

El cumplimiento de la medicación y las implicaciones clínicas a largo plazo en la esquizofrenia en el ámbito penitenciario

E Vicens*, V Tort**

Área Psiquiatría Penitenciaria de Sant Joan de Déu-Serveis Salut Mental. Sant Boi de Llobregat (Barcelona)

*Director Área Psiquiatría Penitenciaria

** Coordinador Unitat Polivalent de Psiquiatría C.P. Quatre Camins

RESUMEN

En este trabajo se revisa la influencia que tienen los nuevos antipsicóticos atípicos inyectables de larga duración en el cumplimiento del tratamiento en enfermos mentales en prisión.

Palabras clave: Medicamentos antipsicóticos, cumplimiento del tratamiento, prisión.

TREATMENT COMPLIANCE AND CLINICAL LONG TIME CONSEQUENCES IN SCHIZOPHRENIA IN PRISON ENVIRONMENT

ABSTRACT

In this work is revised the influence that have the new long-acting injection atypical antipsychotic drugs on the treatment compliance in patients with mental ill in prison.

Key words: Antipsychotic drugs, compliance, prison.

Texto recibido: Junio 2005.

LA SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN RECLUSA

Cerca de 9 millones de personas están en las cárceles del mundo incluyendo 2 millones de personas en USA, 70.000 en Reino Unido¹ ó 50.000 en España² (8.000 en Catalunya). El número de personas reclusas con trastornos mentales severos no es bien conocido.

Las características sociodemográficas existentes en la población no son extrapolables a los de la población penitenciaria. Las diferencias de género son claras a favor de los hombres, por cada mujer presa hay 10 hombres³. La edad media se sitúa entre los 18 y 35 años predominando los status sociales bajos³.

Otros datos sociodemográficos que se describen son las experiencias traumáticas en la infancia, niveles educativos bajos, altos niveles de desempleo y mala situación económica. El desarrollo cognitivo e intelectualivo es más bajo de lo normal y la dislexia es común³.

Los estudios epidemiológicos realizados en la población penitenciaria se han caracterizado por tamaño de muestras generalmente pequeñas con metodología no siempre bien sistematizada y con resultados poco precisos.

Los estudios realizados en la década de los 80 (Coid, 1984; Smith, 1984 y Jemelka, 1989)³ señalaban que no eran más frecuentes los trastornos mentales en población penitenciaria comparado con la pobla-

ción general. Esto contrasta con la literatura existente a partir de esta fecha. En 1998 un estudio realizado por Singleton y cols.⁴ en Inglaterra y País de Gales auspiciado por la Oficina de Estadística Nacional Inglesa reveló que la concurrencia de trastornos mentales es frecuente. Nueve de cada diez presos presentaba algún tipo de alteración en su estado mental. Además casi el 25% de la población de presos preventivos presentaba cuatro o cinco trastornos psiquiátricos comórbidos⁴. En 1991 Gunn⁵ analiza una muestra de 1.769 presos sentenciados con un 2% de trastornos psicóticos utilizando criterios ICD-9 mediante entrevista estructurada. Estos datos coinciden con los hallazgos de Teplin⁶ en 1996 con una muestra de 1.272 mujeres encarceladas sumando al 2% del trastorno esquizofrénico un 14% de episodios depresivos. Otros estudios epidemiológicos con muestras carcelarias refieren datos similares. Se recogen diagnósticos incluidos en los trastornos mentales severos (esquizofrenia, trastorno bipolar y depresión mayor).

Por diagnósticos, las tasas de trastorno esquizofrénico registrado en población penitenciaria son del 2 al 4%^{1, 3}. Las diferencias existentes se podrían derivar de que la población de estudio fuera preventiva o ya sentenciada. Entre los preventivos las tasas de trastorno esquizofrénico son más elevadas ya que los sentenciados pueden ser derivados a hospitales psiquiátricos no penitenciarios.

Más alta prevalencia es la encontrada para los trastornos depresivos en población penitenciaria (10-12%), destacando los trastornos depresivos crónicos de grado moderado (como distimia) o los recurrentes, siendo mucho menos frecuentes los trastornos depresivos de grado severo.

Se debate si las cifras del 3% de episodios maníacos e hipomaníacos pueden estar sobrerrepresentadas^{1, 3}.

El rango de los trastornos de personalidad en reclusos es muy elevado, en estudios americanos y canadienses la prevalencia se sitúa alrededor del 50 al 75%^{1, 3, 7}.

La alta prevalencia de dependencia/abuso de alcohol referida en los estudios de la década de los 90 (50-65%), no se ha visto corroborada en estudios posteriores que sitúan la frecuencia entre el 9 al 17%⁸. En la mayoría de trabajos, se recogen datos de consumo de sustancias en general sin especificar tipo de droga. Entre los que se diferencian, como ocurre con la heroína, el rango lo encontramos entre el 24 al 61%^{1, 3}. A destacar el estudio canadiense de Brink⁹ encontrando un consumo de cocaína del 32% en la población estudiada (n=202).

Como resumen, recogemos el metaanálisis realizado por Fazel y Danesh publicado en el año 2002¹. Revisando un total de 62 estudios en 12 ciudades que incluían 22.790 presos, encuentran un 3,7% de hombres con trastorno psicótico, 19% de depresión mayor y 65% de trastornos de personalidad (47% de trastorno antisocial de la personalidad). Entre la población femenina un 4% eran diagnosticadas de un trastorno psicótico, 12% de depresión mayor y 42% de trastorno de personalidad (21% de trastorno antisocial de la personalidad). La amplia variabilidad de los trastornos de personalidad, vendría explicado por una alta heterogeneidad en los estudios (tamaño de muestras, instrumentación utilizada...).

Hasta aquí podemos decir que entre los presos hay un probabilidad de 2 a 4 veces más de padecer un cuadro psicótico y una depresión mayor que la población general y cerca de 10 veces más de tener un trastorno de personalidad antisocial.

Aunque se describe la alta comorbilidad no existen estudios que aporten datos concretos y específicos sobre el tema.

ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS

En relación a los antecedentes psiquiátricos previos al ingreso en la cárcel nos referimos de nuevo al estudio de la Oficina de Estadística Nacional Inglesa⁴, en que el 10% de hombres preventivos y el 14% de las mujeres presentaban algún antecedente que hacían sospechar sintomatología psicótica en el año anterior a la entrada en la cárcel, comparada con el 0,4% de la población general.

Un 27% de la población femenina había realizado alguna tentativa autolítica en el año previo al ingreso en la cárcel. Una vez ingresados en los centros penitenciarios, los episodios de autolesiones eran claramente superiores en el caso de mujeres (15%) respecto a la de los hombres (5%). Para el conjunto de trastornos mentales, el 40% de mujeres y el 20% de los hombres presentaban algún antecedente psiquiátrico. El 22% de mujeres habían sido ingresadas en centros psiquiátricos previos a la entrada a la cárcel, y en el 6%, los ingresos se habían prolongado por más de seis meses.

Otra manera de poder identificar la existencia de antecedentes es estudiar la población detenida. El principal escollo es que no suele haber una relación entre los servicios de salud mental y los policiales. Destacamos el estudio de Robertson y col. en 1996¹⁰ realizado en siete comisarías de policía de Londres durante 18 semanas, encontrando 37 de un total de

2.721 detenidos por la policía londinense (casi un 2%) con algún trastorno mental grave.

En esta misma línea, en Francia, en el centro de detención de Estrasburgo, los detenidos con trastornos psicóticos pasaron de ser el 1,1% en 1990 al 4,6% en el año 2000.

Entre la población anciana, Taylor y Payrott¹¹ hallaron que el 80% de los ancianos varones detenidos como presos preventivos en las cárceles, habían recibido tratamiento psiquiátrico y que la mitad de los varones con más de 55 años presentaba síntomas psiquiátricos activos en el momento de su ingreso en prisión.

Estos datos apuntan a que en un porcentaje considerable, la presencia de trastorno mental ya existe antes de la entrada de la persona en la cárcel y hace pensar en la necesidad de explorar una posible relación con el delito cometido.

RELACIÓN TRASTORNO MENTAL Y DELITO

La relación existente entre los trastornos psiquiátricos y los delitos no está clara. Ambos son fenómenos comunes por lo que es lógico pensar que las personas con trastornos psiquiátricos pueden comportarse de forma delictiva y algunos delincuentes pueden presentar trastornos mentales. Los intentos para comprender el grado de relación entre trastorno mental y delito no están exentos de problemas. En primer lugar, citaremos que no todos los delitos son denunciados o encausados y entre los que son identificados, no todos ellos son evaluados por psiquiatras. Admitiendo que los datos con los que contamos son poco precisos, en el mundo hay medio millón de muertes por homicidio cada año siendo ésta la sexta causa de muerte entre los 20 a 44 años de edad¹². Mucho se ha hablado de los tipos de delitos cometidos por enfermos mentales, la investigación apunta a que las personas con trastornos psiquiátricos graves tienen más posibilidades de afrontar condenas por delitos violentos, siendo, la personalidad antisocial, la mala adherencia a los tratamientos y los trastornos debidos a abuso de sustancias los factores que más se asocian a la comisión del delito¹³.

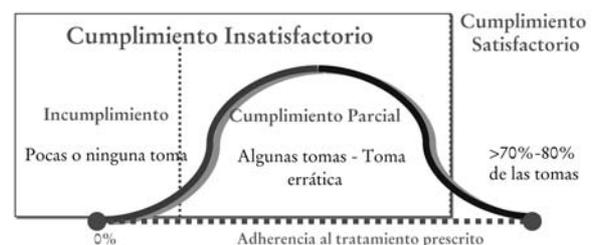
LA IMPORTANCIA DEL CUMPLIMIENTO EN EL TRATAMIENTO EN EL ENFERMO MENTAL GRAVE

Más adelante nos referiremos a los factores que influyen en el cumplimiento del tratamiento en el medio penitenciario y las estrategias para mejorarlo.

Si damos por buenas las estadísticas existentes en una prisión de 1.000 presos, nos encontramos entre 20 y 40 personas diagnosticadas de trastornos esquizofrénicos, 30 con psicosis afectivas, 100 a 120 con trastornos afectivos y un número elevado pero impreciso de trastornos secundarios al consumo de sustancias, estilos de personalidad marcados por la impulsividad y la inestabilidad emocional además de un número indeterminado de internos que sufren discapacidad intelectual.

¿Qué sabemos sobre el cumplimiento y la adherencia? Se entiende como paciente cumplidor a aquel que deja de tomar menos del 25% de la medicación, por cumplidor parcial entendemos a aquel que deja de tomar entre el 25 al 70% del tratamiento y por no cumplidor a aquel que deja de tomar más del 70% (Gráfico I). Para los trastornos psicóticos, las cifras de no cumplimiento o cumplimiento parcial se acercan al 75-80%¹⁴. Además, la mayoría de pacientes que requieren de rehospitalización (75%) no son cumplidores de su medicación¹⁵, con las consecuencias negativas que tanto para la evolución de la enfermedad como para la propia persona esto conlleva. Hay que insistir que el cumplimiento parcial supone un aumento de las posibilidades de precipitar exacerbaciones sintomáticas, incrementos de ingresos y mayor riesgo de conductas disfuncionales, entre ellas la comisión de nuevos delitos y el empeoramiento global en el pronóstico¹⁶.

La mayoría de los esquizofrénicos sólo cumplen parcialmente



Docherty JP et al. Poster presented at: Annual Meeting of ACNP, December 8-12, 2002; San Juan, Puerto Rico.
Valenstein M et al. Medical Care. 2002;40:630-639.
Kane JM. J Clin Psychiatry. 1983;44(6 Pt 2):3-6.

Gráfico I.

Es indudable por estas razones, que en el manejo de las enfermedades mentales y concretamente en la esquizofrenia, se necesitan tratamientos a largo plazo que mejoren la adherencia, ya que los tratamientos continuos aseguran el cumplimiento, minimizan el riesgo de recaídas y reingresos y por tanto aumentan las posibilidades de tener un buen ajuste y funcionamiento social, relacional e incluso laboral¹⁷. Los diferentes agentes de salud deben de influir en aquellos

factores conocidos y que pueden dificultar el cumplimiento, ya sea completo o parcial de la medicación como son: la pobre conciencia de enfermedad, la actitud negativa hacia la medicación, antecedentes previos de mal cumplimiento, entorno de poco apoyo para el cuidado de la salud o alianzas terapéuticas pobres¹⁸.

Por todo ello es imprescindible incluir todos estos elementos en el abordaje asistencial del paciente esquizofrénico internado en la cárcel tanto para el ajuste del entorno penal dentro como fuera que le garantice la continuidad en el tratamiento psiquiátrico y con ello la estabilidad necesaria para su reinserción y rehabilitación social¹⁷⁻¹⁹.

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL MAL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDICACIONES ANTIPSICÓTICAS EN EL ÁMBITO PENITENCIARIO

Las recaídas o reagudizaciones de la sintomatología psicótica en la esquizofrenia han estado asociadas generalmente a un mal cumplimiento de la terapéutica farmacológica. Aunque han sido descritos otros factores más específicos como los efectos secundarios

de los neurolépticos, la sintomatología negativa, el consumo de tóxicos, la emoción expresada en familias u otros factores sociales (estigma de la enfermedad mental)²⁰, familiares o personales.

Los pacientes psicóticos que se encuentran en prisión, tienen el agravante de haber cometido un tipo de delito que les ha llevado al encarcelamiento, en ocasiones relacionado con el cuadro psicótico y en ocasiones independiente de éste.

Los factores que afectarían al cumplimiento de la mediación antipsicótica estarían influidos por diversas variables. Estas variables podrían estar relacionadas con el paciente, con la enfermedad (síntomas), en las relaciones y apoyo social y del tratamiento y su entorno (Gráfico II).

Entre los factores del paciente que influirían dentro de las prisiones, cabría destacar el estigma tanto de los trastornos mentales como de la medicación psiquiátrica, lo que haría que algunos pacientes no iniciaran o dejaran de tomar el tratamiento. Ya que en ciertos círculos de reclusos, el tomar medicación psiquiátrica estaría considerado como una debilidad personal. También a nivel personal se ha de tener en cuenta el alto índice de trastornos de personalidad que se han descrito en las prisiones lo que añade una mayor dificultad en el cumplimiento.

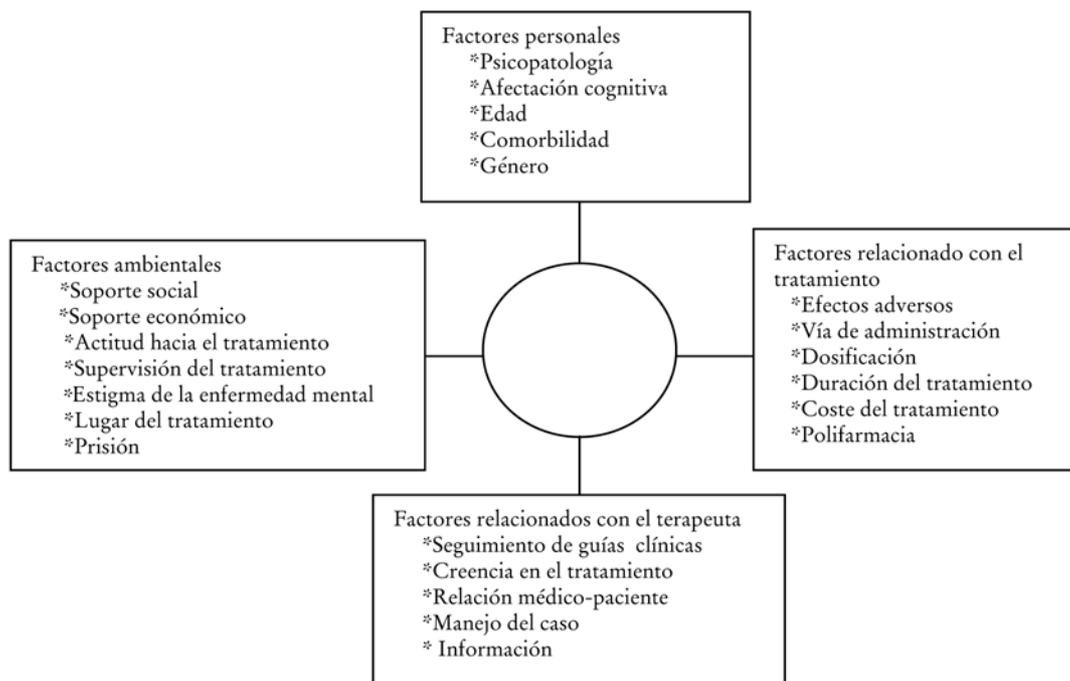


Gráfico II. Factores relacionados con el cumplimiento (modificado de Fleischhacker et al., 2003).

La prisión por sí misma es un factor estresante que aumenta los niveles de ansiedad y podría influenciar un aumento del abuso de sustancias. Estos factores podrían intervenir en un mal cumplimiento del tratamiento, los cuales son:

1. Las relaciones personales vienen mediatizadas por situaciones altamente complejas (relaciones negativas con el personal y entre los propios internos).
2. En ocasiones, largos periodos de aislamiento darían lugar a sentimientos de frustración y rabia que empeorarían el estado mental del paciente²¹.
3. Otros aspectos relacionados con el paciente serían la edad y el género. Respecto a la edad, los jóvenes son malos cumplidores y, con relación al género, las mujeres suelen ser mejores cumplidoras²². En el ámbito penitenciario, tal como se ha descrito anteriormente, prevalecen los hombres jóvenes, lo cual sería, de por sí, un pobre factor predictivo de cumplimiento.
4. En relación con la enfermedad mental, la presencia de situaciones agudas o de inestabilidad psicopatológica empeorarían el cumplimiento del tratamiento.

La sintomatología negativa ha sido descrita como uno de los factores de importancia al determinar si un paciente acude o no para la toma de la medicación neuroléptica depot²³.

5. Otros autores como Donahoe consideran que el mal cumplimiento de la medicación estaría relacionado con las actitudes hacia los fármacos, el insight, la severidad de los síntomas y los efectos secundarios. Encontrando en su estudio que las principales diferencias entre cumplidores totales y parciales estaban en las variables cognitivas (actitudes hacia los fármacos e insight) y las principales diferencias entre cumplidores parciales y malos cumplidores estarían en la sintomatología y la memoria. Así, elevados niveles de sintomatología positiva y afectación de memoria, podrían determinar el cumplimiento cuando un paciente está mal y actitudes e insight serían potentes determinantes del cumplimiento cuando un paciente está bien²⁴.

Relacionado con la medicación antipsicótica, la presencia de efectos secundarios (acatisia, parkinsonismo, aumento de peso, trastornos de la esfera sexual, etc.) pueden ser unos motivos de abandono del tratamiento. La presencia de efectos secundarios, incluso el haberlos experimentado en el pasado, tiene un impacto negativo hacia el tratamiento antipsicótico y la adherencia a este. Autores como Lambert creen que la no adheren-

cia viene determinada, principalmente, por estas actitudes negativas²⁵.

6. También la comorbilidad con el consumo de tóxicos, hace que el cumplimiento de los tratamientos sea irregular, o que los efectos estabilizadores de la medicación antipsicótica queden enmascarados por el consumo de sustancias psicotrópicas. Siendo el abuso de alcohol o drogas un potente predictor de un mal cumplimiento²².
7. En cuanto las relaciones y apoyo social en los pacientes penitenciarios, muchos provienen de situaciones de marginalidad social, con escasos o nulos recursos familiares o apoyos familiares que en ocasiones son distorsionadores o que son fuente de mayor estrés. Los apoyos sociales negativos o estresantes dentro de la prisión (rivalidades, extorsiones, violencia, etc.) no facilitan el cumplimiento terapéutico ya sea psicofarmacológico o psicoterapéutico.
8. Respecto al abandono del tratamiento, una decisión que podría ser más progresiva en el ámbito comunitario, en el ámbito penitenciario se toma de una forma más impulsiva, lo que hace que los internos con un trastorno mental sean más vulnerables a las recaídas.
9. También en relación con el entorno de los pacientes ingresados en centros penitenciarios, la actitud de profesionales tanto del ámbito sanitario como de otros campos, en algunas ocasiones viene condicionada más por el recelo que por la empatía con los pacientes. A veces, el entorno, y especialmente en situaciones premórbidas, cuando la sintomatología no es clara, se asocian conductas disruptivas o inusuales que se interpretan como formas de manipulación de este entorno y no como problemas de salud mental.

IMPLICACIONES CLÍNICAS EN EL MAL CUMPLIMIENTO DE LA MEDICACIÓN

Entre las implicaciones clínicas que tiene en el ámbito penitenciario el mal cumplimiento farmacológico, está el hecho de que estos pacientes en general suelen tener una comorbilidad orgánica asociada, lo que puede producir un malestar general que añadido al malestar psíquico puede precipitar más rápidamente una recaída.

Además, los inicios de las recaídas de los pacientes afectos de un trastorno psicótico suelen ser insidiosos, se presentarían en forma de trastornos conductuales, que a su vez producirán sanciones de tipo regimental en el ámbito penitenciario y que actuarán

a su vez como factores estresantes que empeorarían la sintomatología psicótica.

Las implicaciones clínicas más graves del mal cumplimiento son el suicidio y las conductas autoleativas. Así como las conductas heteroagresivas hacia el entorno y personas.

Conductas violentas han estado relacionadas con síntomas psicóticos y recaídas agudas de la enfermedad añadidas al consumo de sustancias. Además se ha sugerido que la prevención de las recaídas en la esquizofrenia llevaría a unas menores tasas de delincuencia, y quizás a una disminución del consumo de sustancias ya que algunos pacientes utilizarían sustancias ilegales como una forma de automedicación.

Algunos autores han relacionado el mal cumplimiento en pacientes con trastorno mental severo con actos violentos en la comunidad, así como hostilidad y violencia en centros de salud mental²⁶.

En otros pacientes las conductas de aislamiento del entorno harían más difícil la detección de una recaída por los médicos de centro penitenciario, por lo que el reinicio del tratamiento sería más tardío.

CARACTERÍSTICAS DE LA MEDICACIÓN ANTIPSICÓTICA INYECTABLE DE LARGA DURACIÓN

Entre las ventajas de la medicación antipsicótica inyectable de larga duración en el ámbito penitenciario, la más destacada sería garantizar la administración del tratamiento en pacientes que han tenido una toma irregular de la medicación y que en general han tenido problemas legales relacionados con su trastorno psicótico. Esta estabilidad podría llevar a una menor probabilidad de reincidencia delictiva de los pacientes psicóticos. Otras ventajas descritas son la capacidad de conocer inmediatamente cuando un paciente se salta una dosis y el hecho de que el paciente continúe teniendo niveles del fármaco en su organismo incluso después de haberse saltado una dosis. Otras ventajas, son el menor riesgo de recaídas y reingresos que se asocia con la medicación continuada y la capacidad de saber que si se produce una recaída no es consecuencia de un problema de cumplimiento. Entre las posibles desventajas se encontrarían la falta de aceptación del paciente y la incapacidad de detener inmediatamente la medicación en caso de efectos secundarios importantes¹⁴.

En caso de abandono del tratamiento mientras se toma una medicación inyectable de larga duración, es posible realizar una intervención más rápida y segura.

Respecto al tipo de neuroléptico administrado,

los nuevos antipsicóticos atípicos producen efectos beneficiosos, que no siempre se alcanzan con los neurolépticos típicos, en particular en lo referente a control de los síntomas y la menor incidencia de acontecimientos adversos²⁷ así como en la reducción de los índices de recaída en los pacientes psicóticos²⁸.

Por otro lado, según ha descrito Adams et al. la medicación depot de larga duración es efectiva para el mantenimiento del tratamiento en la esquizofrenia, pudiendo tener una ligera ventaja y ninguna desventaja sobre la medicación oral de los neurolépticos clásicos, y presentando ventajas, aunque escasas entre los diversos antipsicóticos depot convencionales²⁹. Los factores que consideran los expertos a la hora de utilizar un fármaco inyectable de larga duración son: asegurar el cumplimiento, la disminución en las tasas de recaídas y reingresos, los efectos secundarios menores que con los fármacos equivalentes orales, la mejor calidad de vida para el paciente, la comodidad para el enfermo, su facilidad de administración y la buena aceptación de la inyección por parte del paciente. La influencia de la familia, de los cuidadores y del equipo asistencial es el factor más importante que motiva a los pacientes para continuar con el tratamiento inyectable¹⁴.

Desde el punto de vista del paciente, en un estudio realizado, la mayoría de los que eran atendidos en una clínica de tratamiento depot estaban a favor de ser tratados con este tipo de medicación³⁰. La aparición de medicación antipsicótica atípica de larga duración podría mejorar la adherencia al tratamiento y con ello el pronóstico de este tipo de pacientes, ya que reuniría las ventajas de los antipsicóticos atípicos con los beneficios de las formulaciones inyectables de larga duración. En este sentido Risperidona Inyectable de Larga Duración³⁰ garantiza la toma de la medicación y el cumplimiento, presentando eficacia en los síntomas manifestados por este tipo de pacientes, junto a un perfil más bajo de efectos secundarios, disminuyendo la tasa de recidas y reingresos hospitalarios^{32, 14}.

Nuestra experiencia con medicación de larga duración o liberación retardada en el ámbito psiquiátrico penitenciario, aunque limitada, nos ha permitido una mejor supervisión de los casos psiquiátricos en módulos penitenciarios, vinculando la mayoría de pacientes a visitas ambulatorias y con menos reingresos en la enfermería psiquiátrica del centro penitenciario.

RESULTADOS DE UN BUEN CUMPLIMIENTO

El que un paciente tenga una situación estable, desde el punto de vista sintomatológico, permite poder realizar un trabajo por parte de los profesionales

implicados tanto desde el punto de vista psiquiátrico como penitenciario.

Los pacientes psicóticos que han cometido un delito relacionado con su trastorno mental, al estar estables realizan con menor probabilidad conductas heteroagresivas o antinormativas, lo que beneficiaría tanto al individuo como a la sociedad al disminuir la probabilidad de cometer un delito.

Este aspecto sería importante desde el punto de vista del seguimiento comunitario de los pacientes penitenciarios, ya que dicha estabilidad podría facilitar la excarcelación.

Una consecuencia lógica en pacientes que toman la medicación de forma irregular y presentan un elevado riesgo de recaída, sería el instaurar un tratamiento con antipsicóticos atípicos liberación retardada o depot.

Esta estabilidad tendría como consecuencia una mayor calidad de vida para el paciente, ya sea dentro de un marco penitenciario o en la comunidad.

Una vez los síntomas psicóticos se encuentran bajo control, es importante en pacientes con historia de conducta antisocial realizar intervenciones dirigidas a cambiar estas conductas antisociales. En los cuidados a largo plazo sería igualmente importante limitar el acceso a drogas y a ambientes delictivos y dar un soporte a nuevas conductas prosociales³⁸.

CONCLUSIONES

A pesar de lo comentado anteriormente, no podemos olvidar que un tratamiento integrador de la esquizofrenia, en todas sus fases, es el único que puede garantizar más probabilidades de éxito en su pronóstico a largo plazo y minimizar posibles problemas relacionados con descompensaciones que pudieran tener una repercusión de tipo penal. Todo esto debería ir acompañado de unas intervenciones de tipo social también desde el ámbito penitenciario que facilitarían la reinserción social.

Conviene recordar que uno de los factores más influyente en el cumplimiento de la terapia es la percepción del paciente del interés del médico en éste, el cual está claramente influenciado por la cantidad de tiempo que los médicos dedican a sus pacientes^{14, 22, 34}.

De todos modos, un buen cumplimiento psicofarmacológico aseguraría un mejor control de la sintomatología psicótica tanto negativa como positiva y por consiguiente una menor probabilidad de recaídas y, en los casos de alto riesgo, la administración de fármacos antipsicóticos atípicos de liberación retardada, como la

risperidona, garantizaría el cumplimiento^{32, 35, 36}. Además, el asegurar la toma de la medicación permitiría integrar a los pacientes penitenciarios en programas comunitarios más fácilmente y vincularse a los recursos sanitarios psiquiátricos de la comunidad.

A parte del tratamiento farmacológico, conviene instaurar estrategias psicosociales y programáticas para mejorar los problemas de cumplimiento. Entre las primeras cabría destacar la psicoeducación del paciente y familiares, monitorización de la medicación, terapia del cumplimiento (de tipo cognitivo-conductual). Respecto a las programáticas, la realización de un tratamiento intensivo y la gestión del caso (hospitalización total y parcial si es necesario, o seguimiento intensivo comunitario) en los casos más graves, sería lo adecuado¹⁵.

También conviene tener en cuenta los aspectos éticos relacionados con la administración de fármacos en pacientes en prisiones y especialmente de aquellos con medicación de liberación retardada o depot, por lo que es imprescindible llegar a un acuerdo terapéutico con los pacientes para la administración de estos fármacos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fazel S, Danesh J. Serious disorder in 23.000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The Lancet*. 2002; 359: 545-550.
2. Dirección General de Instituciones Penitenciarias, 2002. Informe para el Mº de la Presidencia. Mayo 2002. Madrid. Ministerio del Interior.
3. Andersen H, Mental Health in Prison Populations. A review. *Act. Psych. Scan. Supplementum* N. 424. 110. 2004.
4. Singleton N, Meltzer H, Gatward R, Coid J, Deasy D. Psychiatric morbidity among prisoners in England and Wales. Office for National Statistics, Government Statistical Service, London 1998.
5. Gunn J, Maden A, Swinton M. Treatment needs of prisoners with psychiatric disorders. *BMJ* 1991; 303: 338-41.
6. Teplin LA, Abram KM, McClelland G. Prevalence of psychiatric disorders among incarcerated women. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 505-513.
7. Harde R. Diagnosis of antisocial personality disorder in two prison populations. *Am J Psychiatry* 1983; 140: 887-890.

8. Chiles JA, Cleve E, Jemelka RP, Trupin E. Substance abuse and psychiatric disorders in prison inmates. *Hosp. Community Psychiatry*. 1990; 40: 1132-34.
9. Brink J, Doherty D, Boer A. Mental disorder in federal offenders: a Canadian prevalence study. *Int. J. Law Psychiatry* 2001; 24: 339-356.
10. Robertson G, Pearson R, Gibb R. The entry of mentally disordered people to the criminal justice system. *British Journal of Psychiatry* 1996; 169: 172-80.
11. Taylor P, Parrot J. Elderly offenders: a study of age-related factors among custodially remanded prisoners. *British Journal of Psychiatry* 1996; 152, 340-46.
12. Fazel S, Grann M. Psychiatric morbidity among homicide offenders: a Swedish population study. *Am J Psychiatry* 2004. 161. 2129-2132.
13. OMS: Informe mundial sobre violencia y salud. Ginebra, OMS, 2002.
14. Kane J, Leucht S, Carpenter D. Normas de Consenso de expertos para la optimización del tratamiento farmacológico de los trastornos psiquiátricos. *J. Clin Psychiatry* 2003; 64 (suppl 12).
15. Ayuso-Gutiérrez JL, Del Río Vega J. Factors influencing relapse in the long-term course of schizophrenia. *Schizophr Res* 1997; 28: 199-206.
16. Coldham E, Addington J, Addington D. Medication adherence of individuals with a first episode of psychosis. *Acta Psychiatr. Scand* 2002; 106: 286-290.
17. Samuel K, Kane J. Partial Compliance and patient consequences in schizophrenia: our patients can do better. *J. Clin. Psychiatry* 2003, 64 1308-15.
18. Lacro J, Dunn L, Dolder C. Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. *J. Clin Psychiatry* 2002; 63: 892-909.
19. Lafayette J, Gordon W, Pollock A, Dyer K, Goff D. Clinical characteristic, cognitive functioning, and criminal histories of outpatients with schizophrenia. *Psychiatric Services* 2003; 54: 1635-1640.
20. Perlick DA. Stigma a barrier to recovery. *Psychiatric Services*. December 2001, 52; 12: 1613-1614.
21. Nurse J, Woodcock P and Ormsby J. Influence of environmental factors on mental health within prisons: focus group study. *BMJ.com* 2003; 327: 480.
22. Fleischhacker WW, Oehl MA and Hummer M. Factors influencing compliance in schizophrenic patients. *J Clin Psychiatry* 2003; 65 (Suppl 0): 12-15.
23. Tattan TMG and Credd HC. Negative symptoms of schizophrenia and compliance with medication. *Schizophrenia Bulletin*; 27(1): 149-155, 2001.
24. Donahoe G, Owens N et al. Predictors of compliance with neuroleptic medication among inpatients with schizophrenia: a discriminant function analysis. *Eur Psychiatry* 2001; 16: 293-8.
25. Lambert M, Conus P et al. Impact of present and past antipsychotic side effects on attitude toward typical antipsychotic treatment and adherence. *European Psychiatry* 19 (2004) 415-422.
26. Travis MJ. Drug treatment, compliance and risk. In: *Care of mentally disordered offender in the community*. Oxford University Press. Oxford 2002.
27. Dossenbach M, Erol A, Kessaci MM, Shaheen MO et al. Efectividad de los tratamientos antipsicóticos en la esquizofrenia. Análisis intermedio a los 6 meses de un estudio observacional prospectivo (IC-SOHO) que compara olanzapina, quetiapina, risperidona y haloperidol. *J Clin Psychiatry* 2004; 65: 312-321.
28. Leucht S, Barnes TRE, Kissling W et al. Prevención de recaídas en la esquizofrenia con los antipsicóticos de nueva generación: una revisión sistemática y un metanálisis exploratorio de ensayos aleatorios controlados. *Am J Psychiatry (Ed Esp)* 2003, 6: 515-528.
29. Adams CE, Fenton MKP, Quraishi M and David AS. Systematic meta-review of depot antipsychotic drugs for people with schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* (2001), 179, 290-299.
30. Singh V, Highes G and Goh SE. Depot clinic: consumers' viewpoint. *Psychiatric Bulletin* (1995), 19, 728-730.
31. http://www.risperdalconsta.com/html/ric2/pd_hcp.xml?article=hcp_product.jspf Consulta Julio 2005.
32. Martin SD, Libretto SE, Pratt DJ, Brewin JS et al. Clinical experience with the long-acting injecta-

- ble formulation of the atypical antipsychotic, risperidone. *Current Medical Research and Opinion*; 2003; 19, 4: 298-305.
33. Hodgins S and Müller-Isberner. Preventing crime by people with psychiatric disorders: the role of psychiatric services. *British Journal of Psychiatry* (2004), 185, 245-250.
34. Dennis C. Daley and Allan Zuckoff. En: Como mejorar el cumplimiento terapéutico en la patología dual y pacientes drogodependientes. Ed Glosa. Barcelona. 2004.
35. Kane JM, Eerdekens M, Lindenmayer JP, Keith SJ et al (2003b). Long-acting injectable risperidone: Efficacy and safety of the first long-acting atypical antipsychotic. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 1125-1132.
36. Lasser RA, Bossie GM, Gharabawi M y Turner M. Mejorías clínicas significativas con risperidona de larga duración en pacientes con esquizofrenia previamente estables con neurolépticos depot convencionales. *European Psychiatry (Ed Esp)* 2004; 11: 341-347.

CORRESPONDENCIA

Talleres Editoriales Cometa, S.A.
Ctra. de Castellón, km. 3,400
50013 Zaragoza