

# Descripción de la consulta psiquiátrica en centros penitenciarios de la Comunidad Valenciana

F Arnau-Peiró<sup>1</sup>, J García-Guerrero<sup>2</sup>, A Herrero-Matías<sup>2</sup>, JC Castellano-Cervera<sup>3</sup>,  
 EJ Vera-Remartínez<sup>2</sup>, V Jorge-Vidal<sup>4</sup>, S. Arques-Egea<sup>5</sup>, C Iranzo-Tatay<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Psiquiatra consultor de CP Castellón I, CP Castellón II y CP Valencia II

<sup>2</sup> CP Castellón I

<sup>3</sup> CP Valencia

<sup>4</sup> CP Castellón II

<sup>5</sup> Psiquiatra. Hospital La Fe. Valencia

<sup>6</sup> Psiquiatra. Unidad Salud Mental Buñol (Valencia)

## RESUMEN

**Introducción:** Existen pocos trabajos sobre el contenido de las consultas psiquiátricas en las prisiones.

**Objetivos:** Explorar el perfil sociodemográfico, clínico y de tratamiento de los pacientes valorados en la consulta psiquiátrica de tres centros penitenciarios.

**Métodos:** Estudio epidemiológico multicéntrico, descriptivo, longitudinal, y prospectivo de los pacientes valorados en la consulta psiquiátrica de tres prisiones de la Comunidad Valenciana durante 2009, 2010 y 2011.

Se obtuvieron variables clínicas, sociodemográficas y penitenciarias de cada paciente. Las frecuencias se compararon mediante la  $\chi^2$  de Pearson y las medias por el test de ANOVA o el método de Kruskal-Wallis. Se calculó la probabilidad de mantenerse en agenda psiquiátrica mediante curvas de Kaplan-Meier, estableciéndose las diferencias con el método de Mantel-Haenzel (Logrank). Se diseñó un modelo de regresión logística para determinar las variables asociadas a hiperfrecuentación.

**Resultados:** Se valoraron 786 pacientes en 2.006 consultas (2,5 visitas/paciente). El 90% eran varones y el 88,2% españoles, con una edad media de 36,0 años. El 29,9% tenían patología infecciosa crónica asociada. El 69,5% consume algún tipo de sustancia. El 59,2% sufría un trastorno de personalidad y el 11,6% del espectro de la esquizofrenia. Los cuadros clínicos más frecuentes fueron; 49,1% cuadros ansiosos, 20,8% depresivos y 11,7% síntomas psicóticos. Los trastornos psicóticos supusieron 1,5 veces más probabilidad (IC 95%; 1,1-1,9) de mantenerse más tiempo en agenda. Los fármacos más prescritos fueron quetiapina, mirtazapina, pregabalina y diazepam.

**Conclusiones:** Los trastornos mentales en prisión son muy prevalentes. Es necesario potenciar los recursos disponibles para una adecuada atención de estas patologías.

**Palabras clave:** salud mental; prisiones; diagnóstico; psicopatología; drogas; terapéutica; psicotrópicos; España.

## DESCRIPTION OF THE PSYCHIATRIC UNIT IN PRISONS IN THE AUTONOMOUS COMMUNITY OF VALENCIA

### ABSTRACT

**Introduction:** Little work has been done on the contents of psychiatric consultancies in prisons.

**Aims:** To explore the sociodemographic, clinical and treatment profile of the patients who were assessed in the psychiatric consultancy of three prisons.

**Methods:** This is a prospective, longitudinal, descriptive and multicenter-based epidemiological study of patients who were assessed in the psychiatric consultancy of three prisons in the Autonomous Community of Valencia from 2009 to 2011.

Sociodemographic, clinical and prison data was obtained from each patient. Their frequency was compared with Pearson's  $\chi^2$  and averages with the ANOVA test or with The Kruskal-Wallis method. The probability of keeping the patients in schedule was calculated with Kaplan-Meier's curves and differences with the Mantel-Haenzel method (Logrank) were established. A logistic regression model was designed to determine the data linked to frequent users.

**Results:** 786 patients were assessed in 2,006 visits (2.5 visits/patient). 90% were male, 88.2% Spanish and their average age was 36 years. 29.9% suffered from an infectious chronic pathology. 69.5% used some kinds of substance. 59.2% suffered from personality disorder and 11.6% from the spectrum of schizophrenia. The most frequent medical profiles were: 49.1% with anxiety disorder, 20.8% depressive disorder and 11.7% psychotic disorder. These psychotic disorders meant a greater probability of 1.5 times for maintaining in schedule. The most commonly prescribed medications were quetiapine, mirtazapine, pregabalin and diazepam.

**Conclusion:** There is a high prevalence of mental disorders in prisons. It is necessary to improve the available resources to deal with these pathologies in the most effective way.

**Key words:** mental health; prisons; diagnosis; psychopathology; drugs; therapeutics; psychotropics drugs; Spain.

Texto recibido: 04-11-2011

Texto aceptado: 31-03-2012

## 1. INTRODUCCIÓN

La patología mental entre internos de los centros penitenciarios es un grave problema de salud pública<sup>1</sup>. Varios estudios europeos<sup>2-5</sup>, americanos<sup>6</sup> y australianos<sup>7</sup> encuentran tasas más elevadas de patología mental en la población penitenciaria respecto a la población general, siendo el metanálisis de Fazel<sup>8</sup> uno de los más representativos, ya que analiza 62 estudios sobre trastornos mentales en centros penitenciarios, e identifica tasas de psicosis en el 3,7% de los varones y 4% en mujeres, tasas de trastorno depresivo en el 10% de los varones y 12% en mujeres, y una tasa de 65% de trastornos de personalidad en varones y del 42% en mujeres. En España todavía son escasos los estudios que abordan este tema, destacando la reciente publicación de Vicens et al<sup>9</sup> que analiza 707 reclusos con tasas de un 76,2% de trastorno por uso de sustancias, un 45,3% de trastornos de ansiedad, un 41% de trastornos del humor y un 10,7% de trastornos psicóticos.

Son posibles varias hipótesis para explicar este fenómeno, desde causas a las que podemos llamar extrapenitenciarias, como el concepto de transinstitucionalización<sup>10</sup> tras la reforma psiquiátrica, deficiencias en la red de salud mental comunitaria<sup>11</sup>, aumento del consumo de sustancias<sup>12</sup> y causas intrapenitenciarias, como la psiquiatrización de los problemas de la vida<sup>13</sup>, el manejo psicofarmacológico de cuadros disfuncionales en el régimen penitenciario que no obedecen a una causa psiquiátrica como tal, y la escasísima red de unidades psiquiátricas en centros penitenciarios<sup>14</sup>, entre otros.

Recientemente en las prisiones españolas y en respuesta a esta situación, se ha iniciado el "Protocolo de actuación del PAIEM"<sup>15</sup> (Programa de Atención Integral a los problemas de Salud Mental en prisión) cuyo desarrollo consta de tres fases; la primera va dirigida a la detección de internos que presenten trastor-

nos mentales, la segunda va encaminada a efectuar un diagnóstico clínico e instaurar un tratamiento médico y la tercera consiste en derivar a estos internos al programa de rehabilitación, proponiendo la inclusión del paciente en uno de los tres niveles de intervención, de acuerdo con las características clínicas y la respuesta al tratamiento farmacológico del enfermo. En el nivel 1 la respuesta al tratamiento es buena, en el nivel 2 la respuesta es parcial, y en el nivel 3 se encuentran clasificados los pacientes con mala respuesta al tratamiento.

En los centros penitenciarios españoles, a excepción de los dos centros psiquiátricos penitenciarios de Alicante y Sevilla y de la unidad de hospitalización psiquiátrica penitenciaria de Cataluña (UHPP), la detección y tratamiento de los presos con patología mental recae fundamentalmente en los servicios médicos de Atención Primaria del centro, contando con el apoyo, generalmente a tiempo parcial, de médicos psiquiatras. Esta situación, teniendo en cuenta que las consultas psiquiátricas ocupan el segundo lugar, por detrás de odontología, en número de consultas de especialista<sup>16</sup> parece insuficiente. Desde varios sectores se aconseja una reorganización más eficiente en la atención integral de los internos con patología mental, desde el ámbito de los técnicos de los centros penitenciarios<sup>17</sup>, hasta los jueces de vigilancia penitenciaria, que en una de sus resoluciones en el año 2008 abogaban por la creación de unidades psiquiátricas en los centros penitenciarios<sup>18</sup>.

El trabajo que se presenta, tiene como objetivo fundamental describir la actividad asistencial en la consulta psiquiátrica de tres centros penitenciarios españoles; el CP de Castellón I, el CP Castellón II de Albocácer y el CP Valencia II de Picassent. Concretamente se pretende analizar el perfil sociodemográfico, clínico y de tratamiento de todos los internos derivados a la consulta de psiquiatría.

## 2. MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio epidemiológico multicéntrico, descriptivo, longitudinal y prospectivo sobre la población penitenciaria valorada en la consulta psiquiátrica de los centros penitenciarios (CP) de Castellón I, Castellón II y la Unidad de Cumplimiento del CP Valencia II. En cada uno de estos centros el mismo médico psiquiatra pasa consulta cuatro veces al mes, valorando en cada consulta a 8-10 internos.

El tiempo de estudio para el CP Castellón I abarca un período de 13 meses (de 01/07/10 a 31/07/11), para CP Castellón II 14 meses (de 01/06/10 a 31/07/11) y para el CP Valencia II 26 meses (de 01/06/09 a 31/07/11).

La inclusión de los pacientes en el estudio se realizó de forma consecutiva. Se incluyeron todos los pacientes derivados por los servicios médicos de los tres centros penitenciarios y valorados en la consulta de psiquiatría penitenciaria durante el período de estudio. No existen criterios estandarizados para la derivación de un interno a las consultas de psiquiatría desde los servicios de Atención Primaria de los centros penitenciarios. El criterio es clínico y parte del médico de Atención Primaria; es habitual la derivación de casos con trastornos mentales graves (trastornos psicóticos, trastornos graves de tipo afectivo y de personalidad), pacientes con patología dual y pacientes refractarios al tratamiento instaurado desde Atención Primaria.

Se obtuvieron y analizaron las siguientes variables durante el seguimiento de cada uno de los pacientes a lo largo del tiempo de estudio:

Variables sociodemográficas: sexo, edad, nacionalidad, nivel académico y situación laboral.

Variables penitenciarias: situación de preso preventivo o penado y duración de condena en los presos penados.

Variables relacionadas con la actividad delictiva: tipo de delito y número de condenas previas.

Variables clínicas: motivo de consulta, diagnóstico psiquiátrico (incluido consumo de drogas) y comorbilidad médica. El proceso diagnóstico se ha llevado a cabo a lo largo de las entrevistas clínicas de seguimiento de cada paciente. Tanto los antecedentes de trastorno mental previo a la entrada en prisión, como los antecedentes de utilización de recursos de salud mental comunitaria no se han tenido en cuenta para este estudio.

Variables de frecuentación: número de visitas durante el seguimiento. Se consideró hiperfrecuentador a todo paciente valorado a lo largo de su período de seguimiento en cinco o más ocasiones (la elección de este punto de corte va en relación a la media y desviación típica de número de consultas por interno).

Variables de consumo farmacológico: número de fármacos pautados, principios activos y dosis media utilizada. Para analizar la dosis media prescrita se recogieron los medicamentos y la posología pautada sólo durante los meses de junio y julio de 2011 en los tres centros penitenciarios.

Variable de tiempo en el estudio (en días), considerándose para el cierre del estudio el fallecimiento del interno, el traslado de centro penitenciario, la obtención de libertad, el alta psiquiátrica o el mantenimiento del paciente en la consulta psiquiátrica hasta la fecha de fin del estudio.

Las variables se obtuvieron por dos vías: como fundamental, las entrevistas clínicas semiestructuradas llevadas a cabo durante el seguimiento clínico de cada paciente, y como secundaria, la información detallada en el historial clínico de cada interno. No se llevaron a cabo análisis con escalas estandarizadas, debido a la incompatibilidad de dicha tarea con el normal desarrollo de la actividad clínica habitual. Tampoco se realizaron análisis para determinar consumo de drogas, aceptándose las referencias de los internos en la consulta clínica.

Para los cálculos, las poblaciones medias de los centros se han obtenido hallando la media aritmética de los internos presentes en cada centro en el último día de cada mes del período estudiado.

Se creó una base de datos, codificando las variables como método para minimizar errores en la introducción. Fue una sola persona quién introdujo todos los datos. Una vez cumplimentada, se realizó un proceso de depuración de datos mediante dos tipos de técnicas: pruebas de rango y distribución de valores desconocidos o valores "missing" mediante el procedimiento MVA (Missing Value Analysis) que lleva implementada la versión 15 del programa para análisis estadístico SPSS, con el cual se realizó el análisis. Se describieron las variables cualitativas mediante frecuencias absolutas y relativas. Las cuantitativas se expresaron mediante la media con su correspondiente intervalo de confianza al 95% y como medida de dispersión la desviación típica. Para la comparación de variables cualitativas se utilizó el test de Ji cuadrado de Pearson, y para la comparación de medias, el test de ANOVA o el test de Kruskal-Wallis, según se tratara de variables paramétricas o no paramétricas. Para la obtención de posibles factores de riesgo para convertirse en hiperfrecuentador, se ha utilizado un modelo de regresión logística binaria, considerando como variable dependiente el ser o no hiperfrecuentador.

Se realizó un estudio de supervivencia mediante el método de Kaplan-Meier para determinar las probabilidades de mantenerse en seguimiento durante el

periodo de estudio, en función de los diagnósticos principales establecidos. Las diferencias se determinaron mediante la prueba de Mantel-Haenszel (Logrank). Primero se analizó por centros, para posteriormente analizar el conjunto de la muestra estudiada. También se aplicó un modelo de regresión de Cox, utilizando como variable pronóstica, los distintos diagnósticos establecidos. El nivel de significación en los contrastes de hipótesis ha sido del 5% ( $p < 0,05$ ).

A todos los pacientes se les informó de que los datos obtenidos de las entrevistas podrían ser utilizados para un trabajo de estas características y todos prestaron su consentimiento oral para ello. El estudio recibió el preceptivo permiso para su realización de la Unidad de Apoyo de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias.

### 3. RESULTADOS

La población media global en el período de estudio es de 3.250 internos: 714 en el C.P. de Castellón I, 1.385 en Castellón II y 1.151 en Valencia II. Se valoraron en consulta psiquiátrica 786 pacientes, lo que supone un 24,2% de la población media de los centros.

De los pacientes valorados el 90% eran hombres (sólo en CP Castellón I y CP Valencia II tienen mujeres presas). El 88,2 % eran españoles y tenían una edad media 36,0 años (rango 18-68), sin existir diferencias estadísticamente significativas entre sexos ( $p=0,75$ ) y en la situación de preso penado o preventivo ( $p=0,93$ ). El 5,0% son analfabetos, y el 50,9% no han finalizado los estudios primarios. Sólo el 4,8 % tienen estudios secundarios o superiores. No existen diferencias entre

Variables Sociodemográficas		Total	Castellón I	Castellón II	Valencia II	<i>p</i>
Sexo	Hombre	710	125	217	368	0,00 <sup>1</sup>
	Mujer	76	8	–	68	
Edad		35,7	35,7	35	36,6	0,70 <sup>2</sup>
Nacionalidad	Español	694	106	192	396	0,02 <sup>1</sup>
	Extranjero	92	27	25	40	
Nivel académico	Analfabeto	32	9	11	12	0,61 <sup>1</sup>
	Primarios incompletos	329	64	95	170	
	Primarios	210	39	65	106	
	Secundarios o superior	73	14	26	33	
Situación laboral	Desempleo	492	89	139	264	0,07 <sup>1</sup>
	Activo	124	29	50	45	
	Incapacidad ó similar	27	8	8	11	
Variables Penitenciarias		Total	Castellón I	Castellón II	Valencia II	<i>p</i>
Estancias en prisión previas (media)		1,69	1,58	2,28	1,22	0,00 <sup>3</sup>
Tiempo condena (media días)		2710	2071	3664	2397	0,00 <sup>3</sup>
Variables clínicas		Total	Castellón I	Castellón II	Valencia II	<i>p</i>
Patología médica asociada	Sí	282	51	100	131	0,00 <sup>1</sup>
	No	504	82	117	305	
Consumo de sustancias	No	238	38	45	155	0,00 <sup>1</sup>
	Una	184	30	43	111	
	Dos	23	6	9	8	
	Más de dos	341	59	120	162	

<sup>1</sup> Test de Chi-cuadrado. <sup>2</sup> Test de ANOVA. <sup>3</sup> Test de Kruskal-Wallis.

Tabla 1. Variables sociodemográficas, clínicas y penitenciarias de los pacientes valorados en la Agenda de psiquiatría de los tres centros penitenciarios.

sexos respecto al nivel académico referido ( $p=0,92$ ) ni entre los presos penados o preventivos ( $p=0,08$ ). El 76,5% se encontraba en situación de desempleo en el momento de su entrada en prisión, siendo más frecuente este hecho entre los varones ( $p=0,01$ ) y sin apreciarse diferencias en los presos penados o preventivos ( $p=0,09$ ). Un 3,1% de la muestra tenía acreditada una minusvalía psíquica.

El 90% eran penados con una media de 1,6 estancias previas en prisión (desviación típica (DT): 3,5; rango: 0-45) y 2.791 días de media de cumplimiento de condena (DT: 3.941; rango 90-73.000). Las mujeres presentaban un menor número de estancias previas en prisión ( $p=0,02$ ), sin encontrarse diferencias entre sexos respecto al tiempo de cumplimiento de condena ( $p=0,06$ ). Entre los presos penados fue mayor el número de entradas previas en prisión ( $p=0,01$ ). Los delitos cometidos por los pacientes valorados son los siguientes: el 60,3% delitos contra la propiedad, el 11,0% contra la vida, el 10,6% de violencia de género, el 9,9% contra la salud pública, el 3,8% contra la libertad sexual, el 2,1% contra la seguridad vial, el 0,7% contra la libertad, y el 1,6% no facilitó esa información.

El 35,8% tenían diagnosticado un cuadro médico asociado, siendo los más frecuentes la infección por VHC (17,3%), coinfección VHC-VIH (11,3%) y VIH (1,3%). No se encontraron diferencias en la presencia de comorbilidad médica entre sexos ( $p=0,38$ ) ni en presos penados o preventivos ( $p=0,14$ ). Otras características de los pacientes valorados y su desagregación por centro se pueden ver en la tabla 1.

El motivo de derivación a la consulta psiquiátrica desde el servicio de Atención Primaria de los centros penitenciarios fue en el 44,2% por síntomas ansiosos, en el 17,2% por la presencia de ánimo depresivo, en el 11,7% por la sospecha de síntomas psicóticos, el 7,8% se derivó para seguimiento de internos estables de su patología psiquiátrica de base (el 31,6% de estos pacientes se les diagnosticó de un trastorno de personalidad, el 44% eran pacientes con trastorno psicótico, el 13% con un trastorno depresivo y el 11,4% con retraso mental), en el 5,9% de los casos se realizó la interconsulta para valorar la demanda de psicofármacos que realizaba el interno, en un 5,1% se derivó para la realización de un informe psiquiátrico, el 3,3% presentaba alteraciones del sueño y en un 1,6% se derivó para seguimiento de internos incluidos en el programa de prevención de suicidio.

Respecto al diagnóstico psiquiátrico en el Eje I según el DSM IV, el trastorno de ansiedad generalizada lo presentaba el 49,1% de la muestra, el trastorno depresivo mayor se identificó en el 20,8% y el tras-

torno bipolar en el 1,5% de la muestra. En el 0,4% de la muestra se refería explícitamente en la historia clínica el diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad. El 11,7% presentaba un diagnóstico del espectro de la esquizofrenia (14% de los pacientes en CP Castellón I, 11,5% en CP Castellón II y 10,8% CP Valencia II, sin diferencias significativas entre centros,  $p=0,54$ ). Se apreció una mayor probabilidad de diagnóstico de trastorno psicótico en varones ( $p=0,02$ ), sin encontrándose diferencias entre presos penados o preventivos ( $p=0,26$ ).

Respecto al diagnóstico psiquiátrico en el Eje II del DSM IV el 59,2% de toda la muestra cumplía criterios para el diagnóstico de trastorno de personalidad, siendo en más del 90% del grupo B (límite, antisocial, narcisista y mixto). La comorbilidad en el Eje I fue la siguiente: un 59,3% presentó un trastorno de ansiedad generalizada, un 12,0% trastorno depresivo y en un 6,6% se identificó un cuadro de tipo psicótico.

El diagnóstico de retraso mental se muestra referido explícitamente en la historia clínica del 1,9% de la muestra. No se ha ratificado este diagnóstico ya que no se llevaron a cabo pruebas estandarizadas para medir el coeficiente intelectual.

Respecto al consumo de sustancias, el 69,5% reconocía consumo de algún tipo de sustancia con patrón de abuso o dependencia, sin discriminarse para el estudio si el inicio del consumo fue antes o después de su entrada en prisión. El consumo de drogas fue más frecuente en varones ( $p=0,01$ ) y no se encontraron diferencias de consumo en los presos penados o preventivos ( $p=0,24$ ). El patrón de consumo más frecuente fue el de politoxicomanía en un 43,3% de la muestra (consumo de tres o más drogas, incluyendo en todos los casos opiáceos), el 23,4% consumía una única sustancia y en el 2,9% el consumo referido era de dos sustancias. Entre el grupo de consumidores, la cocaína fue consumida en un 82,0% de los pacientes, la heroína en un 79,0%, el cánnabis en un 65,0% y el alcohol en un 11,8%. No se registraron datos sobre el consumo de tabaco en la muestra estudiada.

Sólo el 12,9% de los que admitieron consumo de drogas no tenía asociado ningún diagnóstico psiquiátrico en el Eje I o el Eje II del DSMIV.

Respecto a la tasa de pacientes con patología dual<sup>19</sup>, entendiendo como patología dual la coexistencia de un trastorno mental grave del tipo espectro de la esquizofrenia, trastorno bipolar o trastorno grave de la personalidad y un trastorno por uso de sustancias en patrón de abuso o dependencia, éste representaba el 17,8% de toda la muestra estudiada.

La duración global del seguimiento psiquiátrico de toda la muestra es de 208,3 días (DT:  $\pm 193$ ; rango:

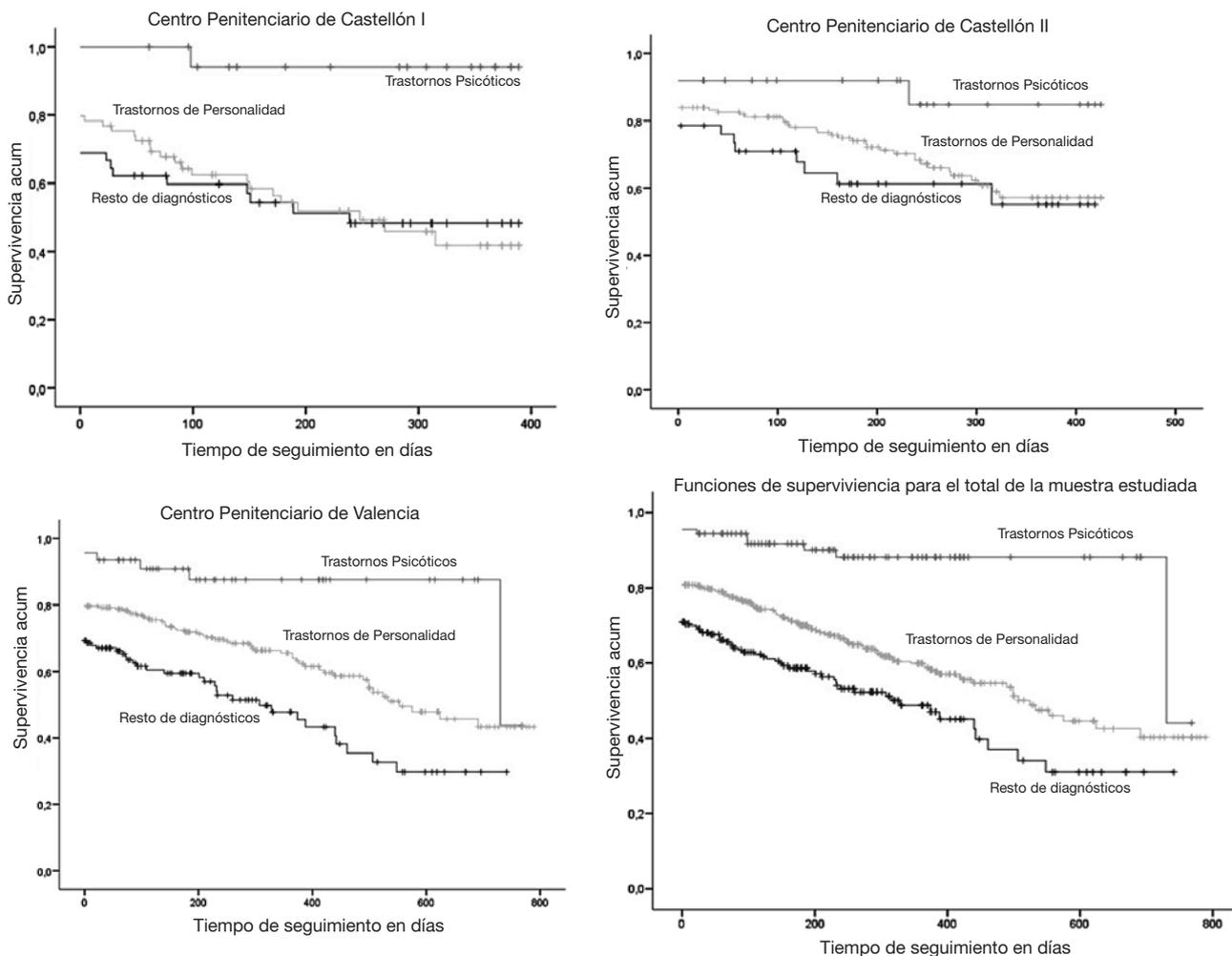


Figura 1. Análisis de Kaplan-Meier por principales patologías y centros.

1-789): 162,16 días (DT:  $\pm 135$  días, rango: 1-389) en el CP Castellón I, 194,7 días (DT:  $\pm 140$  días, rango: 1-425) en CP Castellón II y 229,26 días (DT:  $\pm 224$ , rango: 1-789) en CP Valencia II.

Las causas de suspensión del seguimiento fueron: en un 37,8% de los casos se decidió el alta clínica de la agenda de psiquiatría, un 15,8% salió en libertad, un 8,8% fue trasladado de centro penitenciario y un 0,5% falleció por broncoaspiración consecuencia de una sobredosis de sustancias de carácter no autolítico, según la información detallada en la historia clínica. El 37,1% restante se mantenía en seguimiento en la consulta de psiquiatría hasta el momento de cierre del estudio.

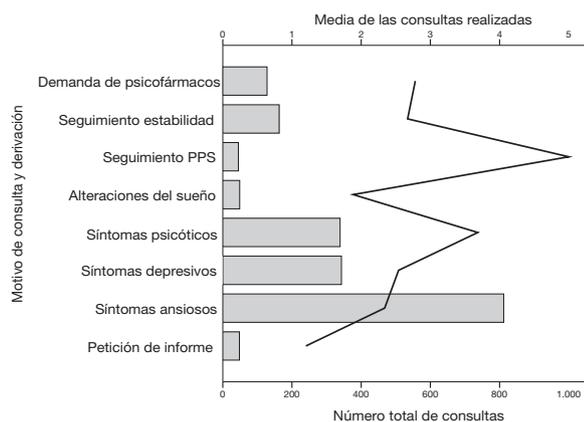
Los pacientes con trastornos psicóticos permanecieron más tiempo en la agenda psiquiátrica que los demás en los CP de Castellón I (log-rank:  $p=0,004$ ) y CP Valencia II (log-rank:  $p=0,000$ ), no existiendo

diferencias estadísticamente significativas en el CP Castellón II (log-rank:  $p=0,79$ ) (figura 1). El diagnóstico de un trastorno psicótico supuso 1,5 veces más de probabilidad (con IC 95%; 1,1-1,9) de mantenerse más tiempo en agenda, frente al resto de diagnósticos (figura 1).

Se efectuaron un total de 2.006 consultas, a razón de 2,5 visitas por paciente (DT: 2,0; rango: 1-15). En los dos CP de Castellón con un período de estudio de 13 y 14 meses, la media de visitas es de 2,7 (DT: 2,0; rango: 1-13) y en el CP Valencia II cuyo período de estudio es de 26 meses, la media es de 2,4 visitas por paciente (DT: 1,9; rango: 1-15). No se han encontrado diferencias en la media de consultas por paciente entre sexos ( $p=0,69$ ) y entre presos penados o preventivos ( $p=0,48$ ). Los 465 pacientes con trastorno de personalidad son los que más número de visitas generan (total: 1.181; media: 2,5; rango 1-10), mientras que

los 91 pacientes con trastornos psicóticos consultan en mayor número de ocasiones cada uno (total: 335; media: 3,6; rango: 1-15). En la figura 2 se observa la relación entre el número de visitas y el motivo de consulta o derivación desde Atención Primaria.

Hubo 115 pacientes hiperfrecuentadores; el mayor riesgo de hiperfrecuentación se asocia con la variable disminución de psicofármacos durante el seguimiento (OR: 2,954; IC95%: 1,947-4,483;  $p < 0,0001$ ). Otros



PPS: Protocolo prevención de suicidio.

Figura 2. Distribución del número total y media de visitas en la agenda de psiquiatría, y su relación con el motivo de consulta-derivación durante el período de estudio.

Variable	Significación	Exp (B)	IC para Exp (B) al 95%
Disminución global del número de psicofármacos durante el seguimiento	0,000	2,954	1,947-4,483
Cuadro psicótico como motivo de consulta	0,000	2,678	1,615-4,439
Tratamiento con más de tres psicofármacos durante el seguimiento	0,000	2,587	1,719-3,894
Protocolo de suicidio en alguna ocasión	0,009	2,245	1,221-4,125

Tabla 2. Factores asociados a la hiperfrecuentación: cinco o más visitas durante el período de estudio.

factores asociados a la hiperfrecuentación se detallan en la tabla 2.

El tratamiento farmacológico se instauró, mantuvo o modificó en relación a la evolución clínica presentada durante el seguimiento de cada uno de los pacientes. En el 93,4% de los pacientes se pautó al menos un psicofármaco, siendo la media de 2,6 (DT: 1,3; rango: 0-7). El 14,5% de los pacientes sólo llevaba pautado un fármaco, el 71,7% entre dos y cuatro fármacos, y un 7,2% cinco o más fármacos. Durante el período estudiado en un 34,6% de pacientes se mantuvo el mismo número de psicofármacos que se pautaron o llevaban ya pautados en la primera valoración psiquiátrica, en otro 34,6% se aumentó su número a lo largo del estudio y en un 30,7% se disminuyó. No se apreciaron diferencias entre sexos en el número de fármacos pautados ( $p=0,13$ ), si bien fue más frecuente en mujeres el aumento del número de fármacos a lo largo del estudio ( $p=0,02$ ). Entre los presos penados y preventivos no se apreciaron diferencias en el número de fármacos prescritos ( $p=0,48$ ) ni en la probabilidad de que éste aumentara o disminuyera ( $p=0,31$ ). Los fármacos más prescritos fueron quetiapina (191 pacientes), mirtazapina (204), pregabalina (236) y diazepam (287), el resto de prescripciones junto a sus dosis y pacientes a los que se les prescribió se pueden apreciar en la Tabla 3.

En el CP Castellón I se aumentó la medicación psicotrópica que tenía pautada el paciente tras la atención psiquiátrica recibida durante su seguimiento en consulta al 55% de los pacientes por 28,9% en CP Castellón II y 33,6% en CP Valencia II ( $p < 0,0001$ ), mientras que fue más probable que esa medicación disminuyera en el CP Castellón II (45% frente al 23% de CP Castellón I y un 24% de CP Valencia II;  $p < 0,0001$ ) y más probable que no se modificara su número en CP Valencia II (41% frente al 21,7% de CP Castellón II, y un 25% de CP Castellón II;  $p < 0,0001$ ).

En la figura 3 se representa la relación entre el número de fármacos y las causas de abandono del estudio según el centro penitenciario. Destacar que el número más elevado de psicofármacos se da en el CP Castellón II a pesar de ser el centro con mayor tasa de disminución del tratamiento.

#### 4. DISCUSIÓN

Hemos estudiado la atención psiquiátrica prestada en tres centros penitenciarios durante un largo período de tiempo; en ese plazo la cuarta parte de la media poblacional de internos fueron derivados a esta consulta por parte de los médicos de Atención Primaria de la prisión. No obstante, esta cifra no debe considerarse referente de prevalencia de patología mental

Antipsicóticos	Pacientes tratados (N,%)	Dosis media	IC al 95%
Quetiapina	191 (24,3)	289,5	235-344
Olanzapina	106 (13,5)	15,2	11,8-18,6
RisperidonaILD	76 (9,7)	47,2	34,7-59,7
Aripiprazol	40 (5,1)	12,7	9,8-15,6
Paliperidona	31 (3,9)	7,3	3,6-11
Amisulpiride	18 (2,3)	762,5	363-1162
Quetiapinaprolong	17 (2,2)	414,2	331-497
Risperidona <sup>1</sup>	7 (0,9)	–	–
Flufenacinadepot <sup>1</sup>	7 (0,9)	–	–
Clotiapina <sup>1</sup>	3 (0,4)	–	–
Flufenacina <sup>1</sup>	2 (0,3)	–	–
Ziprasidona <sup>1</sup>	2 (0,3)	–	–
Total	500 (63,6)		
Antidepresivos	Pacientes tratados (N,%)	Dosis media	IC al 95%
Mirtazapina	204 (26)	28	26,5-29,4
Venlafaxina	63 (8)	185,4	150,2-220,5
Escitalopram	56 (7,1)	20,6	17,5-23,6
Trazodona	46 (5,9)	100	61,3-138,7
Duloxetina	28 (3,6)	75	27,2-122,7
Paroxetina	28 (3,6)	31,1	10,6-51,6
Amipriptilina <sup>1</sup>	23 (2,9)	–	–
Fluoxetina	20 (2,5)	28,8	20,8-37
Citalopram <sup>1</sup>	14 (1,8)	–	–
Bupropion <sup>1</sup>	4 (0,5)	–	–
Sertralina <sup>1</sup>	4 (0,5)	–	–
Mianserina <sup>1</sup>	3 (0,4)	–	–
Clomipramina <sup>1</sup>	1 (0,1)	–	–
Total	494 (62,8)		
Antiepilepticos	Pacientes tratados (N,%)	Dosis media	IC al 95%
Pregabalina	236 (30)	366,8	300-434
Gabapentina	104 (13,2)	1392	1137-1647
Oxcarbamecequina	27 (3,4)	1254	972-1536
Topiramato	24 (3,1)	257	183-331
Ácido Valproico <sup>1</sup>	10 (1,3)	–	–
Litio <sup>1</sup>	5 (0,6)	–	–
Lamotrigina <sup>1</sup>	5 (0,6)	–	–
Zonisamida <sup>1</sup>	1 (0,1)	–	–
Total	412 (52,4)		
Benzodiacepinas	Pacientes tratados (N,%)	Dosis media	IC al 95%
Diacepam	287 (36,5)	20,7	18,7-22,8
Clonacepam	94 (12)	4,6	3,9-5,2
Cloracepato	86 (10,9)	52,620	27,6-77,6
Loracepam <sup>1</sup>	23 (2,9)	–	–
Alprazolam <sup>1</sup>	11 (1,3)	–	–
Total	501 (63,7)		

<sup>1</sup> No se reflejan dosis medias debido a que durante el tiempo de recogida de la variable “dosis” (junio y julio de 2011), no se valoró a ningún paciente que tuviera pautados dichos psicofármacos.

Tabla 3. Distribución de los psicofármacos pautados en la agenda de psiquiatría penitenciaria.

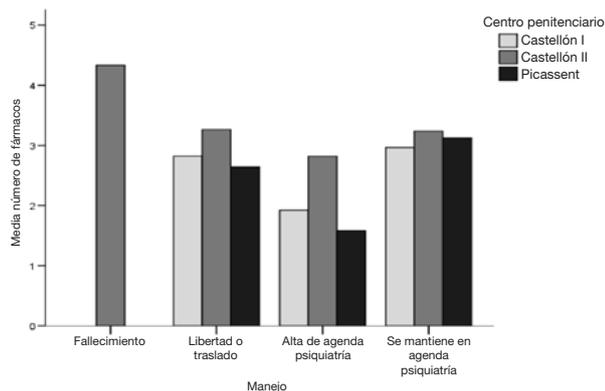


Figura 3. Media del número de fármacos prescritos por paciente, en relación a su centro penitenciario y la causa de cierre del estudio en la consulta de psiquiatría.

en prisión ya que pueden existir pacientes con trastorno mental cuyo seguimiento lo realice el médico de atención primaria, y por otra parte pueden existir casos que hayan pasado desapercibidos por este primer nivel de atención y no hayan sido derivados.

Los pacientes derivados a la consulta psiquiátrica son españoles en una proporción que supera ampliamente la proporción de españoles existentes en prisiones<sup>16</sup>. Una probable causa de este fenómeno es el mayor consumo de drogas ilegales por parte de la población española antes de entrar en prisión<sup>20</sup>. También pueden influir en este fenómeno patrones socioculturales, como el hecho del mayor apoyo intra-grupo que muestra el colectivo de inmigrantes durante su estancia en España y que puede contribuir a minimizar la aparición de enfermedad mental.

La proporción de analfabetismo encontrada, 5,0% y de desempleo, 76,5% en nuestra muestra, es muy similar a la encontrada en el Hospital Psiquiátrico de Alicante, con tasas de analfabetismo del 7,0% y del 71,9% de desempleo<sup>21</sup>, aunque se debe tener en cuenta que la población penitenciaria del Hospital Psiquiátrico de Alicante está conformada por internos con medidas de seguridad y por tanto con un alto porcentaje de pacientes con trastornos psicóticos.

La tipología delictiva llevada a cabo por los internos de nuestro estudio es similar a la ofrecida por el total de reclusos españoles, predominando en ambos casos los delitos contra la propiedad (robo y robo con fuerza)<sup>16</sup>.

Respecto al diagnóstico clínico y la psicopatología identificada en nuestro estudio, ofrece cifras muy similares en relación a otras publicaciones<sup>3, 8</sup>. Es destacable la casi coincidencia en la tasa de psicosis en nuestro estudio —11,6%— con la tasa del 10,7% del

estudio de Vicens et al que estudia prevalencia de patología psiquiátrica en una muestra de 707 reclusos de Cataluña, Madrid y Aragón<sup>9</sup>, aunque hay que ser muy cautelosos en la comparación de estas dos poblaciones ya que su selección responde a criterios distintos. En nuestro caso, con una población no general sino de consulta especializada, se podría sugerir que de poder equipararse estas dos tasas quedaría reflejado cómo la práctica totalidad de los internos con trastornos psicóticos serían derivados a las consultas especializadas de salud mental penitenciaria. Uno de los retos más importantes para la psiquiatría actual, los trastornos de la personalidad, están claramente representados en nuestra muestra, con casi el 60% de los pacientes de la consulta psiquiátrica, en consonancia con otros estudios que han explorado la incidencia de los trastornos de personalidad en prisiones<sup>22, 23</sup>.

A nivel comunitario, el estudio de Gutiérrez-Fraile et al<sup>24</sup>, estudia la prevalencia de trastornos mentales en una muestra representativa de la población española que acude a centros ambulatorios de Atención Especializada Psiquiátrica, siendo los más prevalentes: episodio depresivo mayor actual (25,9%), episodio depresivo mayor recidivante (27,2%), episodio depresivo con síntomas melancólicos (18,7%), trastorno de ansiedad generalizada (16,6%), trastorno de angustia (6,8%), dependencia de sustancias sin incluir alcohol (2,2%), trastorno psicótico actual (0,9%) y trastorno antisocial de la personalidad (0,3%). Con las limitaciones que supone comparar estas dos poblaciones podemos observar, que salvo para los trastornos depresivos, la prevalencia de trastornos mentales es mucho mayor en nuestra muestra. Por otro lado, el estudio de Zimmerman<sup>25</sup> sobre la prevalencia de trastornos de personalidad bajo criterios de entrevista DSM IV en unidades de salud mental ambulatorias americanas, representaba una tasa de 31,4%, lo que supone un 50% más de representación de este diagnóstico en nuestro estudio.

Respecto a la prescripción psicofarmacológica, la politerapia es la norma, tal y como muestran otros estudios sobre este aspecto<sup>26-29</sup>. Esta situación, junto con dificultades estructurales para controlar una adecuada cumplimentación del tratamiento por parte de los internos, supone a nuestro juicio uno de los principales problemas a solucionar. En ese sentido la disminución en el número de psicofármacos, la implantación del tratamiento directamente observado (TDO) para los casos más graves, y el seguimiento exhaustivo de aquellos pacientes con más de cuatro psicofármacos prescritos, son actualmente prioridades de los servicios médicos de los tres centros penitenciarios participantes en el estudio. Un reflejo de esto se

muestra en el análisis del hiperfrecuentador, de forma que una de las variables relacionadas con este fenómeno es la disminución del número de psicofármacos, es decir, son necesarias varias valoraciones por interno para conseguir una disminución adecuada y ajustada de psicofármacos. En este sentido creemos que en la actualidad la actividad laboral, generalmente a tiempo parcial, de los psiquiatras consultores es insuficiente para lograr este objetivo.

Las diferencias encontradas en el CP Castellón II de Albocácer, respecto a los otros dos centros penitenciarios; mayor tasa de reincidencia, tiempo de condena, patología médica asociada, trastornos de personalidad y número de psicofármacos por interno, a nuestro juicio puede explicarse por la reciente apertura de este centro penitenciario (inaugurado en 2008), de forma que en el proceso de descongestión y traslado de internos de otros centros penitenciarios a éste, los internos con un perfil penitenciario y clínico más complejo han podido verse sobre-representados.

Ha de resaltarse la dificultad de seguimiento de la patología psiquiátrica grave en prisión. Si bien la media de visitas para los internos con síntomas psicóticos es la más elevada, el seguimiento de estos pacientes es escaso e insuficiente, contabilizándose una media de 4 visitas por interno durante el año de seguimiento en los dos CP de Castellón y una media de 3,3 visitas por interno durante los dos años de seguimiento en CP Valencia II, siendo los pacientes que más tiempo permanecen en la agenda psiquiátrica. No obstante, este grado de seguimiento de un paciente con un trastorno psicótico es absolutamente insuficiente si se quiere asegurar la prestación de una atención psiquiátrica de calidad.

Uno de los puntos fuertes del estudio creemos que viene determinado por la ausencia de sesgo entre observadores, dado que la consulta psiquiátrica de los tres centros penitenciarios la lleva a cabo el mismo psiquiatra consultor. De esta forma, las diferencias encontradas entre centros deben ser explicadas por otros factores, tal y como se apunta en líneas anteriores. También tenemos una muestra suficientemente representativa, dada la cifra de casi 800 internos. Creemos que la principal limitación del estudio es la no utilización de test psicométricos o escalas para alcanzar un diagnóstico clínico aunque el manejo longitudinal de la muestra, con 2,5 visitas por paciente, y 59,3% de ellos visitados en más de dos ocasiones, contribuyen a paliar esta limitación y aseguran la suficiencia del seguimiento hecho para llegar a un diagnóstico individualizado y fiable. En este aspecto de las limitaciones ha de reiterarse que éste no es un estudio de prevalencia de enfermedad mental en prisión, nuestro

propósito ha sido presentar la actividad normal de la consulta psiquiátrica y sus resultados en tres centros penitenciarios.

Quizás las futuras investigaciones podrían comparar perfiles sociodemográficos, clínicos y de tratamiento de internos con trastornos mentales con el resto de internos del centro penitenciario libres de enfermedad, tratando de encontrar factores asociados a enfermedad mental en prisión, o incluso tratar de comparar los pacientes psiquiátricos penitenciarios, con pacientes en seguimiento en unidades de salud mental ambulatoria de la comunidad.

También creemos que los resultados de este trabajo pueden ayudar a la definitiva instauración y puesta en marcha del PAIEM<sup>15</sup>. Una correcta asistencia de pacientes con patología mental en prisión es inconcebible sin la figura del psiquiatra consultor, e imposible con las jornadas laborales parciales que lleva a cabo este escaso colectivo de profesionales. Creemos que la única forma de solucionar esta situación es la asunción real por parte de los servicios de salud mental autonómicos de la asistencia psiquiátrica en las prisiones. Sólo estos servicios de salud autonómicos cuentan con infraestructura suficiente para atender esta necesidad; la administración penitenciaria ha demostrado sobradamente su incapacidad para ello. En ese sentido hay que recordar que la transferencia de competencias en materia de sanidad penitenciaria a las comunidades autónomas y su posterior integración en los respectivos servicios de salud autonómicos es un mandato recogido en la Ley 16/2003 de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud y lo que se propone sería un paso importante en esa dirección.

## CORRESPONDENCIA

Dr. D. Francisco Arnau Peiró.  
 Consorcio Hospital Provincial de Castellón  
 Unidad de Media y Larga Estancia Psiquiátrica  
 Avenida Doctor Clará, 19  
 12002 Castellón  
 thot20240@hotmail.com.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fazel S, Baillargeon J. The health of prisoners. *Lancet* 2011; 377: 956-65
2. Gunn J, Madeu A, Swinton M. Treatment needs of prisoners with psychiatric disorders. *BMJ* 1991; 303: 338-341.

3. Fryers T, Brugha T, Grounds A, Meltzer D. Severe mental illness in prisoners. *BMJ* 1998; 317: 1025-6 (Editorial).
4. Brooke D, Taylor C, Gunn J, Maden A. Point of prevalence of mental disorder in unconvicted male prisoners in England and Wales. *BMJ* 1996; 313: 1524-7.
5. Falissard B, Loze JY, Gasquet I, Dubruc A, Debeaupaire C, Fagnani F, Rouillon F. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMJ Psychiatry* 2006; 6: 33.
6. Arboleda-Florez J. Mental patients in prisons. *World Psychiatry*. 2009 Oct; 8 (3): 187-9.
7. Buttler T, Indig G, Allnutt S, Mamoon H. Co-occurring mental illness and substance use disorder among Australian prisoners. *Drug Alcohol Rev* 2011; 30: 188-94.
8. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet* 2002 Feb. 16; 359 (9306): 545-50.
9. Vicens E, Tort V, Dueñas RM, Muro A, Pérez-Arnau F, Arroyo JM et al. The prevalence of mental disorders in Spanish prisons. *Crim Behav Ment Health*. 2011 Dec; 21 (5): 321-32. Publicación electrónica 26 Jun 2011. doi: 10.1002/cbm.815.
10. Prins SJ. Does Transinstitutionalization Explain the Overrepresentation of People with Serious Mental Illnesses in the Criminal Justice System? *Community Ment Health J*. 2011 Dec; 47 (6): 716-22. Publicación electrónica 8 Jun 2011.
11. Hernández M. La psiquiatría comunitaria. En: *Imágenes de la Psiquiatría Española*. Asociación Mundial de Psiquiatría. Barcelona: Glosa; 2004; p. 585-602.
12. Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España 2009 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2010 [citado 4 oct 2011]. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/estudios/home.htm>.
13. Rodríguez JC. Psychiatrisation of Daily Life: a Medicated View of Human Suffering. *Edufamilia Estudios* [Internet]. 2011 En [citado 8 Sep 2011]; 1: [aprox. 1 p.]. disponible en: [http://edufamilia-estudios.com/magazine/1/article/4/La\\_psiquiaticion\\_de\\_la\\_vida\\_cotidiana:\\_una\\_vision\\_medicalizada\\_del\\_sufrimiento\\_humano.html](http://edufamilia-estudios.com/magazine/1/article/4/La_psiquiaticion_de_la_vida_cotidiana:_una_vision_medicalizada_del_sufrimiento_humano.html).
14. Pérez. E. ¿Psiquiatría penitenciaria? *Rev Esp Sanid Penit* 2004; 6: 97-101.
15. 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 17 Aug 2011]. 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).
16. Informe general 2009. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias [Internet]. Madrid: Ministerio del Interior; 2010. [citado 29 Aug 2011]. Disponible en: [http://www.institucion-penitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/publicaciones/Informe\\_General\\_2009.pdf](http://www.institucion-penitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/publicaciones/Informe_General_2009.pdf).
17. Barrios LF. La psiquiatría penitenciaria: perspectiva histórica y problemas presentes. Madrid: Sociedad Española de Psiquiatría Legal; 2003.
18. Consejo General del Poder Judicial. Criterios de actuación, conclusiones y acuerdos aprobados por los jueces de vigilancia penitenciaria en su XVI reuniones celebradas entre 1981 y 2007. Madrid: Consejo General del Poder Judicial; 2008 [citado 18 Sep 2011]. Disponible en: [http://www.derechopenitenciario.com/documents/Criterios\\_JVP-refundidos-enero-2008.pdf](http://www.derechopenitenciario.com/documents/Criterios_JVP-refundidos-enero-2008.pdf).
19. Herrero A, Rincón S, Íñigo C, Ventura M. La Patología Dual en el Ámbito Penitenciario. En: Haro G. *Tratado sobre patología dual. Reintegrando la Salud Mental*. Barcelona: MRA; 2010: 725-744.
20. Rincón-Moreno S, Vera-Remartínez EV, García-Guerrero J, Planelles Ramos MV. Consumo de drogas al ingreso en prisión: comparación entre población española y extranjera. *Rev Esp Sanid Penit*. 2008; 10: 41-8.
21. Íñigo C, Pérez-Cárceles M<sup>a</sup>D, Osuna E, Cabrero E, Luna A. Perfil clínico y delictivo de los enfermos ingresados en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante. *Rev. Esp. Sanid. Penit*. 1999; 2: 25-31.
22. Rubio V, Varona J, Muro C, Valls E, Bosqued M, Granada JM, et al. Trastornos de personalidad en población penitenciaria. *Actas del I Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría Legal*; 1992 Oct 1-3; Zaragoza.
23. Arroyo JM, Ortega E. Los trastornos de personalidad en reclusos como factor de distorsión del clima social de la prisión. *Rev Esp Sanid Penit*. 2009; 11: 11-5.
24. Gutiérrez-Fraile M, García-Calvo C, Prieto R, Gutiérrez-Garitano I. Trastornos mentales en pacientes de atención especializada en el ámbito extrahospitalario español. *Actas Esp Psiquiatr*. 2011; 39 (6): 349-55.

25. Zimmerman M, Rothschild L, Chelmiski I. The Prevalence of DSM-IV Personality Disorders In Psychiatric Outpatients. *Am J Psychiatry*. Oct 2005; 162: 1911-18.
26. Llerena A, Cañas MA, Fresen P, del Río I. High Consumption of Psychotropic Drugs (N02, N05, N06) Among Prisoners. *Pharmacoepidemiology and drug safety*. 1994; vol 3 Suppl 1: S91.
27. Cañas M. Utilización de psicofármacos en centros penitenciarios. *Actas del II Congreso Nacional de Sanidad Penitenciaria*; 1998 Nov, Barcelona.
28. Cañas MA, Cañas J, Torre MA. Estudio de utilización de psicofármacos en el Centro Penitenciario de León. Análisis comparativo. *Rev Esp Sanid Penit*. 2001; 3: 106-10.
29. Algora-Donoso I, Varela-González O. Psicofármacos y gasto en la prisión de Madrid III (Valdemoro). *Farm Hosp*. 2008; 32: 331-8