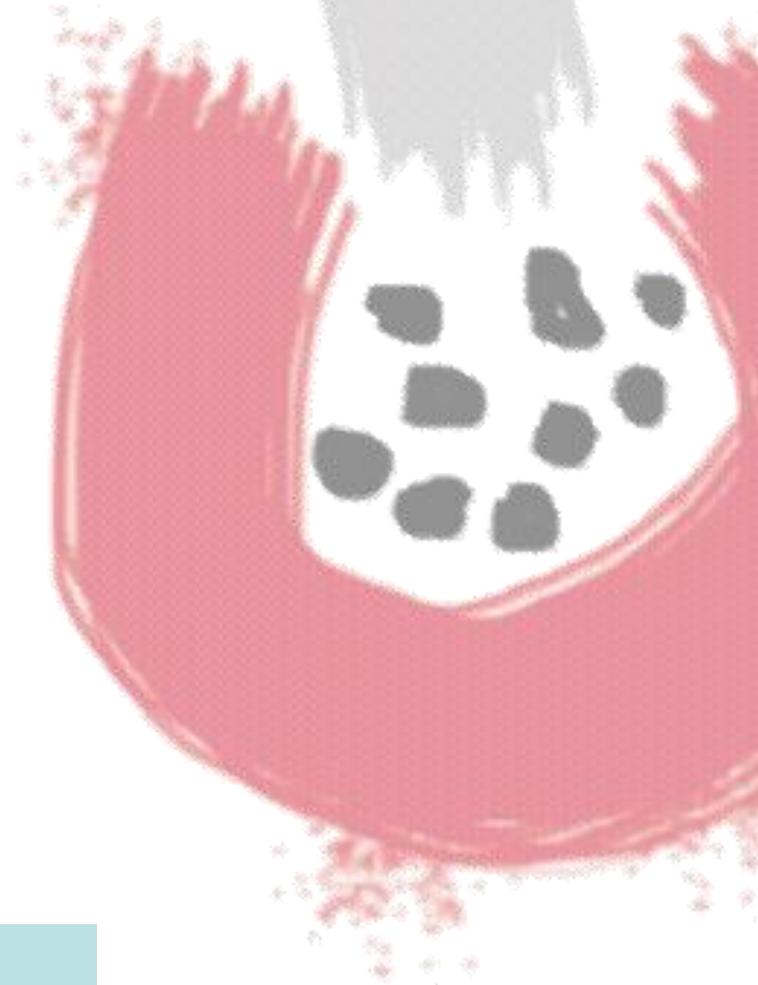


Parc Sanitari
Sant
Joan
de Déu

PSIQUIATRIA LEGAL

Vicenç Tort.

Coordinador Unitat Polivalent de Psiquiatria.
CP Quatre Camins i CPHB
Parc Sanitari Sant Joan de Deu



INDICE

- PSIQUIATRIA PENITENCIARIA
- VIOLENCIA Y SALUD MENTAL

- MEDIDAS DE SEGURIDAD

- MEDIDAS COERCITIVAS

Psiquiatria Penitenciària

hospitalitat - qualitat - respecte - responsabilitat - espiritualitat

NORMATIVA INTERNACIONAL

- *Reclusos alienados y anormales mentales (1977)*
 - 100.1. Los alineados no han de ser reclusos en prisiones y se han de disponer medios para transferirlos tan pronto como sea posible a centros apropiados para enfermos mentales.
 - 100.2. El servicio médico o psiquiátrico de los centros penitenciarios ha de garantizar el tratamiento psiquiátrico de todos los reclusos que necesiten este tratamiento.
 - 100.3. Se han de tomar disposiciones, de acuerdo con los organismos competentes, para que el tratamiento psiquiátrico continúe, si es necesario, después de la libertad, y para que se asegure una asistencia social postpenitenciaria de carácter psiquiátrico.

RÉGIMEN PENITENCIARIO. U. PSIQUIÁTRICAS

- **Art 185.** Equipo multidisciplinar: Psiquiatras, psicólogos , médicos generales, enfermeros y trabajadores sociales.(Necesarios). También profesionales y personal auxiliar necesario para ejecución de programas de rehabilitación.

Colaboración con otras administraciones públicas que garantice asistencia social(?) postpenitenciaria de carácter psiquiátrico e integración en programas de rehabilitación y estructuras intermedias.

• Cap VII

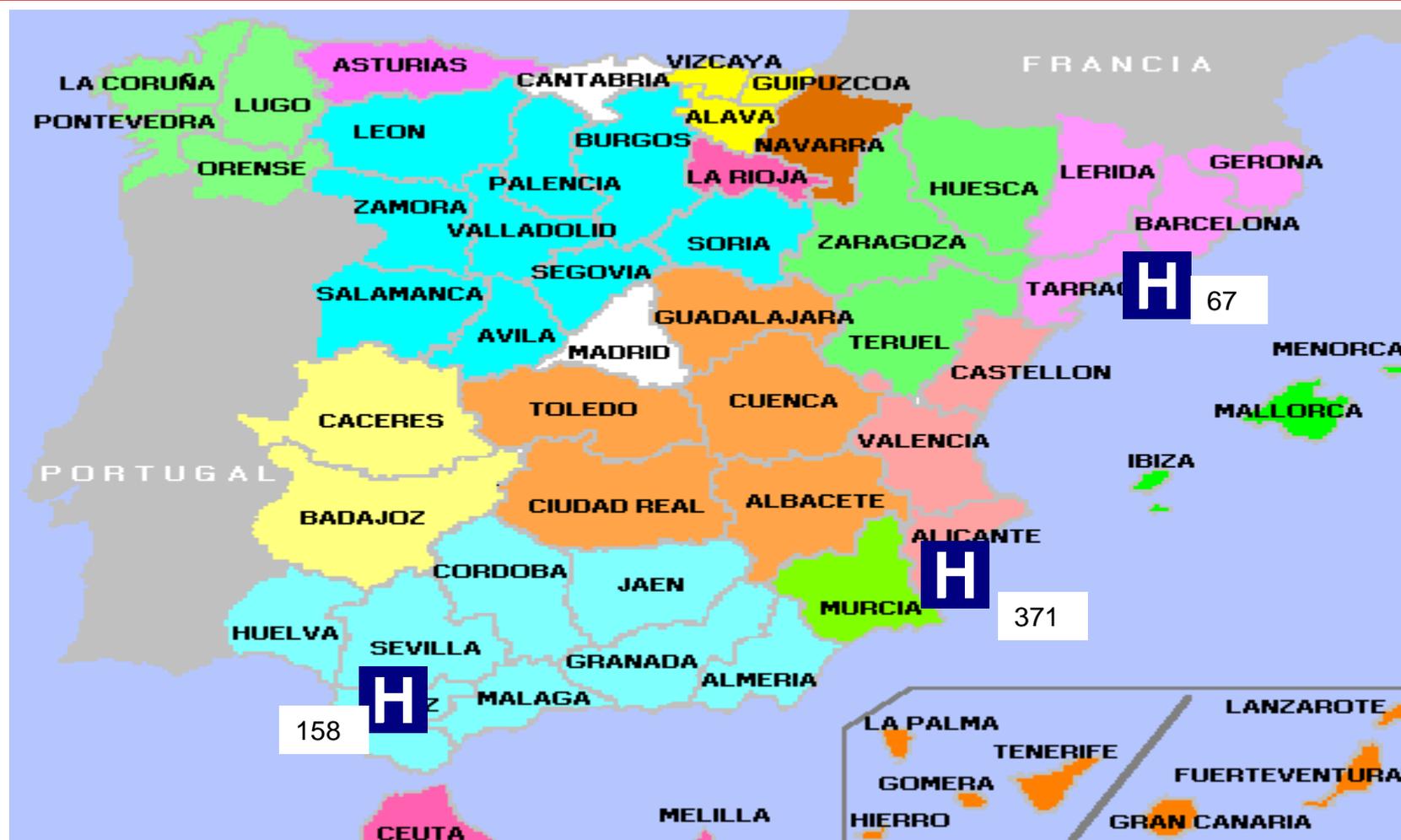
- **Art. 183.** Unid. Psiquiátricas Penitenciarias: Centros destinados a cumplimiento de las medidas de seguridad privativas de libertad aplicadas por Tribunal correspondiente.
- **Art 184 :** Ingreso
 - a) Detenidos o presos con patología psiquiátrica cuando la autoridad judicial decida ingreso para observación.
 - b) Medidas de seguridad de internamiento en centro psiquiatrico penitenciario
 - c) Penados con enfermedad sobrevenida

Població Penitenciària (Desembre 2013)

	Hombres	Mujeres	Total
Preventivos	8.461	831	9.292
Penados	51.943	4.160	56.103
Medidas de Seguridad	573	48	621
Penados con Preventivas	705	44	749
Totales	61.682	5.083	66.765

Taxa de empresonament (desembre 2013 : Catalunya :129 Espanya
143

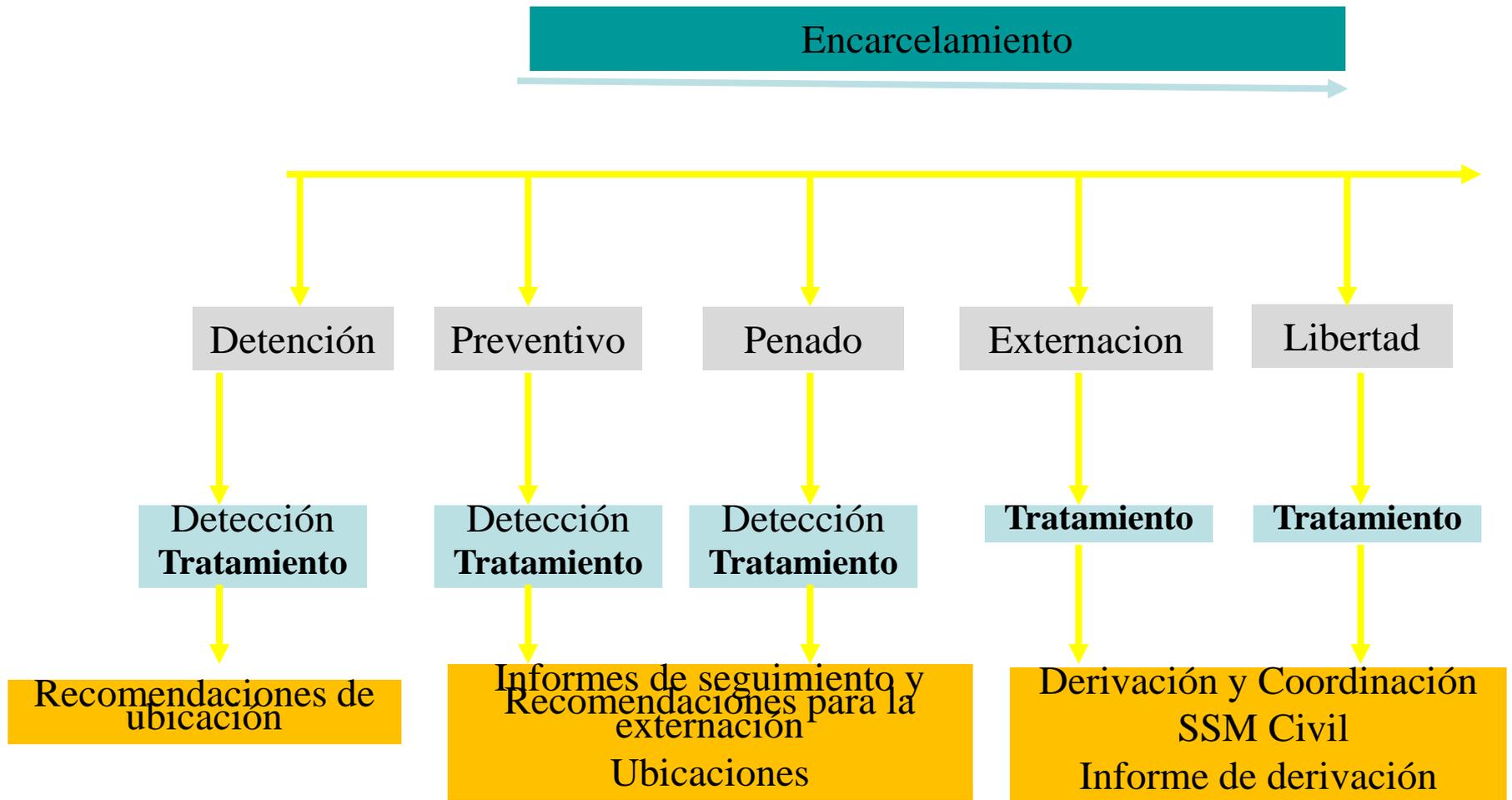
Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios



2500 camas de enfermería

hospitalitat - qualitat - respecte - responsabilitat - espiritualitat

Ámbito penal y salud mental



FUNCIONES

- Pericial? (Psiquiatría Forense). Medidas alternativas.
- **Asistencial** (Atención psiquiátrica de internos, valoración y tratamiento)
- Legal/Judicial.(Informes de seguimiento y recomendaciones de las medidas de seguridad, informes clínicos, incapacidades, etc.)
- Otras (docente, investigación, etc)

DIAGNÓSTICOS (DSM- IV)

1. Trastornos mentales por consumo de sustancias, tanto por dependencia y abuso como por intoxicación y abstinencia.
2. Trastornos de la personalidad, como el antisocial, el esquizotípico, el histriónico, el límite, o el paranoide como más frecuentes.
3. Trastornos del estado de ánimo, generalmente de tipo depresivo.
4. Trastornos de ansiedad generalizada o en forma de crisis de angustia.
5. Trastornos del sueño, generalmente en conexión con algún otro trastorno mental, por el uso de sustancias o por cambios en el ritmo circadiano.
6. Trastornos somatomorfos, como somatizaciones o hipocondría.
7. Esquizofrenias y otros trastornos psicóticos.
8. Trastornos adaptativos.

JM Arroyo, E Ortega. Rev. Esp. Sanid. Penit. 2007

EPIDEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA

AUTOR	MUESTRA	N	PREVALENCIA
TEPLIN (1990)	PREVENTIVOS	627 HOMBRES	Esquizofrenia 3% Episodio depres 3% Tr. neurótico 12%
GUNN (1991)	SENTENCIADOS	1769 HOMBRES	Tr. Psicótico 2%
MADEN (1994)	PREV/SENTEN	870 HOMBRES	Tr Psicótico 3% Tr. Neurótico 6%
TEPLIN (1996)	PREVENTIVOS	1272 MUJERES	Esquizofrenia 2% Episodio depr. 14%
BROOKE (1996)	PREVENTIVOS	750 HOMBRES	Tras. Psicótico 5% Neur./ humor: 26%
BIRMINGHAN (1996)	PREVENTIVOS	549 HOMBRES	Esquizofrenia 4% Episodio depr 2% Tr. Neurótico 9%
BRINDED (2001)	SENTENCIADOS	640 HOMBRES	Esquizofrenia 2% Episodio depr 7%
PARSONS (2001)	PREVENTIVOS	382 MUJERES	Esquizofrenia 10% T depres. May 14% T. Neurótico 30%

PREVALENCIA PSIQUIÁTRICA EN PRISION

- Meta análisis (Fazel y Danesh) con 22790 internos, (2002) en 62 estudios
 - 3,7% Trastornos psicóticos
 - 10% Trastornos depresivos mayores
 - 42% Trastornos de personalidad.

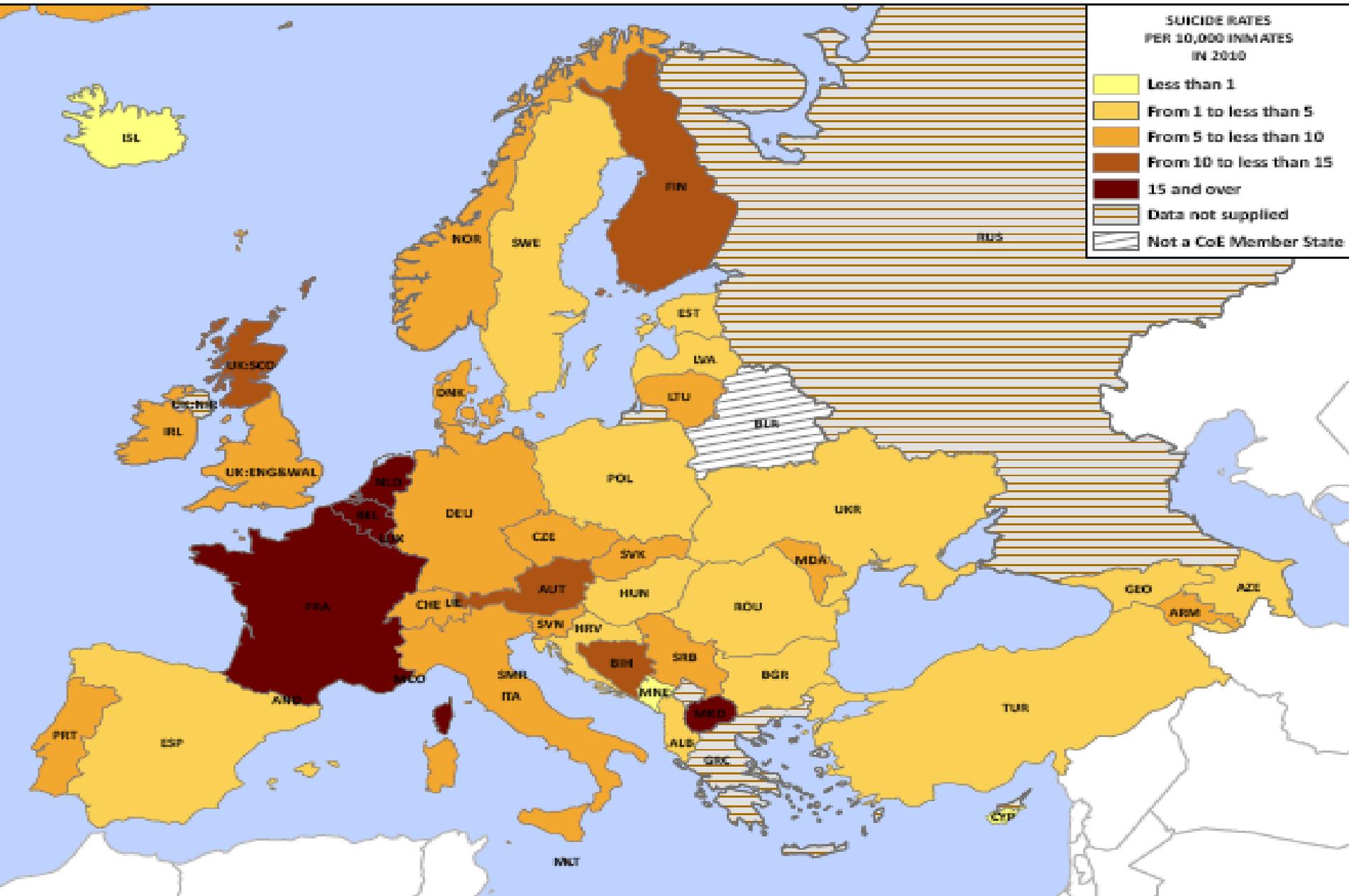


PREVALENCIA ESTIMADA

Diagnostico TMS	Prevalencia poblaci3n gral.	Prevalencia en prisiones	Poblaci3n penitenciaria Catalunya	Poblaci3n afectada estimada
Esquizofrenia	1 %	5 %	9000	400
TEA	1 %			
Trast. Bipolar maniac	1,7 %	12 %		1080
DM. recurrente	3,9 %			
Trast. Bipolar depresivo				
Paranoia	0,5 %			
Agorafobia con crisis de angustia	2 %			
TOC	3 %			
TLP	2 %	20 %		

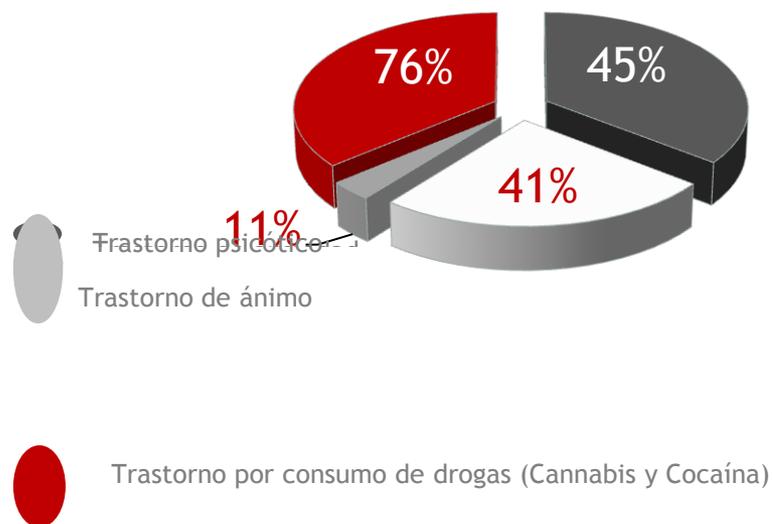
MAP 3: SUICIDE RATE PER 10,000 INMATES IN PENAL INSTITUTIONS IN 2010

Reference: Council of Europe, SPACE I 2011.m.3

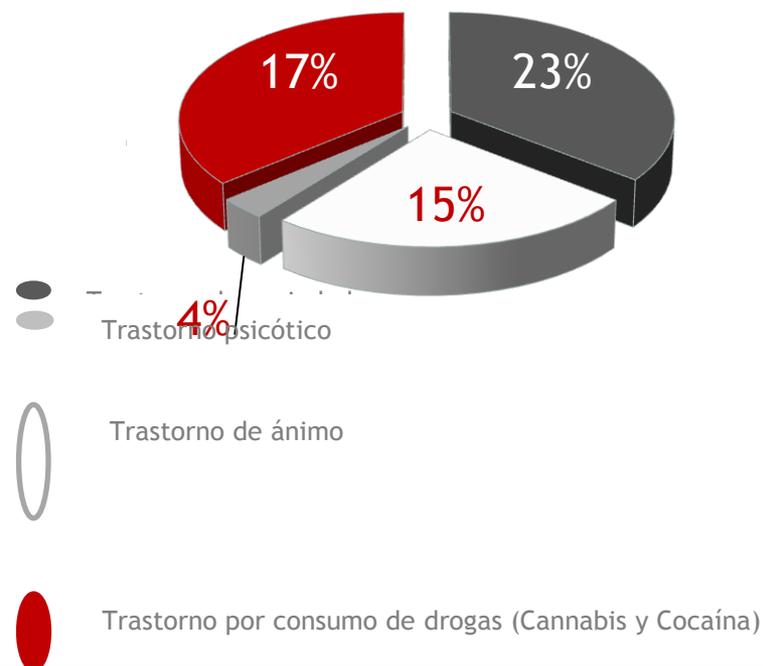


Prevalencia de Trastornos Mentales en Centros Penitenciarios Españoles (Estudio PRECA)

Un **84%** de la población estudiada ha sufrido un trastorno mental en algún momento de la vida

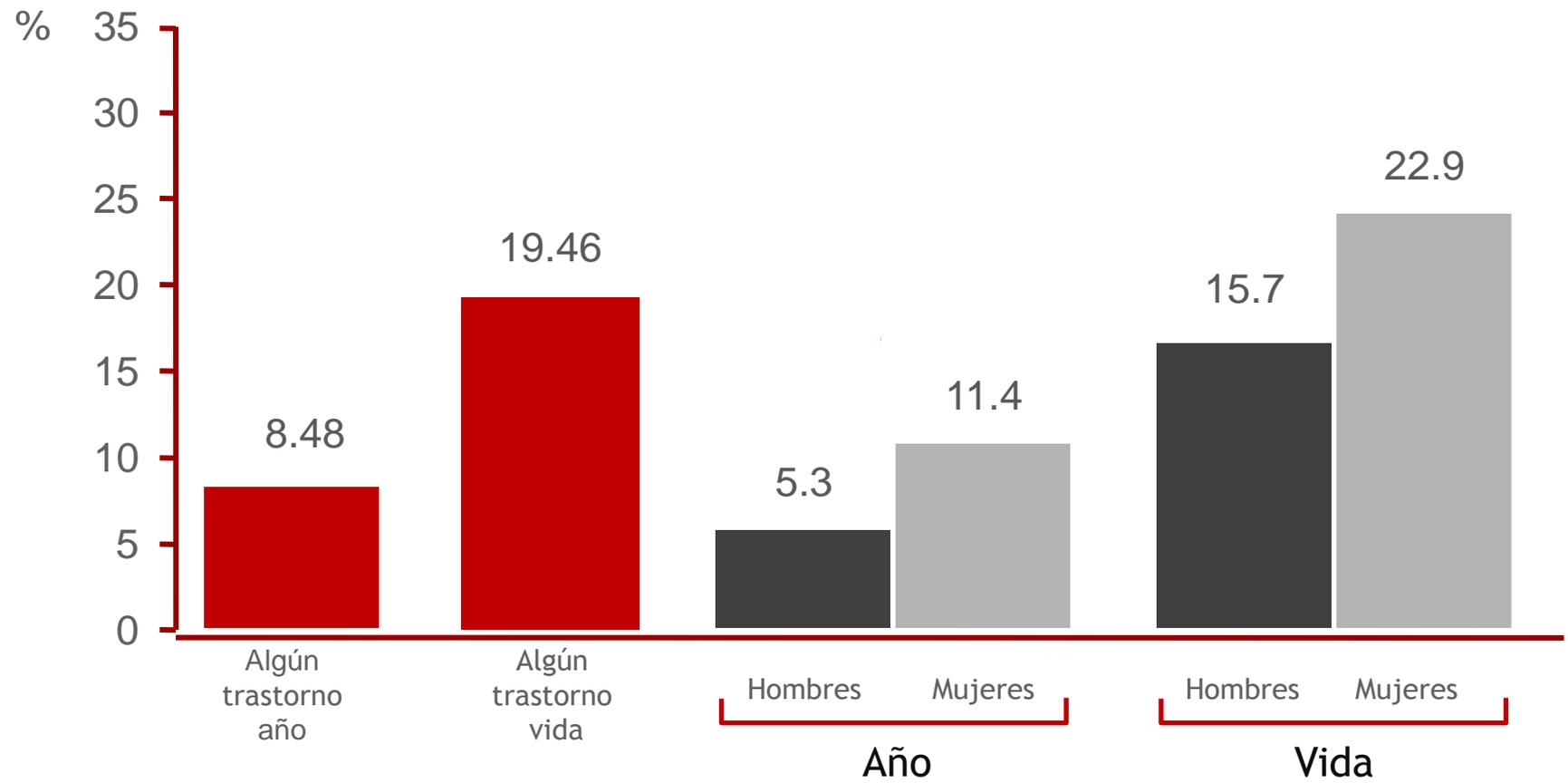


Un **41%** de la población estudiada ha sufrido o sufre un trastorno mental en el último mes



Prevalencia de Trastornos Mentales en Centros Penitenciarios Españoles (Estudio PRECA)

Prevalencia de al menos, un trastorno mental en España



Resultados

La prevalencia de enfermedad mental en población reclusa es alrededor de 5 veces superior a la población general

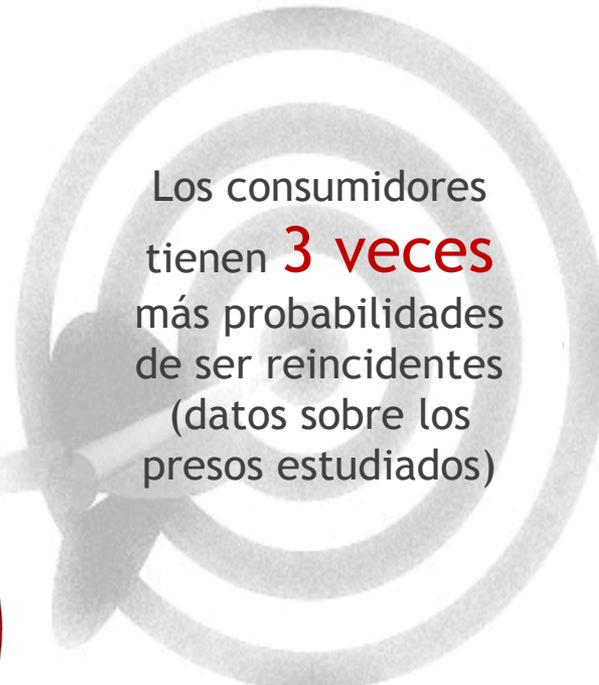
En población general, la prevalencia vida que tiene un hombre de sufrir un trastorno mental a lo largo de la vida es del 16%

Resultados

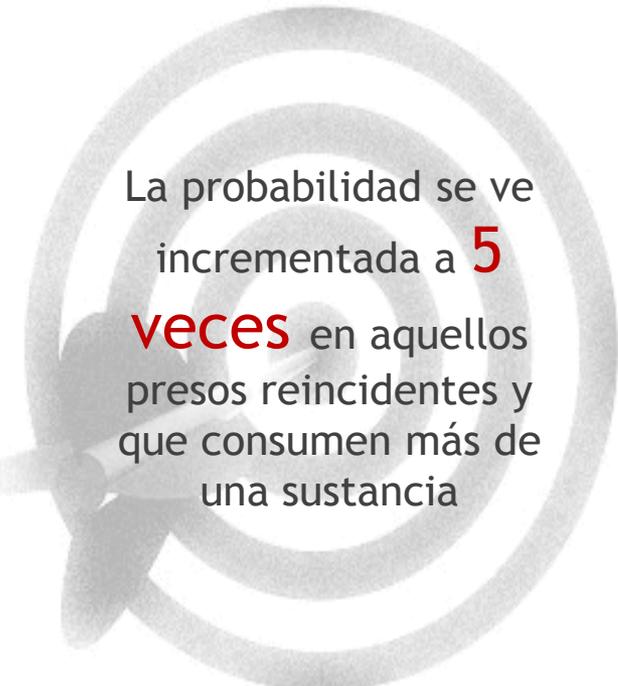
Se manifiesta la estrecha relación entre **consumo de drogas y trastornos mentales** (lo que se conoce como patología inducida)



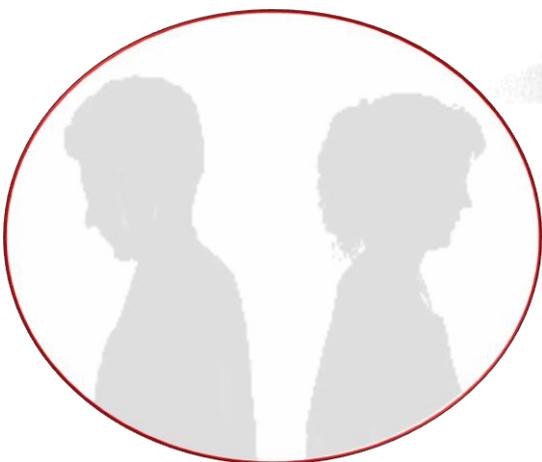
Resultados



Los consumidores
tienen **3 veces**
más probabilidades
de ser reincidentes
(datos sobre los
presos estudiados)



La probabilidad se ve
incrementada a **5**
veces en aquellos
presos reincidentes y
que consumen más de
una sustancia



Resultados

Hay que destacar, como dato sociodemográfico significativo, que dentro de la población penitenciaria, **la extranjera** es especialmente vulnerable.





Cronologia

- 1985** Competències de Catalunya a l'Administració Penitenciària.
- 2001** Acord entre Departament de Justícia, Departament de Sanitat i l'Orde Hospitalària Sant Joan de Déu, vers el qual el "Parc Sanitari Sant Joan de Déu", aleshores anomenat "Sant Joan de Déu Serveis de Salut Mental" assumeix la gestió dels recursos psiquiàtrics penitenciaris de Barcelona.
- 2001** Posada en marxa de la Unitat Psiquiàtrica Polivalent del centre penitenciari "Quatre Camins".
- 2003** Unitat d'Hospitalització Psiquiàtrica Penitenciària de Catalunya (UHPP), en el centre penitenciari de Brians I.
- 2006** Unitat Terapèutica de Justícia Juvenil "Els Til·lers".
- 2007** Assistència ambulatoria especialitzada al centre penitenciari de Brians II.
- 2009** Unitat d'Hospitalització i Rehabilitació Psiquiàtrica Penitenciària Brians 2.

SERVEIS

**Psiquiatres
consultors**

**Centre penitenciari “Wad-Ras”
Presó de Dones**

**Centre penitenciari de joves
“Quatre Camins”**

SERVEIS

Infermeries Psiquiàtriques

Psiquiatres de staff del Parc
Sanitari de Sant Joan de Déu.
A jornada completa

Infermeria Psiquiàtrica del
Centre penitenciari de
preventius d'homes de
Barcelona (“la Model”).

Infermeria psiquiàtrica del
Centre penitenciari de Brians 1

SERVEIS

**Unitats
Psiquiàtriques
Especialitzades**

Equips multidisciplinars del Parc
Sanitari de Sant Joan de Déu.
Tot el personal.

*Unitat Psiquiàtrica Polivalent
“Quatre Camins”*

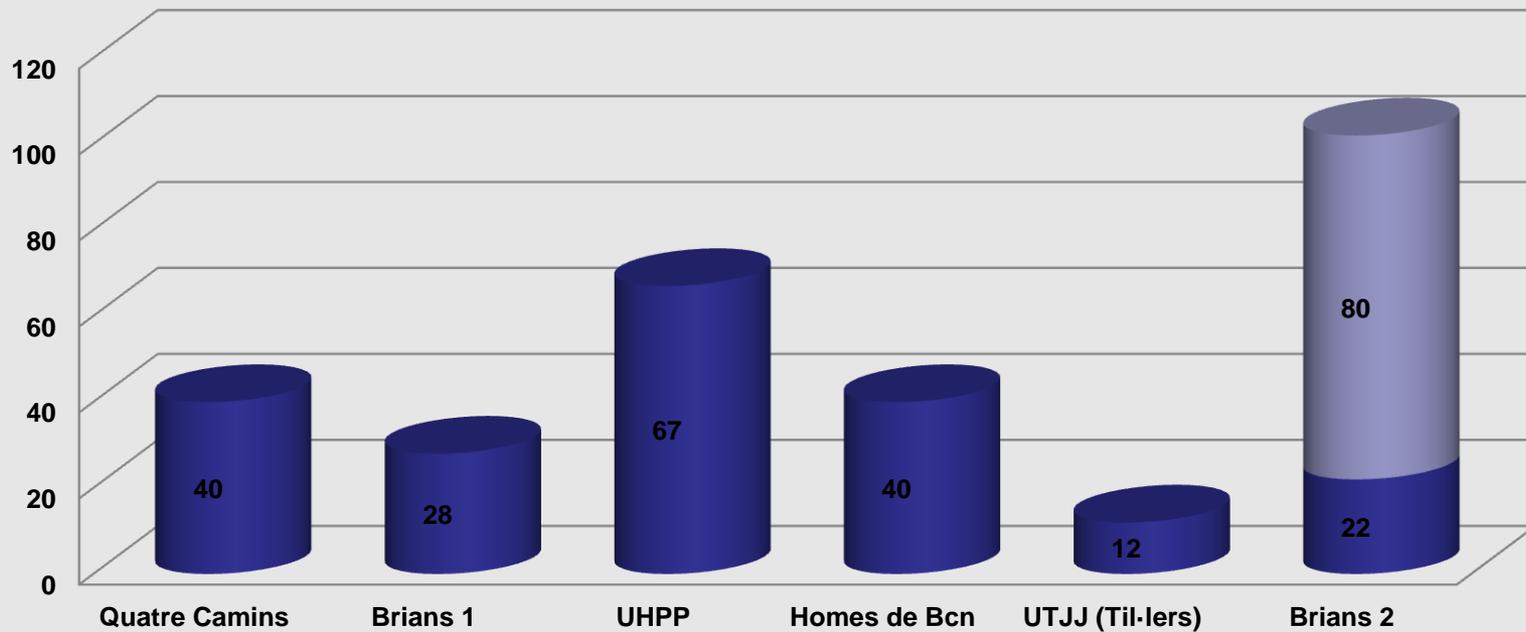
*Unitat d’Hospitalització
Psiquiàtrica Penitenciària de
Catalunya (UHPP-C)*

*Unitat d’Hospitalització i
Rehabilitació Psiquiàtrica
Penitenciària . Brians 2*

*Unitat Terapèutica de Justícia
Juvenil “Til·lers”*

Serveis

ÀREA PENITENCIÀRIA: 209 llits (267 totals, en previsió)



INTERCONSULTATIONS

	2010	2011	2012
CP Brians 1	3023	3305	3471
CPQC	2890	3289	3432
CPHB	1323	1309	
CP Brians 2	2.010	1.705	1695
Justícia Juvenil (12-18 a)			2000

Alrededor de 10000 visitas in adultos .

No estan incluides mujeres perventivas, justicia juvenil (18-23) I prsiones pequeñas

hospitalitat - qualitat - respecte - responsabilitat - espiritualitat

PROS Y CONTRAS DE PSIQ PENITENCIARIA

- Contrás:
 - ✓ Psiquiatrización de conductas desadaptativas.
 - ✓ Ambiente escasamente terapéutico.
- Pros:
 - ✓ Detección precoz de los casos graves.
 - ✓ Posibilidad de seguimiento.
 - ✓ Relación estrecha con el equipo de primaria
 - ✓ Trabajar en equipo con otros recursos no sanitarios.
 - ✓ Investigación y Docencia.

PROBLEMAS 1

- Tratamiento Penitenciario y Servicios Psiquiátricos (falta de coordinación)
- Problemas adaptativos.
- Prisión como factor estresante.
- Falta de recursos comunitarios extrapenitenciarios.
- Otros (trastornos de la personalidad vs personalidades trastornadas).

PROBLEMAS 2

- Escasez de profesionales(salud mental)
- Escaso interés.
- Nula formación en ámbitos forenses.
- Aspectos económicos/ laborales.
- Falta de infraestructuras y cultura sanitaria.
- Dependencia dual (Sanidad y Justicia) tanto en el ámbito médico-legal como puramente sanitario.

CONCLUSIONES

- Alta prevalencia de Tr. Mental , hace que los Equipos de Salud Mental tengan que intervenir tanto dentro de la prision como en su externación. Asistencia Primaria no especializada hasta la Hospitalización.
- Suicidio (unas 10x frecuentes en reclusos).
- Formación tanto de equipos de primaria como psiquiatricos ambulatorios.
- Estudios epidemiológicos e Investigación clínica.
- Dotación de recursos

VIOLENCIA Y SALUD MENTAL

VIOLENCIA

- ❖ Amenaza, intento o daño real físico que es intencional y no consensual
 - ✓ Incluye violencia contra víctimas que carecen de la capacidad de dar consentimiento completo e informado
 - ✓ Incluye acciones que inducen miedo, donde las amenazas pueden ser implícitas o dirigidas a terceras partes

SALUD MENTAL Y VIOLENCIA

- Tradicionalmente se ha comentado que los pacientes psiquiátricos presentaban menos problemas relacionados con la violencia , pero los estudio realizados en los últimos años parecen demostrar lo contrario.
- Algunos motivos eran la actitud paternalista de algunos profesionales de la salud mental, la escasa denuncias en el ámbito familiar, la negativa de la instituciones a registrar episodios de violencia en el pasado, minimización a nivel social, etc.

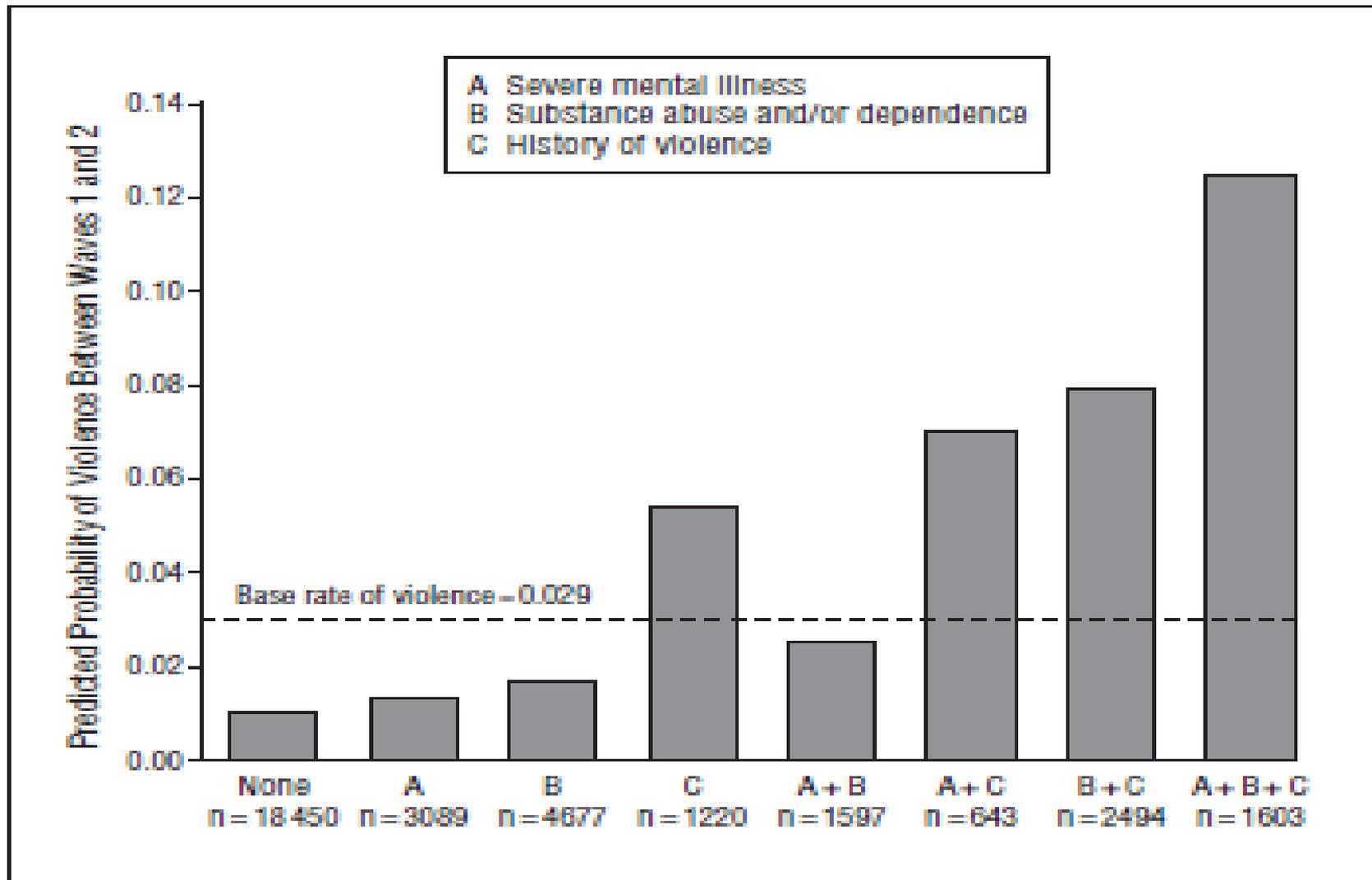


Figure. Predicted probability of any violent behavior between waves 1 and 2 as a function of severe mental illness, substance abuse and/or dependence, and history of violence.

SALUD MENTAL Y VIOLENCIA

- 1966 Northern Finland Birth Cohort (1997)

TABLE 3. Number of Male Subjects in the 1966 Northern Finland Birth Cohort With at Least One Registered Violent Crime, by Diagnosis

DSM-III-R Diagnosis ^a	Number of Subjects	Offenders		Odds Ratio	95% Confidence Interval	Adjusted Odds Ratio	95% Confidence Interval	p ^b
		N	%					
Schizophrenia	51	7	13.7	7.0	3.1-15.9	7.2	3.1-16.6	<0.0001
Schizophreniform and schizoaffective disorders	7	0	0.0	0.0	0.0-0.0	0.0	0.0-0.0	1.00
Mood disorders with psychotic features	6	1	16.7	8.8	1.0-76.2	10.4	1.2-94.0	0.04
Organic mental syndromes and disorders	13	2	15.4	8.0	1.8-36.6	5.0	1.0-23.6	0.04
Paranoid and other psychoses	9	1	11.1	5.5	0.7-44.5	4.7	0.6-39.3	0.15
No mental disorder (reference group)	5,285	117	2.2	1.0				

TABLE 2. Number of Male Subjects in the 1966 Northern Finland Birth Cohort With at Least One Registered Crime, by Diagnosis

DSM-III-R Diagnosis and Code	Number of Subjects	Offenders		Odds Ratio	95% Confidence Interval	Adjusted Odds Ratio	95% Confidence Interval	p ^a
		N	%					
Schizophrenia (295.1, 295.2, 295.3, 295.6, 295.9)	51	10	19.6	3.1	1.5-6.2	3.0	1.4-6.3	<0.004
Schizophreniform and schizoaffective disorders (295.40, 295.70)	7	2	28.6	5.1	1.0-26.2	4.1	0.8-21.9	<0.09
Mood disorders with psychotic features (296.24, 296.34, 296.44, 296.54, 296.64, 296.70)	6	2	33.3	6.3	1.1-34.7	6.8	1.2-38.7	<0.03
Organic mental syndromes and disorders (291.00, 291.10, 291.20, 292, 293, 294)	13	10	76.9	42.2	11.6-154.0	30.3	7.8-117.0	<0.0001
Paranoid and other psychoses (297, 298)	9	3	33.3	6.3	1.6-25.4	5.5	1.3-23.8	<0.02
No mental disorder (reference group)	5,285	387	7.3	1.0				

SALUD MENTAL Y VIOLENCIA

- **Danish Birth Cohort (2000)**

- En hombres: 2,2% hospitalizados con TMS cometieron el 10% de crímenes violentos
- En mujeres 2,6 % hospitalizadas por TMS cometieron el 16% de los crímenes violentos

Table 1. Major Mental Disorders and Violent Arrest*

Diagnosis	Men		Women	
	No. (% Violent)	OR (95% CI)	No. (% Violent)	OR (95% CI)
None (reference group)	163 727 (2.7)	...	150 988 (0.1)	...
Schizophrenia	1143 (11.3)	4.6 (3.8-5.6)	680 (2.8)	23.2 (14.4-37.4)
Psychoses				
Organic	895 (19.4)	8.8 (7.4-10.4)	446 (2.0)	16.6 (8.4-32.6)
Affective	729 (5.2)	2.0 (1.4-2.8)	1234 (0.5)	3.9 (1.7-8.9)
Other	1042 (10.7)	4.4 (3.6-5.3)	1793 (1.2)	9.6 (6.1-15.0)

*OR indicates odds ratio; CI, confidence interval.

SALUD MENTAL Y VIOLENCIA

Dunedin Study(2000) (de 3 a 21a)

Table 1. Proportions of and Risks for Violent Behaviors in the 12 Months Before 21 Years of Age Among 961 Persons With Different Psychiatric Disorders*

DSM-IV-R Axis I Disorder (No. [%])	Court Convictions for Violence (n = 39 [4.1%])		Self-reported Violence (n = 73 [7.6%])		Court Convictions and/or Self-reported Violence (n = 92 [9.6%])		
	No. (% of Subjects)	OR (95% CI)	No. (% of Subjects)	OR (95% CI)	No. (% of Subjects)	OR (95% CI)	AOR (95% CI)
No psychiatric disorder (n = 572 [59.5])	7 (1.2)	...	18 (3.1)	...	22 (3.8)
Psychiatric disorder (n = 389 [40.5])	32 (8.2)	7.2 (3.2-16.6)	55 (14.1)	5.1 (2.9-8.8)	70 (18.0)	5.5 (3.3-9.0)	5.8 (3.5-9.7)
Depression disorders (n = 172 [17.9])	7 (4.1)	1.0 (0.4-2.3)	26 (15.1)	2.8 (1.7-4.7)	27 (15.7)	2.1 (1.3-3.4)	2.9 (1.7-4.8)
Anxiety disorders (n = 170 [17.7])	10 (5.9)	1.6 (0.8-3.4)	16 (9.4)	1.3 (0.7-2.4)	21 (12.4)	1.4 (0.9-2.4)	1.8 (1.0-3.1)
Manic disorder (n = 19 [2.0])	3 (15.8)	4.8 (1.3-17.1)	5 (26.3)	4.6 (1.6-13.2)	5 (26.3)	3.5 (1.2-10.0)	4.9 (1.6-14.9)
Eating disorders (n = 13 [1.4])	1 (7.7)	2.0 (0.3-15.7)	4 (30.8)	5.6 (1.7-18.7)	4 (30.8)	4.3 (1.3-14.4)	6.8 (1.8-25.2)
Alcohol dependence disorder (n = 94 [9.8])	8 (8.5)	2.6 (1.1-6.6)	23 (24.5)	5.4 (3.1-9.4)	24 (25.5)	4.0 (2.4-6.8)	3.4 (2.0-5.9)
Marijuana dependence disorder (n = 91 [9.5])	18 (17.6)	8.1 (4.1-16.0)	24 (26.4)	6.1 (3.5-10.5)	31 (34.1)	6.9 (4.1-11.4)	5.4 (3.2-9.2)
Schizophrenia-spectrum disorder (n = 39 [4.1])	6 (15.4)	5.1 (2.0-13.1)	13 (33.3)	7.1 (3.5-14.6)	13 (33.3)	5.4 (2.6-10.9)	4.6 (2.2-9.7)

*OR indicates odds ratio; CI, confidence interval; AOR, estimates of risk adjusted for socioeconomic status and sex; and ellipses, not applicable. Of the 1020 living subject members, 951 (94%) had current data for our primary measures of mental disorder, violence, and socioeconomic status.

Table 3. Testing Explanations for the Link Between Mental Disorders and Violence in Young Adulthood*

Axis I Mental Disorders Uniquely Linked to Violence	Baseline OR of Violence (95% CI)	Controlling for Each Potential Explanatory Variable					
		Substance Use Before Offending		Excessive Threat Perception		Adolescent Conduct Disorder	
		AOR (95% CI)	% of Change†	AOR (95% CI)	% of Change†	AOR (95% CI)	% of Change†
Alcohol dependence disorder (n = 957)	4.0 (2.4-6.8)	1.7 (0.8-3.5)	58	3.3 (1.9-5.7)	19	2.8 (1.6-5.1)	29
Marijuana dependence disorder (n = 946)	6.9 (4.1-11.4)	3.5 (1.8-6.8)	49	5.6 (3.3-9.5)	19	3.6 (2.1-6.4)	47
Schizophrenia-spectrum disorder (n = 942)	5.4 (2.6-10.9)	4.3 (1.5-12.3)	19	3.6 (1.7-7.8)	32	3.0 (1.3-6.6)	44

*We controlled for substance use before the most serious violent offense, excessive threat perception at 18 years of age, and adolescent conduct disorder from

ESQUIZOFRENIA Y VIOLENCIA

- **Wallace ,Mullent et Burgess (AJP 2004)**
 - Periodo de 25 años en esquizofrenia
 - Asociación significativa de las tasas de condenas , particularmente de delitos violentos.
 - No correlacionado con abusos de sustancias , diferencias en sistema de cuidadoso o síntomas activos.
 - El aumento de condenas a lo largo de los años es proporcional, en los pacientes esquizofrénicos los de la población general condenada.

REINCIDENCIA(COID 2007)

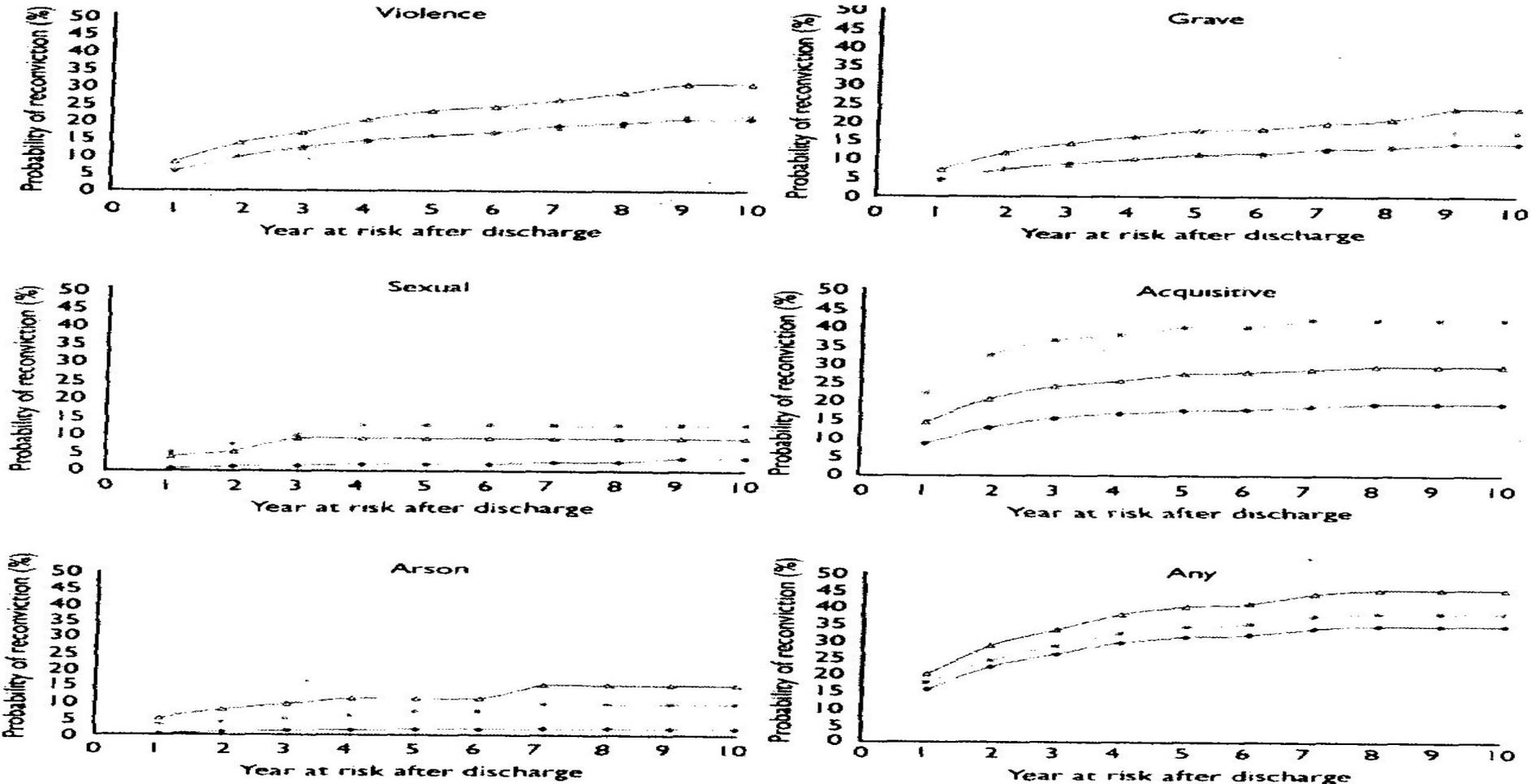
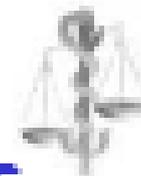
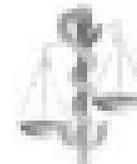


Fig. 1 Cumulative probability of conviction post-discharge according to offence. Sexual offence is for men only.
 —●—, All patients; —■—, index offence of same category; —△—, pre-admission convictions for the same offence.



Recidivism in unselected samples of offenders

source	Time at risk years	sample	Percentage of recidivism
Government report 2001 Germany	2 – 3	All released prisoners in Western Germany	30% reconvictions
Beck 1997 USA	3	108 580 release from prison	41% reconvictions
Nedopil u. Stadtland (2002)	6	468 after forensic assessment	39% reconvictions



Follow-up of forensic patients

authors	Time of dismissal from hospital	Number of patients	Average observation period	Percentage of recidivists	
				Every new entry	Serious reoffences
Gretenkord (1994)	1977-1985	198	8,5 years	29,0 %	11,2 %
Jokusch u. Keller (2001)	1979-1983	41	5 years	61 %	14,6 %
Jokusch u. Keller (2001)	1988-1993	77	5 years	29,9 %	6,5 %
Dessecker (1997)	1980	61	2 years	14 %	4 %
Dessecker (1997)	1988	48	2 years	12 %	0 %
Freese (2003)	1999	122	1 year	3,3 %	0 %
Selfert et al. (2003)	1995-2000	69	4,5 years	10,2 %	6 %
Nedopil u. Stübner (2008)	2000 - 2007	111	5 Jahre	5 %	0,9 %

Risk factors for conviction over two years for patients discharged from medium secure units in England and Wales (n=959)

Variable	Total	No convicted	Odds ratio* (95% CI)
Sex:			
Male	843	135	1
Female	116	10	1.20 (0.5 to 2.87)
Ethnic group:			
White	674	94	1
Black	204	37	1.69 (0.94 to 3.02)
Other	81	14	1.72 (0.80 to 3.66)
Length of stay:			
≤540 days (75th centile)	719	131	1
>540 days	240	14	0.37 (0.17 to 0.78)
History of self harm:			
No	525	94	1
Yes	397	43	0.48 (0.29 to 0.78)
History of alcohol or drug problem:			
No	348	24	1
Yes	584	118	2.20 (1.27 to 3.81)
History of sexual abuse:			
No	788	112	1
Yes	134	21	2.13 (1.06 to 4.30)
Index offence:			
None	148	15	1
Violent	419	53	0.42 (0.17 to 1.00)
Property	147	49	0.95 (0.36 to 2.48)
Sexual	71	8	0.31 (0.09 to 1.08)
Other	167	19	0.19 (0.07 to 0.55)
Previous convictions:			
0	251	7	1
1	71	9	3.60 (1.28 to 10.30)
2-5	242	35	3.44 (1.47 to 8.01)
6-10	134	25	3.68 (1.41 to 9.63)
>10	213	64	6.83 (2.66 to 17.53)
Lost contact with services:			
No	800	105	1
Yes	143	40	2.16 (1.22 to 3.81)

*Odds ratios of conviction over two years are adjusted for all other variables included in the model.

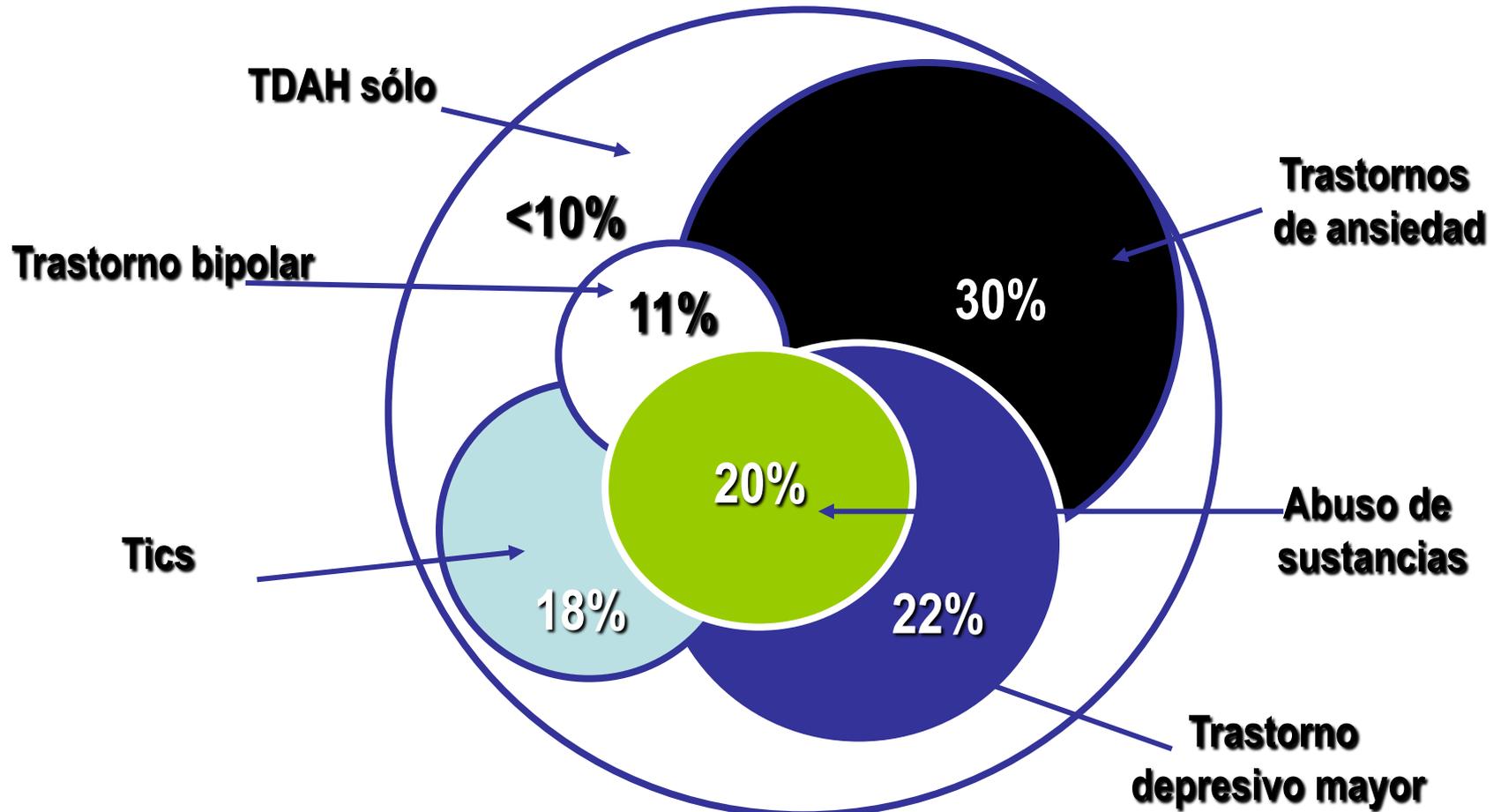
PREVALENÇA TDAH EN INTERNS

- La Prevalença de TDAH en els interns varia entre el 9%-45%.
- Problemes metodològics (sobreestimació de la prevalença)
 - Fonts de informació limitades
 - Revisions retrospectives de símptomes
 - Screening-tools comunitàries
 - Mostres no representatives de interns.

K L. Appelbaum, (2008) Am J Psychiatry 165:12, December

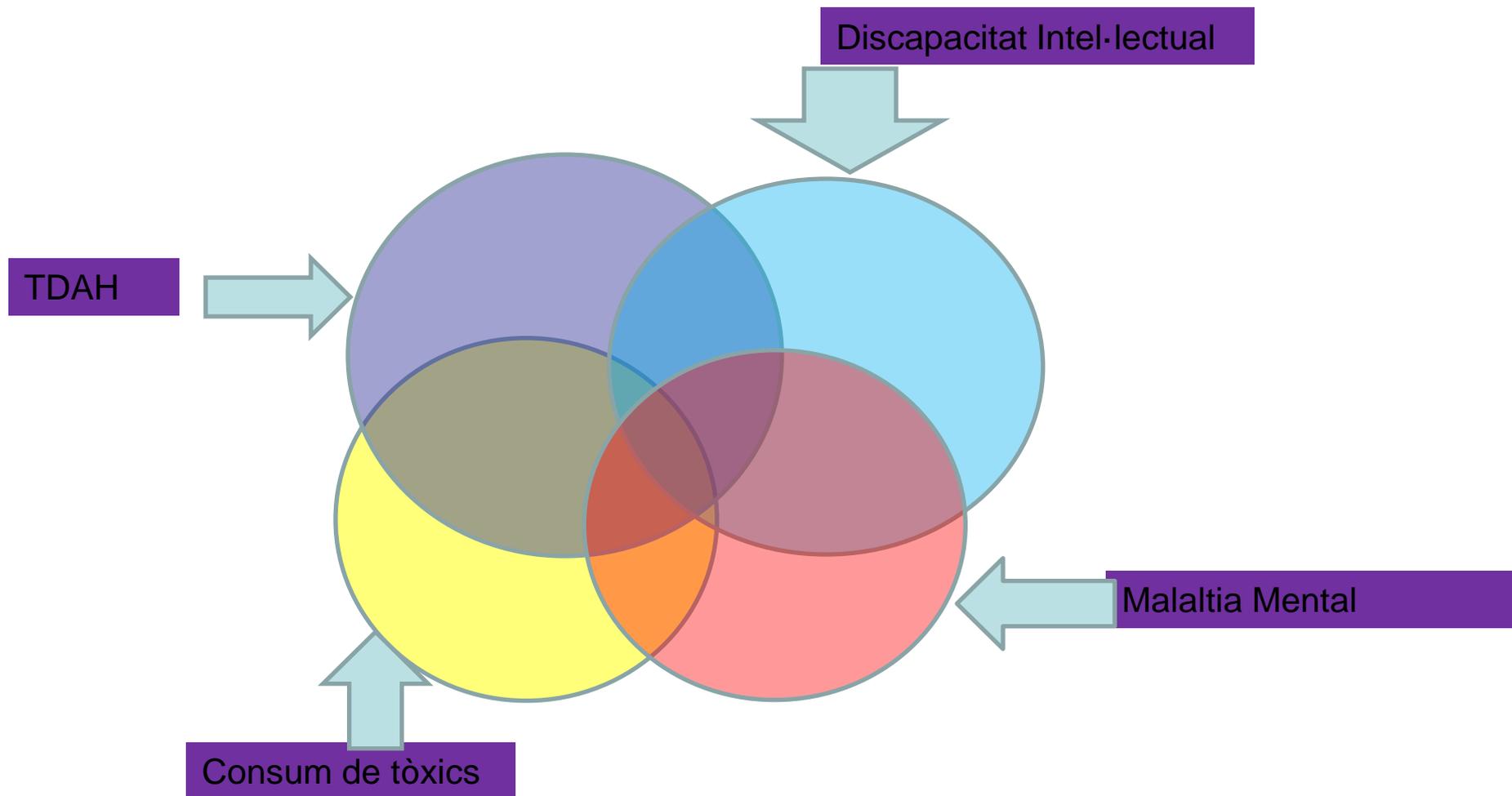
- * **Catalunya te una població penitenciària de 10000 interns, uns 900 interns amb TDAH**

COMORBIDITAT ADULTS



Adapted from Biederman et al. Am J Psychiatry. 2002;159:36-42

COMORBIDITAT



DELICTE I TDAH

- Relació amb els delictes

- Conducció(Inquietud)
- Robatoris(Impulsivitat)
- Sexual (Hipersexualitat)
- Ordre Públic (Escàs control)

- Factor de risc

- Impulsivitat
- Inestabilitat emocional
- Afectació cognitiva
- Tr. Personalitat
- Comorbidity
Psiquiàtrica
- Abús de substàncies
- Hipersexualitat

TDAH I CONDUCTA CRIMINAL

- Metaanàlisi (Pratt et al, 2002)
 - Un estreta relació entre TDAH i conducta delictiva/ criminal
- Psicopatia i TDAH (Eisenbarth, 2008)
- Discapacitat Intel·lectual /TDAH/ Delinqüència (Einat ,2008)
 - 30% TDAH i RM en presó israeliana
- Relació entre conducta la infància i relació amb delictes consum de alcohol i violents (Eklund, 2003).

- Interns amb TDAH
 - 4-5 vegades ser arrestat
 - TDHA a la Infància i Contacte amb la policia
 - Conducta criminal precoç

TDAH I PSICOPATIA

- La psicopatia i el TDAH comparteixen diversos símptomes.
- Causa de comorbiditat. S'ha suggerit que TDAH podria produir una psicopatia de tipus secundari
- Problemes en el control executiu que corresponen a la impulsivitat i manca de inhibició de la violència estan presents en ambdós trastorns.
- Psicopatia ≠ TDAH : Callous emotional traits (dèficit de processament de les emocions-amígdala)
- TDAH ≠ Psicopatia en els dèficits de atenció.
- Homes adults mostren més conductes antisocial y externalitzant que en dones.

H Eisenbarth (2005) , Personality and Individual Differences

TDAH I PRESÓ

- Síntomes a la infància de TDAH
 - 24% TDAH infància (56% atenció, 17% impulsiu/hiperactiu i 27% combinat)
- Síntomes actuals
 - **6%** TDAH actual (45% atenció, 36% impulsius/hiperactius i 18% combinat)
 - **56% Simptomàtics o en remissió parcial**
- Trast. Antisocial de la personalitat: 63%
- **Incidents crítics: TDAH te un efecte significatiu nombre total de incidents, severitat del incidents, agressions verbals i físics**
- **Funcionament. TDAH es un predictor molt mes poderós de malfuncionament que el TAP. (odds ratios de 2.036 y 8.31 per TAP i TDAH)**

DIFICULTATS PER TRACTAMENT

- Possibilitat de us inadequat dels fàrmacs
- Escàs reconeixement per part del equips sanitaris i psiquiàtrics del diagnòstic i tractament del TDAH
- Dificultats per dispensació dels fàrmacs.
- Escassa consciència de malaltia



CONSEQÜÈNCIES LEGALS

- Més nombre de sancions.
- Mes agressions / problemes interpersonals
- Dificultats familiars
- Llibertat condicional.
- Ocupació
- Capacitat per conduir





Coyote vs Correccaminos

ACADEMIA DE CIENCIAS
MEDIQUES DE CATALUNYA.

Gener 2014

VÍCTIMAS

- ✓ **En el 64% de los casos, eran varones tanto la víctima como el homicida**
- ✓ **En el 3% de los homicidios tanto la víctima como el homicida eran mujeres**
- ✓ **En el 25% de los casos las víctimas eran desconocidas**
- ✓ **Las mujeres homicidas mataron a sus propios hijos en el 25% de los casos y a su pareja en el 33% de los casos**
- ✓ **De los homicidas mayores de 60 años, el 66% mataron a su pareja**

MEDIDAS DE SEGURIDAD

hospitalitat - qualitat - respecte - responsabilitat - espiritualitat

Manejo MS

- Valoración forense
- Sentencia
- Tratamiento
- Seguimiento
- Externación /libertad

CÓDIGO PENAL

- Art 95: Las medidas de seguridad se aplicaran por el Juez o Tribunal siempre que concurren estas circunstancias:
 - 1.- Que el sujeto haya cometido un hecho previsto como delito.
 - 2.- Que del hecho y las circunstancias personales del sujeto pueda deducirse un pronóstico de comportamiento futuro que revele la probabilidad de comisión de nuevos delitos.
- No aplicable en detención preventiva de otros paises.

CÓDIGO PENAL

- Medidas de seguridad (Art 96)

Privativas

- Internamiento en Centro Psiquiatrico
- Centro de deshabitacion
- Centro educativo especial

No privativas (residencia, derecho a conducir vehiculos, inhabilitación profesional ,etc)

*Donde las vais a ver en: Agudos, subagudos, larga estancia, CSM's, CAS,etc

Manejo psiquiátrico MS

- Estabilización psicopatológica



- Rehabilitación psiquiátrica



- Extenuación /derivación/libertad

Permisos. Objetivos

- Vinculación familiar
- Vinculación asistencial
- Desinstitucionalización
- Lúdicos
- Reinserción social y laboral
- Otros

MS Permisos. Problemas

- **Internos**

- Prejuicios sobre tipo de delito.
- Estigma trastorno mental.
- Decisión consensuada con profesionales ajenos a la salud mental.

- **Externos**

- Estigma
- Prejuicios sobre enfermos mentales con delitos
- Recursos inadecuados
- Recurso insuficientes en ambientes muy marginales y emigración.

M.S.(Art 97). Modificaciones

- A) Cuando desaparezca la peligrosidad criminal del sujeto.
- B) Sustituir la medida de seguridad por otra que se estime más adecuada
- C) Dejar en suspenso la aplicación.

Factores importantes en los cambios de m.s.

- Informes
- Contacto con otros servicios
- Contacto con el juez
- Aspectos éticos
- Aspectos estigmatizantes
- Responsabilidad social

RECURSOS SANITARIOS EXISTENTES

Centro penitenciario

Enfermerías psiquiátricas
Módulos Residenciales
Hospitales Psiquiátricos
Penitenciarios

I
n
e
x
i
s
t
e
n
t
e
s

Psiquiatría General

CSMA/HOSPITAL DE
DIA/CAS

Unidad de
Residencial

Unidad de
Agudos

Comunidades
terapéuticas

MEDIDAS COERCITIVAS

TIPOS DE MEDIDAS COERCITIVAS

- Aislamiento psiquiátrico.
- Contención mecánica/física.
- Administración involuntaria de tratamiento.
- Ingreso involuntario.
- Otros? (TAI, Incapacitación, etc).



ÁMBITOS DE APLICACIÓN DE LAS MEDIDAS

- Psiquiatría (Adultos, penitenciaria, etc.)
- Discapacidad intelectual (Residencias)
- Psicogeriatría (Residencias)
- Psiquiatría Infantil /adolescente
- Trastornos orgánicos (Hospitales, clínicas, etc.)

PROTOSCOLOS, PROCEDIMIENTOS, ETC

- Heterogeneidad
- Ausencia de protocolos y procedimientos
- Ciertos protocolos (Solo para cubrir las espaldas del centro asistencial pero no centrado en las necesidades del paciente)
- Ausencia de unas recomendaciones (guías) de aplicación en ámbito estatal



CONTENCIÓN MECANICA AISLAMIENTO

DEFINICIÓN

- La contención es una medida terapéutica puntual, indicada para proteger al paciente y a su entorno de acciones que puedan comportar un riesgo. Con la finalidad de recuperar las capacidades del paciente en el menor tiempo posible.
- La situación de contención conlleva una repercusión emocional tanto para la persona contenida como para las personas que la realizan.
- El abordaje del paciente contenido será individualizado, teniendo al máximo en cuenta la necesaria coordinación del equipo clínico para transmitir siempre un mensaje único al paciente.

PRINCIPIOS DE APLICACIÓN

Dignidad personal

Legalidad

Necesidad

Congruencia

Prohibición de exceso

Temporalidad

Idoneidad de medios

Cuidado

Respeto a la intimidad

Documentación de actuaciones

Fiscalización



Fernando Barrios, DS Vol. 11, Julio-Diciembre
2003

INDICACIONES

Siempre que hayan fracasado otros metodos de contención

- Heteroagresividad física o verbal hacia otros pacientes, personal o entorno.
- Autoagresividad, o riesgo inminente.
- Agitación psicomotriz.
- Grado de desorganización conductual elevada.
- Negativismo extremo a colaborar en el tratamiento (negativas a la toma de medicación y/o alimentación o hidratación)?
- Trastornos del control de impulsos. ?
- Estados confusionales y de desorientación graves. ?
- Contingencia a la terapia conductual de conductas peligrosas.?

CONTRAINDICACIONES

No uso de la contención en las siguientes situaciones

- Respuesta a una conducta molesta.
- Castigo a un paciente per una trasgresión.
- Respuesta al rechazo del tratamiento siempre que existan alternativas terapéuticas.
- Substitución de un tratamiento.
- Existe una alternativa terapéutica diferente y de similar eficacia.
- Demanda del paciente si la indicación no es adecuada.
- Desconocimiento del estado de salud.
- Causes orgánicas.
- Conveniencia o comodidad del equipo.

APLICACIÓN



"Wait! Wait a minute!
Would you hold my glasses?"

- Aplicadas por diversos tipos de profesionales
 - Funcionarios de seguridad, auxiliares, DUE, etc (Coordinación)
- Explicación , a ser posible previa , de los motivos de dicha actuación y de las condiciones necesarias para su cese.
- Aplicar todas las medidas de confort para el paciente.

SEGUIMIENTO DE LA CM

- La situación de CM sería equivalente a una UCI
- Algunos protocolos hablan de la aplicación pero no del seguimiento.
- Se pueden estar entre 2-4 horas sin que nadie controle al paciente
- Hay regulaciones sobre las visitas del médico /DUE pero no de otras necesidades
 - Comer, hábitos fisiológicos, etc.

RECLUSIÓN Y RESTRICCIÓN EN ENFERMEDADES MENTALES GRAVES

SAILAS E, FENTON M

Revisión Cochrane, (*La Biblioteca Cochrane Plus, 2008, Número 2*)

- No existen estudios controlados que evalúen el valor de la reclusión o la restricción en personas con enfermedades mentales graves.
- Hay informes de efectos adversos graves de estas técnicas en revisiones cualitativas.
- Se necesita desarrollar formas alternativas de tratar conductas no deseadas o perjudiciales. Por lo tanto, se debe cuestionar el uso continuo de la reclusión o la restricción en ensayos aleatorios bien diseñados e informados que sean generalizables a la práctica regular

CONCLUSIONES DE LOS AUTORES

Implicaciones para la práctica

- A falta de ensayos controlados, no se puede hacer recomendación alguna acerca de la efectividad, el beneficio o el carácter nocivo. El uso se debe reducir al mínimo por razones éticas.
- Informes de efectos adversos graves , se necesitan ensayos controlados aleatorios para probar los beneficios y los daños
- Aunque desagradables pueden ser prácticos y seguros.
- Por otro lado, el uso de reclusión y restricción podría producir mayor morbilidad y mortalidad que un fármaco alternativo o enfoques no-farmacológicos.
- Los enfermos graves podrían especificar previamente qué técnica encontraría preferible si estado mental se deteriorara gravemente.

¿La contención/ aislamiento son abordajes infrecuentes ?



Algunos datos orientativos

DATOS INTERNACIONALES (FINLANDIA)

Table 1 The proportion (%) of and the risk (RR, 95% CI) for being secluded (S) or restrained (R) during the study week for all patients in psychiatric hospitals

Study year	Number of all psychiatric in-patients ^a	Number of S patients	S patients of all psychiatric in-patients (%)	RR (95% CI)	Number of R patients	R patients of all psychiatric in-patients (%)	RR (95% CI)
1990	6,417	94	1.5	1.0	75	1.2	1.0
1991	6,103	107	1.8	1.19 (0.91–1.58)	43	0.7	0.60 (0.42–0.88)
1994	5,785	71	1.2	0.84 (0.62–1.14)	86	1.5	1.27 (0.94–1.73)
1998	5,170	59	1.1	0.78 (0.56–1.08)	40	0.8	0.66 (0.45–0.97)
2004	4,589	59	1.3	0.88 (0.64–1.21)	36	0.8	0.67 (0.45–0.99)

^aNumber of all psychiatric inpatients is obtained from the HILMO-data

Kelski-Valkama et al, Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol (2007) 42:747–752

Intervenciones para reducir el aislamiento en centros psiquiátricos

Revisión de la literatura.

Terapéuticos

- Examinar el contexto de los recursos
- Mejorar el plan de tratamiento
- Monitorizar episodios de AP
- Equipos de emergencia psiquiátrica
- Monitorización de los pacientes
- Intervenciones farmacológicas,
- Pacientes como participantes activos en CM y AP
- Cambios en el entorno (terapéutico y ambiental)

Staff

- Deben usarse intervenciones múltiples , incluyendo soporte en función del estado del paciente
- Integrado
- Liderazgo
- Aumentar ratios stafft-paciente
- Education, formación
- Aumentar seguridad y bienestar

Cadeyrn J et al British Journal of Psychiatry (2007), 191, 298-303

TRATAMIENTO MEDICO FORZOSO

hospitalitat - qualitat - respecte - responsabilitat - espiritualitat

TRATAMIENTO MEDICO FORZOSO

- En casos en los que fracasado otras intervenciones.
- Siempre se ha debería ofrecer medicación oral.
- Solo debería darse en aquellos casos que exista un beneficio claro.
- No sustituto de falta de tiempo / molestia
- De forma preventiva?



Bergk *et al. BMC Psychiatry* 2010, **10**:5
<http://www.biomedcentral.com/1471-244X/10/5>

Table 1 Sample characteristics

Patients	Secluded (N = 60)	Mechanically restrained (n = 42)
----------	----------------------	-------------------------------------

Table 1: Sample characteristics (Continued)

	StdDev. 25.2	62.2
Former coercive interventions		
Former mechanical restraint	46.7%	45.2%
Former seclusion	51.7%	31.0%
Former forced medication	45.0%	42.9%

MAL USO DE LAS MEDIDAS COERCITIVAS

- **Por exceso:** Suele indicar déficit personales /servicio
- **Por defecto:** Ausencia del uso de dichas medidas.
- **Dificultades técnicas**
 - Falta de personal
 - Falta de coordinación
 - Falta de formación
 - Formación en valores



ALGUNAS IDEAS PARA LA DISCUSIÓN

- **Alternativas a.**
 - **Aislamiento**
 - **Contención mecánicas**
 - **Medicación forzosa**
 - **Tratamiento involuntario**
 - **Otros**

MARCO CONCEPTUAL PSSJD

“La persona necesitada de atención, sea cual sea su estado psicopatológico, es considerada con la más absoluta dignidad y como sujeto con todos los derechos y obligaciones que correspondan jurídicamente.

Las restricciones que, de manera parcial, temporal o permanente, sean necesarias según su estado psicopatológico, tendrían que tener el soporte legal previsto, y se decidirían de acuerdo con un marco profesional, protocolizado y controlado”.

¿PREGUNTAS?

E-mail contacte: vtorth@pssjd.org

Parc Sanitari
Sant
Joan
de Déu



**RTM-IV .

hospitalitat - qualitat - respecte - responsabilitat - espiritualitat