

# TRABAJO DE FIN DE GRADO

## TDAH EN MEDIO PENITENCIARIO

ADHD on prison population

Universidad Zaragoza

AUTORA:

**Eva Cristina Santacruz Pérez (652719)**

DIRECTOR:

**Jose María Civeira Murillo**

**UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA. FACULTAD DE  
MEDICINA**

Junio de 2019



## **RESUMEN**

Se ha descrito una prevalencia del TDAH en población penitenciaria del 25% a nivel mundial. Tener TDAH no implica necesariamente cometer delitos, sin embargo estas personas presentan mayor impulsividad, labilidad emocional y una falta de organización que afecta a su ámbito laboral, social y familiar.

El diagnóstico y tratamiento en etapas iniciales de la vida reduciría las posibilidades de acabar en prisión y en la edad adulta, disminuiría el riesgo de reincidencia en los delitos cometidos.

**OBJETIVOS:** describir una muestra de población penitenciaria diagnosticada de TDAH, investigar la presencia de grupos clínicos de especial intervención y evolución clínica y comparar con el resto de internos si tienen características penales, psicosociales, médicas y evolutivas singulares.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** estudio descriptivo y analítico retrospectivo de casos- controles en el Centro Penitenciario de Daroca (Zaragoza). Se estudian como casos 33 individuos que cumplen criterios del DSM-V de TDAH y como grupo control, personas con psicosis, trastornos de internalización y sin trastornos mentales en medio penitenciario.

**RESULTADOS:** hemos estudiado 154 pacientes separados en cuatro grupos clínicos con una edad media de 36 años y que cumplen condenas de más de 12 años de promedio. Los pacientes con TDAH presentan una alta comorbilidad, peor funcionalidad, una estancia en prisión más larga que la que cabría esperar por el delito cometido y un abuso de sustancias mayor y a una edad más temprana que el resto de internos, lo que empeora la evolución del trastorno y de su estancia en prisión.

**CONCLUSIONES:** el desarrollo de estrategias para un diagnóstico y tratamiento precoz en los pacientes con TDAH evitaría en gran medida la gravedad y reincidencia de los delitos cometidos.

## **ABSTRACT**

It has been described a prevalence of ADHD in prison population of 25% worldwide. Having ADHD does not necessarily imply committing crimes. However, these people have more impulsiveness, emotional lability and a lack of organization that affects their work and their social and family environment. An early diagnosis and a treatment in early stages of life would reduce the chances of ending up in prison, and in adulthood, it decreases the risk of recidivism.

**OBJECTIVES:** To describe a sample of prison population diagnosed with ADHD, studying the influence of deprivation of liberty in the development of their disease and proposing preventive activities and to compare with the rest of the inmates, the criminal, psychological, medical and evolutionary characteristics of ADHD.

**MATERIAL AND METHODS:** Observational and descriptive study of case controls in the penitentiary center of Daroca (Zaragoza). 33 individuals who meet the DSM-V criteria of ADHD have been studied. As control group, people with psychosis, disorders from internalization and without mental disorders in penitentiary environment.

**RESULTS:** 154 patients separated into clinical groups have been studied, with an average age of 36 years, who are serving sentences of 12 years on average. Patients with ADHD have a high comorbidity, less functionality, a stay in prison longer than would be expected for committed crime and a substance abuse greater and earlier than the rest of the inmates, what worsens the evolution of the disorder and its stay in prison.

**CONCLUSIONS:** the development of strategies for a diagnosis and early treatment in patients with ADHD would largely prevent the seriousness and recidivism of the committed crimes.

Palabras clave: Trastornos de déficit de atención e hiperactividad (TDAH), población penitenciaria, tratamiento, intervenciones, abuso de drogas.

Keywords: Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD), prison population, treatment, interventions, substance abuse.

---

**SUMARIO**

---

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. OBJETIVOS.....	8
3. MATERIAL Y MÉTODOS.....	9
4. RESULTADOS.....	12
5. DISCUSIÓN.....	22
6. CONCLUSIONES.....	25
7. BIBLIOGRAFÍA.....	26
8. ANEXOS.....	28

---

## 1. INTRODUCCIÓN

---

### A) Psicopatología en medio penitenciario:

Con más de 10 millones de presos en el mundo, la prevalencia de los trastornos mentales en centros penitenciarios es netamente superior al de la población general.

Hay un gran número de estudios donde se tiende a sobreestimar esta prevalencia por los instrumentos de diagnóstico (con falta de validación en prisiones) y estudios de metaanálisis, (que se basan en modelos de efectos aleatorios). Sin embargo, en algunos países sigue habiendo más personas con trastornos mentales internadas en cárceles que en centros psiquiátricos<sup>1</sup>. Este hecho nos lleva a preguntar cuál es la medida en la que el medio penitenciario influye en la incidencia y en la gravedad de estos trastornos y es por ello que las investigaciones adicionales deben ir más allá de los estudios de prevalencia simple y examinar la contribución de la prisión a estas tasas de exceso.

Varias razones pueden justificar esta alta prevalencia:

1. Falta de contacto con los servicios de salud mental en personas con trastornos mentales previos a ingresar en prisión, donde se estiman cifras de hasta el 68%<sup>2</sup>.
2. Existe de entrada una mayor vulnerabilidad de estas personas, con desventajas económicas y sociales<sup>3</sup>, bajo nivel educativo, historias de vida difícil y trauma en ambientes desfavorecidos o marginales, que pueden conducir a un mayor riesgo de reincidencia.
3. Los entornos penitenciarios son, por naturaleza, perjudiciales para mantener una buena salud mental, ya que hay factores (dentro del Modelo de vías múltiples para la génesis de trastornos mentales) que se ven afectados, como es la dimensión psicológica y social.
4. La mayoría son trastornos muy complejos, crónicos con factores sociales y físicos que empeoran su pronóstico y manejo, como es la adicción a las drogas, dando lugar a una patología dual o dificultades de adaptación.

Resulta difícil estudiar la psicopatología en privación de la libertad, ya que se produce un cúmulo de factores estresantes que ponen en entredicho la salud del interno. El objetivo de la medicina es diagnosticar esa vulnerabilidad y evitar las consecuencias negativas para la enfermedad. Distinguimos aquellos pacientes con psicopatología previa, (diagnosticada o no) y los que empiezan con psicopatología de forma sobrevenida al ingresar en prisión (con y sin vulnerabilidad previa).

**B) Características del TDAH:**

Dentro de los trastornos mentales en población penitencia, nos focalizaremos en aquellas personas afectas del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Las primeras referencias científicas del TDAH datan de 1902, donde el médico G. Still publicó en The Lancet la descripción de los síntomas de esta afección que ha pasado por otros nombres como “disfunción cerebral mínima” o “reacción hiperquinética infantil”

Actualmente, es definido por el DSM-V<sup>4</sup> como un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad donde algunos de los síntomas estaban presentes antes de los 12 años que aparece en dos o más contextos de la vida e interfiere con el funcionamiento social, académico o laboral o reduce la calidad de los mismos. Siendo síntomas que no se explican mejor por otro trastorno mental.

Este trastorno comienza durante la infancia o adolescencia temprana y persiste aproximadamente en la mitad de individuos en la edad adulta, donde se asocia con problemas personales, sociales y laborales. Sin embargo, el estudio del TDAH en adultos ha sido más tardía que en niños, ya que las primeras publicaciones aparecieron a finales de los sesenta del siglo pasado.

La principal diferencia que establece el DSM-V con respecto a su edición anterior es que se amplía el rango de edad de aparición de los síntomas de los 7 a los 12 años y se limita a 5 la presentación de síntomas en la vida adulta, en lugar de los 6 que se exigen en la infancia. Sin embargo, el DSM-V analiza el trastorno en niños, sin tener en cuenta que hasta en un 60% permanecen los síntomas en la vida adulta, y que si no han sido diagnosticados en la infancia, puede haber una falta de diagnóstico y tratamiento en adultos<sup>5</sup>.

Existen distintas razones que pueden justificar que haya habido un retraso en el reconocimiento del TDAH en adultos, entre los que destaca:

1. Falta de conexión entre los profesionales de la psiquiatría infantil y la de los adultos.
2. Durante mucho tiempo se ha dejado de prestar atención a trastornos que se originaron en la infancia y cuando llegan a la edad adulta, en lugar de tener en cuenta la evolución y características del trastorno, pueden ser diagnosticados de otras patologías, como también ocurre con el autismo.
3. Cuando llegan a la adolescencia, los pacientes tienden a abandonar el seguimiento médico y se complican con otros trastornos psiquiátricos, de tal forma que la atención se presta a estos trastornos asociados, como la depresión o la adicción a drogas.

La prevalencia del TDAH es un tema controvertido, ya que hay estudios que demuestran una sobreestimación a nivel mundial (principalmente en EE.UU), sin

embargo en España tiende a ser diagnosticado y tratado insuficientemente, donde se estiman prevalencias del 6%.

En población penitenciaria hay revisiones sistemáticas que informan de que el 25%<sup>6</sup> cumplen criterios de diagnóstico para el TDAH. Sin embargo, estas cifras deben estudiarse con cautela, conociendo el modelo estadístico y los instrumentos de medida aplicados, ya que hay otros dos estudios que estiman esta prevalencia en 17%<sup>7</sup> y 13%<sup>8</sup> respectivamente. Es particularmente relevante la prevalencia de delincuentes juveniles, donde se han publicado tasas hasta del 45%<sup>9</sup>.

El origen del TDAH no es del todo conocido, se sabe que es multifactorial donde parece que juega un papel importante la carga genética, alteraciones en la estructura y funcionamiento cerebral, causas ambientales como el consumo de drogas en el embarazo o la anoxia fetal y la presencia de un entorno adverso que pueda determinar la evolución del trastorno.

Los niños con TDAH son particularmente susceptibles a los factores de riesgo<sup>9</sup> que dan lugar a trastornos del comportamiento, donde cabe destacar el entorno social en el que se haya crecido, (violencia intrafamiliar, psicopatología de los padres) problemas en las interacciones y relaciones sociales, comportamiento antisocial, baja autoestima o problemas educativos y ocupacionales. También hay estudios que demuestran una mayor prevalencia del TDAH en niños criados en instituciones<sup>10</sup>.

Dentro de este trastorno, hay presentaciones clínicas que se asocian a un peor pronóstico, como los predominantemente hiperactivo- impulsivos, aunque en realidad cualquier tipo de TDAH puede ser severo, con síntomas persistentes en el tiempo y conduciendo a discapacidades clínicamente significativas. Las personas con TDAH tienen inestabilidad del estado de ánimo, desregulación emocional y dificultades para retrasar su primera respuesta emocional. Presentan facilidad para reaccionar de manera irascible injustificadamente y con frecuencia suelen tener explosiones afectivas ante situaciones frustrantes. También pueden ser impulsivos tanto al hablar como al pensar, llegando prematuramente a conclusiones que no son adecuadas y a menudo experimentan estilos de vida caóticos, con deficiencias a nivel educativo y con un mayor riesgo de abuso de sustancias.

Todo ello conduce a una mayor dificultad para cumplir las normas con mayor riesgo de comportamiento antisocial y mayor riesgo de reincidencia criminal<sup>11</sup>. Los robos, agresiones y delitos relacionados con drogas y armas son los delitos cometidos con mayor frecuencia.

### **C) TDAH en privación de libertad:**

En comparación con los presos sin TDAH, los presos con TDAH se involucran en el sistema de justicia penal a una edad más temprana (con una media de 2,5



años antes que el resto de presos) con mayores tasas de reincidencia en la edad adulta<sup>12</sup>. Aquellos con síntomas persistentes representan una agresividad mayor que otros presos. Cumplen condenas más largas y son más conflictivos por tener más dificultad de adaptarse al régimen de vida en privación en libertad.

La comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos también es muy frecuente. Se considera que el 60-70% de adultos presentan otro trastorno psiquiátrico conjuntamente, entre lo que destacan los trastornos depresivos y ansiosos, los trastornos de la personalidad, otros trastornos del desarrollo neurológico (como trastornos del espectro autista y dislexia) y tics.

Cobra especial atención su relación con la adicción a sustancias, ya que es uno de los diagnósticos que con más frecuencia se asocia al TDAH, (comorbilidad del 79%) donde existe una mayor tendencia a iniciarse precozmente y a experimentar más libremente que aquellos adictos sin TDAH. Se puede justificar esta alta dependencia en que los pacientes toman drogas para paliar el déficit o malestar producidos por el trastorno, para mejorar su capacidad de atención y concentración, tener mayor sensación de relajación y un estado de ánimo más elevado.

Estas comorbilidades subrayan la gran importancia de diagnósticos y terapias adecuadas, siendo imprescindible identificar estas variables con el objetivo de prevenir una mala evolución del trastorno.

Mientras que el TDAH es una condición tratable, muchos individuos del sistema de justicia están infradiagnosticados o con diagnósticos erróneos/ asociados al TDAH (como el trastorno de la personalidad, trastornos del estado de ánimo, adicción a las drogas o comportamiento antisocial) y consecuentemente, con tratamientos inadecuados, obteniendo resultados clínicos y funcionales deficientes si el TDAH no se trata<sup>13</sup>. Además la psicopatología asociada puede confundir e influir a la hora de poner en marcha los instrumentos de medida para su diagnóstico.

Es por ello fundamental llevar a cabo intervenciones que se basen en una combinación de medicamentos (principalmente el metilfenidato y atomoxetina), terapia cognitivo-conductual, intervención familiar y apoyo educativo<sup>14</sup>.

Las evidencias del tratamiento en niños y adolescentes son mayores que en adultos, debido a que existe una mayor experiencia y hay más estudios sobre su eficacia, sin embargo algunos ensayos clínicos aleatorizados<sup>15</sup> han encontrado evidencia de que el tratamiento farmacológico es también eficaz en adultos que nunca han sido diagnosticados ni tratados previamente. El metilfenidato (psicoestimulante) sería el tratamiento de primera línea recomendado para adultos con TDAH, pero poblaciones de alto riesgo, donde el abuso y/o desvío de medicamentos estimulantes son riesgos potenciales, se consideraría la atomoxetina como primera opción.

En general, las personas tratadas con TDAH informan sobre numerosos cambios en su estado mental y del comportamiento, con mejor autocontrol en procesos como la atención, la respuesta impulsiva y el control emocional.

Si se aplica un tratamiento farmacológico para el TDAH desde la infancia, disminuiría el riesgo de consumo de drogas y trastornos asociados, con mejor control de los síntomas y de la labilidad emocional, con lo que se favorece la evolución y disminución de los costes sociales asociados al TDAH. Así, incidir en un diagnóstico y tratamiento precoz puede ser fundamental para prevenir la delincuencia.

En aquellos casos en el que el tratamiento se establece en la etapa adulta, favorece la evolución del trastorno, evitaría casos de reincidencia y problemas funcionales de trastorno y del comportamiento<sup>16</sup>.

El tratamiento en población carcelaria tiene tres beneficios principales:

1. Se reducen los síntomas con impacto adverso dentro la prisión (inquietud física, respuesta impulsiva, inestabilidad del estado de ánimo, mejoría en las funciones ejecutivas para saber qué se espera de ellos y para tener la capacidad de ponerlo en marcha de forma adecuada).
2. Esta reducción de síntomas permite aprovechar mejor los programas de rehabilitación destinados a reducir la reincidencia y mejorar el control del comportamiento. Especialmente en el tratamiento del trastorno dual, ligado a uso de sustancias psicoactivas.
3. El tratamiento del TDAH puede mejorar el resto de los trastornos comórbidos.

Por ello es necesario aumentar la conciencia sobre las necesidades de la población penitenciaria con TDAH en cada etapa de su trayectoria y proporcionar una atención y rehabilitación adecuadas, garantizando la continuidad de la atención.

Para la detección del TDAH en medio penitenciario usaremos la Escala de Conners, una de las herramientas más utilizadas para evaluar los síntomas y conductas asociadas que sirve para orientar el diagnóstico, valorar la severidad y diseñar un plan de tratamiento.

Existen otros instrumentos de detección, donde cabe destacar la Escala de Autoevaluación en Adultos (EAVA) más orientado a personas adultas que no fueron diagnosticados en la infancia.

#### **D) Controversias y lectura crítica de la bibliografía:**

En el DSM-V los subtipos del TDAH pasan a llamarse “presentaciones clínicas”, hay tres tipos en función de lo que predomina en cada variante (mixto, predominantemente con falta de atención y predominantemente hiperactiva/impulsiva). Estas presentaciones nos conducen a una cuestión ¿hay

tipos clínicos que expliquen una falta de adherencia al tratamiento? En el caso del TDAH existe muy poca bibliografía que pueda responder a esta pregunta por falta de estandarización en la investigación de la adherencia, lo cual hace difícil comparar y combinar hallazgos y sacar conclusiones significativas.

En general, los pacientes con TDAH tienen una baja adherencia a largo plazo. Hay muchas razones que pueden conducir a un abandono del tratamiento: presencia de efectos adversos (pérdida de apetito, creencia de que les va a alterar su personalidad), la falta de conciencia de enfermedad, estigmatización y características propias del paciente (desconfianza hacia el médico por personalidad antisocial, falta de motivación por trastornos depresivos, etc.)

Con los años, los síntomas de hiperactividad e impulsividad se atenúan progresivamente, mientras que los de inatención suelen persistir. A pesar de estos cambios, la presentación “predominantemente hiperactiva/impulsiva” está asociada a una mayor comorbilidad (mayor riesgo de trastornos mentales asociados, infecciones – ETS- y adicción a drogas), lo cual nos puede hacer pensar que haya menos seguimiento del tratamiento en este subgrupo, sin embargo, faltan estudios que respalden esta suposición.

La gravedad y falta de tratamiento también se podría asociar con formas de TDAH de inicio tardío. Estos individuos tienen una mayor tendencia a mostrar niveles elevados de síntomas, discapacidad y otros trastornos de salud mental. Será necesario descartar falsos positivos, evaluando cuidadosamente el deterioro, historial psiquiátrico y uso de sustancias antes de tratar posibles casos de inicio tardío. Por tanto, podemos concluir que faltan estudios que avalen una relación sólida entre la falta de adherencia al tratamiento y el TDAH de inicio tardío.

El vínculo del TDAH con los trastornos adictivos es otra de las cuestiones que abarca este estudio. En el DSM-V está presente el trastorno por consumo de sustancias en el diagnóstico diferencial del TDAH, ya que esta consecuencia de la enfermedad puede enmascarar la clínica y empeorar el curso del trastorno. Para ello, se debe demostrar que los síntomas del TDAH son previos al hábito tóxico (no cabe proponer un TDAH inaparente, puesto que el deterioro funcional es uno de los criterios clave para determinar su existencia). La presencia de esta patología dual empeora la presentación clínica, la evolución y pronóstico de ambos trastornos comórbidos y dificulta el abordaje terapéutico.

Hay estudios que demuestran la relación de una sintomatología disejecutiva y otras asociadas a funciones del lóbulo frontal con la intensidad a la severidad del trastorno adictivo, de esta forma impide la regulación de la conducta social, la motivación, el razonamiento abstracto o la capacidad de tomar decisiones y se deterioran distintas esferas de la habilidad social, - que ya estaban defectuosas de base por el trastorno- facilitando el aislamiento del medio familiar y social de apoyo.

Los estudios de seguimiento a largo plazo evidencian que la población penitenciaria tiene entre tres y ocho veces mayor proporción de pacientes con TDAH, cuyos delitos están mediados por no haber sido tratados. Una vez en prisión la adaptación es mala y presentan múltiples medidas disciplinarias ligadas a su conflictividad. Al no tener apoyo social, reciben menos visitas, trabajan menos en el centro y se aíslan, prolongando las condenas por encima de lo inicialmente previsto y representan un grupo penitenciario de especial conflictividad.

Es un problema de salud pública en el que el tratamiento médico es necesario, pero la red de servicios asistenciales debe contar con la colaboración, la intervención y la coordinación de múltiples recursos sociales, familiares y legales.

El mejor conocimiento de estos enfermos facilitará según la bibliografía una reducción de los delitos, de las condenas, y del cumplimiento del tratamiento penitenciario.

---

## **2. OBJETIVOS**

---

1. Describir una muestra de pacientes con TDAH del adulto que cumplen penas de privación de libertad.
2. Estudiar la influencia de la privación de libertad en el desarrollo de su enfermedad.
3. Investigar si existen grupos clínicos que pueden ser sujeto de especial intervención y evolución clínica.
4. Analizar la adversidad psicosocial, la comorbilidad médica e indicadores de adaptación.
5. Comparar con el resto de internos si los pacientes con TDAH tienen características penales, psicosociales, médicas y evolutivas singulares.
6. Proponer una detección precoz y pauta de tratamiento, en colaboración del Sistema Nacional de Salud con Servicio Médico Penitenciario. Proponer actividades preventivas.

---

### 3. MATERIAL Y MÉTODOS

---

**Población:** revisión de historias consecutivas de la consulta de psiquiatría del centro penitenciario de Daroca, seleccionando:

- Criterios de inclusión: todas las diagnosticadas de TDAH con criterios del DSM-V:
  - Persistencia durante al menos seis meses de una desatención y/o hiperactividad/impulsividad desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo y/ que tiene un impacto directamente sobre las actividades académicas o laborales con algunos de los síntomas presentes antes de los 12 años y en dos o más ambientes.)
- Criterios de exclusión: presentar psicopatología grave, con afectación funcional por otra enfermedad.

Como **grupos de control** utilizamos del registro de la consulta, una muestra representativa del total de pacientes atendidos en los diez últimos años con los diagnósticos de:

- Psicosis. Controlamos por los efectos de enfermedad crónica grave, con deterioro progresivo en medio penitenciario y con criterios de DSM-V:
  - Presencia de delirios, alucinaciones, discurso desorganizado y/o comportamiento muy desorganizado o catatónico. En función del tiempo de evolución, presencia o no de síntomas negativos, se clasifican en distintos cuadros cuyos criterios diagnósticos quedan reflejados en los apartados 297.1, 298.8, 295.4, 295.9, 293.89, 298.8 y 298.9 del DSM-V.
- Trastorno por internalización. Controlamos por enfermedad episódica y recurrente sin repercusión funcional y con criterios de DSM-V:
  - Trastornos de ansiedad: miedo y ansiedad excesivos con alteraciones conductuales asociadas. Los criterios diagnósticos se describen en los apartados 309.21, 313.23, 300.23, 300.01, 300.22, 300.02, 293.84, 300.09 y 300.00 del DSM-V.
  - Trastornos depresivos: presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de síntomas somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad del individuo. En función de la duración, presentación temporal o etiología podremos catalogarlos en subtipos cuyos criterios son reflejados en los apartados 296.99, 300.4, 625.4 y 311 del DSM-V.
  - Trastorno de síntomas somáticos: uno o más síntomas somáticos que causan malestar o dan lugar a problemas significativos en la vida

diaria, con pensamientos, sentimientos o comportamientos excesivos relacionados con los síntomas somáticos o asociados a la preocupación por la salud y con persistencia del estado sintomático (más de 6 meses).

- Grupo control de internos remitidos para estudio, sin cumplir criterios de psicopatología.

### **Variables de estudio:**

#### **- Variables clínicas:**

- Edad de inicio de síntomas de TDAH (antes de los 8 años, antes de los 16 años y después de los 16 años).
- Nivel de afectación funcional en áreas personal escolar, social y familiar, evaluado por el paciente con una escala visual analógica, (de 0 a 5 cm), que luego agrupamos en tres niveles de gravedad (media, alta y muy alta).
- Datos funcionales: conflictividad, sanciones, práctica deportiva, estabilidad y funcionalidad subjetiva en las actividades de la vida diaria del centro.

#### **- Variables del proceso asistencial:**

- Comorbilidad (HIV, VHC, enfermedad crónica con repercusión funcional y restricciones vitales).
- Abuso de sustancias (inicio, mantenimiento e historia de tratamiento previo) y automedicación.
- Conciencia de enfermedad, motivación para someterse al tratamiento.
- Inicio y duración de tratamiento farmacológico en distintos momentos de la vida. Agrupado en tres niveles, de no tratamiento, periodo o dosis insuficiente y tratamiento eficaz (al menos 5 años).

#### **- Variables penales:**

- Itinerario penal, con indicadores de edad de ingreso en prisión, años cumplidos, número de condenas.
- Periodo pendiente de cumplir antes de la salida en libertad (meses, menos de dos años y más de dos años).

#### **- Variables psicosociales:**

- Adaptación al medio: rendimiento y funcionalidad en la escuela (medido por tener amigos, ir contento al colegio y tener un buen recuerdo del periodo escolar). Nivel de conflictividad y estancia en centro de menores.
- Edad, estructura familiar de origen, emigración, adopción.
- Años trabajados antes de entrar en prisión.

### **Instrumento de recogida de datos:**

La información se ha obtenido a través del relato minucioso del paciente en la entrevista clínica y ha sido codificada numéricamente con los datos obtenidos en la historia clínica. Se encuadra dentro de un estudio descriptivo y analítico retrospectivo de casos-contrroles.

### **Análisis de datos:**

Hemos utilizado el paquete SPSS, para agrupar las variables analizadas, realizando estudio descriptivo en los grupos, por frecuencias, desviaciones estándar, asociaciones binarias y múltiples, para valorar grupos homogéneos.

Hemos agrupado los pacientes en:

- a)** Estudio descriptivo y de búsqueda de subtipos clínicos TDAH en medio penitenciario.
- b)** Estudio comparado de necesidades clínicas terapéuticas y asistenciales. Comparación con muestra de pacientes psicóticos, pacientes con trastornos de internalización y grupo sin psicopatología. Para proponer:
  - Subtipos clínicos en función del momento del diagnóstico:
    - Diagnóstico infantil con tratamiento
    - Diagnóstico sin tratamiento
    - No diagnosticadas, pero con sospecha de síntomas en la infancia
    - No diagnosticados de comienzo tardío
  - Influencia en comorbilidad y evolución clínica según abuso de sustancias.



#### 4. RESULTADOS

Hemos estudiado 154 pacientes, varones con una edad media de 36 años y que cumplen condenas de más de 12 años de media. Además, han cometido al menos tres delitos, con tres ingresos en prisión y tienen una alta conflictividad. De ellos, más de 50% de individuos mantienen automedicación y abuso de sustancias, con historias de grave adversidad psicosocial, deficiente funcionalidad en la infancia y a lo largo de su biografía y serios problemas para seguir la disciplina del centro.

Hemos separado el análisis inicial en cuatro grupos diagnósticos: pacientes con TDAH, pacientes psicóticos, con trastornos de internalización y grupo sin psicopatología.

Vemos que los grupos son muy diferentes y vamos a describirlos en detalle.

❖ Comparación entre pacientes con diagnóstico de psicosis y TDAH:

Vemos que los pacientes con TDAH presentan una edad de inicio al consumo de sustancias psicoactivas más temprana (2 años antes), mayor automedicación, una condena más de media, un año de escolaridad menos pero menos estrés agudo en la vida diaria del centro.

	Grupos diagnósticos	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
<b>Número de condenas</b>	Psicosis	60	2,50	2,013	,260
	TDAH	34	3,26	1,814	,311
<b>Años de escolaridad</b>	Psicosis	59	9,29	2,942	,383
	TDAH	34	8,21	2,556	,438
<b>Estrés agudo en mes previo evaluación.</b>	Psicosis	60	2,78	2,148	,277
	TDAH	34	1,94	1,890	,324
<b>Edad de inicio al SUD</b>	Psicosis	47	16,19	5,319	,776
	TDAH	32	14,19	3,856	,682
<b>Automedicación</b>	Psicosis	60	1,42	,497	,064
	TDAH	34	1,62	,493	,085

TABLA 1: Comparación de medias entre pacientes con diagnóstico de psicosis y TDAH (t de Student).

❖ Comparación entre pacientes con diagnóstico de trastornos de internalización y TDAH:

Los pacientes con TDAH tiene tres años más de condena, mejor percepción subjetiva de funcionalidad en la escuela (más amigos, mejor recuerdo, mayor integración), menor estrés en el centro, la mitad de años trabajados, más sanciones y más automedicación.

	Grupos diagnósticos	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
<b>Años totales de condena</b>	Tr. de internalización	35	10,43	5,878	,993
	TDAH	34	13,26	6,263	1,074
<b>Número de condenas</b>	Tr. de internalización	35	2,23	1,262	,213
	TDAH	34	3,26	1,814	,311
<b>Años trabajados</b>	Tr. de internalización	35	7,80	7,364	1,245
	TDAH	34	3,79	5,262	,902
<b>Funcionalidad en la escuela</b>	Tr. de internalización	35	1,26	,443	,075
	TDAH	34	1,47	,507	,087
<b>Estrés agudo</b>	Tr. de internalización	35	3,03	2,395	,405
	TDAH	34	1,94	1,890	,324
<b>Sanciones</b>	Tr. de internalización	35	1,37	,490	,083
	TDAH	34	1,71	,462	,079
<b>Funcionalidad</b>	Tr. de internalización	35	1,31	,471	,080
	TDAH	34	1,53	,507	,087
<b>Automedicación</b>	Tr. de internalización	35	1,31	,471	,080
	TDAH	34	1,62	,493	,085

TABLA 2: Comparación de medias entre pacientes con diagnóstico de tr. de internalización y TDAH (T de student).

❖ Comparación entre grupo control y pacientes con diagnóstico de TDAH:

Nuestro grupo de estudio tiene más sanciones, se automedica más y subjetivamente creen tener más estabilidad.

	Grupos diagnósticos	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
<b>Sanciones</b>	Grupo control	25	1,36	,490	,098
	TDAH	34	1,71	,462	,079
<b>Estabilidad</b>	Grupo control	25	1,32	,476	,095
	TDAH	34	1,65	,485	,083
<b>Automedicación</b>	Grupo control	25	1,36	,490	,098
	TDAH	34	1,62	,493	,085

TABLA 3: Comparación de medias entre grupo control y pacientes diagnosticados con TDAH (T de student).

ESTUDIO DE INTEGRACIÓN Y ADAPTACIÓN AL MEDIO:

Aunque no hay diferencias estadísticamente significativas, el grupo TDAH es el que menos deporte regular realiza donde uno de cada tres sujetos estudiados realiza actividad física regular (al menos tres días por semana).

		Trabajo actual		Total
		No	Sí	
Grupos diagnósticos	Psicosis	40	20	60
	Internalización	14	21	35
	TDAH	15	19	34
	Control	9	16	25
<b>Total</b>		78	76	154
Pearson Chi-Square	10,473 <sup>a</sup>	3	,015	

El 79% de todos los presos consumen sustancias, de ellos el 36% lo hacían antes de entrar en prisión, pero el resto lo han aprendido dentro de la prisión como modo de integración con el resto de presos

Después del grupo de pacientes psicóticos, los más graves desde todos los puntos de vista analizados son los pacientes con TDAH, con menos acceso al trabajo, mayor aislamiento y mayor cantidad de medidas disciplinarias, lo contrario de lo que cabría pensar de unos pacientes con buen pronóstico desde el punto de vista clínico.

Los grupos son homogéneos en múltiples medidas, pero diferentes en la gravedad funcional, la minimización del abuso de sustancias y la automedicación en el TDAH respecto al resto de diagnósticos, lo que relacionamos con mayor conflictividad, más aislamiento de su familia de origen y condenas más largas.

PECULIARIDADES PSICOSOCIALES PREVIAS:

El total de pacientes estudiados forma parte de un grupo con vulnerabilidad social y funcional, desde la infancia, pero donde hay diferencias estadísticamente significativas. Los psicóticos son los que obtenían peor rendimiento.

Uno de cada tres ha pasado algún periodo de su infancia en centros de reforma. No hay diferencias en ingresos en centros de menores en los grupos analizados, ni en pertenecer a familias con más miembros en privación de libertad.

		Grupos escuela		Total
		Bien	Mal	
Grupos diagnósticos	Psicosis	26	34	60
	Internalización	26	9	35
	TDAH	18	15	33
	Control	16	9	25
<b>Total</b>		86	67	153
Pearson Chi-Square	9,341 <sup>a</sup>	3	,025	

### PACIENTES CON TDAH:

Hemos estudiado 33 pacientes con criterios completos en el DSM-V de TDAH del adulto donde sólo la mitad habían sido diagnosticados en la infancia. Además sólo 16 habían seguido tratamiento médico y de ellos, 6 pacientes durante un periodo clínicamente significativo, pero con dificultad de objetivar las dosis y el control médico del mismo. Todos ellos consumen sustancias psicoactivas y la mayoría presenta comorbilidad por la que han recibido tratamientos no focalizados en su TDAH.

Los enfermos diagnosticados de TDAH son los que cumplen más condenas y más largas, pero por delitos menos graves que el resto. Tienen peor funcionalidad en la escuela y peor vinculación con las familias de origen, padecen más estrés, tienen más sanciones y menos funcionalidad.

Vamos a intentar estudiar si existen aspectos clínicos diferenciales, que puedan ayudarnos a hacer grupos capaces de tener mejor respuesta a los tratamientos y que consigan tener conciencia de enfermedad para lograr adherencia y seguimiento médico de su enfermedad.

#### ❖ Relación entre la edad de inicio de síntomas y la gravedad del TDAH:

Valorando la cantidad de síntomas y la repercusión funcional en las distintas etapas de la vida, comprobamos que 16 pacientes presentan cuadro clínico grave. La mayoría de los pacientes presentan TDAH antes de los 8 años, pero una tercera parte relatan el comienzo de síntomas en la adolescencia. No hay relación estadísticamente significativa entre la gravedad y el momento de inicio de la enfermedad.

		Edad inicio TDAH			Total
		Niño	Escolar	Adolescente	
Gravedad TDAH	Media	3	4	1	8
	Alta	5	2	2	9
	Muy alta	6	3	7	16
<b>Total</b>		14	9	10	33

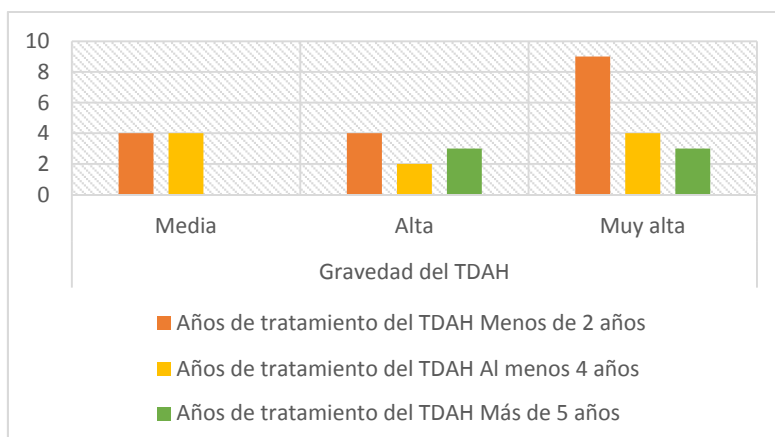
El comienzo de tratamiento aparece en los casos de inicio más precoz, pero no se relaciona con la gravedad, tampoco tiene relación con el momento del ciclo educativo en el que son más significativos los síntomas.

❖ Relación entre los años de tratamiento con respecto la gravedad:

La gravedad muy alta se relaciona cuando el tratamiento se sigue durante menos de 2 años (es lógico pensar que la falta de tratamiento adecuado se asocie a una mayor gravedad), sin embargo, también cabe destacar una asociación entre la gravedad alta/muy alta cuando lleva más de 5 años de tratamiento. Esta relación se puede explicar porque cuando acuden al centro psiquiátrico por primera vez están tan graves y deteriorados funcionalmente que es difícil hacer un buen manejo de la situación.

		Años de tratamiento de TDAH			Total
		Menos de 2 años	Al menos 4 años	Más de 5 años	
Gravedad del TDAH	Media	4	4	0	8
	Alta	4	2	3	9
	Muy alta	9	4	3	16
<b>Total</b>		17	10	6	33

Realizamos una representación gráfica de los datos obtenidos para facilitar el análisis visual con un diagrama de barras.



No hemos encontrado subgrupos clínicos, de tal modo que podemos afirmar que ni la edad de inicio, ni la gravedad, ni la existencia de tratamiento previo, explican características singulares en la muestra analizada.

#### DESCRIPCION DE ITINERARIO PENAL:

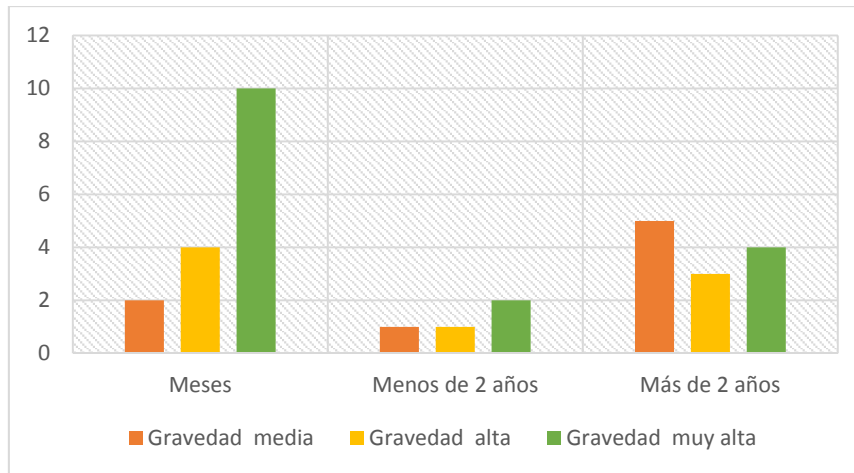
Encontramos que esta muestra tiene condenas significativamente largas, independientemente del motivo de ingreso en prisión y mayores dificultades de adaptación, en todos los parámetros funcionales. Son una población especialmente grave, que requiere estudios como el actual.

#### ❖ Relación entre la gravedad del TDAH y el tiempo de condena:

La duración media de condena es de 13 años, por encima de la media de todos los internos de este centro. Hemos analizado por un lado la influencia del tiempo ya cumplido en prisión y por otro en grupos del tiempo que queda hasta salir en libertad. Aparece una relación estadísticamente significativa en el hecho de mayor psicopatología y mayor repercusión funcional en los pacientes TDAH, cuando se aproxima el momento de salir de prisión.

Se observa una asociación en la que cuanto menos tiempo les queda para salir de prisión, la gravedad del TDAH es mayor. Esto que a simple vista puede no parecer lógico, ya que en teoría cuando menos tiempo queda en prisión, más se debería manifestar un comportamiento adecuado y ejemplar, se puede explicar por el hecho de que si llevan muchos años internalizados, la libertad puede ser un factor tan estresante que dé lugar a un trastorno adaptativo (como reacción aguda a este estrés), donde el enfermo se siente abrumado o es incapaz de manejar la situación y puede desencadenar los síntomas de este trastorno con conductas impulsivas dentro de la cárcel (como conductas violentas con otros presos y con el personal penitenciario) e incluso en permisos penitenciarios, con aumento en el abuso de alcohol, a medida que se acerca la salida definitiva. Como luego veremos se produce comorbilidad múltiple.

		Gravedad del TDAH			Total
		Media	Alta	Muy alta	
Años pendiente	Meses	2	4	10	16
	Menos de dos años	1	1	2	4
	Más de dos años	5	3	4	12
<b>Total</b>		8	8	16	32

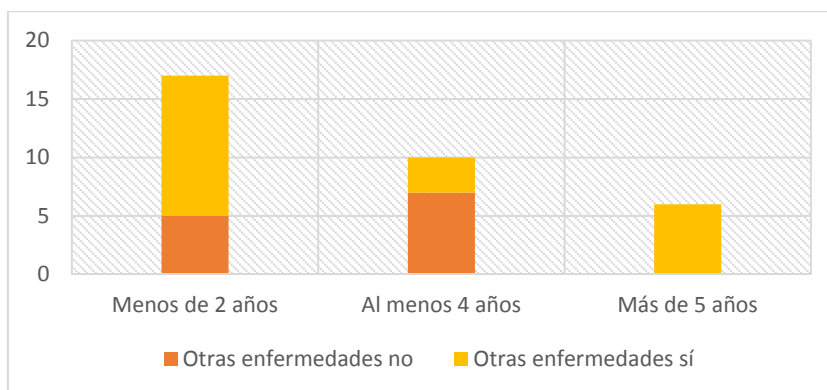


### COMORBILIDAD:

#### ❖ Relación de los años de tratamiento del TDAH con la presencia de otras enfermedades:

Dentro de estas enfermedades, incluimos, principalmente de tipo infeccioso (VIH, gonorrea, hepatitis, etc.) Como se puede apreciar, la presencia de otras enfermedades en el grupo TDAH tiene una alta prevalencia (2/3 partes de esta muestra). En general, la presencia de otras enfermedades aparecen en todos los grupos de tratamiento, pero parece haber una asociación entre los que llevan más tiempo con el tratamiento y la presencia de otras enfermedades, lo cual podría explicarse porque a mayor tiempo en el transcurso de la enfermedad, a pesar de llevar un seguimiento en el tratamiento, puede haber mayor presencia de brotes, conductas impulsivas o “despistes” que den lugar a mayor presencia de ETS.

		Años de tratamiento del TDAH			Total
		Menos de 2 años	Al menos 4 años	Más de cinco años	
Otras enfermedades	No	5	7	0	12
	Si	12	3	6	21
Total		17	10	6	33
Pearson Chi-Square		8,673 <sup>a</sup>	2	,013	



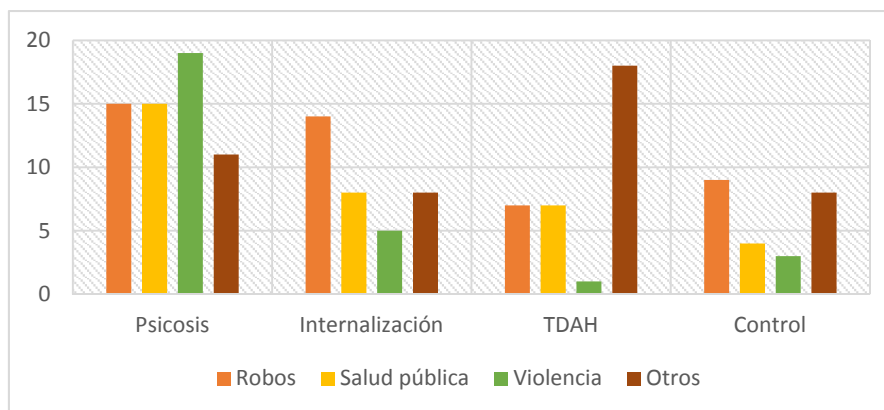
## b) Comparación con otros grupos nosológicos en prisión.

Queremos analizar las similitudes y diferencias con otros grupos de personas en privación de libertad. Por un lado analizamos la influencia del hecho de enfermar, gravemente (con las psicosis), o episódicamente con repercusión emocional (trastorno por internalización) y por otro con un grupo sin psicopatología.

### ❖ Relación entre los tipos diagnósticos y motivo de ingreso en prisión:

Con una relación estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) podemos afirmar que los delitos por robos son más cometidos en pacientes con trastornos por internalización (ansiedad y depresión). En el grupo de pacientes psicóticos destaca la violencia junto con delitos contra la salud pública (tráfico de drogas) y robos. En el TDAH, sin embargo observamos una alta prevalencia en delitos calificados como “otros”, donde se incluyen los delitos cometidos contra la libertad sexual, incumplimiento de órdenes de alejamiento o sanciones administrativas.

		Grupos diagnósticos				Total
		Psicosis	Internalización	TDAH	Control	
Tipo de delito	Robos	15	14	7	9	45
	Salud pública	15	8	7	4	34
	Violencia	19	5	1	3	28
	Otros	11	8	18	9	46
Total		60	35	33	25	153
Pearson Chi-Square		24,655 <sup>a</sup>	9	,003		



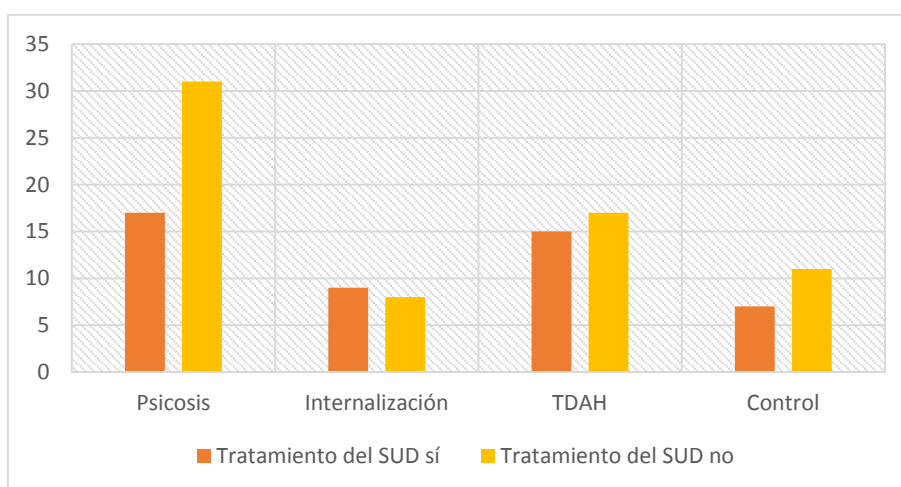
### ❖ Relación entre el tipo de diagnóstico y el trastorno por uso de sustancias:

Estudiamos la relación entre el tipo de trastorno que presenta el paciente y si llevan a cabo un tratamiento por abuso de sustancias (SUD: substance use disorder). La mayoría de pacientes en prisión toman o han tomado drogas, la presencia de un tratamiento de desintoxicación sería un indicador de conciencia por abuso de drogas. En general existe una distribución homogénea



entre todos los grupos diagnósticos, pero cabe destacar los grupos de psicosis e internalización en una proporción del 65% y 67% respectivamente, como aquellos que más conciencia toman de esta adicción y más motivación presentan para llevar a cabo un tratamiento de desintoxicación.

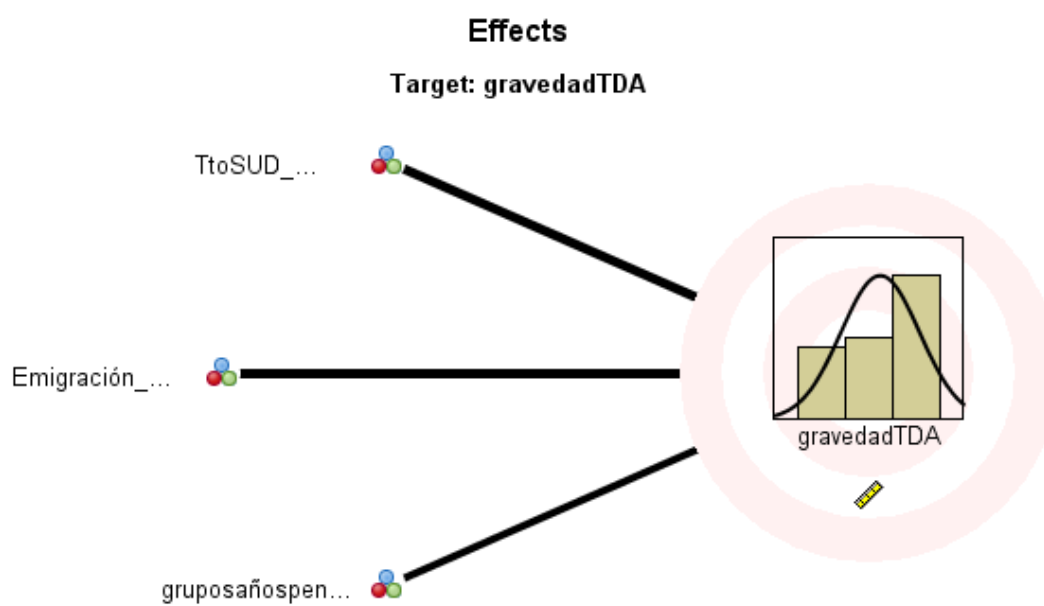
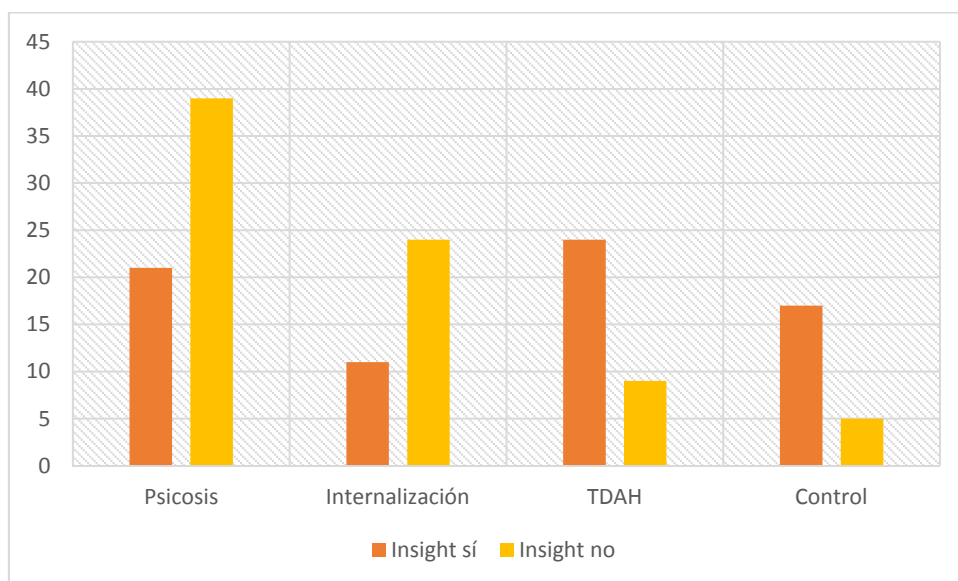
		Grupos diagnósticos				Total
		Psicosis	Internalización	TDAH	Control	
Tratamiento	No	17	9	15	7	48
SUD	Si	31	18	17	11	77
<b>Total</b>		48	27	32	18	125



#### ❖ Relación entre el tipo diagnóstico y la conciencia de enfermedad:

Está demostrado que la conciencia de la enfermedad tiene una relación directa con la adhesión al tratamiento y con la motivación para lograr un cambio. En esta tabla parece haber más conciencia de enfermedad en el grupo de psicosis e internalización, con una proporción del 65% y 69% respectivamente, lo cual va en la misma línea que el ítem anterior, ya que el tratamiento por uso de sustancias también es un indicador de la aceptación para tratarse. Sin embargo en el grupo de TDAH y control hay menos insight y esto se puede relacionar con una menos motivación hacia el tratamiento, con peor adherencia y alta frecuencia de sustancias psicoactivas.

		Grupos diagnósticos				Total
		Psicosis	Internalización	TDAH	Control	
Insight	No	21	11	24	17	73
	Sí	39	24	9	5	77
<b>Total</b>		60	35	33	22	150
Pearson Chi-Square		23,502 <sup>a</sup>	3		,000	



---

## 5. DISCUSIÓN

---

### A) Grupos clínicos TDAH.

En este estudio hemos diseñado una muestra con 154 pacientes, de los cuales 33 son personas con TDAH por tanto es una muestra de pequeño tamaño, que no permite discriminar niveles de significación estadística con facilidad. El número insuficiente de participantes puede impedir encontrar las diferencias buscadas, impidiendo realizar afirmaciones claras, sin embargo la tendencia nos permite afirmar que:

1. Los pacientes estudiados con TDAH son un grupo homogéneo para el estudio.
2. No hay diferencias estadísticamente significativas en relación con la gravedad, momento de inicio del trastorno ni con la existencia de un tratamiento previo en la muestra estudiada.
3. No se trata de forma eficaz ni se identifica en la historia clínica habitual, fuera y dentro del medio penitenciario.
4. El buen pronóstico de la enfermedad cuando es tratada, hace pensar que nuestros enfermos TDAH han sido clasificados como disociales o abusadores de sustancias y ha pasado desapercibido el diagnóstico de TDAH, que si se hubiese detectado, hubiésemos cambiado el itinerario penal.

Los pacientes con TDAH y psicosis son los que peor evolución llevan dentro de la prisión, con menores tasas de incorporación al trabajo y mayor número de sanciones. Ambos son grupos muy conflictivos, con más adversidad psicosocial en la infancia y peor funcionalidad en la escuela, sin embargo, resulta paradójica esta equivalencia en cuanto a gravedad, ya que el TDAH debería tener un buen pronóstico tanto en las consecuencias funcionales como en la adversidad psicosocial mientras que la psicosis se caracteriza por un gran deterioro funcional donde la persona pierde el contacto con la realidad.

### B) Abuso de sustancias:

Además, en este grupo de TDAH el abuso de sustancias es significativamente mayor que la de otros internos, lo cual favorece la cronificación del trastorno, y esto a su vez, les hace más vulnerables en una situación de estrés agudo (como el tiempo que les queda para su salida de prisión), dando lugar a condenas más largas que las que cabría esperar por el delito cometido.

En esta muestra también cabe destacar dos factores de buen pronóstico que cumplen en mayor medida los tipos diagnósticos de psicosis y trastornos de internalización, que son la conciencia de enfermedad y el tratamiento del

trastorno por uso de sustancias. Sin embargo, en pacientes TDAH sólo el 53% accede al tratamiento por abuso de sustancias y el 27% de presenta insight, siendo indicadores que marcan una mala evolución del trastorno, favoreciendo la falta de motivación para adherirse al tratamiento establecido y la perpetuación al abuso de sustancias.

Este subgrupo se caracteriza por presentar una inadaptación al medio penitenciario, con dificultad para participar en actividades de rehabilitación favoreciendo la existencia de un clima de desconfianza e inconformismo ante dicha situación.

### **C) Propuestas de prevención y tratamiento:**

Estas características se podrían evitar, o al menos atenuar si realizamos una serie de objetivos para fomentar la salud en el medio penitenciario, a través de:

1. La promoción de la salud mental y bienestar debe estar incluido dentro de la atención médica en una prisión, ya que para algunos internos va a ser el lugar idóneo y primero de obtener un diagnóstico.
2. Evaluar las necesidades de cada prisionero a nivel individual, detección de problemas mentales y acceso a psicofármacos y tratamiento psiquiátrico integral.
3. Debe haber un nivel suficiente de personal con formación inicial y continuada adecuada.
4. Debe haber recursos suficientes para cumplir con los anteriores ítems.

Aun considerando las posibles limitaciones en la metodología utilizada, estos resultados abogan por la utilidad de un diagnóstico precoz a diferentes niveles, ya que son pacientes graves con una comorbilidad médica importante que pueden evolucionar muy bien con el tratamiento y así, prevenir la escala de conductas delictivas y evitar las largas condenas. Se deberían llevar a cabo a través de las siguientes estrategias:

1. Aumentar la concienciación y el reconocimiento del TDAH, particularmente en colegios, entorno laboral, sistema judicial y sociedad en su conjunto.
2. Necesidad de conocer por medio del médico de familia la importancia del tratamiento precoz, y potenciar enlace e interconsulta con los equipos de apoyo de psiquiatría.
3. Promover la introducción de programas de identificación precoces del TDAH en colegios, entorno laboral, servicios de salud mental y judicial.
4. Proporcionar acceso al tratamiento y cuidados adecuados integrados y rentables.
5. Desarrollar un abordaje multidisciplinar centrado al cuidado del TDAH y fomentando las prácticas cooperativas en los distintos entornos (hogar, colegios, centros sanitarios, justicia).

6. Facilitar el intercambio de información y cooperación entre asociaciones de pacientes con TDAH.
7. Apoyar el mejor conocimiento y manejo del TDAH a través de la investigación.

Estas estrategias se apoyan en el compromiso por parte de los responsables de políticas y las partes interesadas más relevantes para abordar mejor las consecuencias negativas a largo plazo del TDAH y su impacto en la sociedad.

Está justificado que una intervención multimodal intensiva temprana altere las trayectorias negativas del desarrollo del TDAH a largo plazo, como son las conductas antisociales y delictivas. Por ello, la infancia y la adolescencia son los tramos de edad en los que el modelo preventivo tiene mayor importancia e insistir en el seguimiento puede ser trascendental a la hora de detectar las primeras trasgresiones.

Lo ideal sería que los profesionales de la salud mental estuvieran distribuidos de manera equitativa entre las regiones de acuerdo a las poblaciones en riesgo y se dispusieran en sitios estratégicos para el seguimiento de estos pacientes (como centros de salud de referencia de los colegios/institutos o sitios habilitados en centros penitenciarios), con una adecuada distribución de los recursos y eliminar las desigualdades sociales y económicas que impiden una accesibilidad íntegra del sistema de salud y violan el principio de igualdad de oportunidades.

#### **D) Propuesta de nuevos estudios.**

En definitiva, los resultados obtenidos en este estudio indicarían la necesidad de estudiar las consecuencias a largo plazo de este trastorno en el contexto penitenciario, con el objeto de mejorar el manejo terapéutico de esta población y apoya la necesidad de realizar más investigaciones futuras que sigan la línea de la promoción de la salud mental (a través del apoyo familiar y el trabajo u ocupación, señalando alternativas al medio penitenciario) y del tratamiento y la prevención de los trastornos comórbidos (enfermedades infecciosas y abuso de sustancias).

---

## 6. CONCLUSIONES

---

1. Esta muestra de pacientes con TDAH en el contexto penitenciario se caracterizan por presentar una **deficiente funcionalidad en la infancia y mayor adversidad psicosocial** en comparación con otros presos.
2. Hay una alta proporción de **abuso de sustancias y comorbilidades**, lo cual favorece la evolución tórpida del trastorno y su estancia en prisión.
3. Presentan **tiempos de condena más largos** que los que cabría esperar por el delito cometido, ya que son muy vulnerables a los factores de estrés.
4. Esta muestra se caracteriza por presenta una **baja conciencia de enfermedad, con poca adherencia al tratamiento y deficiente soporte social**; indicadores que favorecen la cronicidad y mala evolución del trastorno.
5. El estudio de la **evolución del TDAH en privación de libertad resulta complejo**, por la cantidad de factores estresantes que influyen.
6. El desarrollo de estrategias que fomenten un **diagnóstico y tratamiento precoz** en población de riesgo está justificado, ya que puede cambiar el itinerario penal.
7. Sería necesario desarrollar **protocolos de salud mental** para facilitar la transferencia de personas con enfermedad mental grave a entornos de salud mental y llevar a cabo sistemas de tratamiento integrados e individualizados.
8. Se debe desarrollar una **equidad en el acceso a los servicios sanitarios**, desestigmatizando las enfermedades mentales y mejorando la continuidad en el tratamiento.
9. Sería conveniente realizar **programas de educación** sobre enfermedades mentales y mejorar la concienciación, identificación y capacitación de las personas que trabajan en prisión.
10. Este estudio aboga por la necesidad de **realizar más investigaciones futuras** sobre las consecuencias a largo plazo de pacientes con TDAH en privación de libertad.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. Fazel PS. Europe PMC Funders Group. **The mental health of prisoners: a review of prevalence, adverse outcomes and interventions.** *The Lancet Psychiatry*. 2016. 871-881.
2. WHO Europe. **Background Paper for Trenčín Statement on Prisons and Mental Health. Towards best practices in developing prison mental health systems.** *Prev Control*. 2008;(October).
3. Crime, U. N. O. on D. and. **Custodial and non-custodial measures. Alternatives to Incarceration.** 2006
4. Asociación Americana de Psiquiatría, **Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5.** Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013. 33-37.
5. Nogueira M, Ramos-Quiroga J.A, Bosch R, Castells X, García E, Casas M. **Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adultos. Caracterización clínica y terapéutica.** *Revista de neurología*. Vol. 42. 2006. 600-606.
6. Young S, Moss D, Sedgwick O, Fridman M, Hodgkins P. **A meta-analysis of the prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in incarcerated populations.** *Psychological Medical*. 2015;45:247–258.
7. Usher AM, Stewart LA, Wilton G. **Attention deficit hyperactivity disorder in a Canadian prison population.** *International Journal of Law and Psychiatry*. 2013;36:311–5.
8. Gaiffas A, Galera C, Mandon V, Bouvard MP. **Attention-defecit/hyperactivity disorder in young French male prisoners.** *Journal of Forensic Sciences*. 2014. 59:1016–19.
9. Rösler M, Retz W, Retz-Junginger P, Henges G, Schneider M, Supprian T, Schwitzgebel P, Pinhard K, Dovi-Akue N, Wender P, Thome J: **Prevalence of attention deficit-/hyperactivity disorder (ADHD) and comorbid disorders in young male prison inmates.** *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2004, 254: 365-371
10. Boss K, MD, MPH, Charles H, Zeanah MD, Nathan A, Stacy S, PhD, MD, Katie, Charles A et al. **Psychiatric outcomes in young children with a history of instutionalization.** *Harvard Review of Psychiatry*. 2011. 15-12.
11. Young S, Adamou M, Bolea B, Gudjonsson G, Müller U, Pitts M, Thome J, Asherson P. **The identification and management of ADHD offenders within the criminal justice system: a consensus statement from the UK Adult ADHD Network and criminal justice agencies.** *BMC Psychiatry*. 2011. 11:32.
12. Mohr-Jensen C, Steinhausen H. **A meta-analysis and systematic review of the risks associated with childhood attention-**

**deficit hyperactivity disorder on long-term outcome of arrests, convictions, and incarcerations.** *Clinical Psychology review*. 2016 May 24(48:32-42).

13. Young S, Kelly M. **Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in the Prison System.** *Current Psychiatry Reports*. 2019. 1022-23.

14. Ylva Ginsberg M, Quintero J, Ernie A, Casillas M, Himanshu P. **Underdiagnosis of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adult Patients: A Review of the Literature.** *Primary care companion cns disorders*. 2014 Jun 12(16(3)).

15. Belcher JR. **Attention deficit hyperactivity disorder in offenders and the need for early intervention.** *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. 2014. 27-40.

16. Simon N, Rolland B, Karila L. **Methylphenidate in Adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Substance Use Disorders.** *Current Pharmaceutical Design*. 2015. 3359-3366.

17. Young S, Gudjonsson G, Chitsabesan P, Colley B, Farrag E, Forrester A, et al. **Identification and treatment of offenders with attention-deficit/hyperactivity disorder in the prison population: a practical approach based upon expert consensus.** *BMC Psychiatry*. 2018 Sept 18:281.



## 8. ANEXOS

**Tabla III. Criterios diagnósticos del TDAH especificados en el DSM-5. (AAP 2013)**

Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con la función o el desarrollo, caracterizado por inatención y/o hiperactividad e impulsividad:

**Inatención:** 6 o más de los siguientes síntomas, o al menos 5 para mayores de 16 años, con persistencia durante al menos 6 meses, inadecuados con el nivel de desarrollo y que impactan negativamente en las actividades sociales y académicas/ocupacionales

- A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades
- A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas
- A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente
- A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo
- A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades
- A menudo evita, le disgusta o rechaza dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido
- A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades
- A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes
- A menudo es descuidado en las actividades diarias

**Hiperactividad e impulsividad:** 6 o más de los siguientes síntomas, o al menos 5 para mayores de 16 años, o 5 o más para adolescentes igual o mayores de 17 años y adultos; los síntomas han persistido durante al menos 6 meses hasta un grado disruptivo e inapropiado con el nivel de desarrollo de la persona y que impactan negativamente en las actividades sociales y académicas/ocupacionales

- A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento
- A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado
- A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo
- A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio
- A menudo "está en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor
- A menudo habla en exceso
- A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas
- A menudo tiene dificultades para guardar turno
- A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros

**Además, se deben cumplir las siguientes condiciones:**

- Algunos síntomas de desatención o hiperactividad-impulsividad estaban presentes antes de los 12 años de edad
- Algunos síntomas de desatención o hiperactividad-impulsividad se presentan en dos o más ambientes (p. ej., en casa, escuela o trabajo; con amigos o familiares; en otras actividades)
- Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren o reducen la calidad de la actividad social, académica o laboral
- Los síntomas no aparecen exclusivamente motivados por esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (trastornos del estado de ánimo, ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad)

Se especificará el tipo de presentación predominantemente de desatención, de hiperactividad/impulsividad o combinada; si se encuentra en remisión parcial y si el grado de afectación actual es leve, moderado o severo

## TEST DE CONNERS

FECHA...../...../.....

**SEÑOR(A) PROFESOR(A):** A FIN DE PODER DIAGNOSTICAR Y LUEGO CONTROLAR EL TRATAMIENTO DE SU ALUMNO(A).....  
ES NECESARIO QUE UD. RESPONDA OBJETIVAMENTE ESTE CUESTIONARIO, RESPECTO A SU CONDUCTA HABITUAL EN LA SALA DE CLASES:

	NADA 0	UN POCO 1	BASTANTE 2	MUCHO 3
1. Inquieto, demasiado activo				
2. Excitable, impulsivo				
3. Molesta a otros niños				
4. No termina lo que comienza				
5. Se mueve constantemente				
6. Se distrae con facilidad				
7. Hay que satisfacerle de inmediato; no tolera la frustración				
8. Lloro con facilidad				
9. Cambia de humor bruscamente				
10. Pataletas; conducta explosiva				

## RESPECTO A SU APRENDIZAJE:

- ¿Su lectura es poco fluida o silabeante? \_\_\_\_\_
- ¿Le cuesta comprender lo que ha leído? \_\_\_\_\_
- ¿Le cuesta escribir al dictado? \_\_\_\_\_
- ¿Tiene dificultades para copiar a tiempo lo leído en el pizarrón? \_\_\_\_\_
- ¿Comete muchas faltas de ortografía? \_\_\_\_\_
- ¿Le cuesta demasiado el cálculo matemático? \_\_\_\_\_

## POR FAVOR INDÍQUENOS:

- ¿Recibe medicación en la escuela? SI NO
- ¿Ha notado mejoría en conducta? SI NO
- Ponga nota de 1 a 7: A su conducta \_\_\_\_\_ A su rendimiento \_\_\_\_\_
- Ponga nota de 1 a 7: A la relación con sus profesores \_\_\_\_\_
- A la relación con sus compañeros \_\_\_\_\_

**NOTA: ESTE FORMULARIO DEBE VENIR FIRMADO POR EL PROFESOR Y EL TIMBRE DEL COLEGIO**

