

# Vigilar, castigar y tratamiento directamente observado (TDO).

## *Look out, punish and directly observed treatment (DOT).*

Enrique Pérez Martínez (\*).

Psiquiatra. Alicante.

Como consecuencia ineludible de la ocupación por las prisiones de los espacios vacíos dejados por los antiguos hospitales psiquiátricos, tal como anunciara Foucault, nos enfrentamos hoy a la aparición de debates sanitarios paradójicos en el seno mismo de las “ciudades carcelarias”. Debates que nacen en relación con la protección de la salud de estas poblaciones, pero que se acercan peligrosamente a la “formación de las blanduras insidiosas, de las maldades poco confesables, de las pequeñas astucias, de las técnicas de las ciencias...que permiten la fabricación del individuo disciplinario” (1).

La última noticia relacionada con el tema ha tenido lugar en Euskadi, donde el Juzgado de Vigilancia Penitenciaria, tras una investigación de oficio sobre las muertes por sobredosis en prisiones vascas, constata que existen “importantes deficiencias en el suministro de psicótropos a los reclusos”, lo que “incide en derechos fundamentales de los internos (como la salud, la integridad física y la vida)”. El auto acaba decretando como obligatorio el tratamiento directamente observado (TDO) a todos los internos/pacientes a los que se les pauten psicofármacos, y ordena a las administraciones y organismos responsables en los tres territorios, incluyendo al Gobierno Vasco, a rediseñar el protocolo de administración de medicamentos para “frenar una realidad que debe evitarse por imperativo legal y por humanidad” (2).

El TDO nace en el mundo sanitario ligado al tratamiento de las enfermedades infecciosas (Tuberculosis y VIH) como forma de garantizar la salud pública, y se aplicaba tanto en el marco comunitario como en el penitenciario. Sin embargo, tal como se plantea en la sentencia referida, se liga directamente a una familia de fármacos (no a unas entidades clínicas) y se pierde su base de protección de la salud pública, lo que agudiza aún más las controversias que se asocian con esta modalidad de tratamiento (3) y que podemos resumir en una serie de preguntas:

### **1) ¿Por qué administrar en TDO los psicofármacos?**

Se trataría de una forma de evitar conductas de venta de medicación a otros internos o la acumulación de pastillas por un mismo individuo, considerando en un mismo saco a todos los psicótropos, mezclando aquellas situaciones en las que buscamos una adherencia terapéutica con otras situaciones de control de conductas inapropiadas y sin diferenciar las peculiaridades de las distintas patologías psiquiátricas.

### **2) ¿A quiénes se les administra el TDO?**

Hasta ahora el TDO se aplicaba en personas en las que se sospechaba una baja adherencia al tratamiento, aunque esto no siempre es fácil de conocer y además supone esperar el fracaso

---

(\*) Grupo SampAEN (Salud mental en prisión de la AEN): Enrique Pérez, Jose M. López, Pilar Casaus, Ana Gordaliza, Virginia Pareja, Mariano Hernández, Pilar Ventosa, M<sup>º</sup> Asun de Concepción, María Fuster, Iñaki Markez.

de la primera opción, que sería siempre el tratamiento voluntariamente aceptado. Si ahora se aplica a todas las personas que toman psicofármacos, nos encontraremos con un gran número de internos que precisarán esta medida. Probablemente esto desbordaría las capacidades del personal de enfermería y auxiliar disponible en prisiones para esta tarea, sobre todo los fines de semana donde su número se reduce sensiblemente y sería imposible de aplicar.

### 3) ¿Hasta cuándo mantener el TDO?

A diferencia de las enfermedades infecciosas, que tienen una duración limitada, los tratamientos psiquiátricos por su carácter sintomático suelen ser de naturaleza crónica, lo cual complicaría más la posibilidad de mantener esta medida.

### 4) ¿Cómo administrar el TDO?

¿Es posible llevarlo a cabo en todas las pautas de administración como en los hospitales? ¿O sólo se supervisarían algunas de las tomas?

Una queja frecuente de los internos es que la toma supervisada de la noche, que es donde habitualmente se concentran los fármacos más sedantes y las dosis más elevadas, tiene lugar entre las 19 y las 20 horas, con la consiguiente inducción del sueño a una hora muy temprana y un despertar precoz de madrugada que es muy desagradable.

### 5) ¿Qué ocurriría con la negativa del interno a tomarlo?

¿Nos llevaría esto al mundo de la disciplina y la sanción regimental?, que tan poco adecuada es para las personas con trastornos mentales graves. ¿O más bien facilitaría la utilización de medicaciones inyectables de larga duración para asegurar el cumplimiento y para alegría de algunas compañías farmacéuticas?

**Las propuestas alternativas** que permitirían en el futuro aliviar el problema del consumo de psicofármacos en prisión las conocemos desde hace tiempo y pasan por:

a) Mejorar la *atención sanitaria en prisiones*, para lo que es imprescindible que se lleve a

cabo lo que la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud disponía hace ya 17 años: “que los servicios sanitarios dependientes de instituciones penitenciarias sean transferidos a las comunidades autónomas para su plena integración en los correspondientes servicios autonómicos de salud”. Esto en la actualidad sólo es una realidad en Cataluña y el País Vasco y se anuncia que próximamente en Navarra.

- b) Reforzar los *servicios de salud mental comunitarios* potenciando equipos proactivos de seguimiento y vinculación de pacientes que pierden el contacto con la red. Pues estos son los pacientes en riesgo, sobre todo si coexiste un consumo de sustancias psicoactivas, de cometer un delito y de entrar en prisión.
- c) Descubrir aquellos *casos de enajenación inadvertida* que han entrado en prisión y cambiar la pena por una medida alternativa.
- d) Frenar los *casos de enajenación conocida* pero no apreciada como causa de inimputabilidad. Sabemos que el Código Penal de 1995 relativizaba la importancia del diagnóstico psiquiátrico, al tiempo que, desde corrientes psicoanalíticas, a raíz del caso Althusser (4), se potenció “el derecho del enfermo mental a expiar su culpa”. Convirtiéndose en una vía de entrada de enfermos mentales en prisión (5).
- e) Reducir la *polifarmacia* que se encuentra muy extendida en los servicios de salud mental y unidades de conductas adictivas, a pesar de carecer de evidencia científica para su uso y del riesgo elevado de efectos adversos y de intoxicaciones. Éste podría ser uno de los objetivos velados de implantar el TDO, pero sería un uso perverso pues para reducir el uso de fármacos de abuso en un interno/paciente debemos” lograr la colaboración y el compromiso del paciente para que se adhiera a la pauta de tratamiento” (6).

Profesionales e instituciones de la salud, así como las vinculadas a la custodia y cuidados de las personas en prisión, tienen, tenemos tareas a desarrollar en este próximo período.



## Contacto

Enrique Pérez ✉ eperezmar@yahoo.es

## Bibliografía

1. Foucault, M. (1976). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI editores.
2. <https://gasteizberri.com/2020/11/la-justicia-ordena-paralizar-el-suministro-no-vigilado-de-psicofarmacos-en-las-carceles-vascas/>
3. Martín Sánchez, V. (2005). “Mitos y realidades de las terapias directamente observadas”. Prof. TEU de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de León. Expresidente de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria. [www.sefh.es](http://www.sefh.es)>bibliotecavirtual>5\_AF\_VIH\_2005.
4. Althusser, L. (1992). *El porvenir es largo*. Barcelona: Ed. Destino.
5. Pérez, E. (2012). “Atención a la Salud Mental en el medio penitenciario”. En: Desviat, M y Moreno, A. (eds.). *Acciones de Salud Mental en la Comunidad*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios/47.
6. Rodríguez, S, Markez, I, Martínez, A. (2012). “Benzodiazepinas: indicaciones, complicaciones y tratamientos”. En GSMP: *Guía de Atención y tratamientos en prisión por el uso de drogas*. Bilbao: OMEditorial, 2012.

- Recibido: 12/11/2020.
- Aceptado: 15/12/2020.