
Los cuidados de enfermería psiquiátrica en los centros penitenciarios

E Garcés Pina, A Duato Durán, MJ Vicente Edo¹, V Guadarrama Sanz

Servicio Médico del Centro Penitenciario de Zuera. Zaragoza.

¹Unidad de Investigación Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa". Universidad de Zaragoza.

RESUMEN

Los cuidados de enfermería psiquiátrica en los centros penitenciarios "tipo" españoles, están poco desarrollados o no existen, a pesar de que el número de internos con trastornos mentales es cada vez más numeroso. En este trabajo se describe el proceso de creación de una herramienta de valoración enfermera que consiste en un cuestionario administrado por el personal de enfermería para ayuda a detectar y tratar los trastornos mentales de los enfermos ingresados en prisión de una forma más temprana y precisa. Se describe también la estructura y forma de uso del cuestionario y la valoración inicial que se ha obtenido con esta herramienta en una muestra piloto de internos.

Palabras clave: Enfermería Psiquiátrica/Procedimientos, Prisión, Estudios de Evaluación

PSYCHIATRIC NURSING CARE IN PRISONS

ABSTRACT

Although the number of prison inmates with mental disorders in Spanish prisons is steadily growing, psychiatric nursing is either underdeveloped or effectively non-existent. This study sets out to describe the design of a nursing evaluation tool consisting of a questionnaire for use by nursing personnel that can help in the detection and treatment of mental disorders amongst inmates more quickly and precisely. The study also describes the format and use of the questionnaire, and includes an initial evaluation of the tool using data taken from a pilot sample of inmates.

Key Words: Psychiatric Nursing/Methods, Prison, Evaluation Studies

Texto recibido: junio de 2006

Texto aceptado: octubre de 2006

INTRODUCCIÓN

Para la población general, el concepto de enfermedad mental parece definirse en términos de peligrosidad hacia el público o hacia ellos mismos en el menor de los casos¹. Esta actitud puede estigmatizar en doble medida a las personas que sufren problemas mentales que además han cometido un delito y por ello se encuentran en centros penitenciarios cumpliendo largas condenas. La literatura muestra que los servicios sanitarios de salud mental que se proporcionan a este tipo de internos son en general limitados, aislados o simplemente carecen de ellos²; a esto se añade el hecho de que trabajar con internos que su-

fren patología psiquiátrica no es, a priori, un sitio atractivo de trabajo para los propios profesionales. Sin embargo y a pesar de estas condiciones, son muchos los profesionales sanitarios, con una formación limitada en psiquiatría, que debido a la demanda surge se ven abocados a tratar a este tipo de internos a pesar de las adversidades que rodean el hecho de estar en prisión y los pacientes tan complicados con los que se enfrentan en muchos casos.

Diversos estudios de investigación y prevalencia avalan la alta morbilidad psiquiátrica²⁻⁶, riesgo de autolesión⁷ y suicidio⁸ que se da en esta población, siendo la morbilidad psiquiátrica más común entre los internos que en la población general⁹. Esta alta preva-

lencia de trastornos mentales puede ser la consecuencia del alto riesgo de personas ingresadas en prisión con problemas mentales, debido en gran parte a los pocos o insuficientes servicios que existen en la comunidad dirigidos a este tipo de población^{10,11}.

Si bien no hay datos recientes sobre la prevalencia de trastornos mentales en prisiones, la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria facilitó datos de un estudio transversal hecho en junio de 1998 sobre la salud penitenciaria. Este estudio indica una alta prevalencia de patología psiquiátrica (psicóticos crónicos o discapacitados psíquicos) de alrededor del 6% de la población penitenciaria.

En el centro penitenciario de Zuera, se realizó un estudio sobre la prevalencia psiquiátrica realizada anteriormente al inicio de este proyecto, se observó que al ingreso en la prisión, el 10% de los internos sufrían esquizofrenia, 5% psicosis, 3% trastorno delirante, 1% maniaco, 7% trastorno adaptativo y 17% trastorno de la personalidad¹².

Si a esta alta morbilidad, se añade el aumento de los movimientos migratorios que se están sucediendo en Europa desde finales del siglo XX, cada vez más, el personal sanitario de los centros penitenciarios se está encontrando con internos pertenecientes a diferentes grupos étnicos que también presentan una alta ratio de morbilidad psiquiátrica¹³, lo que implica otro problema añadido a la ya falta de formación en salud mental de los profesionales sanitarios que atienden a esta población.

Otra de las situaciones más comunes que se encuentran en los centros penitenciarios es la gran demanda que existe de los servicios sanitarios. Independientemente del género, la población reclusa consulta al médico hasta tres veces más que sus equivalentes en la comunidad^{14,15}. Se comenta que este hecho es una realidad en prisión porque los internos tienen mejor y más rápido acceso a los servicios sanitarios que en la comunidad¹⁶, o tal y como se ha explicado anteriormente, el hecho de ser un grupo poblacional con un alto riesgo de padecer más trastornos mentales les hace candidatos a utilizar más los servicios sanitarios que la población general.

Teniendo en cuenta esta gran demanda y a la vez los servicios sanitarios de salud mental tal limitados dirigidos a este colectivo en concreto, hace que la calidad de estos servicios sea muy discutible, estando por debajo del estándar que se exige y existe en otros servicios sanitarios públicos¹⁷. Muchos internos con problemas mentales, si estuviesen en su domicilio estarían bajo el cuidado de especialistas de salud mental en la mayoría de los casos, no siendo del todo posible cuando se encuentran en prisión. Actualmente,

existen algunas políticas sanitarias un tanto deficientes, que indican que los internos con problemas mentales deben ser cuidados por especialistas y por equipos multidisciplinarios, sin embargo la realidad es un tanto distinta². En España, y según la Fiscalía General del Estado, la situación del enfermo mental en prisión es uno de los problemas más graves con los que se enfrenta el sistema penitenciario español debido a la gran demanda y la limitación de los recursos existentes para tratar a este tipo de internos¹⁸ ya que muchos internos con trastornos mentales deberían acceder a recursos psiquiátricos penitenciarios.

El periodo de encarcelación debería suponer una oportunidad para detectar, diagnosticar y tratar la enfermedad mental en una población que a menudo resulta difícil captar en los servicios sanitarios públicos. Todo esto podría traer mayores beneficios sociales y económicos no solo a los pacientes con trastornos mentales sino también a la propia comunidad¹⁷.

Por lo tanto, la atención de la salud mental en sí precisa y requiere equipos multidisciplinarios e intervenciones desde diferentes niveles tanto asistenciales como sociales¹⁹⁻²² siendo sus correspondientes profesionales (enfermeras, médicos, trabajadores sociales etc.), los que proporcionen dicha atención y cuidados. Es en este contexto, donde la figura del profesional de enfermería de los centros penitenciarios es esencial debido al contacto directo y continuado que va a tener con estos internos. Para ello, a este profesional se le va a exigir que esté dotado de unos conocimientos y habilidades en salud mental como son: evaluar el riesgo del paciente, preveer, controlar y gestionar la agresividad del interno, facilitar y mantener un ambiente seguro y terapéutico. También se incluirían intervenciones psicosociales con los individuos, familias, uso de alcohol, drogas, autolesión entre otros, con el fin de aplicar las diferentes posibilidades de tratamiento, reduciendo el riesgo de recaída y mejorando la calidad de vida del interno. Asimismo, debe de tener la capacidad de observar, evaluar, reunir información, planificar, negociar y proponer cambios en los servicios sanitarios penitenciarios como participante y testigo directo de ellos, en pro de la mejora de la asistencia hacia los internos que sufren trastornos mentales^{15,23,24}. Finalmente, la figura del personal de enfermería en este contexto, debe y tiene que asegurar la continuidad de cuidados de estas personas con los centros sanitarios que le corresponda a cada interno, para que una vez que hayan sido puestos en libertad, sigan recibiendo un tratamiento y seguimiento de su enfermedad y así de esta manera, reducir el riesgo de crisis psiquiátrica y la posibilidad de reincidir aumentando las posibilidades de una mejor adaptación al medio.

En España, el trabajo de los enfermeros en prisiones está definido en el Reglamento Penitenciario dentro de una asistencia primaria proporcionada por médico y enfermera, dejando la atención especializada bajo la tutela de los servicios dependientes de los Sistemas de Salud de las CCAA²⁵.

La atención sanitaria en salud mental que se recibe en el centro Penitenciario de Zuera (Zaragoza), se contempla como mínimo bajo la tutela del médico que recibe la consulta, la enfermera que realiza los cuidados y el psiquiatra que viene al centro un día a la semana. En los casos de gravedad el interno es ingresado en una planta hospitalaria de agudos del hospital de referencia del Centro Penitenciario. Sólo en algunos casos, y bajo mandato judicial puede ser ingresado en los dos hospitales penitenciarios de salud mental que hay en el territorio español (Centros psiquiátricos de Sevilla y Alicante).

El centro penitenciario de Zuera consta de una población media de 1750 internos distribuidos en 14 módulos además del módulo de aislamiento, ingresos y el módulo de la enfermería. En este establecimiento penitenciario, toda esta patología psiquiátrica anteriormente descrita, se distribuye entre los distintos módulos del centro, pero los casos más graves suelen tratarse en el módulo de enfermería.

Como consecuencia de la situación anteriormente descrita, un grupo de enfermeras de dicho centro penitenciario, consideró necesario elaborar una herramienta de valoración de las enfermedades mentales que les facilitara una posterior elaboración de los planes de cuidados, para este tipo de enfermos durante su periodo de encarcelamiento.

El proceso a partir del cual se elaboró esta herramienta y los resultados preliminares de su evaluación es lo que se describe en este trabajo. El objetivo fue de elaborar una herramienta de valoración de enfermería de los pacientes psiquiátricos que sea accesible, pueda detectar los trastornos mentales así como evitar el deterioro del paciente y facilitar su adaptación al medio penitenciario.

La hipótesis inicial con la que parte este trabajo es que debido a la alta prevalencia de internos con trastornos mentales en la unidad de enfermería del centro penitenciario de Zuera una buena herramienta de valoración enfermera es necesaria para ayuda a detectar y tratar los trastornos mentales de una forma más temprana y precisa.

MATERIAL Y METODOS

Para la elaboración de la herramienta inicial de la valoración de enfermería en cuidados en salud mental

se contó con la supervisión del médico responsable de este módulo, enfermeras del centro y el asesoramiento de una enfermera con la especialidad en salud mental externa al lugar del trabajo.

Como se ha indicado anteriormente, el cuidado que se proporciona a los pacientes de la prisión de Zuera, presentan una alta prevalencia de trastornos psiquiátricos. El abordaje de estos pacientes por parte del equipo de enfermería entrañaba grandes dificultades, debido en parte a la falta de medios y a la ausencia de un método de trabajo sistematizado para estos pacientes.

Por ello, el primer paso, y a la vez el más complicado, era conseguir realizar una valoración eficaz y sencilla de los pacientes para poder conocer sus necesidades. Para esto se necesitaba construir una herramienta que se adaptara a las necesidades y en particular a la realidad del entorno de una prisión.

El primer paso en este proceso fue ponerse en contacto con las unidades de agudos del servicio de psiquiatría del hospital de referencia 'Miguel Servet' de Zaragoza para conocer cómo se realizan los planes de cuidados. En esta unidad se trabaja con planes de cuidados estandarizados según la patología que presentaba cada paciente.

Se recogió el material que se consideró más importante y el que posiblemente se adaptase mejor al perfil de pacientes del centro de Zuera con riesgo suicida, trastorno de personalidad, y paciente agresivo.

Posteriormente, se entabló contacto con enfermeras de la unidad de media y larga estancia del hospital psiquiátrico 'Ntra. Sra. del Pilar' de Zaragoza. Aquí, aparte de utilizar una hoja de valoración, se llevaban a cabo multitud de programas terapéuticos.

En este centro se nos proporcionó la guía de cuidados enfermeros de la Red de Salud Mental de Aragón, elaborada dentro del plan estratégico de Salud Mental 2002-2010^{26, 27} y las hojas de valoración que manejaban los profesionales de enfermería en el centro.

Utilizando estos documentos se elaboró la primera hoja de valoración. Al trabajar con esta hoja de valoración, se observó que muchos ítems carecían de valor debido a que el centro de Zuera es un entorno muy diferente y se notó la ausencia de otros ítems importantes.

Además de varias reuniones para intercambiar información y conocer los respectivos sistemas y lugares de trabajo, se procedió a diversas visitas in situ de ambos centros para conocer el entorno físico del trabajo.

Al mismo tiempo, se realizó una búsqueda bibliográfica para poder conocer otras experiencias previas

en el campo de cuidados de enfermería en prisiones. Los resultados a nivel nacional fueron escasos, sin embargo se observó que en el contexto internacional, sobre todo en el Reino Unido, existía información muy variada al respecto.

En el proceso de valoración, las dificultades más importantes que se encontraron fueron la valoración enfermera del estado mental del paciente debido a la escasa experiencia en este campo. Para paliar dicha deficiencia se contó con la ayuda de una enfermera especialista en salud mental con experiencia en psiquiatría forense que proporcionó unas bases para realizar una valoración rápida y sencilla de este aspecto.

Junto a la información obtenida en las diferentes visitas a los centros anteriormente descritos, la búsqueda bibliográfica que se realizó, y los contactos con profesionales especialistas, se elaboró una hoja de valoración que incluyesen algunos aspectos importantes de la enfermería penitenciaria: situación regimental, ingresos en prisión, permisos, relación con otros compañeros entre otros.

Se elaboró un primer borrador que se aplicó a un número reducido de pacientes para observar los fallos y así corregirlos posteriormente. Después de tres borradores iniciales, finalmente se elaboró el documento final (ANEXO I).

La herramienta consta de 36 ítems. En ella se recogen los aspectos relacionados con la condición física y mental del interno además de los datos de filiación. Para la elaboración de los ítems se utilizaron algunos de los patrones funcionales de Gordon (ANEXO II) que valoran el aspecto físico de los cuidados. Para los ítems de valoración del estado mental, se adaptaron de un modelo de una unidad de psiquiatría forense del John Howard Centre (East London & The City NHS Trust) de Londres (Reino Unido) (ANEXO III). Cada una de estas fichas iba acompañada de su plan de cuidados de enfermería respectivamente (ANEXO IV).

Una vez valorado al paciente, para su posterior diagnóstico se utilizó la taxonomía de diagnósticos enfermeros NANDA (ANEXO V) donde se identificaron las necesidades de los individuos para, posteriormente priorizar los problemas del paciente y así adecuar el plan de cuidados a las necesidades más inmediatas.

Posteriormente, se llevaron a cabo una serie de reuniones periódicas del equipo de enfermería para poner en común las dificultades y ventajas que se encontraron durante la aplicación de la herramienta. Además de estas reuniones del equipo de enfermería del centro, se realizaron otras con el resto del equipo externo del centro con una periodicidad inicialmente mensual que posteriormente fueron quincenales.

La duración de este proceso de creación del documento ha sido de seis meses, tiempo que ha transcurrido desde las entrevistas con diversos profesionales del sector de salud mental de la Comunidad hasta la aplicación del estudio piloto.

Para evaluar la eficacia de esta nueva herramienta, se pilotó en una población del módulo de enfermería. Los criterios de inclusión que se utilizaron para su participación en el estudio consistieron en incluir a todos los pacientes que presentaban patología psiquiátrica diagnosticada previa y que estuviesen ingresados en el módulo de enfermería durante un periodo de dos meses. Se excluyeron a aquellos internos que pasaron a otro módulo, fueron trasladados o puestos en libertad antes de concluir los dos meses.

El total de los internos del módulo de enfermería que cumplían estos criterios fueron un total de 25. De éstos, 4 se negaron a participar en el estudio, 3 quedaron en libertad durante la realización del mismo y 2 fueron trasladados a otra prisión. El número total de la muestra en la que se realizó el estudio piloto fue de 16 internos.

El entorno donde se llevó a cabo el estudio fue en el módulo de enfermería, en el que aproximadamente el 50% de las celdas están ocupadas por internos con trastornos psiquiátricos. Junto a los pacientes que sufren trastornos mentales se encuentran otros internos con otros tipos de procesos agudos e incapacitados de diferentes grados y distintas causas no psiquiátricos.

La recogida de los datos se llevó a cabo a través de una entrevista con cada paciente en la consulta de enfermería del módulo. Las entrevistas tenían una duración aproximada de una hora.

RESULTADOS

De los 16 casos estudiados los diagnósticos médicos que presentaban los pacientes al ingreso en el módulo de enfermería se indican en la tabla I.

Motivo de ingreso	Porcentaje
Riesgo de suicidio	12%
Trastorno de la personalidad	7%
Trastorno afectivo	2.5%
Agravamiento de le esquizofrenia	15%
Demencia	2,5%

Tabla I. Pacientes según diagnóstico al ingreso en enfermería.

Tras la aplicación de la nueva herramienta de valoración en la muestra, los diagnósticos de enfermería encontrados en estos 16 internos en el área de salud mental se pueden observar en la tabla II. Algunos

diagnósticos, como el de ansiedad se manifestaron en un alto porcentaje de la muestra de estudio, seguido de la alteración del patrón del sueño.

Diagnosticos enfermeros	número	porcentaje
Alto riesgo de violencia	5	29,5%
Alt.mantenimiento de la salud	5	29,5%
Aislamiento social	3	17,6%
Afrontamiento individual ineficaz	3	17,6%
Deterioro de la interacción social	3	17,6%
Déficit del autocuidado	5	29,5%
Ansiedad	12	70,6%
Alteración del patrón del sueño	10	58,8%

Tabla II. Diagnósticos de enfermería.

DISCUSIÓN

Este tipo de herramienta nos ha permitido realizar una valoración sistemática del individuo. De esta forma no se omiten datos y existe una unificación en su recogida lo que facilita que los cuidados de enfermería estén más organizados. Además permite el registro de las acciones realizadas con los pacientes en todo momento resultando una herramienta útil para la enfermera facilitando su consulta y comprensión por otros colaboradores del equipo sanitario y extrapenitenciario. Permite establecer objetivos para cumplir en un tiempo determinado, evaluando y reconduciendo en cada momento si es necesario, las acciones a determinar con el interno.

Algunos de los problemas surgidos a la hora de la creación y pilotaje de esta herramienta fueron:

1. La dificultad que conlleva la elaboración adecuada de este documento de actuación de enfermos psiquiátricos en una prisión debido al entorno.
2. La estructura y dinámica de la propia prisión.
3. La ausencia de comunicación entre la parte regimetal de la prisión y de los profesionales sanitarios que dificulta el conocimiento con antelación de las salidas de los internos del centro penitenciario, tanto de permiso como en libertad, lo que hace que muchas veces las valoraciones no se llegasen a realizar o terminar.

En cuanto a las limitaciones observadas en este estudio se encuentra la falta de formación de los propios profesionales sanitarios de la prisión en materias de salud mental lo que puede llevar a una limitada familiaridad de la terminología y patología psiquiátrica, pudiéndose haber incurrido en una valoración errónea de los síntomas en los pacientes estudiados. También se detectó la dificultad de consenso entre los miembros del equipo para la puesta en común y valo-

ración de los datos recogidos debido a esa falta de formación del equipo en este tipo de estudios y la disparidad de implicación en el mismo.

Un dato importante a destacar es que para la elaboración de la herramienta y la serie de reuniones periódicas del equipo de enfermería fueron realizadas fuera del horario laboral con las consecuencias que ello conlleva.

Finalmente otras de las limitaciones de este trabajo es la reducida muestra de estudio lo que hace que no sea extrapolable a otros centros de similares características. Para aumentar la consistencia y fiabilidad en su aplicación y resultados de la herramienta elaborada, este estudio debería ampliarse a una mayor muestra de individuos.

CONCLUSIONES

De este estudio se puede desprender la alta prevalencia de trastornos mentales en prisión así como la necesidad de herramientas de valoración de enfermería en materia de salud mental en la detección temprana de elementos relacionados con la salud mental como agresión, autolesiones, intentos de suicidio...etc. para poder tratar a estos internos con este tipo de problemática. Con esta herramienta se puede aumentar la calidad de los cuidados enfermeros proporcionados por su detección temprana del problema y posterior tratamiento, así como favorecer la continuidad de cuidados (siendo éste uno de los grandes problemas actuales con los que se enfrentan los centros penitenciarios para con este tipo de internos) con otros módulos de la prisión, ingresos hospitalarios, o una vez que el interno ha sido puesto en libertad.

Este tipo de estudios sirven de alguna manera para promover la investigación en enfermería dentro de las prisiones, promover la autonomía profesional de las enfermeras, y fomentar el trabajo en equipos multidisciplinarios siendo esto un área esencial y una directriz importante para el tratamiento de estos pacientes.

Con este acercamiento a la salud mental en prisiones por parte de enfermería, y una mayor concienciación e implicación de los responsables en gestionar la salud en prisiones para dotarla de mayores recursos económicos, personal, planes de actuación globales en salud mental, hace que con personal y medios adecuados se pueda realizar un correcto tratamiento y seguimiento de los pacientes con problemas en salud mental en prisiones garantizando la seguridad de los internos.

El proceso de creación de esta herramienta nos ha permitido colaborar y conocer a otros profesionales

que trabajan con pacientes con problemas psiquiátricos. Como profesionales de enfermería nos ofrece la oportunidad de realizar una investigación en el campo de la enfermería en prisiones. También nos ha permitido salir de la rutina del trabajo diario y nos ha ayudado a trabajar en equipo con otros profesionales y con un método de trabajo sistematizado, lo que contribuye a una mejora en la calidad de los cuidados.

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer su ayuda en la elaboración de este trabajo a los compañeros de Servicio Aragonés de Salud, Armando Colomer Simón, José Manuel Granada López, Inmaculada Marco y Yolanda Pérez, al Servicio Médico del Centro Penitenciario de Zueira y a todos los que de alguna manera han colaborado en el desarrollo de este proyecto.

ANEXO I PROTOCOLO DE VALORACIÓN

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO:

FECHA DE INGRESO EN ENFERMERÍA:

P. MANTENIMIENTO DE LA SALUD

- 1.1. Motivo de ingreso:
- 1.2. PPS: o Sí o No
- 1.3. Antecedentes de interés:
- 1.4. Tratamiento:
 - Adherencia.
 - Conocimiento
 - T.D.O. Autónomo.
- 1.5. Historia de consumos tóxicos:
 - Tabaco, ¿cuánto?
 - Otros:

P. NUTRICIONAL

- 2.1. Peso, talla, IMC. y TA:
- 2.2. Dieta y suplementos:
- 2.3. Alimentación: - Autónomo - Supervisión.
- 2.4. Ingesta de líquidos (cuáles y cuántos).
 - cafés:

P. DE ACTIVIDAD

- 3.1. Higiene y baño: - autónomo - dependiente
 - supervisión.
- 3.2. Actividades que realiza:

P. ELIMINACIÓN

- 4.1. Intestinal: - normal - diarrea - estreñimiento
- 4.2. Urinaria: - normal - retención - otras.

P. SUEÑO-DESCANSO

- 5.1. Horas: - nocturno - diurno
- 5.2. - Insomnio - hipersonmia
- 5.3. Rutinas

P. COGNITIVO-PERCEPTIVO

- 6.1. Apariencia (vestimenta, higiene contacto visual...)
- 6.2. Comportamiento (agitado, calmado, coopera...)
- 6.3. Uso del lenguaje y contenido (habla rápido, lento, alto, bajo...)
- 6.4. Pensamientos (ideas extrañas, creencias anormales, obsesiones...)
- 6.5. Percepciones (alucinaciones, visual, auditorias...)
- 6.6. Animo (plano, bajo, elevado...)
- 6.7. Actividad motora (letárgico, tenso, movido...)
- 6.8. Orientación y memoria
- 6.9. Atención y concentración
- 6.10. Motivación

P. DE RELACIÓN

- 7.1. Situación Penal: - Preventivo - Penado
 - Primer ingreso - Reincidente.
- 7.2. Régimen de vida: - comparte celda
 - celda individual
 - aislamiento regimental
 - aislamiento médico
- 7.3. Apoyo sanitario:
- 7.4. Relaciones con el exterior:
- 7.5. Recursos económicos.
 - indigente
 - propios
 - familiares.

P. AUTOPERCEPCIÓN

- 8.1. Conocimiento de la enfermedad: - sí - no
- 8.2. Actitud: - aceptación - rechazo - tolerancia - indiferencia
 - sobrevaloración - reivindicativa.
- 8.3. Autolesiones: - sí - no - ¿cuándo?
- 8.4. Ideas autolíticas:
- 8.5. Intentos de agresión a otros:

ANEXO II PATRONES FUNCIONALES DE M. GORDON

La utilización de los patrones funcionales permite una valoración enfermera sistemática, con el fin de obtener datos sobre el paciente. La valoración por patrones funcionales se distribuye en 11 áreas importantes para la salud del paciente. Éstos son:

- Patrón 1: Percepción – manejo de la salud
- Patrón 2: Nutricional – metabólico.
- Patrón 3: Eliminación.

- Patrón 4: Actividad – ejercicio.
- Patrón 5: Sueño – descanso.
- Patrón 6: Cognitivo – perceptual.
- Patrón 7: Autopercepción – autoconcepto.
- Patrón 8: Rol – relaciones.
- Patrón 9: Sexualidad – reproducción.
- Patrón 10: Adaptación – tolerancia al estrés.
- Patrón 11: Valores – creencias

ANEXO III

East London and The City *NHS*
 Mental Health *NHS* Trust
 City and Hackney Locality

SAMPLE PSYCHOSOCIAL ASSESSMENT TOOL

Date: _____
 Client initials: _____ Age: _____ Gender: _____
 Allergies: _____
 Admission date: _____
 Admission status: _____
 Advance directive signed: _____
 Diagnoses: Axis I: _____
 Axis II: _____
 Axis III: _____
 Axis IV: _____
 Axis V: _____
 Reason for admission: _____
 Client's perception: _____
 Perception of others: _____
 Precipitating factors: _____
 Predisposing (risk) factors (family history): _____
 Treatment history: _____
 Present medications (including supplements, vitamins, herbal preparations): _____

 Substance use or dependence: _____
 Primary language: _____
 Living situation: _____
 Ethnicity/culture: _____
 Cultural and spiritual beliefs and practices: _____
 Health beliefs and practices: _____
 Educational and work history (include volunteer work, income): _____

 Mental status: _____
 General appearance (dress, behavior, posture, eye contact): _____
 Motor behavior: _____
 Speech: _____

Mood and affect: _____
Thought process (how the client thinks, including cognition): _____
Thought content (what the client thinks about, including delusions): _____
Sensorium and intellectual processes (orientation, memory, concentration, attention, intellectual functioning, hallucinations): _____
Suicidal or homicidal ideation: _____
Judgment and insight: _____
Self-concept: _____
Roles and relationships: _____
Physiologic and self-care concerns (medical problems, physical impairments or disabilities, self-care deficits, review of systems): _____
Client strengths: _____
Coping skills and defense mechanisms (effective and ineffective): _____
Interests and hobbies: _____
How the client spends a typical day: _____
Teaching needs: _____
Barriers to learning: _____
Client's expectations for care: _____
Discharge planning: _____
Signature: _____

ANEXO IV PLANES DE CUIDADOS

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Plan N°: _____
Apellidos: _____
Enfermera Asignada: _____
Fecha de realización: _____
Problemas y/o necesidades: _____

Objetivos (debe ser específico, alcanzable, realista...)
1) _____
2) _____
3) _____
_____ Tiempo: _____
Intervenciones:
1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

6. _____
 7. _____
 8. _____
 9. _____

Fecha y Evaluación: _____

Este plan de cuidados debe ser elaborado con el usuario.

ANEXO V DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA UTILIZADOS [NANDA]

ALTERACIÓN DE LOS PROCESOS DEL PEN-
 SAMIENTO.
 AFRONTAMIENTO INDIVIDUAL INEFICAZ.
 ALTERACIÓN EN EL MANTENIMIENTO DE
 LA SALUD.
 TRASTORNO DE LA AUTOESTIMA.
 TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL.
 ANSIEDAD.
 DESESPERANZA.
 IMPOTENCIA.

TEMOR.
 AISLAMIENTO SOCIAL.
 DUELO DISFUNCIONAL.
 ALTERACIÓN EN EL DESEMPEÑO DEL ROL.
 DÉFICIT DE AUTOCUIDADO.
 ALTERACIÓN DE LOS PROCESOS FAMILIA-
 RES.
 DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL.
 ALTO RIESGO DE VIOLENCIA.
 ALTERACIÓN DEL PATRÓN DEL SUEÑO.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Woods P. Introduction to the forensic themed section. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2002; 9: 507-509.
2. Reed J, Lyne M. The quality of health care in prisión: results of a year's programme of semistructured inspections. *British Medical Journal* 1997; 315: 1420-1429.
3. Fotiadou M, Livaditis M, Manou I, Kaniotou E, Xenitidis K. Prevalence of mental disorders and deliberate self-harm in Greek male prisoners. *International Journal of Law and Psychiatry* 2006; 29: 68-73.
4. Fanzel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys *Lancet*. 2002 feb 16; 359: 545-50.
5. Birmingham, L. Should prisoners have a say in prisión health care? *British Medical Journal* 1997; 315: 65-6.
6. Birmingham L, Mason D. Prevalence of mental disorder in remand prisoners: consecutive case study. *British Medical Journal* 1996; 313:1521-1524 (14 december).
7. Leibling A. (1992). *Suicides in prisión* London: Rutledge.
8. Dooley E. Prisión Suicide in England and Wales. *British Journal of Psychiatry* 1990; 156: 40-45
9. Earthrowl M, O'Grady J, Birmingham L. Providing treatment to prisoners with mental disorders: development of a policy. *British Journal of Psychiatry*; 2003; 182: 299-302
10. Reed J. Mental health Care in Prisión. *British Journal of Psychiatry* 2003; 182: 287-288

11. Singlenton N, Meltzer H, Gatward R. (1998) Psychiatric Morbidity among prisoners in England and Wales. London: Stationery Office
12. Arroyo JM, Ortega E. Un programa de mejora de la calidad asistencial de los problemas de salud mental en prisión. Evaluación de resultados después de 5 años (2000-2005). Rev Esp Sanid Penit 2006; 9: En prensa
13. Coid J, Petruckevitch A, Bebbington P, Brugha T, Bhugra D, Jenkins R, Farrell M, Lewis G, Singlenton N. Ethnic difference in prisoners. British Journal of psychiatry 2002; 181: 473-480
14. Feron JM, Paulus D, Tonglete R, Lorant V, Pestiaux D. Substantial use of primary health care by prisoners: epidemiological description and possible explanations. J. Epidemiology Community Health 2005; 59: 651-655
15. Marshall T, Simpson S, Stevens A. Use of health services by prisión inmates: comparisons with the community. J. Epidemiology Community Health 2001; 55: 364-365
16. Hall, JM. Promoting health in prisons. British Medical Journal 1997; 314: 302
17. Reed J, Lyne M. Inpatient care of mentally ill people in prison: results of a year's programme of semi-structured inspections. British Medical Journal 2000; 320: 1031-1034
18. Fernández-Cuesta, J. El estado mantiene internados en cárceles a más de setecientos discapacitados psíquicos. ABC (2006) [en línea]. Disponible en: http://www.abc.es/COM_ABC/servicios/imprimir/printPage.asp [fecha de acceso: 17 de febrero de 2006]
19. Campos García C, Grisbert C, Gutiérrez R, Montilla, JF. Los médicos de Atención Primaria ante la Salud Mental. Rev. Asoc Esp Neuropsiquiatría 1995; 15(53); 217-22
20. Serie monográfica Salud Mental: La Reforma psiquiátrica en Andalucía 1984-1999. IASAM. Sevilla. 1992
21. Vélez Noguera JL. (1991). Estructuración de la Salud Mental en nuestra Comunidad Andaluza: perspectiva histórica y actual. En: Vélez Noguera, JL, comps. Enfoque de la Salud Mental en Atención Primaria. Barcelona: Ed. Organon Española, SA; 11-24
22. Mayoral, F. Tratamiento de pacientes crónicos en la comunidad: algunas consideraciones en torno a la desinstitucionalización. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría 1989; 9(28): 123-130
23. Kettles AM. A concept abalysis of forensic risk. Journal of psychiatric and mental health nursing 2004; 11: 484-493
24. Burgess AW, Berger AD y Boersma RR. Forensic. Investigating the career potential in this emerging graduate specialty. American Journal of Nursing 2004; (104) 3: 58-64
25. Reglamento Penitenciario. Ministerio del Interior, 1996
26. Plan Estratégico 2002-2010 de atención a la salud mental en la Comunidad Autónoma de Aragón. Departamento de Salud y Consumo. Zaragoza, 2002.
27. Guía de cuidados enfermeros en la red de Salud Mental de Aragón. Servicio Aragonés de Salud. Zaragoza, 2003.

CORRESPONDENCIA

C.P. Zuera
Carretera Nacional 330, Km. 539
50800 Zuera (Zaragoza)