

"Los internos en régimen de aislamiento se quejan de la falta de asistencia en salud mental"

"El Protocolo de Estambul, a pesar de su carácter internacional y ser la principal guía para la evaluación de personas que aleguen haber sufrido tortura y maltrato, es muy poco conocido en Catalunya" asegura Olga Casado, doctora y miembro del mecanismo Catalán de Prevención de la Tortura

EL DIARIO.ES CATALUNYA – (SÒNIA CLAVÓ, BARCELONA).- El Parlament de Catalunya inicia un grupo de trabajo sobre el régimen de aislamiento en los Departamentos Especiales de Régimen Cerrado. El aislamiento es un régimen en el que los presos pasan unas 21 horas encerrados y en soledad, con sólo dos horas de patio o actividades, en celdas aisladas en un departamento especial conocido como **DERT** (Departamento Especial de Régimen Cerrado). Olga Casado es médico de familia y miembro del equipo de trabajo del **Mecanismo Catalán Para La Prevención De La Tortura (MCPT)** del **Síndic de Greuges** (el Defensor del Pueblo en Catalunya) y participará en el grupo de trabajo del Parlament.

Como médico, ¿qué tareas desarrollas en el Mecanismo Catalán de Prevención de la Tortura (MCPT) del Síndic de Greuges?

El **MCPT** es un equipo multidisciplinario. Al margen de las funciones generales, apporto el punto de vista médico valorando todos aquellos condicionantes que pueden tener un impacto sobre la salud de las personas detenidas. Estas valoraciones se realizan a partir de visitas a las instalaciones, entrevistas con los profesionales sanitarios, revisión de los expedientes médicos, entrevistas con las personas detenidas sobre aspectos de salud y evaluación médica en privado en caso de que alguna persona alegue haber sufrido malos tratos. Es a partir de todo esto que elaboramos nuestros informes y recomendaciones a las autoridades competentes.

Participarás en el grupo de trabajo del Parlament. ¿A qué conclusiones crees que debería llegar el grupo al final de todo el periodo de trabajo?

El objetivo del grupo de trabajo es identificar y visualizar las afectaciones psicológicas y psicosociales resultantes del régimen de aislamiento de los Departamentos Especiales de Régimen Cerrado (**DERT**) de los centros de privación de libertad en Catalunya, con el objetivo de prevenir y mitigar el daño psicológico a las personas. Mi visión será desde el punto de vista de cómo afecta el aislamiento a la salud de las personas (salud bio-psico-social).

Creo que las conclusiones a las que se debería llegar el grupo son a una revisión profunda del régimen de aislamiento y de sus consecuencias. Valorar la no aplicación o limitación a casos de excepcionalidad, reduciendo su uso y el tiempo de estancia en este régimen. Y por otro lado, la necesidad de tratamiento multidisciplinar de reparación y rehabilitación del daño psicológico que el régimen de aislamiento haya podido producir.

¿Cómo se puede investigar, desde un punto de vista médico, las alegaciones o sospechas fundadas de tortura o malos tratos en el contexto penitenciario?

La herramienta principal de investigación es el **PROTOCOLO DE ESTAMBUL**. El relato que hace la persona y el examen médico son indispensables para evaluar, investigar y documentar no sólo las alegaciones de maltrato, sino aquellos casos en que exista una sospecha. Por ello es importantísima la formación de los profesionales, para que puedan reconocer las señales físicas y psicológicas y documentarlo adecuadamente. Hay que recordar que la no existencia de lesiones físicas no excluye que se haya producido tortura o malos tratos.

Quiero insistir en la importancia que estas evaluaciones tengan lugar en privado, sin restricciones físicas, tales como las esposas, sin personal de custodia presente en el área médica ni a las zonas de alcance visual o auditivo. Esta debería ser la norma y la única y excepción sería en caso de que exista una situación real de riesgo. En este caso hay que dejar por escrito en el informe el motivo y qué personas están presentes durante el examen.

Desde el Síndic de Greuges y el MCPT, junto con el Instituto Catalán de la Salud, se han preparado sesiones formativas para el personal sanitario en los centros penitenciarios sobre el Protocolo de Estambul. ¿En qué consisten estas formaciones?

En el año 2016 se ha realizado en todos los centros penitenciarios de Catalunya (excepto uno que queda pendiente para 2017) una formación para todos los profesionales sanitarios -no sólo médicos, también personal de enfermería- para dar a conocer el **PROTOCOLO DE ESTAMBUL**. La formación iba dirigida sobre todo a la elaboración de los informes médicos y los informes de lesiones (los comunicados al juzgado) con los estándares de calidad que marca el **PROTOCOLO DE ESTAMBUL**, para hacer una adecuada valoración médica de los posibles casos de maltrato o tortura.

Sin embargo, muchas entidades de defensa de los derechos humanos se quejan de la no aplicación del protocolo de Estambul en los centros penitenciarios.

Efectivamente. El **PROTOCOLO DE ESTAMBUL**, a pesar de su carácter internacional y ser la principal guía para la evaluación de personas que aleguen haber sufrido tortura y maltrato, es muy poco conocido en nuestro entorno. Así lo constatamos en nuestras visitas y en el informe anual del **MCPT** de 2015, donde se hizo un informe específico

sobre pautas para la aplicación del **PROTOCOLO DE ESTAMBUL** por parte del personal sanitario, con la voluntad de darlo a conocer. A partir de este informe, hemos realizado diferentes formaciones a los profesionales sanitarios de todos los centros penitenciarios de Catalunya y jornadas en el Colegio de Médicos de Barcelona. Este febrero también realizaremos formaciones en relación al **PROTOCOLO DE ESTAMBUL** y partes de lesiones, junto con el Departament de Salut, a todos los médicos que no son del ámbito penitenciario.

Al margen de estas formaciones que hacemos, también se ha realizado una formación sobre Protocolo de Estambul para psicólogos de centros penitenciarios. Por su parte, el Instituto de Medicina Legal de Catalunya en respuesta a la recomendación del informe del MCPT de 2015, ha elaborado un *“Protocolo de actuación Médico-forense alegación de tortura o maltrato”* (abril 2016: http://administraciojusticia.gencat.cat/web/.content/home/seccions_tematiques/medicina_forense/protocol_actuacio_medicoforense.pdf) siguiendo las directrices del **PROTOCOLO DE ESTAMBUL**.

La proporción de suicidios en los centros penitenciarios multiplica por siete la de los de fuera de las cárceles. Los reclusos en celdas de aislamiento tienen tres veces más posibilidades de matarse que los que están encerrados en régimen ordinario, aunque están sometidos a mucha más vigilancia. ¿Por qué crees que sucede esto?

Hay diferentes motivos. Por un lado, la vida en prisión es particularmente dura, la reclusión, las estrictas normas que rigen la vida carcelaria, el aislamiento del individuo de su entorno social y familiar pueden producir efectos negativos en la persona, más si existen abusos de poder y malos tratos, y son frecuentes la aparición de trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, sin que exista patología mental previa.

Por otra parte, la prevalencia de patología mental es mayor que en la población general. Sabemos por diferentes estudios que existe mayor prevalencia de patología dual (coexistencia en un mismo paciente de un trastorno por abuso de sustancias psicoactivas y cualquier otro trastorno psiquiátrico asociado), de trastornos de personalidad, trastornos de ansiedad y trastornos psicóticos. Esto puede producir deterioro conductual y mala adaptación a su entorno, como síntoma de una patología mental no tratada adecuadamente. Habría que profundizar en las causas de esta elevada prevalencia de patología mental en la población interna.

Si añadimos a la dureza de la vida carcelaria, el aislamiento, que supone un régimen de vida tan restrictivo, se pueden generar daños profundos de desidentificación y despersonalización que en algunos casos pueden ser irreversibles. Todo esto afecta la integridad psíquica de la persona y puede derivar en conductas de autolesiones y autolíticas. Habría que ser proactivo en la identificación de estas situaciones de riesgo de suicidio, para abordar y dar el tratamiento adecuado.

El director general de prisiones de la Generalitat, Amand Calderó, mantiene que el ingreso en los DERT no puede ser el factor que determina la diferencia en la tasa de suicidios, dice que es más fácil que tenga relación la conducta que lleva estos presos al aislamiento y su situación personal, entre otros aspectos.

Hay diferentes estudios que demuestran las consecuencias negativas que supone para la salud de las personas el régimen de aislamiento y cómo este régimen está relacionado con un alto número de conductas suicidas. Evidentemente, el daño psicológico variará de una persona a otra en función de su historia personal, de si tiene enfermedades previas, pero el aislamiento en sí es un factor decisivo.

¿Qué control se hace sobre la salud mental de los internos?

En general son los servicios sanitarios de los propios centros los encargados del diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la mayoría de las patologías psiquiátricas. En casos más graves son derivados a la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Penitenciaria (Brians).

Los servicios médicos programan visitas periódicas. La Circular 5/2001 determina dos horas / semana de psicólogo (también 2h / semana de educador). En las visitas realizadas como **MCPT**, los internos se quejan reiteradamente de la falta de asistencia por parte de los profesionales de tratamiento.

¿Qué pasa cuando un preso diagnosticado con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) entra en un DERT? ¿Como le afecta esto?

En muchas ocasiones la entrada al **DERT** puede ser consecuencia de respuestas inadaptadas al régimen de vida ordinario carcelario, ya es de por sí muy duro y puede tener consecuencias negativas en la salud de las personas internas. Puede ser el síntoma de un trastorno mental no tratado. A menudo las medidas de seguridad regimentales son la única respuesta ante las alteraciones conductuales de personas con patología mental. El aislamiento a menudo empeora su patología de base y da lugar a conductas más desadaptativas.

Muchos de estos internos ya tienen actitudes de desconfianza y de recelo hacia los funcionarios. Al entrar en un **DERT**, un espacio en el que dependen en mayor parte de éstos, ya que las relaciones con otros internos están limitadas, la sensación para muchos es de *"estar en manos de los funcionarios"*.

Los funcionarios deberían estar formados y tener conocimientos de qué tipo de respuesta es de esperar de estos internos, y saber abordarlas utilizando la mediación. En nuestras visitas hemos observado que esta formación no se da en la mayoría de casos, en los que a menudo se utilizan medios coercitivos en vez de la mediación para la resolución de conflictos.

A menudo las medidas coercitivas y de seguridad regimental como el aislamiento son la única respuesta ante las alteraciones conductuales de personas con patología mental. El sufrimiento psicológico que resulta de estas medidas pueden llevar a conductas de autolesiones y suicidas.

¿Es posible desarrollar un programa de tratamiento estructurado del TLP en el ámbito penitenciario para mejorar la clínica psiquiátrica asociada?

Sí, es posible implementar programas de detección precoz, abordaje y seguimiento de este tipo de patología. Hay que crear dispositivos asistenciales adecuados para el tratamiento. Son necesarios equipos multidisciplinares, ya que no existe un tratamiento farmacológico específico para TLP, y por lo tanto el abordaje psicoterapéutico es de elección. Por eso habrá suficiente personal sanitario para atender las necesidades de estos pacientes y que éste esté específicamente formado en patología mental. Hay que tener una buena coordinación con servicios especializados así como protocolos de derivación a unidades especializadas (psiquiátricas). También cabe la formación del personal no sanitario (funcionarios) en el abordaje y el trato con estos internos. Pero también habrá que repensar el actual modelo carcelario, ya que puede producir efectos negativos en la salud mental de las personas y agravar los síntomas en personas con patología previa.

El centro penitenciario Brians 1 prepara un plan para que los presos que padecen trastornos límites de la personalidad (TLP) -entre un 20 y un 30% de los que hay en este régimen- puedan salir y ser tratados en unidades psiquiátricas. ¿Cómo valoras este plan? ¿Hay otros centros que tengan en cuenta el TLP?

En Brians lo que hay es la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica y la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica, pero no todos los casos llegan a estas unidades. La mayoría son tratados en los mismos centros penitenciarios. Este cambio es positivo, ya que la detección precoz de este tipo de patología, y en general de la patología mental, puede mejorar la sintomatología y comorbilidades de estos internos.