

# Estudio de las medidas coercitivas en centros penitenciarios y hospitales psiquiátricos penitenciarios: opiniones de internos y profesionales

A Runte-Geidel<sup>1</sup>, E Girela<sup>2</sup>, Á López<sup>3</sup>, F Ruiz<sup>4</sup>, F Torres-González<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Pedagogía. Universidad de Jaén.

<sup>2</sup> Departamento de Medicina Legal y Forense. Universidad de Córdoba

<sup>3</sup> Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante

<sup>4</sup> Centro Penitenciario de Albolote. Granada

<sup>5</sup> CIBER de Salud Mental, CIBERSAM. Universidad de Granada

## RESUMEN

**Objetivos:** El estudio ha pretendido conocer, por un lado, la opinión de personas internas en establecimientos penitenciarios, y por otro lado, la opinión de los funcionarios de estas instituciones sobre el uso de medidas coercitivas por indicación clínica en personas con problemas de salud mental y sobre la necesidad de creación de protocolos de actuación para la aplicación de estas medidas.

**Metodología:** Estudio cualitativo que ha utilizado la técnica de Grupos Focales llevados a cabo con internos y funcionarios del Centro Penitenciario de Granada y del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante, España.

**Resultados:** Los resultados demuestran que la medida coercitiva más utilizada en estas instituciones es la medicación forzosa. Las personas internas no comprenden y rechazan la utilización de esta medida, sobre todo porque están mal informadas sobre su enfermedad y su tratamiento farmacológico, pero los profesionales abogan por los beneficios de la medicación psiquiátrica, aunque sea de forma involuntaria.

**Conclusiones:** Tanto usuarios como profesionales están de acuerdo con la utilidad de la existencia de un protocolo de actuación para la aplicación de medidas coercitivas. Este estudio ha hallado importantes factores que podrían ayudar a disminuir la utilización de medidas coercitivas o incluso evitarlas.

**Palabras clave:** Salud mental; Prisiones; Derechos del paciente; Psiquiatría; España; Análisis Cualitativo; Farmacología; Protocolos.

## STUDY OF COERCIVE MEASURES IN PRISONS AND SECURE PSYCHIATRIC HOSPITALS: THE VIEWS OF INMATES AND CAREGIVERS

### ABSTRACT

**Aim:** The aim of the study was to ascertain the opinions of both inmates and staff of prison establishments about the use of coercive measures justified for clinical reasons for people with mental health problems and about the need to create protocols to regulate the application of these measures.

**Method:** These opinions were gathered in a Qualitative Study with Focus Groups (prison inmates and prison staff) from the Granada Penitentiary Centre and the Alicante Penitentiary Psychiatric Hospital, both in Spain.

**Results:** The results showed that forced medication is the most commonly used coercive measure in these institutions. The inmates did not understand and rejected the use of this measure, above all because they were poorly informed about their illness and the medication required to treat it. The staff however defended the benefits of psychiatric medicine, even when administered without the patient's consent.

**Conclusions:** Both inmates and staff agreed that it would be useful to have a protocol regulating the use of coercive measures. The study has also identified a number of important factors that could help to reduce the need for coercive measures or make their use unnecessary.

**Keywords:** Mental health; Prisons; Patient rights; Psychiatry; Spain; Qualitative Analysis; Pharmacology; Protocols.

Fecha recepción: 21-02-2013

Fecha aceptación: 14-09-2013

## INTRODUCCIÓN

El uso de medidas coercitivas en psiquiatría, aunque sea frecuente en la práctica clínica, sobre todo en las hospitalizaciones, es un tema poco estudiado y solo recientemente ha sido reconocida la imperiosa necesidad de su regulación normativa por parte de los estados miembros de la Unión Europea<sup>1</sup>. Asimismo, es un tema menos estudiado aun cuando se trata de pacientes en establecimientos penitenciarios<sup>2</sup>.

La hospitalización psiquiátrica exige en ocasiones excepcionales, la adopción de medidas que, si no se toman las precauciones adecuadas, podrían lesionar ciertos derechos fundamentales de la persona como la dignidad, la libertad o la intimidad. Estas medidas (ingresos y tratamientos forzosos, restricción física y aislamiento) pueden ser herramientas temporales necesarias para el abordaje de algunos episodios de la enfermedad, pero necesitan de normativa específica que vaya más allá de la genérica protección de los derechos fundamentales y el requerimiento del consentimiento del paciente. Además, el consentimiento del paciente es obviado en muchas circunstancias por imposibilidad de obtenerlo de forma válida, o por tomarlas contra la voluntad expresa del enfermo, contra lo previsto en la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente.

Suele ser difícil obtener el consentimiento del paciente para su tratamiento debido a la frecuente falta de conciencia de enfermedad del propio paciente a causa de su patología. Las fronteras que marcan la competencia del paciente para asumir el tratamiento, en el caso del enfermo mental, son necesariamente laxas, pero a veces confusas. La falta de conciencia de enfermedad no siempre determina una clara falta de competencia del paciente para decidir sobre su tratamiento. En patologías no psicóticas, como los trastornos alimentarios, la dependencia a drogas o los trastornos de personalidad, el problema se hace aún más complejo<sup>3</sup>. En la actualidad, la utilización de la contención mecánica en los pacientes se realiza buscando causar la menor agresión posible y que se realice en un ambiente médicamente supervisado.

Alertados por el uso frecuente de medidas de coerción del enfermo hospitalizado y alarmados por

la falta de regulación normativa de su empleo, un consorcio de investigadores europeos de 12 países puso en marcha el estudio EUNOMIA, con la finalidad de contribuir a la armonización de las buenas prácticas clínicas en el empleo de medios coercitivos por indicación terapéutica<sup>1,4</sup>.

De forma similar, se ha desarrollado también el estudio EUPRIS con participación española<sup>2</sup> financiado por la Comisión Europea y cuyo informe final enfatiza una serie de indicadores básicos de salud mental en prisión. Como una extensión de estos estudios, el proyecto COCEHOSPE se ha propuesto estudiar el fenómeno de las medidas coercitivas por indicación terapéutica en establecimientos penitenciarios. Hay muy pocas publicaciones que traten el punto de vista del personal médico sobre las medidas de coerción. Bergk y Steinert<sup>5</sup> en un estudio del Departamento de Psiquiatría de Weissenau en Ulm, comunicaron una preferencia del staff médico por las medidas de reclusión, por considerarlas menos restrictivas de los derechos humanos. Pacientes entrevistados por Lidz et al<sup>6</sup> identificaron a los profesionales de salud como el grupo que más indicó el uso de medidas coercitivas durante su ingreso, además han declarado que fueron utilizadas medidas de coerción tanto verbal como físicas para presionarlos a aceptar ser ingresados.

Dentro de la fase inicial del proyecto COCEHOSPE, se ha utilizado la técnica de los grupos focales para contrastar las opiniones que tienen los diversos colectivos implicados como sujetos activos o pasivos de la aplicación de medidas coercitivas en el ámbito penitenciario. Las medidas coercitivas abordadas por este estudio fueron el aislamiento, la coerción química, la medicación forzada y la restricción física (contención física o sujeción mecánica).

## MATERIAL Y MÉTODOS

Este estudio fue llevado a cabo con la autorización de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias y fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad del Investigador Principal del estudio. Además, todos los participantes firmaron el documento de Consentimiento Informado.

**Población:**

El universo muestral de este estudio ha estado formado por dos perfiles de participantes (Tabla 1): el Perfil 1, denominado "Personas Internas", fue compuesto por los internos del Centro Penitenciario de Granada y del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante, que hayan sido sujetos de la aplicación de alguna medida coercitiva por indicación clínica. El Perfil 2, denominado "Cuidadores", fue compuesto por el personal que trabaja en estos establecimientos, tanto personal sanitario como no sanitario.

Criterios de Exclusión (para los dos grupos del Perfil 1):

- Personas Internas cuyas medidas coercitivas de aislamiento o sujeción mecánica fueron utilizadas por motivos regimentales y no propiamente médicos.
- Personas Internas que hayan sido sometidos a una medida coercitiva por otras cuestiones médicas no relacionadas con trastornos psíquicos (por ejemplo un aislamiento respiratorio en una TBC).

**Metodología:**

Esta etapa del estudio se ha realizado mediante metodología cualitativa, a través de la técnica de Grupos Focales. Esta metodología resulta especialmente adecuada cuando lo que se pretende es la comprensión en profundidad del fenómeno que se desea investigar, desde el punto de vista de los propios sujetos implicados<sup>7</sup>. Los Grupos Focales (GF) se caracterizan por ser una conversación entre un grupo pequeño de participantes (entre 6 y 10 personas).

*Desarrollo de los Grupos Focales*

Las reuniones fueron llevadas a cabo por dos investigadores del estudio y fueron grabadas en audio y video para posteriormente ser transcritas y mecanografiadas, como paso previo a su análisis. Las tablas 2 y 3 muestran las características de los participantes en los GF.

Tabla 2. Perfil Cuidadores por categoría profesional

	Prof. Sanitarios	Prof. No sanitarios
Grupo 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 médicos generales</li> <li>• 1 enfermera</li> <li>• 1 auxiliar de enfermería</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 funcionarios de vigilancia</li> </ul>
Grupo 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 psiquiatra</li> <li>• 1 médica generalista</li> <li>• 2 enfermeros</li> <li>• 1 auxiliar de enfermería</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 celador</li> <li>• 2 funcionarios de vigilancia</li> <li>• 1 educador</li> <li>• 1 farmacéutica</li> </ul>

Tabla 3. Características de los Pacientes

	Sexo	Diagnóstico principal
Grupo 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 6 hombres</li> <li>• 1 mujer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 Esquizofrenia paranoide</li> <li>• 1 Esquizofrenia indiferenciada</li> <li>• 1 Trastorno de ideas delirantes de persecución</li> <li>• 2 Psicosis por uso de drogas (cocaína)</li> <li>• 1 trastorno bipolar</li> </ul>
Grupo 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 6 hombres</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 Esquizofrenia paranoide</li> <li>• 2 Esquizofrenia indiferenciada (uno de ellos + trastorno. de personalidad no especificado)</li> <li>• 1 trastorno de personalidad borderline</li> </ul>

*Guiones temáticos*

Los GF fueron realizados usando guiones preparados previamente por investigadores del equipo del proyecto. Estos guiones se constituyen de un listado de preguntas que deben servir únicamente de recordatorio para el moderador de los grupos. Se utilizaron dos guiones distintos, uno para cada perfil de participantes.

La estrategia de Análisis y la interpretación de los resultados fueron realizadas según los objetivos del estudio en 3 etapas: 1) Análisis de imágenes de video centrado en las actitudes de los participantes, el nivel de participación y la comunicación verbal y no verbal. 2) Análisis preliminar: lectura comprensiva de los textos producidos en los grupos focales y la segmentación de los textos en unidades menores. 3) Análisis de contenido: definición las categorías de análisis, ca-

Tabla 1. Segmentación de los GF

Perfiles de los participantes	Tipología de grupos	Centros
Perfil 1	Grupos 1 y 3	GF 1: Personas Internas del HPP de Alicante GF 3: Personas Internas del CP de Granada
Perfil 2	Grupos 2 y 4	GF 2: Cuidadores del HPP de Alicante GF 4: Cuidadores del CP de Granada

tegorización de los segmentos de texto, elaboración e interpretación de los resultados.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados fueron agrupados en función de las categorías de análisis correspondientes. Los presentamos según los dos perfiles: internos y cuidadores. Se pueden ver primero los resultados relativos al discurso de los internos, seguido por los resultados del discurso de los cuidadores.

### Perfil 1: Personas Internas

#### *Categoría 1: Opinión sobre cómo son tratados médicamente en esa Institución*

La opinión que las personas internas tienen de los médicos y los psiquiatras varía según el centro donde se encuentran. Aquellos que se encuentran en el centro penitenciario tienen opiniones que a veces se muestran neutrales y otras veces demuestran que no están satisfechos con la forma como los tratan. Aquellos que se encuentran en el hospital han presentado opiniones más favorables sobre el trato que reciben.

La mejor visión que se tiene del staff médico en general en los HPP en comparación con los CP podría deberse a que el hospital es un Centro donde todos los internos son considerados “enfermos psiquiátricos” y de hecho no están cumpliendo condena, sino una medida de seguridad en base a su inimputabilidad en los delitos cometidos. Pensamos que tanto los pacientes como los médicos y cuidadores, tienen mayor conciencia de la enfermedad y predomina lo “médico” sobre lo “regimental”. Además, otro factor adicional que puede predisponer a los internos contra algunos médicos, es el elevado consumo de tóxicos en prisión con un perfil de poli-consumo. Ello implica que estos pacientes son muy demandantes de fármacos tipo benzodiazepínicos de vida media corta e intermedia y, obviamente, no suelen estar muy contentos cuando los médicos no se las prescriben.

Algunos entrevistados piensan que el tiempo de consulta con el psiquiatra es demasiado corto, esto les genera la idea que el psiquiatra no los conoce suficientemente y que no puede entender en profundidad sus problemas o necesidades. La falta de tiempo, también influye en el tipo de atención prestada por el psiquiatra, pues dicen que más tiempo posibilitaría la utilización de otras terapias además de la farmacológica.

Algunos participantes achacan la culpa de que los profesionales no tengan el tiempo suficiente para aten-

der sus necesidades a la actitud de la Administración y a los pocos recursos humanos que ésta proporciona.

El hecho de tener escasos minutos de contacto con los profesionales sanitarios también puede estar detrás de la falta de información que estas personas tienen sobre su enfermedad o sus tratamientos. La falta de información les genera, por un lado, inseguridad, por no saber qué les está pasando y por qué les insisten tanto en la medicación. Por otro lado, esta inseguridad puede llevarlos al rechazo y al miedo del tratamiento farmacológico. Estas opiniones nos llevan a pensar que los pacientes no tienen muy mal concepto de los profesionales sanitarios, pues les exculpan en cierto modo achacando los déficits a la Institución. Los participantes del estudio de Nurse et al<sup>8</sup> también destacaron la necesidad de mejorar el entrenamiento y el uso de evaluaciones para los funcionarios de prisiones.

#### *Categoría 2: Opinión sobre las medidas coercitivas utilizadas*

Los principales tipos de medidas coercitivas nombradas por los participantes de los dos grupos son la aplicación de medicación inyectable contra su voluntad y la inmovilización física. Algunos se muestran de acuerdo con estas medidas, creen que en ciertos casos son necesarias e incluso beneficiosas para la persona. Otros parecen tener miedo a los inyectables y dicen preferir la contención mecánica. Sin embargo, la mayoría o no entiende el porqué del tratamiento que reciben o no están de acuerdo con él. Posiblemente esto se debe a que las medidas de contención mecánica son puntuales y además se hacen cada vez menos, mientras que el uso continuado de medicación (incluso contra su voluntad) es algo que les afecta todos los días. Algo de esto está cambiando, visto que los enfermos hablan de experiencias pasadas y cuando se quejan de efectos secundarios se refieren normalmente a mezclas de antipsicóticos atípicos inyectables o preparados depot, mientras que los nuevos tratamientos (sobre todo si son pactados), son mejor tolerados y aceptados por los pacientes. Sin embargo, hay que destacar que la mayoría de los entrevistados son enfermos psicóticos que, por un lado, tienen poca conciencia de enfermedad y que, por otro, precisan de un uso continuado de esta medicación para no desarrollar brotes de la enfermedad que ocasionan mayor deterioro.

Los participantes también refieren ocasiones en que consideran que hay excesos en el uso dado a la medicación. Recuerdan casos personales o de conocidos en que la cantidad de medicación utilizada les ha causado efectos físicos muy desagradables y hasta peligrosos para su salud física.

Además, las personas entrevistadas también consideran que en algunas ocasiones el tiempo utilizado

en una medida coercitiva, o el tiempo de uso de la medicación es demasiado largo. Nuevamente entra en juego la información que reciben sobre lo que les ocurre, o bien no es suficiente o puede que las explicaciones sean demasiado complejas.

Asimismo, los participantes narran situaciones en que la aplicación de la medida coercitiva va acompañada de violencia física y verbal. Estos comportamientos les generan indignación, pero también un sentimiento de impotencia y sometimiento. Nurse et al<sup>8</sup> también han encontrado que los internos se mostraban descontentos con el trato verbal del personal del equipo.

Cuando hemos preguntado sobre las posibles alternativas al uso de estas medidas coercitivas, o aquello que ayudaría a evitar llegar al extremo de tener que hacer uso de estas medidas, los participantes han vuelto a nombrar la necesidad de terapias, pero también de actividades de ocio y alternativas para ocupar el tiempo de forma creativa. Los internos entrevistados en el estudio de Nurse et al<sup>8</sup> también hicieron hincapié en el hecho de haber pocas actividades, físicas o mentales, dentro de la institución penitenciaria que fuesen estimulantes, y esto les causaba más estrés e irritación.

Finalmente, se ha preguntado cómo veían la posibilidad de que existiera un protocolo de aplicación y utilización de medidas coercitivas. La mayoría de ellos han visto esa posibilidad como algo positivo en la medida en que les protegería de los excesos que habían narrado anteriormente.

### Perfil 1 – Personas Internas

*“Pero es lo que dice este chaval, si viene un psiquiatra y tiene a lo mejor 40-50 pacientes lo que hace es pum, pum, pum, pastillas”.* (Participante C.)

*“Pues yo la opinión que tengo es que dedican poco tiempo para nosotros, porque en diez minutos, cada mes o cada veinte días, en diez minutos, o cinco minutos que, la consulta del psiquiatra, yo creo que no se puede conocer la personalidad de una persona”.* (Participante HPP)

*“Cuando unas personas, algunas personas tienen algún brote, la solución es 4, 5, 10 inyecciones y alguno le han mandado al hospital y se ha quedado parapléjico”* (Participante HPP)

*“Pues sí, debería de haberlas por lo menos, para que no se pasen en algunos casos ¿no?”* (Participante CP)

*“Yo creo que la terapia, a mi parecer, debería ser encontrar el foco de eso que nos pinchan, que nos hace botar, que nos hace ponernos nerviosos, a lo mejor ocasiona algunos abusos, algunos malos tratos, o el entorno...”* (Participante HPP)

### Perfil 2: Cuidadores

*Categoría 3: Opinión sobre las formas más útiles de tratar determinadas enfermedades psiquiátricas, incluso en un Centro Penitenciario.*

En los dos grupos de cuidadores se reflejó la idea que las instituciones penitenciarias (CP y HPP) no son el mejor contexto para la atención de los problemas de salud mental que tienen las personas internas. Sin embargo, los profesionales del CP matizan el tema, pues consideran que en algunos casos estas personas están mejor dentro del establecimiento penitenciario que en la calle, donde reciben menos atención médica o psiquiátrica y también familiar. En realidad muchos de estos pacientes presentan una comorbilidad entre enfermedad mental y abuso de drogas, lo que los hace extremadamente difíciles de manejar y ocasiona la pérdida del apoyo familiar. Además también la clase social de origen, contribuye a que se encuentren en ambientes marginales y de exclusión, alejados por completo del circuito de la asistencia sanitaria. Creen que los internos están bien cuidados, que reciben diariamente la medicación que necesitan y que hay más control sobre el seguimiento del tratamiento.

*Categoría 4: Opinión sobre la idea de la imputabilidad en pacientes psiquiátricos delincuentes.*

En general, los profesionales de los dos establecimientos están de acuerdo con la idea de que el delito está por encima de la enfermedad, o sea, que las personas que lo hayan cometido tienen que responder por él, ya sea en la cárcel o en el hospital penitenciario. El hecho de que la mayoría de los profesionales de los establecimientos en cuestión tengan la concepción de que las personas internas en ellos, enfermas mentales o no, están allí porque merecen una pena, esto es para retribuir el delito que hayan cometido, revela una actitud interna respecto a estas personas que en determinadas circunstancias puede influir sobre la toma de decisiones en relación al uso de medidas coercitivas, o bien sobre el comportamiento y modales de quienes las aplican.

*Categoría 5: Opinión sobre la posibilidad de decidir aplicar un tratamiento médico sin contar con la opinión del paciente o aun en contra de su voluntad*

Los cuidadores entrevistados en este estudio han revelado, en su mayoría, que están de acuerdo con la necesidad de utilización de medidas coercitivas en los casos que se indican por motivos médicos. Igualmente que en la opinión de los reclusos, los cuidadores tam-

bién se dividen entre aquellos que prefieren utilizar la medicación como forma de contención en los casos de agitación o brote psicótico, mayoritariamente los profesionales sanitarios, y aquellos que defienden el uso de la contención física, opinión de algunos funcionarios y celadores.

A diferencia de los pacientes, la mayoría de los profesionales sanitarios del CP, defienden la utilización continuada de la medicación psiquiátrica como forma de evitar episodios de violencia, agresividad y autoagresiones. Los profesionales sanitarios también creen que el seguimiento en la medicación evita la utilización de ciertas medidas coercitivas, aunque la propia administración de la medicación sea, muchas veces, en contra de la voluntad del paciente. Los profesionales sanitarios también recuerdan que la medicación psiquiátrica, al evitar los brotes, impide el deterioro físico y mental causado por éstos. Entienden que muchas veces es difícil hacer que los enfermos comprendan estos beneficios de la medicación.

También se puede percibir la diferenciación jerárquica que hacen entre el uso involuntario de unas y otras medidas, o sea, dejan evidente que prefieren obligarles a los pacientes a tomar la medicación indicada, que correr el riesgo de una descompensación más seria, en la que tendrían que recurrir a la contención física o el aislamiento. Defienden que la utilización de medidas como el aislamiento y la contención física son modalidades que han disminuido mucho en los últimos años en función de los avances farmacológicos y la opción de utilizar la contención química, ya sea de forma continuada o de forma puntual a dosis altas en los episodios psicóticos. Sin embargo, entienden que los pacientes prefieran la contención mecánica en lugar de la medicación, porque son conscientes de los efectos secundarios causados por éstas y de lo molestas que pueden resultar para las personas que necesitan utilizarlas.

Las medidas relacionadas con el aislamiento son descritas mayormente por los profesionales del CP, pero también son sustituidas siempre que es posible por la medicación, aunque sea de forma involuntaria. La utilización de la contención química es justificada porque también facilita la disminución del tiempo de contención física.

Asimismo, funcionarios y profesionales no sanitarios, revelan que intentan utilizar otras formas de convencimiento para hacer que los enfermos cumplan con el tratamiento farmacológico. Algunos acuden a lo que ellos llaman “chantaje”, otros intentan convencerlos a través de la palabra y de la buena relación que puedan haber desarrollado con ciertos internos. La mayor queja de estos profesionales es la falta de formación y de preparación para tratar con estas si-

tuaciones y en general con personas con problemas de salud mental.

#### *Categoría 6: Opinión acerca de la necesidad de que existan protocolos sobre estos temas*

Las opiniones son bastante variadas cuanto a la necesidad de existencia de protocolos de actuación para la utilización de medidas coercitivas. Algunos profesionales sanitarios se muestran más reacios a la idea porque creen que pueden limitar su autonomía de decisión, otros opinan que su existencia puede protegerlos, pues legitimaría sus actuaciones y les daría más conocimientos a la hora de actuar, definiendo las competencias de cada profesional involucrado. Otros aún, afirman que la existencia de un protocolo de actuación podría incluso incrementar el uso de las medidas coercitivas. Sin embargo, la mayoría cree que el protocolo sería algo positivo y beneficioso tanto para los pacientes como para los profesionales implicados en la indicación y la aplicación de medidas coercitivas.

#### *Categoría 7: Opinión acerca de si algunas otras medidas pueden disminuir la necesidad de aplicar tratamientos coercitivos*

Las opiniones sobre otros recursos que pudiesen reducir el uso de las medidas coercitivas coincidieron bastante con lo que expresaron las personas internas. En general, refirieron la necesidad de más y mejores actividades de ocio y tiempo libre, así como la existencia de otros recursos terapéuticos, alternativos al tratamiento farmacológico. Sobre todo han defendido el cambio de métodos, o de enfoque en la atención, en el sentido de ofrecer más posibilidad de psicoterapia y de una escucha de calidad a los internos.

Algunos creen que mejorar la formación de los profesionales en determinadas habilidades, como las de comunicación y resolución de conflictos, en algunos casos podría reducir la necesidad de sujetar al paciente para administrarle la medicación. Igualmente, el equipo que ha participado en el estudio de Nurse et al<sup>8</sup> afirmó que la falta de información sobre las enfermedades mentales, y la falta de formación en habilidades de comunicación y de gestión tenían una influencia negativa sobre su actitud hacia su trabajo.

Otros factores como las condiciones físicas del ambiente también pueden contribuir a disminuir situaciones que desaten la agresividad y los “roces” entre los pacientes, reduciendo así la necesidad de intervención de los profesionales.

Finalmente, los profesionales entienden que sería necesaria mayor interlocución con los profesionales de fuera de sus establecimientos, por ejemplo, para

los casos de ingreso hospitalario o para aquellos que terminan su tiempo de condena. El estudio de Sche-yett et al<sup>9</sup> también ha encontrado que existen graves problemas de comunicación entre los servicios de salud mental comunitarios y las prisiones que ellos han estudiado. Los autores defienden la necesidad de una coordinación efectiva entre los profesionales de salud que trabajan dentro y fuera de los establecimientos penitenciarios de cara a la mejora del tratamiento de los problemas de salud mental de estas personas.

### Perfil 2 – Cuidadores

*“Yo veo más justificado, mi actuación como funcionario si hay que sujetarlo e inmovilizarle porque ha agredido o porque está agresivo que si hay que agarrarle y obligarle a ponerse una inyección en contra de su voluntad. ¡No es lo mismo ¿eh?!” (Cuidador HPP)*

*“Porque claro, nosotros preferimos que la persona pues que cuando tenga setenta, ochenta años, pues bueno, o sesenta, o gente de treinta, pues que esté lo menos deteriorada posible” (Cuidador CP)*

*“Son cosas que además se hacen, pero bueno, no están..., no veo mal que se reflejen en un papel (un protocolo) y que estén concretadas... que estén concretadas. Eso me parece bien, lo que pasa es que son circunstancias muy excepcionales ¿no?” (Cuidador CP)*

*“El enfermo psiquiátrico aquí en prisión no va a estar para toda la vida, debe haber unas líneas de interacción entre los dispositivos sanitarios de fuera con los de dentro para darle una continuidad tanto atención, tratamientos y demás” (Cuidador CP)*

## CONCLUSIONES

Antes de presentar las conclusiones relacionadas con los objetivos de esta investigación es inexcusable recordar que la metodología cualitativa no pretende nunca la generalización de sus hallazgos, por lo tanto no se puede interpretar que los datos aquí expuestos son la opinión de la mayoría de los profesionales que trabajan en establecimientos penitenciarios españoles, o de las personas internas en estos establecimientos. Estos datos deben ser entendidos como opiniones representativas de estos colectivos y pueden servir para orientar nuevos rumbos de la investigación cuantitativa, o aportar profundidad a los datos estadísticos encontrados en la etapa posterior de este estudio, en la medida en que intentan explicar el porqué de determinados hallazgos.

La utilización de medicación forzosa es la modalidad de medida coercitiva que causa mayor controver-

sia entre las opiniones de los profesionales y las personas internas, mientras los profesionales entienden su utilidad y necesidad, los pacientes ni la entienden ni la aceptan.

En la opinión de los profesionales la utilización de medidas coercitivas parece estar plenamente justificada por la existencia de brotes psicóticos y los episodios de auto o hetero agresión. Como forma de evitarlos, impidiendo el deterioro de los pacientes por un lado y, las peleas y agresiones físicas por otro, los profesionales abogan por la utilización continuada del tratamiento farmacológico, aunque este sea dado de manera forzosa. Además, los profesionales entienden que la continuidad del tratamiento farmacológico disminuye la necesidad de utilización de medidas más drásticas como el aislamiento o la sujeción física del paciente. A pesar de esa opinión mayoritaria, incluso hay quienes pensaban que había un exceso de prescripciones farmacológicas.

Los pacientes, aunque estén de acuerdo con la utilización de las medidas coercitivas en determinadas circunstancias, prefieren la contención física a la química, en función de los efectos secundarios que esta les produce. Asimismo, no están totalmente de acuerdo con el uso de medicación forzosa, sobre todo cuando se ha resuelto el episodio o crisis psicótica. En todo caso, la vivencia es mejor en los pacientes con los que se consensúa el tratamiento en función de los efectos que ellos refieren.

Todos están de acuerdo que hacen falta más recursos materiales y humanos, así como potenciar las actividades complementarias que posibiliten una mayor calidad en la atención prestada a los pacientes de estas instituciones, concluyendo que estas medidas ayudarían a disminuir la necesidad de utilización de medidas coercitivas.

Finalmente, ambos perfiles opinan que la existencia de un protocolo de uso de estas medidas sería una idea necesaria y positiva.

## AGRADECIMIENTOS

Este estudio fue financiado con la ayuda (PI070862) del Fondo de Investigaciones Sanitarias – FIS.

## CORRESPONDENCIA

A Runte-Geidel  
Departamento de Pedagogía. Universidad de Jaén.  
Campus las Lagunillas, s/n. 23171. Jaén, Edificio C5.  
arunte@ujaen.es

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Kallert TW, Glöckner M, Onchev G, Raboch J, Karatergiou A, Solomon Z, et al. The EUNOMIA project on coercion in psychiatry: study design and preliminary data. *World Psychiatry*. 2005; 4: 168-72.
2. Salize, HJ, Dressing, H, Kief C. Mentally Disordered Persons in European Prison Systems – Needs, Programmes and Outcome (EUPRIS). Final Report. Mannheim, Central Institute of Mental Health; 2007.
3. Camacho M. Restricción de la libertad del enfermo mental. Indicaciones psiquiátricas y su valor terapéutico. En: Medina A, Moreno MJ, Lillo R, editores. *El Psiquiatra: del ámbito médico al jurídico*. Libro de ponencias de las II Jornadas de Encuentros Jurídico-Psiquiátricos; 6-7 de octubre de 2006; Córdoba, España. Madrid: Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental; 2007. p. 233-46.
4. Kallert T, Torres-González F. Legislation on coercive mental health care in Europe. Frankfurt: Peter Lang; 2006.
5. Bergk, J, Steiner T. Staff members attitudes towards coercive measures. Communication presented at WPA Thematic Conference - Coercive Treatment in Psychiatry: A comprehensive review. Dresden (Germany), 6th - 8th June; 2007.
6. Lidz CW, Mulvey EP, Hoge SK, Kirsch BL, Monahan J, Bennett NS, et al. Sources of coercive behaviours in psychiatric admissions. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2000; 101: 73-9.
7. Flick U. Introducción a la investigación cualitativa. Madrid: Ediciones Morata; 2004.
8. Nurse J, Woodcock P, Ormsby J. Influence of environmental factors on mental health within prisons: focus group study. *British Medical Journal*. 2003; 327 (Aug 30): 480-3.
9. Scheyett A, Vaughn J, Floyd-Taylor M. Screening and Access to Services for Individuals with Serious Mental Illnesses in Jails. *Community Ment Health Journal*. 2009; 45: 439-46.