</b>	<b>Pacientes tratados % (N)</b>	<b>Dosis media (mg)</b>	<b>Desviación típica (mg)</b>
Gabapentina	24,7 (325)	1535,2	687,8
Pregabalina	15,5 (206)	350,5	269,3
Oxcarbacepina	2,7 (37)	1014,7	369,3
Topiramato	2,3 (31)	264,5	153,4
Ácido valproico	1,8 (25)	1152	330,5
Litio	0,37 (5)	920	268,3
Lamotrigina	0,3 (4)	220	103,6
Carmabacepina <sup>1</sup>	0,15 (2)	-	-
<b>Benzodiacepinas</b>	<b>Pacientes tratados % (N)</b>	<b>Dosis media (mg)</b>	<b>Desviación típica (mg)</b>
Diacepam	41,4 (551)	18,9	8,3
Clonacepam	15,8 (211)	5	8,3
Cloracepato	11 (147)	81	50,3
Loracepam	1,5 (20)	4,3	3,3
Alprazolam	1,2 (16)	3,2	1,4

<sup>1</sup>No se ha recuperado la información sobre la dosificación.

En la tabla 17 se presenta la prescripción farmacológica (número de fármacos) en virtud del diagnóstico clínico. Como se puede observar la polifarmacia se concentra en los pacientes con diagnóstico de TP del grupo B y los pacientes con trastorno psicótico.

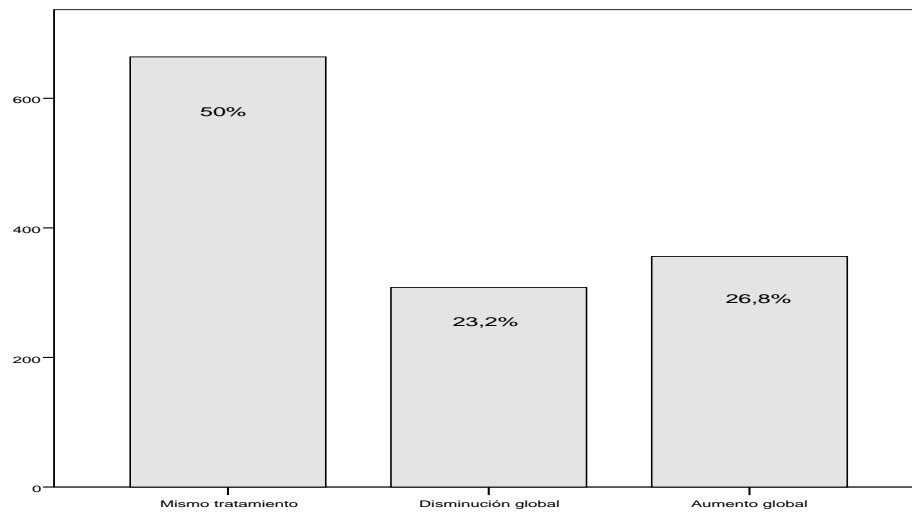
**Tabla 17. Número de fármacos vinculado al diagnóstico clínico.**

	<b>Fármacos % (N)</b>			
	<b>Sin tratamiento</b>	<b>1-2</b>	<b>3- 5</b>	<b>Más de 5</b>
Sin diagnóstico en Eje I o Eje II	51,4 (18)	37,1 (13)	11,4 (4)	0 (0)
T. Personalidad grupo A	42,8 (3)	42,8 (3)	14,2 (1)	0 (0)
T. Personalidad grupo B	4,3 (39)	45,1 (403)	49,5 (442)	0,9 (8)
T. Personalidad grupo C	0 (0)	100 (1)	0 (0)	0 (0)
T. Personalidad orgánico	0 (0)	100 (5)	0 (0)	0 (0)
T. Espectro de la esquizofrenia	4 (7)	43 (74)	51,1 (88)	1,7 (3)
T. Bipolar	4 (1)	32 (8)	52 (13)	12 (3)
T. Mixto Ansioso-Depresivo	7,6 (12)	54,1 (85)	38,2 (60)	0 (0)
Retraso Mental	35 (7)	35 (7)	30 (6)	0 (0)
TOC	0 (0)	0 (0)	100 (2)	0 (0)
Otros	8,3 (1)	66,6 (8)	25 (3)	0 (0)

#### 4.1.5.2. Tipo de modificación del tratamiento.

En la figura 16 se puede observar como en un 73,2% de los pacientes se ha mantenido o reducido el número de psicofármacos a lo largo de su seguimiento durante el tiempo de estudio.

**Figura 16. Tipo de modificación de tratamiento.**



Si detallamos que tipo de modificación de tratamiento se ha llevado a cabo en relación a los diagnósticos establecidos podemos ver en la tabla 18 que a los internos con un TP se mantiene o disminuye el número de psicofármacos en un 73,6% y en los pacientes con un trastorno psicótico en un 70,2%.

**Tabla 18. Tipo de modificación del tratamiento según diagnóstico establecido.**

	Cambio de tratamiento % (N)		
	Mismo tratamiento	Disminución global	Aumento global
Sin diagnóstico en Eje I o Eje II	71,4 (25)	11,4 (4)	17,4 (6)
T. Personalidad grupo A	57,4 (4)	14,2 (1)	28,5 (2)
T. Personalidad grupo B	49,1 (438)	24,5 (219)	26,3 (235)
T. Personalidad grupo C	0 (0)	0 (0)	100 (1)
T. Personalidad orgánico	60 (3)	40 (2)	0 (0)
T. Espectro de la esquizofrenia	48,2 (83)	22,1 (38)	29,6 (51)
T. Bipolar	60 (15)	16 (4)	24 (6)
T. Mixto Ansioso- Depresivo	47,1 (74)	21,6 (34)	31,2 (49)
Retraso Mental	70 (14)	20 (4)	10 (2)
TOC	0 (0)	0 (0)	100 (2)
Otros	66,6 (8)	16,6(2)	16,6 (2)

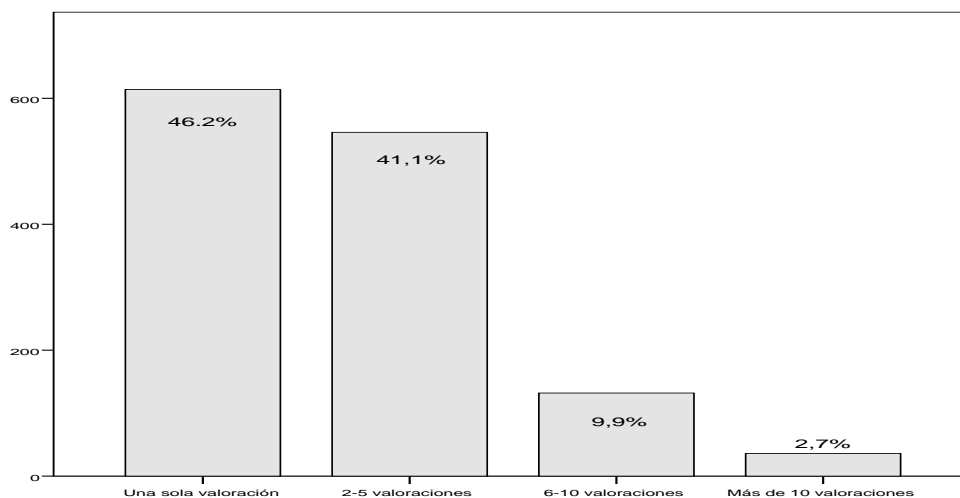
#### 4.1.6. Variables relacionadas con el seguimiento y estudio temporal.

##### 4.1.6.1. Número de visitas y tiempos de seguimiento.

Se han generado un total de 3701 valoraciones durante el tiempo de estudio. Con una media de 2,79 (DT: 2,8; IC 95%: 2,6-2,9; rango: 1-23).

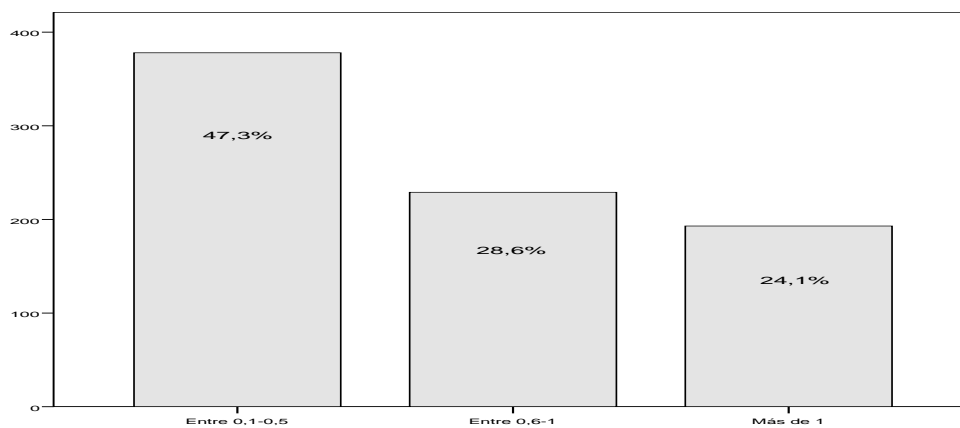
En la figura 17 se muestran la distribución según el número de valoraciones durante el tiempo de estudio.

**Figura 17. Distribución del número de valoraciones.**



En la figura 18 se analiza la variable “densidad” que refleja el número de visitas en relación al tiempo de seguimiento (en meses). Se observa como el 24,1% de la muestra tiene una densidad mayor de 1, es decir, una media de más de 1 visita por mes a lo largo del tiempo de estudio.

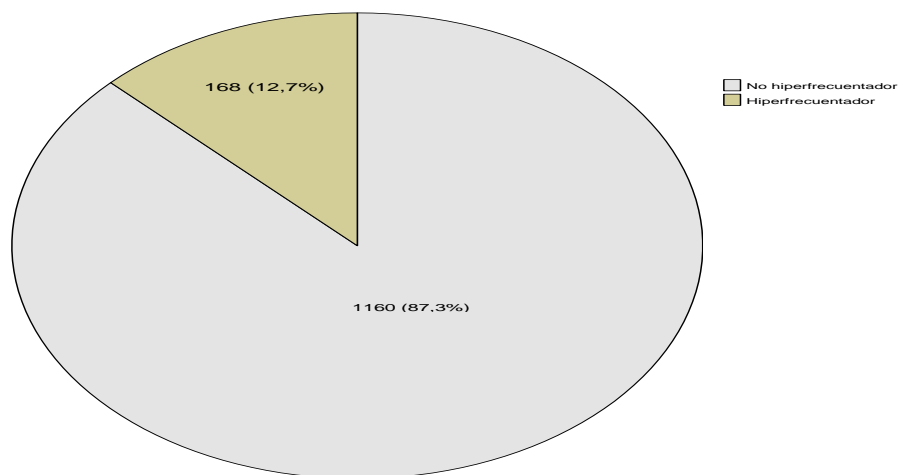
**Figura 18. Densidad (número de visitas en relación a tiempo de seguimiento).**



#### 4.1.6.2. El fenómeno del hiperfrecuentador.

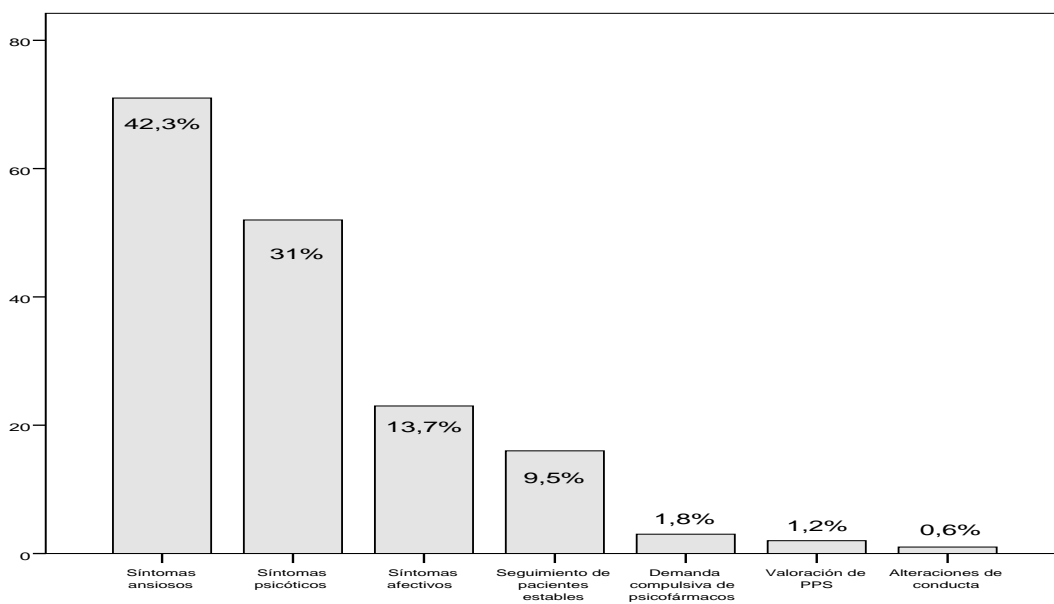
Aplicando los ya mencionados criterios de Arnal (2001), obtenemos un 12,7% (168) de pacientes hiperfrecuentadores en nuestra muestra, tal y como se observa en la figura 19.

**Figura 19. Hiperfrecuentadores.**



En la figura 20 se presenta el motivo de derivación desde EAP y los diagnósticos asociados para este grupo de pacientes.

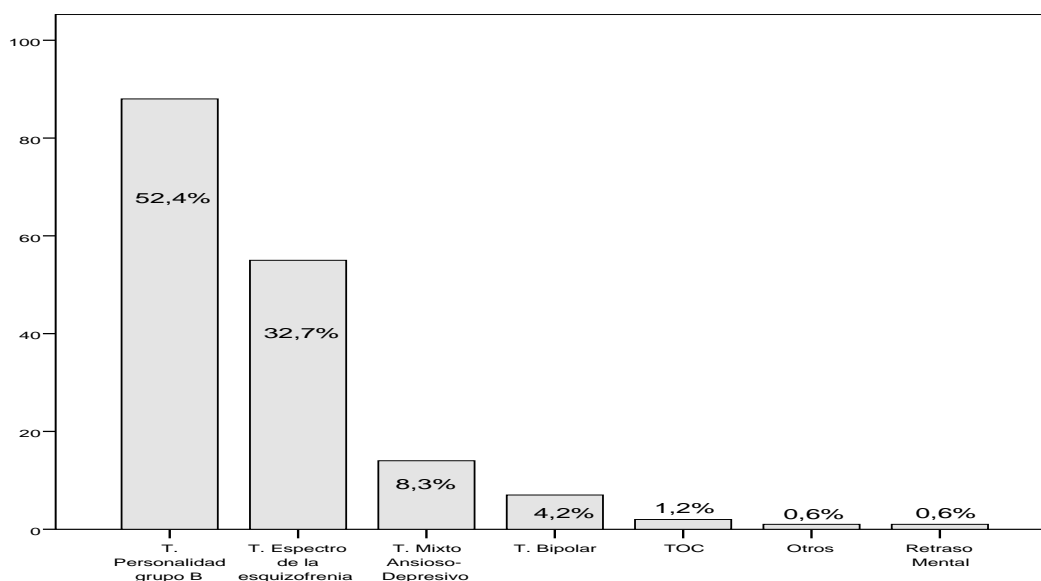
**Figura 20. Motivo de derivación desde EAP en los hiperfrecuentadores.**





Respecto al diagnóstico clínico observamos en la figura 21 que el 52,5% de los hiperfrecuentadores tienen un TP asociado, y un 32,7% son pacientes con un trastorno psicótico. Mencionar que los 88 pacientes con TP hiperfrecuentadores representan el 9,8% del total de los TP (88 pacientes de 892 con TP), y en el caso de los pacientes con trastorno psicótico son el 31,9% (55 pacientes de 172 con trastornos psicóticos).

**Figura 21. Diagnóstico asociado en los hiperfrecuentadores.**



El resto de variables asociadas al fenómeno de la hiperfrecuentación se detallarán a lo largo del apartado correspondiente, en el que se aportarán los resultados analíticos y factores de riesgo asociados a este fenómeno.

## 4.2. Resultados analíticos.

---

### 4.2.1. Análisis de las diferencias sociodemográficas, de perfil delictivo y de seguimiento según el diagnóstico de enfermedad mental.

Se ha codificado la variable diagnóstico clínico de forma que las comparaciones se van a realizar entre estos tres diagnósticos: TP cluster B, T. Psicóticos y el grupo de trastornos afectivos y ansiosos (TAA). Se han eliminado del análisis a los pacientes en los que no se identificó ningún trastorno mental a lo largo del seguimiento (2,6% de la muestra) y los que presentaban otros diagnósticos (6,1%) por infrecuentes, con el fin de obtener homogeneidad en los análisis

Así pues tenemos representado al diagnóstico más frecuente (TP cluster B), al que se le presupone mayor gravedad (T. Psicóticos) y a los trastornos afectivos y ansiosos.

#### 4.2.1.1 Variables sociodemográficas

En la tabla 19 se presentan los resultados obtenidos. Se puede observar la sobrerrepresentación masculina en los tres grupos diagnósticos. Destacando esta circunstancia en el grupo de T. Psicóticos (97,1% hombres y 2,9% de mujeres).

Respecto a la edad, existen diferencias estadísticamente significativas, observándose una media de edad mayor en el grupo TAA. En las pruebas post hoc realizadas no se encuentra diferencia entre los otros dos diagnósticos (U Mann Whitney,  $p=0,494$ ).

Los españoles están sobrerrepresentados en los tres grupos aunque en el grupo de los T. Psicóticos destaca un % de extranjeros del 19,8% ( $p=0,000$ ).

Los pacientes con un TP son los menos formados académicamente. Así mismo los pacientes con TAA representan mayor porcentaje en cuanto a estudios superiores a primarios (22,5%, frente a 7,7% en TP y 14% en T. Psicóticos).

Los TP representan el mayor porcentaje de desempleados con un 87%, y por el contrario, el grupo de TAA son los que en mayor medida se encuentran en situación activa en el momento de entrar en prisión (22,5%). El grupo de T. Psicóticos, con un

13,4% representa el mayor porcentaje de pacientes con situación de incapacidad/minusvalía o asimilados.

**Tabla 19. Variables sociodemográficas según diagnóstico clínico.**

		<b>Total</b> % (N)	<b>TP</b> % (N)	<b>T.</b> <b>Psicótico</b> % (N)	<b>TAA</b> % (N)	<b>p</b>
<b>Género</b>	Hombre	92,9 (1158)	93,3 (832)	<b>97,1 (167)</b>	87,4 (159)	0,001 <sup>1</sup>
	Mujer	7,1 (88)	6,7 (60)	2,9 (5)	12,6 (23)	
<b>Edad</b>		36,9	36,1 <sup>3</sup>	36,7 <sup>3</sup>	<b>41,2</b>	0,000 <sup>2</sup>
	(media en años)					
<b>Nacionalidad</b>	Español	88,8 (1106)	91,7 (818)	80,2 (138)	82,4 (150)	0,000 <sup>1</sup>
	Extranjero	11,2 (140)	8,3 (74)	<b>19,8 (34)</b>	17,6 (32)	
<b>Nivel académico</b>	Analfabeto	4,6 (57)	4,9 (44)	4,7 (8)	2,7 (5)	0,000 <sup>1</sup>
	Primarios incompletos	56,5 (704)	63,6 (567)	52,3 (90)	25,8 (47)	
	Primarios	28,2 (351)	23,8 (212)	29,1 (50)	<b>48,9 (89)</b>	
	Superiores a primarios	10,8 (134)	7,7 (69)	14 (24)	<b>22,5 (41)</b>	
<b>Situación laboral y otras condiciones psicosociales</b>	Desempleo	81,2 (1012)	<b>87 (776)</b>	74,4 (128)	59,3 (108)	<b>0,000<sup>1</sup></b>
	Activo	13,2 (164)	9,2 (82)	12,2 (21)	<b>33,5 (61)</b>	
	Incapacidad o similar	5,6 (70)	3,8 (34)	<b>13,4 (23)</b>	7,1 (13)	

<sup>1</sup>Test de Chi-cuadrado. <sup>2</sup>Test de Kruskal-Wallis. <sup>3</sup>: Pruebas post hoc: U Mann Whitney para dos grupos.  
TP: Trastorno personalidad cluster B, TAA: Trastornos afectivos y ansiosos.

#### 4.2.1.2. Variables relacionadas con el perfil delictivo.

En la tabla 20 se muestran los resultados respecto a las variables relacionadas con el perfil delictivo.

El mayor porcentaje de pacientes penados lo representan el grupo de los TP (88,7%).

En cuanto al número de condenas, el grupo de TP tiene la media más elevada (2,19) frente a los dos grupos. En el caso de los T. Psicóticos, con una media de 1,29 condenas también existe diferencia significativa con el grupo TAA, 0,27 condenas (U Mann Whitney,  $p=0,000$ ).

El grupo con T. Psicótico es el grupo condenado a un mayor número de días, con una media de 2476,1 días ( $p=0,012$ ). En la comparación posterior entre el grupo de TP (2399,4 días) y TAA (1906,5 días), también hay diferencia significativa (U Mann Whitney,  $p=0,003$ ).

Para comparar la tipología delictiva se recodificó la variable delito en forma dicotómica: delitos contra las personas, frente al resto de delitos. Así, se observa que el grupo con T. Psicótico es el que tiene un porcentaje mayor en los delitos contra las personas (24,8%) respecto a los otros dos grupos diagnósticos ( $p=0,000$ ).

**Tabla 20. Variables relacionadas con el perfil delictivo según diagnóstico clínico.**

		<b>Total</b>	<b>TP</b>	<b>T.</b>	<b>TAA</b>	<b>p</b>
		<b>% (N)</b>	<b>% (N)</b>	<b>Psicótico</b>	<b>% (N)</b>	
				<b>% (N)</b>		
<b>Tipo interno</b>	Preventivo	13,4 (167)	11,3 (101)	16,9 (29)	20,3 (37)	<b>0,002<sup>1</sup></b>
	Penado	86,6 (1079)	<b>88,7 (791)</b>	83,1 (143)	79,7 (145)	
<b>Condenas previas</b>		1,79	<b>2,19</b>	1,29 <sup>3</sup>	0,27 <sup>3</sup>	<b>0,000<sup>2</sup></b>
(media)						
<b>Tiempo de condena<sup>4</sup></b>		2342,5	2399,4	<b>2476,1<sup>3</sup></b>	1906,5	<b>0,012<sup>2</sup></b>
(en días)						
<b>Tipo de delito</b>	Contra las personas	15,7 (191)	12,9 (113)	<b>24,8 (40)</b>	21,1 (38)	<b>0,000<sup>1</sup></b>
	Resto de delitos <sup>5</sup>	84,3 (1028)	87,1 (765)	75,2 (121)	78,9 (142)	

<sup>1</sup>Test de Chi-cuadrado. <sup>2</sup>Test de Kruskal-Wallis. <sup>3</sup>: Pruebas post hoc: U Mann Whitney para dos grupos. <sup>4</sup>Tiempo de condena sólo en los presos penados. <sup>5</sup>Se han excluido del análisis a los pacientes que no mencionaron el delito. TP: Trastorno personalidad cluster B, TAA: Trastornos afectivos y ansiosos.

#### 4.2.1.3. Variables referentes a la patología médica.

En la tabla 21 se observa como el grupo de TP es el que presenta mayor frecuencia de patología médica asociada con un 45,1% frente al 27,9% en los T. Psicóticos y un 20,3% en los TAA (p=0,000).

Respecto al consumo admitido de sustancias, el grupo de TAA es el más representado en los que niegan consumo de sustancias, con un 48,4%. El consumo de más de dos sustancias es mayor en el grupo de TP con un 64,9%, seguido del grupo de T. Psicótico con un 39% (p=0,000).

El grupo de TAA es el que presenta una mayor frecuencia de aplicación de PPS en el momento de la derivación desde EAP, con un porcentaje del 9,3%, frente al 6,1% en los TP y un 5,2% en el T. Psicótico, sin objetivarse diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,203$ ).

**Tabla 21. Variables referentes a patología médica según diagnóstico clínico.**

		<b>Total</b>	<b>TP</b>	<b>T. Psicótico</b>	<b>TAA</b>	<b>p</b>
		<b>% (N)</b>	<b>% (N)</b>	<b>% (N)</b>	<b>% (N)</b>	
<b>Patología médica asociada</b>	No	60,9 (759)	54,9 (490)	72,1 (124)	79,7 (145)	<b>0,000<sup>1</sup></b>
	Sí	39,1 (487)	<b>45,1 (402)</b>	27,9 (48)	20,3 (37)	
<b>Consumo admitido de sustancias</b>	No	16,9 (211)	9,2 (82)	<b>23,8 (41)</b>	<b>48,4 (88)</b>	<b>0,000<sup>1</sup></b>
	Una	17,2 (214)	14,1 (126)	23,8 (41)	25,8 (47)	
	Dos	12,4 (155)	11,8 (105)	13,4 (23)	14,8 (27)	
	Más de dos	53,5 (666)	<b>64,9 (579)</b>	<b>39 (67)</b>	11 (20)	
<b>PPS en alguna ocasión</b>	No	93,6 (1166)	93,9 (838)	94,8 (163)	90,7 (165)	0,203 <sup>1</sup>
	Sí	6,4 (80)	6,1 (54)	5,2 (9)	<b>9,3 (17)</b>	

<sup>1</sup>Test de Chi-cuadrado. TP: Trastorno personalidad cluster B, TAA: Trastornos afectivos y ansiosos.

#### 4.2.1.4 Variables referentes al tratamiento.

En la tabla 22 se observa como el grupo de T. Psicótico tiene la media de fármacos más elevada con 2,60, seguido del grupo de TP con 2,56 y el grupo de TAA con 2,26. En pruebas post hoc con U Mann Whitney, no se encuentran diferencias entre los dos primeros ( $p=0,697$ ).

Respecto al tipo de modificación en el número de psicofármacos a lo largo del estudio, no se encuentran diferencias significativas entre los tres grupos, aunque el del TAA tiene la tasa más alta en el la variable “aumento” del tratamiento.

**Tabla 22. Variables referentes al tratamiento según diagnóstico clínico.**

		<b>Total</b>	<b>TP</b>	<b>T. Psicótico</b>	<b>TAA</b>	<b>p</b>
		<b>% (N)</b>	<b>% (N)</b>	<b>% (N)</b>	<b>% (N)</b>	
<b>Número de fármacos</b> (media)		2,52	<b>2,56<sup>2</sup></b>	<b>2,60<sup>2</sup></b>	2,26	<b>0,007<sup>1</sup></b>
<b>Modificación de tratamiento</b>	Igual	49 (610)	49,1 (438)	48,3 (83)	48,9 (89)	0,670 <sup>3</sup>
	Disminución	23,7 (295)	24,6 (219)	22,1 (38)	20,9 (38)	
	Aumento	27,1 (341)	26,3 (235)	29,7 (51)	30,2 (55)	

<sup>1</sup>Test de Kruskal-Wallis. <sup>2</sup>: Pruebas post hoc: U Mann Whitney para dos grupos. <sup>3</sup>Test de Chi-cuadrado.  
TP: Trastorno personalidad cluster B, TAA: Trastornos afectivos y ansiosos.

#### 4.2.1.5. Variables relacionadas con el seguimiento y estudio temporal.

En la tabla 23 se observa que el grupo de T. Psicótico tiene la media de valoraciones psiquiátricas (4,56) más elevada. En el análisis post hoc, estas diferencias lo son entre éste y los otros dos grupos por separado. Entre el grupo de TP (2,54) y el de TAA (2,72) no hay diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,862$ ).

Respecto al tiempo de seguimiento (tiempo que el interno permanece en la agenda hasta que ocurra alguno de los eventos de cierre del estudio), el grupo de T. Psicótico tiene la media de tiempo más elevada: 295,7 días. En el análisis post hoc, estas diferencias lo son entre éste y los otros dos grupos por separado. Entre el grupo de TP (168,1 días) y el de TAA (150,3 días) no hay diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,940$ ).

Respecto a la variable “densidad” (número de valoraciones por mes), no se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos, ni en su análisis posterior en las pruebas post hoc.

Como se puede observar, el grupo de T. Psicóticos representa el grupo que se mantiene en la agenda psiquiátrica con más frecuencia, y que a su vez, es dado de alta de la misma en un porcentaje menor: 26,7% de altas en T. Psicóticos, frente 70,5% en TP y 67,6% en el TAA (p=0,000).

**Tabla 23. Variables relacionadas con el seguimiento y estudio temporal según diagnóstico clínico.**

		<b>Total</b> % (N)	<b>TP</b> % (N)	<b>T.</b> <b>Psicótico</b> % (N)	<b>TAA</b> % (N)	<b>p</b>
<b>Número de valoraciones</b> (media)		2,84	2,54 <sup>2</sup>	<b>4,56</b>	2,72 <sup>2</sup>	<b>0,000<sup>1</sup></b>
<b>Tiempo de seguimiento</b> (en días)		183,1	168,1 <sup>2</sup>	<b>295,7</b>	150,3 <sup>2</sup>	<b>0,000<sup>1</sup></b>
<b>Densidad<sup>3</sup></b> (número de visitas/mes seguimiento)		0,69	0,69 <sup>2</sup>	0,67 <sup>2</sup>	0,7 <sup>2</sup>	0,126 <sup>1</sup>
<b>Eventos vinculados al cierre del estudio</b>	Fallecimiento	0,6 (8)	0,7 (6)	0,6 (1)	(0,5) 1	0,000 <sup>4</sup>
	Libertad	11,9 (148)	8,9 (79)	26,7 (46)	12,6 (23)	
	Alta Agenda	64 (798)	70,5 (629)	<b>26,7 (46)</b>	67,6 (123)	
	Traslado CP	9,2 (115)	8,2 (73)	<b>14,5 (25)</b>	9,3 (17)	
	Mantenimiento agenda	14,2 (177)	11,8 (105)	<b>31,4 (54)</b>	9,9 (18)	

<sup>1</sup>Test de Kruskal-Wallis. <sup>2</sup> Pruebas post hoc: U Mann Whitney para dos grupos. <sup>3</sup>Se excluye del análisis de esta variable al interno cuyo tiempo de estudio es igual a 0 (es decir, dado de alta en la única y primera valoración psiquiátrica). <sup>4</sup>Test de Chi-cuadrado. TP: Trastorno personalidad cluster B, TAA: Trastornos afectivos y ansiosos.

Siguiendo en esta línea, a continuación se presenta un análisis de supervivencia en el que la variable a estudio es “alta de la agenda de psiquiatría”, es decir se pretende estudiar el comportamiento de la variable relacionada con la decisión clínica de proceder al alta del programa de atención psiquiátrica penitenciaria. Esta variable se estudiará relacionándola con los tres diagnósticos referidos hasta el momento. Para



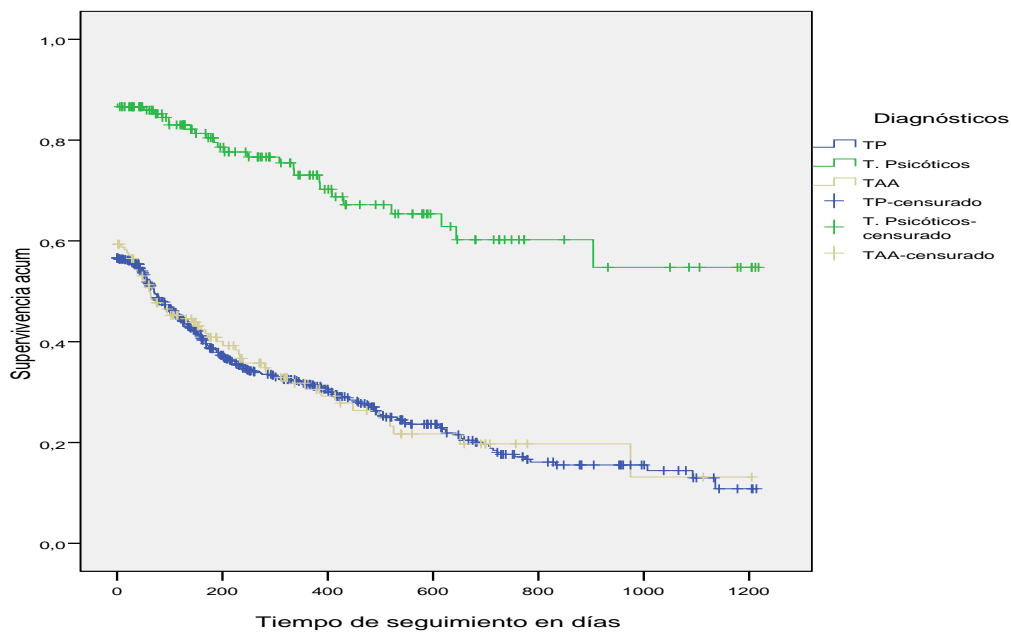
llevar a cabo el análisis de supervivencia se han recodificado las variables de la siguiente manera:

- Variable estudio: “alta de la agenda de psiquiatría”.
- Casos censurados: “libertad”, “traslado de CP o asimilado”.
- Fallecidos.
- Internos que se mantienen en la agenda a fecha de cierre del estudio.

En estos momentos en análisis se llevará a cabo para toda la muestra sin diferenciar respecto al CP donde reside el interno, hecho que se estudiará en el apartado correspondiente.

Como ya se ha mencionado, y se puede observar en la figura 22 los pacientes con el diagnóstico asociado de T. Psicótico son dados de alta de la agenda de psiquiatría con menos frecuencia y más tarde en el tiempo, respecto a los otros dos diagnósticos (es decir, se mantienen más tiempo en la agenda psiquiátrica). Estas diferencias son estadísticamente significativas dado el Long Rank (Mantel Cox)= 0,000.

**Figura 22. Análisis de supervivencia en toda la muestra respecto al diagnóstico asociado.**



Siguiendo con el estudio temporal vinculado al diagnóstico clínico, se analizan estas curvas de supervivencia para predecir la variable dependiente (en nuestro caso, “alta de la agenda de psiquiatría”), en función de variables independientes o predictoras (los tres diagnósticos referidos), obteniendo Odds Ratio (OD).

Como se puede observar en la tabla 24, el T. Psicótico tiene 3,338 más posibilidades de mantenerse en la agenda psiquiátrica comparándolo con el grupo de TAA y un 3,364 cuando se compara con el grupo de TP.

**Tabla 24. Ecuación COX en relación a los diagnósticos clínicos, en toda la muestra.**

	<b>B</b>	<b>ET</b>	<b>Wald</b>	<b>G1</b>	<b>sig.</b>	<b>Exp.B</b>	<b>IC para Exp. B (95%)</b>	
<b>Variable estudio:</b>							<b>Inferior</b>	<b>Superior</b>
<b>T. Psicóticos</b>			63,345	2	0,000			
<i>Comparación con variable “TAA”</i>	1,205	0,173	48,381	1	0,000	<b>3,338</b>	2,377	4,689
<i>Comparación con variable “TP”</i>	1,213	0,153	62,786	1	0,000	<b>3,364</b>	2,492	4,542

TP: Trastorno personalidad cluster B, TAA: Trastornos afectivos y ansiosos

## 4.2.2. Análisis de las diferencias sociodemográficas, de perfil delictivo y de seguimiento en el paciente hiperfrecuentador.

### 4.2.2.1 Variables sociodemográficas

Respecto a las variables sociodemográficas se detallan en la Tabla 25 las diferencias significativas encontradas, como una mayor proporción de varones y una edad media más baja, 34,6 años frente a 37,12 (p=0,000).

No se hallaron diferencias respecto al origen de nacimiento de los internos, siendo en ambos grupos una amplísima mayoría de españoles. Tampoco en el nivel académico referido se encontraron diferencias con significación estadística.

En la Tabla 26 se observa como en el grupo de los no hiperfrecuentadores es más frecuente la situación de desempleo: 81,9% frente a 73,8% (p=0,002), y en los hiperfrecuentadores lo es la situación de minusvalía psíquica acreditada/incapacidad o asimilados, con un 11,3% frente a un 4,8% (p=0,002).

**Tabla 25. Variables sociodemográficas vinculadas a la hiperfrecuentación (género, edad y nacionalidad).**

		<b>Total</b>	<b>No Hiperfrecuentador</b>	<b>Hiperfrecuentador</b>	<b>p</b>
		<b>% (N)</b>	<b>% (N)</b>	<b>% (N)</b>	
<b>Género</b>	Hombre	93 (1235)	92,3 (1071)	<b>97,6 (164)</b>	0,009 <sup>1</sup>
	Mujer	7 (93)	7,7 (89)	2,4 (4)	
<b>Edad</b>		36,8	37,12	<b>34,60</b>	0,000 <sup>2</sup>
<b>Nacionalidad</b>	Español	88,1 (1170)	87,8 (1018)	90,5 (152)	<b>0,372<sup>3</sup></b>
	Extranjero	11,9 (158)	12,2 (142)	9,5 (16)	

<sup>1</sup>Estadístico exacto de Fisher. <sup>2</sup>U de Mann-Whitney. <sup>3</sup>Test de Chi-cuadrado.

**Tabla 26. Variables sociodemográficas vinculadas a la hiperfrecuentación (nivel académico y situación laboral y otras condiciones psicosociales).**

		<b>Total</b>	<b>No Hiperfrecuentador</b>	<b>Hiperfrecuentador</b>	
		<b>% (N)</b>	<b>% (N)</b>	<b>% (N)</b>	
<b>Nivel académico</b>	Analfabeto				<b>0,214<sup>1</sup></b>
	Primarios	5,1(68)	5,3 (62)	3,6 (6)	
	incompletos	55,6 (738)	56,4 (654)	50 (84)	
	Primarios	28,5 (378)	27,8 (322)	33,3 (56)	
	Superiores a primarios	10,8 (144)	10,5 (122)	13,1 (22)	
<b>Situación laboral y otras condiciones psicosociales</b>	Desempleo	80,9 (1074)	<b>81,9 (950)</b>	73,8 (124)	0,002 <sup>1</sup>
	Activo	13,5 (179)	13,3 (154)	14,9 (25)	
	Incapacidad o similar	5,6 (75)	4,8 (56)	<b>11,3 (19)</b>	

<sup>1</sup>Test de Chi-cuadrado.

#### 4.2.2.2. CP en el que residen los internos.

Según se muestra en la Tabla 27 el CP de Castellón II es el centro con el mayor porcentaje de hiperfrecuentadores, 38,7% frente al 36,6 % de CP Castellón I y 25 % en CP Valencia II (0,000). Si bien, no se alcanza la significación estadística cuando se lleva a cabo un test Chi-cuadrado entre los dos CP de Castellón ( $p=0,072$ ).

**Tabla 27. CP en el que residen los internos vinculado a la hiperfrecuentación.**

	<b>Total</b> % (N)	<b>No Hiperfrecuentador</b> % (N)	<b>Hiperfrecuentador</b> % (N)	<b>p</b>
<b>CP Castellón I</b>	23,5 (312)	21,6 (251)	36,3 (61) <sup>2</sup>	0,000 <sup>1</sup>
<b>CP Castellón II</b>	33,5 (445)	32,8 (380)	<b>38,7 (65)<sup>2</sup></b>	
<b>CP Valencia II</b>	43 (571)	45,6 (529)	25 (42)	

<sup>1</sup>Test de Chi-cuadrado. <sup>2</sup> Chi-cuadrado 2x2 entre los dos CP de Castellón (p=0,072)

#### 4.2.2.3. Variables relacionadas con el perfil delictivo.

En la Tabla 28 no se aprecian diferencias entre los dos grupos ante la situación se preso penado o preventivo (p=0,149), ni en la media del número de condenas previas (p=0,133).

Sí que se observa un tiempo más elevado de condena en el grupo de los hiperfrecuentadores, 2692,35 días, frente a 2332,37 días (p=0,000).

Respecto a la tipología delictiva y siguiendo con la misma codificación llevada a cabo en el apartado anterior, en el grupo de hiperfrecuentadores son más frecuentes los delitos contra las personas, con un 22,8% frente a un 15,2% (p=0,016).

**Tabla 28. Variables relacionadas con el perfil delictivo vinculadas a la hiperfrecuentación.**

		<b>Total</b> % (N)	<b>No Hiperfrecuentador</b> % (N)	<b>Hiperfrecuentador</b> % (N)	<b>p</b>
<b>Tipo interno</b>	Preventivo	13,6 (181)	13,1 (152)	17,3 (29)	0,149 <sup>1</sup>
	Penado	86,4 (1147)	86,9 (1008)	82,7 (139)	
<b>Condenas previas</b> (media)		1,75	1,80	1,43	0,133 <sup>2</sup>
<b>Tiempo de condena</b> <sup>3</sup> (en días)		2375	2332,37	<b>2692,35</b>	<b>0,000</b> <sup>2</sup>
<b>Tipo de delito</b>	Contra las personas	16,1 (209)	15,2 (172)	<b>22,8 (37)</b>	<b>0,016</b> <sup>1</sup>
	Resto de delitos <sup>4</sup>	83,9 (1087)	84,8 (962)	77,2 (125)	

<sup>1</sup>Test de Chi-cuadrado. <sup>2</sup>U de Mann-Whitney. <sup>3</sup>Tiempo de condena sólo en los presos penados. <sup>4</sup>Se han excluido del análisis a los pacientes que no mencionaron el delito.

#### 4.2.2.4. Variables referentes a la patología médica.

Tal y como se muestra en la Tabla 29 se observa más frecuencia de patología asociada y policonsumo de sustancias en el grupo de los hiperfrecuentadores, pero sin significancia estadística (p=0,932 y p=0,354 respectivamente).

La presencia de PPS en el momento de la derivación a la consulta de psiquiatría es el doble de frecuente en el grupo de hiperfrecuentadores (p=0,003).

**Tabla 29. Variables referentes a patología médica vinculadas a la hiperfrecuentación.**

		<b>Total</b> % (N)	<b>No Hiperfrecuentador</b> % (N)	<b>Hiperfrecuentador</b> % (N)	<b>p</b>
<b>Patología médica asociada</b>	Sí	37,7 (500)	37,6 (436)	38,1 (64)	0,932 <sup>1</sup>
	No	62,3 (828)	62,4 (724)	61,9 (104)	
<b>Consumo admitido de sustancias</b>	No	18,6 (247)	19,2 (223)	14,3 (24)	0,354 <sup>1</sup>
	Una	17,6 (234)	17,8 (207)	16,1 (27)	
	Dos	12,3 (164)	12,2 (142)	13,1 (22)	
	Más de dos	51,4 (683)	50,7 (588)	56,5 (95)	
<b>PPS en alguna ocasión</b>	No	93,4 (1240)	94,1 (1092)	88,1 (148)	<b>0,003<sup>1</sup></b>
	Sí	6,6 (88)	5,9 (68)	<b>11,9 (20)</b>	

<sup>2</sup>Test de Chi-cuadrado.

4.2.2.5. Variables referentes a la psicopatología: diagnóstico y motivo de derivación desde los EAP.

En la Tabla 30 se encuentran diferencias significativas respecto el diagnóstico clínico llevado a cabo a lo largo del seguimiento. En el grupo de los hiperfrecuentadores la tasa de T. Psicóticos es casi el triple que en los no hiperfrecuentadores (32,7% frente al 10,4%), siendo los TP más representados en los no hiperfrecuentadores (71,5% frente al 52,4%).

Y en línea similar se observa cómo la presencia de sintomatología psicótica en el momento de la derivación cuadruplica al grupo de no hiperfrecuentadores (31% frente a 7,6%).

**Tabla 30. Variables referentes a diagnóstico y motivo de derivación vinculadas a la hiperfrecuentación.**

		<b>Total</b>	<b>No Hiperfrecuentador</b>	<b>Hiperfrecuentador</b>	<b>p</b>
		<b>% (N)</b>	<b>% (N)</b>	<b>% (N)</b>	
<b>Diagnósticos<sup>1</sup></b>	TP	60 (892)	71,5 (804)	52,4 (88)	<b>0,000<sup>2</sup></b>
	T. Psicóticos	13,3 (172)	10,4 (117)	<b>32,7 (55)</b>	
	Resto de diagnósticos	17,7 (229)	18,1 (204)	14,9 (25)	
<b>Motivo de derivación</b>	Síntomas ansiosos	57 (757)	59,1 (686)	42,3 (71)	<b>0,000<sup>2</sup></b>
	Síntomas afectivos	13 (173)	12,9 (150)	13,7 (23)	
	Síntomas psicóticos	10,5 (140)	7,6 (88)	<b>31 (52)</b>	
	Resto de motivos	19,4 (258)	20,3 (236)	13,1 (22)	

<sup>1</sup>Se han excluido del análisis sólo los 35 pacientes (2,6%) sin diagnóstico asociado. <sup>2</sup>Test de Chi-cuadrado. <sup>2</sup>Test de Chi-cuadrado.

#### 4.2.2.6 Variables referentes al tratamiento.

Tal y como se ha comentado con anterioridad, la polifarmacia es la norma. En el grupo de los hiperfrecuentadores observamos la media de fármacos más alta (3,08 frente a 2,36), siendo además más frecuente la combinación de tres a cinco fármacos o más (p=0,000).



**Tabla 31. Variables referentes al tratamiento vinculadas a la hiperfrecuentación.**

		<b>Total</b>	<b>No Hiperfrecuentador</b>	<b>Hiperfrecuentador</b>	<b>p</b>
		<b>% (N)</b>	<b>% (N)</b>	<b>% (N)</b>	
<b>Número de fármacos</b>	(media)	2,45	2,36	<b>3,08</b>	<b>0,000<sup>1</sup></b>
	Sin tratamiento	6,6 (88)	7,5 (87)	0,7 (1)	<b>0,000<sup>2</sup></b>
	Entre 1 y 2	45,7 (607)	47,2 (548)	35,1 (59)	
	Entre 3 y 5	46,6 (619)	44,6 (517)	<b>60,7 (102)</b>	
	Más de 5	1,1 (14)	0,8 (8)	<b>3,6 (6)</b>	
<b>Modificación de tratamiento</b>	Igual	50 (664)	54,3 (630)	20,2 (34)	<b>0,000<sup>2</sup></b>
	Disminución	23,2 (308)	19,7 (228)	<b>47,6 (80)</b>	
	Aumento	26,8 (356)	26 (302)	<b>32,1 (54)</b>	

<sup>1</sup>U de Mann-Whitney. <sup>2</sup>Test de Chi-cuadrado.

#### 4.2.2.7. Variables relacionadas con el seguimiento y estudio temporal.

Se detalla en la Tabla 32 como es evidente que el número de valoraciones es mayor en el grupo de los hiperfrecuentadores dada la propia definición que distingue a los dos grupos. El tiempo de seguimiento es casi cinco veces mayor en los hiperfrecuentadores (586,27 días frente a 119,62 días de media),  $p=0,000$ .

No apreciamos diferencias en el número de visitas por mes, entre ambos grupos (0,153).

Respecto a los eventos vinculados al cierre del estudio, la decisión de alta clínica de la agenda de psiquiatría es casi cuatro veces mayor en el grupo de los no hiperfrecuentadores (71,5% frente al 18,5%).

**Tabla 32. Variables relacionadas con el seguimiento y estudio temporal vinculadas a la hiperfrecuentación.**

		<b>Total</b>	<b>No Hiperfrecuentador</b>	<b>Hiperfrecuentador</b>	<b>p</b>
		<b>% (N)</b>	<b>% (N)</b>	<b>% (N)</b>	
<b>Número de valoraciones</b> (media)		2,79	1,91	<b>8,85</b>	<b>0,000<sup>1</sup></b>
<b>Tiempo de seguimiento</b>		176,40	119,62	<b>586,27</b>	<b>0,000<sup>1</sup></b>
<b>Densidad<sup>2</sup></b> (número de visitas/mes seguimiento)		0,708	0,746	0,574	0,153 <sup>1</sup>
<b>Eventos</b>	Fallecimiento	0,8 (10)	0,8 (9)	0,6 (1)	<b>0,000<sup>3</sup></b>
<b>vinculados</b>	Libertad	11,7 (156)	11,3 (131)	14,9 (25)	
<b>al cierre del</b>	Alta Agenda	64,8 (860)	71,5 (829)	18,5 (31)	
<b>estudio</b>	Traslado CP	9 (120)	7,1 (82)	22,6 (38)	
	Mantenimiento agenda	13,7 (182)	9,4 (109)	<b>43,5 (73)</b>	

<sup>1</sup>U de Mann-Whitney. <sup>2</sup>Se excluye del análisis de esta variable al interno cuyo tiempo de estudio es igual a 0 (es decir, dado de alta en la única y primera valoración psiquiátrica). <sup>3</sup>Test de Chi-cuadrado.

#### 4.2.2.8. Correlaciones entre la variable “número de valoraciones” y resto de variables cuantitativas.

En la Tabla 33 se pueden observar los resultados significativos de las correlaciones entre la variable “número de valoraciones” y el resto de variables cuantitativas medidas en nuestro estudio.

Todas las correlaciones alcanzan la significación estadística salvo el análisis entre el número de valoraciones y el número de condenas previas (p=0,090).

La fuerza de asociación entre el número de valoraciones y el tiempo de mantenimiento en el estudio (en días), es muy alta, con un 0,899 ( $p=0,000$ ). No obstante esta asociación por definición es evidente. A más tiempo en el estudio, más número de valoraciones.

El resto de asociaciones las podemos considerar de una relación baja (0,2-0,4) o muy baja (0-0,2):

- Número de fármacos (Rho: 0,273): A más número de fármacos, más número de valoraciones.
- Edad (Rho: -0,082): A menos edad, más número de valoraciones.
- Tiempo de condena (Rho: 0,061): A más tiempo de condena, más número de valoraciones.

**Tabla 33. Correlaciones entre la variable “número de valoraciones” y el resto de variables cuantitativas en toda la muestra.**

Rho de Spearman	Nº Val	Coef. Correlac.	Nº Val	Tiempo en estudio	Edad	Condenas previas	Tiempo condena	Nº Fármacos
			1,000	<b>,899(**)</b>	<b>-,082(**)</b>	-,047	<b>,061(*)</b>	<b>,273(**)</b>
		Sig. (bilateral)	.	<b>,000</b>	<b>,003</b>	,090	<b>,028</b>	<b>,000</b>

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

4.2.2.9. Modelo de regresión logística binaria para determinar la influencia de las variables sociodemográficas, clínicas y de tratamiento para convertirse en hiperfrecuentador.

Se introduce en el modelo aquellas variables en las que en los análisis previos se han observado diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de frecuentadores. Si bien, cabe detallar dos excepciones al respecto. La primera de ellas es que se ha tomado la decisión de incluir la variable “consumo de tóxicos”, aunque no se encontró diferencia significativa, pero recodificada de la siguiente forma: “politoxicomanía frente al resto”. La segunda excepción es que se no se ha incluido la variable que hacía referencia a los “eventos vinculados al cierre del estudio”, dado que la significancia estadística se alcanzaba con la opción “mantenimiento en agenda de psiquiatría”. Es decir, por lógica, ya que asumimos que la hiperfrecuentación en nuestro estudio es la de tipo II (generada por el propio psiquiatra consultor), es evidente que los pacientes que más frecuentan, pasan más tiempo en la agenda psiquiátrica. Del mismo modo ocurre con la variable “tiempo de permanencia en el estudio”, que tampoco ha sido incluida.

Las codificaciones para las variables sí incluidas son las siguientes:

- Sexo: Hombre frente a mujer.
- Edad: 18-40 años frente a más de 40 años.
- Situación laboral y otras condiciones psicosociales: Minusvalía o similar frente al resto.
- CP: CP Castellón II frente al resto.
- Tiempo de condena: Mayor de 731 días frente a menos de 731 días. Se eligió esta cifra porque representa a la moda obtenida (730 días).
- Tipo de delito: Contra las personas frente al resto.
- Consumo de tóxicos (excepción comentada): Politoxicomanía frente al resto.
- PPS en el momento de la derivación: Sí frente a no.

- Diagnóstico clínico: T. Psicóticos frente al resto.
- Sintomatología en el momento de la derivación desde EAP: Síntomas psicóticos frente al resto.
- Número de fármacos: Tres o más frente al resto.
- Tipo de cambio de tratamiento: Disminución frente al resto.
- Tipo de cambio de tratamiento: Aumento frente al resto.

Tras la evaluación de todas las variables se introduce en el modelo en primer lugar la variable “sintomatología en el momento de la derivación desde EAP”, en segundo lugar la variable “tipo de cambio de tratamiento: disminución”, en el tercer paso incluye al “diagnóstico clínico”, en el cuarto a la variable “tipo de cambio de tratamiento: aumento”, en el quinto “PPS”, en el sexto lugar “número de fármacos”, en el séptimo a la variable “situación laboral y otras condiciones psicosociales”, en el octavo a “tiempo de condena”, y en el último paso a la variable “edad”.

Respecto a la bondad de ajuste del modelo de regresión logística, se puede afirmar que éste es ajustado y adecuado para las variables introducidas, según se describe a continuación:

- Significación de la chi-cuadrado en la prueba ómnibus. En el modelo propuesto se observa una  $p < 0,005$  en todos los pasos, por lo que indica que el modelo ayuda a explicar el evento (Tabla 34).
- Se presenta en la Tabla 35 el test de Hosmer y Lemeshow, que es un constaste de distribución. Vemos que el valor de  $p$  es superior a 0,05 ( $p=0,800$ ). La hipótesis nula es que el modelo se ajusta a la realidad. En un test de bondad de ajuste siempre en la hipótesis nula se afirma que el modelo propuesto se ajusta a lo observado. Por lo tanto, un  $p$ -valor superior a 0,05 implica que lo que observamos se ajusta suficientemente a lo que esperado bajo el modelo.

Observemos también que en la Tabla 36 de aplicación del test, en la que se van calculando, en una serie de intervalos, los valores observados y esperados, que hay mucha proximidad entre estos valores reales y teóricos. Esto es lo que

permite pensar que usar este modelo y calcular predicciones con él es suficientemente correcto. Esto suele considerarse como una *calibración* (Berlanga-Silvestre, 2013).

- Según se observa en la Tabla de clasificación (Tabla 37), con un riesgo de  $\alpha = 0,05$  se puede concluir, que en términos generales, el 87,4% ha sido correctamente clasificado como no hiperfrecuentador o hiperfrecuentador (se recomienda que se detecten al menos el 50% de los individuos (Berlanga-Silvente, 2013). Se calcularon los valores de sensibilidad y especificidad, pudiendo comprobar que nuestro modelo tiene una elevada sensibilidad (98,1%) y una especificidad baja (19%).

**Tabla 34. Pruebas ómnibus sobre los coeficientes del modelo de regresión logística del fenómeno de la hiperfrecuentación.**

		Chi-cuadrado	gl	Sig.
<b>Paso 1</b>	<b>Paso</b>	48,779	1	,000
	<b>Bloque</b>	48,779	1	,000
	<b>Modelo</b>	48,779	1	,000
<b>Paso 2</b>	<b>Paso</b>	41,699	1	,000
	<b>Bloque</b>	90,479	2	,000
	<b>Modelo</b>	90,479	2	,000
<b>Paso 3</b>	<b>Paso</b>	25,116	1	,000
	<b>Bloque</b>	115,595	3	,000
	<b>Modelo</b>	115,595	3	,000
<b>Paso 4</b>	<b>Paso</b>	15,941	1	,000
	<b>Bloque</b>	131,536	4	,000
	<b>Modelo</b>	131,536	4	,000
<b>Paso 5</b>	<b>Paso</b>	12,042	1	,001
	<b>Bloque</b>	143,578	5	,000
	<b>Modelo</b>	143,578	5	,000
<b>Paso 6</b>	<b>Paso</b>	11,957	1	,001
	<b>Bloque</b>	155,535	6	,000
	<b>Modelo</b>	155,535	6	,000
<b>Paso 7</b>	<b>Paso</b>	9,148	1	,002
	<b>Bloque</b>	164,683	7	,000
	<b>Modelo</b>	164,683	7	,000
<b>Paso 8</b>	<b>Paso</b>	7,824	1	,005
	<b>Bloque</b>	172,507	8	,000
	<b>Modelo</b>	172,507	8	,000
<b>Paso 9</b>	<b>Paso</b>	4,171	1	,041
	<b>Bloque</b>	176,677	9	,000
	<b>Modelo</b>	176,677	9	,000

**Tabla 35. Prueba de Hosmer y Lemeshow del modelo de regresión logística del fenómeno de la hiperfrecuentación.**

<b>Paso</b>	<b>Chi-cuadrado</b>	<b>gl</b>	<b>Sig.</b>
1	,000	0	.
2	,075	1	,784
3	2,051	2	,359
4	4,457	4	,348
5	3,142	4	,534
6	4,115	5	,533
7	6,133	5	,293
8	3,770	8	,877
<b>9</b>	<b>4,597</b>	<b>8</b>	<b>,800</b>

**Tabla 36. Tabla de contingencias para la prueba de Hosmer y Lemeshow del modelo de regresión logística del fenómeno de la hiperfrecuentación (pasos 1, 2, 3, 4 y 5).**

		<b>No hiperfrecuentador</b>		<b>Hiperfrecuentador</b>		
		<b>Observado</b>	<b>Esperado</b>	<b>Observado</b>	<b>Esperado</b>	<b>Total</b>
<b>Paso 1</b>	<b>1</b>	813	813,000	96	96,000	909
	<b>2</b>	65	65,000	41	41,000	106
<b>Paso 2</b>	<b>1</b>	652	650,766	49	50,234	701
	<b>2</b>	161	162,234	47	45,766	208
	<b>3</b>	65	65,000	41	41,000	106
<b>Paso 3</b>	<b>1</b>	609	606,727	36	38,273	645
	<b>2</b>	68	72,761	21	16,239	89
	<b>3</b>	157	156,510	41	41,490	198
	<b>4</b>	44	42,002	39	40,998	83
<b>Paso 4</b>	<b>1</b>	426	423,319	14	16,681	440
	<b>2</b>	9	10,941	3	1,059	12
	<b>3</b>	183	183,752	22	21,248	205
	<b>4</b>	37	37,450	7	6,550	44
	<b>5</b>	157	155,993	41	42,007	198
	<b>6</b>	66	66,545	50	49,455	116
<b>Paso 5</b>	<b>1</b>	408	405,595	12	14,405	420
	<b>2</b>	8	9,200	2	,800	10
	<b>3</b>	172	174,001	20	17,999	192
	<b>4</b>	54	54,591	9	8,409	63
	<b>5</b>	151	147,727	32	35,273	183
	<b>6</b>	85	86,887	62	60,113	147

**Tabla 37. Tabla de contingencias para la prueba de Hosmer y Lemeshow del modelo de regresión logística del fenómeno de la hiperfrecuentación (pasos 6, 7, 8 y 9).**

		No hiperfrecuentador		Hiperfrecuentador		Total
		Observado	Esperado	Observado	Esperado	
<b>Paso 6</b>	<b>1</b>	218	215,117	2	4,883	220
	<b>2</b>	190	191,012	10	8,988	200
	<b>3</b>	96	97,919	9	7,081	105
	<b>4</b>	104	106,857	17	14,143	121
	<b>5</b>	95	94,979	15	15,021	110
	<b>6</b>	106	101,344	25	29,656	131
	<b>7</b>	69	70,772	59	57,228	128
<b>Paso 7</b>	<b>1</b>	210	207,721	2	4,279	212
	<b>2</b>	182	182,275	8	7,725	190
	<b>3</b>	94	96,848	9	6,152	103
	<b>4</b>	102	104,397	15	12,603	117
	<b>5</b>	101	101,988	16	15,012	117
	<b>6</b>	111	103,490	20	27,510	131
	<b>7</b>	78	81,279	67	63,721	145
<b>Paso 8</b>	<b>1</b>	85	84,891	1	1,109	86
	<b>2</b>	61	61,478	2	1,522	63
	<b>3</b>	125	122,869	1	3,131	126
	<b>4</b>	37	37,484	2	1,516	39
	<b>5</b>	121	121,150	6	5,850	127
	<b>6</b>	90	89,968	7	7,032	97
	<b>7</b>	121	121,331	16	15,669	137
	<b>8</b>	83	85,803	18	15,197	101
	<b>9</b>	89	84,327	21	25,673	110
	<b>10</b>	66	68,699	63	60,301	129
<b>Paso 9</b>	<b>1</b>	110	109,492	1	1,508	111
	<b>2</b>	83	83,984	3	2,016	86
	<b>3</b>	92	89,334	0	2,666	92
	<b>4</b>	76	77,760	5	3,240	81
	<b>5</b>	98	97,599	5	5,401	103
	<b>6</b>	83	83,774	8	7,226	91
	<b>7</b>	74	74,057	9	8,943	83
	<b>8</b>	75	74,339	12	12,661	87
	<b>9</b>	83	82,688	19	19,312	102
	<b>10</b>	104	104,973	75	74,027	179



**Tabla 38. Tabla de clasificación<sup>a</sup> en el procedimiento de Regresión logística del fenómeno de la hiperfrecuentación.**

	Observado		Pronosticado		Porcentaje correcto
			HiperFr		
			No	Sí	
Paso 1	HiperFr	No	878	0	100,0
		Sí	137	0	,0
	Porcentaje global				86,5
Paso 2	HiperFr	No	862	16	98,2
		Sí	117	20	14,6
	Porcentaje global				86,9
Paso 3	HiperFr	No	870	8	99,1
		Sí	120	17	12,4
	Porcentaje global				87,4
Paso 4	HiperFr	No	859	19	97,8
		Sí	113	24	17,5
	Porcentaje global				87,0
Paso 5	HiperFr	No	858	20	97,7
		Sí	113	24	17,5
	Porcentaje global				86,9
Paso 6	HiperFr	No	861	17	98,1
		Sí	113	24	17,5
	Porcentaje global				87,2
Paso 7	HiperFr	No	858	20	97,7
		Sí	109	28	20,4
	Porcentaje global				87,3
Paso 8	HiperFr	No	860	18	97,9
		Sí	109	28	20,4
	Porcentaje global				87,5
<b>Paso 9</b>	<b>HiperFr</b>	<b>No</b>	<b>861</b>	<b>17</b>	<b>98,1</b>
		<b>Sí</b>	<b>111</b>	<b>26</b>	<b>19,0</b>
	<b>Porcentaje global</b>				<b>87,4</b>

a: El valor de corte es 0,500. HiperFr: Hiperfrecuentador.

En la Tabla 39 se muestran las variables que quedan fuera del modelo por no aportar una influencia estadísticamente significativa son: “sexo” (hombre frente a mujer). “CP (CP Castellón II), “tipo de delito” (contra las personas frente al resto) y “consumo de tóxicos” (politoxicomanía frente al resto).

**Tabla 39. Variables excluidas del procedimiento de Regresión logística del fenómeno de la hiperfrecuentación.**

Paso 9	Variables		Puntuación	gl	Sig.
	Sexo		1,001	1	,317
	CP		2,611	1	,106
	Delito		2,688	1	,101
	Tóxicos		,374	1	,541
	Estadísticos globales		7,629	4	,106

En las Tablas 40 y 41 se muestran las variables que sí ayudan a explicar el modelo de la hiperfrecuentación (ordenadas de mayor a menor influencia):

- Tipo de cambio de tratamiento: Disminución frente al resto. OR: 6,850; IC 95%: 4,074-11,518; p=0,000.
- Diagnóstico clínico: T. Psicóticos frente al resto. OR: 4,466; IC 95%: 2,559-7,794; p=0,000.
- Situación laboral y otras condiciones psicosociales: Minusvalía o similar frente al resto. OR: 3,976; IC 95%: 1,889-7,838; p=0,000.
- PPS en el momento de la derivación: Sí frente a no. OR: 3,416; IC 95%: 1,748-6,678; p=0,000.
- Tipo de cambio de tratamiento: Aumento frente al resto. OR: 3,025; IC 95%: 1,749-5,232; p=0,000.
- Sintomatología en el momento de la derivación desde EAP: Síntomas psicóticos frente al resto. OR: 2,630; IC 95%: 1,518-4,555; p=0,001.
- Tiempo de condena: Mayor de 731 días frente a menos de 731 días. OR: 1,939; IC 95%: 1,191-3,156; p=0,008.
- Número de fármacos: Tres o más frente al resto. OR: 1,820; IC 95%: 1,181-2,806; p=0,007.
- Edad: 18-40 años frente a más de 40 años. OR: 1,663; IC 95%: 1,007-2,748; p=0,007.

**Tabla 40. Variables incluidas en el procedimiento de Regresión logística del fenómeno de la hiperfrecuentación (Pasos 1,2 ,3 4, 5 y 6).**

		<b>B</b>	<b>E.T.</b>	<b>Wald</b>	<b>gl</b>	<b>Sig.</b>	<b>Exp(B)</b>	<b>I.C. 95,0% para EXP(B)</b>	
								<b>Inf</b>	<b>Sup</b>
Paso 1(a)	MC	1,676	,227	54,598	1	,000	5,342	3,425	8,331
	Constante	-2,136	,108	391,883	1	,000	,118		
Paso 2(b)	MC	1,629	,237	47,426	1	,000	5,097	3,207	8,103
	DT	1,296	,198	43,022	1	,000	3,655	2,481	5,383
	Constante	-2,561	,140	336,726	1	,000	,077		
Paso 3(c)	Dx	1,369	,264	26,927	1	,000	3,933	2,345	6,598
	MC	1,065	,266	16,021	1	,000	2,902	1,722	4,889
	DT	1,436	,206	48,663	1	,000	4,203	2,808	6,291
Paso 4(d)	Constante	-2,763	,153	324,419	1	,000	,063		
	Dx	1,490	,272	30,110	1	,000	4,438	2,606	7,558
	MC	,899	,270	11,044	1	,001	2,456	1,446	4,173
	DT	1,922	,254	57,070	1	,000	6,833	4,150	11,251
Paso 5(e)	AT	1,076	,271	15,793	1	,000	2,934	1,726	4,990
	Constante	-3,234	,214	228,713	1	,000	,039		
	PPS	1,253	,341	13,480	1	,000	3,499	1,793	6,829
	Dx	1,557	,275	32,052	1	,000	4,742	2,767	8,129
	MC	,895	,273	10,783	1	,001	2,449	1,435	4,179
	DT	1,905	,256	55,322	1	,000	6,723	4,069	11,107
Paso 6(f)	AT	1,069	,272	15,453	1	,000	2,913	1,709	4,963
	Constante	-3,338	,219	231,830	1	,000	,036		
	PPS	1,199	,337	12,633	1	,000	3,315	1,712	6,421
	Dx	1,547	,276	31,344	1	,000	4,699	2,734	8,077
	MC	,910	,273	11,160	1	,001	2,485	1,457	4,240
	NF	,729	,216	11,396	1	,001	2,073	1,358	3,165
	DT	1,943	,259	56,150	1	,000	6,983	4,200	11,610
	AT	1,041	,273	14,561	1	,000	2,833	1,659	4,837
Constante	-3,785	,269	198,263	1	,000	,023			

MC: Motivo consulta, DT: Disminución de tratamiento, Dx: Diagnóstico, AT: Aumento de tratamiento, PPS: Protocolo prevención suicidio, NF: Número de fármacos.

**Tabla 41. Variables incluidas en el procedimiento de Regresión logística del fenómeno de la hiperfrecuentación (Pasos 7, 8 y 9).**

		B	E.T.	Wald	gl	Sig	Exp(B)	I.C. 95,0% para EXP(B)	
								Inf	Sup
Paso 7(g)	PPS	1,243	,340	13,370	1	,000	3,467	1,780	6,751
	M	1,150	,363	10,043	1	,002	3,159	1,551	6,434
	Dx	1,432	,279	26,373	1	,000	4,187	2,424	7,231
	MC	,997	,275	13,124	1	,000	2,711	1,581	4,651
	NF	,721	,217	11,068	1	,001	2,057	1,345	3,147
	DT	1,977	,262	56,964	1	,000	7,220	4,321	12,065
	AT	1,050	,276	14,504	1	,000	2,857	1,665	4,905
Paso 8(h)	Constante	-3,883	,274	200,232	1	,000	,021		
	PPS	1,223	,343	12,707	1	,000	3,396	1,734	6,652
	M	1,230	,369	11,122	1	,001	3,423	1,661	7,053
	TC	,668	,247	7,311	1	,007	1,950	1,202	3,165
	Dx	1,484	,282	27,702	1	,000	4,410	2,538	7,662
	MC	,989	,278	12,654	1	,000	2,689	1,559	4,636
	NF	,639	,219	8,502	1	,004	1,895	1,233	2,912
	DT	1,949	,265	54,274	1	,000	7,024	4,182	11,799
	AT	1,134	,279	16,477	1	,000	3,108	1,798	5,375
Constante	-4,338	,334	168,519	1	,000	,013			
Paso 9(i)	<b>PPS</b>	1,228	,342	12,904	1	,000	<b>3,416</b>	<b>1,748</b>	<b>6,678</b>
	<b>Edad</b>	,509	,256	3,943	1	,047	<b>1,663</b>	<b>1,007</b>	<b>2,748</b>
	<b>M</b>	1,380	,380	13,212	1	,000	<b>3,976</b>	<b>1,889</b>	<b>8,368</b>
	<b>TC</b>	,662	,249	7,089	1	,008	<b>1,939</b>	<b>1,191</b>	<b>3,156</b>
	<b>Dx</b>	1,496	,284	27,742	1	,000	<b>4,466</b>	<b>2,559</b>	<b>7,794</b>
	<b>MC</b>	,967	,280	11,902	1	,001	<b>2,630</b>	<b>1,518</b>	<b>4,555</b>
	<b>NF</b>	,599	,221	7,361	1	,007	<b>1,820</b>	<b>1,181</b>	<b>2,806</b>
	<b>DT</b>	1,924	,265	52,675	1	,000	<b>6,850</b>	<b>4,074</b>	<b>11,518</b>
	<b>AT</b>	1,107	,280	15,673	1	,000	<b>3,025</b>	<b>1,749</b>	<b>5,232</b>
<b>Constante</b>	-4,683	,385	148,078	1	,000	<b>,009</b>			

PPS: Protocolo prevención suicidio, M: Minusvalía, Dx: Diagnóstico, MC: Motivo consulta, NF: Número de fármacos, DT: Disminución de tratamiento, AT: Aumento de tratamiento, TC: tiempo de condena.

#### 4.2.3. Análisis de las diferencias sociodemográficas, de perfil delictivo y de seguimiento según el CP en el que residen los internos.

A continuación se presentan las variables seleccionadas para observar su comportamiento cuando realizamos la comparación entre los tres CP donde se ha llevado la actividad clínica.

##### 4.2.3.1 Variables sociodemográficas.

En la Tabla 42 de nuevo se observa la sobrerrepresentación masculina en los tres CP. Recordamos que el CP Castellón II no cumplen condena mujeres.

No se aprecian diferencias en la edad media de los internos ni en el nivel académico referido ( $p=0,198$ ,  $p=0,129$ ).

En los tres CP la mayoría de pacientes son súbditos españoles, si bien, en el CP Valencia II se observa un porcentaje menor respecto a los otros dos CP ( $p=0,007$ ). Entre los dos CP de Castellón no se aprecian diferencias ( $p=0,462$ ).

Respecto a la situación laboral se aprecian diferencias significativas en relación a una cifra más elevada de desempleo en CP Valencia II ( $p=0,038$ ), sin encontrarse diferencias entre los dos CP de Castellón en ninguna de las otras opciones de dicha variable ( $p=0,972$ ).

**Tabla 42. Variables sociodemográficas según CP en el que residen.**

		<b>Total</b> % (N)	<b>CP</b> <b>Castellón I</b> % (N)	<b>CP</b> <b>Castellón II</b> % (N)	<b>CP</b> <b>Valencia II</b> % (N)	<b>p</b>
<b>Género</b>	Hombre	93,4 (1237)	93,3 (291)	100 (445)	87,7 (501)	<b>0,000<sup>2</sup></b>
	Mujer	6,6 (91)	6,7 (21)	- <sup>1</sup>	12,3 (70)	
<b>Edad</b>		36,80	36,58	36,43	37,22	0,198 <sup>3</sup>
<b>Nacionalidad</b>	Español	88,1 (1170)	84,6 (264)	86,5 (385)	91,2 (521)	<b>0,007<sup>2</sup></b>
	Extranjero	11,9 (158)	15,4 (48)	13,5 (60)	<b>8,8 (50)</b>	
<b>Nivel académico</b>	Analfabeto	5,1 (68)	6,1 (19)	5,8 (26)	4 (23)	0,129 <sup>2</sup>
	Primarios incompletos	55,6 (738)	52,6 (164)	58 (258)	55,3 (316)	
	Primarios	28,5 (378)	29,8 (93)	24 (107)	31,2 (178)	
	Superiores a primarios	10,8 (144)	11,5 (36)	12,1 (54)	9,5 (54)	
<b>Situación laboral y otras condiciones psicosociales.</b>	Desempleo	80,9 (1074)	78,5 (245)	78 (347)	<b>84,4 (482)</b>	<b>0,038<sup>2</sup></b>
	Activo	13,5 (179)	13,8 (43)	16,2 (72)	11,2 (64)	
	Incapacidad o similar	5,6 (75)	7,7 (24)	5,8 (26)	4,4 (25)	

<sup>1</sup>En CP Castellón II sólo cumplen condena hombres. <sup>2</sup>Test de Chi-cuadrado. <sup>3</sup>Test de Kruskal-Wallis.

#### 4.2.3.2. Variables relacionadas con el perfil delictivo.

En la Tabla 43 se observa que los presos preventivos son más numerosos en el CP Castellón I, dado que los CP de Castellón II y Valencia II son centros de cumplimiento.

El CP Castellón II es el centro donde los internos tienen más condenas previas con una media de 1,99. Esta cifra tiene significancia estadística si la comparamos con CP Castellón I (1,82,  $p=0,011$ ) y con CP Valencia II (1,53,  $p=0,007$ ).

El tiempo de condena también es mayor en el CP Castellón II, superando a los otros dos en unos 1300 días de media ( $p=0,000$ ).

En cuanto a la tipología delictiva no se aprecian diferencias significativas entre los tres CP.

**Tabla 43. Variables relacionadas con el perfil delictivo según CP en el que residen.**

		Total % (N)	CP Castellón I % (N)	CP Castellón II % (N)	CP Valencia II % (N)	p
<b>Tipo interno</b>	Preventivo	13,6 (181)	<b>23,7 (74)</b>	5,8 (26)	14,2 (81)	<b>0,000<sup>1</sup></b>
	Penado	86,4 (1147)	76,3 (238)	94,2 (419)	85,8 (490)	
<b>Condenas previas</b> (media)		1,75	1,82	<b>1,99<sup>3</sup></b>	1,53	<b>0,009<sup>2*</sup></b>
<b>Tiempo de condena<sup>4</sup></b> (media en días)		2375,77	1908,78	<b>3197,04</b>	1897,04	<b>0,000<sup>2</sup></b>
<b>Tipo de delito</b>	Contra las personas	16,1 (209)	19,2 (59)	17,4 (75)	13,5 (75)	0,063
	Resto de delitos <sup>5</sup>	83,9 (1087)	80,8 (249)	82,6 (356)	86,5 (482)	

<sup>1</sup>Test de Chi-cuadrado. <sup>2</sup>Test de Kruskal-Wallis. <sup>3</sup>Pruebas post hoc: U Mann Whitney para dos grupos

<sup>4</sup>Tiempo de condena sólo en los presos penados. <sup>5</sup>Se han excluido del análisis a los pacientes que no mencionaron el delito.

#### 4.2.3.3. Variables referentes a la patología médica.

En la Tabla 44 no observan diferencias en cuanto a la frecuencia de pacientes con patología médica asociada ( $p=0,793$ ) ni en la existencia de un PPS en el momento de la primera valoración ( $p=0,554$ ).

Sí que es mucho más elevada la frecuencia de politoxicómanos en el CP Castellón II con un porcentaje del 60,2% frente al 47,2% del CP Castellón I y el 46,6% del CP Valencia II.

**Tabla 44. Variables referentes a patología médica según CP en el que residen.**

		Total % (N)	CP Castellón I % (N)	CP Castellón II % (N)	CP Valencia II % (N)	p
<b>Patología médica asociada</b>	Sí	37,7 (500)	36,2 (113)	38,7 (172)	37,7 (215)	0,793 <sup>1</sup>
	No	62,3 (828)	63,8 (199)	61,3 (273)	62,3 (356)	
<b>Consumo admitido de sustancias</b>	No	18,6 (247)	21,8 (68)	16,4 (73)	18,6 (106)	<b>0,000<sup>1</sup></b>
	Una	17,6 (234)	19,2 (60)	14,8 (66)	18,9 (108)	
	Dos	12,3 (164)	11,2 (35)	8,5 (38)	15,9 (91)	
	Más de dos	51,4 (683)	47,8 (149)	<b>60,2 (268)</b>	46,6 (266)	
<b>PPS en alguna ocasión</b>	No	93,4 (1240)	93,6 (292)	92,4 (411)	94 (537)	0,554 <sup>1</sup>
	Sí	6,6 (88)	6,4 (20)	7,6 (34)	6 (34)	

<sup>1</sup>Test de Chi-cuadrado.



4.2.3.4. Variables referentes a la psicopatología: diagnóstico y motivo de derivación desde los EAP.

Respecto al diagnóstico clínico alcanzado, se muestra en la Tabla 45 que el mayor porcentaje de pacientes con TP se observa en el CP Castellón II con un 73,9%, frente al 64,5% de Castellón I y el 67,6% del CP Valencia II.

El grupo con T. Psicóticos es más frecuente en números absolutos en el CP Castellón II (63, frente a 50 en CP Castellón I y 59 en CP Valencia II), pero en porcentaje es mayor en el CP Castellón I (16,4%, frente a 14,3% en CP Castellón II y 10,7% en CP Valencia II).

La sintomatología psicótica en el momento de la derivación desde los EAP es más frecuente en números absolutos y en porcentaje en el CP Castellón II (71,16%).

**Tabla 45. Variables referentes a diagnóstico y motivo de derivación vinculadas a los CP.**

		<b>Total</b>	<b>CP</b>	<b>CP Castellón</b>	<b>CP Valencia</b>	<b>p</b>
		<b>% (N)</b>	<b>Castellón I</b>	<b>II</b>	<b>II</b>	
			<b>% (N)</b>	<b>% (N)</b>	<b>% (N)</b>	
<b>Diagnósticos<sup>1</sup></b>	TP cluster B	69 (892)	64,5 (196)	<b>73,9 (325)</b>	67,6 (371)	<b>0,000<sup>2</sup></b>
	T. Psicóticos	13,3 (172)	<b>16,4 (50)</b>	14,3 (63)	10,7 (59)	
	Resto de diagnósticos	17,7 (229)	19,1 (58)	11,8 (52)	21,7 (119)	
<b>Motivo de derivación</b>	Síntomas ansiosos	57 (757)	57,7 (180)	56,9 (253)	56,7 (324)	<b>0,000<sup>2</sup></b>
	Síntomas afectivos	13 (173)	13,8 (43)	13,3 (59)	12,4 (71)	
	Síntomas psicóticos	10,5 (140)	10,6 (33)	<b>16 (71)</b>	6,3 (36)	
	Resto de motivos	19,4 (258)	17,9 (56)	13,9 (62)	<b>24,5 (140)</b>	

<sup>1</sup>Se han excluido del análisis sólo los 35 pacientes (2,6%) sin diagnóstico asociado. <sup>2</sup>Test de Chi-cuadrado.

#### 4.2.3.5 Variables referentes al tratamiento.

En la Tabla 46 se detalla como el CP Castellón II vuelve a ser el CP con mayor número de fármacos por paciente, tanto respecto al CP Castellón I ( $p=0,000$ ), como al CP Valencia II ( $p=0,000$ ). El CP Castellón I también alcanza la significación estadística frente a CP Valencia II ( $p=0,023$ ).

Y a su vez, el CP Castellón II es el CP en el que con más frecuencia se disminuye el número de psicofármacos a lo largo del tiempo de estudio (30,6%, frente al 24,4% de CP Castellón I y 16,8% de CP Valencia II).

**Tabla 46. Variables referentes al tratamiento según CP en el que residen.**

		Total	CP	CP	CP	p
		% (N)	Castellón	Castellón	Valencia	
			I % (N)	II % (N)	II % (N)	
<b>Número de fármacos</b>		2,45	2,37 <sup>2</sup>	<b>2,91</b>	2,15	<b>0,000<sup>1</sup></b>
(media)						
<b>Modificación de</b>	Igual	50 (664)	37,5 (117)	45,8 (204)	60,1 (343)	<b>0,000<sup>3</sup></b>
<b>tratamiento</b>	Disminución	23,2 (308)	24,4 (76)	<b>30,6 (136)</b>	16,8 (96)	
	Aumento	26,8 (356)	38,1 (119)	23,6 (105)	23,1 (132)	

<sup>1</sup>Test Kruskal-Wallis <sup>2</sup>: Pruebas post hoc: U Mann Whitney para dos grupos. <sup>3</sup>Test de Chi-cuadrado.

#### 4.2.3.6. Variables relacionadas con el seguimiento y estudio temporal.

En la Tabla 47 se puede apreciar como el número de valoraciones es mayor en el CP Castellón I (3,61 frente a 2,95 de CP Castellón II y 2,21 de CP Valencia II). Las diferencias son significativas entre los dos CP de Castellón ( $p=0,004$ ) y comparando CP Castellón II con CP Valencia II ( $p=0,00$ ).

El tiempo de seguimiento también es mayor en el CP Castellón I, sin diferencias estadísticamente con el CP Castellón II ( $p=0,214$ ). También en CP Castellón I la densidad de visitas (número de visitas por mes) es mayor. Y entre el CP Castellón II y CP Valencia II no se aprecian diferencias ( $p=0,998$ ).

Respecto a los eventos que cierran el seguimiento en nuestro estudio, destaca el 72% de altas de la agenda psiquiátrica que se observa en el CP Valencia II, frente al 57,1% de Castellón I y el 60,9% del CP Castellón II.

En el CP Castellón I los pacientes se mantienen más tiempo en seguimiento (19,9%), seguido del CP Castellón II (15,3) y CP Valencia II (9,1%).

**Tabla 47. Variables relacionadas con el seguimiento y estudio temporal según CP en el que residen.**

		Total % (N)	CP Castellón I % (N)	CP Castellón II % (N)	CP Valencia II % (N)	p
<b>Número de valoraciones</b> (media)		2,79	<b>3,61</b>	<b>2,95<sup>2</sup></b>	2,21	<b>0,000<sup>1</sup></b>
<b>Tiempo de seguimiento</b> (media en días)		178,65	<b>217,60</b>	<b>196,31<sup>2</sup></b>	143,61	<b>0,000<sup>1</sup></b>
<b>Densidad<sup>3</sup></b> (número de visitas/mes seguimiento)		0,708	<b>0,792</b>	0,690 <sup>2</sup>	0,663	<b>0,008<sup>1</sup></b>
<b>Eventos vinculados al cierre del estudio</b>	Fallecimiento	0,8 (10)	0,6 (2)	1,6 (7)	0,2 (1)	<b>0,000<sup>4</sup></b>
	Libertad	11,7 (156)	15,7 (49)	10,1 (45)	10,9 (62)	
	Alta Agenda	64,8 (860)	57,1 (178)	60,9 (271)	<b>72 (411)</b>	
	Traslado CP	9 (120)	6,7 (21)	<b>12,1 (54)</b>	7,9 (45)	
	Mantenimiento agenda	13,7 (182)	<b>19,9 (62)</b>	<b>15,3 (68)</b>	9,1 (52)	

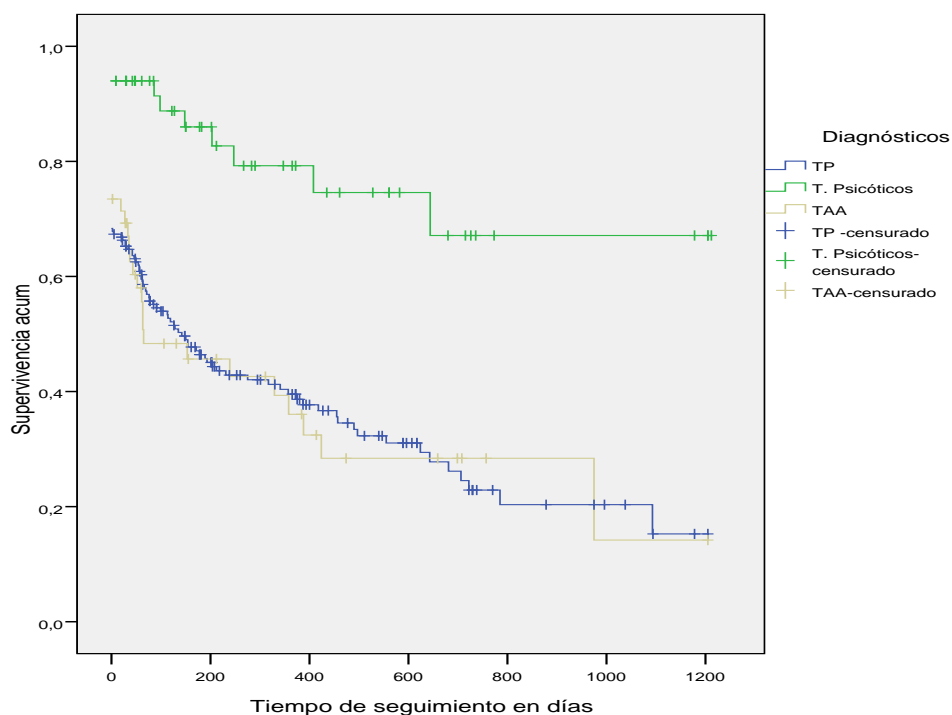
<sup>1</sup>Test de Kruskal-Wallis <sup>2</sup>: Pruebas post hoc: U Mann Whitney para dos grupos. <sup>3</sup>Se excluye del análisis de esta variable al interno cuyo tiempo de estudio es igual a 0 (es decir, dado de alta en la única y primera valoración psiquiátrica). <sup>4</sup>Test de Chi-cuadrado.

A continuación se presenta el mismo análisis de supervivencia llevado a cabo con anterioridad para toda la muestra, pero en este caso para cada uno de los CP. Recordamos que la variable a estudio es “alta de la agenda de psiquiatría”, es decir se pretende estudiar el comportamiento de la variable relacionada con la decisión clínica de proceder al alta del programa de atención psiquiátrica penitenciaria, analizando este hecho en cada uno de los CP.

#### *Análisis de supervivencia en CP Castellón I*

Como se puede observar en la figura 23 los pacientes con el diagnóstico asociado de T. Psicótico son dados de alta de la agenda de psiquiatría con menos frecuencia y más tarde en el tiempo, respecto a los otros dos diagnósticos (es decir, se mantienen más tiempo en la agenda psiquiátrica). Estas diferencias son estadísticamente significativas dado el Long Rank (Mantel Cox)= 0,000.

**Figura 23. Análisis de supervivencia en CP Castellón I respecto al diagnóstico asociado.**



Siguiendo con el estudio temporal vinculado al diagnóstico clínico, se analiza como se ha hecho antes, estas curvas de supervivencia para predecir la variable dependiente (en nuestro caso, “alta de la agenda de psiquiatría”), en función de variables independientes o predictoras (tres diagnósticos referidos), obteniendo OD.

Como se puede observar en la Tabla 48, el T. Psicótico tiene 4,240 más posibilidades de mantenerse en la agenda psiquiátrica comparándolo con los TAA, y un 4,125 cuando se compara con el grupo de TP.

**Tabla 48. Ecuación COX en relación a los diagnósticos clínicos, en CP Castellón I.**

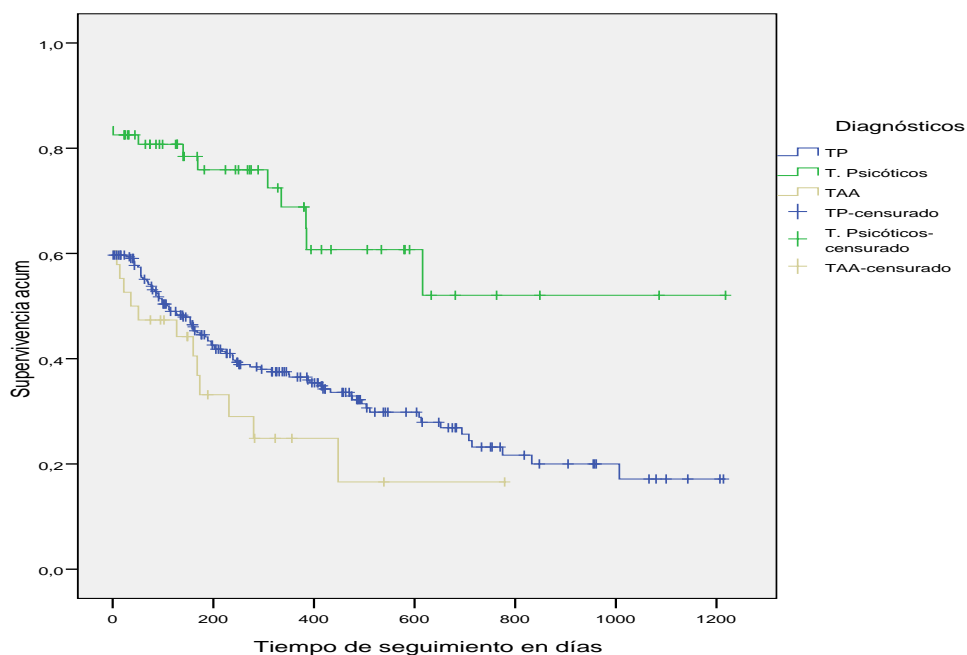
	B	ET	Wald	G1	sig.	Exp.B	IC para Exp. B (95%)	
<b>Variable estudio:</b>							Inferior	Superior
<b>T. Psicóticos</b>			18,946	2	0,000			
<i>Comparación con variable “TAA”</i>	1,445	0,364	15,715	1	0,000	<b>4,240</b>	2,076	8,661
<i>Comparación con variable “TP”</i>	1,417	0,329	18,503	1	0,000	<b>4,125</b>	2,163	7,867

TAA: Trastornos afectivos y ansiosos, TP: Trastorno personalidad cluster B.

#### *Análisis de supervivencia en CP Castellón II*

Como se puede observar en la figura 24 los pacientes con el diagnóstico asociado de T. Psicótico son dados de alta de la agenda de psiquiatría con menos frecuencia y más tarde en el tiempo, respecto a los otros dos diagnósticos (es decir, se mantienen más tiempo en la agenda psiquiátrica). Estas diferencias son estadísticamente significativas dado el Long Rank (Mantel Cox)= 0,000.

**Figura 24. Análisis de supervivencia en CP Castellón II respecto al diagnóstico asociado.**



Respecto a la ecuación de COX realizada para la obtención de OD en la muestra correspondiente a CP Castellón II, se observa en la Tabla 49, que el T. Psicótico tiene 3,036 más posibilidades de mantenerse en la agenda psiquiátrica comparándolo con los TAA, y un 2,464 cuando se compara con el grupo de TP.

**Tabla 49. Ecuación COX en relación a los diagnósticos clínicos, en CP Castellón II.**

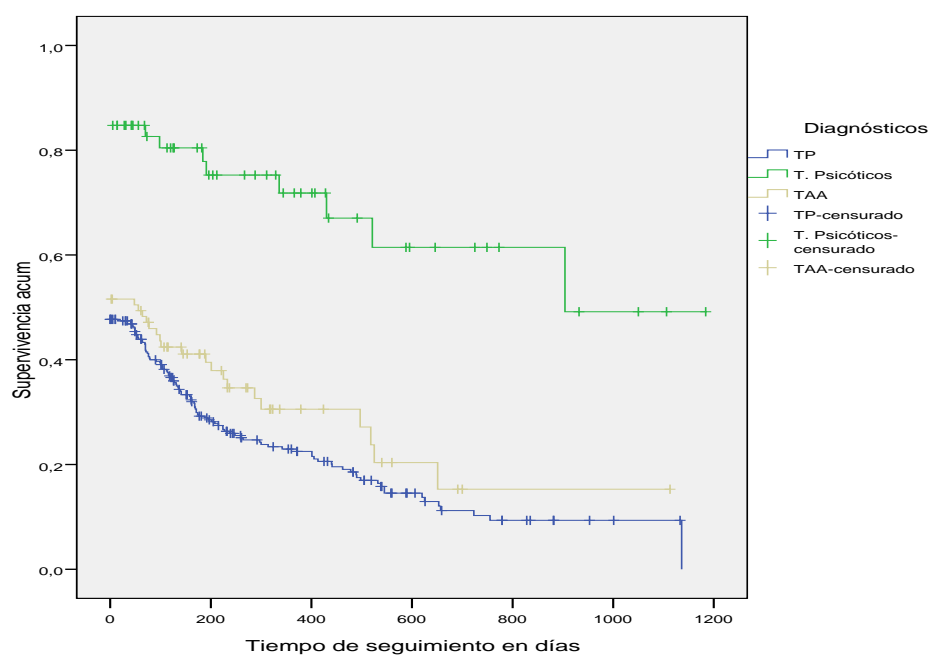
	B	ET	Wald	Gl	sig.	Exp.B	IC para Exp. B (95%)	
							Inferior	Superior
<b>Variable estudio:</b>								
<b>T. Psicóticos</b>			16,061	2	0,000			
<i>Comparación con variable "TAA"</i>	1,110	0,300	13,677	1	0,000	<b>3,036</b>	1,685	5,468
<i>Comparación con variable "TP"</i>	0,902	0,240	14,160	1	0,000	<b>2,464</b>	1,540	3,941

TAA: Trastornos afectivos y ansiosos, TP: Trastorno personalidad cluster B.

## *Análisis de supervivencia en CP Valencia II*

Como se puede observar en la figura 25 los pacientes con el diagnóstico asociado de T. Psicótico son dados de alta de la agenda de psiquiatría con menos frecuencia y más tarde en el tiempo, respecto a los otros dos diagnósticos (es decir, se mantienen más tiempo en la agenda psiquiátrica). Estas diferencias son estadísticamente significativas dado el Long Rank (Mantel Cox)= 0,000.

**Figura 25. Análisis de supervivencia en CP Valencia II respecto al diagnóstico asociado.**



Respecto a la ecuación de COX realizada para la obtención de OD en la muestra correspondiente a CP Valencia II, se observa en la Tabla 50, que el T. Psicótico tiene 3,234 más posibilidades de mantenerse en la agenda psiquiátrica comparándolo con los TAA, y un 3,823 cuando se compara con el grupo de TP.

**Tabla 50. Ecuación COX en relación a los diagnósticos clínicos, en CP Valencia II.**

Variable estudio:	B	ET	Wald	Gl	sig.	Exp.B	IC para Exp. B (95%)	
							Inferior	Superior
<b>T. Psicóticos</b>			29,052	2	0,000			
<i>Comparación con variable "TAA"</i>	1,174	0,274	18,376	1	0,000	<b>3,234</b>	1,891	5,530
<i>Comparación con variable "TP"</i>	1,341	0,251	28,572	1	0,000	<b>3,823</b>	2,338	6,251

TAA: Trastornos afectivos y ansiosos, TP: Trastorno personalidad cluster B.



# DISCUSIÓN

---

## **5. DISCUSIÓN.**

### **5.1. Limitaciones y fortalezas del estudio.**

---

La principal limitación del presente estudio es no utilizar psicometría estandarizada para llegar al diagnóstico clínico. Las entrevistas clínicas del psiquiatra consultor junto con los datos obtenidos de la historia clínica penitenciaria han sido los pilares del diagnóstico de los pacientes que conforman la muestra. Dada la ausencia de tiempo real para compaginar el abordaje clínico y el psicométrico a la vez, se tomó la decisión de dar peso al trabajo investigador mediante el uso de una muestra mucho más elevada y sin criterios de exclusión (salvo la no aceptación del CI), que permitiera un acercamiento lo más naturalístico posible al trabajo diario de una consulta psiquiátrica penitenciaria, en detrimento de analizar a un menor número de internos a los que poder aplicar estas escalas. Respecto al consumo de tóxicos, se ha tenido en cuenta el admitido por el paciente, sin poder contrastarlo con métodos de análisis biológicos. Estas importantes limitaciones se minimizan si se considera que el sesgo entre observadores no existe ya que la consultoría psiquiátrica en los tres CP la lleva a cabo el mismo psiquiatra consultor, el autor de la presente tesis. A su vez, teniendo en cuenta la media de valoraciones: 2,79 (DT: 2,8; IC 95%: 2,6-2,9; rango: 1-23), se puede asegurar la suficiencia del seguimiento llevado a cabo para llegar a un diagnóstico individualizado y fiable.

Las cifras obtenidas no pueden considerarse como referente de prevalencia de enfermedad mental en prisión, dado que proceden de una muestra previamente examinada por los EAP que derivan al psiquiatra según su criterio; por ello pueden existir pacientes cuyo seguimiento lo realice el médico de atención primaria (sin haber sido derivado a la consulta especializada) y por otra parte pueden existir casos que hayan podido pasar desapercibidos en este primer nivel de atención y por tanto tampoco hayan sido derivados.

En ese sentido destacar además que no se ha tenido en cuenta la posible comorbilidad de varios diagnósticos clínicos en un mismo paciente, si no que nos hemos centrado en el diagnóstico más prominente y destacable a lo largo de la labor

consultora. En ese plano, tampoco se ha tenido en cuenta la presencia de antecedentes de enfermedad mental antes de su ingreso en prisión.

Desde el punto de vista estadístico una de las limitaciones de los estudios de asociación, recae en que las asociaciones positivas encontradas en una determinada población utilizando una o varias variantes pueden no replicarse en otras poblaciones.

En las regresiones logísticas además del “adelante condicional”, se podían haber utilizado el resto de procedimientos para aumentar la consistencia de los resultados si éstos hubieran sido similares, pero se decidió utilizar sólo ese método por ser el más frecuentemente utilizado en los estudios científicos.

Por último, la muestra del estudio se podría haber comparado con una cohorte de internos sin enfermedad mental que hubiera enriquecido el análisis de posibles diferencias en las variables estudiadas. No se adoptó ese método por las posibles pérdidas en la cohorte de pacientes sanos por libertad u otras causas, lo que posiblemente hubiera invalidado los resultados obtenidos. También debemos considerar una limitación que no se haya utilizado una cohorte de pacientes atendidos en USM de la comunidad que permitiera su comparación, pero se han tenido en cuenta los datos publicados al respecto para el apartado de discusión.

## 5.2. Discusión general.

---

### 5.2.1. Discusión resultados descriptivos.

Se presenta un estudio acerca de la consultoría psiquiátrica prestada en tres CP durante un largo período de tiempo como son 40 meses que incluye una muestra de 1328 pacientes, lo que constituye el trabajo más amplio de estas características realizado hasta ahora en España. En ese plazo, considerando las medias poblacionales de los tres CP en su conjunto, el 43,5% de los internos (1328 pacientes) fueron derivados a esta consulta por parte del EAP de los centros. Esta cifra es similar a la descrita en el estudio de Arroyo (2007) realizado en la prisión de Zuera, en la que, en la mitad de plazo, 22 meses, el 20,8% de los internos fueron derivados desde los EAP al psiquiatra consultor. No obstante, tal y como se ha comentado en el anterior apartado de nuestro trabajo, esta cifra no debe considerarse referente de prevalencia de patología mental en prisión, por la posibilidad de que existan pacientes cuyo seguimiento lo realice el médico de atención primaria del CP y no lo derive a la consulta especializada, o porque puedan existir pacientes que hayan podido pasar desapercibidos en ese primer nivel de atención.

Los pacientes derivados a la consulta psiquiátrica en nuestro estudio son españoles en una proporción que supera ampliamente la proporción de españoles internados en prisión en España (88,1% en nuestro estudio frente al 72%) (SGIIPP, 2014). En ambos casos, una posible explicación de este fenómeno es el mayor consumo de drogas ilegales por parte de la población española antes de entrar en prisión (Rincón-Moreno, Vera-Remartínez, García-Guerrero, y Planelles-Ramos, 2008). Estos mismos autores también proponen la posible influencia en este fenómeno de patrones socioculturales, como el hecho del mayor apoyo intra-grupo que muestra el colectivo de inmigrantes durante su estancia en España que podría contribuir a minimizar la aparición de enfermedad mental.

En el estudio PRECA de Vicens et al. de 2011, los súbditos españoles representaban el 72,5% y en el estudio de Zabala-Baños et al. de 2016, un 54,9%. Creemos que las diferencias respecto a nuestra muestra pueden obedecer a diferencias metodológicas, en concreto a los criterios de exclusión más estrictos de estos estudios. En el estudio PRECA los factores de exclusión eran: ser preso preventivo, estar ubicado

en un módulo psiquiátrico penitenciario, estar pendiente de traslado a otro CP, libertad en los próximos 6 meses y, especialmente, dominar la lengua española. En el estudio de Zabala-Baños se excluían con los mismos criterios que en el estudio PRECA, añadiéndose a la condición de ser mujer, internos de medio abierto, internos con patologías somáticas graves que impidieran la entrevista y personas sin capacidad mental para prestar el consentimiento informado.

La proporción entre hombres y mujeres en la muestra estudiada es prácticamente la misma que en la población reclusa española (SGIIPP, 2014), siendo la sobrerrepresentación masculina la norma. En los dos artículos sobre prevalencia de enfermedad mental en prisión anteriormente mencionados, ser mujer fue criterio de exclusión. En el estudio de Marín-Basallote et al. de 2012 (el más similar metodológicamente al nuestro) que estudió una muestra de 128 internos derivados al psiquiatra consultor en tres CP andaluces, la proporción de mujeres es casi coincidente con nuestro estudio (7,8%).

El grupo de edad más representado fue el de 31-40 años, mientras que en varones de población reclusa general el grupo más frecuente es el de 41-60 años, y en mujeres el de 31-40 años (SGIIPP, 2014). En el estudio sobre salud mental en el medio penitenciario de IIPP del año 2007 (en adelante ESMMP), la franja de edad más representada fue la de 31-35 años. Nuestra media de edad fue de 36,8 años, casi coincidente con el estudio de Marín-Basallote, de 36,5 años.

La proporción de analfabetismo encontrada del 5,1% está ligeramente por debajo de la del 7% en el HPP de Alicante (Iñigo, Pérez-Cárceles, Osuna, Cabrero y Luna, 1999) y la del 7,1% en población reclusa general (SGIIPP, 2014). Respecto a los estudios superiores a primarios, nuestra tasa representa un 10,9% frente al 35,3% de la población reclusa general (SGIIPP, 2014), siendo las cifras ofrecidas en los estudios PRECA y de Zabala-Baños et al, de un 31,6% y del 44,6%. Se duda si de nuevo, las diferencias metodológicas frente a estos estudios pueden explicar estas notables diferencias.

La tasa de desempleo en nuestro estudio (80,9%) la consideramos elevadísima, muy por encima de las tasas del estudio PRECA (30,3%) y la de Zabala-Baños (33,7%). La tasa más aproximada a nuestro estudio es la del 71,9% en el estudio de Íñigo et al en el HPP de Alicante. Nuevamente encontramos tasas muy distintas, que plantean incluso que nuestra muestra está más cerca de la que representa un HPP que la de CP ordinarios. En este caso, se podría aplicar la correlación de que a menos estudios superiores a primarios más tasa de desempleo, y que de nuevo estas diferencias encontradas respecto a los estudios referidos puedan deberse a los factores de exclusión mencionados, siendo el que se presenta el estudio más naturalístico por ausencia de criterios de exclusión que no sea la negativa del paciente a prestar su consentimiento.

La tasa de discapacidad psíquica acreditada del 4,9% en nuestro estudio se sitúa muy por encima de la del 1,8% del ESMMP. Respecto a esta cifra no podemos más que especular si la razón es nuevamente debida nuevamente a aspectos metodológicos (en dicho estudio se analizaron de forma transversal 1009 cuestionarios cumplimentados a partir de los datos en historias clínicas de 64 CP españoles). Aun así se considera una cifra muy baja en relación a los diagnósticos que se identifican en nuestro estudio. Sirva comparar esta cifra con la identificada en un grupo de pacientes en seguimiento en la unidad de patología dual grave del CHP de Castellón, en la que la cifra de pacientes con una minusvalía o discapacidad acreditada era del 38,9% (Haro, Baquero, Traver y Real, 2014).

Por otro lado, sólo 2 pacientes estaban incapacitados judicialmente por causa psíquica. Esta cifra tan baja tiene sentido dado que la ubicación usual de estos pacientes debe ser un HPP.

El 56,7% de los pacientes incluidos en nuestra muestra ha cumplido condenas de prisión previas a la actual, con una media de condenas de 1,75 (DT: 3,56) y con un rango que oscila entre 0-47. En el estudio PRECA la reincidencia fue del 54,2% y en el de Zabala-Baños, de un 41,8%. Estos datos van en la línea de las conclusiones de varios estudios que analizan la relación entre trastorno mental y reincidencia. En el estudio de Fazel y Yunh (2011) los autores concluyen que los pacientes con T. Psicóticos tienen más riesgo de reincidencia respecto a las personas que no tienen un trastorno mental y un riesgo similar respecto a los que padecen otros trastornos psiquiátricos. Cloyes,

Wong, Latimer y Abarca (2010) observaron que los internos con un trastorno mental reincidían en menos tiempo y Van Horn, Eisenberg, Van Kuik y Van Kinderen (2012) determinaron que los internos con un diagnóstico de PD reincidían 5,2 veces más.

Respecto al tiempo de condena impuesto, destacar que el 67,4% debía cumplir más de dos años de condena, y en casi un 20% de nuestra muestra la pena era de más de 10 años de prisión. Así pues, el concepto de prisonización descrito en el preámbulo refuerza la hipótesis de que a mayor duración de condena, mayor morbilidad psiquiátrica (Hernández et al., 2006). En el momento de la primera valoración psiquiátrica, el tiempo medio de condena que los internos penados había cumplido fue de 1167,61 días (DT: 2413,3) y una moda de 730 días. En cambio, en el caso de los presos preventivos, el tiempo medio de condena cumplida cuando se realiza la primera valoración psiquiátrica baja sustancialmente a 224,7 días (DT: 553,53). El tiempo transcurrido más frecuente hasta esta valoración psiquiátrica en los presos preventivos (moda) es de 30 días, observándose pues, una rápida derivación y atención psiquiátrica tras la entrada en prisión en este grupo de internos, que obedece tal y como se describió en la introducción, a la especial vulnerabilidad del preso preventivo por la incertidumbre sobre su situación procesal.

La tipología delictiva llevada a cabo por los internos de nuestro estudio es similar a la ofrecida por el total de reclusos españoles, predominando en ambos casos los delitos contra la propiedad (robo y robo con fuerza). Esa misma línea se apunta en otras publicaciones españolas (Vicens et al., 2011; Zabala-Baños et al., 2016). Si bien, en segundo lugar con un 15,7% se sitúa en nuestro estudio los delitos contra las personas (homicidio y sus formas y delitos de lesiones), mientras que en población reclusa general representa un 11,61%. También destacar que los delitos de violencia de género representan un 9% frente a un 7,07% de los presos españoles (SGIIPP, 2014). En países de nuestro entorno como es Grecia, se apreció en un estudio en el que se analizaba la presencia de enfermedad mental y tipología delictiva, que un 40,9% de los delitos eran no violentos, el 30,3% estaban relacionados con tráfico de drogas, y los violentos representaban el 28% (Alevizopoulos e Igoumenou, 2016).

En cuanto a la patología médica asociada, consideramos que el dato de un 37,7% para una población joven como la nuestra, es muy elevado. Tal y como era previsible, la patología asociada más frecuente fue la infección por VHC (16%) y coinfección VHC-VIH (13%). En población reclusa general, según las encuestas de Mayo y Octubre de 2014, la infección por VHC suponía un 20% (SGIIPP, 2014). Respecto al VIH, estas mismas encuestas poblacionales ofrecen un porcentaje del 5,8%, cifra muy inferior a la nuestra si tenemos en cuenta el 1,4% de VIH más el 13% de coinfección VHC-VIH de nuestra muestra. Estas patologías tan prevalentes se pueden asimilar tal y como se menciona en otras publicaciones, con la exclusión social y pobreza (Marshall, Simpson, y Stevens, 2000; Sánchez-Bursón, 2001) y con el uso de drogas por vía parenteral. En esa línea, mencionamos el estudio de Marco et al. de 2015, en el que se estudió la existencia de enfermedad mental en internos que iban a iniciar tratamiento para el VHC, encontrando unas tasas de un 70,5% de TP, siendo el más prevalente el TP cluster B con un 55,4%.

Respecto al consumo de tóxicos, un 81,4% admitía un patrón de abuso o dependencia. El patrón de policonsumo es el más frecuente con un 51,4% del total de la muestra. En el ESMMP se hacía referencia a un 44,2% de TUS registrado en historia clínica. La cifra en el estudio PRECA fue del 76,2% y en el estudio de Zabala-Baños de un 72,3%. Otro estudio relevante es el de Caravaca-Sánchez, Falcón y Luna de 2015, en el que se aplicaron escalas autoadministradas en ocho CP españoles, con una muestra de 2484 internos, y en el que se constató un 59,9% de prevalencia de TUS en los últimos 6 meses. Como se puede observar nuestras cifras de TUS son más elevadas que en estos artículos mencionados, e incluso si nos referimos al último metaanálisis de Fazel del 2012, en el que el TUS asociado a cualquier diagnóstico psiquiátrico oscila entre un 20,4-43,5%. Nuestra impresión es que estas diferencias se pueden deber a aspectos metodológicos de inclusión/exclusión de pacientes.

En cuanto al motivo de derivación desde los EAP de los tres CP, resaltar los tres motivos más frecuentes: síntomas compatibles con cuadros ansiosos (57%), por cuadros de aspecto afectivo (13%) y por sintomatología de apariencia psicótica (10,5%). También destacar el 9,4% de pacientes estables de su patología de base ya conocida, y que se remitían para iniciar seguimiento en la consulta psiquiátrica penitenciaria. Estas



cifras son similares a las ofrecidas en el estudio de Arroyo (2007) antes mencionado, en el que los síntomas que motivaron la derivación al psiquiatra consultor fueron: cuadros ansiosos (35%), cuadros depresivos (16%) y cuadros psicóticos (3%), siendo ésta muy inferior a la de nuestro estudio. En muestras comunitarias, los síntomas ansiosos y depresivos también son los motivos más frecuentes de derivación desde los centros de atención primaria a las USM de zona (Miranda et al., 2003; Ferreras et al., 2011).

Respecto a los diagnósticos clínicos destaca el porcentaje de 68,2% de TP, el de un 13% de pacientes (172) con síntomas compatibles con el espectro de la esquizofrenia y el 11,8% de trastorno mixto ansioso-depresivo. Es necesario destacar en este momento, la capacidad de los EAP de los CP para identificar síntomas psicóticos, dados los porcentajes similares de síntomas psicóticos sospechados por los médicos de atención primaria (10,5%) y la cifra final de pacientes con diagnóstico del espectro de la esquizofrenia (13%). En los estudios en la comunidad de Miranda (2003) y Ferreras (2011) antes mencionados, la concordancia entre diagnósticos llevadas a cabo en atención primaria y salud mental fueron también elevados, cercanos al 70%, siendo el diagnóstico de TP el que creaba más confusión.

Nuestras cifras son similares a estudios españoles ya comentados, pero su diferente metodología hace que las comparaciones las hagamos con cautela. En el estudio PRECA observaron una prevalencia mes de trastornos afectivos del 14,9%, una prevalencia mes de trastorno de ansiedad de 23,3% y una prevalencia mes de trastorno psicótico del 4,2%. En el estudio de Zabala-Baños una prevalencia mes de trastorno psicótico del 20,7% y una prevalencia mes de trastorno afectivo de 13%. En el ESMMP aparecía recogido en historia clínica el diagnóstico de TP en un 9,4%, el de TUS en un 36,1%, el trastorno afectivo en un 12,8% y el trastorno psicótico en un 3,4%. En el estudio de seguimiento a un año de los pacientes derivados a la consulta psiquiátrica penitenciaria de Marín Basallote et al., los TP representaban un 35,16%, los pacientes con un trastorno psicótico un 25,7%, y un 17,8% los trastornos afectivos y adaptativos. En los estudios publicados por Espinosa y Herrera (2003), y Carmona, Hernández y Gutiérrez (2003) los diagnósticos más frecuentes fueron: trastornos adaptativos (20%), trastornos psicóticos (20%), trastornos afectivos (10%) y sin diagnóstico (9%). En países de nuestro entorno como Italia (Piselli et al. 2015): un 52,7% tenía un

diagnóstico en Eje I, un 51,9% de TP y un 25,3% de trastornos de ansiedad. En el metaanálisis de Fazel del 2012, el porcentaje de psicosis en varones era del 3,6%, en mujeres del 3,9% y el diagnóstico de trastorno depresivo era de un 10,2% de los varones y 14,1% en mujeres. Por otra parte, para ver la magnitud del problema, podemos comparar nuestra tasa de TP de un 68,2% con la del estudio de Zimmerman, Rothschild y Chelmiski (2005) sobre la prevalencia de TP bajo criterios de entrevista DSM IV en USM ambulatorias de la comunidad, que representaba una tasa de 31,4%, lo que supone más del 50% de representación de este diagnóstico en nuestra muestra. En otro estudio en la comunidad, esta vez en nuestro entorno (Sueca, Valencia), Giner y colaboradores (2015) detallan que sólo un 7% de las primeras consultas a lo largo de 6 meses, son compatibles con un diagnóstico clínico de TP.

En nuestro estudio, la mayoría de los pacientes con trastornos afectivos, psicóticos y TP, tienen asociados un TUS (51,6%, 76,2% y 90,8% respectivamente) y por tanto presentan patología dual. De acuerdo con la literatura (Brinded, Simpson, Laidlaw, Fairley y Malcolm, 2001; Farrel et al 2002; Brugha et al. 2005) se observa una alta comorbilidad entre trastornos mentales y consumo de tóxicos. En estudios de nuestro entorno como el que realizaron Casares-López, González-Menéndez, Villagrà, Hoffman y Reinhard (2011) en el CP de Villabona se identificó PD en el 35% del total de una muestra de 143 internos. En el estudio de Arroyo y Ortega (2007) la cifra de PD en una muestra de 60 internos de la prisión de Zuera fue de 56,6%, en el ESMMP (2007) de un 12% y en el estudio PRECA el 51,25% de los TAA y el 13,7% de los T. Psicóticos asociaban un TUS. Como se puede observar nuestros datos se sitúan por encima de estas cifras de nuestro entorno posiblemente por las mencionadas diferencias metodológicas.

Cabe destacar por problemática en su manejo y por ser el más representado en nuestra muestra al igual que en la literatura (Verhuel, 2007; Hernández et al 2006; Arroyo y Ortega, 2007) el grupo de TP. La inestabilidad emocional, la elevada impulsividad y la escasa tolerancia a la frustración que caracteriza a los pacientes con este diagnóstico, sumado a los efectos del consumo de sustancias generan una importante distorsión en el clima en prisión, fenómeno estudiado por Arroyo y Ortega (2009) en el que lo analizan en dos vertientes; número de sanciones disciplinarias y

demanda compulsiva de psicofármacos. En su estudio, el 90,9% de las sanciones las llevan a cabo internos con un TP y la demanda compulsiva de psicofármacos la protagonizan el 75% de los TP, cifra ligeramente inferior a la de nuestra muestra, en la que el 100% de pacientes que hacían una demanda compulsiva de fármacos fueron diagnosticados de TP.

Respecto a la aplicación de PPS, sólo se recogió el dato de internos con el PPS aplicado desde EAP en el momento de la primera valoración psiquiátrica, no recopilando el dato de su posible aplicación a lo largo del seguimiento en la consulta especializada. Un 6,7% de la muestra (89 internos) lo tenían activado desde EAP. Este dato es relevante por la necesidad de valoraciones periódicas que precisan estos pacientes. El padecimiento de un trastorno psiquiátrico es un factor de riesgo muy importante relacionado claramente con el riesgo de suicidio (Negredo, Melis y Herrero, 2011; Arsenault-Lapierre, Kim y Turecki, 2004). En cuanto a los diagnósticos asociados a la activación del PPS en nuestro estudio, el porcentaje más elevado de PPS se da en los pacientes con un diagnóstico de un TAA (10,5%), seguidos por los pacientes con TP de grupo B (6,05%) y los pacientes con diagnóstico de trastorno psicótico (5,5%). Estas cifras van en la línea del estudio de Saavedra y López (2013) en el que se detallaron los factores de riesgo asociados al riesgo suicida en una muestra de 472 internos de dos prisiones andaluzas, siendo los TP (OD: 4,7), los trastornos afectivos (OD: 4,6) y los T. Psicóticos (OD: 3,14) los diagnósticos con mayor riesgo asociado.

El tiempo medio de mantenimiento en el estudio, o sea de seguimiento, fue de casi 6 meses (178,65 días). Es destacable como en un 39,8% de los pacientes se les da el alta de la consulta especializada el mismo día en que son valorados por primera vez, lo que habla, *a priori*, de la levedad de muchos casos y de lo prescindible de muchas derivaciones. Hay que remarcar que las condiciones en las que los EAP pasan consulta, solos y a merced de los internos y la gran presión asistencial en la que los casos con auténtica enfermedad somática o mental se añaden otras demandas como petición injustificada de psicótropos, demandas reiteradas de derivación a especialistas o solicitud de numerosas pruebas complementarias sin justificación clínica, etc., hacen que la derivación al psiquiatra consultor esté en ocasiones más condicionada por estos factores que por verdadera necesidad clínica. Ahora bien, en un 40,1% de la muestra el

seguimiento lo consideramos largo (más de 120 días), siendo compatible con una mayor gravedad del caso por la necesidad de prolongar el seguimiento y por tanto, de una adecuada derivación por parte de los EAP.

Respecto a las causas de finalización del estudio destacar el dato de un 20,7% de pérdida de la muestra, como suele ser habitual en los estudios longitudinales en los CP en los que los internos pueden alcanzar la libertad, ser trasladados de CP, etc. El otro dato destacable es el porcentaje de un 64,8% de altas de la consulta de psiquiatría penitenciaria llevadas a cabo durante los 3 años de seguimiento. Esto es debido en parte a la necesidad de mantener en seguimiento sólo a los casos más graves dada la escasa asistencia especializada con una visita semanal en cada CP estudiado. Dicha situación implica pues, una necesaria coordinación con los EAP en las derivaciones de pacientes de tipo bidireccional: Desde EAP al psiquiatra consultor y viceversa. Estas escasas asistencias representan a nuestro juicio la principal carencia en la asistencia psiquiátrica penitenciaria en nuestro país. Esta situación obliga al psiquiatra consultor a elevar el umbral de gravedad psicopatológica para que el paciente pueda permanecer en seguimiento especializado, forzando a los EAP al seguimiento de pacientes con enfermedad mental que de otro modo podrían seguir en seguimiento en la consultoría psiquiátrica.

Respecto al número de fármacos, la media de 2,45 (DT: 1,2; rango: 0-7; moda: 2), da cuenta de que la polifarmacia es la norma, en consonancia con estudios nacionales (Cañas, 1998; Espinosa y Laliga, 2005; Algora-Donoso y Varela-González, 2008) e internacionales (Torrey, 1995; Hartvig y Ostberg, 2004; Kjelsberg et al 2006). Sólo en el 6,6% (88 internos) de los casos no se pautó ningún psicofármaco durante el tiempo de estudio. Respecto a las benzodiazepinas fueron pautadas a un 71% de los pacientes, los antipsicóticos a un 66,7%, los antidepresivos a un 60,9% y los antiepilépticos o eutimizantes a un 47,8%. En nuestro estudio el 46,6% de pacientes se mantenía con una pauta de 3 a 5 fármacos. Quizá esta elevada prescripción de fármacos pueda estar relacionada con varios factores: la accesibilidad de los internos para las consultas médicas, la tendencia al igual que en la comunidad a psiquiatrizar los problemas de la vida o convivencia, la elevada comorbilidad con el TUS que condiciona una demanda excesiva de psicofármacos, y en ese sentido, el uso de varios tratamientos

con un uso compasivo o fuera de ficha técnica como la prescripción de antipsicóticos o nuevos antiepilépticos para tratar clínica ansiosa o alteraciones conductuales, tan frecuentes en los TP (Varela-González et al., 2007). De hecho, en nuestro estudio la polifarmacia se concentra en los pacientes con un TP y T. Psicótico. Por ello, la disminución en el número de psicofármacos, la implantación del tratamiento TDO para los casos más graves, y el seguimiento exhaustivo de aquellos pacientes con más de cuatro psicofármacos prescritos, son actualmente prioridades de los servicios médicos de los tres CP participantes en el estudio. Siguiendo esta línea, observamos como en un 23,2% se consiguió disminuir el número de psicofármacos a lo largo del seguimiento. Respecto a los diagnósticos, a los TP se mantuvo o disminuyó el número de psicofármacos en un 73,6% y en los pacientes con un trastorno psicótico en un 70,2%.

En cuanto al número de valoraciones, se han generado un total de 3701 durante el tiempo de estudio, con una media de 2,79 (DT: 2,8; IC 95%: 2,6-2,9; rango: 1-23). Estas cifras nos parecen del todo insuficientes dado que estos datos reflejan 3 años de seguimiento. De modo que volvemos a mencionar la precariedad en la asistencia psiquiátrica especializada con consultoría de una vez por semana. No existen estudios de seguimiento con los que comparar estos datos, salvo el de Marín-Basallote en el que la media de valoraciones de los 128 pacientes a lo largo de un año fue de 1,5. Ahora bien, es de resaltar que el 24,1% de la muestra tiene una densidad mayor de 1, es decir, una media de más de 1 visita por mes a lo largo del tiempo de estudio, minimizándose pues esta precariedad en la asistencia, al tratar de valorar en más ocasiones a los casos más graves.

De este modo, se decidió analizar aquellos pacientes valorados en más de seis ocasiones (hiperfrecuentadores) para tratar de visualizar mejor ese grupo de pacientes con sospecha de mayor gravedad ante la necesidad de un seguimiento especializado más estrecho. Esta circunstancia se analiza en el siguiente apartado de la discusión.

### 5.2.2. Discusión resultados analíticos.

Manteniendo el orden de los resultados, pasamos a continuación a discutir primero sobre las diferencias encontradas según los trastornos mentales más frecuentes, en segundo lugar analizaremos los factores asociados a la hiperfrecuentación y por último se propondrán los posibles motivos explicativos de las diferencias encontradas entre los tres CP.

Respecto al primero de los bloques, es necesario recordar que para la comparación entre los tres diagnósticos más frecuentes (TP de cluster B, trastornos afectivos y ansiosos [TAA] y trastornos psicóticos), se eliminaron a los internos en los que no se apreció diagnóstico clínico evidente y a los diagnósticos menos frecuentes, con el objetivo de hacer más homogéneos los grupos.

En cuanto al sexo, observamos que la proporción de mujeres es menor en el grupo de trastornos psicóticos (2,9%) respecto a los otros dos grupos diagnósticos. Evidentemente esa diferencia tan considerable de 97,1% en varones frente a 2,9% viene influenciada por la escasa representación de mujeres en nuestro estudio dadas las características de los CP.

El grupo de TP tiene la edad media más joven en comparación al resto, siendo casi 5 años menos que la media encontrada en el grupo de TAA. En cuanto a la nacionalidad llama la atención la importante diferencia hallada en el grupo de T. Psicóticos respecto a los otros dos grupos, con un 19,8% de extranjeros. Este hecho podría estar relacionado con factores de psicosociales, inadaptación social y mayor desarraigo en población extranjera (Hutchinson y Haasen, 2004; Cantor-Graee y Selten, 2005).

Respecto al nivel de estudios, el grupo de TAA prácticamente dobla en frecuencia a los otros dos grupos en el nivel académico superior a estudios primarios. Así mismo, la tasa de desempleo más elevada la posee el grupo de TP, y la de población activa el grupo de TAA. El grupo de T. Psicóticos representa el casi el triple de minusvalía psíquica acreditada.

Como ya se ha comentado el mayor porcentaje de presos penados en nuestro estudio lo representan el grupo de los TP (88,7%). En esta misma línea, otras publicaciones internacionales como el estudio de cohortes de casi 8000 internos en Islandia (Steingrímsson, Sigurdsson, Gudmundsdóttir, Aspelund y Magnusson, 2016), en el que el diagnóstico más frecuente fue el de TP + TUS. Además, este grupo de pacientes tienen el mayor número de condenas dando cuenta de su conflictividad y conductas antisociales, como se señala en estudios que relacionan la presencia de TP y mayor reincidencia (Rongqin, Geddes y Fazel, 2012; Volavka y Swanson, 2010; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2008). Sin embargo, la duración de la condena es mayor en el grupo de T. Psicóticos, bien por ser también el grupo con más delitos contra las personas y por tanto más penados, o bien por tratarse de un grupo más vulnerable y con menor capacidad de defensa frente a un tribunal (Witt et al. 2013; Volavka y Swanson, 2010; Brugha et al. 2005).

Respecto a la patología médica asociada el grupo de TP es el que ostenta el mayor porcentaje, posiblemente por la asociación con el TUS y la afectación de VHC tal y como se menciona en el estudio antes mencionado de Marco et al. (2015). Recordemos que los pacientes con TP tenían una comorbilidad de consumo de sustancias de casi un 91%.

En cuanto al número de psicofármacos pautados el grupo de T. Psicóticos tiene la media más elevada (2,56) pero sin diferencias significativas con el grupo de TP. Entendemos que dada la psicopatología de estos pacientes, sean subsidiarios de un tratamiento más complejo que el resto de los diagnósticos. Por otro lado, cabe destacar que no se han hallado diferencias estadísticamente significativas en cuanto al aumento o disminución de los psicofármacos comparando los tres grupos diagnósticos. Si bien, los pacientes con TP fueron subsidiarios de disminución del número de fármacos con mayor frecuencia. Este dato apunta a la necesidad de equilibrar el tratamiento en este grupo de pacientes dada su mayor tendencia a la demanda compulsiva de fármacos y el frecuente uso compulsivo de multitud de fármacos para tratar sintomatología ansiosa o de la esfera impulsiva.

La duración del seguimiento en la consulta psiquiátrica penitenciaria es mayor en el grupo de T. Psicóticos con una media de valoraciones de 4,56 durante el tiempo de seguimiento, que dobla la media de los otros dos grupos. La expresión gráfica de la mayor duración del seguimiento por ser pacientes dados de alta con menor frecuencia, la observamos con las tablas de Kaplan Meyer expuestas. La OD expresa que es más de 3 veces probable seguir en seguimiento respecto a los otros dos diagnósticos. No obstante, como ya dijimos en el apartado anterior, el número de valoraciones de todos nuestros pacientes nos parece del todo insuficiente, y que a pesar de que los pacientes con psicosis se benefician de la media más alta, insistimos en la absoluta insuficiencia si se quiere asegurar la prestación de una atención psiquiátrica de calidad y en condiciones equivalentes a la de la población general. No podemos comparar nuestras cifras con otros estudios en medio penitenciario dada la ausencia de otros estudios de seguimiento longitudinal similares. Ahora bien, en la comunidad, sirva de referencia la tesis doctoral de Moreno-Küstner (2002) sobre el análisis de patrones de utilización de servicios en pacientes esquizofrénicos. En dicho estudio se aporta el dato de que los pacientes con trastornos psicóticos acuden una media de 8,9 veces a lo largo de un año a su USM de zona, cifra casi seis veces mayor que en nuestro estudio. No existen publicaciones que informen de un número concreto de valoraciones recomendadas, si bien en dos guías de práctica clínica sobre pacientes con psicosis de nuestro país (Andalucía y Cataluña) recomiendan un seguimiento *estrecho* de las personas con síntomas psicóticos y a lo largo de un período no inferior a tres años de seguimiento (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, 2009; García-Herrera et al., 2016). Pero es en el Consenso Español de Expertos (2000) para Recomendaciones de Actuación en el Tratamiento de la Esquizofrenia, el que aboga por llevar a cabo al menos *una visita al mes* en pacientes con trastorno psicótico estabilizados. Nuevamente se trata de cifras muy por encima de las obtenidas en nuestro estudio.

Respecto a los hiperfrecuentadores, enlazando con el análisis del número de valoraciones de los pacientes, se decidió estudiar con más profundidad a aquellos pacientes que, a pesar de la escasa frecuencia de asistencia del psiquiatra consultor a los CP, una vez a la semana, fueron subsidiarios de un seguimiento más estrecho por la



gravedad psicopatológica objetivada, siendo pues recitados con más frecuencia (seis o más veces a lo largo del período de estudio).

El perfil más frecuente de los 168 hiperfrecuentadores identificados es el de un varón, español, de edad media más joven, sin diferencias respecto al nivel académico y con más frecuencia de minusvalía psíquica acreditada, este último hecho se asocia con más frecuencia en el grupo de T. Psicóticos ya comentado en el apartado anterior. El CP con el mayor porcentaje de hiperfrecuentadores es el de Castellón II, probablemente debido a que alberga presos con una condena más larga y con más frecuencia de delitos contra las personas, es el CP con mayor número absoluto de pacientes con T. Psicóticos.

Llama la atención como no se aprecian diferencias estadísticamente significativas en la presencia de patología médica asociada ni en el consumo de sustancias lo que probablemente se explica por la amplísima prevalencia de PD en toda la muestra.

En números absolutos vuelve a ser el TP el diagnóstico más frecuente. Si bien, el porcentaje de pacientes con psicosis se multiplica por tres (pasa del 10,4% al 32,7%) en el grupo de hiperfrecuentadores. En esa misma línea se observa como el motivo de derivación desde EAP por síntomas de aspecto psicótico en el grupo hiperfrecuentadores es casi 5 veces mayor. Es decir, claramente la presencia de un T. Psicótico implica la decisión terapéutica del psiquiatra consultor a favorecer el seguimiento continuado de este grupo de pacientes frente al resto.

Este grupo es el que más psicofármacos lleva pautados, a pesar de ser el grupo en el que la disminución en el número de psicofármacos fue mayor. La primera de las consideraciones enlaza directamente con la presumible gravedad que se otorga a este grupo casi por definición, teniendo sentido pues que su pauta farmacológica sea más compleja. Sin embargo, y a tenor de la posibilidad que da mantener a un paciente en seguimiento por largo tiempo, el ajuste farmacológico a la baja se puede llevar a cabo con más garantías, tanto en los pacientes con TP en los que la reducción de benzodiacepinas y otros fármacos ha sido una prioridad, como en los pacientes con T. Psicótico en los que se facilita la optimización del tratamiento antipsicótico.

Finalmente, con el objetivo de analizar más detalladamente a este grupo de pacientes que requirió un mayor seguimiento, se creó un modelo de regresión logística que permitiera observar si las variables estudiadas pudieran comportarse como factores de riesgo asociadas a este fenómeno. Las dos variables con más peso fueron la *disminución del tratamiento* (OR: 6,850) y *diagnóstico de T. Psicótico* (OR: 4,4) y relacionado con éste, la presencia de *síntomas psicóticos desde la derivación de los EAP* (OR: 2,6). La primera de las circunstancias ya ha sido comentada en párrafos anteriores en la que como hemos dicho son necesarias varias valoraciones por interno para conseguir una disminución adecuada y ajustada de psicofármacos; centrada en pacientes con TP cluster B en los que predomina la sobremedicación y en los pacientes con T. Psicóticos, para optimizarla adecuadamente tal y como se recomienda en Documento de Consenso sobre atención de la PD en prisión (Hernández M, Herrera R, Iñigo C, Markez I, Martínez A, Ortega L et al., 2006). Respecto al diagnóstico, los pacientes con T. Psicótico o con presencia de síntomas psicóticos en el momento de la derivación son el paradigma de paciente con TMG que precisa de un seguimiento exhaustivo, en consonancia con el modelo de atención del TMG en tres cárceles andaluzas en las que la presencia de síntomas psicóticos, antecedente de TMG o duda sobre la presencia o no de TMG, implicaba *derivación directa* al psiquiatra consultor (Marín-Basallote y Navarro, 2012). Las otras variables que destacan por incrementar el riesgo de convertirse en un paciente hiperfrecuentador por decisión del especialista, se relacionan de forma directa con la gravedad asociada a estos pacientes como es la presencia de una discapacidad psíquica acreditada (OR: 3,9), presencia de PPS en el momento de la derivación desde los EAP (OR: 3,4), la decisión de aumento del tratamiento a lo largo del seguimiento (OR: 3,02) y la presencia de tres o más fármacos (OR: 1,8). De éstas últimas cuatro variables damos especial importancia a la presencia de PPS, es decir, a la necesidad de seguimiento estrecho de los pacientes con riesgo suicida, tal y como se establece desde la SGIIPP (Instrucción I-5/2014, sobre el Programa Marco de Prevención de Suicidios, 2014) avalada por el elevado riesgo suicida del TMG en medio penitenciario (Gracia, Henry y Luis, 2006; He, Felthous, Holzer, Nathan y Veasey, 2001). Las otras dos variables incluidas en la ecuación fueron la condena mayor de 731 días (OR: 1,9) y la franja de edad de 18-40 años (OR: 1,6). La primera de ellas se puede explicar por el efecto de la prisonización en la generación de

morbilidad psiquiátrica ya comentada en apartados anteriores, además del peso estadístico de los pacientes con T. Psicóticos en esta variable en la que las condenas hemos visto que son más prolongadas y la segunda va en la línea de las publicaciones que muestran una edad media joven en pacientes con TMG (López M et al, 2008; Harris y Lurigio, 2007, Hidey et al, 2006).

En resumen, el estudio que se presenta da cuenta de que los pacientes con TMG en los que se decide clínicamente que su seguimiento especializado debe ser más estrecho, tienen unas características diferenciales que los definen y que a pesar de la escasa frecuencia en la consultoría psiquiátrica, éstos deben priorizarse con valoraciones de al menos una vez al mes.

Algunas de las variables descritas son compartidas con pacientes con T. Psicóticos en seguimiento en las USM de la comunidad, como la necesidad de un seguimiento más prolongado y frecuente, personas jóvenes y número elevado de fármacos pautados (Vallina et al., 2003).

Si bien, otras características del hiperfrecuentador son más específicas del medio penitenciario. La disminución en el número de fármacos es consecuencia directa de la elevada dispensación de psicofármacos en este contexto, y que como ya se ha comentado con anterioridad, la estrategia de disminución del número de fármacos es una prioridad en los tres CP estudiados.

Otra de las diferencias, es la inclusión automática en la agenda de psiquiatría penitenciaria de los pacientes a los que se les aplica el PPS desde los EAP, derivándose de este hecho la materialización de un seguimiento exhaustivo con una frecuentación que viene reglamentada desde la SGIIPP.

Terminando con la discusión de los resultados de nuestro estudio, en el último de los bloques se analiza comportamiento de las variables según el CP que se trate. Respecto a las variables sociodemográficas sólo encontramos diferencias a favor del CP Valencia II en el porcentaje de españoles (mayor que en los otros dos) y en mayor tasa de desempleados.

El CP Castellón II destaca por ser el CP de cumplimiento con condenas más prolongadas (más del doble que los otros dos), el que tiene los internos con más entradas de prisión previas y el grupo más elevado de politoxicómanos. Tiene sentido pues, que este CP supere en casi seis puntos en pacientes con TP dada la asociación de este diagnóstico con la delictogénesis y el consumo de sustancias (Arroyo, 2009; Butler, 2011; Caravaca-Sánchez, 2015).

Respecto a los pacientes psicóticos, es el CP Castellón I quien, en porcentaje, tiene la cifra más elevada. Nuestra hipótesis respecto a esta circunstancia es que al tratarse de un CP que alberga también a presos preventivos, este hecho implica un flujo de internos en el que la AP carece de capacidad de distribución, como sí hace con los presos penados en los otros dos CP. No obstante, en valor absoluto es de nuevo el CP Castellón II quien tiene el número más elevado de pacientes con trastornos psicóticos, y donde los pacientes son derivados por síntomas psicóticos con más frecuencia (6 puntos por encima de CP Castellón I y 10 puntos respecto a CP Valencia II).

El CP de Castellón II vuelve a ser el CP con más fármacos pautados por paciente, a pesar de que la estrategia de armonizar la politerapia se llevó a cabo con más esfuerzo en este centro, siendo el CP en el que más se redujo el número total de psicofármacos.

La media de valoraciones y el tiempo de seguimiento es mayor en el CP Castellón I. Nuestra hipótesis para explicar este hecho es que al tratarse del CP con el mayor porcentaje de pacientes con T. Psicóticos, éstos son reevaluados con más frecuencia y se mantienen más tiempo en la agenda de psiquiatría penitenciaria a tenor de lo comentado en el bloque anterior sobre la hiperfrecuentación. Este hecho se plasma gráficamente en las curvas de supervivencia que mostraron el comportamiento de la variable “alta de la agenda de psiquiatría”, que se realizó para los tres CP. Otra hipótesis que podría explicar este número mayor de valoraciones en este CP tiene que ver con la media poblacional del CP y la frecuencia de visitas del psiquiatra consultor. Este CP alberga a un menor número de presos y a la vez el régimen de asistencias del psiquiatra es el mismo en los tres CP estudiados (una vez por semana). Por tanto se tiene una mayor capacidad para reevaluar a los pacientes con más frecuencia y como consecuencia mantener a los pacientes en seguimiento especializado más tiempo.

Para concluir, podemos decir que las características de los CP pueden influir en el perfil de interno, hecho que nos parece imprescindible tener en cuenta para establecer estrategias de gestión clínica para el abordaje, en nuestro caso, de internos con enfermedades mentales. Como hemos visto, la prioridad en la asistencia se da a los pacientes con un diagnóstico del espectro de la esquizofrenia, pero no debemos olvidar al grupo de TP, el más prevalente en los CP y con demandas asistenciales muy variadas.

Así pues, el tamaño del CP y las características de los mismos como presencia o no de módulos de primer grado, de módulos FIES, del número de camas en el módulo de enfermería, etc., deben ser determinantes en una previsión que resulte eficiente para el abordaje del interno con enfermedad mental. En el estudio que se ha presentado se ha podido constatar como algunas variables se ven influenciadas por las características diferenciales de los tres CP estudiados. En el CP Castellón I por su menor media poblacional parece más sencillo poder reevaluar a los pacientes, pero a su vez la presencia de presos preventivos puede haber generado más morbilidad psiquiátrica, que se compensa con la ausencia de departamento especial para albergar internos clasificados en primer grado y en los que es más frecuente la presencia de TP graves (De la Sala, 2013). El otro extremo lo representa el CP Castellón II, CP de los llamados *tipo o modelo* que alberga al mayor número de internos, sólo a presos penados y con condenas más prolongadas, cuenta con un departamento especial para presos de primer grado y un módulo FIES (aunque en nuestro estudio no hemos incluido la variable FIES para el análisis), siendo el CP con más pacientes hiperfrecuentadores generados desde la consultoría psiquiátrica, con más pacientes con TP y TUS (tipo politoxicomanía). Y en una posición intermedia se sitúa el CP Valencia II, que incluye sólo a módulos de penados en segundo grado penitenciario, sin departamento especial y con una población intermedia respecto a los otros dos CP.

Tras mostrar la actividad *real* de una consulta psiquiátrica penitenciaria a lo largo de tres años de seguimiento, y tras discutir acerca de nuestros resultados, se expondrá a continuación la que a nuestro juicio es la estrategia más idónea para el abordaje de la patología mental en CP españoles. En primer lugar se justificará la necesidad de cambiar el paradigma actual de la atención psiquiátrica penitenciaria y en segundo lugar se expondrá el modelo alternativo al actual.

### **5.3. Nuevas propuestas para la atención de las personas privadas de libertad con patología mental.**

---

#### 5.3.1. Justificación del nuevo modelo sanitario.

A lo largo del estudio que se presenta se ha podido comprobar la existencia de un alto número de pacientes derivados a una consulta de psiquiatría penitenciaria y sus principales características clínicas y de seguimiento. Se han analizado las diferencias entre los principales grupos diagnósticos, a los pacientes que han necesitado de un mayor seguimiento, y las posibles diferencias entre CP. Se ha constatado la escasez de recursos que supone la consultoría psiquiátrica programada una vez por semana, que da cuenta de la precariedad del seguimiento de los pacientes (sobre todo del TMG), y que deja la labor consultora especializada centrada en la vertiente más farmacológica, impidiendo la participación activa del psiquiatra consultor en las diferentes modalidades o vías de rehabilitación que ampara el PAIEM. Siguiendo con esta crítica, la única referencia que se hace al psiquiatra consultor en el equipo multidisciplinar que conforma el PAIEM, es literalmente: *“a ser posible el psiquiatra que trate al interno”*. A nuestro juicio, este hecho representa una grave carencia programática, ante la mención casi anecdótica del especialista encargado de la asistencia clínica directa del interno. Esta crítica se fundamenta por la ausencia de atribuciones claras al psiquiatra que atiende a los pacientes para la gestión y organización de la estructura sanitaria que engloba la atención de los internos con enfermedad mental.

Se puede afirmar que los datos obtenidos en nuestro estudio son una justificación científica de la necesidad de abordar de forma decidida la integración sanitaria penitenciaria en los diferentes servicios de salud autonómicos, tal y como establece la Ley 16/2003 del 28 de Mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. No podemos titubear para proclamar que la única vía que garantiza la prestación de una asistencia de calidad y equivalente es que se produzca dicha integración en la línea del modelo Catalán y del País Vasco. Ahora bien, no podemos continuar sin destacar que el PAIEM ha sido a nuestro juicio el primero de los pasos para adaptarse a la problemática que implica la elevadísima tasa de internos con enfermedad mental, mientras no se ha llevado la transferencia en materia sanitaria. Y que a pesar de sus

errores programáticos de no centrar la actuación en los psiquiatras consultores, ha supuesto un antes y un después en la atención de los pacientes, en cuanto a visualizar la problemática y corresponsabilizar de la asistencia a los EAP y demás integrantes del equipo PAIEM.

Como decimos, la transferencia es la única vía posible. El propio Secretario General de Instituciones Penitenciarias, Ángel Yuste, en una entrevista en Diario Médico el 26 de Julio de 2016, decía que *“las autonomías llevan 13 años de retraso en asumir la gestión de la sanidad penitenciaria, lo que genera un modelo mixto, difuso y con normas legales de rango insuficiente”*, lamentando *“el incumplimiento sistemático de la integración de la sanidad penitenciaria en el SNS, primero en cumplimiento de la Ley General de Sanidad en 1986 y posteriormente con el traspaso de esta competencia a las comunidades autónomas, tal y como fija la Ley de Cohesión y Calidad de 2003”*.

Los servicios psiquiátricos penitenciarios deberían formar parte efectiva de la red de asistencia psiquiátrica comunitaria, de modo que se garantizara el tratamiento integral de este colectivo tan vulnerable, dado que entendemos que no se puede diferenciar según se esté dentro o fuera de la prisión. Esta transferencia haría ganar en coordinación, equidad, continuidad, justicia y accesibilidad del usuario a los servicios sanitarios.

Como ya hemos visto, los CP son dispositivos en los que se pueden detectar tempranamente patologías asociadas a la marginación social, en ocasiones se convierte en la primera oportunidad para iniciar un tratamiento, se puede rescatar al enfermo crónico de la espiral de deterioro y de conflictos reiterados con la justicia, y los pacientes estabilizados que salen en libertad, deberían poder ser derivados a recursos socioasistenciales en la comunidad para reducir el riesgo de recaídas y por tanto la reincidencia en los comportamientos antisociales.

Varios grupos de trabajo penitenciarios españoles justifican la integración. El primero de ellos, creado por la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria, consensuó una lista de problemas u oportunidades de mejora de la asistencia sanitaria penitenciaria que cristalizó en el informe CAPRI (2003). Este informe no detalla de forma concreta aspectos de mejora en el área de psiquiatría penitenciaria, si no del abordaje sanitario en

general, pero permite inferir sus recomendaciones al área objeto de la presente tesis doctoral. Los principales problemas detectados fueron:

- Prioridad de lo regimental frente a lo sanitario.
- Escasez y desmotivación del personal sanitario.
- Descoordinación con el sistema nacional de salud.
- Déficit de protocolos clínicos consensuados.
- Cumplimentación insuficiente de los registros clínicos.
- Escasez de consultas programadas y excesiva burocratización.
- Demora excesiva de consultas, intervenciones y resultados en hospitales.
- Falta de homogenización en la práctica clínica, escasez de protocolos y poca unificación de la información sanitaria.

Tras el análisis inicial proponen como principal solución la mencionada integración en los sistemas autonómicos de salud, tal y como se ha llevado a cabo en el País Vasco y Cataluña. De modo que esta integración permitiría:

- Favorecer la independencia sanitaria.
- Facilitar la remotivación de los profesionales al cambiar su dependencia administrativa.
- Mejorar la coordinación con hospitales y otros servicios sanitarios.
- Permitir la formación y la investigación.
- Implementaría protocolos clínicos.

Este grupo de trabajo también se muestra convencido, tal y como se ha expuesto a lo largo del presente trabajo de investigación, que la atención sanitaria en las prisiones debe estar dotada igual que la extrapenitenciaria y responder a los mismo criterios de calidad, en aras de una situación de equivalencia.



El otro de los grupos que se ha pronunciado acerca de esta cuestión es el Grupo de Trabajo de Salud Mental en Prisiones (GSMP) creado en 2004 (Arroyo, 2005). Estos autores identificaron una serie de prioridades en relación a la protección de la salud mental de los internos:

- Detección de casos graves y criterios de detección.
- Manejo de la PD.
- Valoración y manejo de las conductas autolíticas.
- Entrevista y relación terapéutica.
- Conocimiento de prevalencias.
- Enlace intra-extrapenitenciario.
- Lo regimental Vs. lo sanitario.
- Prevención y promoción de la salud mental.

Siguiendo la misma línea que el anterior grupo, destacan que el retraso en la transferencia sanitaria a las comunidades autónomas se erige como el mayor obstáculo para una plena garantía del principio de equidad (Hernández et al., 2006).

Destacar por último, la recomendación de los JVP de crear unidades psiquiátricas de referencia en los CP para atender la demanda de atención especializada de sus respectivas áreas territoriales, en cumplimiento del imperativo legal de velar por la salud de los internos (Consejo General del Poder Judicial, 2008).

A nivel internacional también se dispone de datos científicos que avalan la necesidad de un tratamiento individualizado, dotado de los suficientes recursos y en plena coordinación con los servicios sanitarios comunitarios. La mayoría de estos autores justifican dicha potenciación de recursos, no solo desde la equidad en los cuidados si no desde los beneficios potenciales para la comunidad y al propio individuo, si con ello se es capaz de disminuir las tasas de reincidencia.

En los estudios en relación a la individualización y potenciación de recursos, destaca el de Rognli et al., en Suecia (2015), que estudiaron un cohorte de 6217 internos en la que analizaron los factores predictores para desarrollar un cuadro psicótico tras la entrada en prisión, hecho que para estos autores ayudaría a organizar los servicios médicos para un mejor abordaje. Los factores asociados fueron: consumo de THC (OR: 2,62), hospitalización previa (OR: 3,22) y antecedentes de actividad alucinatoria sin consumo de tóxicos (OR: 4,00). En el artículo de Ford E, Nueva York (2015), se insta a poner en funcionamiento programas de primeros episodios en los CP, al igual que en la comunidad, para que en la transición a la salida en libertad y una vez excarcelados, la equivalencia de cuidados sea la misma. En el estudio de cohortes de Steingrimsson (2016), se recomienda el seguimiento exhaustivo de los TP que asocien TUS, dado el incremento de mortalidad que tienen estos pacientes respecto al resto. En el estudio de Pisseli et al. (2015), se insiste en la mejora en la asistencia psiquiátrica penitenciaria, poniendo como ejemplo la necesidad del tratamiento de la PD con una integración del abordaje de la PD salud mental y el consumo de sustancias dentro de los CP, como forma de mejorar la asistencia y pensando en la vuelta a la comunidad. Respecto a la necesaria coordinación entre los recursos asistenciales de la comunidad y los de los CP, Reingle et al. (2015), observaron como más del 50% de los internos que debían tomar tratamiento con psicofármacos pautados en la comunidad, no lo hacían tras el internamiento. En ese sentido, el uso del mismo sistema de historia clínica digitalizada minimizaría estos graves fallos de coordinación, que también se pueden dar en nuestro país. Bewley et al. (2015), tras estudiar 230 unidades de tratamiento para internos con enfermedad mental en EEUU, abogan por centrarse en los siguientes aspectos: recuperación de la enfermedad, manejo y gestión de las emociones, riesgos de recaída, crecimiento personal, funcionamiento conductual y habilidades sociales. Y por último, el estudio de Cuddeback et al. (2016) de una cohorte retrospectiva de casi 1500 internos con enfermedad mental en CP americanos, constató cómo una preparación a la libertad facilitó la adhesión posterior en los servicios de salud comunitarios, sobretodo en pacientes con esquizofrenia.

Respecto a los estudios internacionales que plantean la mejora de los recursos con el objetivo de disminuir la reincidencia destacar a Chang Z (2015), que estudió la relación entre presencia de enfermedad mental y reincidencia delictiva, con un

seguimiento de casi 48000 presos a lo largo de 9 años. Este autor observó un incremento de la reincidencia en un 1,63 en hombres y un 2,02 en mujeres cuando se asociaba un diagnóstico de enfermedad mental. La correlación más importante se dio cuando existía PD, especialmente consumo de alcohol y presencia de trastorno bipolar. En este mismo estudio, la reincidencia por enfermedad mental supuso un 20% del total en hombres y un 40% en mujeres. En ese sentido se aboga por una mejora en la calidad de la atención psiquiátrica penitenciaria para mejorar las tasas de reincidencia. Stewart et al. (2016), comparan un programa específico de atención al TMG en prisión con los programas convencionales de tratamiento, con el resultado de una disminución de la reincidencia de forma marcada durante los primeros cuatro años tras la excarcelación. Mc Rae (2015), plantea la posibilidad de que el legislador dé opciones de un tratamiento ambulatorio involuntario (TAI) para los casos más graves de TMG tras la salida en libertad. En esa misma línea, Bailargeon (2009) afirma que hay evidencias de que los TAI en casos seleccionados tras la excarcelación, amplían el período de tiempo hasta la reincidencia de los internos con TMG. Mc Kenna et al. (2015) estudiaron un programa específico para el TMG con aspectos coincidentes con el tratamiento asertivo comunitario, y que mejoró los índices de seguimiento en USM tras la libertad, y por consiguiente redujo la reincidencia en esos internos. Y por último, destacar el estudio de Bruce et al. (2016) que aborda la aplicación de programas específicos para los internos con TP, mejorando también las tasas de reincidencia.

Tal y como hemos visto, no hay dudas de que la recomendación de potenciar los recursos para la asistencia psiquiátrica penitenciaria, no sólo se plantean para lograr la tan necesaria equivalencia de asistencia sanitaria (Exworthy et al, 2012), siendo esta atención especializada cara, pero crucial (Stephen, 2004), sino que, como se ha visto, el intento de disminuir la reincidencia de estos pacientes es uno de los principales objetivos por los beneficios económicos y de salud pública para la sociedad a medio y largo plazo (Hoke, 2015; The Lancet, 2016).

### 5.3.2. Propuesta para un nuevo modelo asistencial.

A continuación trataremos de plasmar una estrategia alternativa a la actual para tratar de alcanzar esos dos objetivos principales que han sido comentados y discutidos a lo largo de la presente tesis doctoral: lograr la equivalencia de cuidados y mejorar la reincidencia a través de la estabilización psicopatológica y la adecuada coordinación con los servicios de salud mental comunitarios.

Se hace necesario diferenciar dos momentos diferenciados para el abordaje de los pacientes; antes y después de su internamiento en un CP. Por ello, las estrategias deberían ir encaminadas en estas dos direcciones: la detección del caso a lo largo del proceso judicial desde la detención, y después durante su estancia en prisión. Se asume que estas propuestas implicarían necesariamente cambios legislativos y cuantiosas inversiones económicas a corto plazo, y que, por tanto, son de muy difícil implementación. Sin embargo, dado que no se han estudiado en el presente trabajo las circunstancias o fenómenos que han podido llevar a los pacientes incluidos en la muestra a entrar en prisión, la propuesta siguiente sólo se ceñirá al abordaje del paciente tras iniciar su condena en un CP ordinario.

Entendemos que la situación ideal en los CP, pasaría por atender en las consultas especializadas sólo a aquellos internos en los que la enfermedad mental sea sobrevenida, o personas diagnosticadas de un trastorno mental desde la comunidad y cuyo delito lleve aparejada una pena de prisión, pero no casos de personas con figuras de inimputabilidad o similares, ni internos que cumplen medidas de seguridad en los módulos de enfermería de CP convencionales. Tampoco deberían estar representados aquellos pacientes menos graves en los psicopatológico y conductual que pudieran haberse beneficiado de medidas alternativas en la comunidad.

A tenor de los resultados del presente estudio que muestran la existencia de un porcentaje elevadísimo de internos con TP grave y con T. Psicóticos, y un escaso seguimiento de los casos, se cree necesario abordar de forma inmediata cambios sustanciales que deberían ir en la línea de los modelos catalán y vasco que tras su integración en los servicios autonómicos de salud han visto incrementados los recursos asistenciales tal y como se detalló en la Introducción.

Para poder asumir dicha asistencia planteamos, tras la puesta en marcha de la *transferencia sanitaria en nuestra comunidad autónoma* (Comunidad Valenciana), la creación de Unidades de Salud Mental Penitenciaria (USM-P) por cada uno de los CP ubicados en nuestras tres provincias (Castellón, Valencia y Alicante). En CP de menos de 1000 internos, el equipo sanitario lo formarían dos psiquiatras y dos psicólogos clínicos con asistencia diaria. Y en CP de más de 1000 internos el equipo sería de tres psiquiatras y tres psicólogos clínicos también con asistencia diaria. Este número de profesionales sería similar al de los equipos actuales en las comunidades catalana y vasca. El resto del equipo sanitario lo conformarían enfermeros y auxiliares de clínica en número suficiente para poder llevar a cabo tareas como: garantizar la administración de fármacos de forma eficaz y segura (TDO), promoción de la salud para favorecer el autocuidado y prevención de recaídas y ser parte esencial de la gestión de casos. Esta labor de enfermería y auxiliares nos parece crucial dado que son, junto a los funcionarios de seguridad, los profesionales que más en contacto están con los pacientes.

Evidentemente la historia clínica informatizada sería la misma que en la comunidad, en nuestro caso, *Abucasis* a nivel ambulatorio, y *Orion* a nivel hospitalario. Sólo con compartir la misma plataforma de historia clínica, no sólo se minimizarían errores diagnósticos por falta de información clínica, si no que la coordinación y continuidad de cuidados quedarían garantizados. A su vez, la potenciación de la telemedicina o contactos telemáticos con otros profesionales debería ser objeto de estudio, en aras de minimizar excarcelaciones innecesarias desde la perspectiva económica y de seguridad.

Respecto a la unidad hospitalaria de custodia, se mantendría la actual ubicada en un ala separada en el Hospital General de Castellón. Del mismo modo, la asistencia psiquiátrica urgente se seguiría garantizando con la derivación al servicio de urgencias del CHP tal y como se lleva a cabo en la actualidad.

Siguiendo con las USM-P se pondrían en marcha programas que creemos podrían abordar con más eficacia la compleja población de pacientes con enfermedad mental. Estos programas incluirían actividades dirigidas hacia grupos de personas con similar problemática y con la pretensión de conseguir unos objetivos previamente

establecidos. No se trata de un concepto ligado a un dispositivo, sino a una organización de las diferentes actividades dirigidas a un determinado objetivo. Estos objetivos serían: ofrecer una atención integrada y sistematizada, unificar criterios de actuación, facilitar la participación de varios profesionales a diferentes niveles, organizar una secuencia de actividades y utilizar todos los recursos y dispositivos disponibles. Los programas se describen a continuación:

- Programas de primeros episodios psicóticos: Se basaría en la atención individualizada de primeros episodios psicóticos, que requieren de un especial seguimiento y puesta en marcha de actividades rehabilitadoras tempranas.
- Programa de atención a la esquizofrenia: Prioridad para la detección de casos en coordinación con los EAP de los CP. Inicio de seguimiento especializado y derivación a recursos rehabilitadores que ya ofrece el PAIEM.
- Programa de atención en patología afectiva grave: Seguimiento de casos refractarios al tratamiento pautado desde los EAP.
- Programa de atención al TP grave: Identificación de pacientes con TP de base, con especial gravedad en la esfera impulsiva e inestabilidad emocional, que puedan beneficiarse de estrategias psicoterapéuticas intensivas llevadas a cabo por los psicólogos clínicos de la USM-P.
- Programa de PD: Siguiendo el modelo propuesto por Pisselli (2015) se integraría el abordaje terapéutico del paciente con TMG + TUS, tanto en la vertiente farmacológica (PMM u otros), como la psicoterapéutica, siguiendo la línea estratégica del Programa de Patología Dual Grave del CHP.
- Programa de seguimiento de PPS: Control y seguimiento de todos los pacientes con PPS activados por los EAP o desde la USM-P. La participación activa en este programa de los psicólogos clínicos de la USM-P daría un salto de calidad respecto al abordaje actual.

- Programa de TAI en casos de especial gravedad: Promoción del TAI en casos graves con ausencia de conciencia de enfermedad y por tanto incapaces para prestar un consentimiento válido respecto a la necesidad de tratamiento, y que asocien alteraciones del comportamiento que impliquen un riesgo para sí mismo o para terceros. Elaboración de informes clínicos para el JVP y programación de reuniones USM-P y JVP periódicas.
- Programa de rehabilitación: Derivación desde cualquiera de los otros programas para el inicio de actividades rehabilitadoras, siguiendo la línea establecida en el PAIEM.
- Programa de TDO: En realidad no se trataría de un programa diferenciado, sino más bien de una modalidad de dispensación de fármacos en la que se incluiría a todo paciente con más de tres psicofármacos pautados (no incluyendo en esta cifra fármacos inyectables). Se cree que poner en marcha esta estrategia mejoraría la eficiencia del seguimiento, ahorrando costes económicos a medio y largo plazo. La experiencia clínica compartida por los EAP y psiquiatras consultores pone de manifiesto que la instauración de tratamientos en TDO disuade a aquellos internos que demandan los fármacos compulsivamente y que con gran frecuencia los usan en el mercado negro.
- Programa de formación en salud mental: Se trata de elaborar guías básicas de formación en este ámbito dirigidas a los profesionales que están en contacto con los internos, fundamentalmente funcionarios de seguridad. Se complementarían con la asistencia a talleres o seminarios de formación con periodicidad trimestral.
- Programa puente para la derivación a la comunidad: Se trata de uno de los programas más importantes, ya que para garantizar la continuidad de cuidados cuando el paciente obtiene la libertad, la coordinación debe ser total. Para ello, al menos seis meses antes de la puesta en libertad el

equipo que trata al paciente debe iniciar los contactos con la USM de zona u otros recursos sociosanitarios de la comunidad (recomendación que ya viene descrita en el PAIEM). Dicha coordinación se vehicularía mediante la realización de informes clínicos o llevando a cabo reuniones presenciales con las unidades. Dado el tiempo a invertir en estas tareas de preparación a la libertad, este programa debería ser coordinado por un trabajador social a tiempo completo.

Estos programas deberían auditarse y reevaluarse anualmente, para optimizarlos a la realidad cambiante de los CP por la frecuente movilidad de los pacientes (consecución de libertad, traslados, etc.). Como han mostrado las diferencias en nuestra comparativa entre CP, el tamaño y tipo de CP debería también tenerse en cuenta para la planificación, potenciando más si cabe los programas de PD en CP *tipo o modelo* como el CP Castellón II.

Uno de los psiquiatras de la USM-P debería ser miembro de la Junta de Tratamiento de los CP, en las que se deciden aspectos tan cruciales para un interno con TMG, como la progresión de grado, concesión de permisos, etc.

Para finalizar, las USM-P deberían formar parte de la red de formación de médicos internos residentes en psiquiatría, de psicológicos clínicos en formación y de alumnos de pre y post grado de las Facultades de Medicina de cada territorio.



# CONCLUSIONES

---

## 6. CONCLUSIONES.

Los resultados obtenidos en esta tesis nos han permitido cumplir todos los objetivos planteados y se han validado nuestras hipótesis.

1. El porcentaje de internos con patología mental y su perfil sociodemográfico de la muestra estudiada es similar a los estudios previos.
2. Los principales diagnósticos en nuestro estudio han sido los pacientes con TP del grupo B (67,2%), con TAA (13,7%) y con T. Psicóticos (13%).
3. Un elevado porcentaje de pacientes tenían PD, pues presentaban un TUS como trastorno comórbido al TMG (81,4%).
4. Se han encontrado diferencias en las variables estudiadas según el diagnóstico clínico.
  - 4.1. Los pacientes con TP cluster B tienen una menor formación académica, mayor tasa de desempleo, mayor porcentaje de patología médica asociada, más tasa de consumo de sustancias y son los pacientes con más altas médicas en la consulta de psiquiatría penitenciaria.
  - 4.2. Los pacientes con T. Psicóticos tienen la media de edad más joven, mayor porcentaje de extranjeros, más frecuencia de incapacidad o minusvalía acreditada, condenas de mayor duración, más frecuencia de delitos contra las personas, mayor número de psicofármacos pautados, más número de valoraciones en la consulta de psiquiatría penitenciaria, son los pacientes a los que se les da el alta clínica con menor frecuencia y más tiempo permanecen en seguimiento.

- 4.3. Los pacientes con TAA son los que tienen la media de edad más elevada, mayor nivel académico, menos desempleo, menor número de entradas en prisión, menos consumo de sustancias, menor número de psicofármacos, pero mayores tasas de PPS.
5. El paradigma de TMG lo representa el paciente que precisa de un seguimiento clínico más estrecho por decisión del psiquiatra consultor (Hiperfrecuentador tipo II). Su perfil es el de un varón, español, de edad media más joven, sin diferencias respecto al nivel académico y con más frecuencia de minusvalía psíquica acreditada. Los dos principales diagnósticos de este grupo son el TP y el T. Psicótico, ambos con tratamientos farmacológicos complejos. Las variables con más peso asociadas al fenómeno de la hiperfrecuentación fueron la *disminución del tratamiento* (OR: 6,850), *diagnóstico de T. Psicótico* (OR: 4,4) y relacionado con éste, la presencia de *síntomas psicóticos desde la derivación de los EAP* (OR: 2,6) y, por otro lado, la *existencia PPS en el momento de la derivación desde los EAP* (OR: 3,4).
6. Se han encontrado diferencias en las variables estudiadas según el CP en el que reside el interno. Básicamente éstas se dan entre los dos CP de Castellón, situándose el CP Valencia II en una posición intermedia.
- 6.1. El CP Castellón I tiene el porcentaje más elevado de pacientes con T. Psicóticos, es el CP donde se llevan a cabo más valoraciones en la consulta de psiquiatría penitenciaria y donde los pacientes se mantienen más tiempo en seguimiento especializado.

- 6.2. El CP Castellón II es el CP con condenas más largas, donde los internos que allí residen tienen más entradas previas, el mayor porcentaje de politoxicómanos (PD) de la muestra, el mayor número de pacientes con TP, siendo el CP con más psicofármacos pautados, y a su vez, en el que más se han reducido.
7. Con los datos obtenidos y tras su discusión se plantea la necesidad de una estrategia alternativa a la actual para la asistencia psiquiátrica penitenciaria en la Comunidad Valenciana:
  - 7.1. Cumplimiento de la Ley 16/2003 del 28 de Mayo para la transferencia a las comunidades autónomas de competencias en materias sanitarias.
  - 7.2. Creación de USM-P por cada CP de las tres provincias de la Comunidad Valenciana, siguiendo el modelo catalán y vasco: en CP de menos de 1000 internos el equipo lo formarían dos psiquiatras y dos psicólogos clínicos, y en CP de más de 1000 internos por 3 psiquiatras y tres psicólogos clínicos.
  - 7.3. Elaboración de programas de atención al TMG: primeros episodios psicóticos, atención a la esquizofrenia, atención en patología afectiva grave, atención al TP grave, programa de patología dual, de seguimiento de PPS, de TAI en casos de especial gravedad, de rehabilitación, de TDO, de formación en salud mental y de derivación a la comunidad.

# **BIBLIOGRAFÍA**

---

## 7. BIBLIOGRAFÍA

- Alevizopoulos G, Igoumenou A (2016). Psychiatric disorders and criminal history in male prisoners in Greece. *International Journal of Law and Psychiatry*. doi: 10.1016/j.ijlp.2016.04.003.
- Algora-Donoso I, Varela-González O (2008). Psicofármacos y gasto en la prisión de Madrid III (Valdemoro). *Farmacia Hospitalaria*, 32 (6), 331-8.
- Appleby L, Shaw J, Amos T, McDonnell R, Harris C, Mc Cann K, et al. (1999). Suicide within 12 months of contact with mental health services: national clinical survey. *British Medical Journal*, 318, 1235-1239.
- Arboleda-Florez J. (1999). Mental illness in jail and prisons. *Current Opinion in Psychiatry*, 12, 677-682.
- Arboleda-Florez J. (2009). Mental patients in prisons. *World Psychiatry*, 8 (3), 187-9.
- Arnal R, Blanco E, Cañanes P, Díaz E, Grande JM, Guerra J, et al. (2001). Los Equipos de Atención Primaria. Propuestas de mejora. Documento de consenso [sede Web]. Madrid: INSALUD [actualizada el 1 de Abril de 2014]. Recuperado el 27 de Marzo de 2016 en:  
  
<http://www.ingesa.msc.es/estadEstudios/documPublica/internet/eqAtencPrim.htm>.
- Arnau F, García-Guerrero J, Herrero-Matías A, Castellano-Cervera JC, Vera-Remartínez EJ, Jorge-Vidal V et al. (2012). Descripción de la consulta psiquiátrica en centros penitenciarios de la Comunidad Valenciana. *Revista española de Sanidad Penitenciaria*, 14, 50-61.
- Arroyo JM. (2000). Algunos aspectos de la sanidad penitenciaria en los países miembros de la Unión Europea. *Revista Española Sanidad Penitenciaria*, 3, 77-89.

- Arroyo JM, Astier P. (2003). Calidad asistencial en Sanidad Penitenciaria. Análisis para un modelo de evaluación. *Revista Española Sanidad Penitenciaria*; 5, 60-76.
- Arroyo JM, Ortega. (2004) E. La inadaptabilidad como signo de trastorno mental en reclusos. *Libro de Comunicaciones del V Congreso Nacional y VI Europeo sobre Trastornos de la Personalidad*. Zaragoza.
- Arroyo JM. (2005). El Grupo de trabajo sobre Salud Mental en prisiones (GSMP). Actividades y funcionamiento. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 7(3), 12-16.
- Arroyo JM, Ortega E. (2009). Los trastornos de personalidad en reclusos como factor de distorsión de clima social de la prisión. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 11, 11-15.
- Arroyo JM, Ortega E. (2007). Un programa de mejora de la calidad asistencial de los problemas de salud mental en prisión. Evaluación de los resultados después de 6 años. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 9, 6-15.
- Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: A metaanalysis. (2004). *Biomed Central Psychiatry*, 4 (37), 23.
- Bachrach LL. (1986). The Content of care for the Chronic Mental Patient with Substance Abuse Problems. *Psychiatric Quarterly*, 58, 3-14.
- Bailargeon J, Binswanger I, Penn JV, Williams BA, Murray OJ. (2009). Psychiatric disorder and repeat incarcerations: The revolving prison door. *American Journal of Psychiatry*, 166(1), 103-109.

- Berlanga-Silvente V, Vila-Baños R. (2013). Como obtener un modelo de regresión logística binaria en SPSS. *Revista d'Innovació i Recerca en Educació*, 7 (2). Recuperado el 19 de Junio de 2016 de:  
<http://revistes.ub.edu/index.php/REIRE/article/view/reire2014.7.2727/13280>
- Bewley MT, Morgan RD. (2011). A national survey of mental health services available to offenders with mental illness: Who is doing what? *Law and Human Behavior*, 35(5), 351-363.
- Brinded PM, Simpson AI, Laidlaw TM, Fairley N, Malcolm F. (2001). Prevalence of psychiatric disorders in New Zealand prisons: A national study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 166–173.
- Brooke D, Taylor C, Gunn J, Maden A. (1993). Point of prevalence of mental disorder in unconvicted male prisoners in England and Wales. *British Medical Journal*, 313, 1524-7.
- Bruce M, Horgan H, Kerr R, Cullen A, Russell S. (2016). Psychologically informed practice (PIP) for staff working with offenders with personality disorder: A pragmatic exploratory trial in approved premises. *Criminal Behaviour and Mental Health*. doi: 10.1002/cbm.1994.
- Brugha T, Singleton N, Meltzer H, Bebbington P, Farrell M, Jenkins R, et al. (2005). Psychosis in the community and in prisons: a report from the British National Survey of psychiatric morbidity. *American Journal Psychiatry*, 162(4), 774-80.
- Buttler T, Indig D, Allnutt S, Mamoon H. (2011). Co-occurring mental illness and substance use disorder among Australian prisoners. *Drug Alcohol Review*, 30, 188-94.
- Caballero JJ. (1982a). El preso y la prisión: distintos modos de adaptación. *Cuadernos de Política Criminal*, 16, 149-54.
- Caballero JJ. (1982b). La vida en prisión: el “código” del preso. *Cuadernos de Política Criminal*, 18, 589-598.



- Caballero JJ. (1986). El “mundo” de los presos. En: Jiménez F, Clemente M. *Psicología Social y Sistema Penal*. Madrid: Alianza Editorial.
- Cantor-Graee E, Selten JP (2005). Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *The American Journal of Psychiatry*, 162, 12-24.
- Cañas M. (1998). Utilización de psicofármacos en centros penitenciarios. *II Congreso Nacional de Sanidad Penitenciaria*. Barcelona: Libro de Ponencias y Comunicaciones. Comunicación 327.
- Caravaca-Sánchez F, Falcón M, Luna A. (2015). Prevalencia y predictores del consumo de sustancias psicoactivas entre varones en prisión. *Gaceta Sanitaria*, 29, 358-63.
- Carey MP, Carey KB, Meisler AW. (1991). Psychiatric symptoms in mentally ill chemical abusers. *Journal of Nervous and mental disease*, 179, 136-138.
- Carmona J, Hernández A, Gutiérrez C. (2003). Análisis de la demanda en el Centro Penitenciario de Jerez. Período 1990-2000: En: *La atención a la salud mental de la población reclusa*. Madrid: AEN Estudios.
- Casares-López MJ, González-Menéndez A, Villagrà P, Hoffman S, Reinhard E. (2011). Patología dual y trastornos mentales en reclusos consumidores de sustancias. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 16 (2), 135-144.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). (2002). Vulnerabilidad sociodemográfica: viejos y nuevos riesgos para comunidades, hogares y personas. LC/W.3. Recuperado el 27 de Marzo de 2016 en: <http://www.cepal.org/cgibin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/4/10264/P10264.xml&xsl=/celade/tpl/p9f.xsl&base=/celade/tpl/top-bottom.xsl>
- Chang Z, Larsson H, Lichtenstein P, Fazel S. (2015). Psychiatric disorders and violent reoffending: a national cohort study of convicted prisoners in Sweden. *Lancet Psychiatry*, 2 (10), 891-900.

- Clemmer D. (1958). *The Prison Community*. New York: Rinehart & Winston.
- Cloyes KG, Wong B, Lamiter S, Abarca J. (2010). Time to prison return for offenders with serious mental illness released from prison a survival analysis. *Criminal Justice and Behavior*, 37 (2), 175-187. doi: 10.1177/0093854809354370.
- Coid J. (1984). How many psychiatric patients in prison. *British Journal Psychiatry*, 145, 78-86.
- Coll A. (2014). El fenòmen de la Infermeria Penitenciària: Una proposta formativa (Tesis Doctoral inédita). Universitat Ramon Llull. Barcelona. Pp: 33-34. Recuperado el 2 de Enero de 2016 de:  
<http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/146138/TESI.pdf?sequence...>
- Consejo de Europa. Comité de ministros. Recomendación Rec (2006)2 del Comité de Ministros de los Estados Miembros sobre las Reglas Penitenciarias Europeas. (Adoptada por la Comisión de Ministros de 11 de enero de 2006, durante la 952 Reunión de los Delegados de los Ministros). Recuperado el 10 de Abril de 2016 en: [www.institucionpenitenciaria.es/web/export/.../REG\\_PEN\\_EUR\\_ES.pdf](http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/.../REG_PEN_EUR_ES.pdf)
- Consejo General del Poder Judicial. (2008). Criterios de actuación, conclusiones y acuerdos aprobados por los jueces de vigilancia penitenciaria en su XVI reuniones celebradas entre 1981-2007. Madrid. Recuperado el 28 de Septiembre de: <http://www.derechopenitenciario.com/documents/CriteriosJVPfundidos-enero-2008.pdf>.
- Council of Europe Committee of Ministers. (1998). Recommendation No R (98) 7 of the Committee of Minister to member States concerning ethical and organizational aspects of health care in prison. Strasbourg. Council of Europe.
- Cuddeback GS, Morrissey JP, Domino ME. (2016). Enrollment and Service Use Patterns Among Persons With Severe Mental Illness Receiving Expedited Medicaid on Release From State Prisons, County Jails, and Psychiatric Hospitals. *Psychiatric Services*. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.201500306>

- De Gispert, N. (2009). *Les presons a Catalunya. Seguretat i reinserció social*. Recuperado el 10 de Octubre de 2015 de: [http://www.jordipujol.cat/files/Les\\_presons\\_a\\_Catalunya.pdf](http://www.jordipujol.cat/files/Les_presons_a_Catalunya.pdf)
- De la Sala Porta F. (2013). *El tratamiento penitenciario de los delincuentes psicópatas*. (Premio Nacional Victoria Kent). Secretaria General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio Del Interior. Recuperado el 28 de Septiembre de: [www.institucionpenitenciaria.es/.../El\\_tratamiento\\_penitenciario\\_delincuentes\\_psicopa](http://www.institucionpenitenciaria.es/.../El_tratamiento_penitenciario_delincuentes_psicopa).
- Decret 329/2006, de 5 de setembre, por el cual se aprueba el Reglamento de organización de los Servicios de Ejecución Penal en Cataluña.
- Del Río y Pardo F. (1986). La Asistencia Sanitaria, introducción. En: Cobo del Rosal M. *Comentarios a la Legislación Penal*. Revista de Derecho Privado, 1, 521-522.
- Dickey B, Normand SL, Weiss RD, Drake RE, Azeni H. (2002). Medical morbidity, medical illness and substance use disorders. *Psychiatric Services*, 53, 861-867.
- Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. (2007). *Estudio sobre salud mental en el medio penitenciario*. Área de Salud Pública. Recuperado el 19 de Febrero de 2016 de: [http://buscador.060.es/search?q=salud+mental&entqr=3&output=xml\\_no\\_dtd&client=ipe&oe=utf-8&proxystylesheet=ipe&idioma=es&site=IPE&filter=p&getfields=\\*](http://buscador.060.es/search?q=salud+mental&entqr=3&output=xml_no_dtd&client=ipe&oe=utf-8&proxystylesheet=ipe&idioma=es&site=IPE&filter=p&getfields=*)
- Douglas, K, Lilienfeld, SO, Skeem, JL, Poythress NG, Edens JF, Patrick, C.J. (2008). Relation of antisocial and psychopathic traits to suiciderelated behaviour among offenders. *Law and Human Behavior*, 32, 511-525.
- Drake RE, Mueser KT, Brunette MF, McHugo GJ. (2004). A review of treatments for people with severe mental illnesses and co-occurring substance use disorders. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27 (4), 360-74.

- Espinosa MI, Herrera R. (2003). Análisis de la demanda y respuesta terapéutica en la relación asistencial establecida entre los centros penitenciarios Puerto-I y Puerto-II con el ESM Bahía en el período 1989- 2000. En: *La atención a la salud mental de la población reclusa*. Madrid: AEN Estudios.
- Espinosa MI, Laliga A. (2005). Evolución del gasto farmacéutico en centros penitenciarios de Cataluña. *Comunicaciones V Congreso Nacional de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria. Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 7, 49.
- Exworthy T, Samele C, Urquia N, Forrester A. (2012). Asserting prisoners' right to health: Progressing beyond equivalence. *Psychiatric Services*, 63 (3), 270-275.
- Falissard B, Loze JY, Gasquet I, Duburc A, de Beaurepaire C, Fagnani F, et al. (2006). Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *British Medical Journal*, 6, 33.
- Farrell M, Boys A, Bebbington P, Brugha T, Coid J, Jenkins R, et al. (2002). Psychosis and drug dependence: Results from a national survey of prisoners. *The British Journal of Psychiatry*, 181, 393-398.
- Fazel S, Danesh J. (2002). Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet*, 16, 359 (9306), 545-50.
- Fazel S, Baillargeon J. (2011). The health of prisoners. *Lancet*; 377, 956-65.
- Fazel S, Seewald K (2012). Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 200 (5), 364-373.
- Fazel S, Yunh R. (2011). Psychotic Disorders and Repeat Offending: Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 37 (4), 800-810. doi: 10.1093/schbul/sbp135.

- Fernández-Cubero R. (2005). *Introducción al Sistema Penitenciario Español*. Recuperado el 2 de Enero de 2016 en: [www.aloj.us.es/criminoticias/docuprof/tema5DERECHOPENIT.pdf](http://www.aloj.us.es/criminoticias/docuprof/tema5DERECHOPENIT.pdf)
- Fernández-Miranda JJ. (2002). Trastornos de personalidad y adicción: relaciones etiológicas y consecuencias terapéuticas. *Anales de Psiquiatría*, 18, 421-427.
- Fernández-Montalvo J, Echeburúa E. (2008). Trastornos de personalidad y psicopatía en hombres condenados por violencia grave contra la pareja. *Psicothema*, 20 (2), 193-198.
- Ferreras JM, Sanjuán R, Elías MP, Sánchez C, Blasco M, Yagüe MM (2011). Evaluación de las derivaciones a un Centro de Salud Mental desde Atención Primaria. *Revista de Medicina de Familia y Atención Primaria*, 15 (4), 5.
- Floch MJ. (2000). *Rapport n° 2521 de la Comisión d'enquête de l'Assemblée Nationale sur la Situation dans les prisons françaises*. Recuperado el 3 de Enero de 2015 de: <http://www.assemblee-nationale.fr/rap-enq/r2521-1.asp>.
- Ford E. (2015). First-episode psychosis in the criminal justice system: identifying a critical intercept for early intervention. *Harvard Review Psychiatry*, 23 (3), 167-75.
- Foucault M. (2008). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Madrid. Siglo XXI.
- Fryers T, Brugha T, Grounds A, Melzer D. (1998). Severe mental illness in prisoners. *British Medical Journal*, 317, 1025-1026.
- Gamir R. (1995). *Los facultativos de Sanidad Penitenciaria. Evolución, perspectivas y notas sobre su régimen jurídico*. Madrid: Dykinson.
- García JJ. (2008). Estudio epidemiológico para determinar la prevalencia, diagnóstico y actitud terapéutica de la patología dual en la Comunidad de Madrid. En: *Instituto de Adicciones de Madrid Salud*. Recuperado de: [http://www.madridsalud.es/archivo\\_comunicaciones/PresentacionESPAD.pdf](http://www.madridsalud.es/archivo_comunicaciones/PresentacionESPAD.pdf)
- García J, Sancha V. (1985). *Psicología Penitenciaria*. Madrid: UNED.

- García-González J. (1998). Modelos de Atención comunitaria en salud mental: críticas e insuficiencias. En: García-González J, Espino A, Lara L. *La psiquiatría en la España de fin de siglo: Un estudio sobre la reforma psiquiátrica y las nuevas formas de atención en salud mental*. Madrid Ediciones Díaz de Santos.
- García-Guerrero J, Vera-Remartínez E. (2012). Investigación clínica y presos: coerción y motivos para participar. *Cuadernos de Bioética*, 23, 605-20.
- García-Guerrero J. (2013). El consentimiento informado en los pacientes privados de libertad (Tesis Doctoral). Universidad de Valencia.
- García-Guerrero J. (2015). Sanidad Penitenciaria: aspectos médico-legales. En: Villanueva-Cañadas E, Casado-Blanco M (Directores). *Introducción a la Medicina Legal II*. Aula Interdisciplinar. Las Palmas de Gran Canaria.
- García-Herrera JM, Hurtado M, Nogueras E, Quemada C, Rivas F, Galves R et al. (2016). *Guía de práctica clínica para el tratamiento de la psicosis y la esquizofrenia. Manejo en atención primaria y en salud mental*. Málaga: Hospital Regional de Málaga. Servicio Andaluz de Salud.
- García Valdés C. (1982). *Comentarios a la Legislación Penitenciaria*. Civitas.
- Garrity, D. (1961). The prison as a rehabilitation agency. En: Cressey, D. *The prison: Studies in institutional organization and change*. New York: Rinehart & Winston.
- George TP, Cristal J. (2000). Comorbidity of Psychiatric and Substance Abuse Disorders. *Current Opinion Psychiatry*, 13, 327-331.
- Giner F, Lera G, Vidal ML, Puchades MP, Rodenes A, Císcar S et al. Diagnóstico y prevalencia de trastornos de personalidad en atención ambulatoria. Estudio descriptivo. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35 (128), 789-799.
- Giner J, Cervera S, Leal C (Comité director), Álvarez E, Baca E, Bernardo M, Bobes J, Camacho M, Conde V et al. (Grupo consultor). (2000). Consenso Español de Expertos para Recomendaciones de Actuación en el Tratamiento de la

Esquizofrenia. Sociedad Española de Psiquiatría. Recuperado el 26 de Septiembre de: [www.p3-info.es/PDF/SEP.pdf](http://www.p3-info.es/PDF/SEP.pdf)

Goffman E. (1970). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Gracia R, Henry M, Luis A. (2006). Conducta suicida en trastornos de personalidad. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 8, 108-111.

Grupo de Trabajo de Calidad Asistencial en Prisiones. *Programa de Calidad Asistencial en Prisiones (CAPRI)*. (2003). Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria. GSK. Madrid.

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente*. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Guía de Práctica Clínica: AATRM. N° 2006/05-2. Recuperado el 25 de Septiembre de 2016 de: [www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_495\\_Esquizofr\\_compl\\_cast\\_2009.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_495_Esquizofr_compl_cast_2009.pdf)

Gudín F. (2008). Introducción: Historia de las Prisiones, en Reviriego F: *Derechos de los Reclusos en la Jurisprudencia Constitucional*. Universitas.

Gunn J, Madeu A, Swinton M. (1991). Treatment needs of prisoners with psychiatric disorders. *British Medical Journal*, 303, 338-341.

Haro G, Bobes J, Casas M, Didia J y Rubio G. (2010). *Tratado sobre patología dual. Reintegrando la salud mental*. Barcelona: MRA Ediciones, S.L.

Haro G, Baquero A, Traver F, Real M. (2014). The importance of socio-legal interventions in the case management of a severe dual pathology program: our 6 years' experience. *Adicciones*, 26 (4), 371-372.

Harris A, Lurigio A. (2007). Mental illness and violence: a brief review o research and assessment strategies. *Agression and Violent Behavior*, 12, 542-551.

- Hartvig P, Ostberg B. (2004). Mental diseases and disorders among inmates in Norwegian prisons. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 124, 2091-3.
- He XY, Felthous AR, Holzer CE, Nathan P, Veasey S. (2001). Factors in prison suicide: one year study in Texas. *Journal of Forensic Sciences*, 46 (4), 896-901.
- Hernández M. (2004). La psiquiatría comunitaria. En: *Imágenes de la Psiquiatría Española*. Asociación Mundial de Psiquiatría. Barcelona: Glosa.
- Hernández M, Herrera R, Iñigo C, Markez I, Martínez A, Ortega L et al. (2006). *Documento de Consenso. Atención Primaria de la Patología Psiquiátrica Dual en Prisión*. Grupo de Trabajo sobre Salud Mental en Prisión.
- Hiday V. (2006). Putting community risk in perspective: a look at correlations causes and controls. *International Journal of Law and Psychiatry*, 29, 316-331.
- Hinton M (2014). Mentally ill offenders impact on the prison system. *Disease-a-Month*, 60 (5), 213-214. doi: 10.1016/j.disamonth.2014.04.003.
- Hoke S. (2015). Mental Illness and Prisoners: Concerns for Communities and Healthcare Providers. *The online Journal of Issues in Nursing*, 20 (1), 3.
- Hunt GE, Bergen J, Bashir M. (2002). Medication Compliance and Comorbid Substance Abuse in Schizophrenia: impact on Community Survival 4 years after a relapse. *Schizophrenia Research*, 54, 253-264.
- Hutchinson G, Haasen C. (2004). Migration and schizophrenia: The challenges for European psychiatry and implications for the future. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 350-357.
- Iñigo C, Pérez-Cárceles MD, Osuna E, Cabrero E, Luna A. (1999). Perfil clínico y delictivo de los enfermos ingresados en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 2, 25-31.



- Kalapos MP. (2016). Penrose's law: Methodological challenges and call for data. *International Journal of Law and Psychiatry*. doi: 10.1016/j.ijlp.2016.04.006.
- Kamali M, Kelly L, Gervin M, Browne S, Larkin C, O'Callaghan E. (2001). Psychopharmacology: insight and comorbid substance misuse and medication compliance among patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 52, 161-166.
- Kerridge BT. (2008). Comparison of U.S. jail inmates and the U.S. general population with Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV alcohol use disorders: sociodemographic and symptom profiles. *Alcohol*, 42 (1), 55-60. Doi: 10.1016/j.alcohol.2007.10.002.
- Kjelsberg E, Hartvig P, Bowitz H, Kuisma I, Norbeck P, Rustad AB, et al (2006). Mental health consultations in a prison population: a descriptive study. *BioMedCentral Psychiatry*, 6, 27.
- Lasagabáster I. (1994). *Las relaciones de sujeción especial*. Madrid: Civitas.
- Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria.
- Lindquist CH. (1999). Health behind bars: utilization and evaluation of medical care among inmates. *Journal of Community Health*, 24, 285-305.
- Llei 15/1990, de 9 de juliol d'Ordenació Sanitària a Catalunya.
- Lluch J. (2001). Síndromes psicóticos en el ámbito penitenciario. *Resúmenes I Jornada de aproximación a la psicopatología penitenciaria*. Lérida.
- López M, Laviana M, Fernández L, López A, Rodríguez AM, Aparicio A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista Española de la Asociación de Neuropsiquiatría*, 28 (101), 43-83.

- Marco A, Antón J, Saiz de la Hoya P, De Juan J, Faraco I, Caylà J et al. (2015). Personality disorders among Spanish prisoners starting hepatitis C treatment: Prevalence and associated factors. *Psychiatry Research*, 230, 749-756.
- Marshall T, Simpson S, Stevens A. (2000). *Toolkit for health care needs assessment in prisons*. Department of Public Health & Epidemiology. University of Birmingham.
- Marteau D, Pallás JR. (2006). Manejo clínico del abuso de drogas. Situación actual en las prisiones de Inglaterra y Gales. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 8 (2), 55-60.
- Martínez MA, Sánchez A, Faulín J. (2006). *Bioestadística Amigable*. 2ª Ed. Díaz de Santos.
- Mc Crone P, Menezes PR, Johnson S, Scott H, Thornicroft G, Marshall J, et al. (2000). Service use and cost of people with dual diagnosis in South London. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 464-472.
- Mc Kee, G. R. (1998). Lethal versus nonlethal suicide attempts in jail. *Psychological Reports*, 82, 611-614.
- Mc Kenna B, Skipworth J, Tapsell R, Madell D, Pillai K, Simpson A, et al. (2015). A prison mental health in-reach model informed by assertive community treatment principles: evaluation of its impact on planning during the pre-release period, community mental health service engagement and reoffending. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 25 (5), 429-39.
- Mc Rae L (2015). The offender personality disorder pathway: risking rehabilitation?. *Medical Law Review*, 23 (3), 321-47.
- Mendelson EF. (1992). A survey of practice a regional Forensic Service: what do Forensic Psychiatrists do? Part I-II: Characteristics of cases and distribution of work. *British Journal Psychiatry*, 160, 769-776.

*Mental health care in French prisons* (2016). Editorial sin autor. The Lancet. Vol.387. No: 10028, p: 1592.

Miller N. (1993). Comorbidity of psychiatric and alcohol/drug disorder: interaction and independent status. *Journal of Addictive Disease*, 12, 5-16.

Miranda I, Peñarrubia MT, García I, Caramés E, Soler M, Serrano A (2003). ¿Cómo derivamos a salud mental desde atención primaria? *Atención Primaria*, 32 (9), 524-30.

Moreno-Küster B. (2002). Análisis de patrones de utilización de servicios en pacientes esquizofrénicos (Tesis Doctoral). Universidad de Granada.

Munetz M, Grande T, Chambers M. (2001). The incarceration of individuals with severe mental disorders. *Community mental Health Journal*, 37, 4.

Negredo L, Melis F, Herrero O. (2011). *Factores de riesgo de la conducta suicida en internos con trastorno mental grave*. Ministerio del Interior. Madrid, p. 126.

Organización Mundial de la Salud. (2000). *Preventing suicide: A resource for prison officers*. Recuperado el 26 de Marzo de 2016 de: [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/60.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/60.pdf)

ONS. (1997). Psychiatric morbidity among prisoners in England and Wales: En: *The prevalence of psychiatric morbidity among adults living in private households*. Recuperado el 3 de Enero de 2016 en: [www.doh.gov.uk/pub/clocs/doh/newsurvey4.pdf](http://www.doh.gov.uk/pub/clocs/doh/newsurvey4.pdf).

Ortiz A. (1998). Esquizofrenia y Consumo de Drogas. *Psiquiatría Pública*, 10 (6).

Owen RR, Fisher EP, Booth BM, Cuffel BJ. (1996). Medication noncompliance and substance abuse among patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 47, 853-858.

- Pato E. (2003). Trastornos mentales en reclusos del Centro Penitenciario de Villabona. Principado de Asturias. En: *La atención a la salud mental de la población reclusa*. Madrid: AEN Estudios.
- Pedrero-Pérez EJ, Puerta-García C, Lagares A, Sáez-Maldonado A. (2003). Prevalencia e intensidad de los trastornos de personalidad en adictos a sustancias en tratamiento en un centro de atención a las drogodependencias. *Trastornos Adictivos*, 5 (3), 241-255.
- Pedrero-Pérez EJ, Segura-López I. (2003). Los trastornos de la personalidad en drogodependientes y su relación con la dificultad de manejo clínico. *Trastornos Adictivos*, 5 (3), 229-240.
- Pérez E. (2004). ¿Psiquiatría Penitenciaria?. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 6, 97-101.
- Pisseli M, Attademo L, Garinella R, Rella A, Antinarelli S, Tamantini A, et al. (2015). Psychiatric needs of male prison inmates in Italy. *International Journal of Law and Psychiatry*, 41, 82-88.
- Prins SJ. (2011). Does Transinstitutionalization Explain the Overrepresentation of People with Serious Mental Illnesses in the Criminal Justice System? *Community Mental Health Journal*, 47 (6), 713-722.
- Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario.
- Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, et al. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the National Institute of Mental Health Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *The Journal of the American Medical Association*, 264, 2511-8.
- Reingle-Gonzalez JM, Connell N. (2014). Mental Health of Prisoners: Identifying Barriers to Mental Health Treatment and Medication Continuity. *American Journal of Public Health*, 104, 2328-2333.

- Rincón-Moreno S, Vera-Remartínez EV, García-Guerrero J, Planelles-Ramos MV. (2008). Consumo de drogas al ingreso en prisión: comparación entre población española y extranjera. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 10, 41-8.
- Rodríguez-Díaz FJ, Álvarez E, García F, Longoria B, Noriega MI. (2014). El Sistema Penitenciario: Un análisis desde el ayer para el mañana. En: E. García-López (Ed.), *Psicopatología Forense. Comportamiento Humano y Tribunales de Justicia*. México: Manual Moderno.
- Rodríguez Yagüe C. (2012). El derecho a la educación en el sistema penitenciario español. *Revista Wolters Kluwer*, 96 (97), 5-29.
- Rongqin Y, Geddes JR, Fazel S. (2012). Personality disorders, violence, and antisocial behavior: A systematic review and meta-regression analysis. *Journal of Personality Disorders*, 26 (5), 775-792. doi. 10.1521/pedi.2012.26.5.775.
- Rosenheck RA. (1999). The cost of treating substance abuse patients with or without comorbid psychiatric disorders. *Psychiatry Service*, 50, 1309-1315.
- Rognli EB, Berge J, Hakansson A, Bramness JG. (2015). Long-term risk factors for substance-induced and primary psychosis after release from prison. A longitudinal study of substance users. *Schizophrenia Research*, 168 (1-2), 185-90.
- Rubio Larrosa. (1992). Patología mental ignorada en el medio penitenciario. *Libro de comunicaciones del I Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría Legal*. Zaragoza.
- Saavedra J, López M. (2015). Riesgo de suicidio de hombres internos con condena en centros penitenciarios. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 8 (4), 224-231.
- Safer DJ. (1987). Substance Abuse by Young Adult Chronic Patients. *Hospital & Community Psychiatry*, 38, 511-514.
- San Narciso G, Carreño JE, Pérez S, Álvarez E, González M, Bobes J. (1998). Evolución de los trastornos de personalidad evaluados mediante el IPDE en una

muestra de pacientes heroinómanos en tratamiento con naltrexona. *Adicciones*, 10 (1), 7-21.

Sánchez-Burson JM. (2001). Los pacientes mentales en prisión. *Rev. AEN XXI*, 78, 139-153.

Sánchez-Gutiérrez AE. (2001) Responsabilidad, ley, salud mental. Reflexiones en torno al nuevo Código Penal. *Rev AEN XXI*, 77, 109-126.

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2014). *El Sistema Penitenciario Español*. Recuperado el 23 de Septiembre de 2015 de: [www.institucionpenitenciaria.es/web/.../Sistema\\_Penitenciario\\_2014\\_Web\\_Vin\\_2.pdf](http://www.institucionpenitenciaria.es/web/.../Sistema_Penitenciario_2014_Web_Vin_2.pdf)

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (2014). Informe general de IIPP 2014. Recuperado el 23 de Septiembre de 2015 de [http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/publicaciones/Informe\\_General\\_2014\\_Web\\_acc.pdf](http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/publicaciones/Informe_General_2014_Web_acc.pdf)

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. *Servicios Centrales: Estructura organizativa*. Recuperado el 23 de Julio de 2015, de: <http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/administracionPenitenciaria/organizacion/serviciosCentrales/>.

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. *Hospitales Psiquiátricos dependientes de la Administración Penitenciaria. Propuesta de acción*. Recuperado el 25 de Septiembre de 2015 de: [http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/bEpidemiologicos/PROPUESTA\\_DE\\_ACCIxn\\_HOSPITALES\\_PSIQUIxTRICOS\\_PENITENCIARIOS.pdf](http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/bEpidemiologicos/PROPUESTA_DE_ACCIxn_HOSPITALES_PSIQUIxTRICOS_PENITENCIARIOS.pdf)

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. *Instrucción I-5/2014, sobre el Programa Marco de Prevención de Suicidios*. Recuperado el 26 de Marzo de 2016 de: [www.institucionpenitenciaria.es/.../instruccionesCirculares/Instruccixn\\_I-5-2014.pdf](http://www.institucionpenitenciaria.es/.../instruccionesCirculares/Instruccixn_I-5-2014.pdf)

- Secretaria General de Instituciones Penitenciarias. *PAIEM Renovado*. Recuperado el 26 de Septiembre de 2015 de:  
[http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/Noticias/Carpeta/PAIEM\\_RENOVADO.pdf](http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/Noticias/Carpeta/PAIEM_RENOVADO.pdf)
- Singleton N, Meltzer H, Gatward R. (1998). *Psychiatric morbidity among prisoners in England and Wales*. Office for National Statistics, Government Statistical Service, London.
- Smith R. (1999). Prisoners: an end to second class health care?. *British Medical Journal*, 318, 954-955.
- Snow L, Paton J, Oram C, Teers R. (2002). Self-inflicted deaths during 2001: an analysis of trends. *The British Journal of Forensic Practice*, 4 (4), 317.
- Soyka M. (2000). Substance misuse, psychiatric disorder and violent and disturbed behaviour. *British Journal Psychiatry*, 176, 345-350.
- Stephen, J. (2004). *State Prison Expenditures, 2001*. Bureau of Justice Statistics, NCJ 202949. Recuperado el 18 de Julio de 2016 de:  
[www.bjs.gov/content/pub/pdf/spe01.pdf](http://www.bjs.gov/content/pub/pdf/spe01.pdf)
- Steingrimsson S, Sigurdsson M, Gudmundsdottir H, Aspelund T, Magnusson A. (2016). Mental disorder, imprisonment and reduced life expectancy: A nationwide psychiatric inpatient cohort study. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 26, 6-17.
- Stewart L, Farrel-Mac Donald S, Feeley S. (2016). The impact of a community mental health initiative on outcomes for offenders with a serious mental disorder. *Criminal Behaviour and Mental Health*. DOI: 10.1002/cbm.2005.
- Swart MS, Swanson JW, Hiday VA, Borum R, Wagner HR, Burns BJ. (1998). Violence and Severe Mental Illness: the effect of substance abuse and non adherence to medication. *American Journal Psychiatry*, 155, 226-231.

- Sykes G, Messenger S. (1960). The inmate social system. En: Cloward R et al. *Theoretical studies in social organization of the prison*. New York: Social Science Research Council.
- Terán A (2009). Manejo clínico del paciente con Patología Dual. *Socidrogalcohol*.
- Torrey EF. (1995). Jails and prisons. American's new mental hospitals. *American Journal Public Health*, 85, 1611-3.
- Tort V. (2014). *Psiquiatría Legal*. Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Acadèmia de ciències mèdiques de Catalunya.
- Valverde J. (1997). *La cárcel y sus consecuencias*. Madrid: Editorial Popular.
- Vallina O, Alonso M, Gutiérrez A, Ortega JA, García A y Fernández P. (2003). Aplicación de un programa de intervención temprana en psicosis. Un nuevo desarrollo para las unidades de salud mental. *Advances in relational mental health*, 2 (2). Recuperado el 28 de Septiembre de 2016 de: [www.fundacionomie.org/fileadmin/omie/contenidos/...pdf/Salud\\_Mental.../995.pdf](http://www.fundacionomie.org/fileadmin/omie/contenidos/...pdf/Salud_Mental.../995.pdf)
- Valls E, Bosquet M, Rodrigo I (1992). Evaluación de los trastornos de personalidad en una muestra de población dependiente de opiáceos. *Libro de comunicaciones del I Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría Legal*. Zaragoza.
- Van Horn JE, Eisenber MJ, Van Kuik S, Van Kinderen GM. (2012). Psychopathology and recidivism among violent offenders with a dual diagnosis. A comparison with other subgroups of violent offenders. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 54 (6), 497-507.
- Vandeveldel S, Soyoz V, Vander Beken T, De Smet S, Boers A, Broekaert E. (2011). Mentally ill offenders in prison: The Belgian case. *International Journal o Law and Psychiatry*, 34 (1), 71-78. doi: 10.1016/j.ijlp.2010.11.011.



- Varela-González O, Algora-Donoso I, Gutiérrez-Blanco M, Larraz-Pascual ME, Barreales-Tolosa L, Santamaría-Morales A. (2007). Uso de Psicofármacos en prisión (CP Madrid III). *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 9 (2), 38-46.
- Verhuel R. (2007). *Tratado de los trastornos de personalidad*. Doyma. Masson.
- Vicens E, Tort V, Dueñas RM, Muro Á, Pérez-Arnau F, Arroyo JM, et al. (2011). *The prevalence of mental disorders in Spanish prisons*. *Criminal Behaviour Mental Health*, 21 (5), 321-32.
- Villaverde L, Gracia-Marco R, Morera A. (2000). Relación entre el estrés psicosocial y la patología psíquica: un estudio comunitario. *Actas Españolas Psiquiatría*, 28 (1), 1-5.
- Volavka J, Swanson J. (2010). Violent behavior in mental illness: the role of substance abuse. *Journal of the American Medical Association*, 304 (5), 563-564.
- Von Schönfeld CE, Schneider F, Schröder T, Widmann B, Botthof U, Driessen M (2006). Prevalence of psychiatric disorders, psychopathology and the need for treatment in female and male prisoners. *Nervenarzt*, 77 (7), 830-41.
- Zabala-Baños MC, Segura A, Maestre-Miquel C, Martínez-Lorca M, Rodríguez-Martín B, Romero D et al. (2016). Prevalencia de trastorno mental y factores de riesgo asociados en tres prisiones de España. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 18, 13-24.
- Zimmerman M, Rothschild L, Chelmiski I. (2005). The Prevalence of DSM-IV Personality Disorders In Psychiatric Outpatients. *American Journal Psychiatry*, 162, 1911-18.
- Zulaika D, Etxeandia P, Bengoa A, Caminos J, Arroyo-Cobo JM. (2012). Un nuevo modelo asistencia penitenciaria: la experiencia del País Vasco. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 14, 91-98.

# ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

---

TABLAS	21
Tabla 1: Evolución del encarcelamiento a lo largo de la historia (parte I). Elaboración propia. <u>Fuente</u> : Gudín, 2008.	21
Tabla 2: Evolución del encarcelamiento a lo largo de la historia (parte II). Elaboración propia. <u>Fuente</u> : Gudín, 2008.	22
Tabla 3: Nivel instrucción de los internos españoles. <u>Fuente</u> : Informes Generales SGIIPP años: 1990, 2003, 2011, 2014.	25
Tabla 4: Estudios publicados en la RESP sobre salud mental y prisiones (parte I). Elaboración propia. <u>Fuente</u> : RESP.	74
Tabla 5: Estudios publicados en la RESP sobre salud mental y prisiones (parte II). Elaboración propia. <u>Fuente</u> : RESP.	75
Tabla 6: Estudios publicados en la RESP sobre salud mental y prisiones (parte III). Elaboración propia. <u>Fuente</u> : RESP.	76
Tabla 7: Estudios publicados en la RESP sobre salud mental y prisiones (parte IV). Elaboración propia. <u>Fuente</u> : RESP.	77
Tabla 8: Consumo admitido de sustancias.	129
Tabla 9: Motivo de derivación desde el EAP.	130
Tabla 10: Diagnóstico psiquiátrico.	131
Tabla 11: Motivo de derivación y diagnóstico psiquiátrico.	132
Tabla 12: Diagnóstico y consumo admitido de sustancias (patología dual).	133

Tabla 13: Diagnóstico psiquiátrico y aplicación de PPS.	134
Tabla 14: Eventos vinculados al cierre del estudio.	136
Tabla 15: Tratamiento farmacológico. Fármacos y dosis (parte I).	138
Tabla 16: Tratamiento farmacológico. Fármacos y dosis (parte II).	139
Tabla 17: Número de fármacos vinculado a diagnóstico clínico.	140
Tabla 18: Tipo de modificación del tratamiento según diagnóstico establecido.	142
Tabla 19: Variables sociodemográficas según diagnóstico clínico.	147
Tabla 20: Variables relacionadas con el perfil delictivo según diagnóstico clínico.	149
Tabla 21: Variables referentes a patología médica según diagnóstico clínico.	150
Tabla 22: Variables referentes al tratamiento según diagnóstico clínico.	151
Tabla 23: Variables relacionadas con el seguimiento y estudio temporal según diagnóstico clínico.	152
Tabla 24: Ecuación COX en relación a los diagnósticos clínicos en toda la muestra.	154
Tabla 25: Variables sociodemográficas vinculadas a la hiperfrecuentación (género, edad y nacionalidad).	155
Tabla 26: Variables sociodemográficas vinculadas a la hiperfrecuentación (nivel académico y situación laboral y otras condiciones psicosociales).	156
Tabla 27: CP en el que residen los internos vinculado a la hiperfrecuentación.	157
Tabla 28: Variables relacionadas con el perfil delictivo vinculadas a la hiperfrecuentación.	158

Tabla 29: Variables referentes a patología médica vinculadas a la hiperfrecuentación.	159
Tabla 30: Variables referentes a diagnóstico y motivo de derivación vinculadas a la hiperfrecuentación.	160
Tabla 31: Variables referentes al tratamiento vinculadas a la hiperfrecuentación.	161
Tabla 32: Variables relacionadas con el seguimiento y estudio temporal vinculadas a la hiperfrecuentación.	162
Tabla 33: Correlaciones entre la variable “número de valoraciones” y el resto de variables cuantitativas en toda la muestra.	163
Tabla 34: Pruebas ómnibus sobre los coeficientes del modelo de regresión logística del fenómeno de la hiperfrecuentación.	166
Tabla 35: Prueba de Hosmer y Lemeshow del modelo de regresión logística del fenómeno de la hiperfrecuentación.	167
Tabla 36: Tabla de contingencias para la prueba de Hosmer y Lemeshow del modelo de regresión logística del fenómeno de la hiperfrecuentación (pasos 1, 2, 3, 4 y 5).	167
Tabla 37: Tabla de contingencias para la prueba de Hosmer y Lemeshow del modelo de regresión logística del fenómeno de la hiperfrecuentación (pasos 6, 7, 8 y 9).	168
Tabla 38: Tabla de clasificación <sup>a</sup> en el procedimiento de regresión logística del fenómeno de la hiperfrecuentación.	169

Tabla 39: Variables excluidas del procedimiento de Regresión logística del fenómeno de la hiperfrecuentación.	170
Tabla 40: Variables incluidas en el procedimiento de Regresión logística del fenómeno de la hiperfrecuentación (Pasos 1,2 ,3 4, 5 y 6).	171
Tabla 41: Variables incluidas en el procedimiento de regresión logística del fenómeno de la hiperfrecuentación (Pasos 7, 8 y 9).	172
Tabla 42: Variables sociodemográficas según CP en el que residen.	174
Tabla 43: Variables relacionadas con el perfil delictivo según CP en el que residen.	175
Tabla 44: Variables referentes a patología médica según CP en el que residen.	176
Tabla 45: Variables referentes a diagnóstico y motivo de derivación vinculadas a los CP.	177
Tabla 46: Variables referentes al tratamiento según CP en el que residen.	178
Tabla 47: Variables relacionadas con el seguimiento y estudio temporal según CP en el que residen.	179
Tabla 48: Ecuación COX en relación a los diagnósticos clínicos en CP Castellón I.	181
Tabla 49. Ecuación COX en relación a los diagnósticos clínicos en CP Castellón II.	182
Tabla 50: Ecuación COX en relación a los diagnósticos clínicos en CP Valencia II.	184

## FIGURAS

Figura 1: Organización de un CP. <u>Fuente</u> : SGIIPP.	38
Figura 2: Evolución del número de suicidios en los CP dependientes del MI. Elaboración propia. <u>Fuente</u> : Informes Generales IIPP 2004-2014.	88
Figura 3: Diagrama de caja con los el número de suicidios en los CP dependientes del MI. Elaboración propia. <u>Fuente</u> : Informes Generales IIPP 2004-2014.	89
Figura 4: Género.	121
Figura 5: Grupos de edad.	122
Figura 6: Nacionalidad.	122
Figura 7: Nivel académico.	123
Figura 8: Situación laboral y otras condiciones psicosociales.	124
Figura 9: CP en el que residen los pacientes.	124
Tabla 10: Número de condenas.	125
Figura 11: Tiempo de condena en los presos penados.	126
Tabla 12: Tipo de delito.	127
Figura 13: Patología médica asociada.	128
Figura 14: Distribución de los pacientes en relación a la duración del seguimiento.	135
Figura 15: Distribución por número de fármacos.	137
Figura 16: Tipo de modificación de tratamiento.	141
Figura 17: Distribución del número de valoraciones.	143

Figura 18: Densidad (número de visitas en relación a tiempo de seguimiento).	143
Figura 19: Hiperfrecuentadores.	144
Figura 20: Motivo de derivación desde EAP en los hiperfrecuentadores.	144
Figura 21: Diagnóstico asociado en los hiperfrecuentadores.	145
Figura 22: Análisis de supervivencia en toda la muestra respecto al diagnóstico asociado.	153
Figura 23: Análisis de supervivencia en CP Castellón I respecto al diagnóstico asociado.	180
Figura 24: Análisis de supervivencia en CP Castellón II respecto al diagnóstico asociado.	182
Figura 25: Análisis de supervivencia en CP Valencia II respecto al diagnóstico asociado.	183

# ANEXOS

---

## Anexo 1. Consentimiento informado.

### “Evaluación de aspectos sociodemográficos, clínicos y de tratamiento de personas privadas de libertad atendidas en una consulta psiquiátrica penitenciaria”

---

#### HOJA DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nos gustaría invitarle a participar en el estudio de investigación que estamos llevando a cabo en este Centro con el objetivo de analizar los aspectos más importantes sobre el contenido de la consulta psiquiátrica penitenciaria.

#### Objetivo del estudio:

El presente estudio se realiza para lograr un mejor conocimiento de la realidad asistencial de la consulta psiquiátrica penitenciaria. Se pretenden analizar una serie de variables sociodemográficas, clínicas y de tratamiento, que nos permitan conocer con mayor profundidad el trabajo que se realiza en estas consultas y plantear alternativas que mejoren la asistencia psiquiátrica en los centros penitenciarios.

#### Descripción del estudio:

La participación en este estudio es completamente voluntaria.

No se trata de un estudio en el que se evalúe respuesta a tratamientos o en el que se apliquen escalas diagnósticas por lo que no se precisa rellenar ningún cuestionario.

Se trata de un estudio en el que se quiere analizar *exclusivamente* los datos recogidos en la Historia clínica penitenciaria.

#### Abandono del estudio:


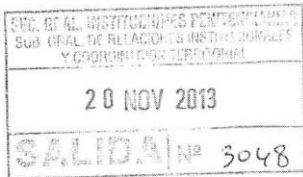
Se es libre para solicitar que no se analicen los datos de su historia clínica en cualquier momento. Así mismo, si decide solicitarlo esto se producirá sin ningún perjuicio en el tratamiento que recibe en este centro.

#### Confidencialidad:

Todos los datos de la historia clínica serán tratados con **total** confidencialidad. Cualquier información que pueda identificarle por su nombre **no** será compartida con nadie fuera del investigador. **No** se le podrá identificar en ninguna de las publicaciones que se realicen como fruto de la presente investigación.



Anexo 2. Permiso para la realización del estudio por parte de la SGIIPP.


 MINISTERIO DEL INTERIOR	 20 NOV 2013 SALIDA Nº 3048	SECRETARIA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS  Subdirección General de Relaciones Institucionales y Coordinación Territorial
O F I C I O		
SIREF.		
NREF.		
FECHA	20 de noviembre de 2013	Directores de los Centros Penitenciarios de Castellón I, Castellón II y Valencia
ASUNTO	Investigación funcionario	

En contestación a la solicitud presentada en esta Subdirección por **D. Francisco Arnau Peiró**, Psiquiatra Consultor del Centro Penitenciario de Castellón I, para poder realizar un trabajo de investigación en los Centros Penitenciarios de Castellón I, Castellón II y Valencia sobre: "**Aspectos sociodemográficos, clínicos y de tratamiento de los pacientes en una consulta de psiquiatría penitenciaria**", le comunico que se autoriza lo solicitado.

Se adjunta copia de la autorización y de las condiciones a respetar en el trabajo de investigación que deberá ser firmado por el funcionario para constancia escrita de su conformidad en la dirección del Centro.

De la presente autorización se dará cuenta al solicitante (solo Castellón I).

SUBDIRECTORA GENERAL  
DE RELACIONES INSTITUCIONALES  
Y COORDINACIÓN TERRITORIAL

  
Mercedes Belaustegui Alonso

CORREO ELECTRÓNICO  
sgrelacionesinstitucionales@dgip.mir.es

ALCALÁ, 38  
28014 MADRID  
TEL.: 91 335 4794  
FAX.: 91 335 4050



**CONDICIONES A RESPETAR EN EL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN "ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS, CLÍNICOS Y DE TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES EN UNA CONSULTA DE PSIQUIATRÍA PENITENCIARIA"**

1º.- La autorización tendrá validez hasta el 31 de mayo de 2014. Si fuera necesario su prolongación, deberá tramitar una nueva solicitud justificando las causas de su continuidad.

2º.- La selección de los internos, compaginará los criterios de la investigación con las limitaciones penitenciarias. En cualquier caso, la colaboración de los mismos será voluntaria, informándoles personalmente de los objetivos de la investigación de manera suficiente, para que su participación sea realmente libre. De esta circunstancia deberá quedar nota escrita en el centro.

3º.- La investigación garantizará en todo caso la intimidad protegida en el artículo 18.1 de la Constitución, evitando la correspondencia de los datos obtenidos y sus titulares. Igualmente deberá respetarse lo previsto en los artículos 4.2.b y 211 del Reglamento Penitenciario y lo dispuesto en la Ley 15/1999 de Protección de datos.

4º.- Esa Dirección, como garante de la especial situación jurídica de los internos, **deberá aprobar** antes de su realización:

- El modelo escrito de **consentimiento de los internos**.
- La información que se va a facilitar a los internos, a fin de obtener su voluntaria participación.
- Cualquier cambio sustancial que se vaya a producir en el desarrollo de la investigación.

5º.- De los estudios realizados deberá facilitar copia a esta Secretaría General para valoración conjunta antes de realizar cualquier publicación o explotación pública de los datos o resultados obtenidos. Tampoco se deberán facilitar datos a terceros sin autorización de este centro directivo.

6º.- Esa dirección fijará las condiciones para que las actividades derivadas de la autorización se desarrollen adecuadamente sin perturbar el desarrollo de los servicios, pero prestando la colaboración necesaria para el desarrollo de la actividad.

El tiempo dedicado a la actividad de investigación autorizada será independiente del de la jornada laboral que en función de su puesto de trabajo tenga establecida.

7º.- En caso de publicación del estudio se debe remitir a esta Secretaría General un ejemplar del mismo para incorporarlo al fondo bibliográfico de nuestra Biblioteca y libre consulta de los usuarios de la misma.

Se deberá firmar el compromiso que se adjunta para constancia escrita de su conformidad en la dirección del centro penitenciario.

Presto mi CONFORMIDAD a las condiciones descritas anteriormente, en el desarrollo del trabajo de investigación que me propongo realizar. Como prueba de ello, firmo el presente documento en

Castellón, 20/11/13

MINISTERIO  
DEL INTERIOR  
DIRECCIÓN GENERAL DE  
INSTITUCIONES  
PENITENCIARIAS

Anexo III. Aprobación del estudio por parte del CHP de Castellón.

espacio sin humo  
espai sense fum



**NOTA DE RÉGIMEN INTERIOR**

**DE:** DIRECCIÓN

**A:** DR. FRANCISCO ARNAU (SALUD MENTAL) – OFICINA I+D

**ASUNTO:** APROBACIÓN PROYECTOS INVESTIGACIÓN

De acuerdo con el informe de la Comisión de Investigación de evaluación de proyectos de investigación presentados en la reunión de 24 de febrero de 2014, esta Dirección le informa de que su proyecto "**Evaluación de aspectos sociodemográficos, clínicos y de tratamiento de personas privadas de libertad atendidas en consulta psiquiátrica penitenciaria**" ha sido aprobado.

Todo lo cual pongo en su conocimiento para los efectos oportunos.

Atentamente,

Castellón, 4 de junio de 2014

DIRECTOR GERENTE

Fdo: D. Rafael Arce Caparros



TESIS DOCTORAL  
FRANCISCO ARNAU PEIRÓ

2016