
El Grupo de trabajo sobre Salud Mental en prisiones (GSMP). Actividades y funcionamiento

JM Arroyo

Coordinador del GSMP. Médico del CP de Zaragoza

RESUMEN

Se describen los objetivos y funcionamiento del Grupo de Salud Mental en Prisiones (GSMP) de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP) y la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). Se explican los trabajos más recientes en los que se encuentra implicado, como son la edición de guías de práctica clínica sobre patología dual y el estudio multicéntrico a nivel nacional de la prevalencia de trastornos mentales en reclusos españoles.

Palabras clave: Prisiones, Salud Mental, Guías de práctica clínica.

THE MENTAL HEALTH IN PRISONS GROUP (GSMP). TARGETS AND FUNCTIONING

ABSTRACT

A description of the targets and functioning of the Mental health in Prisons Group (GSMP) of the Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP) and the Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). The most recent works in which this group has been involved are explained, such as the publishing of clinical guidelines on dual pathology and a multicentre study at a national level of the prevalence of mental disorders among Spanish inmates.

Key Words: Prison, Mental Health, Guideline Adherence.

Texto recibido: 1 de septiembre de 2005

Texto aceptado: 1 de octubre de 2005

INTRODUCCIÓN

Esta ponencia tiene como objeto describir hasta el momento la actividad funcionamiento del Grupo de Salud Mental en Prisiones (GSMP). La Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria, hace ahora aproximadamente un año, se planteó formalmente la creación de grupos de trabajo en campos de conocimiento que pudieran contribuir al desarrollo de esta parte de la sanidad pública. La infección por el VIH y los problemas de salud mental, fueron dos de las principales áreas que por su gravedad y frecuencia entre los reclusos de nuestro país, interesaron primero a los socios de la SESP.

Los Grupos de Tarea, se han convertido en un elemento clave para cualquier organización dedicada

a la investigación y el desarrollo, principalmente en el campo de las humanidades. Su esencia es que la tarea del grupo aumenta de manera significativa el rendimiento individual de cada miembro, si la composición y funcionamiento es el adecuado¹.

Justamente la dificultad en la creación y fortalecimiento de un Grupo de tarea o de Trabajo está en conseguir una composición y funcionamiento idóneos. Hay una serie de premisas básicas que aseguran su eficacia y que entre otras son:

- El tamaño debe ser el apropiado para permitir, por un lado la coordinación entre sus miembros² (no muy numeroso) y por otro las sinergias positivas necesarias respecto a motivación y especialización de sus componentes (no muy reducido).

- Es importante una adecuada correlación entre la implicación y responsabilidad de los miembros del equipo y el atractivo de la tarea, teniendo en cuenta que generalmente se trata de grupos informales voluntaristas.
- Un buen proceso de elección de metas que permita claridad en los objetivos, autonomía en las opiniones y una toma de decisiones conjunta considerada satisfactoria para todos los miembros.
- Disponibilidad de recursos adecuados para el funcionamiento del grupo.

El GSMP se constituyó en marzo del 2004, en los meses previos, en plena búsqueda de posibles integrantes de profesionales dedicados al estudio y análisis de la salud mental en prisión, se publicó por parte de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) en su Congreso de junio de 2003 en Oviedo, la ponencia "La atención a la salud mental de la población reclusa" una excelente monografía que aportaba los primeros datos estadísticos aunque parciales, sobre salud mental en reclusos españoles a través de la experiencia de una serie de psiquiatras que habían trabajado en prisiones o lo estaban haciendo en ese momento³. Esta iniciativa de la AEN hizo que la SESP propusiera la creación de un grupo conjunto de trabajo con miembros de ambas sociedades que analizaran desde la perspectiva de la atención primaria y especializada, la forma de mejorar la calidad de la asistencia de los problemas de salud mental en los reclusos en nuestro país. La invitación para participar a los miembros del grupo se hizo teniendo en cuenta las expectativas que cada uno ofrecía en relación a su grado de implicación, responsabilidad, experiencia y atractivo que para él tenía el tema. La participación en el grupo de altos responsables de la asistencia mental en prisiones del Departament de Justicia de la Generalitat de Catalunya completó la representatividad de los diferentes puntos de vista y modelos asistenciales disponibles en la actualidad en las instituciones penitenciarias españolas.

El funcionamiento interno de los grupos de trabajo está descrito en las normas internas de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP) y como éstas recogen, el GSMP se ha reunido periódicamente para fijar normas internas de funcionamiento, objetivos comunes y la revisión de los trabajos impulsados hasta ahora. Los recursos necesarios para la actividad del grupo han sido aportados por el prestigioso laboratorio Janssen-Cilag, decano de la investigación en psicofarmacología, dentro de su programa de colaboración para el desarrollo en el campo de la salud mental en prisiones.

MATERIAL Y MÉTODO

Para la descripción de la actividad y funcionamiento del GSMP se han empleado los documentos provenientes de las actas de las diferentes reuniones, los informes de la SESP y de la AEN referentes al mismo, así como toda la documentación técnica generada por el grupo que tuviera relación con sus tareas y objetivos.

DISCUSIÓN

En la primera reunión del grupo en marzo de 2004 se acordaron cuales eran los temas prioritarios a analizar en la protección de la salud mental de los reclusos. Se hizo además de una manera respetuosa con la medicina basada en la evidencia, utilizando una metodología cualitativa, en concreto la del Grupo Nominal⁴ ya ensayada en otros grupos de trabajo de la SESP para activar el debate.

En el primer encuentro del GSMP se jerarizaron los 10 temas que el grupo consideró como los más prioritarios, utilizando la técnica de comparación por pares⁴ (Tabla I).

Igualmente se acordó la futura estrategia de trabajo, un cronograma y unos compromisos concretos para cada participante en la reunión.

Las actividades del grupo deberían cumplir una serie de objetivos generales:

- Aportar soluciones a los problemas detectados.
- Enfocar las actuaciones hacia aspectos prácticos.
- Orientarse hacia la Atención Primaria de los problemas de salud mental en las prisiones.
- Ilusionar a los compañeros de profesión y fomentar su interés por la salud mental en reclusos.
- Crear redes de sanitarios interesados en la salud mental en prisión.

Se acordó comenzar el trabajo del grupo en tres campos diferentes:

- El primer tema de trabajo para el grupo: la detección de casos graves y fijación de criterios de intervención.
- El segundo tema: el manejo de los internos con patología dual.
- Finalmente, impulsar un estudio de prevalencia-incidencia de trastornos mentales en prisión.

Respecto a la composición del GSMP se buscó un número ideal entre diez y quince profesionales preocupados por la salud mental en prisiones que hubie-

Priorización de las Oportunidades de Mejora/Problemas de calidad

PCOM		Suma Puntos
1	Detección de casos graves y crit. intervención	78
2	Manejo de la patología dual (Benzos)	61
3	Valoración y manejo de las ctas. autolíticas	52
4	Entrevista y relación terapéutica	52
5	Conocimientos prevalencias	49
6	Pro. modelo (intervención en estructura)	42
7	Enlace intra-extra = seguimiento	38
8	Lo regimental vs. lo sanitario	34
9	Prevención y promoción de salud mental	23

Tabla I. Índice para Objetivos de Actuación del GSMP

ran trabajado o estuvieran trabajando en solitario sobre este tema, se buscó una proporción paritaria entre miembros de la SESP y de la AEN, cuyo currículo puede consultarse en el foro electrónico del grupo⁵.

Abrir el debate a todos aquellos profesionales que en algún momento se sintieran interesados por este campo es una de las premisas básicas para el GSMP. Para permitir un intercambio enriquecedor de opiniones, hay una página web en la que se pueden descargar documentos y se pueden hacer aportaciones. Sin esta vía amplia de intercambio de opiniones siempre se pensó que la labor del grupo de trabajo se quedaría muy disminuida.

Se establecieron un número mínimo de reuniones formales del grupo en las que los miembros puedan trabajar cara a cara para mantener un lenguaje común, un mismo conjunto de intenciones y una comprensión compartida de las expectativas de cada uno de los integrantes del grupo, elementos básicos para un funcionamiento eficiente de este tipo de estructuras organizativas.

La forma más genuina y a la vez más tradicional de diseñar la calidad de la atención médica y de enfermería son los protocolos clínicos, definidos como herramientas que tienen el propósito de anticiparse y simplificar las decisiones que sin ellos tendrían que adoptar los profesionales en cada caso de una manera individual, con el aumento de la variabilidad de la atención prestada y con la consiguiente disminución de la calidad de la misma⁶⁻⁹. Como el fin general del GSMP es la mejora de la calidad asistencial en el campo de la salud mental en prisiones, se decidió que el mejor modo de comenzar, era desarrollando un protocolo clínico (PC) también llamado guía de práctica clínica (GPC) sobre los dos problemas clínicos antes mencionados.

La preocupación del GSMP de mantenerse dentro de los parámetros de la medicina basada en la evidencia, ha hecho que se comenzara a trabajar sobre estas guías siguiendo las recomendaciones de los expertos sobre confección de este tipo de documentos⁹⁻¹². En concreto la metodología propuesta es la siguiente:

1. Hacer una aproximación fundamentada al tema mediante una revisión sistemática de la evidencia científica disponible (RSEC)
2. Aportar la opinión de profesionales con experiencia que enfoquen el tema de manera multidisciplinar.
3. Tener en cuenta unas recomendaciones generales para el diseño del documento que debe ser conciso, con una parte teórica y otra práctica de fácil manejo.
4. La construcción de algoritmos, árboles de decisión o esquemas visuales para facilitar el análisis de las decisiones.
5. La utilización de un modelo estandarizado para la presentación del protocolo que debe incluir además del cuerpo principal del documento un apartado para su evaluación y otro con la bibliografía empleada.

De las dos guías en las que el GSMP está trabajando en la actualidad, la de "*Detección e intervención en casos graves de patología mental en los centros penitenciarios*", y la del "*Manejo de la patología dual desde el punto de vista de la atención primaria en prisiones*" es esta última la que está más avanzada.

Otra de las cuestiones que preocupan al grupo es la falta de datos epidemiológicos sobre patología mental en las prisiones españolas.

El ingreso en prisión es favorecedor de la morbilidad en salud mental^{13, 14}. La OMS estima que en las

sociedades occidentales, la incidencia de alteraciones psiquiátricas es hasta siete veces mayor en la población penitenciaria que en la población general¹⁵. En una de sus recomendaciones, el Comité de Ministros del Consejo de Europa hace especial mención de la atención que hay que poner en el cuidado de la salud mental de las personas privadas de libertad¹⁶.

En nuestro país hasta ahora sólo se pueden consultar estudios parciales con metodología poco contrastada^{3, 17, 18}. Como ejemplo de incertidumbre, valga decir que la incidencia de Trastornos de Personalidad (TP) en población penitenciaria se ha situado en una horquilla que oscila entre el 30 y el 65% de los internos¹⁹, los datos más fiables deben extrapolarse de los estudios hechos en países de nuestro entorno, sobre todo de los publicados en Inglaterra y Gales²⁰⁻²³. La realidad penitenciaria y sociodemográfica de estas poblaciones respecto a la que podemos encontrar en España, no son tan similares como para que esos datos nos den una idea fiable de cuántos reclusos españoles tienen algún trastorno mental y qué tipo de trastorno padecen. Esta carencia tiende a crear confusión entre los profesionales y la opinión pública, e impide desgraciadamente contar con datos fiables que permitan una adecuada planificación de recursos asistenciales.

Desde junio pasado, un miembro del GSMP el Dr. Enric Vicens, responsable de la asistencia psiquiátrica de los reclusos de las prisiones catalanas, está impulsando un estudio multicéntrico para conocer las prevalencias de la patología psiquiátrica entre los reclusos de las prisiones de España.

Este estudio, presentado en la última convocatoria de ayudas del Instituto Carlos III también conocidas como becas FIS, reproduce la misma metodología que el European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED)²⁴, un extenso trabajo epidemiológico que se considera para Europa, lo que ha sido para EEUU el clásico estudio ECA²⁵, el referente mundial sobre epidemiología de trastornos mentales en población general. El ESEMED se enmarca dentro de una iniciativa de la OMS para estimar de manera homogénea la frecuencia y la discapacidad asociada a los trastornos mentales en entornos socioeconómicos y culturas diferentes. Aprovechar la experiencia de este estudio para adaptarlo a la población penitenciaria supone una gran oportunidad de extender este trabajo epidemiológico a una población tan sensible como la penitenciaria, con un grado de exclusión social tan alto, como es su riesgo de padecer este tipo de patologías.

Los objetivos principales del ESEMED para prisiones son:

1) Cuantificar la prevalencia-año y prevalencia-vida de los diferentes trastornos psiquiátricos en la población reclusa española entre 18 y 75 años internados en centros penitenciarios de 8 Comunidades Autónomas.

2) Analizar la asociación de cada uno de los trastornos psiquiátricos con factores de riesgo sociodemográficos, penales y vitales.

3) Comparar los resultados de prevalencia de trastornos mentales obtenidos en la población reclusa española con la población general española.

4) Determinar la afectación en el funcionamiento y la calidad de vida de las personas que padecen trastornos psiquiátricos y compararla con las personas reclusas sin trastornos psiquiátricos y con la población general española.

5) Describir la intensidad y los patrones de uso de servicios y los tratamientos de las personas con trastornos.

Para el cálculo del tamaño muestral se han tenido en cuenta los principales objetivos del estudio. Se escogerán 11 centros penitenciarios a razón de unas 400 entrevistas por centro en función del número de internos total por cada una de las comunidades y del número de centros de cada una de las autonomías representadas (Tabla II). El total de la muestra será de 4.400 entrevistas.

Comunidades Autónomas	Centros Penitenciarios
Andalucía	Málaga y Albalote (Granada)
Catalunya	Quatre Camins, Ponent y Brians (mujeres)
Castilla León	Topas (Salamanca)
Madrid	Madrid VI (Aranjuez) y Madrid II (Meco)
Valenciana	Alacant II
Galicia	A Lama (Pontevedra)
País Vasco	Nanclares Oca (Álava)
Aragón	Zuera (Zaragoza)

Tabla II.

Las aplicaciones que los resultados tendrán sobre el área de salud serán múltiples:

1. Los resultados permitirán conocer las necesidades de tratamiento por trastornos psiquiátricos que tiene la población reclusa. Las necesidades se determinan no solamente a partir de un diagnóstico psiquiátrico sino por su gravedad y discapacidad asociada.
2. Conoceremos además como el sistema penitenciario está cubriendo actualmente dichas necesidades y cuáles son las barreras de acceso a la atención sanitaria.



Gráfico I.

3. Los resultados orientarán hacia la mejor planificación de los servicios sanitarios en las cárceles españolas, al permitir dirigir los mayores esfuerzos a la población más necesitada.
4. En otro orden de cosas, la detección de factores asociados a los trastornos mentales (factores de riesgo, factores desencadenantes) permitirá el avance hacia medidas de prevención primaria a través de la detección de grupos de riesgo a los que dirigir programas específicos.

Una parte importante de la actividad del GSMP es su dimensión electrónica a través del acceso a la página www.saludmentalenprision.com (Gráfico I). En esta web se puede acceder a una base documental del grupo descargable en forma de ficheros pdf. Igualmente hay un recurso para comunicarse automáticamente a través de correo electrónico con los miembros del grupo, como mecanismo de interacción para debatir o aportar ideas. Finalmente desde la página hay acceso a documentación formativa propia de la patología mental más prevalente, a otros recursos web relacionados con el tema y al buscador de medline.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Silva M. Los Grupos de Tarea. En Morales JF et al. Psicología Social Mc GrawHill Madrid 1994, 247-259.
2. Latane B, Nida S. Social impact theory and group influence: A social engineering perspective. En Paulus PB Psychology of Group Influence Hillsdale New Jersey 1980, 3-34.
3. Hernández Monsalve M, Herrera Valencia R. La atención a la salud mental de la población reclusa. AEN Estudios. Madrid 2003.
4. Saura Llamas J. El ciclo evaluativo o ciclo de mejora. En Garantía de Calidad en Atención Primaria SemFyc /semergen. Madrid 2002, 28-31.
5. www.saludmentalenprision.com Consulta octubre de 2005.
6. Otero A, Saturno PJ, Marquet R. Mejora de la calidad en Atención Primaria. En Martín A y Cano JF. Atención Primaria, conceptos, organización y práctica clínica. Vol 1. Harcourt. Madrid 2000.

7. Gaona Ramón JM, Romero Román JR, González Barberá^b M. Grupo de Investigación sobre Evaluación y Mejora de los Protocolos Clínicos. Saura-Llamas^d J, Saturno Hernández^b PJ. Atención primaria, 1999; 24(8).
8. Field MJ, Lohr KN, eds Clinical practice guidelines. Directions for a new program. Washington, DC: National Academy Press, 1990.
9. Jovell AJ, Navarro-Rubio MD. Guías de práctica clínica. FMC 1995; 2: 152-156.
10. Saura Llamas J, Saturno Hernández P. Grupo de Evaluación y Mejora de los Protocolos Clínicos. Protocolos clínicos: ¿cómo se construyen? Propuesta de un modelo para su diseño y elaboración. Atención Primaria 1996; 18(2): 91-96.
11. Gaona Ramón JM, Romero Román JR, González Barberá M, Saura-Llamas J, Saturno Hernández PJ. Grupo de Investigación sobre Evaluación y Mejora de los Protocolos Clínicos. Factores que influyen en el uso de los protocolos clínicos, según la opinión de los coordinadores de los centros de salud. Atención primaria, 1999; 24(8).
12. Saura-Llamas J, Saturno Hernández PJ, Romero Román^c JR, Gaona Ramón JM, Gascón Cánovas^e JJ. Características de las guías clínicas de atención primaria que se asocian a una mayor calidad estructural. Atención Primaria 2001; 28: 525-534.
13. Lluch J. Síndromes psicóticos en el ámbito penitenciario. Resúmenes I Jornada de aproximación a la psicopatología penitenciaria. Lérida, 31 mayo 2001.
14. Villaverde ML, Gracia-Marco R, Morera A. Relación entre el estrés psicosocial y la patología psíquica: un estudio comunitario: Actas Esp Psiquiatr. 2000; 28(1): 1-5.
15. 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 Journal of Psychiatry 1992; 160: 769-776.
16. Recommendation No. R (98) of the Committee of Ministers to members states concerning the ethical and organisational aspects of health care in prison. Council of Europe Committee of Ministers. April 1998.
17. Dirección General de Instituciones Penitenciarias, 2002. Informe para el M^o de la Presidencia. Mayo 2002. Madrid. Ministerio del Interior.
18. Martínez Cordero A. Perfil patológico del interno ingresado en la Enfermería de un centro penitenciario. Rev Esp Sanid Penit 2000; 2: 41-47.
19. Lluch J, Estallo D, Batalla I, Gracia-Perdiguerro E. Epidemiología de los trastornos psiquiátricos en la población penitenciaria. En Pichot P, Escurra J, González-Pintado A, Gutiérrez-Fraile. Intervención en crisis y tratamiento agudo de los trastornos psiquiátricos graves. Madrid. Aula Médica eds. 2003: 541-554.
20. Fazel S, Danesh J. Serious disorder in 23.000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The Lancet*. 2002; 359: 545-550.
21. Broke D, Taylor C, Gunn J, Maden A. Point prevalence of mental disorders in unconvicted male prisoners in England and Wales. *BMJ* 1996; 313: 1524-27.
22. Study 2: Singleton N, Meltzer H, Gatward R, Coid J, Deasy D. Psychiatric Morbidity of Prisoners in England and Wales. London: ONS, 1998.
23. WHO Guide to Mental Health Primary Care in Prison. Royal Society of Medicine Press Limited. <http://www.prisonmentalhealth.org> (Consulta en Mayo 2004).
24. Alonso J. Et al. Health Service, Research Unit. The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMEd) projet: an epidemiological basis for informing mental health policies in Europe. *Acta Psychiatr. Scand* 200; 109 Sppl 420; 5-7.
25. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *JAMA* 1990; 264: 2511-8.

CORRESPONDENCIA

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