

# Estudio de la prevalencia de trastorno mental grave (TMG) en los centros penitenciarios de Puerto I, II y III del Puerto de Santa María (Cádiz): nuevas estrategias en la asistencia psiquiátrica en las prisiones

N Marín-Basallote y C Navarro-Repiso

Unidad de Salud Mental de Agudos, Hospital Universitario de Puerto Real. UGC Salud Mental. Carretera Nacional IV, Km 665, CP: 11510. Puerto Real (Cádiz)

## RESUMEN

**Objetivo:** Se pretende estudiar la prevalencia de TMG (trastorno mental grave) en los internos recluidos en las tres prisiones de Cádiz (España) que solicitaron asistencia psiquiátrica.

**Material y método:** Estudio transversal que analiza la demanda asistencial psiquiátrica en los centros penitenciarios de Puerto I, II y III del Puerto de Santa María (Cádiz) durante un año.

**Resultados:** Se estudian 128 pacientes. Los diagnósticos psiquiátricos más prevalentes fueron los trastornos de personalidad (F60-69) (35.2%), el grupo de esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes (F20-29) (25.8%) y los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas (F10-19) (16.4%). El 46.1% corresponden a trastornos mentales graves (TMG).

**Discusión:** Se confirma que hay una alta prevalencia de TMG en los presos de Cádiz, por lo que se precisa una elevada asignación de recursos para atender este grupo de enfermedades.

**Palabras Clave:** prisiones; trastornos mentales; esquizofrenia; salud mental; antipsicóticos; trastornos relacionados con sustancias; distancia social; servicios comunitarios de salud mental.

## STUDY OF THE PREVALENCE OF SEVERE MENTAL DISORDER IN THE PENITENTIARIES PUERTO I, II AND III OF PUERTO DE SANTA MARIA (CADIZ): NEW STRATEGIES OF PSYCHIATRIC CARE IN PRISON

### ABSTRACT

**Introduction:** In recent years it has been observed that there is a high level of severe mental disorder within the Spanish prison system.

**Methods and Materials:** A one year descriptive and transversal study of the psychiatric health care demand in the prisons Puerto I, II and III of Puerto de Santa Maria (Cadiz).

**Results:** Of the 128 patients studied, the psychiatric diagnostics with highest prevalence were personality disorders (F60-69) at 35.16%, the next group was psychosis (F20-29) at 25.78%, and in third place mental and behaviour disorders due to use of psychotropic substances (F10-19) at 16.41%. 46.09% suffered conditions which are categorised as severe mental disorders.

**Discussion:** This study confirms the high levels of severe mental disorder in prisons located in the area of the Puerto Real Hospital. We are making efforts to improve on psychiatric health care provided to these patients by working closely with the Prison system.

**Keywords:** prisons; mental disorders; schizophrenia; mental health; antipsychotic agents; substance-related disorders; social distance; community mental health services

## INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha incrementado la prevalencia de enfermedad mental en prisión. Este hecho se ha visto reflejado en los últimos estudios de Instituciones Penitenciarias en el año 2006<sup>1</sup>, el estudio llamado PRECA con resultados presentados en el artículo “Prevalencia de patología psiquiátrica en prisiones españolas” en diciembre de 2011<sup>2</sup>, el estudio realizado por FAISEM (fundación pública andaluza para la integración social de personas con enfermedad mental) y hasta en artículos de divulgación en prensa escrita y televisión. Las posibles causas de esta alta prevalencia son<sup>3</sup>: un incremento y masificación en los últimos años de la población reclusa en España, un incremento de las personas que sufren trastorno mental, la desaparición de los manicomios con la reforma psiquiátrica, el aumento de personas sin recursos y excluidos a nivel social y el abuso en el consumo de drogas.

Dentro de este incremento de la enfermedad mental en prisión, se ha observado una alta prevalencia de trastorno mental grave (TMG), entendiéndose como TMG un proceso asistencial que viene definido por aquel trastorno mental correspondiente a los diagnósticos psiquiátricos CIE-10 (clasificación internacional de enfermedades de la Organización Mundial de la Salud): F20 esquizofrenia, F21 trastorno esquizotípico, F22 trastorno de ideas delirantes persistentes, F24 trastorno de ideas delirantes inducido, F25 trastorno esquizoafectivo, F28-29 trastornos psicóticos no orgánicos y no especificado, F31 trastorno bipolar, F32-33 trastorno depresivo recurrente sin síntomas psicóticos y con síntomas psicóticos, F60 trastorno paranoide de personalidad, F60.1 trastorno esquizoide y F60.3 trastorno de inestabilidad emocional de personalidad. En cuanto a la alta prevalencia mencionada anteriormente hay que considerar: la limitada capacidad de atención de los servicios de salud mental, el cambio en los criterios de hospitalización, la dificultad de la atención comunitaria a pacientes difíciles y la criminalización de las conductas.

Para que un enfermo mental grave entre en prisión caben tres supuestos<sup>4</sup>, que la enfermedad pase inadvertida en todo el procedimiento penal, que la enfermedad se advierta pero se entienda que el enfermo es imputable y que la enfermedad mental se genere en prisión.

Siguiendo esta clasificación nos podemos preguntar por el primero de los supuestos, por qué pasa inadvertida una enfermedad mental. Estas podrían ser algunas de las posibles causas<sup>3</sup>: por una desidia de fiscales y jueces por la acumulación de trabajo, una falta

de rigor del abogado de oficio, el enfermo mental no dispone de recursos económicos, la falta de conciencia de enfermedad que hace que el enfermo no lo comuniqué, o bien el enfermo no contacta con el abogado, por otra parte el abogado a veces, no contacta con el enfermo hasta el mismo momento del juicio, haciendo que la enfermedad pase desapercibida o no pueda ser ya acreditada, a veces los juicios rápidos implican rapidez en la instrucción, algunos enfermos no se encuentran atendidos por los servicios sanitarios y algunos no han sido ni siquiera diagnosticados.

Cuando se trata del segundo supuesto: enajenación advertida pero no apreciada como causa de inimputabilidad habría que pensar en otras alternativas en vez de que pasaran a una prisión ordinaria.

Y en el tercer supuesto: enajenación sobrevenida. Habría que pensar en dos posibilidades, que la enajenación se advirtiera en la ejecución de la sentencia y la otra posibilidad es que aparece con frecuencia perturbaciones psíquicas cuando el individuo está sometido a una prolongada privación de libertad. En ambos casos la enfermedad se trataría en los centros penitenciarios ordinarios. Es en la enajenación sobrevenida cuando se podría aplicar el artículo 60 del CP reformada por la ley orgánica 15/2003 en donde la ejecución de la sentencia quedaría suspendida y el juez aplicaría una medida de seguridad para garantizar una asistencia médica en un centro adecuado<sup>5</sup>.

Para la aplicación de una medida de seguridad de internamiento se crearon los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios, estos han quedado como la única modalidad de centro especial de Instituciones Penitenciarias donde se desarrolla actividad penitenciaria. El Hospital Psiquiátrico Penitenciario funcionaría, por una parte como centro de cumplimiento de medidas de seguridad, centro de diagnóstico y centro asistencial para inimputables, por otra parte para penados que se les aplique el artículo 60 y además, para penados cuya descompensación psíquica no se pueda atender en un Centro Penitenciario ordinario<sup>6</sup>.

En este contexto hemos realizado un estudio para saber cuál es el perfil de paciente que estamos atendiendo en las prisiones y comprobar la prevalencia de TMG que hay en los centros penitenciarios de nuestra área; es decir, hacer un análisis de la demanda asistencial psiquiátrica en dichos centros. Las prisiones de nuestra zona son: Puerto I, centro penitenciario de primeros grados con un total de unos 120 internos en la actualidad; Puerto II, centro penitenciario fundamentalmente de preventivos con 700 internos y Puerto III, centro penitenciario ordinario siendo la de mayor capacidad con 1700 internos, hombres y mujeres (preventivas y penadas).

## MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio que hemos realizado es de tipo descriptivo y transversal durante el período comprendido entre junio de 2009 a mayo de 2010, ambos inclusive. Se ha llevado a cabo en los tres centros penitenciarios del Puerto de Santa María (Cádiz).

La muestra analizada, la conforma un total de 128 pacientes (n=128), correspondiente a las primeras consultas psiquiátricas y revisiones del período reseñado. La recogida de datos se hace a partir de la hoja de interconsulta utilizada en la asistencia psiquiátrica a prisión y el psiquiatra referente se encarga de reclutar a todos los pacientes vistos por él en dicho período.

Las variables estudiadas han sido: edad, sexo, antecedentes psiquiátricos, diagnóstico principal según CIE-10 y si en función del mismo se podría encuadrar en lo que conocemos como trastorno mental grave, número de revisiones tras primera consulta, consumo de tóxicos y tipo, tratamientos, diagnóstico somático, programa de mantenimiento con metadona (PMM) y retraso mental. Además hemos calculado el porcentaje de trastorno mental grave basándonos exclusivamente en el diagnóstico principal según CIE-10.

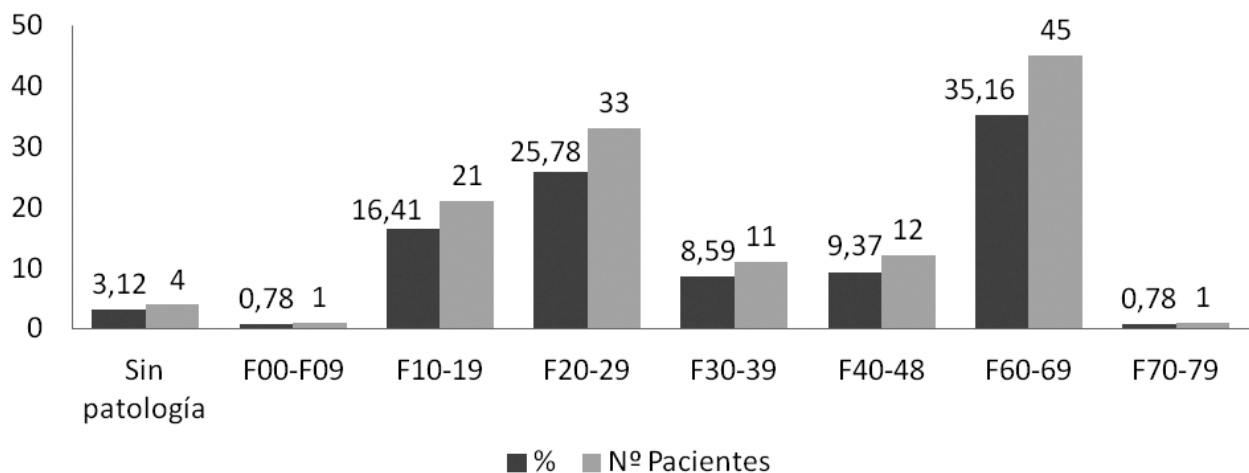
Al diseñar el estudio, nos pareció interesante saber cómo estábamos medicando a nuestros pacientes, así que recogimos 16 variables posibles tanto en monoterapia como en politerapia.

Los datos se han analizado mediante el paquete estadístico SPSS versión 12.0.

## RESULTADOS

En nuestra muestra (n=128) el 92.19% de los sujetos eran hombres y tan solo el 7.81% correspondía al sexo femenino. Encontramos una edad media de 36.52 años. En relación a los diagnósticos psiquiátricos más prevalentes según CIE-10 fueron los trastornos de personalidad (F60-69) 35.16%, seguidos del grupo de esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes (F20-29) con un 25.78% y en tercer lugar los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas (F10-19), 16.41% (figura I). De manera comórbida a estos diagnósticos principales señalar que del total de la muestra, el 77.34% que correspondería a 99 pacientes, consumían algún tipo de tóxicos en el momento del estudio. En la figura II se refleja dicho consumo.

El porcentaje de trastorno mental grave es del 46.09% (n=59) quedando una proporción como la que sigue; 55.93% (n=33) correspondería al bloque F20-29 según criterios CIE-10, 37.28% (n=22) del bloque F60-69 y el tercero más frecuente sería el bloque F30-39 (trastornos del humor) con 6.78% (n=4). Señalar que el porcentaje de consumo de tóxicos, en esta últi-



- F00-09. Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos.  
 F10-19. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas.  
 F20-29. Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes.  
 F30-39. Trastornos del humor (afectivos).  
 F40-48. Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.  
 F50-59. Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.  
 F60-69. Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.  
 F70-79. Retraso mental.

Figura 1. Diagnósticos psiquiátricos más prevalentes (n=28).

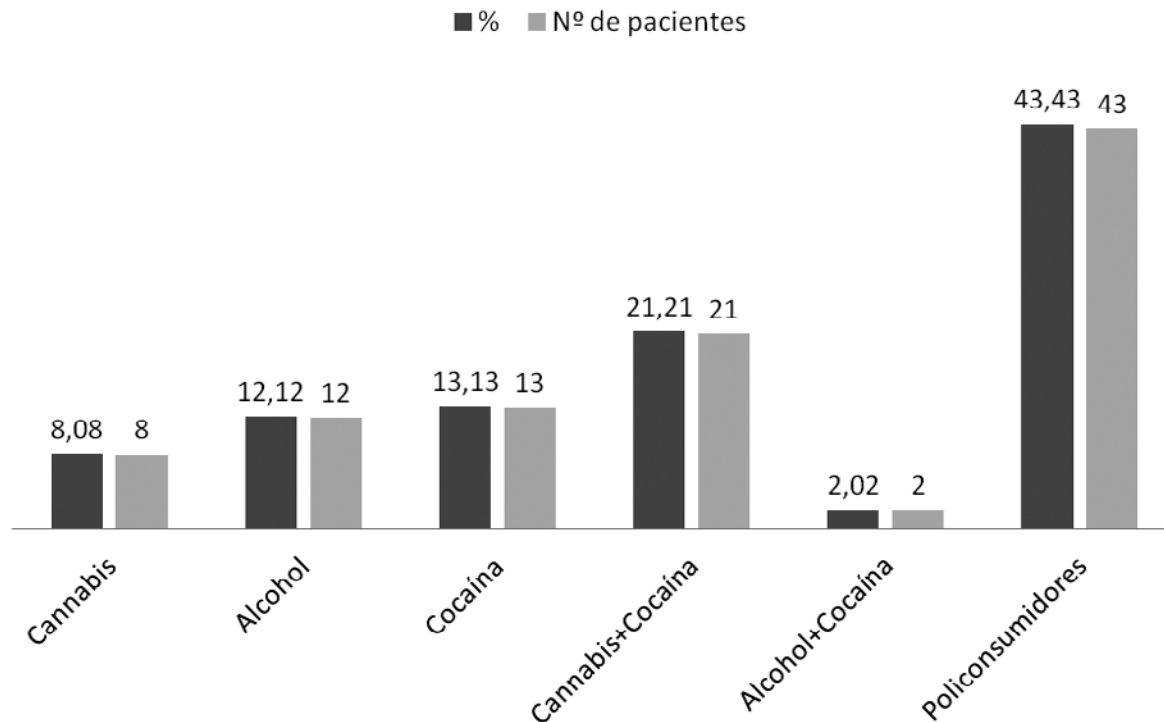


Figura 2. Consumo de tóxicos a lo largo del estudio.

ma variable estudiada (TMG), es ligeramente superior al de la muestra en general, con una proporción del 77.97% frente al 77.34%. Además puntualizar que todos los TMG corresponden al sexo masculino.

Las 16 variables recogidas en relación al tratamiento psicofarmacológico empleado quedan reflejadas en la tabla I.

En el resto de las variables estudiadas destacar que como enfermedad somática más frecuente, nos encontramos con la infección por el virus hepatitis C (9.38%, n=12). De los pacientes que consumen tóxicos (n=99) están en programa de mantenimiento con metadona, un total de 19 personas. Detectamos retraso mental leve en un 7.81% del total de la muestra. Por último, añadir que presentaban antecedentes personales psiquiátricos el 60.94% de la muestra (n=78) y la media del número de revisiones tras primera consulta fue de 1.5 por paciente.

## DISCUSIÓN

El perfil de paciente encontrado es varón, con una edad media de 36.52 años, con antecedentes psiquiátricos en el 60.94 % (n=78), con diagnóstico de trastorno mental grave casi en la mitad de los casos, un total de 94 internos en tratamiento con antipsicó-

ticos fundamentalmente y con hábitos tóxicos en un 77.34% (n=99).

Señalar que en el estudio se confirma la alta prevalencia de TMG, tal y como esperábamos, siendo el porcentaje de 46.09 de la muestra, lo que corresponde a 59 pacientes.

Nos parece interesante mencionar el estudio realizado en nuestra área durante once años (1989-2000) por la Dra. Espinosa Nogales y el Dr. Herrera Valencia<sup>5</sup> en los centros penitenciarios de Puerto I y II. El perfil clínico de los internos, que nuestros colegas estudiaron fue en su mayor parte varones, solteros, españoles y de la provincia de Cádiz. Con estudios primarios. En relación a la patología somática, la más frecuente fue VIH. De forma general, se identificó un patrón de policonsumo de tóxicos. Por último reseñar, que los diagnósticos que correspondía a los bloques F20-29 y F60-69 suponían gran parte de las patologías detectadas en los internos, al igual que en nuestro estudio.

Es en el año 2007 cuando un psiquiatra del área de Salud Mental de Puerto Real (Doctor Gallego), lleva la asistencia psiquiátrica al interior de la prisión. Desde entonces acudimos a cada uno de los Centros Penitenciarios con una frecuencia mensual, con lo que esto supone de una mayor accesibilidad y un ahorro del coste económico de los traslados de los internos a las consultas psiquiátricas externas.

Estamos cumpliendo así, los convenios de colaboración en materia de salud pública, entre la administración penitenciaria y las administraciones sanitarias. Estamos siguiendo además la estrategia de actuación 12 del segundo Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012 que habla de la atención a la salud mental de las personas en riesgo o situación de exclusión social<sup>7</sup>.

Por otra parte nos hemos puesto a disposición de los Servicios de Sanidad Penitenciaria que están desarrollando en la actualidad el PAIEM (Programa de Atención Integral al Enfermo Mental)<sup>8</sup>, y para nosotros es un objetivo fundamental participar en la detección, diagnóstico y tratamiento del TMG y preparar la excarcelación. Para mejorar la detección del TMG estamos realizando un programa de formación para los médicos y enfermeros de prisión y también hemos hecho hincapié en las derivaciones para la consulta de psiquiatría. Así siempre que se detecte sintomatología psicótica, que haya antecedentes de TMG o haya dudas en un diagnóstico TMG se derivará a consulta de psiquiatría.

Además queremos trabajar la excarcelación de enfermos TMG mediante el análisis de su situación sociofamiliar y prever la posibilidad de garantizar un recurso de FAISEM si fuera necesario. Si el paciente pertenece a nuestra área sanitaria (Puerto Real-Cádiz)

es llevado a Comisión TMG donde analizaremos junto con el psiquiatra referente y el trabajador social su situación a la salida de prisión. Si el paciente no pertenece a nuestra área pretendemos que el trabajador social (TS) de prisión adscrito al PAIEM se ponga en contacto con el TS de la USMC (unidad de salud mental comunitaria) a la que pertenece el paciente y así coordinar su salida de prisión.

Sería interesante seguir realizando estudios para evaluar en un futuro, nuestra nueva forma de asistencia psiquiátrica en prisión.

Como cualquier trabajo descriptivo nuestra principal finalidad ha sido conocer la prevalencia del TMG en prisión, así como dar una visión general de las características de los pacientes enfermos mentales que están en nuestras cárceles ordinarias. Además señalar que hemos respetado los aspectos éticos en la realización de este estudio.

## CORRESPONDENCIA

N. Marín Basallote  
Unidad de Salud Mental de Agudos,  
Hospital Universitario de Puerto Real.  
UGC Salud Mental. Ctra. Nacional IV, Km 665,  
CP: 11510. Puerto Real (Cádiz)

	Nº de pacientes	Porcentaje
BZD (BENZODIACEPINA)	3	2,34
APS (ANTIPSICÓTICO)	10	7,81
AD (ANTIDEPRESIVO)	2	1,56
BZD+APS	14	10,94
BZD+AD	14	10,94
AD+APS	4	3,12
AD+APS+BZD	11	8,60
AD+APS+BZD+EH (ESTABILIZADOR DEL HUMOR)	9	7,03
AD+APS+EH	3	2,34
BZD+APS+EH	10	7,81
BZD+EH	1	0,78
BZD+AD+EH	10	7,81
AD+EH	4	3,12
APS+EH	8	6,25
DEPOT	4	3,12
DEPOT + OTROS	21	16,40

Tabla I. Tratamientos psicofarmacológicos (n=128).

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Estudio sobre la salud mental en el medio penitenciario, diciembre 2006 [Internet]. Madrid: Dirección General de Instituciones Penitenciarias; 2007 [citado 22 En 2012]. Disponible en: [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/boletinAgencia/boletin10/estudio\\_saludMental\\_medio\\_penitenciario.pdf.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/boletinAgencia/boletin10/estudio_saludMental_medio_penitenciario.pdf.pdf)
2. Vicens E, Tort V, Dueñas RM, Muro A, Pérez-Arnau F, Arroyo J.M, et al. The prevalence of mental disorders in Spanish prisons. *Criminal Behav. Ment. Health.* 2011 Dec 21;5: 321-32.
3. Mora MI. Enfermos mentales en las prisiones ordinarias: un fracaso de la sociedad del bienestar. Informe febrero 2007[Internet]. Sevilla: Asociación Proderechos Humanos de Andalucía; 2007 [citado 14 En 2012]. Disponible en: <http://www.apdha.org/media/saludmental07.pdf>
4. Espinosa M, Herrera R. 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: Hernández M, Herrera R, coords. *La atención a la salud mental de la población reclusa.* Madrid: AEN Estudios/30; 2003.
5. Vizqueta-Fernández J. El trastorno mental grave apreciado después de dictarse sentencia firme: el art. 60 del Código Penal. *Revista electrónica de ciencia penal y criminología* [Internet]. 2007 [citado 12 En 2012];09(04):[sobre 15 p.]. Disponible en: <http://criminet.ugr.es/recpc/09/recpc09-04.pdf>
6. Barrios-Flores LF. Origen, evolución y crisis de la institución psiquiátrica penitenciaria. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* [Internet]. 2007 [citado 08 En 2012]; 27(2): 201-28. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v27n2/v27n2a16.pdf>
7. Valmisa Gómez de Lara E, coordinador. *II Plan integral de salud mental de Andalucía.* 2008-2012 [Internet]. Sevilla: Consejería de Salud; 2008 [citado 18 dic 2011]. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../publicaciones/datos/473/pdf/PISMA\\_2008\\_2012.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../publicaciones/datos/473/pdf/PISMA_2008_2012.pdf)
8. Protocolo de aplicación del programa marco de atención integral a enfermos mentales en centros penitenciarios (PAIEM) [Internet]. Madrid: Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Dirección General de Coordinación Territorial y Medio Abierto. 2009 [citado 2011 dic 29]. Disponible en:[http://www.iipp.es/web/export/sites/default/datos/descargables/descargas/Protocolo\\_PAIEM.pdf](http://www.iipp.es/web/export/sites/default/datos/descargables/descargas/Protocolo_PAIEM.pdf)