

Programa de Atención Integral al Enfermo Mental en las prisiones españolas (PAIEM). Valoración tras cuatro años de funcionamiento

J Sanz¹, P Gómez-Pintado¹, A Ruiz², F Pozuelo², JM Arroyo¹

¹Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria

²Subdirección General de Tratamiento y Gestión Penitenciaria

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el programa de atención integral a los enfermos mentales (PAIEM) implantado desde hace 3 años en las prisiones españolas, con el fin de mejorar su funcionamiento y resultados.

Metodología: Estudio descriptivo de los datos recogidos en un cuestionario anónimo cumplimentado por los miembros del equipo PAIEM de los centros penitenciarios. Se obtuvieron distribuciones de frecuencia de todas las variables acerca de hechos, actitudes, opiniones, experiencias, situaciones y procesos del PAIEM.

Resultados: Han respondido el 91,2% de los equipos del PAIEM. Psicólogos, educadores, médicos y trabajadores sociales son los profesionales que colaboran más activamente en el PAIEM (73%-84%) y los que con más frecuencia ejercen como tutores. Los enfermos mentales se ubican habitualmente en módulos ordinarios (80%). Las actividades más utilizadas para su rehabilitación psicosocial son autocuidados (73%) y educación para la salud, preparación para la vida diaria y habilidades sociales con más del 60%. Las intervenciones con las familias son básicamente por contacto telefónico (79%). En el análisis bivariable se demuestra que los PAIEM que mejor funcionan son los que tienen una buena coordinación con el resto de los equipos técnicos, los que preparan la derivación con más de seis meses previos a la libertad y en los que las ONG's tramitan las derivaciones. Más del 71% de los profesionales observan mejoras en carencias y discapacidades en más de la mitad de los enfermos y están mayoritariamente satisfechos (3,4/5) de su participación, aunque reconocen mayor carga de trabajo.

Conclusiones: Las actividades del PAIEM son adecuadas, en especial en las fases de detección precoz, estabilización y rehabilitación y menos en la fase de reincorporación social que mejora cuando interviene el tercer sector en las derivaciones del enfermo a la red sociosanitaria extrapenitenciaria.

Palabras clave: Enfermos mentales; Prisiones; Evaluación de Procesos; Prestación de Atención de Salud; Continuidad de la Atención al Paciente; Grupo de Atención al Paciente; Rehabilitación; Autonomía personal.

COMPREHENSIVE CARE PROGRAM FOR THE MENTALLY ILL IN SPANISH PRISONS (PAIEM). ASSESSMENT AFTER FOUR YEARS OPERATION

ABSTRACT:

Objective: To assess the comprehensive care program for the mentally ill in prison (PAIEM), which has been implemented for 3 years in Spanish prisons with the aim of improving processes and results.

Methods: Descriptive study of the data gathered from an anonymous questionnaire completed by members of the PAIEM team in prisons. Frequency distributions were obtained of all the variables relating to facts, attitudes, opinions, experiences, situations and processes of the PAIEM.

Results: 91.2% of the PAIEM teams responded. Psychologists, educators, doctors and social workers were the professionals that collaborated most actively in the PAIEM (73%-84%) and were the ones to act most frequently as tutors. The mentally ill are usually located in ordinary modules (80%). The most commonly used activities for their psycho-social rehabilitation are self care (73%), education for health, preparation for daily life and social skills (more than 60%). Interventions with families are basically by telephone (79%). Bivariate analysis showed that the PAIEMs that operate most effectively are those that coordinate well with other technical teams, that prepare referral more than six months prior to release and ones

where the NGOs process the referrals. Over 71% of the professionals observed improvements of disabilities and needs in over half the patients more than half of the professionals involved are satisfied (3.4/5) with their participation, although they acknowledge that there is a greater work load.

Conclusions: The activities of the PAIEM are adequate, especially in the phases of early detection, stabilisation and rehabilitation and less so in the social incorporation phase, which improves when the third sector intervenes in referrals of patients to the social health care network outside prison.

Keywords: Mentally Ill Persons; Prisons; Process Assessment (Health Care); Delivery of Health Care; Continuity of Patient Care; Patient Care Team; Rehabilitation; Personal Autonomy.

Texto recibido: 4/03/2014

Texto aceptado: 20/05/2014

INTRODUCCIÓN

Hace algunos años que los responsables de las instituciones penitenciarias occidentales de los países de nuestro entorno están poniendo de manifiesto el elevado número de personas con trastornos mentales que se encuentran ingresadas en prisión¹⁻⁵.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que la tasa de alteraciones psiquiátricas en las personas internadas en prisión es muy superior a la de la población general⁶. Este hecho es debido a un conjunto de razones, entre las que se pueden destacar la desaparición de los manicomios, el incremento en el consumo de sustancias tóxicas y el aumento de población en situación de exclusión social, en la que se puede encontrar un número elevado de personas con trastornos mentales, que por una u otra causa acaban en prisión, y por último, el efecto específico que puede ejercer la prisión sobre las personas internadas⁷⁻¹⁰.

Todos los autores están de acuerdo en que no existe una correlación entre trastorno mental y delincuencia, o prisión y deterioro mental, sino una fuerte conexión entre marginalidad y prisión. Es frecuente que un trastorno mental acabe en un fracaso de adaptación social, evolucionando a comportamientos delictivos, a los que sigue una sentencia penal¹¹⁻¹³.

La OMS¹⁴⁻¹⁵, la ONU¹⁶, la Unión Europea¹⁷ y el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad¹⁸ de nuestro país han publicado recomendaciones generales para impulsar, coordinar y orientar los esfuerzos de las instituciones sanitarias públicas, de manera que en prisión se garanticen las mismas oportunidades de tratamiento que tienen los enfermos mentales fuera de los centros penitenciarios¹⁹⁻²⁰.

Para garantizar la continuidad y equivalencia de la asistencia en la institución penitenciaria es básico contar con un programa de atención al enfermo mental adaptado a este medio²¹⁻²².

La Oficina Europea de La Organización Mundial de la Salud en octubre de 2007 publicó una declaración donde se establecían una serie de criterios claves para mejorar la asistencia de los enfermos mentales en las prisiones europeas²³. En ese documento se advierte de la excepcionalidad de la situación y la dificultad de mantener en el medio penitenciario los principios y valores básicos del modelo comunitario de atención a la salud mental, como son: la autonomía de los enfermos, la continuidad y accesibilidad de los cuidados, la interdisciplinariedad y la equidad en la atención, dirigiendo el tratamiento a la recuperación social del enfermo con la corresponsabilidad de todas las instituciones involucradas en su rehabilitación. En resumen, buscando siempre la máxima calidad de la asistencia en un entorno como el penitenciario que no favorece el cuidado de enfermos mentales graves.

En los centros penitenciarios de todo el Estado, excepto Cataluña que tiene transferida la responsabilidad de la Administración Penitenciaria, se ha dado respuesta a las necesidades de estos enfermos poniendo en marcha desde 2009 un programa de actuación específico, el Programa de Atención Integral al Enfermo Mental en Prisión (PAIEM)²⁴, que reúne todas las directrices sobre las que los expertos están de acuerdo a la hora de abordar la asistencia de los problemas de salud mental en prisión:

La multidisciplinariedad, abriendo la participación a todos los profesionales de la prisión interesados en los enfermos y con trato directo con ellos.

La equidad, poniendo al servicio de los enfermos en prisión unos dispositivos asistenciales equivalentes a los existentes en la comunidad, con el objetivo de alcanzar los mismos estándares de calidad asistencial.

La continuidad asistencial, tanto en el momento del ingreso en prisión como a la salida en libertad, facilitando el enlace con los servicios especializados de psiquiatría de la comunidad. De igual modo las

ONGs e instituciones del tercer sector tienen un papel relevante tanto en la rehabilitación psicosocial en las prisiones como en la mediación insustituible en la reinserción social.

La flexibilidad y disponibilidad de recursos poniendo a disposición de los enfermos internados en prisión, con un objetivo de integración, todos los espacios y recursos terapéuticos del centro: talleres, módulos de respeto, Grupo de Ayuda al Drogodependiente (GAD), programa de discapacitados, deportes, terapeutas específicos, habilidades sociales, etc.

El diseño de un programa individualizado de tratamiento y rehabilitación. El programa permite un seguimiento tutorizado del proceso rehabilitador de cada interno.

La corresponsabilidad de las autoridades gestoras de los centros en su funcionamiento, desde la dirección a los máximos responsables de sanidad y tratamiento de cada prisión.

El PAIEM consta de tres fases, una primera que persigue el diagnóstico y estabilización del enfermo, una segunda de rehabilitación psicosocial y la tercera que pretende una adecuada derivación y reinserción del enfermo mental a su salida de prisión. Está dirigido específicamente a los enfermos mentales que se encuentran cumpliendo una pena de privación de libertad en un centro penitenciario ordinario, es decir, que fueron considerados responsables del delito que cometieron por el tribunal sentenciador. También son incluidos los internos que durante su estancia en un centro penitenciario sufren una enfermedad mental sobrevenida. Sin embargo, la situación clínica de estos enfermos no se corresponde con la que describe el artículo 60 del Código Penal, la de un enfermo mental que no es capaz de conocer el sentido de su reclusión y debe serle suspendida la ejecución de la misma. Estos enfermos a los que se aplica el PAIEM cumplen condena, y aunque sufren un trastorno mental en ocasiones muy invalidante que condiciona su vida en prisión, su enfermedad no reúne los requisitos de aplicación del mencionado artículo, puesto que su trastorno no les desconecta de la realidad de manera permanente ni influye decisivamente en su capacidad de conocer y querer. Los enfermos mentales ya considerados inimputables en el momento del juicio y por tanto sentenciados a una medida de seguridad, se integran en otros programas específicos en las Unidades Psiquiátricas Penitenciarias creadas al efecto.

En todos los casos la Institución Penitenciaria recurre a las recomendaciones de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud para su tratamiento 25.

El presente trabajo describe la evaluación realizada para conocer la percepción de los miembros de los equipos PAIEM sobre la mejora de la calidad asistencial de los enfermos con problemas mentales ingresados en los centros penitenciarios gracias a la implantación del programa.

METODOLOGÍA

Los datos correspondientes a la evaluación se recogieron a través de un cuestionario elaborado por un grupo de trabajo de profesionales de la Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria (SGCSP), de la Subdirección General de Tratamiento y Gestión Penitenciaria y de diferentes ONGs que trabajan en salud mental en prisión. En un primer momento el cuestionario tenía 45 preguntas de evaluación mayoritariamente cualitativa, pero que incluía también, a través de datos concretos y objetivos, otras de resultado medible numéricamente sobre actividades realizadas y sobre la eficacia del programa. Para su "validación" el cuestionario se administró mediante videoconferencia a los integrantes de los equipos PAIEM de los cinco centros penitenciarios que, por los datos que se envían periódicamente a la SGCSP, eran considerados como de mejor funcionamiento. Con la información obtenida, el grupo de trabajo reelaboró el cuestionario²⁶ que se conformó como anónimo con 34 preguntas cerradas, abiertas y mixtas, que incluían preguntas acerca de hechos, actitudes, opiniones, experiencias, situaciones y procesos del PAIEM. El objetivo fue analizar tanto el funcionamiento como los resultados del programa.

El cuestionario se envió a los 68 centros penitenciarios (el PAIEM no se desarrolla en los Hospitales Psiquiátricos ni en los centros de régimen abierto) dependientes de Instituciones Penitenciarias (todos los centros salvo Cataluña). Una vez cumplimentado por los componentes de los equipos PAIEM se grabó toda la información en una base de datos realizada "ad hoc".

Como medidas de frecuencia se han utilizado la frecuencia absoluta y la distribución porcentual para las variables cualitativas, y medias y/o medianas y percentiles para las cuantitativas. Como denominador se ha utilizado el "total centros penitenciarios", para lo cual se han agrupado las respuestas de los profesionales según el centro penitenciario al que pertenecen. Para los resultados de las preguntas referidas al Equipo Multidisciplinar del PAIEM, así como las correspondientes a la valoración concreta de espec-

tos del PAIEM, se ha utilizado como denominador el “total profesionales que contestaron al cuestionario”. Algunos resultados se comparan con los datos de las “Fichas de Evaluación del PAIEM segundo semestre 2012” que se recogen sistemáticamente en la SGCSP. También se ha utilizado el análisis bivariante mediante tablas de contingencia para demostrar la relación entre la variable “grado de satisfacción (...)” y algu-

nas otras recogidas en la evaluación. Se ha utilizado la prueba del X^2 (Chi cuadrado) para buscar correlaciones estadísticamente significativas entre las variables elegidas.

El programa informático utilizado para la base de datos fue una aplicación desarrollada en la SGCSP específica para este registro y construida en Access, por un lado y el SPSS para los análisis bivariantes.

Tabla 1. Resultados de la evaluación de variables relacionadas con los profesionales que forman parte del PAIEM

VARIABLES	Nº	Porcentaje
Profesión de los encuestados		
Psicólogo	64	19%
Educador	60	18%
Médico	53	16%
Trabajador Social	46	14%
Subdirector de Tratamiento	37	11%
Enfermero	25	8%
Otros	46	13%
Tiempo de trabajo de los encuestados en el PAIEM		
< 1 año	68	21%
Entre 1 y 2 años	103	32%
> 2 años	154	47%
*Profesionales que colaboran más activamente en el PAIEM		
Psicólogo	278	84%
Trabajador Social	245	74%
Médico	245	74%
Educador	243	73%
ONG,s	205	62%
Enfermero	169	52%
Psiquiatras	94	28%
*Profesionales del PAIEM que ejercen como tutores		
Educador	208	62,8%
Psicólogo	196	59,2%
Trabajador Social	177	53,5%
Médico	156	47,1%
Enfermero	52	15,7%
No hay tutor		
Coordinación del equipo del PAIEM con otros equipos del centro		
Muy elevada	64	19%
Elevada	102	31%
Normal	120	36%
Poca	30	9%
Ninguna	10	3%
NS/NC	5	2%
Actuación ante un incidente regimental de un enfermo del PAIEM		
Parte disciplinario	213	64,5%
Informe específico del funcionario	59	17,7%
Informe específico del equipo del PAIEM	59	17,7%
Total	331	100%

* Respuestas no excluyentes. La suma es >100%

RESULTADOS

El cuestionario ha sido respondido por 331 profesionales pertenecientes a 62 establecimientos penitenciarios ordinarios de los 68 que tienen equipos PAIEM. Entre los profesionales que contestaron al cuestionario destacan principalmente psicólogos, educadores, médicos y trabajadores sociales. La mayoría de los profesionales llevan más de 2 años colaborando en el Equipo Multidisciplinar PAIEM. (Tabla I).

Según el conjunto de los encuestados, los profesionales que colaboran más activamente en el desarrollo del PAIEM, son psicólogo, médico, trabajador social, educador, enfermeros y los pertenecientes a entidades sociales (Tabla I).

Los miembros del Equipo Multidisciplinar que ejercen como tutores de los internos son educador, psicólogo, trabajador social, médico y enfermero, mientras que el 15,7% de los profesionales refieren que no hay tutores asignados (Tabla I).

El grado de coordinación entre el equipo multidisciplinar PAIEM con otros Equipos y órganos colegiados del centro es satisfactorio, ya que la mayoría de los profesionales estiman que la coordinación va de normal a muy elevada (Tabla I).

En el análisis bivalente que compara la variable “miembros de los equipos que consideran que los internos han mejorado en sus carencias y discapacidades” y la variable “coordinación entre PAIEM y equipos técnicos del centro”, se muestra una correlación estadísticamente significativa, comprobándose

Tabla 2. Resultados de la evaluación de variables relacionadas con las actividades del PAIEM

VARIABLES	Nº	Porcentaje
*Ubicación de los enfermos del PAIEM		
Módulos ordinarios	264	80%
Módulos de respeto y/o UTES	195	59%
Módulo terapéutico	34	10%
Módulos para enfermos mentales	26	9%
Sólo enfermería	4	0,3%
Documento donde se recoge la información del PAIEM		
Hº Clínica y Protocolo de Tratamiento	141	43%
Hª Clínica	41	12%
Protocolo de Tratamiento	75	23%
Otros	43	13%
No se recoge	14	4%
NS/NC	17	5%
*Actividades de rehabilitación psicosocial del PAIEM más frecuentes		
Autocuidados	243	73%
Programas de Educación para la salud	215	65%
Preparación en actividades de la vida diaria	204	62%
Entrenamiento en habilidades sociales	203	61%
Entrenamiento en habilidades cognitivas	197	60%
Aceptación de la enfermedad	194	59%
Técnicas de autocontrol	165	50%
Preparación para la salida	163	49%
Psicomotricidad	89	27%
Otros	66	20%
*Actividades de intervención con las familias		
Encuentros programados	106	32%
Personalmente aprovechando un vis a vis	36	11%
De forma telefónica	262	79%
No se realizan	56	18%
Total	331	100

* Respuestas no excluyentes. La suma es >100%

Tabla 3. Relación entre la variable “miembros de los equipos que consideran que los internos han mejorado en sus carencias y discapacidades” con las variables “coordinación entre el equipo del PAIEM y los equipos técnicos del centro”, “antelación con la que los miembros de los programas preparan la derivación” y “equipos que tramitan la derivación a través de entidades del tercer sector que trabajan en el PAIEM”.

Actividad del programa	Resultado de la evaluación		
	Mejores resultados en carencias y discapacidades	Peores resultados en carencias y discapacidades	Chi ² (p)
Muy buena/buena coordinación con los equipos técnicos del CP	85 (64,66) [6,4]	35 (55,34) [7,48]	28,75 (p<0,001)
Poca o ninguna coordinación con los equipos técnicos del CP	40 (60,34) [6,86]	72 (51,66) [8,01]	
Preparación de la derivación con más de seis meses	40 (29,52) [3,72]	27 (37,48) [2,93]	12,52 (p<0,001)
Preparación de la derivación con menos de seis meses	23 (33,48) [3,28]	53 (42,52) [2,58]	
Trámites para la derivación realizados por ONG's	46 (34,55) [3,79]	83 (94,45) [1,39]	12,21 (p<0,001)
Trámites para la derivación realizados por otras vías	14 (25,45) [5,15]	81 (69,55) [1,88]	

que los equipos con mejor coordinación son aquellos que mejores resultados obtienen en la intervención con los internos (Chi²=28,8; p=0) (Tabla III).

La mayoría de los profesionales refiere que los enfermos incluidos en el PAIEM se encuentran ubicados, además de en la enfermería cuando lo precisan, en módulos ordinarios o en módulos de respeto²⁷ y/o Unidades Terapéutico Educativas (UTE)²⁸. En un 9% indican que estos enfermos se albergan en módulos exclusivos para enfermos mentales, y solo el 0,3% manifiestan que están ingresados únicamente en la enfermería (Tabla II).

La información del interno que está en el PAIEM se recoge mayoritariamente en la historia clínica y/o en el protocolo de tratamiento (Tabla II). Sin embargo, en el caso de ingresos por traslado de internos que han estado en PAIEM en otro centro penitenciario, hay dificultades para disponer de esta información en el 59,7% de los centros.

En la actuación en caso de incidente regimental protagonizado por un interno incluido en el PAIEM, el funcionario de vigilancia hace un parte disciplinario en la mayoría de los centros, siendo minoritarios aquellos en los que la Comisión Disciplinaria valora un informe expresamente elaborado por el Equipo PAIEM o por el propio funcionario (Tabla II).

Las actividades enfocadas a la rehabilitación psicosocial que se realizan con mayor frecuencia según refieren los profesionales son: “programa de autocuidados, limpieza y aseo de celda”, “programa de educación para la salud”, “programa de actividades de la vida diaria”, “entrenamiento en habilidades sociales”, “entrenamiento en habilidades cognitivas” y “pro-

grama de aceptación de la enfermedad y autonomía en toma de medicación”. Todas ellas en torno al 60% (Tabla II).

La intervención grupal con los internos del PAIEM es efectuada por profesionales de diferentes áreas intra y extrapenitenciarias. En el 40,3% de los centros la realizan trabajadores de entidades sociales. Entre los profesionales penitenciarios destacan los psicólogos (35,5% de los centros), educadores (30,6%), médicos (22,6%), enfermeros (17,7%) y trabajadores sociales (8%). En el 24,2% de los centros no se realizan este tipo de actividades grupales.

La intervención específica con las familias de los internos que participan en el PAIEM se lleva a cabo mayoritariamente de forma telefónica. Los encuentros programados y de forma personalizada aprovechando un vis a vis son mucho menos frecuentes. Hay un 17,7% de los centros en los que consta que no se realiza ninguna intervención específica con las familias (Tabla II).

Referente a la fase de reincorporación social en el cuestionario se preguntó por la antelación, respecto al momento de la excarcelación del enfermo, con la que el Equipo iniciaba las actuaciones, destacando que en la mayoría (65%) se realiza un año o seis meses antes de la fecha prevista de libertad. Se ha correlacionado la variable “miembros de los equipos que consideran que los internos han mejorado en sus carencias y discapacidades” y la variable “antelación con la que los miembros de los programas preparan la derivación” comprobándose que los equipos que preparan, al menos con seis meses de antelación la

derivación, son los que mejores resultados obtienen en la intervención con los internos con una relación estadísticamente significativa (Tabla III).

Sobre la utilización de las diversas alternativas reglamentarias para la reincorporación social, en la mayoría de los centros se utilizan los permisos (51,6%), siendo muy reducidas las salidas, ya sean culturales y ocio (19,3%), para tratamiento (14,5%) o familiares, para formación o para trabajo (4,8% cada una).

Para una mayoría de profesionales hay dificultades en la aplicación de las medidas dirigidas a la reincorporación social, tanto en el apoyo social como en el seguimiento exterior (familia, instituciones, ONGs) (Figura 1).

Los profesionales del Equipo Multidisciplinar PAIEM que tramitan la parte de derivación a la red comunitaria de atención en salud mental y drogodependencias son principalmente trabajador social (84%), médico (55%) y de ONGs (21%). La derivación del enfermo a la red comunitaria se efectúa con informe clínico y psicosocial mayoritariamente (60%).

Nuevamente se ha establecido una correlación entre la variable “miembros de los equipos que consideran que los internos han mejorado en sus carencias y discapacidades” y la variable “Equipos que tramitan la derivación a través de la ONG o entidad del tercer sector que trabaja en el PAIEM”. Se observó una correlación estadísticamente significativa entre equipos con mejores resultados y derivación realizada a través de las ONG’s ($\chi^2=12,2$; $p=0.0005$) (Tabla III).

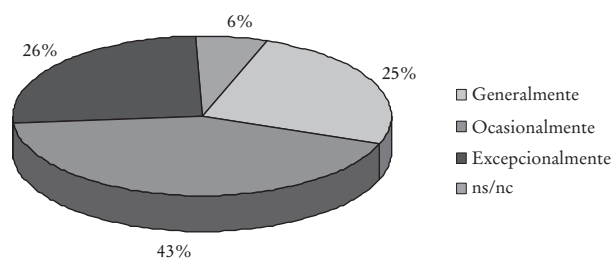
compara el grupo de informantes en cuyos equipos ha participado una ONG en el proceso de reinserción y el resto de equipos en los que no intervenía el tercer sector en esa actividad.

En el apartado de efectos concretos observados tras la aplicación del programa, el 71% de los profesionales refieren que entre el 50% y el 100% de los enfermos incluidos en el PAIEM obtienen mejoras en sus carencias y discapacidades.

Entre las ventajas que perciben los profesionales con la puesta en marcha y desarrollo del PAIEM destacan el tratamiento del interno desde un punto de vista integral y personalizado (78%), la mejor adaptación del interno y la consiguiente disminución de la conflictividad (75%), la mejor colaboración entre distintos profesionales (69%), la percepción, por parte de los internos, de una mejor atención y calidad de vida (69%) y la mejora en la adherencia al tratamiento (63%). Entre los inconvenientes de la puesta en marcha del PAIEM los profesionales refieren fundamentalmente mayor carga de trabajo (66%).

Según los miembros de los Equipos PAIEM la mayoría de los profesionales de los centros penitenciarios están implicados con el programa (>60%) o lo aceptan (>55%), siendo minoría los que manifiestan escepticismo (>7%). Mención especial hay que hacer del colectivo de vigilancia, en los que se percibe una buena aceptación (43%), una baja implicación (9,4%) y un elevado escepticismo (40,2%).

Figura 1. Dificultades en el apoyo social y seguimiento exterior (familia, Ongs,...) para la aplicación de las medidas dirigidas a la reincorporación social

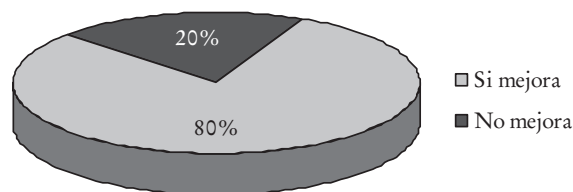


Valores Absolutos

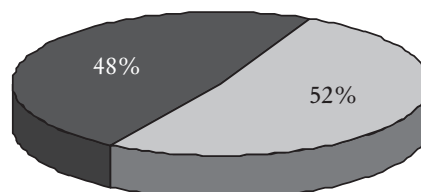
Generalmente	Ocasionalmente	Excepcionalmente	ns/nc
82	143	86	20

Este hecho se ha evidenciado también en la figura 2, donde se analiza la mejora en las derivaciones si se

Figura 2. Mejora en las derivaciones de los enfermos hacia los recursos de la comunidad



Equipos en los que una ONG o entidad mediadora participa en la derivación



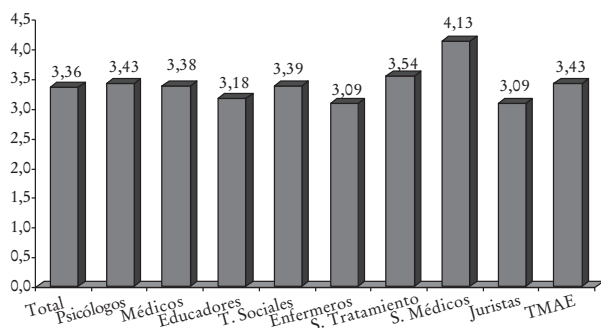
Resto de centros

Valores absolutos

	Participa ONG	No participa ONG
Sí mejora	55	127
No mejora	14	135
Total	69	262

La mayoría de los profesionales de los Equipos PAIEM están muy o bastante satisfechos de su participación en el programa, siendo los más satisfechos los Subdirectores Médicos (Figura 3).

Figura 3. Valor medio de satisfacción (1 nada satisfecho/5 muy satisfecho) en la participación en el PAIEM por grupos profesionales



DISCUSIÓN

Se puede afirmar que la evaluación del PAIEM se ha realizado a partir de una fuente de información muy fiable, ya que prácticamente toda la población objeto de la evaluación (el 91% de los profesionales que componen los equipos) ha participado en el análisis. Los equipos multidisciplinares PAIEM están formados por profesionales de Instituciones Penitenciarias que en su mayoría tienen una experiencia de colaboración en el programa mayor de 2 años. En la mayor parte de los centros también los integran profesionales de entidades sociales cuyo papel se ha mostrado determinante en los resultados beneficiosos del programa, especialmente en la fase de derivación del enfermo tras la excarcelación.

La participación de los psiquiatras en el PAIEM es menor que la de otros profesionales porque fundamentalmente realizan tareas clínicas y generalmente no desarrollan actividades de rehabilitación psicosocial y reincorporación.

La figura del tutor de internos es uno de los aspectos destacados del PAIEM. A la vista de los re-

sultados de la evaluación, parece evidente que esta función se está realizando en la mayoría de los centros y que todos los profesionales la desempeñan de forma equitativa. El tutor es el profesional de referencia directa frente a las diversas situaciones estresantes que pueda encontrarse el enfermo, como el cambio de departamento o destino, cambio de una actividad rehabilitadora por otra, la recogida de demandas y necesidades, la solución de dudas, mediación familiar o búsqueda y derivación a recursos

La propia enfermedad mental puede tener una gran influencia en el régimen penitenciario de vida del paciente y este régimen a su vez, en el proceso asistencial, en la rehabilitación y en la expresión de su sintomatología. De ahí que en la evaluación se revisara la relación entre el Equipo PAIEM y el Equipo Técnico que, según el reglamento penitenciario, está encargado del seguimiento regimental y tratamental de todos los internos incluidos los del PAIEM. A pesar de que el grado de coordinación entre estos equipos parece ser elevado, en un porcentaje no despreciable de los centros penitenciarios el equipo PAIEM no emite propuestas a ningún órgano colegiado, lo que puede afectar a la calidad de la intervención con los internos con enfermedad mental. Los profesionales del PAIEM disponen de una información actualizada de los pacientes que podría ser muy útil para la toma de decisiones relacionadas con la situación penitenciaria de estos enfermos.

Tradicionalmente en los centros penitenciarios se atribuía al servicio sanitario la exclusiva competencia del cuidado de los internos con trastornos mentales. En parte por ello, la enfermería ha sido habitualmente el lugar de alojamiento permanente y exclusivo de los enfermos con alguna alteración mental. Esto era especialmente evidente si el trastorno provocaba en el interno dificultades de convivencia. Este hecho ha propiciado que el cuidado de estos enfermos haya quedado circunscrito a la esfera clínica y farmacológica. El PAIEM hace hincapié en la importancia de la rehabilitación del enfermo durante su estancia en prisión y una de las formas de abordarla es permitir que el enfermo participe de todos los espacios con contenido rehabilitador que estén disponibles en el centro, siempre que las capacidades psíquicas del interno lo permitan en cada momento de la evolución de su proceso.

Sin duda que la enfermería es el espacio más adecuado para los casos en los que un episodio agudo requiere mayor control y cuidados. Sin embargo, el objetivo de este programa es que el paciente vaya comprobando progresivamente cómo recupera sus capacidades de resocialización, que experimente con

sus avances y acabe por ejecutar plenamente las habilidades sociales recuperadas, siempre con el entrenamiento adecuado y como un paso previo a su salida de prisión. Por ello, cuando el programa funciona tal y como fue diseñado, el tiempo efectivo de vida de los internos en PAIEM en la enfermería del centro debe ser el mínimo imprescindible para su diagnóstico y estabilización clínica. Un alojamiento permanente sólo debe ser contemplado en los casos con grave deterioro de la convivencia o importantes carencias para las relaciones psicosociales. Los resultados de la evaluación realizada demuestran que esto se cumple, que hay una presencia mínima de enfermos mentales que se encuentran en la enfermería como único lugar de residencia. La mitad de los internos del programa están alojados en módulos comunes, y la otra mitad, en módulos de respeto o UTEs, dedicados a actividades programadas en un espacio terapéutico en el que el enfermo puede evolucionar de manera más controlada y protegida. Estos módulos donde los internos comparten actividades de otros programas pueden ser el espacio ideal que permita al enfermo una convivencia menos estresante mientras desarrolla nuevas capacidades de interacción en un entorno progresivamente más exigente. Es importante que estos módulos terapéuticos sean espacios de paso y no se conviertan en nuevos guetos que sustituyan a la enfermería.

La recogida de la información sobre inclusión en el programa y evolución de los internos que están en el PAIEM no está sistematizada. Unos centros utilizan la historia clínica, otros, el protocolo de tratamiento, otros, ambos documentos y otros, diferentes registros (fichas específicas y hojas de cálculo). En la mayoría de los traslados de los internos incluidos en PAIEM hay dificultades para saber si estaban en el programa en el centro de origen, lo que puede causar una interrupción relevante en la continuidad rehabilitadora y terapéutica.

En la mayor parte de los centros las intervenciones de tipo grupal recaen principalmente en los representantes de las entidades sociales. Los profesionales penitenciarios participan en buena medida en estas actividades aunque su actuación principal es de tipo individual. En la cuarta parte de los centros no se realiza intervención grupal lo que implica una deficiencia importante en la recuperación física, psíquica y social de los internos con enfermedad mental.

La intervención con la familia del interno enfermo mental es fundamental tanto para su propio tratamiento como para mejorar las posibilidades de adaptación una vez sea liberado. Cuando el enfermo es liberado es fundamental que la familia cuente con ase-

soramiento en muy diversas áreas (información sobre las características y evolución de la enfermedad, pautas de comportamiento ante estados críticos, importancia de asegurar la toma de medicación en la forma que ha sido pautada, recursos sociales existentes, etc.) lo que permitirá una actuación más eficaz para lograr la reincorporación del enfermo a la sociedad. Sin embargo, sólo en un tercio de los centros se realiza un contacto personal y directo de los profesionales del PAIEM con las familias mediante encuentros programados o aprovechando una comunicación. Se ha demostrado que este contacto facilita la implicación de la familia en el complejo proceso de recuperación y posterior incorporación social. Sin embargo, la forma más frecuente de contacto es la vía telefónica lo que resta eficacia a la intervención. Es preocupante que en algunos centros no se realicen contactos familiares de ningún tipo. Esto puede deberse a varios factores entre los que hay que considerar la ausencia o negación de la familia.

La mayoría de los centros preparan la salida en libertad de los enfermos entre seis meses y un año antes de la fecha de excarcelación prevista que es un intervalo de tiempo aconsejable. Los datos también evidencian que la mayor parte de los centros realizan actuaciones destinadas a la reincorporación social. Sin embargo, sólo un tercio de los internos fueron derivados adecuadamente a los recursos comunitarios que precisaban. Para facilitar la reincorporación social, las herramientas más utilizadas son los permisos. La infrautilización de otras medidas reglamentarias, de indudable valor terapéutico, dificultan enormemente la reincorporación a la sociedad de los enfermos al llegar la excarcelación. Al no establecerse contactos previos ni con la familia, ni con los centros comunitarios de salud mental, ni con las instituciones y entidades de acogida, se reduce gravemente la continuidad de cuidados en la red de atención socio-sanitaria comunitaria y el apoyo de la red familiar y social.

La evaluación ha puesto de manifiesto la importancia de la intervención de las entidades del tercer sector que forman parte del PAIEM en el éxito de la derivación. Si se compara la mejoría en las derivaciones, entre los equipos en los que intervienen las ONGs con el resto de equipos, la diferencia es absolutamente determinante a favor de los mejores resultados cuando en la derivación intervienen entidades especializadas del tercer sector.

Finalmente, una de las variables más interesantes por las que se ha preguntado a los profesionales ha sido el porcentaje de los enfermos incluidos en el PAIEM en los que, a su juicio, se había producido

una mejora de las capacidades y carencias propias de su trastorno mental. A falta de un indicador más objetivo, las percepciones de los profesionales penitenciarios dedicados a la asistencia de estos enfermos pueden convertirse en una evidencia aceptable. Para la mayoría de los profesionales más de la mitad de los enfermos han mejorado al ser incluidos en el programa. La estabilización clínica del enfermo junto con las actuaciones terapéuticas del PAIEM permite la rehabilitación de sus capacidades y la mejora en las carencias del internado en prisión con enfermedad mental. Esto no puede ser interpretado nunca como la constatación de que los centros penitenciarios deban convertirse en centros sanitarios especializados en el tratamiento de este tipo de patologías, sino como el resultado del esfuerzo de todos los profesionales penitenciarios para actuar como soporte de las instituciones sanitarias con competencia en el tratamiento y rehabilitación de los enfermos mentales. De esta manera, aquéllas podrán ejercer su labor en el medio penitenciario para garantizar el derecho a la equidad de cuidados que la ley demanda para los enfermos privados de libertad.

Los profesionales del PAIEM valoran que la puesta en marcha y desarrollo del programa conlleva una mejoría generalizada en la rehabilitación y reincorporación social ya que los internos reciben un tratamiento integral y personalizado, se incrementa la adherencia y la adaptación y se reduce la conflictividad.

También es favorable la valoración de los avances producidos en la derivación a los recursos de la comunidad así como en la colaboración con sus profesionales. Este es un aspecto clave en el que se debe incidir para aumentar la eficacia del tratamiento y del programa en su conjunto. Sin embargo, la principal dificultad del programa para conseguir este objetivo es estructural ya que se trabaja la reinserción y enlace de estos enfermos con los recursos externos de la comunidad desde el entorno de asilamiento de un centro cerrado. Probablemente sea preciso crear un programa complementario al PAIEM capaz de realizar esta importante fase de la actuación desde un entorno más abierto, como es el recurso que la Institución ha diseñado para facilitar la reinserción de los internos, que son los Centros de Inserción Social.

Según los componentes del PAIEM la mayoría de profesionales de los centros están implicados con el programa o lo aceptan, siendo minoría los que manifiestan escepticismo. Posiblemente el alto porcentaje de escépticos entre los funcionarios de vigilancia sea debido a la falta de información sobre el PAIEM, por lo que parece recomendable difundir los aspectos

fundamentales del programa entre todos los funcionarios del centro como medida para incentivar una valiosa implicación de todos los colectivos de profesionales que trabajan en el establecimiento.

CORRESPONDENCIA

Julián Sanz Sanz
Servicio de Drogodependencias
Subdirección General Coordinación
Sanidad Penitenciaria
C/ Alcalá, 38, 3ª planta
28014 Madrid
julian.sanz@dgip.mir.es

AGRADECIMIENTOS

A todos los miembros de los Equipos PAIEM
A todos los miembros de la Comisión Social en
Salud del Consejo Social Penitenciario
A Josefina Garcia Camacho
A Cecilio Rey

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011 [citado 28 Agosto 2013]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/SaludMental2009-2013.pdf>
2. Recommendation No. R (98) of the Committee of Ministers to members states concerning the ethical and organisational aspects of health care in prison [Internet]. Strasbourg: Council of Europe Committee of Ministers; 1998 [citado 26 Agosto 2013]. Disponible en: <https://wcd.coe.int/wcd/ViewDoc.jsp?id=475927&Site=CM>
3. Hernández-Monsalve M, Espinosa-Iborra J. La atención a pacientes con trastornos mentales en las prisiones. [Ponencia]. Estrasburgo: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 1999.
4. Mendelson EF. A survey of practice a regional Forensic Service: what do Forensic Psychiatrists do? Part I-II: Characteristics of cases and distribution of work. Br. J. Psychiatry. 1992; 160: 769-76
5. Salize HJ, Drebing H, Kief C. Mentally Disordered Persons in European Prison Systems: ne-

- eds, programmes and outcome (EUPRIS) [Internet]. Mannheim: European Commission. Central Institute of Mental Health; 2007 [citado 18 Agosto 2013]. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2004/action1/docs/action1_2004_frep_17_en.pdf
6. Mendelson EF. A survey of practice a regional Forensic Service: what do Forensic Psychiatrists do? Part I-II: Characteristics of cases and distribution of work. *British J. Psychiatry* 1992; 160: 769-76.
 7. US. Department of Justice. *Effective Prison Mental Health Services: Guidelines To Expand and Improve Treatment* Washington: National Institute of Corrections; 2004
 8. Muñoz M, Vázquez C, Bermejo M, Vázquez JJ, Sanz J. Trastornos mentales (DSMIII- R) de las personas sin hogar en Madrid: un estudio utilizando la CIDI. (Composite International Diagnostic Interview). *Arch. Neurobiol* 1996; 59: 270-82.
 9. Salize HJ, Drebing H, Kief C. Mentally Disordered Persons in European Prison Systems: needs, programmes and outcome (EUPRIS) [Internet]. Mannheim: European Commission. Central Institute of Mental Health; 2007 [citado 18 Agosto 2013]. Disponible en: http://ec.europa.eu/eahc/projects/database/fileref/SANCO/2004/2004106_2_en.pdf
 10. Burney E, Pearson G. Mentally disordered offenders: Finding a focus for diversion, *Howard Law Journal*. 1995; 34:291-313.
 11. Hernández Monsalve M., Herrera Valencia R. *La atención a la salud mental de la población reclusa*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2003.
 12. Davis S. An overview: are mentally ill people really more dangerous? *Soc Work*. 1991 Mar; 36(2): 174-80.
 13. *A better way for criminal justice and mental health* [Internet]. London: Sainsbury Centre for Mental Health; 2009 [cited 2013 Ag. 28]. Available from: <http://www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/Diversion.pdf>
 14. World Health Organization, *Mental Health: Facing the Challenges, Building Solutions: report from the WHO European Ministerial Conference of Helsinki*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2005.
 15. *Mental Health Promotion in Prisons - Consensus Statement of WHO (Regional Office for Europe) Health in Prisons Project*. The Hague: WHO; 1998.
 16. United Nations. *Basic Principles for the Treatment of Prisoners* 45/111. Genebre: General Assembly; 1990.
 17. *Declaration. Prison health as part of public health* [Internet]. Moscow: WHO; 2003 [citado 2013 Ag 20]. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/98971/E94242.pdf
 18. *Estrategias en Salud Mental del SNS. Documento de consenso de las comisiones de análisis de casos de personas con enfermedad mental sometidas penas y medidas de seguridad* [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012 [citado 22 Dic 2013] Disponible en: http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/saludpublica/Consenso_Estrategia_Salud_Mental_MSSSI.pdf
 19. Wilson S. The Principle of equivalence and the future of mental health care in prisons. *British J. of Psychiatry*. 2004;184: 5-7.
 20. *Penal Reform International: Making Standards work. An international handbook on good prison practice*. The Hague: Penal Reform International; 1995.
 21. Bradley K. *The Bradley Report: Lord Bradley's review of people with mental health problems or learning disabilities in the criminal justice system* [Internet]. London: Crown; 2009 [cited 27 Ag 2013]. Available from: http://www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/Bradley_report_2009.pdf (consulta Agosto 2011).
 22. WHO Health in Prisons Project. *Background Paper for Trencin Statement on Prisons and Mental Health* [Internet]. Copenhagen: WHO; 2008 [cited 28 Ag 2013]. Available from: http://www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/Background_paper_Trencin_Statement.pdf
 23. WHO. *The Trencin Statement on Prisons and Mental Health* [Internet]. Copenhagen: WHO; 2008 [cited 25 Ag 2013]. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/99006/E91402.pdf
 24. *Protocolo de aplicación del programa marco de atención integral a Enfermos Mentales en centros penitenciarios (PAIEM)* [Internet]. Madrid: Secretaría General de Instituciones Penitenciarias; 2009 [citado 29 Ag 2013]. Disponible en: http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/descargas/Protocolo_PAIEM.pdf
 25. *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013* [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011

- [citado 22 Ag. 2013]. Disponible en: <http://www.mspes.org/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/SaludMental2009-2013.pdf>
26. Abad A, Arroyo JM, Gómez P, López JM, Pozuelo F, Ruiz A, et al. Informe evaluación del funcionamiento y resultados del programa de atención integral al enfermo mental (PAIEM) 2009 2013 [Internet]. Madrid: Secretaría General de Instituciones penitenciarias; 2013 [citado 14 Feb. 2014]. Disponible en http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/saludpublica/Evaluacion_PAIEM.pdf
27. El sistema penitenciario español. 2010. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011 [citado 22 Feb. 2014]. Disponible en: <http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/Reeducacion/ProgramasEspecificos/modulosTerapeuticos.html>
28. Cendón JM, Belinchón E, García H. Módulos de respeto. Manual de aplicación [Internet]. Madrid: Ministerio del Interior; 2011 [citado 15 Feb. 2014]. Disponible en: http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/publicaciones/MdR_Manual_de_aplicacion_acc.pdf