

Este trabajo realizado en el entorno penitenciario ecuatoriano, tiene como objetivo principal conocer mejor la salud mental de una muestra de reclusos hombres y mujeres, que han cometido diversos delitos por los cuales cumplen una pena privativa de libertad. Esta tesis está dividida en cuatro capítulos, en el primer capítulo se aborda el planteamiento teórico, desde el concepto de delito, los factores explicativos del mismo, el sistema penitenciario, el trabajo de la psicología en este medio y la salud mental en la población reclusa. En el segundo capítulo se describe la metodología utilizada para llevar a cabo este trabajo. El capítulo tercero recoge los cinco estudios empíricos realizados. En el primer estudio se describe y se compara la población reclusa con la población general en síntomas y trastornos psicopatológicos. El segundo trabajo, se centra en la descripción y comparación de las características y patrones de personalidad en la población reclusa y se comparan con una muestra de la población general. El tercer estudio aborda la situación psicológica de las mujeres internas frente a los hombres. El cuarto estudio, explora las experiencias traumáticas tanto en hombres como en mujeres penados/as, y su repercusión en la sintomatología y la agresividad. Finalmente el quinto estudio, trata sobre la reincidencia penitenciaria, describiendo los factores psicopatológicos y delictivos que caracterizan a los reclusos reincidentes y analizando los factores que se relacionan con la reincidencia. Por último, el capítulo cuarto presenta las conclusiones generales de esta tesis doctoral. En definitiva, el presente trabajo trata de contribuir a hacer más visible la problemática de la salud mental en los centros penitenciarios, que es un área poco abordada en el eje de tratamiento penitenciario ecuatoriano. Asimismo, se espera que este trabajo constituya un aporte para el nuevo modelo de gestión penitenciaria del país.

Salud mental en población penitenciaria ecuatoriana.

Verónica Alexandra Molina Coloma, 2019

SALUD MENTAL EN POBLACIÓN PENITENCIARIA ECUATORIANA

VERÓNICA ALEXANDRA
MOLINA COLOMA

Donostia- San Sebastián 2019

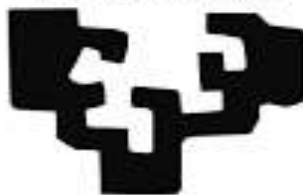


Universidad
del País Vasco Euskal Herriko
Unibertsitatea



Master eta Dokorego Eskola
Escuela de Máster y Doctorado
Master and Doctoral School

eman ta zabal zazu



Universidad
del País Vasco

Euskal Herriko
Unibertsitatea

Departamento de Personalidad, Evaluación y
Tratamiento Psicológico

Facultad de Psicología

Tesis doctoral regulada por RD99/2011

**SALUD MENTAL EN POBLACIÓN PENITENCIARIA
ECUATORIANA**

VERÓNICA ALEXANDRA MOLINA COLOMA

Directores

Karmele Salaberría

José Ignacio Pérez

Donostia-San Sebastián 2019

DERECHOS DE AUTOR



La tesis doctoral titulada: “Salud mental en población penitenciaria ecuatoriana” esta licenciada por Verónica Alexandra Molina Coloma. Tiene derecho de copiar, modificar y distribuir esta obra siempre y cuando no haga uso comercial de la misma, indique la autoría y la distribuya bajo las mismas condiciones. Esta obra está bajo una licencia Attribution Non-Commercial Share Alike (cc by-nc-sa).

Para citar este trabajo: Molina-Coloma, V. (2019). *Salud mental en población penitenciaria ecuatoriana* (Tesis Doctoral). Donostia, San Sebastián: Universidad del País Vasco.

Diseño: Verónica Molina Coloma
Imagen de la portada: Valor Creativo
Impreso en Donostia, San Sebastián, 2019

© 2019 Verónica Molina Coloma

Dedicatoria

En memoria

A mi madre Rosa y mi hermana Jessica

A mis padres y hermano

Hernán, Sonia y Paul

A mis sobrinos

Doménica, Michelle, Samantha y Cristian

Agradecimientos

Mis primeras palabras de agradecimiento van dirigidas, a mis directores de tesis, Karmele Salaberría y José Ignacio Pérez por su dirección, sus aportaciones, su paciencia, su apoyo y motivación. Sin ustedes, esto no hubiera sido posible. Para mí, ha sido un privilegio haber trabajado juntos y haberlos tenido como directores de tesis.

También quiero expresar mi gratitud a mi familia, particularmente a mis padres y hermano, Hernán, Sonia y Paúl, a mis tías/os Norma, Cecibel, Jenny, Lupe, Carmen y Javier, a mis primos Andrea, Andrés, Diego, Yessenia, Alex por siempre estar para mí en todo momento durante este camino. A mi compañero de vida, Hiram, por su apoyo incondicional y motivación en este proceso, que ha seguido de cerca la ilusión y el empeño que he puesto en esta tesis. También a mis amigos de Ecuador, Alex, Giovanna, María Augusta, Cristina, Mariuxi, Diana, Anabel, Elizabeth y a mis amigos y compañeros del País Vasco, Mireia, Larraitz, Ahinoa, Martín, Ekaitz, Mikel, Goin, Juan Pablo, Enara y María por su acompañamiento en este trayecto.

Estaré profundamente agradecida a todas las personas que fueron parte de mi muestra, tanto de la población general como de la población penitenciaria. Sin su participación esta tesis no hubiera sido posible. Mi especial agradecimiento a los internos que han colaborado con tanto interés y también por compartirme parte de su vida, no solo para este trabajo, también desde muchos años antes. Fueron mi motivación para querer seguir trabajando en pro de la sanidad penitenciaria y la rehabilitación social.

Agradezco al Centro de Privación de la libertad de Personas Adultas Ambato, por la apertura para la realización de este trabajo, en particular a Dolores Salazar, psicóloga de la cárcel, a quien conozco desde hace muchos años y siempre ha sido un gran apoyo en el ámbito profesional y por compartirme su vasta experiencia en el trabajo con las personas privadas de la libertad. Asimismo quiero agradecer a Eduardo Silva, encargado de las actividades educativas en la cárcel, por su disposición y apoyo facilitando las condiciones para llevar a cabo este trabajo. También quiero dar las gracias a las personas que me facilitaron la apertura de las instalaciones para la recogida de muestra de la población general de la ciudad de Ambato en Ecuador.

Finalmente quiero expresar mi agradecimiento a la Universidad Técnica de Ambato, por apoyarme en este proyecto, en especial a Ismael Gaibor coordinador de la

carrera de Psicología Clínica, por facilitar mi proceso de elaboración de la tesis doctoral en relación a mis horarios de trabajo.

ÍNDICE GENERAL

		Pág.
	RESUMEN	1
Capítulo 1.	PLANTEAMIENTO TEÓRICO	3
1.1.	El delito: concepto y tipos.....	5
1.2.	Factores explicativos de la conducta delictiva.....	14
1.2.1.	Factores individuales.....	14
1.2.2.	Factores sociales.....	26
1.2.3.	Factores ambientales.....	27
1.3.	El sistema penitenciario.....	29
1.3.1.	La prisión, el proceso de ingreso y sus efectos.....	30
1.3.2.	El sistema penitenciario en Ecuador.....	32
1.3.3.	La reincidencia penitenciaria.....	39
1.4.	La psicología penitenciaria.....	42
1.4.1.	Evaluación psicológica.....	45
1.4.2.	Tratamiento psicológico.....	49
1.4.3.	La psicología penitenciaria en Ecuador.....	51
1.5.	La salud mental en el contexto penitenciario.....	54
1.5.1.	Datos generales.....	56
1.5.2.	Datos en Ecuador.....	58
Capítulo 2.	METODOLOGÍA	61
2.1.	Introducción.....	63
2.2.	Objetivos e hipótesis.....	63
2.3.	Participantes.....	66

	Pág.
2.4. Instrumentos de evaluación.....	72
2.5. Procedimiento.....	78
2.6. Análisis de datos.....	79
Capítulo 3. ESTUDIOS EMPÍRICOS.....	81
3.1. Estudio 1: Diferencias generales y entre sexos en salud mental: un estudio comparativo entre población penitenciaria y población general.....	83
Introducción.....	85
Método.....	87
Resultados.....	90
Discusión.....	97
3.2. Estudio 2: La personalidad en población carcelaria: un estudio comparativo en Ecuador.....	101
Introducción.....	103
Método.....	105
Resultados.....	107
Discusión.....	114
3.3. Estudio 3: Mujeres ecuatorianas en prisión: identificación de sus necesidades psicológicas.....	117
Introducción.....	119
Método.....	120
Resultados.....	122
Discusión.....	128
3.4. Study 4: Trauma, psychopathology and aggression in male and female Ecuadorian prisoners: an exploratory study.....	133

	Pág.
Introduction.....	135
Method.....	137
Results.....	139
Discussion.....	146
3.5. Study 5: Personality, psychopathology and their relation with recidivism in a penitentiary sample	149
Introduction.....	155
Method.....	156
Results.....	159
Discussion.....	162
Capítulo 4. CONCLUSIONES.....	167
4.1. Principales hallazgos y discusión general.....	169
4.2. Limitaciones.....	177
4.3. Implicaciones para la intervención psicológica.....	178
4.4. Propuestas para futuras investigaciones.....	182
4.5. Conclusión.....	183
REFERENCIAS.....	185
ANEXOS.....	225
A. Certificación del Centro de Privación de la Libertad de Personas Adultas Ambato.....	227
B. Carta informativa.....	228
C. Consentimiento informado.....	230
D. Cuestionario sociodemográfico y de salud.....	231

	Pág.
E. Cuestionario del delito y condena.....	233

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

	Pág.
Tabla 1 Capítulos del Código Orgánico Integral Penal de Ecuador (COIP).....	7
Tabla 2 Factores individuales.....	14
Tabla 3 Factores sociales.....	26
Tabla 4 Factores ambientales.....	27
Tabla 5 Ejes de tratamiento integral penitenciario ecuatoriano.....	36
Tabla 6 Entrevistas psicológicas en el contexto penitenciario.....	45
Tabla 7 Área e instrumentos de evaluación.....	46
Tabla 8 Características sociodemográficas de la muestra Estudio 1.....	67
Tabla 9 Características sociodemográficas de la muestra Estudio 2.....	68
Tabla 10 Características sociodemográficas y delictivas Estudio 3.....	69
Tabla 11 Sociodemographic characteristics and type of crime committed Study 4.....	70
Tabla 12 Sociodemographic characteristics and health Study 5.....	71
Tabla 13 Instrumentos de evaluación.....	72
Tabla 14 Datos sociodemográficos y de salud de los participantes.....	93
Tabla 15 Niveles de sintomatología en el SCL-90-R.....	94
Tabla 16 Trastornos psicopatológicos en función de la Entrevista Neuropsiquiátrica MINI.....	95
Tabla 17 Comparación entre reclusos con trastorno y sin trastorno de acuerdo a la Entrevista Neuropsiquiátrica MINI.....	96
Tabla 18 Datos sociodemográficos de los participantes.....	110
Tabla 19 Impulsividad y agresividad.....	111
Tabla 20 Resultados en el MCMI-III.....	112
Tabla 21 Resultados en el MCMI-III en función del punto de corte > 75.....	113

	Pág.
Tabla 22 Características de los reclusos con puntuaciones superiores e inferiores al punto de corte del MCMI-III.....	114
Tabla 23 Características sociodemográficas y delictivas.....	123
Tabla 24 Diferencias entre hombres y mujeres en síntomas psicopatológicos.....	124
Tabla 25 Diferencias entre hombres y mujeres en personalidad y síndromes clínicos en el MCMI-III.....	125
Tabla 26 Correlaciones entre la edad, el tiempo y el número de ingresos en prisión y las experiencias traumáticas con los síntomas psicopatológicos en mujeres.....	126
Tabla 27 Correlaciones entre patrones clínicos de personalidad, síndromes clínicos, la edad, el tiempo y los ingresos en prisión y el número de experiencias traumáticas en mujeres.....	127
Tabla 28 Type of traumatic events in prisoners and general population	140
Tabla 29 Types of traumatic events and presence of PTSD according to sex and age at which the traumatic event occurred in prisoners.	143
Tabla 30 Psychopathological symptoms and and aggression according to intentionality of traumatic event, presence of PTSD, and occurrence of multiple trauma in prisoners.....	144
Tabla 31 Psychopathological symptoms and and aggression according to age at which the traumatic event occurred in prisoners.....	145
Tabla 32 Simple linear regression: number of traumatic events, psychopathological symptoms and and aggression in prisoners..	146
Tabla 33 Comparación en características sociodemográficas, delictivas en función del delito.....	151
Tabla 34 Comparación en cuadros psicopatológicos y de personalidad en función del delito.....	152
Tabla 35 Sociodemographic characteristics and health.....	160
Tabla 36 Recidivism and crime variables.....	160

	Pág.
Tabla 37 Personality patterns and clinical syndromes.....	161
Tabla 38 Predictive variables of recidivism.....	162
Figura 1 La carrera delictiva y sus etapas: distintas trayectorias.....	40

Resumen

Esta tesis doctoral realizada en el entorno penitenciario ecuatoriano, tiene como objetivo principal conocer mejor la salud mental de una muestra de reclusos hombres y mujeres, que han cometido diversos delitos por los cuales cumplen una pena privativa de libertad.

En el contexto ecuatoriano son escasos los trabajos realizados en entornos penitenciarios. Las cárceles en Ecuador constituyen un espacio donde se encuentran 36.661 reclusos (El Telégrafo, 2017), que en cierta medida han sido por mucho tiempo marginados y olvidados. Los principales problemas en el diario vivir del interno han sido de orden psicológico y social. Así, hace tiempo se alertaba de una crisis institucional que no se logró solventar y el gobierno decretó en estado de emergencia al sistema penitenciario vigente en 2011. A raíz de esta situación, se estableció un nuevo modelo de gestión penitenciaria, en el año 2014, con la finalidad de intervenir adecuadamente.

Uno de los ejes de intervención de este modelo está relacionado con la salud mental. Anteriormente, se habían realizado diversos trabajos en este entorno (Carrión, 2006; Potón, 2006; Pontón y Torres, 2007) pero éstos habían abordado aspectos más sociales que psicológicos. En ese sentido, las investigaciones realizadas en Ecuador apenas contemplan la evaluación de los aspectos psicopatológicos y de personalidad de la población reclusa, factores individuales que se consideran predisponentes o mantenedores para la comisión de un delito, junto con los factores sociales y ambientales.

En el contexto carcelario, el estudio de estos factores es más crítico dado el impacto psicológico que el propio medio carcelario tiene sobre la salud mental. Así el conocimiento, la identificación y el tratamiento de los problemas de salud psicológica de los reclusos en las prisiones, constituyen uno de los grandes retos a abordar en el proceso de rehabilitación de los penados.

Esta tesis está dividida en cuatro capítulos, en el primer capítulo se aborda el planteamiento teórico de este trabajo, desde el concepto de delito, los factores explicativos del mismo, el sistema penitenciario, el trabajo de la psicología en este medio y la salud mental en la población reclusa.

En el segundo capítulo se describe la metodología utilizada para llevar a cabo este trabajo. El capítulo tercero recoge los cinco estudios empíricos realizados. En el primer estudio se describe y se compara la población reclusa con la población general en síntomas y trastornos psicopatológicos. El segundo

trabajo, se centra en la descripción y comparación de las características y patrones de personalidad en la población reclusa y se comparan con una muestra de la población general. El tercer estudio aborda la situación psicológica de las mujeres internas frente a los hombres. El cuarto estudio, explora las experiencias traumáticas tanto en hombres como en mujeres penados/as, y su repercusión en la sintomatología y la agresividad. Finalmente el quinto estudio, trata sobre la reincidencia penitenciaria, describiendo los factores psicopatológicos y delictivos que caracterizan a los reclusos reincidentes y analizando los factores que se relacionan con la reincidencia. Por último, el capítulo cuarto presenta las conclusiones generales de esta tesis doctoral.

En definitiva, el presente trabajo trata de contribuir a hacer más visible la problemática de la salud mental en los centros penitenciarios, que es un área poco abordada en el eje del tratamiento penitenciario ecuatoriano. Asimismo, se espera que este trabajo contribuya aportando información para el nuevo modelo de gestión penitenciaria del país, lo que permitiría mejorar las políticas de salud pública establecidas en las cárceles ecuatorianas.



CAPÍTULO 1

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

En este capítulo se presenta una conceptualización teórica relacionada con los estudios realizados en esta tesis doctoral. Así, a lo largo de diversos apartados, se alude al concepto de delito, al sistema penitenciario, a la psicología penitenciaria y a la salud mental en este contexto.

1.1. EL DELITO: CONCEPTO Y TIPOS

El delito ha sido estudiado desde diversas perspectivas, como la sociológica, la antropológica, la económica, etc., en este trabajo se aborda el delito desde una perspectiva psicológica.

Desde una visión institucional, se entiende el delito como la ruptura o transgresión de las normas establecidas por el conjunto de la sociedad en un momento histórico determinado. Normas de carácter penal, administrativo o social, que son recogidas en el ordenamiento jurídico y que se aplican a las personas que viven en sociedad, garantizando sus derechos, libertades y obligaciones (Montalvo-Abiol, 2010).

Desde un punto de vista comportamental, Gottfredson y Hirschi (1990) entienden el delito como una conducta de fuerza, engaño o peligro que realiza un sujeto con la finalidad de lograr un beneficio o satisfacción propia, sin considerar el daño que pueda causar a otros. En ese sentido, estos autores muestran tres elementos característicos de los comportamientos delictivos: la topografía o características de las acciones delictivas; el objetivo, es decir, la finalidad con la que se comete el acto delictivo; y el daño al otro o a la sociedad.

Teniendo en cuenta la topografía, las acciones delictivas pueden ser tanto agresiones directas como indirectas. *La agresión directa* de una persona a otra, se asocia con delitos como los robos con intimidación, la violencia física o sexual, los secuestros, las lesiones, los asesinatos, etc. (Redondo, 2015). Este tipo de conductas se apoyan en los mecanismos neurobiológicos de la agresión, tienen un carácter destructivo sobre las personas o los objetos y pueden expresarse de un modo planificado o aparecer impulsivamente ante situaciones como el consumo de sustancias, la presencia de grupos violentos, o la tenencia de armas (Echeburúa, 2018). Habitualmente el perfil del delincuente violento suele ser varón, con escasa formación académica, con relaciones con otros delincuentes, consumidor de sustancias estupefacientes, a menudo procedente de familias con deficiencias en las habilidades parentales, escasa dedicación a los hijos, y frecuentemente con antecedentes delictivos. En ocasiones, este tipo de delincuentes han sido también víctimas de malos tratos, abandono o abuso (Marchiori, 2014).

Las agresiones indirectas se asocian con delitos como hurtos, estafas, tráfico de drogas, acoso por internet, conducción temeraria de vehículos, blanqueo de capitales, contaminación del medio ambiente, etc. Este tipo de comportamientos, sin violencia explícita, provocan daños sociales que no son menores que la conducta delictiva violenta. A este tipo de delitos sin violencia,

se le denomina delincuencia profesional, ocupacional, corporativa o delincuencia de cuello blanco (Redondo, 2017).

Desde el punto de vista de la finalidad de las conductas delictivas, sea violento o no violento el delito cometido, el objetivo es lograr un beneficio o satisfacción propia, sin considerar el riesgo o daño que pueda causarse a otros. El delincuente suele obtener ventajas materiales o satisfacciones personales y emocionales que se orientan al propio beneficio o del grupo al que pertenece (bandas delictivas). Por último, respecto a los daños que puedan ocasionarse por la comisión de un delito, muchas conductas delictivas manifiestan desprecio hacia la integridad de otros, desinhibición y traspaso de los límites socialmente impuestos (Gottfredson y Hirschi, 1990, Redondo, 2015).

Entre las acciones delictivas, normalmente a la sociedad le preocupan más y le producen mayor temor los delitos violentos o de agresión directa, aunque se den en menor proporción (Redondo, 2017).

- **Tipos de delitos**

Teniendo en cuenta la frecuencia de los actos delictivos, Redondo (2017) señala que los delitos más comunes son contra la propiedad, como las apropiaciones indebidas, el cohecho o diferentes formas de corrupción que tienen como finalidad obtener dinero o propiedades de manera ilegal. En mayor proporción suelen ser robos de bienes y de vehículos en viviendas o en locales comerciales.

Otro delito muy frecuente, es el tráfico y consumo de drogas. Dentro de este tipo de delito se encuentra la fabricación, posesión y transporte de estupefacientes (Expósito-López, 2012). También forman parte de esta categoría delictiva las redes de tráfico y distribución de drogas, que suelen ser de carácter más instrumental y que en muchos casos conllevan la comisión de otros delitos como los robos, las agresiones, las extorsiones e incluso los homicidios (Redondo, 2017).

Los delitos contra la vida como las lesiones, homicidios y asesinatos son menos frecuentes. En Europa occidental se encuentran tasas inferiores a 2 por cada 100.000 habitantes, mientras que en América del Norte y Latinoamérica las cifras oscilan entre 10 y 50 por cada 100.000 habitantes (Redondo, 2017). Este tipo de delito puede mostrarse de forma pura, de una manera separada de otras actividades delictivas, pero también puede darse en el marco de otros delitos. Por ejemplo, durante el robo a alguna persona o durante un intercambio de drogas, donde en los altercados se puede provocar algún tipo de lesión u homicidio grave. Sin embargo estos delitos se dan con menor

frecuencia que otras categorías delictivas (Nguyen, Arbach-Lucioni y Andrés-Pueyo, 2011).

Los delitos sexuales, también pueden presentarse de forma aislada o asociada a otros delitos. Con frecuencia los autores de los delitos sexuales, suelen ser hombres, tanto jóvenes como adultos, y las víctimas suelen ser mujeres adultas, jóvenes, niñas y niños (Redondo, 2017). Este delito presenta una alta cifra negra, dado que muchas víctimas no denuncian por miedo o por vergüenza. Algunos autores señalan que en el caso de que se pudiera conocer la tasa real de la comisión de este tipo de delito seguramente las cifras se triplicarían (Ramos-Lira, Saltijeral, Romero, Caballero y Martínez, 2001).

Desde un punto de vista legislativo, en Ecuador y tomando en consideración el Código Orgánico Integral Penal (COIP), a continuación se describen brevemente los principales delitos tal y como se encuentran recogidos en la normativa y que se resumen en nueve capítulos (Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos y Subsecretaría de Desarrollo Normativo, 2014) (Tabla 1).

Tabla 1. Capítulos del Código Orgánico Integral Penal de Ecuador (COIP)

<p>Capítulo primero: graves violaciones a los derechos humanos y delitos contra el derecho internacional humanitario.</p> <p>Capítulo segundo: delitos contra los derechos de libertad.</p> <p>Capítulo tercero: delitos contra los derechos del buen vivir.</p> <p>Capítulo cuarto: delitos contra el ambiente y la naturaleza o pacha mama.</p> <p>Capítulo quinto: delitos contra la responsabilidad ciudadana.</p> <p>Capítulo sexto: delitos contra la estructura del estado constitucional.</p> <p>Capítulo séptimo: terrorismo y delitos grupales.</p> <p>Capítulo octavo: infracciones de tránsito.</p> <p>Capítulo noveno: contravenciones.</p>

Capítulo primero: graves violaciones a los derechos humanos y delitos contra el derecho internacional humanitario

Se caracterizan por atentar contra la población en general y suponen la violación de derechos humanos colectivos. En este capítulo, aparecen:

- *Delitos contra la humanidad:* genocidio, exterminio, esclavitud, deportación, desaparición forzada.
- *Delitos por trata de personas:* explotación sexual, turismo sexual, prostitución forzada, pornografía con utilización de menores de edad, explotación laboral, adopción ilegal.
- *Diversas formas de explotación:* extracción y tratamiento ilegal de órganos y tejidos, tráfico de órganos, publicidad de tráfico de órganos.
- *Delitos contra personas y bienes protegidos por el Derecho Internacional Humanitario:* crímenes por tráfico de armas, obstrucción a la ayuda humanitaria, atentado físico y sexual, y privación de la libertad a personas protegidas.

De manera general las sentencias que se aplican para los delitos descritos en este capítulo oscilan entre los 13 y 26 años.

Capítulo segundo: delitos contra los derechos de libertad

Se recogen aquí los actos que atentan contra otra persona en sus múltiples formas: física, verbal, sexual y psicológica.

- *Delitos contra la vida:* asesinato, homicidio, feminicidio, sicariato, homicidio involuntario, aborto con muerte, aborto no consentido, aborto consentido. En el caso del asesinato, feminicidio o sicariato, las sentencias varían entre los 22 y los 26 años.
- *Delitos contra la integridad personal:* tortura, lesiones, abandono de personas e intimidación. La sentencia oscila entre 1 y 13 años.
- *Delitos de violencia contra la mujer o miembros del núcleo familiar:* violencia física, violencia psicológica y violencia sexual. La pena privativa de libertad varía en función del daño a la víctima que puede ir desde los 7 días a los 3 años.
- *Delitos contra la libertad personal:* privación ilegal de libertad, secuestro, simulación de secuestro, secuestro extorsivo. La sentencia oscila entre 6 meses y 23 años.
- *Delitos contra la integridad sexual y reproductiva:* acoso y abuso sexual, estupro, distribución de material pornográfico a menores de edad, corrupción de menores de edad, violación, utilización de personas para exhibición pública con fines de naturaleza sexual, contacto u oferta de servicios con finalidad sexual en menores de 18 años por medios electrónicos. Las sentencias oscilan entre 3 y 26 años.
- *Delitos contra el derecho a la igualdad:* discriminación y delitos de odio. La pena privativa de libertad se sitúa entre 1 y 5 años.

- *Delitos contra el derecho a la intimidad personal y familiar:* se consideran los delitos de violación a la intimidad, difusión de información de circulación restringida, revelación de secreto y violación de propiedad privada. La pena puede ir de 1 a 3 años.
- *Delitos contra el derecho al honor y buen nombre:* calumnias y *Delitos contra la libertad de expresión y de culto* tienen sentencias entre los 6 meses y 2 años.
- *Delitos contra la propiedad:* destacan la extorsión, estafa, hurto, abuso de confianza, robo, aprovechamiento ilícito de servicios públicos, usurpación, daño del bien ajeno, quiebra fraudulenta, apropiación fraudulenta por medios electrónicos. La sentencia dependerá del tipo de delito pero puede oscilar entre los 15 días a los 7 años.
- *Delitos contra el derecho a la identidad:* la suplantación y alteración de la identidad y del estado civil. Las sentencias oscilan entre 1 y 10 años.
- *Delitos contra la migración:* tráfico de migrantes. Las sentencias oscilan entre 10 y 26 años.

Capítulo tercero: delitos contra los derechos del buen vivir

Son delitos que atentan contra la convivencia social. En este capítulo se encuentran:

- *Delitos contra el derecho a la salud:* como la manipulación genética, o la contaminación de sustancias destinadas al consumo humano.
- *Delitos por la producción o tráfico ilícito de sustancias catalogadas sujetas a fiscalización:* como la producción, el tráfico ilícito de drogas, material para siembra.
- *Delitos contra la seguridad de los activos de los sistemas de información y comunicación:* revelación ilegal de base de datos, interceptación ilegal de datos, ataque a la integridad de sistemas informáticos, delitos contra la información pública reservada legalmente, acceso no consentido a un sistema informático.
- *Delitos contra los derechos de los consumidores, usuarios y otros agentes del mercado:* engaño al comprador respecto a la identidad o calidad de las cosas o servicios vendidos; administrador o dueño de casinos, salas de juego, casas de apuestas o negocios dedicados a los juegos de azar.
- *Delitos contra el derecho a la cultura:* destrucción o comercialización ilícita y tráfico de bienes del patrimonio cultural, así como su falsificación o adulteración.
- *Delitos contra el derecho al trabajo y la seguridad social:* impedimento o limitación del derecho a la huelga, retención ilegal de aportación a la

seguridad social, falta de afiliación al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) por parte de una persona jurídica.

Las sentencias que se aplican para los delitos descritos en este capítulo oscilan entre 2 meses y 13 años.

Capítulo cuarto: delitos contra el ambiente y la naturaleza o pacha mama

Son delitos que atentan contra los recursos naturales y ponen en peligro las actividades destinadas a promover un medio ambiente saludable.

- *Delitos contra la biodiversidad:* invasión de áreas de importancia ecológica, incendios forestales, delitos contra la flora y fauna silvestres, y contra los recursos del patrimonio genético nacional.
- *Delitos contra los recursos naturales:* contaminación del agua, suelo y aire.
- *Delitos contra la gestión ambiental:* gestión prohibida o no autorizada de productos, residuos, desechos o sustancias peligrosas, y falsedad u ocultamiento de información ambiental.
- *Delitos contra los recursos mineros:* extracción ilícita de recursos mineros, paralización del servicio de distribución de combustibles, adulteración de la calidad o cantidad de productos derivados de los hidrocarburos, del gas licuado, del petróleo o de biocombustibles. Asimismo se incluyen el almacenamiento, transporte, envasado, comercialización y distribución ilegal de hidrocarburos.

Las sentencias que se aplican para los delitos descritos en este capítulo oscilan entre los 3 meses y los 19 años.

Capítulo quinto: delitos contra la responsabilidad ciudadana

Se incluyen los delitos que atentan contra el funcionamiento efectivo de las leyes establecidas por el Estado. En este capítulo, se encuentran:

- *Delitos contra la tutela judicial efectiva:* falso testimonio, acusación o denuncia maliciosa, fraude procesal, revelación de identidad de agente encubierto, informante, testigo o persona protegida; evasión, omisión de denuncia. Las sentencias oscilan entre 6 meses y 10 años.
- *Delitos contra la eficiencia de la administración pública:* enriquecimiento ilícito, cohecho, ataque o resistencia, incumplimiento de decisiones legítimas de la autoridad competente, tráfico de influencias, usurpación y simulación de funciones públicas, uso de fuerza pública contra órdenes de autoridad. Las sentencias oscilan entre 3 y 13 años.
- *Contravenciones (infracciones) contra la eficiencia de la administración pública:* negativa a prestar auxilio solicitado por la autoridad civil,

usurpación de uniformes e insignias. Las sentencias pueden ir desde los 15 días a los 5 años.

- *Delitos contra el régimen de desarrollo:* fraude tributario, enriquecimiento privado no justificado. Las sentencias varían de 5 a 10 años.
- *Delitos contra la administración aduanera:* contrabando, mal uso de exenciones o suspensiones tributarias aduaneras, circunstancias agravantes de los delitos aduaneros. Las sentencias oscilan entre 1 y 5 años.
- *Delitos contra el régimen monetario:* tráfico y falsificación de moneda y otros documentos; producción, tenencia y tráfico de instrumentos destinados a la falsificación de moneda. Las sentencias varían de 1 a 7 años.
- *Delitos económicos:* usura, ocultamiento y divulgación de información financiera reservada, falsedad de la información, operaciones indebidas de seguros, lavado de activos, omisión de control de lavado de activos. Las sentencias oscilan entre 1 mes y 7 años.
- *Delitos contra la fe pública:* falsificación de firmas, uso de documento falso, alteración de recetas y ejercicio ilegal de la profesión. Las sentencias pueden ir desde los 6 meses a los 7 años.
- *Delitos contra los derechos de participación:* obstaculización y fraude del proceso electoral. Las sentencias oscilan de 6 meses a 3 años.

Capítulo sexto: delitos contra la estructura del estado constitucional

Son delitos que atentan contra la estructura y funcionamiento cotidiano de las instituciones que forman parte del Estado como los delitos de rebelión, retención ilegal de mando, quebrantamiento de tregua, insubordinación, destrucción de registros, sabotaje, creación de grupos subversivos, instrucción militar ilegal, infiltración en zonas de seguridad, espionaje y tenencia de armas. Las sentencias oscilan entre los 6 meses a los 10 años.

Capítulo séptimo: terrorismo y delitos grupales: actuaciones terroristas, financiación de grupos del terrorismo, falsa incriminación en delito de terrorismo, delincuencia organizada y asociación ilícita. Las sentencias oscilan entre los 3 y 13 años.

Capítulo octavo: infracciones de tránsito

Esta categoría hace referencia al incumplimiento (acciones u omisiones) de la normativa de circulación en el ámbito del transporte y seguridad vial.

- *Delitos generales:* infracciones de tránsito de peatones, pasajeros, controladores y uso de vehículo para la comisión de delitos. No se aplican penas privativas de libertad.
- *Delitos culposos de tránsito:* muerte causada por consumo de alcohol y sustancias psicotrópicas por parte del conductor. Lesiones causadas por accidente de tránsito, muerte provocada por negligencia de contratista o ejecutor de obra, exceso de pasajeros en transporte público, daños mecánicos previsibles en transporte público. Las penas privativas de libertad en esta categoría puede ir desde los 12 meses a los 3 años.

Capítulo noveno: contravenciones

Utilización de materiales prohibidos o producción de daños a objetos o zonas de uso común por parte de la ciudadanía. Las sentencias varían en función del daño producido, desde el trabajo comunitario hasta una pena privativa de libertad entre los 5 y 30 días.

En general, las penas privativas de libertad en Ecuador tienen una duración de hasta cuarenta años. La duración de la pena empieza a computarse desde la detención. En caso de condena, el tiempo cumplido bajo medida cautelar de prisión preventiva o de arresto domiciliario, se computará en su totalidad a favor de la persona sentenciada.

Además de las penas privativas de libertad, se aplica una multa que varía en función del tiempo de condena y teniendo en cuenta que el salario básico en Ecuador es de 386 dólares americanos.

- Cuando las sentencias son por meses se aplica una multa de 2 a 3 salarios básicos.
- Cuando la pena privativa de libertad es de 1 a 7 años la multa puede ir desde 4 a 12 salarios básicos.
- Cuando la pena privativa de libertad es de 8 a 16 años, las multas oscilan entre 21 y 300 salarios básicos.
- Cuando la sentencia oscila entre 17 y 30 años se aplica una multa de 1000 a 1500 salarios básicos.

Según la Comisión Estadística de Seguridad Ciudadana y Justicia, CESCJ y el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, INEC, (2018), los delitos con mayor número de denuncias son los delitos contra la propiedad. Dentro de esta categoría, los delitos más frecuentes son los robos a personas (18.328), en domicilios (8.437), seguidos del robo de accesorios de vehículos (6.282). Otro delito frecuentemente denunciado en el país, es el delito de violación (3.139) y

en relación a los delitos contra la vida (homicidio, asesinato, feminicidio), se registraron 484 denuncias en el año 2017.

La población total adulta en Ecuador a finales del 2017, era de 11.879.790 personas, 53,84% mujeres y 49,16% hombres (Agencia Central de Inteligencia, 2017). De ese total, 36.661 personas, se encontraban privadas de libertad, siendo el 92% hombres y el 8% mujeres. De esta cifra, 35.695 internos estaban ingresados por delitos, 406 internos estaban penados por contravenciones y 560 se encontraban recluidos por juicio de alimentos (en el COIP no se señala una sentencia concreta para esta categoría pero se indica que es un acto sancionado con pena privativa de libertad).

Del total de los reclusos ingresados por delitos, el 64% están sentenciados y el 36% son reclusos preventivos (MJDHC, 2017; Redacción Justicia, Octubre 2017).

1.2. FACTORES EXPLICATIVOS DE LA CONDUCTA DELICTIVA

Son diversos los factores que intervienen en la explicación de la conducta delictiva y pueden ser agrupados en tres grandes categorías, como propone la teoría del triple riesgo delictivo (Redondo, 2015). Así, el comportamiento delictivo depende de tres variables principales que son los factores individuales, sociales y ambientales, que a continuación se exponen brevemente.

1.2.1. Factores individuales

Los factores individuales constituyen la base sobre la que interactúan los factores sociales y ambientales.

Tabla 2. Factores individuales

Factores biológicos
Características de personalidad
Aprendizaje delictivo
Estilo cognitivo
Experiencias traumáticas
Trastornos mentales

- **Factores biológicos**

Entre los factores individuales, se encuentra los biológicos, en concreto, los aspectos genéticos, neurofisiológicos, etológicos y hormonales que tienen una relación con el comportamiento delictivo (Soria-Verde y González-Monar, 2005). En estudios realizados con hermanos gemelos y mellizos, se halló una probabilidad mayor de que si uno de ellos era delincuente el otro también lo sería. Este hallazgo, mostró que los hermanos gemelos que comparten una similitud genética del 100% presentaban mayores tasas de concordancia en conducta delictiva. Asimismo, los hermanos con una similitud genética del 50% presentaban mayor parecido a sus padres biológicos en cuanto al comportamiento infractor que a sus padres adoptivos (Rowe, 2002; Wrigth, 2000).

Se ha encontrado también relación entre las alteraciones morfológicas en la corteza prefrontal medial, que controla las respuestas vegetativas asociadas a las emociones y a la información exteroceptiva de carácter motivacional relevante para el individuo, con las conductas antisociales y agresivas (Valdez y

Torrealba, 2006). Así como bajos niveles de cortisol en los individuos con escasa empatía y sentimiento de culpa (Carrera-Palao, 2016).

De manera general los factores biológicos encontrados en las personas que han cometido delitos son el cariotipo XYY, la sobreproducción de testosterona, el daño cerebral mínimo, las alteraciones del lóbulo temporal, el bajo nivel de serotonina, la baja tasa cardiaca, así como la reducida activación del sistema nervioso autónomo (Damasio, 2004; Bartol y Bartol, 2010; Farrington, 2008; Portnoy, et al., 2014). Por lo tanto, los factores biológicos parecen tener un cierto peso explicativo sobre la conducta delictiva.

- **Características de Personalidad**

Otro factor frecuentemente estudiado en la conducta criminal son las *características de personalidad*. Para Pervin (1998) la personalidad es una organización compleja de cogniciones, emociones y conductas que proporciona orientaciones y pautas coherentes a la vida de una persona. Está integrada tanto por estructuras, como por procesos y refleja tanto la naturaleza (genes) como el aprendizaje (experiencia). En este sentido, las características o rasgos de personalidad son medianamente estables en el tiempo y en distintas situaciones (López-Soler y López-López, 2003; Millon y Davis, 2001).

Los estilos o tipos de personalidad, se refieren al conjunto de rasgos que conforman categorías, y marcan una tendencia en el individuo para actuar o pensar de determinada manera, suelen ser flexibles si permiten que un sujeto pueda modificar y adaptar sus respuestas a las demandas particulares de la situación y del contexto, y por lo tanto, funcionales. En ese sentido, se podría hablar de una personalidad normal (Caballo, Guillén y Salazar, 2009).

Cuando el patrón de comportamiento y experiencia interna se va tornando fijo, inflexible, persistente y desadaptativo en la cognición, la afectividad, las relaciones interpersonales o el control de los impulsos y provoca en la persona un malestar clínicamente significativo, y/o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, hablamos de trastornos o patrones clínicos de personalidad (Vázquez-Barbosa, 2012).

Históricamente, el estudio de la personalidad en la conducta delictiva, fue iniciado por Lombroso (1876), quien asoció ciertos rasgos físicos como la escasa capacidad craneal, anomalías en los órganos de los sentidos y anomalías genitales con la predisposición a cometer actos delictivos (Lombroso, 1899). Posteriormente, siguiendo esta línea, se crearon las escuelas biotipológicas y constitucionalistas, que intentaron relacionar la conformación física y el

comportamiento delictivo. Sin embargo, actualmente estas teorías no continúan vigentes (Pelechano, 2008).

La mayor parte de los estudios sobre la personalidad en delincuentes parten de la obra de Eysenck (1964), que relaciona la delincuencia con dos de los tres factores temperamentales (extraversión, neurotismo y psicoticismo). De estos factores, los estudios han concluido que la dimensión de psicoticismo y de extraversión se asocian de modo más intenso y consistente con el desarrollo de conductas delictivas (Gomá, Grande, Valero y Puntí, 2001).

Para Luengo, Sobral, Romero y Gómez-Fraguela, (2002), los postulados de Eysenck han servido de base teórica para autores como Gray, Zuckerman y Cloninger. Por ejemplo Gray (1987), asocia la conducta delictiva con una alta sensibilidad para obtener estímulos recompensantes y una susceptibilidad débil al castigo. Para Zuckerman (1997), la búsqueda de sensaciones o tendencia a aproximarse a estímulos gratificantes y la necesidad de estimulación, se asocian con conductas como el consumo de drogas, la implicación en actividades de riesgo, y las conductas delictivas. Finalmente, Cloninger (2002), en su modelo teórico señalaba que altas puntuaciones en la búsqueda de novedad y de recompensa y bajas puntuaciones en evitación al daño, incrementaban el riesgo de vinculación en el consumo de drogas y en conductas antisociales.

De manera general, las características o los rasgos de personalidad que más frecuentemente se asocian al comportamiento antisocial son: la impulsividad, la búsqueda de nuevas experiencias, la dureza emocional, la falta de confiabilidad personal, la extraversión, el psicoticismo, la baja tolerancia a la frustración, la hiperactividad, la hostilidad, la emotividad negativa y el egocentrismo (Redondo, 2015).

Para el estudio de la personalidad de los delincuentes, en estos últimos años se ha trabajado con la propuesta teórica de Millon. Este autor desarrolla una teoría integradora y evolutiva de tipo bio-psico-social de la personalidad (Cardenal y Sánchez, 2007; Jackson, 2004; Millon, 2002; Millon, Grossman, Millon, Meagher y Ramnath, 2006).

El modelo teórico de Millon, señala que la personalidad se organiza en dos niveles. El primero en términos funcionales y estructurales y el segundo en términos de polaridades (Cardenal y Sánchez, 2007).

Por una parte, las características funcionales, se refieren a los procesos dinámicos que ocurren entre el individuo y su entorno psicosocial, es decir, mecanismos de regulación entre la vida interna y externa. Como por ejemplo, los comportamientos observables e interpersonales, estilos cognitivos, y

mecanismos de defensa (Ortiz-González y Scheller D'angelo, 2011). Por otra parte, las características estructurales son aspectos más arraigados y duraderos. Como por ejemplo la autoimagen, las representaciones objetales, la organización morfológica y el temperamento. Finalmente, se encuentran las polaridades de placer-displacer; sí mismo-otros; actividad-pasividad; externa-interna, tangible-intangible, intelecto-afecto; y asimilación-imaginación, entre las que se mueve una persona (Cardenal y Sánchez, 2007).

Las polaridades provienen de cuatro principios evolutivos (Cardenal, Sánchez y Ortiz-Tallo, 2007):

- La existencia, tiene como función la supervivencia y la preservación de la vida, y corresponde a la polaridad psicológica de placer-displacer.
- La adaptación, tiene como función el ajuste a los ecosistemas circundantes por modificación o por acomodación, y la polaridad psicológica se mueve entre la actividad y la pasividad.
- La replicación, se refiere a la modificación y acomodación ecológica, y la polaridad en esta esfera es el sí mismo-los otros.
- La abstracción, se refiere a la aparición de capacidades que fomentan la planificación previa y la toma de decisiones fundamentada en un razonamiento coherente. Las polaridades son externa-interna; tangible-intangible; intelecto-afecto; asimilación-imaginación.

En este sentido y con base a las características funcionales y estructurales, las polaridades actúan como organizadoras y se concretan en un patrón de personalidad (Cardenal, Sánchez y Ortiz-Tallo, 2007).

Así, Millon (2002), concibe la personalidad como el estilo de funcionamiento más o menos distintivo de adaptación de un individuo a su ambiente, y considera un trastorno de personalidad una adaptación desequilibrada, deficiente y conflictiva de un sujeto. En ese sentido Millon y Davis, (1998) señalaron que:

“La medicina ha aprendido que ni los síntomas -los estornudos y las toses- ni tampoco las infecciones intrusas-los virus y las bacterias- son la clave de la salud o la enfermedad. Más bien, el último determinante es la competencia de la propia capacidad defensiva del cuerpo. Así, también en la psicopatología, la clave del bienestar psicológico no es ni la ansiedad ni la depresión, ni los estresores de la temprana niñez o de la vida contemporánea. Más bien, es el equivalente mental del sistema inmunológico del cuerpo -aquella estructura y estilo de procesos psíquicos que representan nuestra capacidad general de percibir y de afrontar

nuestro mundo psicosocial- es decir, el constructo psicológico que denominamos personalidad” (Pág. 191).

Por ello, un sujeto puede estar pasando por un proceso de divorcio (estresor psicosocial) y desarrollar o no un síndrome clínico como una depresión mayor, en función de la personalidad del sujeto (es decir de su sistema inmune). De esta manera, si un sujeto presenta una alteración de la personalidad, es más probable que pueda padecer algún tipo de síndrome clínico en respuesta al estresor psicosocial. La personalidad se convierte así en un factor de vulnerabilidad o de protección, que se comprende desde una perspectiva dimensional, dentro de un continuo y no como categoría nominal discreta. Es decir, la distinción entre los estilos y trastornos de personalidad radica en el grado de intensidad patológica de las conductas, emociones, pensamientos de un sujeto y su nivel de adaptación (Millon y Davis, 2001).

Se han relacionado los trastornos de personalidad descritos en el DSM-5 (APA, 2014) y la actividad delictiva. Del conjunto de los trastornos de personalidad son los trastornos del grupo B, sujetos impulsivos, inestables e inmaduros, los que con mayor frecuencia se han relacionado con las conductas delictivas. A continuación se mencionan brevemente las características y el tipo de delitos asociados a los diversos trastornos de la personalidad.

- **Trastorno de la personalidad Antisocial:** son sujetos impulsivos, agresivos, irresponsables, que violan los derechos de los demás y suelen tener antecedentes de conductas disociales a edades tempranas (Cardenal y Sánchez, 2007). Frecuentemente, este tipo de personalidad, presenta fracaso escolar y dificultades de aprendizaje, junto con contextos sociales desfavorecidos, con carencias económicas y falta de cohesión familiar, donde en ocasiones también se dan conductas antisociales (Esbec y Echeburúa, 2010). Este tipo de personalidad, se ha relacionado con cualquier tipo de delito (Loinaz, 2013).

Es importante aclarar que el trastorno antisocial de la personalidad (TAP) y la psicopatía comparten ciertos criterios diagnósticos (López-Miguel y Núñez-Gaitán, 2009), pero ambos miden constructos diferentes (Esbec y Echeburúa, 2010). En concreto, el TAP se centra más en conductas antisociales y delictivas, mientras que la psicopatía abarca dos factores: las conductas antisociales y los componentes afectivos como la falta de empatía, la crueldad y la ausencia de remordimiento (Esbec y Echeburúa, 2010; 2011; 2015).

Se distinguen entre los psicópatas diversos tipos, en función de los factores etiológicos, las conductas mostradas y el grado de integración

social (Redondo y Garrido, 2013). Según los factores etiológicos se habla de psicópatas primarios (que nacen así, sin necesidad de influencias externas negativas) y secundarios (aquellos que son el resultado de un conflicto emocional no resuelto). Según las conductas mostradas y su grado de integración, se dividen en psicópatas marginales (delincuentes antisociales) e integrados (delincuentes refinados o con una doble vida). Algunos de estos psicópatas integrados socialmente no cometen delitos o suelen ocultarlos (Echeburúa, 2018).

- **Trastorno de la personalidad Límite:** estas personas se caracterizan por la inestabilidad en las relaciones personales y en la afectividad, llevan a cabo esfuerzos frenéticos para evitar el abandono, son impulsivos e hipersensibles a las emociones negativas, tienen conductas de automutilación, presentan una pobre identidad y pueden ejercer abuso psicológico en las relaciones interpersonales (Cardenal y Sánchez, 2007; Vázquez-Barbosa, 2012). Los delitos que se asocian a este tipo de personalidad son los hurtos, la conducción bajo el efecto de sustancias, delitos sexuales y contra la pareja (Esbec y Echeburúa, 2010; Loinaz, 2013).
- **Trastorno de la personalidad Narcisista:** son personas que sienten una necesidad extrema de admiración, son arrogantes, soberbios, sensibles al rechazo o desprecio, incapaces de reconocer los sentimientos ajenos e interpersonalmente suelen ser explotadores. Tienden a presentar conductas violentas (Cardenal y Sánchez, 2007; Esbec y Echeburúa, 2010) que se acrecientan cuando se asocian a rasgos psicopáticos y paranoides (Echeburúa, 2018). Este tipo de personalidad se asocia a delitos como la falsificación, el fraude, la explotación de personas, agresiones sexuales y de pareja (Loinaz, 2013).
- **Trastorno de la personalidad Histriónico:** son personas con sobreactivación emocional, propensión a la fantasía, expresión emocional superficial, hipersensibilidad y comportamiento sexual provocador (Cardenal y Sánchez, 2007). Los delitos como las denuncias falsas para llamar la atención se asocian a este tipo de personalidad (Loinaz, 2013). En ocasiones han sido identificados como líderes de bandas antisociales, que mediante la seducción y la manipulación, empujan a otras personas o a los miembros de su grupo a implicarse en conductas violentas (Blackburn, 2007; Esbec y Echeburúa, 2010).

El segundo grupo de los trastornos de personalidad más relacionado con las conductas delictivas es el grupo A, sujetos raros, excéntricos, solitarios y desconfiados.

- **Trastorno de la personalidad Paranoide:** son sujetos suspicaces, desconfiados, hipersensibles a los desprecios, que albergan rencores y tienden a atribuir intenciones maliciosas a los demás (Cardenal y Sánchez, 2007; Echeburúa, 2018). Los sujetos paranoides suelen mostrar alevosía, premeditación, lucidez y astucia y cometen delitos contra las personas, como por ejemplo lesiones, chantajes, injurias y en los casos más graves homicidios. Este tipo de personalidad es observado en agresores de pareja, algunos asesinos en masa o en serie y delincuentes sexuales (Esbec y Echeburúa, 2010; Loinaz, 2013).
- **Trastorno de la personalidad Esquizoide:** son personas solitarias, con dificultades en la expresión de las emociones y con poco interés en formar parte de actividades sociales (Cardenal y Sánchez, 2007). Se ha asociado al homicidio, el robo, el hurto, y delitos contra la libertad sexual (Esbec y Echeburúa, 2010; Loinaz, 2013), en concreto con menores (Castro-González, López-Castedo y Sueiro-Domínguez (2009). Los delitos suelen ser cometidos en solitario, presentan baja autoestima, déficit en habilidades sociales, aislamiento y el resentimiento les puede conducir a la ira (Vázquez-Barbosa, 2012) y como consecuencia a la comisión de un acto violento hacia una única persona o en masa (Esbec y Echeburúa, 2010).
- **Trastorno de personalidad Esquizotípica:** son personas con creencias raras o pensamiento mágico, suspicaces, suelen presentar una afectividad inapropiada o restringida, y presentan comportamientos raros (Cardenal y Sánchez, 2007). La conducta violenta se presenta en solitario de forma impulsiva y la motivación puede ser extravagante basada en un pensamiento mágico. Las víctimas son frecuentemente personas cercanas (Esbec y Echeburúa, 2010).

El último grupo de trastornos de personalidad menos relacionado con la conducta delictiva es el grupo C, sujetos temerosos, inhibidos, ansiosos y evitativos.

- **Trastorno de personalidad Obsesivo Compulsiva:** se caracterizan por ser rígidos, perfeccionistas, excesivamente escrupulosos en temas de moral y controladores. Suelen experimentar episodios de descontrol sobre la ira acumulada que pueden conducir a agresiones desmedidas a familiares o a la pareja (Cardenal y Sánchez, 2007).
- **Trastorno de personalidad Dependiente:** son personas sumisas, necesitadas de aprobación y afecto, con temor al abandono, que suelen mostrar dificultades para tomar decisiones por sí mismas, ya que se

perciben como personas débiles, incapaces e inútiles (Vázquez-Barbosa, 2012). Se asocia con agresión contra la pareja (Loinaz, 2013) y por su necesidad de aprobación pueden llegar a involucrarse en actividades delictivas y ser cómplices de conductas violentas (Esbec y Echeburúa, 2010). En las mujeres dependientes, se ha encontrado que un factor potencial para cometer delitos es mantener una relación de pareja con criminales (Mauá y Baltieri, 2012).

- **Trastorno de personalidad Evitativa:** son personas que muestran falta de confianza, inhibición, hipersensibilidad a las críticas, y se perciben a sí mismas como socialmente ineptas lo que puede llevarles al aislamiento (Cardenal y Sánchez, 2007). Las actividades delictivas que se asocian con este tipo de personalidad son los delitos sexuales (por ejemplo como venganza contra la mujer) y los asesinatos (Molina-Martín, Trabazo-Arias, López-Sánchez y Fernández-Liaño, 2009) como forma de compensar sus conflictos.

A continuación se añaden otros tipos de personalidad que son propuestos en la teoría de Millon (1990):

- **Personalidad Agresiva (Sádica):** son personas a las que les gusta establecer una relación dominante utilizando crueldad física o violencia, mienten con el fin de hacer daño a otros, humillan, atemorizan y castigan con severidad a los otros (Cardenal y Sánchez, 2007). Es frecuente observar este tipo de personalidad en crímenes violentos, delitos de violación y delitos sexuales con homicidio (Stone, Butler y Young, 2009).
- **Personalidad Negativista (Pasivo-Agresiva):** son personas hostiles, irritables, desprecian a la autoridad, muestran envidia y resentimiento, y quejas exageradas de su mala suerte (Cardenal y Sánchez, 2007). Johnson et al. (2000) hallaron que personas con este tipo de personalidad, suelen estar implicadas en delitos violentos.
- **Personalidad Depresiva:** son personas que con frecuencia se muestran pesimistas, se autodescalifican, tienen baja autoestima, su estado de ánimo habitual se asocia con sentimientos de tristeza, desánimo, infelicidad (Cardenal y Sánchez, 2007). No se han hallado resultados que permitan generalizar este tipo de personalidad con un delito específico, pero sí estudios de casos que asociaron a los sujetos con personalidad depresiva con el delito de asesinato (Stone, 2007), robo o asalto violento,

aunque en menor proporción que otros tipos de personalidad (Johnson, 2000).

Entre todos los tipos de personalidad mencionados son la personalidad antisocial, la psicopatía, la personalidad paranoide, narcisista y límite los que frecuentemente aparecen asociados a la actividad delictiva.

El estudio de la personalidad de los delincuentes tiene relevancia clínica y también jurídico-penal (Esbec y Echeburúa, 2010). El conocimiento de los patrones de personalidad de los delincuentes puede ayudar en la toma de decisiones jurídicas, en la detención de delincuentes violentos, en la asignación a diversos pabellones carcelarios y para el diseño de tratamientos psicológicos en los centros penitenciarios. Asimismo, puede ser útil para la toma de decisiones sobre la libertad condicional, el cambio de régimen, la rebaja de penas y los procesos de reinserción (Echeburúa, Sarasua, Zubizarreta, Amor y Corral, 2010).

- **Aprendizaje delictivo**

Los comportamientos delictivos también son el resultado de experiencias de aprendizaje. Se han desarrollado teorías explicativas, empezando por Sutherland (1939), que propone la teoría de la asociación diferencial. Esta teoría parte de la afirmación de que el comportamiento delictivo es aprendido en la interacción con otras personas, vinculando así factores individuales y sociales (Sutherland, Cressey y Luckenbill, 1992).

La teoría de Sutherland (1939), fue desarrollada posteriormente como una teoría del aprendizaje social, por Burgess y Akers (1966), que cuenta con cuatro mecanismos explicativos. El primero es la asociación diferencial, mediante la que, el individuo tiene una vinculación preferente con alguien que delinque. La vinculación influye de manera diferencial, así las asociaciones tempranas que aparecen precozmente en la vida, frecuentes que perduran durante más tiempo y que son emocionalmente intensas tienen una mayor influencia. El segundo mecanismo se refiere a las definiciones favorables del delito, que dan como resultado el tercer mecanismo que es el reforzamiento diferencial positivo de la conducta delictiva. Finalmente se da la imitación de personas significativas o que son objeto de admiración para el individuo y que cuentan con experiencia delictiva (Redondo y Garrido, 2013). Estos postulados propuestos por Sutherland (1939), y por Burgess y Akers (1966) se aplican en delincuentes comunes y en los delincuentes de “cuello blanco” que normalmente son personas de estatus socioeconómico alto.

- **Estilo cognitivo**

Un factor individual considerado como explicativo del comportamiento delictivo es el *estilo cognitivo*. Las teorías criminológicas consideran al delito como una elección racional y han señalado que las personas razonan y toman la decisión de cometer un delito, considerando los beneficios y costes de llevarlo a cabo (Walsh, 2012). En cambio, las teorías psicológicas, en particular la teoría cognitivo- conductual, (Ross y Fabiano; 1985; Ross, Fabiano y Garrido, 1990), señala que los delincuentes no han adquirido adecuadamente distintas destrezas cognitivas relevantes para una adaptación social adecuada, así el bajo autocontrol no permite una adecuada regulación de los impulsos y esto se traduce en la dificultad para pensar en las consecuencias de las acciones antes de actuar.

En un sentido más clínico, en los delincuentes predomina un estilo cognitivo externalista, que se caracteriza por la tendencia a atribuir la responsabilidad de sus actos a factores externos. Es frecuente también el pensamiento concreto, es decir la dificultad para pensar de manera abstracta y la rigidez conceptual, que se refiere a la dificultad de generar nuevas alternativas de conducta, lo que trae también como consecuencia la dificultad para la resolución de problemas. Se han identificado también una ausencia de razonamiento crítico, predominando los pensamientos ilógicos, distorsionados y prodelictivos. Además, los delincuentes suelen mostrar baja inteligencia emocional, escaso interés en la propia educación y baja implicación laboral (Morgado, 2012; Sigurdsson, Gudjonsson y Peersen, 2001).

- **Experiencias traumáticas**

En los últimos años, se ha prestado particular atención a las *experiencias traumáticas* en los delincuentes. El efecto del maltrato o la victimización, se refleja tanto en problemas de salud mental, como también en la aparición de conductas violentas o delictivas (Topitzes, Mersky y Reynolds, 2012). Por una parte, la victimización se asocia con la presencia de psicopatología, como ansiedad, depresión, estrés postraumático, trastornos disociativos, el desarrollo de psicosis, altos porcentajes de intentos de suicidio y el abuso de sustancias (Chapman, et al., 2004; Chapman, Dube y Anda, 2007; Ford, Hartman, Hawke y Chapman, 2008). Por otra parte, la victimización también se asocia a la violencia posterior y/o actividad delictiva (Topitzes, et al., 2012). Se considera así que la victimización es un factor de mayor riesgo para la implicación en actividades delictivas especialmente en las mujeres (Widom, 2017).

- **Trastornos mentales**

Uno de los temas más debatidos tradicionalmente, en el ámbito jurídico, ha sido si la presencia de determinados comportamientos criminales puede atribuirse a anomalías mentales. En ese sentido y teniendo en cuenta los estudios realizados hasta la actualidad, se ha podido concluir que no todo criminal o delincuente es un enfermo mental, ni todo enfermo mental comete actos delictivos (Núñez-Gaitán y López-Miguel, 2009). Por este motivo, es fundamental resaltar que debe existir una relación de causa-efecto entre el trastorno y el hecho delictivo, para considerar al primero como un factor explicativo o causal del delito (Hernández-Monsalve, 2011; Loinaz, 2013; Vinkers, Van de Vorst, y Hoek, 2012). Por ejemplo, se puede dar el caso de un sujeto con esquizofrenia que lleva a cabo un robo por estar pasando una mala situación socioeconómica y no influido por su trastorno (Loinaz, 2013).

En ese sentido, para establecer una relación entre el trastorno mental y el delito en un juicio penal es importante la presencia de un diagnóstico clínico que señale esta relación causal. Para ello, se han establecido los términos de inimputabilidad e imputabilidad como elementos de culpabilidad. La imputabilidad de manera general, requiere que el sujeto tenga la capacidad de comprender lo injusto del hecho delictivo, y que tenga la capacidad de dirigir su actuación teniendo entendimiento de lo que hace (Echeburúa, 2018; García-López, 2004). La inimputabilidad, supone que un sujeto por problemas de orden psíquico, no tiene la capacidad para comprender cuando ha cometido un delito o no. En ese sentido, resulta complejo identificar los motivos que señalan a una persona como no responsable, por ello cada país determina en los códigos penales correspondientes las razones de imputabilidad o no, así como los factores atenuantes y eximentes (Núñez-Gaitán y López, 2009).

Desde un punto de vista psicopatológico, los cuadros clínicos que frecuentemente se han asociado con el delito son los siguientes:

- **Trastornos Adictivos por sustancias, alcohol y juego:** la influencia del consumo, abuso o dependencia de distintas drogas, así como del juego sobre la comisión de delitos es habitualmente estudiada. Los problemas adictivos frecuentemente median la relación entre el acto delictivo y el sujeto, además de la presencia de casos con patología dual, donde el consumo de sustancias puede ejercer de disparador de conductas delictivas sobre la base de otro trastorno mental. La presencia de una conducta delictiva puede ser instrumental, es decir, dirigida a la obtención de dinero y drogas por ejemplo, pero la presencia del delito puede ser también reactiva, es decir, puede encontrarse relacionada con

la intoxicación. Así, los trastornos adictivos están presentes en muchos tipos de delito (Loinaz, 2013).

- **Trastornos Parafílicos:** como la pedofilia, el froteurismo y el exhibicionismo se presentan asociados a las agresiones sexuales (Loinaz, 2013).
- **Trastornos Bipolares:** según el Instituto Nacional de la Salud Mental, NIH (2016), el período maniaco caracterizado por euforia superficial, exceso de actividad nerviosa, facilidad para distraerse, impulsividad e irritabilidad, fuga de ideas y necesidad de reducir el sueño, se relaciona con delitos como la agresión impulsiva, el delito económico y el vandalismo. Los delitos asociados con la fase depresiva suelen ser particularmente el filicidio y el parricidio, y en ciertas ocasiones seguido del suicidio (Loinaz, 2013).
- **Trastorno Delirante:** Es frecuente observar este tipo de trastorno, concretamente, el delirio de celos en sujetos violentos contra la pareja (Echeburúa, 2018).
- **Trastornos Psicóticos:** se asocian con delitos violentos dentro de un marco familiar, asociados a la presencia de alucinaciones y delirios no tratados adecuadamente (Lieberman y First, 2018; Markowitz, 2011).
- **Trastorno de Estrés Postraumático:** La victimización (maltrato, abuso, acoso...) sobre todo en la infancia puede conducir a albergar sentimientos de rencor, resentimiento, ira y hostilidad que pueden provocar la aparición de comportamientos violentos (Echeburúa, 2018; Medina, 2015).
- **Trastornos Depresivos:** se relacionan con la comisión de delitos como asesinatos en masa, homicidios por compasión o comportamientos antisociales en la adolescencia (Loinaz, 2013).

La relación entre la comisión de un delito y un trastorno mental, no puede generalizarse desde el contexto judicial al contexto penal. La presencia de cuadros psicopatológicos en los reclusos puede deberse a que algunas personas tuvieran trastornos mentales antes del ingreso en prisión, y que han podido conducirles a la comisión de delitos, pero puede ocurrir también que las personas enfermen dentro de la prisión. El ambiente en el interior de las cárceles, con presencia de violencia, condiciones precarias, actividad delictiva

intracarcelaria, así como las presiones que los penados sufren derivadas de su situación familiar pueden conducirles a la aparición o agravamiento de los trastornos mentales.

1.2.2. Factores sociales

A continuación se describen los factores sociales que juegan un papel importante en la comisión de un acto delictivo.

Tabla 3. Factores sociales

Desigualdad
Deficiencias en el control social
Subculturas criminales
Falta de apoyo social e ineficacia colectiva
Estigmatización y exclusión social

- **Desigualdad**

La *desigualdad*, es un problema al que se enfrentan muchos países actualmente. En ese sentido existe una relación positiva entre las dificultades económicas y la delincuencia. La distribución inequitativa de los recursos, la escasez de apoyos sociales y de actividades que promueven el bienestar de los ciudadanos, convierten a determinados grupos sociales en especialmente vulnerables. Así en Latinoamérica, cuanto mayor es el grado de desigualdad social más delincuencia existe (Redondo, 2015).

- **Deficiencias en el control social**

Los contextos e instituciones sociales convencionales (familia, colegio, comunidad), se encargan de controlar la interacción del sujeto con el ambiente. La falta de control por parte de estas instituciones puede favorecer la asociación con conductas delictivas. Así ocurre en las familias, con un control parental deficiente de las conductas de riesgo que pueden cometer algunos adolescentes (Redondo, 2015).

- **Subculturas criminales**

El ingreso de un individuo, particularmente si es joven en una banda criminal, provoca cambios emocionales, actitudinales y conductuales que incrementan la aparición de actividades delictivas y el mantenimiento de las mismas, incluso después de abandonar la banda (Melde y Esbensen, 2011). Asimismo, en contextos donde hay una mayor concentración de grupos

subculturales, se evidencia un rechazo por la ley que también se puede dar en individuos y grupos poderosos (Redondo, 2015).

- **Falta de apoyo social e ineficacia colectiva**

La eficacia colectiva es la disposición a intervenir por el bien común. En ese sentido la *falta de apoyo social* y la *ineficacia colectiva*, son un factor de riesgo para la implicación en actividades delictivas y antisociales. La eficacia colectiva disminuye la aparición de comportamientos antisociales, ayuda a prevenir el delito protegiendo a jóvenes en riesgo y a las familias, y reduce la posibilidad de reincidencia (Hipp, Petersilia y Turner, 2010; Steenbeek y Hipp, 2011).

- **Estigmatización y exclusión social**

Instituciones como la policía, los tribunales y las prisiones en muchas ocasiones adjudican a un individuo la etiqueta de “desviado”, dificultando la reinserción. En este sentido la *estigmatización* y la *exclusión social* dificultan el proceso de reinserción social y promueven la reincidencia (Redondo y Garrido, 2013).

1.2.3. Factores ambientales

En este apartado, se desarrollan los factores ambientales explicativos de la conducta delictiva.

Tabla 4. Factores ambientales

Las situaciones y oportunidades delictivas
El ecosistema delictivo

- **Las situaciones y oportunidades delictivas**

Entre los factores ambientales explicativos de la conducta delictiva, se encuentran *las situaciones y oportunidades delictivas*, que se refiere a que los bienes u ocasiones son percibidos como favorables para la comisión de un delito. Por una parte, las situaciones u oportunidades delictivas específicas se refieren a bienes o víctimas vulnerables como por ejemplo personas ancianas, personas que caminan por la noche por lugares peligrosos, bolsos en mesas vacías en bares concurridos, etc. Por otra parte, las situaciones y oportunidades delictivas globales son ciertos espacios urbanos o ciertas interacciones sociales como por ejemplo, lugares sin control policial o barrios marginales (Redondo, 2015). A estos espacios físicos, actualmente, hay que añadir también el espacio virtual y ambos espacios se encuentran interrelacionados, por ejemplo, una

agresión puede iniciarse a nivel físico y continuar en el espacio virtual (Donner, Marcum, Jennings, Higgins y Banfield, 2014).

- **El ecosistema delictivo**

Newman (1972) señaló que si un lugar específico como por ejemplo, un parque, edificio, calle, presenta una imagen descuida provoca una percepción de aislamiento, deterioro y abandono, y esto tiene como consecuencia que dicha área se convierta en vulnerable para la actividad delictiva (Reynald y Elffers, 2009).

En conclusión se puede señalar que, la comprensión del comportamiento delictivo necesita de un modelo bio-psico-social, al igual que la salud y la enfermedad. En esta tesis, de los tres factores mencionados nos centraremos principalmente en los factores individuales como las características de personalidad y la psicopatología de los sujetos reclusos en prisión.

1.3. EL SISTEMA PENITENCIARIO

Goffman (1972), se refirió a la cárcel como una institución total, precaria, de carácter rígido y violento. El ingreso en prisión emerge como pena privativa de libertad, ante un acto inadecuado dentro de un contexto social. La prisión es una organización o microsistema de la sociedad, donde muchos internos además de vivir, también trabajan aislados de la sociedad, por un período de tiempo limitado y compartiendo una rutina diaria bajo normas, jerarquías, distribución de tareas y canales de información (Instituto Interamericano de Derechos Humanos, IIDH, 1998).

Las cárceles son instituciones que pertenecen generalmente al Ministerio de Justicia o de Interior, son éstos quienes legislan y formulan las reglas y los objetivos de los centros de privación de la libertad.

La prisión, se ha ido transformando desde su conceptualización como institución total que, en un inicio solía tener como única finalidad el castigo por el incumplimiento de la ley, hacia un lugar que busca la reeducación, el tratamiento y la reinserción social de los delincuentes (García-Vita y Melendro, 2013). En ese sentido, las instituciones penitenciarias tienen como objetivo primordial la reeducación y la reinserción social de los sentenciados a penas y medidas privativas de libertad (Legislación Consolidada, 1979). Por ello, actualmente las prisiones tienen la exigencia de cumplir los derechos humanos bajo las líneas fundamentales marcadas por la Organización de las Naciones Unidas (2004), que el Estado, agentes y funcionarios deben cumplir.

La finalidad rehabilitadora de las prisiones, ha generado un sin número de debates sobre el cumplimiento real de la misma. Esta dicotomía entre lo que se pretende y lo que se hace, ha provocado disfuncionalidades tanto en el ámbito judicial como en el penitenciario. Para solventar esta problemática, se han desarrollado aportaciones en cuanto al proceder más adecuado para el fin rehabilitador, pero estas propuestas alternativas no suelen ser bien entendidas por los órganos de poder y de control social. En ese sentido, son muchos los autores que coinciden en mostrar su preocupación por lo que acontece en los distintos países acerca de la incorporación de nuevos tipos penales, agravación de las penas y mayor rigor de la pena en prisión (Morillas-Cueva, 2016).

Diversos autores señalan que es necesario mejorar la política criminal, de manera que se pueda evitar la sobreutilización de la pena de prisión y que se puedan considerar modelos alternativos al cumplimiento de las penas, así como una regulación del tiempo de encarcelamiento (corta, media y larga estancia) en relación a los delitos específicos (Morillas-Cueva, 2014).

Cada país tiene la misión de hacer cumplir las reglas mínimas sobre el actuar en las prisiones, en el marco de los derechos humanos y considerar la aplicación justificada de modelos alternativos al cumplimiento de las penas. En ese sentido concretamente en Ecuador, estos últimos años, se han realizado cambios significativos en el funcionamiento del sistema penitenciario, con el objetivo de mejorar las condiciones carcelarias y tratar de promover la reinserción social (Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos, MJDH, 2014a).

1.3.1. La prisión, el proceso de ingreso y sus efectos

En España, según Yela y Chiclana (2008), cuando una persona ingresa en la cárcel normalmente sigue un itinerario, independientemente de si es un sujeto con condena o preventivo. Inicialmente se evalúa al interno con la finalidad de identificar la presencia de problemas psicológicos y aquellos reclusos que no requieran atención psicológica son remitidos a otros profesionales (trabajadores sociales, educadores...) para que informen sobre su situación social, educativa y laboral. En el caso de detectar problemas psicológicos, como el riesgo de suicidio, el subdirector de tratamiento, autoriza a que el sujeto pueda ingresar en el programa específico de prevención de suicidios.

Una vez recibida la sentencia, el individuo es evaluado por el equipo técnico de la prisión que informa a la Junta de tratamiento sobre su clasificación inicial. El equipo directivo concederá un grado de tratamiento al penado entre los 3 grados progresivos que existen. El primer grado, es el de máxima seguridad, cuenta con pocas actividades comunes y los reclusos carecen de permisos de salida. El segundo grado, el régimen ordinario, cuenta con actividades comunes variadas y con permisos de salida de 36 días anuales. En el tercer grado, de semilibertad, el recluso tiene oportunidad de trabajar, cuenta con permisos de 48 días anuales y salidas de fin de semana. Finalmente se otorga la etapa de libertad condicional (Yela y Chiclana, 2008).

La clasificación de los internos implica el estudio de la personalidad, la inteligencia, las aptitudes, la presencia de trastornos psicopatológicos y la recogida de información sobre el historial laboral y académico. En función de esta evaluación se diseñan los programas individualizados y de reinserción social (Yela y Chiclana, 2008).

En el caso de Ecuador, el proceso de ingreso a prisión es similar al de España. Con el establecimiento del nuevo régimen penitenciario (MJDHC, 2014a), se instauró un itinerario para el interno, aunque no está completamente

implementado en todos los centros penitenciarios de país (Aguilar-Borja, comunicación personal, 24 de septiembre, 2017).

Cuando una persona es la principal sospechosa de un crimen o delito, es detenida por la policía, e ingresa como interno preventivo en el Centro de Detención Provisional (CDP) mientras dura el proceso de instrucción fiscal (fase de investigación con la finalidad de obtener un dictamen acusatorio o de exculpación). Posteriormente, el juez vistas las pruebas y escuchado al detenido dictamina la sentencia y la pena a cumplir y el detenido ingresa en el Centro de Privación de la libertad de Personas Adultas (CPL) (MJDHC, 2014a).

Cuando el delincuente ingresa en prisión, pasa por una etapa de observación y diagnóstico integral por parte del equipo técnico de manera que se realiza la clasificación y ubicación en los pabellones de mínima, media y máxima seguridad (el paso por estas etapas es de carácter progresivo). Concluido el diagnóstico, se adjunta un informe donde se sugiere la ubicación del sujeto y la junta de tratamiento analizará y emitirá una resolución final. Una vez clasificado el interno, pasa a la etapa de desarrollo integral personalizado con el objetivo de desarrollar un plan de vida y poner en su conocimiento las actividades que se están llevando a cabo en prisión y pueda participar en las mismas.

Las actividades contempladas en el modelo de gestión penitenciaria y COIP son educativas, laborales, culturales, deportivas, de crecimiento personal, de restablecimiento de vínculos familiares, y de atención a la salud física y psíquica. Los internos pueden ingresar o asistir voluntariamente a cualquier tipo de actividad que se realice en el centro penitenciario, aunque actualmente no existe una uniformidad en las actividades carcelarias y en particular en las psicológicas (MJDHC, 2014a).

Finalmente, el interno después de cumplir con al menos el 60% de la pena, puede acceder al régimen semiabierto para realizar actividades de inserción familiar, laboral, social y comunitaria fuera del centro con el uso de un dispositivo de vigilancia electrónica. Asimismo, los internos que han cumplimentado el 80% de la pena, tienen acceso al régimen abierto o libertad controlada con el dispositivo de vigilancia electrónica (MJDHC, 2014a).

Todo este proceso de ingreso en prisión y estancia tiene una serie de efectos desde el punto de vista psicológico, tomando en consideración las características propias del lugar, donde la vida parece pararse, cada día se repite al anterior y al posterior, y donde una persona tiene poca capacidad para elegir. En ese sentido, el ingreso en prisión provoca una serie de dificultades en los

penados (Yela y Chiclana, 2008; Williams, Taylor, Walker, Plant, Kissell y Hammond, 2013):

- Incertidumbre ante su situación.
- Desmotivación, pasividad y descuido físico y psíquico.
- Soledad.
- Tendencia a la simulación y justificación.
- Ausencia de control de su propia vida y pocas expectativas de futuro.
- Dificultad para demorar gratificaciones y resolver problemas sin el uso de psicotrópicos.
- Impermeabilidad y frialdad aparente bajo la que se ocultan sentimientos de vulnerabilidad y fragilidad.
- Rabia contenida por el miedo que se vive en dicho contexto.
- Conformidad grupal y autoafirmación agresiva.
- Continuación de la actividad delictiva dentro de la prisión como una forma de trabajo alternativa, trapicheo, etc.
- Alteraciones afectivas: depresión, ansiedad, desconfianza, sumisión, pensamientos negativos hacia sí mismos.

A los efectos que trae como consecuencia la estancia en prisión, se denomina prisionización, que se refiere a la asimilación por parte de los internos de hábitos, usos, costumbres y cultura carcelaria para poder sobrevivir dentro de la prisión (Clemmer, 1940; Goffman, 1972; Crespo, 2007).

1.3.2. El sistema penitenciario en Ecuador

El primer reglamento carcelario en Ecuador data del año 1884. En los primeros años, el funcionamiento del sistema carcelario era muy riguroso y cruel y no se consideraban los derechos humanos, lo que condujo a una necesidad progresiva de modificar el sistema penitenciario. A inicios del siglo XX, empezaron a desarrollarse organismos técnicos-administrativos para la regulación penitenciaria creando un mayor número de cárceles, colonias penitenciarias (Miranda, 2011) y casas adaptadas como prisión (Pontón y Torres, 2007). En el año 1970 se crea la Dirección Nacional de prisiones, y a los dos años de dicha creación se expide un reglamento interno más estructurado con la finalidad de orientar y desarrollar una política nacional en materia carcelaria (Miranda, 2011).

En 1982 mediante la ley publicada en el registro oficial 282, se decreta el cambio de nombre de cárcel o colonia penal, a Centro de Rehabilitación Social (CRS), considerando la prisión como un lugar para la rehabilitación social integral y reincorporación progresiva de los penados a la sociedad. La denominación del individuo que se encontraba en prisión fue modificada, pasando de llamarlos presos o reos a personas privadas de la libertad (ppl) (Miranda, 2011).

Estas modificaciones llevadas a cabo en 1982, no implicaron cambios estructurales y funcionales reales. Entre las principales problemáticas estructurales existentes en las instalaciones se encontraron: los inmuebles deteriorados, las instalaciones sanitarias precarias, la alimentación inadecuada, los equipos profesionales insuficientes, y la atención sanitaria deficiente (Federación Internacional de los Derechos Humanos, FIDH, 2000; Pontón y Torres, 2007). El hacinamiento, uno de los problemas más graves, era resultado de las deficiencias estructurales pero también de la inoperancia funcional en la distribución de los penados en los pabellones y celdas, debido al trato preferencial a ciertos reclusos lo que provocaba problemas de convivencia entre los internos y facilitaba el establecimiento de relaciones de violencia y extorsión (Núñez-Vega, 2006).

Los problemas funcionales más importantes, se relacionaban con la falta de reglamentación disciplinaria, como por ejemplo, el no cumplimiento de reglas mínimas para el tratamiento de los internos, como el confinamiento del recluso en un calabozo con condiciones inhumanas por días indeterminados. Así como la falta de criterios objetivos para la eficaz selección del personal, y la poca o nula capacitación del personal penitenciario (FIDH, 2000). Estos problemas fueron resultado de la insuficiencia presupuestaria, la irresponsabilidad estatal y la corrupción.

Sin embargo, y a pesar de todas estas dificultades, en las cárceles ecuatorianas también se iniciaron programas y prácticas positivas a partir del año 1982, como por ejemplo, permitir que el recluso mantuviera relaciones con sus familiares y allegados, mediante un régimen de visitas flexible, lo cual, facilitó que muchos familiares proporcionaran a los reclusos productos de primera necesidad, que los centros penitenciarios no ofrecían como consecuencia de la falta de presupuesto carcelario. También se llevaron a cabo, talleres y actividades, que permitieron a los reclusos invertir el tiempo de manera constructiva y percibir un salario (FIDH, 2000). Y desde el punto de vista educativo, los prisioneros tuvieron la opción de iniciar o de continuar sus estudios en los programas de educación básica (primaria, secundaria) y bachillerato.

En año 2008, se empezaron a realizar reformas a nivel funcional y estructural en todo Ecuador y se comenzó a tomar en consideración los derechos humanos en las prisiones. De este modo en la carta Magna (Constituyente, 2008) se enumeran, en el artículo 51, los derechos de las personas privadas de libertad:

1. No ser sometidos al aislamiento como sanción disciplinaria.
2. Poder comunicarse y recibir visitas de sus familiares y profesionales del derecho.
3. Declarar ante alguna autoridad judicial sobre el trato que haya recibido durante la privación de la libertad.
4. Contar con los recursos humanos y materiales necesarios para garantizar su salud integral en los centros de privación de la libertad.
5. Recibir atención para sus necesidades educativas, laborales, productivas, culturales, alimentarias y recreativas.
6. Recibir un tratamiento preferente y especializado en el caso de las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, de personas adultas mayores, enfermas o con discapacidad.
7. Contar con medidas de protección para las niñas, niños, adolescentes, personas con discapacidad y personas adultas mayores.

En el año 2011, el control de los centros penitenciarios pasa de la Dirección Nacional de Rehabilitación Social (DNRS) a ser parte del Ministerio de Justicia, derechos Humanos y Cultos con ello, se produce una nueva reestructuración del sistema penitenciario basado en los derechos definidos en la Carta Magna (MJDHC, 2014a), a la cual se adhirió el Plan Nacional del Buen Vivir (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, SENPLADES, 2013), estableciendo como objetivo consolidar la transformación de la justicia y fortalecer la seguridad integral, en estricto respeto a los derechos humanos.

Así, en un esfuerzo por mejorar las condiciones antes mencionadas, el MJDHC, desarrolló en el año 2013 un proyecto con la finalidad de establecer un nuevo modelo de gestión penitenciaria con nuevos procedimientos administrativos y que entró en vigor en el año 2014 (MJDHC y Viceministerio de Atención a PPL, 2016).

Este nuevo modelo de gestión desarrolló reformas funcionales y estructurales. Se construyeron nuevas cárceles regionales, para albergar a un mayor número de internos con una infraestructura de mayor capacidad y ubicados en puntos estratégicos del país, con la finalidad de hacer frente al problema del hacinamiento, y otros centros penitenciarios fueron reformados (MJDHC, 2014a; MJDHC, 2016). Muchos de los centros fueron equipados con

infraestructura básica para ofrecer condiciones de vida dignas dentro de la prisión como por ejemplo iluminación, ventilación, instalaciones sanitarias, servicio de alimentación (tres raciones por día), etc.

En los centros penitenciarios regionales, se implementó el economato, que son tiendas que distribuyen alimentos complementarios y productos de aseo, con la finalidad de restringir la entrada de dinero al interior de las cárceles. El acceso a este servicio se realiza mediante el uso de la huella dactilar que valida la información personal e informa al recluso del saldo disponible que es producto del trabajo realizado dentro de la prisión o por depósito de sus familiares. Asimismo, para poder dar una mejor atención a los internos, se contrató a un mayor número de profesionales.

En cuanto al cumplimiento de la pena, se implantó, el sistema progresivo de régimen cerrado, semiabierto y abierto. El sistema de visitas fue modificado ampliándolo y se optimizaron los sistemas de control, seguridad interna y externa (MJDHC, 2015; MJDHC y Viceministerio de Atención a PPL, 2016).

Derivado de estas reformas iniciadas en el año 2013, hoy día en Ecuador y según la Organización Panamericana de la Salud, (2013) se cuenta con 33 Centros de Privación de la libertad, 3 Centros de Rehabilitación Social Regionales (en las ciudades de Guayaquil, Latacunga y Cuenca), 11 Centros de Adolescentes Infractores, 10 Centros de Detención Provisional y 3 Casas de Confianza. La población privada de libertad se encuentra mayormente concentrada en la Zona 8 que corresponde a Guayaquil. Los centros de privación de la libertad, mantienen la misma infraestructura y similar funcionamiento que antes de poner en marcha el nuevo sistema de gestión penitenciaria.

En cambio, los 3 centros de rehabilitación social regionales, presentan una nueva infraestructura y es donde se llevan a cabo la mayor cantidad de actividades que se describirán a continuación en cada uno de los ejes de tratamiento. Los centros de adolescentes infractores, albergan menores de entre 12 a 17 años, y por último, en los centros de Detención Provisional, ingresan sujetos que están en proceso investigativo (preventivos). En las casas de confianza, se acoge a los internos que se encuentran en régimen de prelibertad, régimen semiabierto y abierto.

Para el tratamiento penitenciario de los reclusos se estableció el Modelo de Atención Integral, que toma en consideración muchas de las necesidades criminógenas propuestas por Andrews y Bonta, (2016) como son: a) la intervención sobre los rasgos, cogniciones y actitudes antisociales, b) el abordaje del abuso de sustancias, c) el establecimiento de relaciones familiares,

d) la formación educativa y laboral, y por último, e) la implicación en actividades recreativas prosociales.

El modelo de atención integral aplicado en Ecuador considera los siguiente ejes de tratamiento: laboral y educativo; cultural y deportivo; salud; vinculación familiar y social; y reinserción (MJDHC, 2014b). Los programas de tratamiento penitenciario, pueden ser grupales o individuales, en base a las necesidades específicas de cada sujeto, de esta manera se puede construir el plan de vida individualizado durante su permanencia en el centro (MJDHC, 2014a). Con la finalidad de que los internos participen en los ejes de tratamiento mencionados, se ha impulsado la política Cero Ocio, y la no implicación en las actividades no tiene carácter sancionador.

A continuación se describirán brevemente los ejes principales del tratamiento integral:

Tabla 5. Ejes del tratamiento integral penitenciario ecuatoriano

- Eje educativo
- Eje laboral
- Eje cultural y deportivo
- Eje de la salud
- Eje de vinculación familiar y social
- Eje de reinserción

En el *eje educativo*, se desarrollan actividades en la modalidad escolarizada y no escolarizada. La escolarizada cuenta con alfabetización en el nivel básico (primaria, secundaria), bachillerato y universitario. En la modalidad no escolarizada se trabaja en diversas áreas de capacitación como la educación sexual y de género, la violencia intrafamiliar, los derechos humanos, la educación en valores, procedimientos legales y ejecución de penas, uso de tecnologías, enseñanza de idiomas y escuela para padres y madres. La SENESCYT inició un plan piloto para ofertar estudios universitarios dentro de las cárceles otorgando 435 becas, que aunque escasas, para menos del 2% de la población carcelaria, han permitido que al recobrar la libertad los reclusos puedan continuar sus estudios universitarios (Iturralde-Durán, 2018). A finales del año 2017, 8104 internos habían participado en talleres y cursos complementarios y 7003 internos estaban escolarizados, el 39% en educación primaria, el 32% en educación secundaria, el 19% en bachillerato y el 5% cursaba estudios universitarios, en su mayoría administración de empresas, derecho y contabilidad.

Entre *las actividades del eje laboral*, se encuentran los talleres de carpintería, artesanía, metalmecánica, textil, panadería y electricidad. Se gestiona un vínculo laboral para el recluso, con empresas ecuatorianas percibiendo éste un salario, que se deposita en la cuenta bancaria del interno (MJDHC, 2016). A finales del año 2017, en este eje, se encontraron en talleres laborales 2.780 internos, 2.576 en terapia ocupacional, 1.681 en capacitaciones y 1.812 internos en servicios auxiliares.

En *el eje cultural y deportivo*, se desarrollan actividades de literatura como talleres de lectura comprensiva, artes escénicas y cine, música, artes plásticas y de comunicación y se llevan a cabo también diversas actividades deportivas (MJDHC, 2016). Durante el año 2017 (MJDHC, 2017) 6.258 internos participaron en actividades deportivas y 7742 en actividades culturales.

En *el eje de Salud*, el 18 de junio del 2013, el MJDHC y el Ministerio de Salud Pública (MSP), suscribieron un convenio en el cual se estipulaba que el MSP asumía las competencias en materia de salud en las prisiones. A nivel nacional, se encuentran 37 unidades de atención médica en los centros penitenciarios, pero únicamente el centro penitenciario regional de Cuenca cuenta con un policlínico (El tiempo, 2017). Entre las principales actividades sanitarias realizadas en el interior de los centros penitenciarios, se encuentran las valoraciones médicas, referencias a unidades especializadas como psiquiatría y ginecología, programas de prevención del VIH y tuberculosis, así como campañas de vacunación para prevenir enfermedades como la varicela, el sarampión, la hepatitis, el tétanos, etc.

Uno de los principales retos sanitarios es la presencia de personas encarceladas con altos índices de consumo de sustancias estupefacientes y psicotrópicas. En ese sentido se desarrolló un proyecto de tratamiento para los internos con consumo problemático de alcohol y drogas, atendiendo alrededor de 6.500 reclusos a nivel nacional en desintoxicación, deshabituación, contención y seguimiento (MJDHC, 2016). Se han establecido también programas de tratamiento dirigidos a: adultos mayores o Cabecitas blancas y colectivo LGTB. En el año 2017 aumentaron las atenciones médicas un 66%, odontológicas un 3% y de salud mental un 20% (MJDHC, 2017).

En *el eje de vinculación familiar y social* el MJDHC junto con el Organismo Técnico del Sistema Nacional de Rehabilitación Social, en coordinación con el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) y el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social (MCDS), atienden a los niños y niñas que viven con sus madres dentro de prisión en algunos de los centros penitenciarios. Los niños de 0 a 12 meses, reciben atención por parte de las educadoras del programa Creciendo

con Nuestros Hijos (CNH), desarrollado por el MIES en ludotecas que fueron implementadas por el MJDHC. Mientras que los niños de 13 a 36 meses, reciben atención en las instalaciones de un Centro Infantil del Buen Vivir (CIBV) cercano al centro penitenciario (MJDHC, 2015). Finalmente a partir de los 24 meses de edad, el MIES y el MJDHC realizan informes técnicos para determinar el lugar al que va a acudir el menor después de los 36 meses de edad, ya sea la familia ampliada o a casas de acogida. Durante el año 2017, 958 niños/as y adolescentes se beneficiaron de los servicios de familia ampliada y se adecuaron los centros de privación de libertad para que 71 menores de 3 años pudieran vivir en los centros junto con sus madres (MJDHC, 2017). También, se ha realizado el proyecto “educando familias”, en coordinación con el Viceministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos para la prevención del uso drogas y sustancias estupefacientes con las familias de los internos (MJDHC, 2014b).

En el *eje de reinserción*, se firmaron convenios con empresas, para implementar programas de fortalecimiento y mejora de las condiciones de productividad, calidad, comercialización e inserción estratégica para los reclusos que se encuentran en régimen semiabierto. De igual modo se ha dado seguimiento, acompañamiento y guía a los internos para acceder a los servicios ofrecidos por instituciones públicas. Finalmente los equipos de trabajo social de las prisiones, han realizado el seguimiento de las personas que accedieron al régimen semiabierto (MJDHC, 2016).

De todas las necesidades mencionadas por Andrews y Bonta (2016), la menos trabajada ha sido la cognición, las actitudes y las conductas antisociales, que no son mencionadas en ninguno de los ejes de forma directa.

El desarrollo de las reformas estructurales y funcionales, así como la implantación del modelo de atención integral, desde el año 2014, suponen un esfuerzo por mejorar el sistema penitenciario que se ve reflejado en la inversión económica que se ha empleado. Sin embargo, al ser un modelo de gestión nuevo, los cambios no se han logrado extender a todos los centros penitenciarios (Aguilar-Borja, comunicación personal, 24 de septiembre, 2017). Si bien, los centros regionales, cuentan con equipos de seguridad de última tecnología, eso no ha impedido el uso de armas de fuego y corto punzantes dentro de los pabellones, así como los ataques violentos entre reclusos, las muertes, fugas y extorsión, dado que en muchas cárceles la seguridad continua siendo manual y realizada por los guías penitenciarios (Navarrete- Benavides, 2016). Asimismo, en ocasiones, el traslado de los reclusos a nuevos centros penitenciarios ha supuesto el alejamiento de sus familias y el impedimento para recibir visitas.

Desde el punto de vista del tratamiento integral propuesto, los centros penitenciarios regionales cuentan con más posibilidades de llevarlo adelante, y entre todos los ejes propuestos es el de salud el que menos avances presenta. Específicamente en el área psicológica, el número de psicólogos continúa siendo limitado en comparación con el número de internos en los centros penitenciarios del país (Aguilar-Borja, comunicación personal, 24 de septiembre, 2017).

1.3.3. La reincidencia penitenciaria

La reincidencia se define como la reiteración en el comportamiento delictivo (Nguyen, et al., 2011). Existen diferentes tipos de reincidencia: la policial, la penal, la judicial y la penitenciaria (Capdevila y Ferrer, 2009). Concretamente, la reincidencia penitenciaria, es el reingreso del delincuente en prisión por un nuevo hecho delictivo similar o no al previo (Nguyen, et al., 2011). En ese sentido, se habla de reincidencia penitenciaria general, que es la comisión de cualquier nuevo tipo delito, y la reincidencia violenta, que es la comisión de un acto violento hacia otra persona (Capdevila y Ferrer, 2009). Entre los tipos de delitos habitualmente relacionados con la reincidencia penitenciaria se encuentran los delitos contra la propiedad, es decir, el robo, el hurto (Zabala-Baños, 2015), seguidos por los delitos por tráfico de drogas (Hakansson y Berglund, 2012), y en menor proporción los crímenes violentos (Nguyen et al., 2011).

Para el estudio de la reincidencia, es importante señalar el concepto de carrera delictiva, que se refiere al análisis secuencial del comportamiento delictivo de un individuo a lo largo del tiempo, y a los factores de riesgo y de protección asociados a ese comportamiento (Redondo, 2017). En el análisis de las carreras delictivas, hay tres procesos: el inicio, la persistencia y el desistimiento de la actividad delictiva (Zara y Farrington, 2016). En ese proceso la relación entre la edad y la delincuencia tiene forma de campana. La prevalencia delictiva, frecuentemente, va en aumento desde finales de la infancia, va incrementándose en la adolescencia (entre los 15 y los 19 años) y disminuye en la edad adulta y a esto se lo conoce como la curva de edad del delito (Loeber, Farrington y Redondo, 2011). En ese sentido, por ejemplo, los delincuentes de inicio tardío comienzan en la adolescencia y terminan al final de la misma. Mientras que los sujetos de inicio temprano, siguen durante la adolescencia y terminan en la edad adulta (ver Figura 1), muchos de ellos son reincidentes que suelen mantener contacto con centros de menores infractores (Moffitt, 1993).

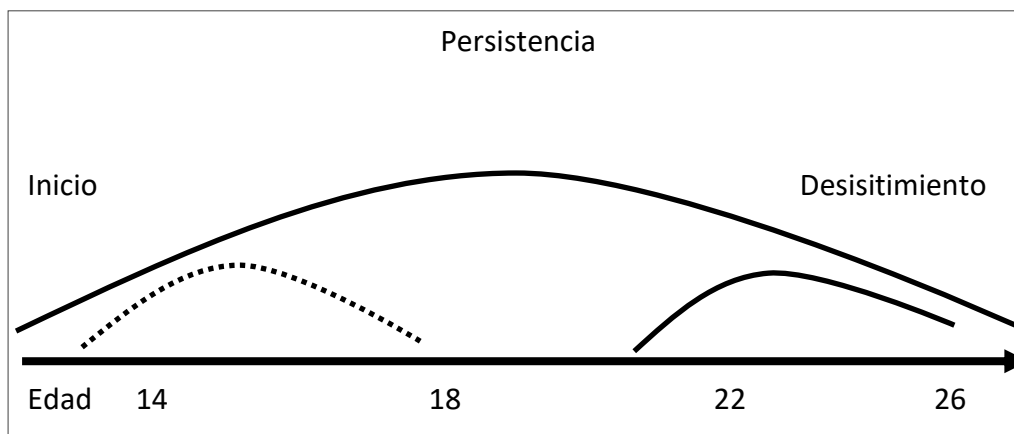


Figura 1. La carrera delictiva y sus etapas: distintas trayectorias

Nota: La carrera delictiva y sus etapas: distintas trayectorias (elaborada por Redondo, 2017).

Desde el punto de vista del estudio de las características individuales, Moffitt (1993), señaló que los delincuentes reincidentes, son sujetos que se caracterizan por presentar tendencias antisociales tempranas, presencia de problemas neuropsicológicos relacionados con las dificultades de aprendizaje y su posterior fracaso escolar, junto con la interacción con entornos criminógenos (amigos, familia, y contexto social delictivo). Todo ello puede favorecer el desarrollo de rasgos de personalidad patológica que pueden dar como resultado un comportamiento delictivo persistente (Moffitt y Caspi, 2001; Međedović, Kujačić, y Knežević, 2012; Savage, Ellis, y Kozey, 2013). Es así, que en estudios sobre reincidencia en prisiones, se halló que la personalidad antisocial (Rongqin, Geddes y Fazel, 2012) y límite (Abracen et al., 2014) son las que muestran un mayor riesgo de reincidencia. Desde el punto de vista de la presencia de trastornos mentales, uno de los factores que se ha demostrado como predictor es el consumo de sustancias (Hakansson y Berglund, 2012).

El estudio de la reincidencia penitenciaria se considera a menudo una manera de evaluar la efectividad del sistema penitenciario, en ese sentido las tasas de reincidencia penitenciaria son el reflejo de las políticas de seguridad, la efectividad del control policial, los resultados de aplicar una determinada legislación, o la aplicación de políticas sociales y sanitarias.

Ecuador, es considerado uno de los países Sudamericanos con menores tasas de personas recluidas, en octubre del 2013 había 24.2037 internos en todo el país, pero en septiembre del 2014 esta cifra se incrementó a 26.821 personas internadas y en el 2017 se encontraban 36.661 internos. Es decir se está dando un aumento progresivo en la población penitenciaria y en ese

sentido se puede concluir que en Ecuador, las actividades dirigidas a la reinserción social, no están siendo completamente eficaces y requieren de una valoración.

1.4. LA PSICOLOGÍA PENITENCIARIA

La psicología penitenciaria es el ámbito aplicado de la psicología en el medio carcelario. Los psicólogos que trabajan en prisiones intentan proporcionar a los internos pautas de evolución personal con la finalidad de contribuir a su rehabilitación (Yela, 1998).

En ese sentido, es el personal penitenciario, quien trata con los internos diariamente, y por ello, está al tanto de las necesidades de los mismos, ellos son responsables de identificar y solucionar los problemas (IIDH, 1998). Los profesionales de los centros penitenciarios representan a diferentes áreas de trabajo formando equipos multidisciplinares (Yela, 1998). Entre ellos se encuentran:

- **Abogados:** encargados de estudiar la información penal, procesal y penitenciaria de cada interno. Los servicios jurídicos de los centros penitenciarios proporcionan orientación legal de la situación procesal a los internos (ONU, 2004).
- **Psicólogos:** encargados de la evaluación y diagnóstico psicológico y del tratamiento del interno con fines periciales y clínicos (Yela y Chiclana, 2008).
- **Criminólogos:** encargados de trabajar y estudiar los hechos criminales, la conducta desviada y la personalidad criminal. Se encargan de observar la evolución del penado y de realizar pronósticos sobre el comportamiento del sujeto en libertad (Asociación Interamericana de defensorías públicas, AIDEF, 2015).
- **Pedagogos:** su trabajo es poner en marcha programas educativos dirigidos a los internos (AIDEF, 2015).
- **Trabajadores sociales:** entre sus funciones se encuentran el resolver las problemáticas socio-familiares del penado, en particular las consecuencias que se han producido por el ingreso en prisión tanto para el interno como para su familia. También es su función, otorgar apoyo y seguimiento a los liberados en régimen semiabierto y régimen condicional, realizar el seguimiento de la situación laboral de los reclusos cuya situación penitenciaria les permite acceder al trabajo, así como realizar una evaluación de las personas sometidas a penas alternativas (MJDHC, 2014a).
- **Personal sanitario:** forman parte del mismo los profesionales de medicina, enfermería, odontología y psiquiatría. Se encargan de la

actividad sanitaria tanto preventiva como asistencial de los internos. Son los responsables del cumplimiento de los programas de salud establecidos por la dirección del centro penitenciario o por la administración sanitaria competente (AIDEF, 2015).

- **Personal de vigilancia:** su trabajo implica garantizar el mantenimiento del orden y la disciplina de los internos. Asimismo, se encargan de notificar los problemas que surjan dentro de prisión al personal pertinente (MJDHC, 2014a).

Los funcionarios mencionados anteriormente pueden variar en los contextos penitenciarios de los diferentes países. Por ejemplo en Ecuador, la figura del criminólogo en las prisiones no existe hasta el momento y el informe criminológico lo realiza un equipo multidisciplinar compuesto por psicólogos, trabajadores sociales, psiquiatras, abogados, médicos y educadores.

1.4.1. Evaluación psicológica

Los objetivos de la evaluación psicológica penitenciaria se enfocan en tres áreas principales (Yela, 1998):

- **Pericial:** diagnóstico, clasificación penitenciaria, elaboración de informes y evaluación de los internos para el otorgamiento de medidas alternativas de prisión y rebaja de penas, cumplimentación de informes psicológicos solicitados por los tribunales, jueces y fiscales, etc. (Núñez-Peña, 1997; Pérez-Fernández, Mampaso-Desbrow y Bueno-Guerra, 2011; Soria- Verde y González –Monar, 2005).
- **Tratamiento:** ejecución y evaluación periódica de programas de tratamiento individuales o grupales (Pérez-Fernández, et al., 2011). Los tratamientos se llevan a cabo con base a las necesidades psicológicas de cada interno (Redondo, 2017). En ese sentido, para especificar los problemas, las necesidades terapéuticas y los posibles factores asociados son útiles, tanto el análisis topográfico para describir el comportamiento que está causando problemas, como el análisis funcional para analizar la dinámica de ese comportamiento (Muñoz, 2002; 2004).
- **Otros:** investigación, planificación y programación de trabajo en equipo y actividades con la finalidad de organizar charlas, cursos y talleres de prácticas, que permitan la participación de los internos en un ambiente adecuado a sus características personales (Pérez-Fernández, et al., 2011).

Cabe recalcar que en contextos legales, las evaluaciones psicológicas clínicas y forenses comparten la valoración del estado mental de los sujetos. Sin

embargo se diferencian en el objetivo. Por una parte, las evaluaciones psicológicas clínicas se centran en el diagnóstico y la posterior intervención terapéutica, mientras que, la evaluación psicológica forense contribuye a la toma de decisiones judiciales tomando en consideración el estado mental del detenido en relación al objeto pericial. Los informes se caracterizan por ser rigurosos, bien documentados, razonados técnicamente y con conclusiones directamente relacionadas a la demanda judicial (Echeburúa, Muñoz y Loinaz, 2011).

La evaluación psicológica de carácter clínico permite identificar las necesidades terapéuticas importantes para la intervención. En los centros penitenciarios las principales áreas de evaluación son las siguientes:

- **Personalidad normal y patológica:** su evaluación permite establecer relaciones con la conducta delictiva o identificar los tipos de personalidad que más prevalecen dentro de las prisiones (Melis-Pont, 2007).
- **Autocontrol:** permite comprobar el grado de impulsividad y los rasgos asociados que tiene un sujeto y que usualmente se encuentran presentes en individuos que delinquen (Melis-Pont, 2007).
- **Autoestima:** tiene una relación significativa con la adaptación, el bienestar psicológico y social. Evaluar esta área permite identificar el autoconocimiento, la valoración y evaluación que tienen de sí mismos los reclusos (Marcuello y García, 2011).
- **Actitudes:** suelen funcionar como indicadores de la evolución personal del interno, es importante conocer sus intenciones y opiniones respecto a diferentes ámbitos, como por ejemplo, el trabajo, la escuela, la familia, el sistema de justicia, la delincuencia, las relaciones con sus compañeros y con los funcionarios. Las actitudes positivas configuran un mejor pronóstico de futuro (Melis-Pont, 2007).
- **Habilidades sociales:** en las personas que están en prisión es frecuente observar un déficit importante en habilidades sociales, han perdido la capacidad para dirigirse y conducirse dentro de un colectivo. Como consecuencia se producen conflictos en sus relaciones con los iguales incidiendo esto negativamente en el desarrollo de su autoestima. Evaluar las habilidades sociales en internos permite una adecuada intervención psicosocial (Bascón-Díaz y Vargas-Girón, 2016).
- **Trastornos, síndromes y sintomatología psicopatológica:** evaluar los problemas de salud mental en los internos que ingresan ya con un problema o lo desarrollan a consecuencia de la entrada en prisión, es

relevante para el desarrollo de tratamientos psicológicos basados en sus necesidades (Redondo, 2017).

- **Experiencias traumáticas:** este tipo de evaluación permite conocer la historia de victimización y su repercusión en la salud mental y en la criminalidad (Acierno, et al., 2010).
- **Inteligencia y funciones neuropsicológicas:** su evaluación suele ser solicitada por la autoridad judicial, para explicar determinadas deficiencias cognitivas y deterioro del interno, así como su posible relación con comportamientos disfuncionales tanto en el momento de cometer el delito, como dentro la prisión. Se suele considerar relevante tener en cuenta las variables culturales y la situación socio-familiar y experiencia educativa de los internos (Melis-Pont, 2007).

Los métodos de *evaluación* que más se han utilizado en los centros penitenciarios son los siguientes:

- **La Entrevista:** permite recoger información de los sujetos, tanto para el diagnóstico como para la intervención con los mismos. El grado de directividad y la estructuración es variado (Barlow y Durand, 2001). La ventaja de llevar a cabo una entrevista, se encuentra en la flexibilidad o adaptabilidad a las circunstancias, además de facilitar la relación entre terapeuta y examinado. Su limitación se relaciona con el tiempo invertido en entrevistar y el sesgo de percepción sobre el evaluado (Redondo, 2017). Variados son los tipos de entrevista utilizados en el ámbito penitenciario (Cloos, Pull-Erpelding y Pul, 2006), a continuación se señalan algunos de ellos: (Tabla 6).

Tabla 6. Entrevistas psicológicas en el contexto penitenciario

Entrevistas estructuradas	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, MINI (Lecrubier, Weiller, Hergueta, Amorim, Bonora y Lépine, 1998). • Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta, CIDI (Organización Mundial de la Salud, 1993). • Level of Service Inventory-Revised, LSI-R (Andrews y Bonta, 1995).
Entrevistas Semiestructuradas	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV, SCID-I (First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1999). • Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad del DSM-IV, SCID-II

	<p>(First, et al., 1995).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escala de Evaluación de la Psicopatía de Hare Revisada, PCL-R (Hare, 2003).
--	---

Nota. Elaboración propia a partir de los estudios de Dudeck, et al., (2009), López, Saavedra, López, Laviana, (2016); Mundt, et al., (2013); Pondé, Freire y Mendonça, (2011); Warren, et al., (2002).

- **Instrumentos de autoinforme:** son cuestionarios, inventarios, y escalas de evaluación psicológica general y específicos (Goldstein, 2001). Los tipos de instrumentos utilizados en el contexto penitenciario dependen de las áreas a evaluar. A continuación en la tabla 7, se muestran algunos de los autoinformes más utilizados en el ámbito penitenciario.

Tabla 7. Área e instrumentos de evaluación

Área	Instrumento
Personalidad normal y patológica	<p><i>Personalidad general:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Inventario de Personalidad NEO –Revisado, NEO PI-R (Costa y McCrae, 1999). • Cuestionario Big Five, BFQ (Caprara, Barbaranelli, y Borgogni, 1995). • Cuestionario de 16 factores de la personalidad, 16 PF-5 (Catell, et al., 2000). • Cuestionario de Personalidad de Eysenck-Revisado, EPQ-R (Eysenck, 1997). <p><i>Personalidad patológica y personalidades violentas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2, MMPI-2 (Butcher, et al., 1989). • Inventario de Evaluación de la Personalidad, PAI (Morey, 1996). • Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III, MCMI-III (Millon, Davis y Millon, 1997). • Escala de Evaluación de la Psicopatía de Hare Revisada, PCL-R (Hare, 2003).
Trastornos y síntomas	<p><i>General:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario de 90 síntomas revisado, SCL-90-R (Derogatis, 1983). • Listado de Síntomas Breve, LSB-50, (Rivera y Abuín, 2012). • Screening de Problemas Clínicos, PAS (Morey, 1997). • Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III

	<p>(Millon, Davis y Millon, 1997).</p> <p><i>Específicos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo, STAI (Spielberger, Gorsuch, y Lushene, 2008). • Inventario de Depresión de Beck, BDI (Beck, 1961). • Evaluación Global de Estrés Postraumático, EGEP-5 (Crespo, Gómez y Soberón, 2017). • Índice Europeo de Gravedad de La Adicción, EuropASI (Kokkevi y Hastger, 1995). • Addiction Severity Index-6, ASI-6 (McLellan, et al., 1980).
Autocontrol	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de impulsividad de Barrat, BIS-11 (Patton, Stanford y Barratt, 1995). • Escala de búsqueda de sensaciones, SSS (Zuckerman, Eysenck, y Eysenck, 1978). • Cuestionario de sensibilidad al castigo y sensibilidad a la recompensa, SCSR (Torrubia, Ávila, Molto y Caseras, 2001).
Habilidades sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de Habilidades Sociales, EHS (Gismero González, 2000).
Autoestima	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de Autoestima (Rosenberg, 1979).
Experiencias traumáticas	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de Acontecimientos Productores de Estrés, EAPE (Caballo, 1994). • Cuestionario para Experiencias Traumáticas, TQ (Davidson, Hughes, y Blazer, 1990). • Escala del Trauma Acumulativo, CTS (Kira, 2008).
Inteligencia	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de Alexander (Alexander y Pando, 1978). • Test Breve de Inteligencia de Kaufman, K-BIT (Kaufman y Kaufman, 1994). • Escala de inteligencia de Wechsler para Adultos-III, WAIS-III (Wechsler, 1997).
Actitudes	<ul style="list-style-type: none"> • Escala para la medición de actitudes Thurstone (Thurstone y Chave, 1929).
Evaluación neuropsicológica	<ul style="list-style-type: none"> • Examen cognoscitivo Mini-mental, MMSE (Folstein, Folstein, McHugh y Fanjiang, 2001). • Test de laberintos de Porteus (Porteus, 1965).

<p>Predicción de riesgo de violencia</p>	<p><i>General e inespecífica:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Guía de Valoración de Riesgo de Violencia, VRAG (Harris, Rice y Quinsey, 1993). • Valoración del riesgo de violencia, HCR-20v3 (Douglas, Hart, Webster y Belfrage 2013). • Escala de Evaluación de la Psicopatía de Hare Revisada, PCL-R (Hare, 2003). <p><i>Contra la pareja:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Valoración del riesgo de violencia contra la pareja, SARA (Kropp, Hart, Webster y Eaves, 1995). • Violencia Grave Contra la Pareja, EPV (Echeburúa, Fernández-Montalvo, Corral y López-Goñi, 2009). <p><i>Violencia Sexual:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Guía de Evaluación de riesgo de violencia sexual, SVR-20 (Boert, Hart, Kropp y Webster, 1997). • Guía para la Apreciación de riesgo de delitos sexuales, SORAG (Quinsey, Rice y Harris, 1995).
--	---

Nota. Elaboración propia a partir de los estudios de (Andrés-Pueyo y Echeburúa, 2010; Melis -Pont, 2008; Muñoz y López-Ossorio, 2016; Yela y Chiclana, 2008)

- **Observación de la conducta:** los comportamientos que se desean evaluar se describen en una lista de observación y se especifica su frecuencia, duración e intensidad (Redondo, 2017). Es importante planificar la observación por parte de dos o más evaluadores para comprobar la fiabilidad de las observaciones (Rojo, 2016).

Además de los instrumentos de evaluación suele ser útil la obtención de información complementaria de fuentes cercanas al interno, como son los familiares o las personas que conviven a diario con él. Así como la consulta de la información documental o la ficha del penado, donde se cuenta con los antecedentes policiales, judiciales, penitenciarios y sanitarios. Es decir, aquella información extraída con antelación al ingreso en prisión, puesto que puede ayudar a clarificar muchos aspectos del caso y organizar adecuadamente el programa de tratamiento.

En suma la utilización conjunta de los instrumentos de evaluación mencionados permite potenciar la validez de un diagnóstico particularmente si se lleva a cabo en un período largo de tiempo (Esbec y Echeburúa, 2014).

1.4.2. Tratamiento psicológico

La OMS (2005), ha publicado recomendaciones generales para tratar de garantizar las mismas oportunidades de recibir tratamiento psicológico en las instituciones sanitarias públicas y en los centros penitenciarios, dada la prevalencia de problemas de salud mental dentro de las prisiones (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) y Subcomisión Penitenciaria, 2012). Los centros penitenciarios de los países con ingresos medios-altos, cuentan con atención psicológica, que tiene como objetivo el diagnóstico, tratamiento y promoción de la salud mental en prisión, de manera que los reclusos cuentan con atención individualizada y pueden recibir programas de tratamiento empíricamente establecidos (Grupo de Trabajo sobre salud mental en prisión, GSMP, Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria, SESP, Asociación Española de Neuropsiquiatría, AEN, 2007), no ocurre así en países con peor situación económica.

En relación a los programas de tratamiento, Canadá es uno de los países que presenta un mayor desarrollo en cuanto a la elaboración y ejecución de programas de tratamiento y rehabilitación psicológica de delincuentes. Cuenta con una amplia gama de programas de tratamiento para diversas problemáticas cubriendo así, un mayor número de necesidades tanto para hombres como para mujeres. También en Europa, Reino Unido, los países Nórdicos (Dinamarca, Suecia, Noruega y Finlandia), los países centroeuropeos (Alemania, Suiza, Austria, Holanda y Bélgica) y España, cuentan con un importante número de programas de tratamiento para delincuentes (Redondo, 2017).

Algunos de los programas de tratamiento dirigidos tanto a hombres como a mujeres, se centran en la prevención de la delincuencia (Link, Epperson, Perron, Castille, y Yang, 2011) y reducción de la reincidencia (Friendship, Blud, Erikson, Travers y Thornton, 2003; Sadlier, 2010; Travers, Wakeling, Mann y Hollin, 2013). También se encuentran programas dirigidos al tratamiento del abuso y la dependencia a sustancias (Criminal justice joint inspection, 2017), tratamientos dirigidos a grupos vulnerables como los extranjeros (Ministerio de Interior y Secretaria General de Instituciones Penitenciarias, 2017), internos con trastornos mentales graves, como el programa PAIEM en España (Sanz, Gómez-Pintado, Ruiz y Pozuelo, 2014) e internos con discapacidades (Rodríguez-Rodríguez, 2017).

Existen también programas de tratamiento específicos en función del tipo de delito cometido, para agresores sexuales (Herrero y Negro, 2015; Rivera, Romero, Labrador y Serrano, 2006), agresores familiares (Suárez et al.,

2015) y agresores contra la pareja (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2009; Ruiz-Arias et al., 2010).

Tanto en Canadá como en el Reino Unido, se establecen mecanismos de control y acreditación técnica para los programas de tratamiento (Brown, 2013; Hollin, Palmer y Hatcher, 2013). Se toma en consideración, la detección y análisis de las necesidades de los sujetos y la revisión de la investigación científica actual sobre el tratamiento de los delincuentes. Los programas deben contar con un manual de aplicación, un manual de evaluación, un manual de entrenamiento o formación de terapeutas y materiales complementarios. Se deben señalar, los objetivos del tratamiento, los criterios de selección de los destinatarios, la intensidad, la frecuencia y la duración del programa, y éste debe contar con la evaluación pre y post tratamiento (McGuire, 2001).

En ambos países, una comisión de expertos en programas de rehabilitación valora y acredita que los programas cumplan con los requisitos mencionados. Esta comisión también se encarga del entrenamiento y acreditación de los terapeutas (Hollin, et al., 2013).

A diferencia de lo expuesto hasta el momento, en Latinoamérica, el trabajo con población reclusa representa un reto importante (Hildenbrand-Mellet, 2015). Por una parte, las condiciones de la mayoría de las cárceles, son precarias, con sobrepoblación y con presencia de violencia intracarcelaria que amenaza la vida de muchos internos. La mayoría de los sistemas penitenciarios no cumplen con los estándares internacionales respecto a la adecuada estructura y el buen funcionamiento en las prisiones (Almanzar, Katz y Harry, 2015; García-Guerrero, 2012; Walker, et al., 2013). Por otra parte, los programas diseñados y empíricamente validados, para abordar las necesidades y el tratamiento de los delincuentes, no están disponibles fácilmente en la mayoría de los países latinoamericanos y particularmente los dirigidos a internos con trastornos mentales graves (Almanzar, et al., 2015).

En América del Sur, únicamente entre el 1 y el 20% de las cárceles cuentan con servicios especializados de salud mental (OMS-OPS, 2013). Existe un déficit en la legislación dedicada a este ámbito. Los escasos programas con los que se cuenta, se caracterizan por la heterogeneidad de enfoques y tratamientos, y por carecer de la evaluación de su efectividad y evidencia (Consejo para la Reforma Penitenciaria, 2010). Solo unos pocos países latinoamericanos tienen una legislación específica dedicada a la salud mental en prisión (OMS-OPS, 2013).

Por ejemplo, en Uruguay recientemente se implementó el programa *“Salud Mental- Persona Privada de Libertad”* como subcomponente del

tratamiento integral que reciben los internos (Levcovitz, Fernández-Galeano, Rodríguez-Buño, Benia y Vivas-Temesio, 2016). En Argentina se cuenta con *PRISMA* (Programa Interministerial de Salud Mental Argentina) y programas de prevención y atención al uso de drogas (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, MJDH y Ministerio de Salud Pública, MSP, 2011; Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, UNODC, 2008). En Chile (Navarro, Espinoza, Ferrada y Valenzuela, 2012) cuentan con un *programa de intervención psicosocial individualizada (IPI)*, con programas de reinserción social para hombres que ejercen violencia contra su pareja y a los menores de edad en el contexto intrafamiliar. Todos estos programas en Chile cuentan con un sistema de evaluación de calidad.

En Ecuador, en los tres centros penitenciarios regionales, se han establecido grupos psicoterapéuticos dirigidos a adultos mayores, al colectivo LGTB, y a los reclusos con trastornos adictivos (Aguilar-Borja, comunicación personal, 24 de septiembre, 2017; MJDHC, 2015). En otros centros penitenciarios, el Ministerio de Sanidad, envía a psicólogos clínicos que realizan visitas periódicas a los CPL para la realización de psicoterapia individual y ocasionalmente, a algún psiquiatra para casos que requieren medicación, pero no existe una política de aplicación de programas de rehabilitación psicológica.

En suma, los psiquiatras y psicólogos en Latinoamérica proporcionan, muy pocos servicios básicos de salud mental a los delincuentes. Factores como la falta de legislación adecuada, la dificultad de acceso a la atención de la salud mental, la escasez de inversión en salud mental, el déficit en investigación científica en epidemiología, y la casi completa ausencia de sistemas de evaluación de la eficacia de los programas, constituyen algunos de los mayores desafíos a los que se enfrentan los sistemas penitenciarios en Latinoamérica (Alarcón y Aguilar-Gaxiola, 2000; Almanza, et al., 2015).

1.4.3. La psicología penitenciaria en Ecuador

Según el MJDHC (2014a), la función de la psicología en el ámbito penitenciario ecuatoriano, es la atención y tratamiento psicológico en todos los niveles de seguridad: régimen cerrado, semiabierto y abierto. El psicólogo, trabaja en dos ámbitos, en el área de ubicación y clasificación penitenciaria, y en el área dedicada al tratamiento penitenciario. Para ello, los centros penitenciarios cuentan con psicólogos de plantilla y psicólogos a tiempo parcial (son enviados por el MSP de Ecuador) que tienen como funciones las siguientes:

El psicólogo de plantilla se encarga de hacer la evaluación y el diagnóstico psicológico del recluso con la finalidad de conocer su estado de salud mental,

para decidir su ubicación en los diferentes niveles de seguridad y para elaborar su plan de vida. Esta tarea se lleva a cabo en 4 fases:

- Entrevista psicológica y elaboración de la historia clínica.
- Aplicación de test y reactivos psicológicos.
- Elaboración de informes y del plan de tratamiento psicoterapéutico.
- Trabajo de aceptación y construcción del plan de vida junto con el recluso.

El psicólogo de plantilla junto con el psicólogo enviado por el MSP, realiza planes terapéuticos individuales, grupales y familiares, así como la evaluación de los procesos y logros alcanzados. También realizan procesos de acompañamiento terapéutico que deberán estar orientados a la inclusión social y actividades de prevención en salud mental.

Adicionalmente, los psicólogos de plantilla, una vez que el recluso ha salido de la cárcel, ofrecen acompañamiento y realizan derivaciones de los internos o de sus familias a las instituciones del Estado, para que brinden servicios terapéuticos en relación a las problemáticas psicológicas que no han podido ser abordadas en el centro penitenciario.

Además, el profesional elabora informes del proceso de intervención realizado con el interno, puede actuar en situaciones de crisis y con los reclusos que han estado en los denominados espacios de reflexión. Estos deben contar con luz natural y ventilación adecuada, y la permanencia de los internos en dichos espacios no superará las 48 horas. Para la salida del espacio de reflexión los/as profesionales que realizaron el seguimiento tienen que realizar un informe con recomendaciones.

Estas funciones y tareas, al ser parte de la reforma de gestión recién implementada en los centros penitenciarios desde el año 2014, no se han llegado a cumplir en su totalidad y tampoco se han homogeneizado en todos los centros penitenciarios.

Así, lo que se establece en el manual de derechos humanos aplicados al contexto penitenciario, sobre la función del psicólogo en Ecuador, no se llega a cumplir y eso puede evidenciarse en los informes de gestión penitenciaria que se elaboran al finalizar cada año. En el área de la psicología, particularmente, apenas se cuenta con información precisa sobre el desarrollo de las actividades y acciones. En ese sentido, no se dispone de datos de diagnóstico y tampoco de tratamiento, y se desconoce si los procedimientos psicológicos se basan en algún tipo de protocolo (MJDHC, 2014b, 2015, 2016, 2017). En Ecuador la

atención psicológica continua siendo escasa, según lo señalado en el informe emitido por el OPS, OMS y MSP (2015).

Por todo ello es necesario dar la misma importancia a la salud mental de los reclusos que a los ejes educativo, laboral y familiar del modelo de tratamiento integral (MJDHC, 2016). Esto permitiría identificar los problemas de salud mental existentes y planificar en base a la evidencia tratamientos psicológicos acordes a las necesidades detectadas.

1.5. LA SALUD MENTAL EN EL CONTEXTO PENITENCIARIO

La OMS (2005), señala que la salud mental debe ser abordada desde un modelo bio-psico-social comprendiendo y tratando la enfermedad mental desde un punto de vista multifactorial. Para Widakowich (2012), durante mucho tiempo el estudio psicopatológico estuvo exclusivamente marcado por el enfoque categórico. Este enfoque permite establecer categorías precisas a propiedades claramente definidas, tratando de señalar la ausencia o la presencia de un trastorno. Como perspectiva alternativa surgió el enfoque dimensional, que evalúa las diferencias en un continuo tratando de ordenar los síntomas según los diferentes grados de intensidad. Actualmente, ambas visiones pueden llegar a complementarse, es así que, el enfoque dimensional puede volverse categórico, una vez que el conjunto de síntomas llega a determinado punto de corte.

La OMS (2005) define la salud mental como un estado de bienestar físico, psíquico y social, en el cual un individuo es consciente de sus propias aptitudes, capacidades y puede afrontar las presiones normales de la vida. La psicopatología se entiende como un problema que puede ir desde la presencia de signos, síntomas, síndromes, episodios (síndromes con duración determinada), hasta la presencia de trastornos y dentro de éstos, aquellos que son más graves (Echeburúa, Salaberría, Corral y Cruz-Sáez, 2012). Las variables que indicaran el punto en el cual se encuentra un individuo son:

- La intensidad, duración y frecuencia de los síntomas o dificultades.
- La gravedad de la sintomatología.
- La interferencia en la vida cotidiana, el número de áreas afectadas por el problema.
- La historia de dificultades y de tratamientos recibidos.
- Los niveles de adaptación académica, laboral, familiar, social, etc.
- La vulnerabilidad y los factores de riesgo
- El desarrollo evolutivo.

La sanidad penitenciaria hace referencia a las actividades llevadas a cabo en la prisión tanto en la prevención como en el tratamiento de las personas recluidas cuyas necesidades en este ámbito suelen ser mayores que las de las personas de la comunidad (Arroyo-Cobo y Astier, 2003; Butler, et al., 2006; Serrano-Tárraga, 2010; Vicens et al., 2011). La sanidad en este contexto ha sido tratada de forma deficitaria en diferentes lugares del mundo durante muchos años. Sin embargo, la situación ha cambiado y mejorado en cierta medida, debido al esfuerzo realizado para mejorar las condiciones generales de la

asistencia sanitaria en las prisiones (Serrano-Tárraga, 2010) y en particular en los países de ingresos altos.

Actualmente, se entiende que es fundamental el respeto de los derechos de los reclusos y ello implica que dichas personas accedan a tratamientos preventivos y de asistencia sanitaria equivalentes a los proporcionados a la comunidad en general (Rodríguez-Rodríguez, 2017).

La OMS, reconoce que la presencia de alteraciones en la salud mental de las personas internadas en prisión es más elevada en comparación con la población general, en diferentes países (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, MSPSI, 2011; Salize, Dreßing, y Kief, 2007). En ese sentido, el hecho de que un número amplio de personas encarceladas padezcan algún tipo de enfermedad mental y particularmente si es un trastorno mental grave, puede ser porque la enfermedad pase inadvertida durante el proceso judicial o porque no ha sido considerada como factor eximente o atenuante como causa del delito (Marín-Basallote y Navarro-Repiso, 2012). Puede suceder también que el trastorno se desarrolle en prisión, en particular en los primeros meses y años de ingreso (Gibbs, 1987; Gonçalves, Endrass, Rossegger y Dirkzwager, 2016). En caso de no lograr la adaptación al entorno carcelario, la situación mental del recluso puede empeorar con el paso del tiempo (Arroyo-Cobo, 2011), como efecto de los estímulos que tiene un interno dentro de la prisión (violencia, condiciones precarias, actividad delictiva), o como resultado de la situación en el exterior (familia, hijos).

El entorno penitenciario es exigente para la adaptación de los sujetos que ingresan. Habitualmente se evidencian fracasos adaptativos, incluso en personas emocionalmente equilibradas con adecuados recursos psicológicos (GSMP, SESP y AEN, 2007). Para Arroyo-Cobo (2011), las dificultades en este proceso de adaptación se dividen en tres niveles de afectación:

1. En un primer momento se evidencia un comportamiento regresivo, inmaduro, ansioso e inestable desde el punto de vista afectivo como respuesta a la entrada en prisión.
2. En un segundo nivel se desarrollan desórdenes de conducta, evidenciados por comportamientos agresivos (auto o heteroagresividad) y aparición de síntomas psicopatológicos.
3. En un tercer nivel de este proceso de deterioro, puede aparecer un problema de salud mental severo como por ejemplo un trastorno psicótico, una depresión mayor con intentos de suicidio, etc.

Por lo mencionado anteriormente, la mayoría de los internos, son en cierta medida vulnerables. Sin embargo es importante destacar que ciertos subgrupos dentro de la prisión, como aquellos reclusos que presentan antecedentes de trastornos mentales graves, con discapacidades físicas o intelectuales, pertenecientes a minorías étnicas o raciales, o al colectivo LGTB aún pueden llegar a ser mucho más vulnerables (ONU, 2011).

1.5.1. Datos generales

Entre las alteraciones psicopatológicas frecuentemente diagnosticadas en los reclusos se encuentran los trastornos de conducta, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, el trastorno de estrés postraumático, y los trastornos del estado de ánimo (más frecuentes entre mujeres internas). Sin embargo el porcentaje más alto de trastornos mentales en prisión son aquellos relacionados con la ingesta de drogas (Núñez–Gaitán y López-Miguel, 2009), destacando particularmente en reclusos reincidentes (Hakansson y Berglund, 2012).

Respecto a los trastornos de personalidad, el tipo, antisocial es el más frecuente, seguido de la personalidad agresiva-sádica, límite (con mayor porcentaje entre las mujeres), paranoide y narcisista (Esbec y Echeburúa, 2010; Retzlaff, Stoner y Kleinsasser, 2002). Concretamente en reincidentes suelen destacar la personalidad antisocial y límite (Ronqin, et al., 2012; Abracen et al., 2014).

Es habitual también encontrarse con internos que presentan patología dual. Este tipo de pacientes en general suelen tener peor ajuste social, presencia de conducta violenta, ideación o conducta suicida, y menor cumplimiento terapéutico (GSMP, SESP y AEN, 2007).

Los problemas de salud mental en los reclusos tienen como efecto que las relaciones interpersonales dentro de la prisión se encuentren deterioradas. Los problemas psicológicos no atendidos pueden ir empeorando progresivamente y ello genera un deterioro en el clima social de la prisión (Arroyo-Cobo y Ortega, 2009).

Es importante identificar las necesidades psicológicas de los internos de cara a la intervención. Esta difiere entre los internos hombres y mujeres (Drapalski, Yougman, Stuewing y Tangney, 2009). La mayoría de los reclusos suelen ser hombres y las mujeres constituyen una minoría, pero no por ello se puede dejar de lado su estudio (MacDonald, 2013), teniendo en cuenta que las cifras de detención, condena y encarcelamiento se han incrementado en las

últimas décadas, así como la comisión de delitos violentos por parte de las mismas (Loinaz, 2016; Van den Bergh, Gatherer, Fraser y Moller, 2011).

Se ha encontrado que los problemas de la salud mental son más elevados en las mujeres reclusas que en los hombres (MacDonald, 2013). En ese sentido, al tratar de explicar el porqué de esas diferencias se han identificado varias razones: las mujeres internas tienen más antecedentes psicopatológicos antes de la entrada en prisión y, padecen una situación de mayor vulnerabilidad (pobreza, inmigración, bajo nivel de capacitación). Asimismo, al ingresar en prisión, experimentan carencias afectivas y sociales dado que son más rechazadas por sus familias que los hombres (Constantino, Gonçalves de Assis y Wernersbach-Pinto, 2016). En particular, aquellas que son madres viven una situación especialmente difícil, puesto que en muchos casos suelen ser el sustento principal del hogar y sufren la separación de sus hijos, el rechazo de la familia y el reemplazo en su rol de madres (De Miguel-Calvo, 2014; Martínez de Compañón-Díaz, 2014).

En cuanto a la prevalencia de los trastornos psicopatológicos en la prisión, los hombres, en mayor medida presentan, trastorno bipolar, trastorno de personalidad antisocial y problemas de alcohol. Mientras que las mujeres suelen presentar síntomas y trastornos depresivos, ansiedad, estrés postraumático, somatización y trastorno de personalidad límite (Drapalski, et al., 2009). Pero en su mayoría, tanto hombres como mujeres, presentan algún tipo de problema en relación con el consumo de sustancias (Spjeldnes, Jung y Yamatani, 2014).

Otro factor frecuentemente observado en reclusos es la victimización, que se considera como un factor de riesgo en mayor medida en las mujeres que en los hombres y se asocia tanto con el desarrollo de psicopatología, como con el de las conductas violentas (Fazel, Hayes, Bartellas, Clerici, y Trestman, 2016; Gunter, Chibnall, Antoniak, McCormick y Black, 2012; Loinaz y Sánchez, 2015; Widom, 2017).

Los reclusos con historias de victimización, tienden a presentar un mayor historial de abusos, en particular, violencia familiar y sexual en la niñez y la adolescencia, antes del ingreso a prisión (Loinaz, 2016). En muchos casos, continúan siendo objeto de abusos físicos, verbales o sexuales por otros reclusos (Green et al., 2016; MacDonald, 2013).

En ese sentido el estudio del trauma psicológico, toma relevancia en las prisiones (Pole, Fields y D'Andrea, 2016). Kira (2001) propuso una doble taxonomía del trauma, en la primera, clasifica las experiencias traumáticas basadas en la teoría del desarrollo, en ese sentido las áreas que quedan

afectadas por los sucesos traumáticos son el apego, la identidad, la interdependencia y la autorrealización.

La segunda clasificación está basada, en las características objetivas de los eventos traumáticos que incluyen el trauma actual y el trauma acumulativo (eventos traumáticos prolongados con potencial de provocar síntomas). El trauma actual se divide en trauma interno como por ejemplo enfermedades que amenazan la vida y en trauma externo, provocado por la naturaleza (huracanes, inundaciones, etc.) o por otro ser humano (Kira, 2001).

De los traumas provocados por el ser humano, se desprenden los traumas colectivos (pobreza extrema, genocidio, guerra, esclavitud) y los traumas provocados por las personas individualmente que pueden ser de dos tipos, los que ocurren una sola vez (Tipo I) como por ejemplo un accidente de tráfico y los traumas complejos. Entre los traumas complejos, por una parte se dan los traumas con episodios repetidos pero similares y que cesaron al llegar a la vida adulta como el abuso sexual (Tipo II), y el trauma Tipo III, que se refiere a episodios repetidos y similares que continúan hasta la vida adulta. Por último, señala el trauma acumulativo Tipo IV que se refiere a traumas vividos, similares y no similares, a lo largo de la vida del sujeto (Kira, et al., 2008).

El tipo de suceso traumático padecido tiene una mayor repercusión psicopatológica si es de tipo intencional causado por otro ser humano (Echeburúa, 2004). Tanto en estudios realizados con población general como con población reclusa, las experiencias traumáticas sufridas en la infancia y en la adolescencia provocan consecuencias negativas en la salud mental de los sujetos, y suponen un mayor riesgo para el desarrollo de psicopatología en la vida adulta. En particular, en el caso del abuso físico, sexual, la violencia doméstica y la negligencia (Acierno, et al., 2010; Springer, Sheridan, Kuo y Carnes, 2007; Wolff y Shi, 2012).

1.5.2. Datos en Ecuador

En Ecuador son limitados los estudios sobre salud mental, y lo poco que se ha hecho en cuanto al quehacer investigativo, es sobre la prevalencia del consumo de distintos tipos de sustancias, señalando como el principal problema con el cual se encuentran muchos internos (Edwards, 2010). Con respecto al estudio de otras problemáticas psicopatológicas, que ofrezcan datos sobre algún tipo de prevalencia de trastornos o síntomas psicopatológicos en la población penitenciaria ecuatoriana, no hay investigaciones. En ese sentido el OPS, OMS y MSP (2015), en su último informe sobre salud en Ecuador, destacaron la falta de datos en este contexto y como consecuencia el poco

desarrollo del tratamiento psicológico dentro del sistema de salud en las prisiones ecuatorianas.

Es fundamental entonces partir inicialmente con datos extraídos del trabajo investigador, que nos señalen la situación actual de los internos respecto a su salud mental, para que basados en esa información se pueda intervenir sobre las necesidades psicológicas que presentan tanto hombres como mujeres reclusos.



CAPÍTULO 2

METODOLOGÍA

En este capítulo, se presenta de manera global el proceso metodológico llevado a cabo en la realización de los estudios que conforman la tesis doctoral. Así se detallan los objetivos, las hipótesis, los participantes, el proceso de evaluación y los análisis de datos utilizados.

2.1. INTRODUCCIÓN

Esta tesis está compuesta por 5 estudios empíricos realizados con metodología cuantitativa y transversal en Ecuador, que a continuación se mencionan:

- **Estudio 1:** Diferencias generales y entre sexos en salud mental: un estudio comparativo entre población penitenciaria y población general.
- **Estudio 2:** La personalidad en población carcelaria: un estudio comparativo en Ecuador.
- **Estudio 3:** Mujeres en prisión: un estudio exploratorio de las necesidades psicológicas.
- **Estudio 4:** Trauma, psychopathology and aggression in male and female Ecuadorian prisoners: an exploratory study.
- **Estudio 5:** Personality, psychopathology and their relation with recidivism in a penitentiary sample.

2.2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

El objetivo general y los objetivos específicos se han materializado en los 5 estudios que se muestran en el capítulo 3, en forma de artículos publicados los estudios 1 y 2, y de manuscrito en revisión editorial los estudios 3, 4 y 5.

El objetivo general de esta tesis doctoral es conocer la salud mental en una muestra encarcelada de hombres y mujeres en Ecuador.

Además de este objetivo general, se han establecido los siguientes objetivos específicos que son abordados en los distintos estudios y que a continuación se detallan.

ESTUDIO 1: Diferencias generales y entre sexos en salud mental: un estudio comparativo entre población penitenciaria y población general.

Objetivo específico 1: establecer perfiles diferenciales entre la población penitenciaria y la población general, en síntomas y trastornos psicopatológicos y en función del sexo.

Hipótesis 1: se espera que la población reclusa presente más síntomas y trastornos psicopatológicos que la población general. Las diferencias serán mayores entre las mujeres de las dos muestras.

Objetivo específico 2: identificar diferencias entre aquellos reclusos con y sin trastornos psicopatológicos, evaluados mediante la entrevista neuropsiquiátrica internacional (MINI), en características sociodemográficas, historial de salud, tipología delictiva y síntomas psicopatológicos.

Hipótesis 2: los internos con trastornos psicopatológicos de acuerdo a los criterios de la MINI, presentarán peores condiciones educativas y socioeconómicas, tendrán más antecedentes psicopatológicos personales y familiares, y presentarán puntuaciones más altas en síntomas psicopatológicos.

ESTUDIO 2: La personalidad en población carcelaria: un estudio comparativo en Ecuador

Objetivo específico 3: establecer perfiles diferenciales en características de personalidad entre una muestra de reclusos y una muestra de la población general, y en función del sexo.

Hipótesis 3: se espera que la población reclusa presente puntuaciones más altas en impulsividad y agresividad que la muestra de la población general. Además, los reclusos presentarán más patrones clínicos de personalidad y las diferencias serán mayores entre las dos muestras de mujeres.

Objetivo específico 4: comparar el nivel de impulsividad, de agresividad y de síndromes clínicos, entre aquellos reclusos que presentan patrones de personalidad clínicamente significativos y aquellos que no.

Hipótesis 4: los reclusos que puntúen por encima del punto de corte de 75 en el MCMI-III, serán más agresivos e impulsivos y presentarán puntuaciones más altas en los síndromes clínicos.

ESTUDIO 3: Mujeres en prisión: un estudio exploratorio de las necesidades psicológicas

Objetivo específico 5: establecer perfiles diferenciales entre mujeres y hombres reclusos en variables sociodemográficas, delictivas, síntomas psicopatológicos y patrones de personalidad.

Hipótesis 5: No se espera encontrar diferencias en variables sociodemográficas entre hombres y mujeres, si en cambio en variables delictivas como el tipo de delito y el tiempo de estancia en prisión. Se espera que las mujeres, en comparación con los hombres, presenten más síntomas psicopatológicos, en particular alteraciones de orden afectivo y patrones de personalidad menos graves.

Objetivo específico 6: estudiar la relación entre síntomas psicopatológicos y patrones clínicos de personalidad, con la edad, las características delictivas y el número de experiencias traumáticas.

Hipótesis 6: se espera encontrar que a menor edad, menor tiempo en prisión, mayor número de ingresos en prisión, y más experiencias traumáticas, se presentaran más problemas de salud mental.

ESTUDIO 4: Trauma, psychopathology and aggression in male and female Ecuadorian prisoners: an exploratory study

Objetivo específico 7: identificar la presencia de sucesos traumáticos en la población penitenciaria y en la población general, en función del sexo y la edad de ocurrencia de los sucesos.

Hipótesis 7: se espera encontrar más eventos traumáticos en la población penada que en la población general, y en mayor medida en mujeres que en hombres reclusos.

Objetivo específico 8: determinar si los síntomas psicopatológicos y la agresividad varían en función de la edad de ocurrencia de los sucesos traumáticos, del tipo de trauma intencional o no, y del número de sucesos padecidos.

Hipótesis 8: se espera encontrar más síntomas psicopatológicos y agresividad en los sujetos que han experimentado traumas intencionales, antes de los 18 años y que han sido revictimizados.

Objetivo específico 9: determinar si el número de traumas padecidos tiene un peso predictivo en la presencia de síntomas psicopatológicos y agresividad en los reclusos.

Hipótesis 9: a mayor número de experiencias traumáticas sufridas, se presentarán más síntomas psicopatológicos y de agresividad en los reclusos.

ESTUDIO 5: Personality, psychopathology and their relation with recidivism in a penitentiary sample

Objetivo específico 10: comparar entre reclusos reincidentes y no reincidentes, características sociodemográficas, delictivas, patrones y características de personalidad, y síntomas y trastornos psicopatológicos.

Hipótesis 10: se espera que los reclusos reincidentes presenten más antecedentes de problemas de salud mental y un historial delictivo temprano, más trastornos adictivos, más agresividad, más impulsividad y más patrones de personalidad antisocial.

Objetivo específico 11: analizar el poder predictivo que diversas variables pueden tener sobre la reincidencia penitenciaria.

Hipótesis 11: se asociarán en mayor medida con la reincidencia penitenciaria los patrones clínicos de personalidad antisocial, los trastornos adictivos, los delitos contra la propiedad y el historial delictivo juvenil.

2.3. PARTICIPANTES

Para poder formar parte del estudio, se establecieron los siguientes criterios de inclusión para la población reclusa: a) tener capacidad para leer y escribir, b) dar el consentimiento para participar en el estudio y c) no estar en prisión preventiva. En el caso de la población general, los criterios de inclusión fueron: a) ser mayor de edad, b) tener capacidad para leer y escribir, c) residir en la misma ciudad donde se encuentra el recinto penitenciario y d) dar el consentimiento para participar en el estudio.

Teniendo en cuenta estos criterios se conformaron dos tipos de muestras, una constituida por 101 reclusos del Centro de Privación de la Libertad (CPL) de Ambato (Ecuador) y otra constituida por 92 personas de la población general de Ambato.

En el centro penitenciario de Ambato se encontraban reclusos 720 hombres y 70 mujeres sentenciados. En función de los permisos institucionales y durante el plazo que se tenía para la realización del estudio (marzo-noviembre del 2015) entre los hombres únicamente 51 dieron su consentimiento para participar en el estudio y entre las mujeres 50.

Todos los reclusos participantes, estaban sentenciados y se encontraban en régimen cerrado. Desde el punto de vista delictivo, un 42,57% ($N=43$) eran reclusos que estaban sentenciados por delitos contra la propiedad, el 24,75% ($N=25$) estaba recluso por delitos relacionados con el tráfico de drogas, un 8,91% ($N=9$) por asociación ilícita, el 10,89% ($N=11$) por delitos sexuales, otro 9,90% ($N=10$) por delitos contra la vida (homicidio, asesinato) y un 2,97% ($N=3$) por otros delitos. La media del tiempo de condena era de 67,41 meses ($DT=70,90$), es decir entre 5 y 6 años, y la media de tiempo de estancia en prisión de 25,78 meses ($DT=29,73$).

Los participantes de la población general, residentes también en Ambato, fueron apareados en sexo, edad, estado civil y nacionalidad en función del orden de llegada con la muestra de reclusos.

**Muestra del estudio 1: Diferencias generales y entre sexos en salud mental:
Un estudio comparativo entre población penitenciaria y población general**

La muestra estuvo compuesta por 101 personas reclusas y por 92 personas pertenecientes a la población general, con una media de edad de 33,97 años ($DT=9,86$) en la población penitenciaria y una media de 35,20 años ($DT=11,29$) de la población general, todos por lo tanto eran adultos jóvenes. Ambos grupos resultaron homogéneos en todas las variables sociodemográficas, a excepción del nivel académico ($\chi^2=10,59$, $p<0,001$; $V=0,23$) y del nivel socioeconómico ($\chi^2=11,58$, $p<0,001$; $V=0,24$), que era inferior en la población reclusa.

Tabla 8. Características sociodemográficas

Características Sociodemográficas	P. Reclusa N= 101		P. General N= 92	
	N	%	N	%
Sexo				
Hombres	51	50,5	46	50,0
Mujeres	50	49,5	46	50,0
Estado civil				
Soltero	34	33,7	28	30,4
Casado/ En pareja	50	49,5	54	58,7
Divorciado/ Separado	13	12,9	10	10,9
Viudo	4	4,0	0	0,0
Nacionalidad				
Ecuatoriana	93	92,1	90	97,8
Colombiana	8	7,9	2	2,2
Nivel de Estudios				
Educación general básica	81	80,2	54	58,7
Bachillerato general	19	18,8	37	40,2
Estudios universitarios	1	1,0	1	1,1
Nivel socioeconómico (dólares)				
Inferior al salario básico	81	80,2	53	57,6
Superior al salario básico	20	19,8	39	42,4

Nota: Salario básico en Ecuador en el año 2015 fue de 350 dólares americanos.

Muestra del estudio 2: La personalidad en población carcelaria: un estudio comparativo en Ecuador.

La muestra estuvo conformada por 84 personas pertenecientes a la población general, con una media de edad de 35, 20 años ($DT=11,29$), mientras que el grupo de reclusos estuvo constituido por 101 personas, con una media de edad de 33,97 años ($DT=9,86$). Este estudio cuenta con menos participantes de la población general que el estudio 1, porque 8 sujetos abandonaron sin finalizar la evaluación de las variables de personalidad.

Tabla 9. Características sociodemográficas

Características Sociodemográficas	P. Reclusa		P. General	
	N= 101		N= 84	
	N	%	N	%
Estado civil				
Soltero	34	33,6	27	32,1
Casado	15	14,9	39	46,4
Unión Libre	36	35,6	9	10,7
Divorciado	7	6,9	4	4,8
Separado	5	5,0	4	4,8
Viudo	4	4,0	1	1,2
Nacionalidad				
Ecuatoriana	93	92,1	83	98,8
Colombiana	8	7,9	1	1,2
Estudios				
Primarios	51	50,5	24	28,6
Secundarios	30	29,7	22	26,2
Bachillerato	19	18,8	37	44,0
Universidad	1	1,0	1	1,2
Nivel socioeconómico (dólares)				
Inferior al salario básico	81	80,2	46	54,8
Superior al salario básico	20	19,8	38	45,2

Nota: Salario básico en Ecuador en el año 2015 fue de 350 dólares americanos.

Muestra del estudio 3: Mujeres en prisión: un estudio exploratorio de las necesidades psicológicas.

La muestra del estudio estuvo constituida por 50 mujeres y 51 hombres recluidos en el CPL Ambato. Las mujeres presentaron una media de edad de 33,84 años ($DT=8,63$), y los hombres una media de edad de 34,10 años ($DT=11,02$). En cuanto al tiempo medio de estancia en prisión, para ambos sexos, era de 25,85 meses ($DT=29,69$), en concreto para los hombres de 32,90 meses ($DT=36,17$) y para las mujeres de 18,66 meses ($DT=18,96$), con diferencias significativas ($t=2,49$; $p<0,02$; $d=0,49$). Desde el punto de vista delictivo, los hombres habían cometido más delitos contra la vida y sexuales y las mujeres más delitos por tráfico de drogas ($\chi^2=23,66$, $p<0,00$; $V=0,48$). Las mujeres tenían más familiares en prisión ($N=34$) que los hombres ($N=21$) ($\chi^2=7,32$, $p<0,00$, $V=0,27$) y éstos eran miembros de su familia de origen o de su propia familia.

Tabla 10. Características sociodemográficas y delictivas

Características sociodemográficas	Mujeres		Hombres	
	N= 50		N= 51	
	N	%	N	%
Estado Civil				
Soltera	18	36	16	31,4
Casada/ Unión libre	26	52	24	47,1
Separada/Divorciada	5	10	8	15,7
Viuda	1	2	3	5,9
Ingresos familiares				
340 o menos (dólares)	38	76	43	84,3
341 o más (dólares)	12	24	8	15,7
Reincidente				
Si	24	48	22	43,1
No	26	52	29	56,9
Tipología delictiva				
Delitos contra la vida	3	6	7	13,7
Delitos sexuales	1	2	10	19,6
Delitos contra la propiedad	18	36	25	49,0
Delitos de estupefacientes	21	42	4	7,8
Asociación ilícita	6	12	3	5,9
Otros delitos menores	1	2	2	4,0
Centro de menores infractores				
Si	17	34	14	27,5
No	33	66	37	72,5

Nota: Salario básico en Ecuador en el año 2015 fue de 350 dólares americanos.

Sample of Study 4: Trauma, psychopathology and aggression in male and female Ecuadorian prisoners: an exploratory study.

The participants of the study were 101 prisoners from CPL of Ambato (Ecuador) (50 men and 51 women) with a mean age of 33.97 ($SD=9.86$), and 89 persons of general population (43 men and 46 women) with a mean age of 35.20 ($SD=11.29$). The only differences when comparing imprisoned men and women appeared in relation to nationality, where the percentage of female prisoners with Colombian nationality was higher than that of male (14% vs. 2%; $\chi^2= 5.02$, $p <.025$; $V=.22$). Regarding to the type of crime, women have a higher involvement in the illegal possession of narcotic drugs (42% vs. 7.8% in men) and illicit association (12% vs. 5.9% in men), while men had a greater involvement in sexual offences (19.6% vs. 2% in women) and crimes against life (13.7% vs. 6% in women) ($\chi^2=29.02$; $p <.000$, $V=.54$).

Table 11. Sociodemographic characteristics and type of crime committed

	Total (N=101)		Men (N=51)		Woman (N=50)	
	N	%	N	%	N	%
Social status						
Single	34	33.7	16	31.4	18	36.0
Married	15	14.9	7	13.7	8	16.0
Divorced	7	6.9	4	7.8	3	6.0
Living with a partner	36	35.6	17	33.3	19	38.0
Living alone	5	5.0	4	7.8	1	2.0
Widow(er)	4	4.0	3	5.9	1	2.0
Nationality						
Ecuadorian	93	92.1	50	98.0	43	86.0
Colombian	8	7.9	1	2.0	7	14.0
Education						
Primary	51	50.5	23	45.1	28	56.0
Secondary	30	29.7	15	29.4	15	30.0
High School	19	18.8	12	23.5	7	14.0
University	1	1.0	1	2.0	0	0.0
Recidivism						
Yes	46	45.5	22	43.1	24	48.0
No	55	54.5	29	56.9	26	52.0
Type of crime						
Crimes against life	10	9.9	7	13.7	3	6.0
Sexual offences	11	10.9	10	19.6	1	2.0
Crimes against property	43	42.6	25	49.0	18	36.0
Illegal possession of narcotics	25	24.8	4	7.8	21	42.0
Illicit association	9	8.9	3	5.9	6	12.0
Other crimes	3	3.0	2	4.0	1	2.0

Sample of Study 5: Personality, psychopathology and their relation to recidivism in a penitentiary sample.

The participants were 89 inmates in the Ecuadorian prison of Ambato. Of them, 49 were nonrecidivists in prison, that is, they were in prison for the first time, and 40 were recidivists in prison for committing crimes. Among the nonrecidivists, 26 were men and 23 were women, with a mean age of 35.29 years ($SD=11.39$) and among the recidivists, 20 inmates were men and 20 were women with a mean age of 33.28 years ($SD=7.64$). There were no differences between the recidivist and nonrecidivist in sociodemographic characteristics.

Table 12. Sociodemographic characteristics and health

	Nonrecidivists <i>N</i> =49		Recidivists <i>N</i> =40	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Sex				
Men	26	53.1	20	50.0
Women	23	46.9	20	50.0
Marital status				
Single	16	32.7	17	42.5
Married/free union	20	40.8	19	47.5
Divorced/separated	9	18.4	4	10.0
Widow(er)	4	8.2	0	0.0
Nationality				
Ecuadorian	42	85.7	39	97.5
Colombian	7	14.3	1	2.5
Education				
Primary	24	49.0	20	50.0
Secondary	14	28.6	12	30.0
Highschool	11	22.4	7	17.5
University	0	0.0	1	2.5
Income level				
Less than the basic salary	39	79.6	30	75.0
More than the basic salary	10	20.4	10	25.0

Note: Ecuador basic salary's in 2015 was 350 US dollars

2.4. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Los instrumentos de evaluación utilizados en este trabajo, han sido también empleados en otros países en contextos penitenciarios y/o con delincuentes (Melis-Pont, 2007). Asimismo, estos instrumentos permitieron describir las características de personalidad y la presencia de psicopatología, a un nivel tanto categórico como dimensional, y se consideraron adecuados para los objetivos e hipótesis planteados en este trabajo. Contaban con buenas propiedades psicométricas y versiones en español y los baremos utilizados en este estudio han sido los españoles, dado que no existen baremaciones realizadas en Ecuador.

A continuación se mencionan brevemente los instrumentos de evaluación utilizados en los diversos estudios.

Tabla 13. Instrumentos de evaluación

AREA DE EVALUACIÓN	INSTRUMENTOS
Datos sociodemográficos y antecedentes de salud	Cuestionario sociodemográfico y de salud (ad hoc).
Datos relacionados con el delito y la condena	Cuestionario del delito y condena (ad hoc).
Variables psicopatológicas	Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) Cuestionario de 90 Síntomas Revisado (SCL-90-R) Cuestionario para Experiencias Traumáticas (TQ) Inventario clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III): parte síndromes clínicos
Variables de personalidad	Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11) Cuestionario de Agresividad de Buss y Perry (BPAQ) Inventario clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III): parte patrones clínicos de personalidad

- **Datos sociodemográficos y antecedentes de salud**

Para recoger los principales datos sociodemográficos y los antecedentes sobre la salud de la población reclusa, se realizó una entrevista “ad hoc”, que aparece en el anexo D (pág. 231).

- **Datos relacionados con el delito y la condena**

Para recoger los principales datos del delito y la condena en la población reclusa, se realizó una entrevista ad hoc, que aparece en el anexo E (pág. 233).

- **Variables psicopatológicas**

Para recoger información sobre la presencia de trastornos mentales y desde un punto de vista categorial se utilizó:

Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI)

Autores: Lecrubier, Weiller, Hergueta, Amorim, Bonora y Lépine (1998).

Versión en castellano: Ferrando, Bobes, Gilbert, Lecrubier, Soto y Soto (1998).

Contenido: es una entrevista estructurada que dura alrededor de 15 minutos. Explora los principales trastornos psiquiátricos incluidos en el manual de trastornos mentales (DSM-IV) (American Psychiatric Association, APA, 2002), como el episodio depresivo mayor, el trastorno distímico, el riesgo de suicidio, el trastorno bipolar, el trastorno de angustia, el trastorno por estrés traumático, los trastornos psicóticos, y la dependencia al alcohol y otras sustancias, etc.

Normas de aplicación: el examinado debe ir contestando sí o no a las preguntas formuladas por el evaluador.

Corrección e interpretación: las preguntas deben ser codificadas. La anotación se hace a la derecha de la pregunta enmarcando SI o NO.

Las oraciones escritas en letra normal deben leerse palabra por palabra al evaluado; las oraciones escritas en mayúscula, son dirigidas al entrevistador en relación a los criterios diagnósticos. Las respuestas con la flecha encima señalan que no se cumple uno de los criterios para el diagnóstico y en este caso, el psicólogo debe pasar directamente al final del módulo y rodear con un círculo la palabra NO, en todas las casillas diagnósticas y continuar con el siguiente módulo. Cuando los términos están separados por una barra, el entrevistador debe leer solo aquellos síntomas que presenta el paciente. Las frases entre paréntesis son ejemplos de los síntomas evaluados. Pueden leerse para aclarar la pregunta.

Fiabilidad y validez: para Amorim (2000), la MINI presenta cualidades psicométricas comparables a otras entrevistas diagnósticas como la CIDI o la SCID-P. Asimismo, presenta adecuados niveles de sensibilidad en los diversos cuadros clínicos.

Para recoger información sobre la sintomatología de los participantes en el estudio y desde un punto de vista dimensional se utilizó:

Cuestionario de 90 Síntomas Revisado (SCL-90-R)

Autor: Derogatis (1983).

Versión en castellano: González de Rivera, De las Cuevas, Rodríguez–Abuín, Rodríguez -Pulido (2002).

Contenido: es un cuestionario autoaplicado para detectar y medir síntomas psicopatológicos. Consta de 90 ítems divididos en 9 dimensiones sintomáticas de psicopatología y 3 índices globales de malestar. Las 9 dimensiones son: a) somatización, b) obsesión-compulsión, c) sensibilidad interpersonal, d) depresión, e) ansiedad, f) hostilidad, g) ansiedad fóbica, h) ideación paranoide y i) psicoticismo. Los 3 índices son: Índice Global de Severidad (GSI), el Índice de Síntomas Positivos (PST) y el Índice de Sintomatología Positiva Total (PSDI).

Normas de aplicación: el sujeto contesta en función de cuanto se ha sentido molesto por el síntoma las últimas semanas incluido el día de la aplicación del cuestionario, en una escala, tipo Likert, que oscila entre 0 (nada en absoluto) y 4 (mucho o extremadamente). La aplicación del cuestionario dura alrededor de 15 minutos.

Corrección e interpretación: para la corrección se utiliza el ejemplar autocorregible, donde se trasladan las puntuaciones de cada fila al cuadro que le corresponde. Se suman las puntuaciones de cada columna para obtener la puntuación de cada escala, también se suman las puntuaciones de los ítems adicionales y se trasladan las mismas al cuadro correspondiente. Finalmente se realizan las operaciones indicadas en el ejemplar para la obtención de la puntuación total y los índices generales.

Las dimensiones sintomáticas aportan un perfil multidimensional de la patología presente en el examinado. El GSI indica el sufrimiento global psicológico del sujeto. El PSDI muestra la intensidad sintomática e indica el estilo del individuo para experimentar el sufrimiento psíquico, es decir, si maximiza o minimiza. El PST revela el número de síntomas que el sujeto indica haber experimentado en algún grado.

Fiabilidad y validez: González de Rivera, et al., (2002) señalan que este instrumento presenta una consistencia interna alta, con valores que oscilan entre 0,81 y 0,90, y los coeficientes de fiabilidad test-retest están entre 0,78 y 0,90. Respecto a la validez convergente las dimensiones sintomáticas presentan altas correlaciones positivas con las escalas análogas del MMPI, el Inventario de depresión de Beck, el Inventario de ansiedad estado-rasgo de Spielberger, Gorsuch y Lushene. Presenta asimismo, buena validez de criterio o empírica ya que ha demostrado ser sensible a los cambios terapéuticos (Sánchez y Ledesma, 2009).

Cuestionario para Experiencias Traumáticas (TQ)

Autores: Davidson, Hughes, y Blazer (1990).

Versión en castellano: Bobes et al., y Grupo español de trabajo para el estudio del trastorno de estrés postraumático (2000).

Contenido: es un instrumento de “screening” que consta de un total de 47 ítems que se agrupan en tres partes diferenciadas. La primera parte, consta de un listado de experiencias traumáticas distribuidas en 18 ítems, el sujeto tiene que contestar si ha sufrido o no alguna vez en su vida cada experiencia y en caso afirmativo, a qué edad sufrió el acontecimiento y durante cuánto tiempo. La segunda parte, se centra en el acontecimiento traumático más relevante para el sujeto, y consta de 9 ítems que evalúan las características del acontecimiento para ver si se cumplen los requisitos que se especifican en el DM-IV (APA, 2002). La tercera parte, consta de 18 ítems que exploran los síntomas de estrés postraumático que figuran en los criterios B y D del DSM-IV (APA, 2002). Los ítems son de respuesta dicotómica (sí o no) y el marco de referencia temporal es amplio (cualquier momento después del acontecimiento). Como complemento, hay 2 ítems adicionales que brindan información sobre la necesidad o no de asistencia sanitaria.

Normas de aplicación: es un cuestionario autoaplicado que también puede ser utilizado en formato de entrevista y que ha sido usado así en este trabajo.

Corrección e interpretación: el apartado del listado de síntomas es el único al que se le asignan puntuaciones (sí=1 y no=0). La puntuación en este apartado se obtiene sumando los puntos de los 18 ítems. Como no hay puntos de corte, a mayor puntuación mayor gravedad de la sintomatología.

Fiabilidad y validez: el alfa de Cronbach es 0,99 para la escala completa, 0,97 para la subescala de frecuencia de acontecimientos traumáticos, y 0,98 para la subescala de severidad (Bobes et al., y Grupo español de trabajo para el estudio

del trastorno de estrés postraumático, 2000). El alfa de Cronbach, para la escala completa en esta muestra es de 0,87.

- **Variables de personalidad**

Se evaluaron la impulsividad y la agresividad y los patrones clínicos de personalidad desde un punto de vista dimensional y categorial de acuerdo a la teoría de Millon.

Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11)

Autores: Patton, Stanford y Barratt (1995).

Versión en castellano: Oquendo, Baca-García, Miguel- Morales, Montaval y Mann (2001).

Contenido: es uno de los instrumentos más ampliamente utilizados para la valoración de la impulsividad. Consta de 30 ítems, agrupados en tres subescalas: impulsividad cognitiva (8 ítems), impulsividad motora (10 ítems) e impulsividad no planeada (12 ítems).

Normas de aplicación: la persona evaluada debe contestar los ítems en base a las 4 opciones de respuesta 0 raramente o nunca; 1 ocasionalmente; 3 a menudo; y 4 siempre o casi siempre. Es una escala autoaplicada.

Corrección e interpretación: la puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones obtenidas en todos los ítems, y la puntuación de cada subescala se obtiene mediante la suma de los ítems distribuidos en las tres dimensiones: impulsividad cognitiva, impulsividad motora e impulsividad no planeada. No existe punto de corte, se sugiere utilizar como punto de corte la mediana de la distribución (Salvo y Castro, 2013).

Fiabilidad y Validez: el alfa de Cronbach es de 0,80 y en este estudio ha sido de 0,83.

Cuestionario de Agresividad de Buss y Perry (BPAQ)

Autores: Buss y Perry (1992).

Versión en castellano: Andreu, Peña y Graña (2002) versión reducida.

Contenido: este cuestionario mide el nivel de agresividad en el funcionamiento cotidiano de la persona, es también utilizado como evaluación complementaria de la personalidad. Consta de 12 ítems que se responden en una escala que oscila entre 1 (completamente falso para mí) hasta 5 (completamente verdadero para mí) y que se distribuyen en 4 dimensiones: agresividad física, agresividad verbal, ira y hostilidad.

Normas de aplicación: Es una escala autoaplicada.

Corrección e interpretación: para la corrección se lleva a cabo la respectiva sumatoria para cada una de las 4 dimensiones y la suma de las cuatro constituye la puntuación total de la escala. No dispone de escalas de control, sin embargo los ítems 15 y 24 son inversos y permiten el control de las respuestas. A mayor puntuación mayor agresividad.

Fiabilidad y validez: Desde el punto de vista psicométrico el alfa de Cronbach es de 0,88 y en este estudio de 0,82.

Inventario clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III)

Autores: Millon, Davis y Millon (1997)

Versión en castellano: Cardenal y Sánchez (2007).

Contenido: evalúa características de personalidad y algunos de los principales síndromes clínicos según el DSM-IV. Cuenta con 14 subescalas que evalúan patrones clínicos de personalidad: esquizoide, evitativa, depresiva, dependiente, histriónico, narcisista, antisocial, agresiva-sádica, compulsiva, negativista, autodestructiva, esquizotípica, paranoide y límite. Los tres últimos patrones de personalidad son considerados los más graves. Además, el cuestionario contiene 10 escalas que miden síndromes clínicos: trastornos de ansiedad, trastorno somatomorfo, trastorno bipolar, trastorno distímico, trastorno de estrés postraumático, dependencia de alcohol y sustancias, trastorno del pensamiento, depresión mayor y trastorno delirante. Estos tres últimos trastornos son los más graves. Además, el cuestionario presenta cuatro índices: validez, sinceridad, deseabilidad social y devaluación, que permiten controlar las respuestas del sujeto.

Normas de aplicación: la persona evaluada debe ir respondiendo verdadero o falso a los 175 ítems que componen la escala. La aplicación del cuestionario dura alrededor de 30 minutos.

Corrección e interpretación: se obtienen las puntuaciones de cada una de las subescalas y mediante una tabla se convierten a puntuaciones transformadas (diferenciadas según el género) que pueden interpretarse individualmente o estableciendo un perfil. Puntuaciones mayores de 75 señalan la presencia de patrones clínicos de personalidad y síndromes clínicos. La interpretación del MCMI-III debe ser realizada por un psicólogo clínico.

Fiabilidad y Validez: presenta un alfa de Cronbach entre 0,82 y 0,96 en la adaptación española y en este estudio de 0,92. Las 14 escalas que evalúan patrones clínicos de personalidad poseen coeficientes de fiabilidad que oscilan

entre 0,65 y 0,85. Las 10 escalas que miden síndromes clínicos presentan niveles de fiabilidad que oscilan entre 0,71 y 0,88, en este estudio el nivel de fiabilidad es de 0,95.

2.5. PROCEDIMIENTO

La muestra penitenciaria, así como también la muestra de la población general fue evaluada de marzo a noviembre del año 2015 en la ciudad de Ambato de Ecuador.

Para el desarrollo de esta investigación, la autora de este trabajo solicitó el permiso correspondiente a las autoridades institucionales del CPL de Ambato. Para ello explicó los objetivos, el diseño y el procedimiento del estudio, con la finalidad de asegurar el cumplimiento de los principios éticos (ver permiso en Anexo A).

Una vez obtenido el permiso, los internos recibieron por escrito una carta informativa del estudio y aquellos que accedieron a formar parte del mismo firmaron la hoja de consentimiento informado (Anexos B y C). Algunos internos rehusaron participar y otros no fueron parte del estudio por el límite de tiempo establecido para llevar a cabo este trabajo. Con aquellos que aceptaron formar parte del estudio, se procedió a la evaluación en la oficina de atención psicológica de la cárcel. Ningún recluso recibió ningún beneficio por participar en el estudio.

Para reclutar a los participantes de la población general, se realizó un anuncio en el ayuntamiento de la ciudad de Ambato, donde se especificaba el objetivo del estudio, los parámetros de participación y el lugar de evaluación. Las personas que acudieron, recibieron por escrito la carta informativa del estudio y aquellos que accedieron a participar firmaron la hoja de consentimiento informado y fueron evaluados. Abandonaron la evaluación una vez iniciada 8 mujeres. Para obtener una muestra homogénea a la encarcelada se tuvo en cuenta el sexo, la edad, la nacionalidad y el estado civil.

En ambos casos, tanto con los reclusos como con los participantes de la población general, la evaluación fue llevada a cabo individualmente en tres sesiones de una hora y media aproximadamente por la autora de este trabajo, psicóloga clínica, con experiencia previa en la atención psicológica de personas en prisión, y que antes de comenzar el estudio se instruyó en el manejo de los instrumentos de evaluación.

En la primera sesión de evaluación se administró el cuestionario sociodemográfico y de salud, el cuestionario sobre delito y condena, y también se realizó la entrevista MINI y se aplicó el cuestionario TQ. En la segunda sesión

se administró el cuestionario SCL-90-R, el cuestionario BPAQ y la escala BIS-11. En la tercera y última sesión, se aplicó el inventario MCMI-III. A los participantes de ambos grupos se les ofreció un informe de los resultados y a aquellos, tanto de la población penitenciaria como de la población general, y que en la evaluación presentaron síntomas importantes o trastornos psicopatológicos, se les sugirió la importancia de solicitar asistencia psicológica.

2.6. ANÁLISIS DE DATOS

Los análisis de datos de los cinco estudios que conforman esta tesis doctoral han sido realizados con el paquete estadístico SPSS (versión 22.0). En el estudio 1 y 2 se describieron las variables psicopatológicas y de personalidad respectivamente y se compararon entre la población general y la población reclusa. Para ello, se realizaron análisis descriptivos (porcentajes, medias y desviaciones típicas) y de comparación de los dos grupos, en función del tipo de variable cuantitativa o cualitativa (*t* de Student y chi cuadrado, respectivamente). También, se calculó el tamaño de las diferencias entre los grupos por medio de la *d* de Cohen en variables cuantitativas y la *V* de Cramer en variables cualitativas.

En el estudio 3, se procedió a realizar una comparación entre personas recluidas hombres y mujeres en características de personalidad y psicopatológicas. Se realizaron análisis descriptivos (porcentajes, medias y desviaciones típicas) y de comparación de los dos grupos, en función del tipo de variable cuantitativa o cualitativa (*t* de Student y chi cuadrado, respectivamente), y se calculó el tamaño de las diferencias entre los grupos por medio de la *d* de Cohen en variables cuantitativas y la *V* de Cramer en variables cualitativas. Además se realizaron correlaciones de Pearson para estudiar las relaciones entre las variables de personalidad y psicopatológicas con las variables sociodemográficas y del delito.

En el estudio 4, se realizaron análisis descriptivos en el número de experiencias traumáticas entre la población reclusa y la población general. Se utilizó la prueba de chi cuadrado para la comparación de los reclusos en términos de sexo y edad de ocurrencia de los eventos traumáticos. Para comparar los niveles de síntomas y de agresividad, en los reclusos, en función de la intencionalidad o no del suceso traumático, de la presencia o no de trastorno de estrés postraumático y de haber sufrido múltiples traumas o no, se utilizó la *t* de Student y se calculó el tamaño de las diferencias con la *d* de Cohen. Se realizó un análisis multivariante de la varianza para identificar las diferencias en sintomatología y agresividad entre aquellos reclusos que sufrieron sucesos traumáticos antes de los 18 años, después o en ambos casos.

La última etapa, incluyó un análisis de regresión lineal simple entre el número de eventos traumáticos experimentados como variable independiente y los síntomas psicopatológicos y la agresión como variables dependientes.

En el estudio 5, se realizó un análisis descriptivo, medias y desviaciones típicas, para las variables cuantitativas, y análisis de frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas. Los internos reincidentes y no reincidentes fueron comparados usando chi-cuadrado y la prueba *t* de Student en variables sociodemográficas y de salud, tipo de delito y variables de personalidad y síntomas psicopatológicos. Se realizó un análisis de regresión logística binaria (método por pasos) para determinar el peso de las variables diferenciales asociadas estadísticamente con la variable criterio (reincidencia sí /no). El valor predictivo del modelo se evaluó con el R² de Nagelkerke y, para la bondad de ajuste, se calculó chi-cuadrado y el índice Hosmer-Lemeshow (H-L).



CAPÍTULO 3

ESTUDIOS EMPÍRICOS

En este capítulo, se presentan los estudios empíricos realizados con una muestra penitenciaria de Ecuador, con el objetivo de abordar el tema de la salud mental en el contexto carcelario.

ESTUDIO 1

Diferencias generales y entre sexos en salud mental: un estudio comparativo entre población penitenciaria y población general.

Artículo publicado

Citación: Molina Coloma, V., Pérez, J. I., & Salaberría, K. (2018). Diferencias generales y entre sexos en salud mental: Un estudio comparativo entre población penitenciaria y población general. *Revista Mexicana de Psicología*, 35(2), 117-130. ISSN: 0185-6073. Factor de Impacto JCR: 0,14; Cuartil: 4.

INTRODUCCIÓN

Los problemas de salud mental pueden presentarse en varios niveles de intensidad y disfuncionalidad, desde la presencia de síntomas, síndromes, episodios y trastornos adaptativos derivados de estresores psicosociales hasta los trastornos mentales. Los límites entre ellos se derivan de la intensidad, frecuencia, duración de los síntomas, de la interferencia en la vida cotidiana y de la disfuncionalidad que generan. Así, la normalidad y la patología pueden verse desde un punto de vista cuantitativo o dimensional, o desde un punto de vista categorial, teniendo en cuenta además la cultura y el entorno social y familiar de los pacientes, que afecta a la expresión del malestar psicológico y que puede constituir un factor de riesgo o protección (APA, 2014).

A nivel mundial, casi una de cada 10 personas padece un trastorno mental y del comportamiento (OMS, 2015). En Europa, Wittchen et al. (2011) señalan que uno de cada tres europeos padece un problema de salud mental, es decir, la tasa de trastornos es de 32.8% de la población general. En concreto, los problemas de salud mental más prevalentes son los trastornos de ansiedad, el insomnio, la depresión mayor, los trastornos psicósomáticos y el consumo de drogas y alcohol en adultos.

Por otra parte, en América Latina y el Caribe, los trastornos de mayor prevalencia son la depresión mayor, la distimia, la psicosis no afectiva, el trastorno bipolar, los trastornos de ansiedad, el trastorno de estrés postraumático, el trastorno obsesivo-compulsivo y el abuso o dependencia de alcohol y otras drogas (Kohn y Rodríguez, 2009). Con respecto a Ecuador, los principales trastornos encontrados en establecimientos de salud mental ambulatorios y en hospitales psiquiátricos son el abuso de sustancias psicoactivas, la esquizofrenia, los trastornos esquizotípicos y delirantes, los trastornos del estado de ánimo, los trastornos neuróticos y relacionados con el estrés, los somatomorfos y finalmente los trastornos de personalidad (MSP, OPS y el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS, 2015).

Los sistemas de salud, en lo que se refiere a la salud mental, no han dado una respuesta adecuada a nivel de tratamiento, particularmente en los países de ingresos medios y bajos (OMS, 2013). En comparación con la población carcelaria y a pesar de las deficiencias en el ámbito de la salud mental, la población general tiene un mayor acceso a los servicios de salud mental, lo que evidencia la desigualdad existente entre la salud pública y la sanidad carcelaria (Rodríguez- Rodríguez, 2017).

En el ámbito penitenciario, existe un mayor número de personas con síntomas y trastornos psicopatológicos que en los centros psiquiátricos y que en

la población general (Fazel, et al., 2016; Prins, 2014; Torrey et al., 2014; Vicens et al., 2011). También es frecuente que los reclusos presenten comorbilidades entre trastornos y en particular patología dual (Casares-López et al., 2011). En este sentido, los servicios sanitarios de las prisiones deben atender a un gran número de internos que presenten algún tipo de síntoma o trastorno psicopatológico bien porque lo presentan antes de su ingreso, porque se ha agravado tras el encarcelamiento o porque se ha desarrollado a consecuencia de su estancia en prisión (Arroyo-Cobo, 2011).

En el estudio llevado a cabo por Fazel y Seewald (2012), sobre la prevalencia de trastornos mentales graves en 16 países de ingresos altos (Australia, Canadá, Dinamarca, Finlandia, Irlanda, Países Bajos, Austria, Escocia, Grecia, Nueva Zelanda, Noruega, Gales, España, Suecia, Reino Unido y Estados Unidos) junto con ocho países de ingresos medios-bajos (Brasil, Dubái, India, Irán, Kuwait, Malasia, México y Nigeria) con una muestra de 33,588 reclusos, se evidenció que 3.6% de los hombres encarcelados presentaba trastornos psicóticos y 10.2% depresión mayor. Entre las mujeres, 3.9% presentaba psicosis y 14.1% depresión mayor. Comparando los países de ingresos altos con los países de ingresos medios-bajos, se encontró que los países con ingresos medios-bajos presentaban en mayor medida psicosis y depresión mayor (trastornos mentales graves).

En Sudamérica, en Colombia, se detectó que 68.7% de los reclusos que participaron en el estudio padecían algún tipo de trastorno, 54% presentaban problemas de alcoholismo, 23% depresión, 22% ansiedad y 5% presentaban psicosis (Benavides-Portilla y Beitia-Cardona, 2012). Mientras que en Chile, León-Mayer, Cortés y Folino (2014) identificaron una prevalencia de trastorno de personalidad antisocial de 67% y 56.5% presentaron un patrón de consumo problemático o abusivo de alcohol. En cuanto al consumo de drogas, 24.4% consumía un único tipo de droga, 30.1 % consumía dos tipos de droga. Un 40.7% de los internos informaron que durante su infancia fueron diagnosticados con algún tipo de trastorno de aprendizaje o trastorno de hiperactividad.

Estos resultados revelan la necesidad de identificar los tipos de síntomas o trastornos que se presentan en estas poblaciones. En particular en los contextos carcelarios latinoamericanos (Benavides-Portilla y Beitia-Cardona, 2012), puesto que en muchas ocasiones no suelen ser diagnosticados ni tratados y la aplicación de tratamientos adecuados a la problemática contribuirían a una disminución de los síntomas y formaría parte de la rehabilitación del recluso (Arroyo-Cobo, 2011).

En el contexto ecuatoriano son limitados los estudios sobre salud mental y la mayoría se centran en el consumo de drogas. Los resultados señalan que los reclusos por delitos de drogas son consumidores problemáticos de las mismas (Edwards, 2010). Entre las drogas ilícitas, las más consumidas por los internos son la marihuana, seguida de la cocaína y pasta base y en menor proporción se encuentran la heroína, los inhalables, los estimulantes y los tranquilizantes (Sistema Subregional de Información e Investigación sobre Drogas en Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Uruguay, 2010). Pero en relación con otras problemáticas psicopatológicas, no existen estudios que muestren algún tipo de prevalencia de trastornos o síntomas psicopatológicos en la población penitenciaria ecuatoriana (OPS, OMS y MSP 2015). De ahí la necesidad e importancia de la realización de este trabajo.

MÉTODO

Participantes

Se establecieron los siguientes criterios de inclusión para la población reclusa: a) tener capacidad para leer y escribir, b) dar el consentimiento para participar en el estudio y c) no estar en prisión preventiva. En el caso de la población general, los criterios de inclusión fueron: a) ser mayor de edad, b) tener capacidad para leer y escribir, c) residir en la misma ciudad donde se encuentra el recinto penitenciario y d) dar el consentimiento para participar en el estudio. Teniendo en cuenta estos criterios se conformaron dos grupos, el primero lo componían 101 personas encarceladas (51 hombres y 50 mujeres) con un rango de edad que oscilaba entre los 19 y 60 años, y el segundo, 92 personas pertenecientes a la población general (46 hombres y 46 mujeres) con edades comprendidas entre los 18 y 65 años. Teniendo en consideración las características del grupo de personas encarceladas, se admitieron al estudio, por orden de llegada, aquellas personas de la población general con similares características.

En la tabla 14 se observan las características sociodemográficas tanto de la población reclusa como de la población general. Entre la población reclusa, el número de hombres fue de 51 y en la población general de 46, el número de mujeres encarceladas fue de 50 y el de mujeres de la población general de 46, sin diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($\chi^2=0.34$, $p=.56$, $V=.04$). Respecto a la edad, la población reclusa tenía una media de 33.97 años ($DT=9.86$) y la población general una media de 35.20 años ($DT=11.29$), sin diferencias entre ellas ($t=0.79$, $p=.43$, $d=0.12$). La media de edad de los hombres encarcelados era de 34.20 ($DT=11.02$) y la de los hombres de la población general de 33.59 ($DT=10.99$), sin diferencias estadísticamente significativas

entre ellos ($t=0.23$, $p=.82$, $d=0.05$). Entre las mujeres, las encarceladas contaban con una media de 33.84 años ($DT=8.63$) y las mujeres de la población general de 37.16 años ($DT=11.48$), sin diferencias entre ellas ($t=1.55$, $p=.12$, $d=0.33$). Por tanto, los participantes eran adultos jóvenes con una media de 34 años.

Instrumentos de evaluación

Cuestionario de variables sociodemográficas, de salud y delictivas. El cuestionario fue realizado ad hoc por la primera autora del estudio y permite recopilar datos sociodemográficos, de salud física y psicológica de ambos grupos del estudio e información sobre las características delictivas del grupo de encarcelados, que fue contrastada con los registros de la prisión.

MINI (Lecrubier et al., 1998a). Se utilizó la adaptación española de Ferrando, Bobes, Gilbert, Lecrubier, Soto y Soto, 1998). Es una entrevista diagnóstica estructurada dividida en 16 secciones que evalúa algunos trastornos mentales de acuerdo con Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Para Amorim (2000), la MINI presenta cualidades psicométricas comparables a otras entrevistas diagnósticas como la CIDI o la SCID-P y tiene una adecuada validez y fiabilidad. Presenta adecuados niveles de sensibilidad en los diversos cuadros clínicos: episodio depresivo mayor, .94-.96, distimia, .67, trastorno bipolar, .77-.86, abuso y dependencia de alcohol, .83, abuso y dependencia de drogas, .89, trastorno de pánico, .67-.88, agorafobia, .59-.82, fobia social, .72-.81, fobia simple, .46-.70, ansiedad generalizada, .88, trastorno obsesivo-compulsivo, .62, trastorno de estrés postraumático, .85, trastornos psicóticos, .87-.90, trastorno psicopatológico actual, .89, y trastorno psicopatológico pasado, .87.

Cuestionario de 90 síntomas revisado (SCL-90-R) de Derogatis (1983). Se utilizó la versión española de González de Rivera, et al., (2002). Es un cuestionario de 90 ítems, autoaplicado y evalúa síntomas de malestar psicológico presentes en el individuo. Cada ítem tiene cinco alternativas de respuesta en una escala tipo Likert, que oscilan entre 0 (nada) y 4 (mucho). Los ítems se agrupan en nueve dimensiones: somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo y una escala de ítems adicionales de relevancia clínica. Presenta, además, tres índices generales, que reflejan el nivel de gravedad global de la sintomatología del individuo: índice de gravedad global (IGS), total de síntomas positivos (TSP) e índice de malestar sintomático positivo (PSDI). González de Rivera, et al., (2002) señala que este instrumento presenta una consistencia interna alta, con valores que oscilan entre .81 y .90, y los

coeficientes de fiabilidad test-retest están entre .78 y .90. En este estudio el alfa de Cronbach fue de .95.

Respecto a los indicadores de validez, existen diversos estudios que muestran la relación entre el perfil de las dimensiones sintomáticas y el grupo diagnóstico al que pertenece la muestra clínica (González de Rivera, et al., 2002). Así, desde el punto de vista de la validez convergente las dimensiones sintomáticas presentan altas correlaciones positivas con las escalas análogas del MMPI, el Inventario de depresión de Beck, el Inventario de ansiedad estado-rasgo de Spielberger, Gorsuch y Lushene. Presenta asimismo buena validez de criterio o empírica ya que ha demostrado ser sensible a los cambios terapéuticos (Sánchez y Ledesma, 2009).

Se seleccionaron el SCL-90-R y la MINI porque aportan respectivamente una visión dimensional y categorial de la salud mental.

Procedimiento

Para el desarrollo de esta investigación y el acceso al centro penitenciario, la primera autora de este estudio obtuvo el permiso correspondiente por parte del CPL Ambato en Ecuador. Dicho centro penitenciario alberga a personas privadas de libertad por delitos violentos y no violentos, y los penados son asignados a tres pabellones organizados en función del grado de peligrosidad.

Tras la explicación de los objetivos, el diseño y el procedimiento del estudio a la dirección del centro, con la finalidad de asegurar el cumplimiento de los principios éticos y una vez obtenido dicho permiso por parte de la dirección de la prisión, a las personas privadas de libertad se les informó mediante una carta informativa. Las que accedieron a formar parte del estudio firmaron la hoja de consentimiento, donde constaba que podían abandonar el estudio en cualquier momento, y se procedió a su evaluación en la consulta psicológica de la cárcel. Posteriormente, a los participantes se les ofreció un informe de sus resultados.

Para reclutar a los participantes de la población general, se realizó un anuncio en el ayuntamiento de la ciudad de Ambato en Ecuador, donde se especificaba el objetivo del estudio, los parámetros de participación y el lugar donde se llevaba a cabo la evaluación. A las personas que acudieron se les informó, y las que dieron su consentimiento por escrito fueron evaluadas y posteriormente se les ofreció un informe de sus resultados.

En ambos casos, la evaluación se realizó individualmente por la primera autora del estudio, psicóloga clínica con varios años de experiencia previa en la

evaluación y tratamiento de personas en prisión. A los participantes que en la evaluación presentaron síntomas importantes o trastornos psicopatológicos se les sugirió la importancia de recibir atención psicológica.

Los resultados obtenidos mediante la MINI se agruparon en categorías de acuerdo con los parámetros de clasificación del DSM-5 (APA, 2014). Los trastornos alimentarios no se incluyen en este trabajo dado que ningún participante los presentó.

Análisis de datos

Los análisis han sido llevados a cabo con el paquete estadístico SPSS (versión 22.0). Se han realizado análisis descriptivos (porcentajes, medias y desviaciones típicas) y de comparación de los dos grupos, en función del tipo de variable cuantitativa o cualitativa (*t* de Student y chi cuadrado, respectivamente), y se calculó el tamaño de las diferencias entre los grupos por medio de la *d* de Cohen en variables cuantitativas y la *V* de Cramer en variables cualitativas.

RESULTADOS

Características sociodemográficas, de salud y delictivas

Respecto a la tipificación de los participantes, con base en algunas variables sociodemográficas y de salud, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre la población general y las personas encarceladas, tanto en hombres como en mujeres (ver tabla 14). Respecto al nivel educativo, era inferior en los reclusos, así como el nivel socioeconómico, tanto en hombres como en mujeres. Entre éstas había más mujeres colombianas en la cárcel que en la población general.

En los antecedentes de salud, tanto la presencia de enfermedades físicas como el historial psicopatológico anterior al ingreso en prisión era mayor entre la población reclusa que entre la población general en mujeres y no presentaron diferencias en el historial psicopatológico previo al ingreso en prisión entre los hombres.

Desde el punto de vista delictivo, 42.57% (*N*=43) eran reclusos que estaban sentenciados por delitos contra la propiedad, 24.75% (*N*=25) estaba recluso por delitos relacionados con las drogas, 8.91% (*N*=9) por asociación ilícita, 10.89% (*N*=11) por delitos sexuales, otro 9.90% (*N*=10) por delitos contra la vida (homicidio, asesinato) y 2.97% (*N*=3) por otros delitos. La media del tiempo de condena fue de 67.41 meses (*DT*=70.90) y la media del tiempo de estancia en prisión de 25.78 meses (*DT*=29.73).

Desde el punto de vista sociodemográfico y de salud, sólo en la variable nacionalidad aparecieron diferencias entre los reclusos condenados por distintos delitos ($\chi^2=20.87$, $p=.001$, $V=.46$). Un 87.52% de los reclusos colombianos estaban penados por tenencia ilegal de estupefacientes, en cambio, 41.89% de los reclusos ecuatorianos habían cometido delitos por robo.

Comparación entre los grupos en síntomas y trastornos psicopatológicos

En cuanto a las variables psicopatológicas, desde un punto de vista sintomatológico (tabla 15), en el SCL-90-R, se evidenció que el grupo de personas privadas de libertad presenta niveles de sintomatología y malestar psicológico superiores a las personas de la población general, ya que aparecen diferencias estadísticamente significativas en todas las subescalas. Tomando como referencia el punto de corte de $T \geq 63$ (González de Rivera et al., 2002), la población reclusa se consideraría necesitada de asistencia psicológica para paliar su malestar. El tamaño de las diferencias entre ambas poblaciones es moderado-grande en el malestar sintomático ($d=0.94$), la depresión ($d=0.83$), el psicoticismo ($d=0.66$), el índice de severidad global ($d=0.64$) y la ideación paranoide ($d=0.52$).

Entre los hombres reclusos y los hombres de la población general, aparecieron diferencias moderadas en la hostilidad ($d=0.45$), en el índice de severidad global ($d=0.44$), en la sintomatología depresiva ($d=0.65$), en el psicoticismo ($d=0.60$), y en el malestar sintomático positivo ($d=0.81$) que es mayor entre los hombres encarcelados. Con respecto a las mujeres que están en prisión, éstas presentan mayores niveles de malestar psicopatológico que las mujeres de la población general en todas las subescalas, excepto en hostilidad. El tamaño de las diferencias es grande en el malestar sintomático positivo ($d=1.31$), en depresión ($d=1.28$), en el índice de severidad global ($d=0.96$) y en somatización ($d=0.91$). En general, las mujeres encarceladas presentan un alto nivel de sufrimiento psicológico.

Teniendo en cuenta el tipo de delito y tomando en consideración el índice de gravedad global del SCL-90-R, aparecieron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($F=2.89$; $p=.026$). Fueron los reclusos condenados por asociación ilícita los que presentan mayor severidad de síntomas ($M=1.73$, $DT=.95$), seguidos por los penados condenados por tenencia ilegal de estupefacientes ($M=1.34$, $DT=.73$), delitos contra la propiedad ($M=1.13$, $DT=0.64$), otros delitos ($M=1.08$, $DT=1.00$), delitos contra la vida ($M=1.04$, $DT=.56$) y por último, con el menor nivel de gravedad de síntomas los condenados por delitos sexuales ($M=.81$, $DT=.52$).

Desde el punto de vista categorial y de acuerdo con los resultados en la entrevista MINI (tabla 16), el porcentaje de reclusos con trastorno mental es del 59.40% frente al 17.39% en la población general y esta diferencia es de tamaño mediano ($d=0.43$). En la población general, el abuso de alcohol (10.87%), la dependencia de sustancias (5.43%) y los trastornos de ansiedad (4.35%) eran los que más se presentaban. La población reclusa presentaba una prevalencia significativamente mayor en comparación con el grupo de la población general en muchos de los trastornos. Entre las personas en prisión, destacaba la presencia de dependencia de sustancias (30.69%) y la dependencia de alcohol (27.72%) junto con el trastorno antisocial de la personalidad (32.67%).

Respecto a las diferencias entre sexos, un 64.71% de los hombres reclusos presentaban trastornos mentales frente a un 21.74% de los hombres de la población general. Los hombres encarcelados presentaban más trastorno de la personalidad antisocial ($d=0.48$), más trastornos adictivos como la dependencia a las sustancias ($d=0.37$) y al alcohol ($d=0.35$), mayor riesgo de suicidio ($d=0.28$), más trastornos de ansiedad ($d=0.23$) y trastorno de estrés postraumático ($d=0.24$).

Entre las mujeres, un 54.00% de las reclusas presentaban trastornos mentales, frente a un 13.04% de las mujeres de la población general, y esta diferencia es de tamaño moderado ($d=0.43$). Los trastornos mentales que más aparecieron entre las mujeres de la población general son el abuso de alcohol (6.52%), la dependencia a sustancias (4.35%) y los trastornos de ansiedad (4.35%). Entre las mujeres encarceladas se dieron con mayor frecuencia la dependencia a sustancias (24.00%), la dependencia al alcohol (24.00%), el trastorno de estrés postraumático (26.00%), el trastorno de personalidad antisocial (22.00%) y el riesgo de suicidio alto (22.00%).

Desde el punto de vista de la comorbilidad, la patología dual estaba presente en 42.57% de la población reclusa y otras comorbilidades entre trastornos en un 6.93%. Entre la población reclusa, los hombres presentan más patología dual en un 52.94 % que las mujeres con un 32.00 %.

Comparación entre reclusos con y sin trastorno mental de acuerdo a la entrevista MINI

Finalmente se realizó un análisis comparativo en las distintas variables del estudio, entre la población reclusa que presentaba trastornos (60 reclusos) y los que no los padecían (41 reclusos; tabla 17). Entre las variables sociodemográficas, los reclusos que presentaban trastornos psicopatológicos evaluados por la mini eran principalmente ecuatorianos, con niveles

Tabla 14. Datos sociodemográficos y de salud de los participantes

Sociodemográficas/salud	Total				Hombres						Mujeres														
	P. Reclusa		P. General		P. Reclusa		P. General		P. Reclusa		P. General		P. Reclusa		P. General		X ²	p	V						
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%											
	N= 101		N= 92		N=51		N= 46		N=50		N= 46														
Estado civil					4.72	.194	.156						3.24	.356	.183				3.86	.277	.200				
Soltero	34	33.66	28	30.43				16	31.40	18	39.10								18	36.00	10	21.74			
Casado/ En pareja	50	49.51	54	58.70				24	47.10	22	47.80								26	52.00	32	69.57			
Divorciado/ Separado	13	12.87	10	10.87				8	15.70	6	13.00								5	10.00	4	8.70			
Viudo	4	3.96	0	0.00				3	5.90	0	0.00								1	2.00	0	0.00			
Nacionalidad					3.24	.072	.129						.005	.941	.007								4.39	.036	.214
Ecuatoriana	93	92.08	90	97.83				50	98.00	45	97.80								43	86.00	45	97.83			
Colombiana	8	7.92	2	2.17				1	2.00	1	2.20								7	14.00	1	2.17			
Nivel de Estudios					10.59	.001	.234						6.39	.041	.257								4.69	.030	.221
Educación general básica	81	80.20	54	58.70				38	74.50	23	50.50								43	86.00	31	67.39			
Bachillerato general	19	18.81	37	40.21				12	23.50	22	47.80								7	14.00	15	32.61			
Estudios universitarios	1	1.00	1	1.09				1	2.10	1	2.20								0	0.00	0	0.00			
Nivel socioeconómico (dólares)					11.58	.001	.245						7.90	.005	.285								4.09	.043	.206
Inferior al salario básico	81	80.20	53	57.60				43	84.30	27	58.70								38	76.00	26	40.60			
Superior al salario básico	20	19.80	39	42.40				8	15.70	19	41.30								12	24.00	20	43.50			
Antecedentes en salud																									
Enfermedad física actual	39	38.61	10	10.87	19.56	.000	.318	19	37.30	4	8.70	10.9	.001	.335	20	40.00	6	13.04	8.82	.003	.303				
Hª psicopatológica previa	23	22.77	6	6.52	9.96	.002	.227	10	19.60	3	6.50	3.57	.059	.192	13	26.00	3	6.52	6.55	.011	.261				
Hª psicopatológica familiar	19	18.81	11	12.00	1.72	.422	.095	9	17.60	6	13.00	.393	.821	.064	10	20.00	5	10.87	1.52	.218	.126				

Hª: Historia

Tabla 15. Niveles de sintomatología en el SCL-90-R

Sintomatología	Total										Hombres							Mujeres									
	P. Reclusa			P. General			t	p	d	P. Reclusa			P. General				P. Reclusa			P. General							
	N= 101			N= 92						N= 51			N= 46				N= 50			N= 46							
	M	DT	T	M	DT	T	M	DT	T	M	DT	T	t	p	d	M	DT	T	M	DT	T	t	p	d			
Somatización	1.27	0.99	63	0.88	0.63	58	3.33	.001	0.47	0.91	0.86	63	0.78	0.62	60	0.83	.411	0.17	1.64	0.98	63	0.97	0.62	55	4.32	.000	0.91
Obs-compul.	1.35	0.83	63	1.04	0.74	60	2.80	.006	0.39	1.26	0.75	63	0.98	0.75	58	1.83	.071	0.37	1.45	0.89	63	1.10	0.73	58	2.51	.014	0.52
Sensi.inter.	1.13	0.83	63	0.89	0.64	60	2.23	.027	0.32	0.97	0.65	63	0.86	0.64	60	0.83	.407	0.17	1.29	0.97	63	0.92	0.65	60	2.61	.011	0.55
Depresión	1.53	0.86	63	0.89	0.66	57	5.80	.000	0.83	1.22	0.79	63	0.77	0.59	55	3.13	.002	0.65	1.85	0.82	67	1.00	0.72	54	6.16	.000	1.28
Ansiedad	1.14	0.94	63	0.78	0.57	58	3.19	.002	0.46	1.05	0.91	67	0.80	0.60	60	1.58	.116	0.32	1.22	0.97	63	0.77	0.55	55	3.26	.002	0.67
Hostilidad	1.17	1.31	63	0.74	0.72	57	2.84	.005	0.42	1.19	1.43	63	0.67	0.80	57	2.25	.027	0.45	1.15	1.21	60	0.82	0.62	58	1.69	.095	0.34
Ans.fóbica	0.82	0.87	63	0.55	0.60	58	2.53	.012	0.36	0.62	0.68	63	0.54	0.61	60	0.59	.551	0.12	1.02	0.99	67	0.55	0.60	58	3.14	.002	0.65
Paranoide	1.34	0.99	67	0.88	0.75	58	3.68	.000	0.52	1.16	0.84	63	0.95	0.80	58	1.27	.208	0.26	1.53	1.09	67	0.81	0.69	58	4.22	.000	0.88
Psicoticismo	0.97	0.78	67	0.53	0.52	55	4.58	.000	0.66	0.91	0.63	67	0.55	0.57	60	2.96	.004	0.60	1.02	0.91	67	0.51	0.47	60	3.66	.000	0.77
IGS	1.22	0.73	67	0.82	0.51	60	4.46	.000	0.64	1.03	0.61	67	0.78	0.51	60	2.13	.035	0.44	1.41	0.79	67	0.85	0.50	58	4.62	.000	0.96
PST	44.47	18.53	63	39.01	19.64	58	1.98	.049	0.29	41.78	18.39	63	39.15	21.25	60	0.65	.518	0.13	47.20	18.46	63	38.87	18.14	58	2.68	.009	0.56
PSDI	2.35	0.67	63	1.80	0.49	51	6.62	.000	0.94	2.17	0.66	60	1.72	0.47	53	3.88	.000	0.81	2.54	0.64	63	1.87	0.50	53	6.25	.000	1.31

IGS: índice de severidad global; PST: síntomas positivos; PSDI: malestar sintomático positivo; T= puntuación tipificada del baremo de la población general

Tabla 16. Trastornos psicopatológicos en función de la Entrevista Neuropsiquiátrica MINI

	Total							Hombres						Mujeres								
	P. Reclusa		P. General		χ^2	<i>p</i>	<i>V</i>	P. Reclusa		P. General		χ^2	<i>p</i>	<i>V</i>	P. Reclusa		P. General		χ^2	<i>p</i>	<i>V</i>	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%				<i>N</i>	%	<i>N</i>	%				<i>N</i>	%	<i>N</i>	%				<i>N</i>
<i>Trastornos afectivos</i>																						
EDM actual	13	12.87	2	2.17	7.68	.006	0.20	3	5.88	1	2.17	0.84	.359	0.09	10	20.00	1	2.17	7.50	.006	0.28	
Trastorno distímico	5	4.95	1	1.09	2.39	.122	0.11	1	1.96	1	2.17	0.01	.941	0.01	4	8.00	0	0.00	3.84	.050	0.20	
<i>Riesgo de suicidio</i>																						
Leve	20	19.80	4	4.35	10.56	.001	0.23	10	19.61	1	2.17	7.31	.007	0.28	10	20.00	3	6.52	3.72	.054	0.20	
Moderado	2	1.98	0	0.00	1.84	.175	0.10	0	0.00	0	0.00				2	4.00	0	0.00	1.88	.170	0.14	
Alto	16	15.84	3	3.26	8.59	.003	0.21	5	9.80	3	6.52	0.34	.557	0.06	11	22.00	0	0.00	11.43	.001	0.35	
<i>Trastorno bipolar</i>	6	5.94	0	0.00	5.64	.018	0.17	1	1.96	0	0.00	0.91	.340	0.10	5	10.00	0	0.00	4.85	.028	0.23	
<i>Trastornos de ansiedad</i>	20	19.80	4	4.35	10.56	.001	0.24	10	19.61	2	4.35	5.20	.023	0.23	10	20.00	2	4.35	5.37	.021	0.24	
<i>T. de estrés postraumático</i>	19	18.81	1	1.09	16.28	.000	0.29	6	11.76	0	0.00	5.77	.016	0.24	13	26.00	1	2.17	10.92	.001	0.34	
<i>TOC</i>	3	2.97	0	0.00	2.78	.096	0.12	3	5.88	0	0.00	2.79	.095	0.17	0	0.00	0	0.00				
<i>Trastornos adictivos</i>																						
Abuso de alcohol	7	6.93	10	10.87	0.93	.335	0.07	3	5.88	7	15.22	2.28	.131	0.15	4	8.00	3	6.52	3.84	.781	0.08	
Dependencia de alcohol	28	27.72	3	3.26	21.37	.000	0.33	16	31.37	2	4.35	11.69	.001	0.35	12	24.00	1	2.17	9.75	.002	0.32	
Abuso de sustancias	8	7.92	1	1.09	5.06	.025	0.16	7	13.73	1	2.17	4.27	.039	0.21	1	2.00	0	0.00	0.93	.335	0.10	
Dependencia de sustancias	31	30.69	5	5.43	20.24	.000	0.32	19	37.25	3	6.52	13.03	.000	0.37	12	24.00	2	4.35	7.43	.006	0.28	
<i>Trastornos psicóticos</i>	7	6.93	0	0.00	6.62	.010	0.19	4	7.84	0	0.00	3.76	.052	0.20	3	6.00	0	0.00	2.85	.091	0.17	
<i>Tr. perso.antisocial</i>	33	32.67	1	1.09	33.10	.000	0.41	22	43.14	1	2.17	22.44	.000	0.48	11	22.00	0	0.00	11.43	.001	0.35	
T.M. actual/vida	60	59.41	16	17.39	35.60	.000	0.43	33	64.71	10	21.74	18.09	.000	0.43	27	54.00	6	13.04	17.82	.000	0.43	
Patología dual	43	42.57	6	6.52	33.04	.000	0.41	27	52.94	4	8.70	21.77	.000	0.47	16	32.00	2	4.35	12.03	.001	0.35	
Otras comorbilidades	7	6.93	2	2.17	2.45	.117	0.11	2	3.92	1	2.17	0.25	.620	0.05	5	10.00	1	2.17	2.50	.114	0.16	

Tabla 17. Comparación entre reclusos con trastorno y sin trastorno de acuerdo a la Entrevista Neuropsiquiátrica MINI

<i>Características sociodemográficas, psicopatológicas y delictivas</i>	Población Reclusa						<i>X²</i>	<i>p</i>	<i>V</i>
	Con trastorno <i>N= 60</i>			Sin trastorno <i>N= 41</i>					
	<i>N</i>	<i>%</i>		<i>N</i>	<i>%</i>				
Estado civil							7.68	.053	.276
Soltero	22	36.67		12	29.27				
Casado/ En pareja	33	55.00		17	41.46				
Divorciado/ Separado	4	6.67		9	21.95				
Viudo	1	1.67		3	7.32				
Nacionalidad							4.27	.039	.205
Ecuatoriana	58	96.67		35	85.37				
Colombiana	2	3.33		6	14.63				
Nivel de Estudios							1.52	.467	.123
Educación general básica	49	81.67		32	78.05				
Bachillerato general	11	18.33		8	19.51				
Estudios universitarios	0	0.00		1	2.44				
Nivel socioeconómico (dólares)							3.89	.048	.196
Inferior al salario básico	52	86.67		29	70.73				
Superior al salario básico	8	13.33		12	29.27				
Antecedentes en salud									
Enfermedad física actual	25	41.67		14	34.15		0.58	.446	.076
Hª psicopatológica previa	23	38.33		0	0.00		20.35	.000	.449
Hª psicopatológica familiar	15	25.00		4	9.76		3.71	.054	.192
Tipo de delito							19.08	.002	.435
Contra la vida (<i>N=10</i>)	6	10.00		4	9.76				
Sexuales (<i>N=11</i>)	1	1.66		10	24.39				
Contra la propiedad (<i>N=43</i>)	31	51.67		12	29.27				
Tenencia de estupefacientes (<i>N=25</i>)	12	20.00		13	31.70				
Asociación ilícita (<i>N=9</i>)	8	13.33		1	2.44				
Delitos menores (<i>N=3</i>)	2	3.33		1	2.44				
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>T</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>T</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Edad	30.70	7.40		38.76	11.08		4.08	.000	0.86
SCL-90-R									
Somatización	1.49	1.08	63	0.94	0.72	58	3.11	.002	0.60
Obsesión-compulsión	1.60	0.84	67	0.99	0.67	58	4.09	.000	0.80
Sensibilidad interpersonal	1.34	0.90	67	0.83	0.62	60	3.39	.001	0.60
Depresión	1.78	0.86	67	1.16	0.73	60	3.92	.000	0.73
Ansiedad	1.49	0.98	67	0.62	0.56	57	5.66	.000	0.86
Hostilidad	1.41	1.37	63	0.83	1.16	58	2.29	.024	0.46
Ansiedad fóbica	1.02	0.96	67	0.52	0.62	60	3.21	.002	0.38
Ideación paranoide	1.66	1.01	70	0.87	0.73	58	4.60	.000	0.94
Psicoticismo	1.21	0.84	70	0.61	0.51	63	4.43	.000	0.86
IGS	1.48	0.77	70	0.84	0.45	63	5.20	.000	1.01
PST	51.63	18.55	67	33.98	12.70	57	5.68	.000	1.11
PSDI	2.48	0.70	63	2.17	0.60	58	2.37	.020	0.48

IGS: índice de severidad global; PST: síntomas positivos; PSDI: malestar sintomático positivo; T= puntuación tipificada del baremo de la población general

socioeconómicos inferiores al salario básico e historial psicopatológico previo al ingreso en prisión.

La media de edad era de 30 años y presentaban más síntomas psicopatológicos que los reclusos sin trastorno mental, con una media de 1.48 frente a 0.84 en el índice de severidad global del SCL-90-R ($d=1.01$). Las dimensiones con un tamaño de la diferencia más grande eran la ideación paranoide ($d=0.94$), el psicoticismo ($d=0.86$) y la ansiedad ($d=0.86$).

Teniendo en cuenta el tipo de delito cometido, son los sujetos condenados por delito sexual los que menos trastornos evaluados con la MINI presentan (1.66%) y los condenados por delitos contra la propiedad los que más (45.00%).

DISCUSIÓN

Del estudio realizado se concluye que la muestra de la población reclusa presenta una elevada ocurrencia de psicopatología a diferencia de la población general, tanto desde la perspectiva dimensional como categorial (Butler et al., 2006; Vicens et al., 2011). En cuanto a las características sociodemográficas, la población reclusa es joven, con una media de 34 años, 33.66 % solteros, con un nivel educativo bajo, con estudios primarios y con pocos recursos económicos, perfil similar al encontrado en otros estudios (Arcila-Rivera, Castaño-Ramírez, Osorio-Montoya y Quiroz, 2013; León-Mayer et al., 2014).

Desde el punto de vista dimensional, a nivel sintomatológico los resultados obtenidos en el SCL-90-R señalan que en todas las dimensiones y especialmente en depresión, así como en los índices generales, la población carcelaria presenta un nivel de gravedad igual y superior al punto de corte ($T \geq 63$) frente a las personas de la población general. Lo que indica la gravedad de los síntomas presentes en la población penada.

Desde el punto de vista categorial, respecto a la presencia de trastornos, las personas privadas de libertad presentaron en un 59.40% algún tipo de trastorno psicopatológico frente a un 17.39 % de la población general (Fazel y Seewald, 2012; Macció et al., 2015; Zabala-Baños et al., 2016). La presencia de patología dual fue mayor en los reclusos, con un 42.57%, particularmente en los hombres (Peters, Wexler y Lurigio, 2015; Vicens et al., 2011). Los trastornos adictivos junto al trastorno de personalidad antisocial son los problemas más importantes a abordar desde un punto de vista psicopatológico (Casares-López et al., 2011).

En cuanto a las diferencias entre hombres y mujeres, entre las mujeres existieron mayores diferencias que entre los hombres a nivel sintomatológico y

de trastornos (MacDonald, 2013; Tye y Mullen, 2006). Las razones no están del todo claras, pero las mujeres recluidas de esta muestra presentaban más antecedentes psicopatológicos antes de la entrada en prisión y había mayor proporción de mujeres inmigrantes. Sin embargo, en diversos estudios con mujeres en prisión se identificó que las mujeres tienden a presentar mayor historial de abusos antes del ingreso a prisión y que continúa dentro de la misma (Green et al., 2016; MacDonald, 2013). Asimismo, las mujeres al momento de ingresar a prisión experimentan carencias afectivas y sociales, es decir, la falta de relaciones familiares y del contexto (Constantino, et al., 2016), que repercuten en la salud mental. En particular en aquellas que son madres, quienes tienden a sufrir la separación de sus hijos, rechazo familiar, remplazo en su rol de madres (Martínez de Compañón Díaz, 2014). En concreto, estas situaciones mencionadas se asocian con la presencia de síntomas, trastornos afectivos, adictivos y trastorno de estrés postraumático (Constantino et al., 2016; Green et al., 2016; Martínez de Compañón Díaz, 2014). Como futura línea de investigación, se considera importante el abordaje particular de las mujeres reclusas en el tema de salud mental.

En este estudio, la dependencia de alcohol y de sustancias, el trastorno de personalidad antisocial, el trastorno de estrés postraumático, el episodio depresivo mayor y el alto riesgo de suicidio son los problemas psicopatológicos más frecuentes en las mujeres internas (Tye y Mullen, 2006). Entre los hombres encarcelados los trastornos adictivos, los trastornos de ansiedad, el trastorno de estrés postraumático y el trastorno de personalidad antisocial son más frecuentes que en la población general. Resultados similares a los hallados en este estudio se han encontrado también en trabajos realizados a nivel internacional (Fazel y Baillargeon, 2011; Fazel, Grann, Kling y Hawton, 2011).

En cuanto a las personas privadas de libertad que presentan algún tipo de trastorno evaluado mediante la MINI, se caracterizan por ser más jóvenes, presentar menos recursos económicos y más antecedentes psicopatológicos antes del ingreso en prisión, es decir, presentan más factores de riesgo para la comisión de delitos (Arboleda-Flores, Holley y Crisanti, 1998; Birmingham, 2004).

En este sentido, los resultados obtenidos señalan la necesidad de intervenir y cuidar la salud mental de las personas encarceladas (Hassan, Rahman, King, Senior y Shaw, 2012; National Institute for Health and Care Excellence, 2017). Hay que tener en cuenta que debido a las condiciones socioeconómicas y educativas de la población reclusa, la prisión representa una oportunidad para la intervención y el tratamiento, y en algunos casos, puede ser

la única ocasión en la que estas personas estén en contacto con servicios de tratamiento psicológico (Mitchell, Wilson y MacKenzie, 2012; Ogloff, 2002).

En concreto, este trabajo aporta información sobre la realidad carcelaria ecuatoriana a nivel de salud mental, dado que existen pocos estudios sobre este ámbito en el país, frente a la mayor cantidad de trabajos sobre las características sociales y estructurales de las instituciones penitenciarias ecuatorianas. Estos trabajos exponen la realidad que ha vivido la población reclusa ecuatoriana durante muchos años, que se ha caracterizado por la sobrepoblación, la cárcel como reproductora de violencia y lugar para el aprendizaje y el perfeccionamiento de las conductas delictivas (Carranza, 2012; Carrión, 2006).

Es cierto que en estos últimos años, el gobierno ha invertido recursos económicos en la creación de nuevos centros de privación de libertad regionales con la finalidad de reducir el hacinamiento, además de promover en mayor medida la actividad laboral y otras actividades de carácter educativo para las personas privadas de libertad con el objetivo de conseguir la reinserción social de los mismos. Sin embargo, el abordaje de la salud mental de los reclusos es más escaso, es fundamental comprender que las personas que están en prisión forman parte de la sociedad y el conseguir su rehabilitación contribuirá a la reducción del riesgo de reincidencia y de comportamientos antisociales (Arroyo-Cobo, 2011). En este sentido, en la medida en la que estos comportamientos tengan relación con síntomas o trastornos psicopatológicos, el adecuado tratamiento evitará que aquello suceda. De ahí la importancia de un trabajo multidisciplinario en el sistema carcelario con el objetivo de conseguir la plena reinserción y que se reduzca la posibilidad de que reingresen en prisión (Barnao y Ward, 2015; Otto y Douglas, 2010; Redondo, 2017; Senior et al., 2013).

Este trabajo no está exento de limitaciones, como por ejemplo el tamaño reducido de la muestra carcelaria masculina, ya que muchos de los hombres internos no accedieron a participar en el estudio y que limitan la obtención de conclusiones epidemiológicas consistentes. Por ello, sería de interés también contar con más participantes de otros centros penitenciarios. Con todo, este estudio permite obtener datos relevantes para el abordaje de los problemas de salud mental y el diseño de estrategias terapéuticas en relación con las necesidades que padecen las personas encarceladas.

En suma, es necesario continuar los esfuerzos por seguir mejorando las condiciones al interior de las prisiones ecuatorianas, con la intención de disminuir los efectos negativos de la privación de libertad sobre la salud mental de los internos. Así como también es importante mejorar la atención en

aquellos reclusos que antes del ingreso a prisión traen consigo problemas psicopatológicos. Actualmente, el MSP se ha vinculado parcialmente con el servicio de salud mental en los centros penitenciarios del país, para la atención de casos concretos que requieren atención psicológica y psiquiátrica.

De igual modo, es elemental trabajar en la atención primaria, es decir, a nivel preventivo con la finalidad de que los internos sean capaces de solicitar asesoramiento y posteriormente tratamiento. En muchos casos el síntoma o trastorno puede ser desconocido para el interno y también lo puede ser para sus familiares y para el personal penitenciario. De ahí la importancia de la formación de todos los funcionarios de los centros en el manejo de personas con problemas de salud mental, debido a que constituye un factor importante en la construcción de ambientes positivos (Arroyo-Cobo, 2011), y en el caso de los familiares, que puedan apoyar a los internos en la recuperación de los síntomas y en el proceso de rehabilitación social.

Es necesario también continuar con la potenciación de espacios como los talleres ocupacionales que se encuentran en los módulos de hombres y de mujeres, así como en relación con el espacio educativo para que puedan seguir accediendo a estudios básicos y superiores. Conjuntamente con lo mencionado se plantea la necesidad de implementar programas terapéuticos con un respectivo seguimiento, a base de estos resultados, para los internos en régimen cerrado así como también para aquellos que están en régimen abierto y semiabierto (Redondo, 2017). De igual manera sería importante establecer una colaboración entre los servicios de salud mental de las cárceles y los equipos de salud mental comunitaria (del MSP), previo a que los internos con problemas psicológicos, en particular aquellos con trastornos psicopatológicos graves (Fuentes y Fernández, 2016), sean puestos en libertad, con la finalidad de prepararlos para la vida en la comunidad y puedan acceder a los programas de salud y continuar su tratamiento en igualdad de condiciones.

ESTUDIO 2

La personalidad en población carcelaria: un estudio comparativo en Ecuador.

Artículo Publicado

Molina-Coloma, V., Salaberría, K. y Pérez, J. I. (2018). La personalidad en población carcelaria: un estudio comparativo en Ecuador. *Anuario de Psicología Jurídica*, 28, 1-7. <https://doi.org/10.5093/apj2018a5>. ISSN: 1130-0740. Factor de impacto SJR: 0.28; Cuartil: 2.

INTRODUCCIÓN

La Personalidad Delictiva

El estudio de la personalidad en delincuentes comenzó con Lombroso (1876), quien a partir de ciertas características físicas similares al hombre primitivo propuso un tipo de ser humano denominado “homo delinquens”, asociando rasgos físicos como la escasa capacidad craneal, anomalías en los órganos de los sentidos y anomalías genitales con la predisposición a cometer actos delictivos (Lombroso, 1899). Siguiendo la misma línea, se crearon las escuelas biotipológicas y constitucionales, que de la misma manera que Lombroso intentaron relacionar la conformación física y el comportamiento delictivo. Sin embargo, en la actualidad estas teorías no continúan vigentes debido a que se las consideró poco útiles en el ámbito académico, ya que la metodología utilizada carecía de rigor científico (Pelechano, 2008).

Posteriormente, Eysenck desarrolló un modelo de personalidad que planteaba un factor cognitivo o de inteligencia y otros tres factores temperamentales: la extraversión, el neuroticismo y el psicoticismo. Desde la perspectiva de este autor, el delincuente tendría una inteligencia inferior a la población general y altos niveles de psicoticismo, extraversión y neuroticismo que correlacionarían positivamente con la conducta antisocial (Pelechano, 2008). Sin embargo, en los estudios realizados para comprobar estas hipótesis, sólo la dimensión de psicoticismo aparecía relacionada con la conducta delictiva (Gomá, et al., 2001). Por otra parte, McCrae y Costa en su modelo teórico, que evalúa cinco factores principales que son: neuroticismo, extraversión, apertura, amabilidad y responsabilidad (NEO-PI-R), hallaron que los delincuentes presentan puntuaciones elevadas en extroversión y bajas en responsabilidad y cordialidad, las cuales se relacionan con la conceptualización tradicional acerca del psicoticismo (Rodríguez-Fornells, López-Capdevila y Andrés-Pueyo, 2002).

Por su parte Theodore Millon desarrolla una teoría integradora y evolutiva de la personalidad de carácter funcional y estructural (Cardenal y Sánchez, 2007; Jackson, 2004; Millon, 2002; Millon, et al., 2006). Este autor, desde su perspectiva dimensional, explica la normalidad y la patología como conceptos relativos dentro de un continuo y no como categorías nominales discretas. Además, propone una evaluación multiaxial que toma en consideración la personalidad y su relación con los síndromes clínicos, entendiendo así que la personalidad es un factor fundamental del cual se originan los síndromes clínicos, a los que considera estados transitorios que pueden modificarse en situaciones estresantes y acentuar el estilo básico de personalidad (Loínaz, Ortiz-Tallo, Sánchez y Ferragut, 2011). El instrumento

derivado de esta teoría es el MCMI y sus versiones posteriores, que es también frecuentemente utilizado en las evaluaciones dentro del ámbito forense (Stoner, 2008). Actualmente, la versión más utilizada dentro los contextos hispanoparlantes es el MCMI-III. En estudios realizados en prisiones, basados en la propuesta de Millon, se ha encontrado que los reclusos presentan tendencias de personalidad esquizoide, narcisista, antisocial, agresiva-sádica, pasiva agresiva y límite en mayor medida (Kelln, Dozois y McKenzie, 1998). El presente trabajo ofrece una continuación de tales estudios, proporcionando una descripción de las características de personalidad de la población reclusa según lo revelado tras la aplicación del MCMI-III.

Estudios sobre Personalidad en el Medio Penitenciario

Diversos estudios han señalado la existencia de una mayor prevalencia de trastornos mentales y de personalidad entre las personas privadas de libertad que en la población general (Brinded, Simpson, Laidlaw, Fairley y Malcolm, 2001; Brugha et al., 2005; Fazel y Danesh, 2002; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2008). Así, se entiende que los trastornos de la personalidad son habituales en este tipo de muestras y aparecen como predictores de la conducta criminal (Coid, 2007; Corral, 1994; Ullrich y Marneros, 2004).

Igualmente, se estima que la presencia de conductas violentas en población reclusa es mayor cuando hay ideas delirantes, abuso de alcohol o drogas, comorbilidad con trastornos de la personalidad, altos niveles de impulsividad y agresividad y variables contextuales como el aislamiento familiar y social y estresores ambientales (Esbec y Echeburúa, 2010). Entre los tipos de personalidad más prevalentes en la población carcelaria se encuentra la personalidad antisocial, seguida por la personalidad límite, paranoide y narcisista (Birmingham, 2004; Fazel y Danesh, 2002; Rotter, Way, Steinbacher, Sawyer y Smith, 2002; Vicens et al., 2011). En pocos casos se encuentra la personalidad de tipo dependiente o ansioso-evitativa (Esbec y Echeburúa, 2010). En concreto, la personalidad antisocial es la que más destaca en esta población, dada su estrecha relación con la impulsividad (Tremblay, Pihl, Vitaro, y Dobkin, 1994), la agresividad, la hostilidad (Hatfield y Dula, 2014; Stanford, Greve y Dickens, 1995) y su fuerte correlación con la conducta criminal (Martínez-Díaz, López-Blanco y Díaz-Fernández, 2001; Rodríguez-Fornells, et al., 2002).

La relación entre rasgos de personalidad clínicamente significativos y/o trastornos de la personalidad y el medio carcelario es bidireccional: por una parte, la presencia de penados con trastornos de personalidad está relacionada con dificultades de adaptación al medio carcelario, con más sanciones

disciplinarias, con mayor patología dual, más cantidad de conductas impulsivas, mayor riesgo de comportamientos violentos y peor evolución (Arroyo y Ortega, 2009; López-Barrachina, Lafuente y García-Latas, 2007). Pero al mismo tiempo, la reclusión tiene efectos en la conducta y la personalidad de los internos. Se ha encontrado que las personas privadas de libertad desarrollan una visión del mundo pesimista y pierden la confianza en los demás (Arias, Canales y De la Torre, 2015). El medio carcelario, por sus características como el aislamiento afectivo, la vigilancia permanente, la falta de intimidad, la rutina o las frustraciones reiteradas, conduce a la desconfianza y a la agresividad en las relaciones personales, comportamientos que pueden verse acrecentados en aquellos penados que presentan rasgos de personalidad clínicamente significativos o trastornos de personalidad que suponen una menor capacidad de adaptación (Arroyo y Ortega, 2009).

MÉTODO

Participantes

Los criterios de inclusión para la población reclusa fueron: a) tener capacidad para leer y escribir, b) dar el consentimiento para participar en el estudio, c) no estar en prisión preventiva y d) presentar perfiles válidos en el MCMI-III (en base a los índices de validez o de sinceridad). En el caso de la población general, los criterios de inclusión fueron: a) ser mayor de 18 años, b) tener capacidad para leer y escribir, c) residir en Ambato (Ecuador), d) dar el consentimiento para participar en el estudio y e) no tener perfiles inválidos en el MCMI-III.

El grupo de la población general lo componen 84 personas, de las cuales el 7.14% tenía antecedentes penales, el grupo de reclusos lo componen 101 personas con una media de 5.6 años en prisión.

Instrumentos de Evaluación

Cuestionario de variables sociodemográficas. El cuestionario fue realizado ad hoc por la primera autora del estudio y permite recopilar datos sociodemográficos.

Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III). Se utilizó la adaptación española de Cardenal y Sánchez (2007). El inventario evalúa características de personalidad y algunos de los principales síndromes clínicos según criterios DSM-IV, presenta un alfa de Cronbach entre .82 y .96 en la adaptación española y en este estudio un alfa de Cronbach de .92. Consta de 175 ítems, que se responden como verdadero o falso. Los ítems están divididos en 14 escalas que evalúan patrones clínicos de personalidad cuyos coeficientes

de fiabilidad oscilan entre .65 y .85: esquizoide, evitativa, depresiva, dependiente, histriónica, narcisista, antisocial, agresiva sádica, compulsiva, negativista, autodestructiva; tres de ellos evalúan patrones graves de la personalidad: esquizotípica, paranoide y límite.

Además, el cuestionario contiene 10 escalas que miden síndromes clínicos y cuyos niveles de fiabilidad oscilan entre .71 y .88: trastorno de ansiedad, somatomorfo, bipolar, distímico, dependencia de alcohol y sustancias, trastorno de estrés postraumático; entre ellos tres evalúan síndromes clínicos graves: trastorno del pensamiento, depresión mayor y trastorno delirante. En este estudio el nivel de fiabilidad es de .95. Además, el cuestionario presenta cuatro índices: validez, sinceridad, deseabilidad social y devaluación. Puntuaciones mayores de 75 indican la presencia de patrones clínicos de personalidad y síndromes clínicos.

Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11). Se utilizó la adaptación española de Oquendo et al. (2001). Consta de 30 preguntas, agrupadas en tres subescalas: impulsividad cognitiva, impulsividad motora e impulsividad no planeada y un puntaje total de impulsividad. La persona evaluada debe contestar los ítems en base a las 4 opciones de respuesta (0=raramente o nunca, 1=ocasionalmente, 3=a menudo, 4=siempre o casi siempre). No dispone de escalas de control, sin bien los ítems 1, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 13, 17, 19, 22 y 30 son inversos y permiten el control de la aquiescencia en las respuestas. La consistencia interna (alfa de Cronbach) es de .80, siendo .83 en este estudio.

Cuestionario de Agresividad de Buss y Perry (BPAQ). Se utilizó la versión reducida en castellano (Andreu, et al., 2002) que consta de 4 sub-escalas: agresividad física, agresividad verbal, ira y hostilidad. La suma de las 4 subescalas constituye la puntuación total. Consta de 12 ítems que se responden en una escala que va desde 1 (completamente falso para mí) hasta 5 (completamente verdadero para mí). No dispone de escalas de control; sin embargo, los ítems 15 y 24 son inversos y permiten el control de las respuestas. Desde el punto de vista psicométrico, el alfa de Cronbach es de .88 y en este estudio de .82; la subescala de agresión física presenta mayor precisión, con una consistencia interna de .86, la subescala de ira tiene una consistencia interna de .77, la de agresión verbal de .68 y la de hostilidad de .72 (Andreu, et al., 2002).

Procedimiento

Para el desarrollo de esta investigación se solicitó el permiso correspondiente al Centro Penitenciario. Una vez obtenido dicho permiso, las personas recluidas en el centro fueron informadas mediante una carta informativa del estudio. Las que accedieron a formar parte del mismo firmaron

la hoja de consentimiento y se procedió a la evaluación en la oficina de psicología de este centro de reclusión, previa autorización por parte de la psicóloga del establecimiento. Para reclutar a los participantes de la población general, se realizó un anuncio colocando un cartel en el ayuntamiento de la ciudad, donde se especificaba el objetivo del estudio, los parámetros de participación y el lugar donde se llevaba a cabo la evaluación. Las personas que acudieron fueron informadas y las que accedieron dieron su consentimiento y fueron evaluadas.

En ambos casos, se les ofreció un informe de los resultados a todos los participantes. La evaluación fue realizada individualmente en una sesión de hora y media de duración aproximadamente por la primera autora del estudio, psicóloga con varios años de experiencia previa en la evaluación y tratamiento de personas en prisión.

Análisis de Datos

Los análisis han sido llevados a cabo con el paquete estadístico SPSS (versión 22.0). Para analizar las diferencias entre los dos grupos, se desarrollaron análisis descriptivos (porcentajes, medias y desviaciones típicas) y se realizaron pruebas de significación en función de que las variables fueran cuantitativas o cualitativas (t de Student y χ^2 cuadrado respectivamente). En relación al tamaño del efecto, se utilizó la d de Cohen en variables cuantitativas y la V de Cramer en variables cualitativas.

RESULTADOS

En este estudio participaron 101 personas pertenecientes a la población reclusa, siendo la media de edad de 33.97 años ($DT=9.86$) y 84 personas de la población general con una media de edad de 35.20 años ($DT=11.29$), sin diferencias estadísticamente significativas, ($t=0.79$, $p=.429$, $d=0.12$). En cuanto al sexo, el número de hombres reclusos es de 51 y en la población general es de 46, en tanto que el número de mujeres encarceladas es de 50 y el de la población general es de 38, sin diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, ($\chi^2=0.34$, $p=.563$, $V=.04$). Las mujeres reclusas cuentan con una media de edad de 33.84 años ($DT=8.63$) y las de la población general con una media de 37.16 años ($DT=11.48$), sin diferencias entre ellas, ($t=1.55$, $p=.125$, $d=0.33$). Por su parte, los hombres encarcelados presentan una media de edad de 34.20 años ($DT=11.02$) y los hombres de la población general de 33.59 años ($DT=10.99$), sin que tampoco existan diferencias estadísticamente significativas entre ellos, ($t=0.23$, $p=.820$, $d=0.05$).

En la Tabla 18 se describen las variables sociodemográficas. De manera general se evidencian diferencias significativas en estado civil, nacionalidad, etnia, nivel educativo, nivel socioeconómico, tipo de vivienda e hijos. En concreto, tanto hombres como mujeres en prisión presentan más cargas familiares y menores niveles de instrucción, así mismo peores condiciones socio-económicas y de habitabilidad que la población general. Respecto a los niveles de impulsividad y agresividad, en la Tabla 19 se muestran los resultados que reflejan un nivel más alto entre la población reclusa que entre la población general en ambas variables. El tamaño de las diferencias entre ambos grupos es muy grande en impulsividad no planificada y de tamaño medio en hostilidad y agresividad total.

En cuanto al sexo, se evidencia que las diferencias son mayores entre las mujeres reclusas y las de la población general que entre los hombres. Entre éstos el tamaño de las diferencias oscila entre 0.10 y 0.55 y entre las mujeres se sitúa entre 0.44 y 1.56.

Teniendo en cuenta los perfiles validos en el MCMI-III, las mujeres presentaron un índice de deseabilidad social del 15.9%, que era mayor en las mujeres reclusas ($M=54.50$, $DT=18.27$) que en las mujeres de la población general ($M=42.63$, $DT=16.56$), ($t=3.18$, $p=.002$, $d=0.68$). Es decir, que en esta muestra las mujeres reclusas tienden a presentarse de forma más favorable o más atractiva ocultando las dificultades psicológicas que puedan tener. Asimismo, en la escala de devaluación las mujeres reclusas presentaron una puntuación mayor ($M=59.50$, $DT=22.70$) que las mujeres de la población general ($M=48.82$, $DT=18.82$) con diferencias significativas y de tamaño moderado, ($t=2.41$, $p=.018$, $d=0.51$). En cuanto a los hombres en prisión y los de la población general, no existen diferencias en deseabilidad social ni en devaluación. Un 9.3% de los hombres presentaron deseabilidad social y un 19.6% devaluación, sin diferencias entre penados y hombres de la población general. Es decir, los hombres en general en esta muestra tienden a devaluarse más que a querer mostrarse socialmente deseables.

Los resultados obtenidos por cada grupo en el MCMI-III, tanto en las escalas de personalidad como en los síndromes clínicos, se muestran en la Tabla 20. En relación a los patrones clínicos de personalidad, la población reclusa en general presenta mayores puntuaciones en todas las subescalas que la muestra de la población general. En los reclusos destacan las puntuaciones con respecto a la personalidad antisocial ($M=62.75$, $DT=13.95$), seguida de la paranoide ($M=62.15$, $DT=15.23$), esquizoide ($M=57.12$, $DT=14.37$) y agresivo-sádica ($M=57.08$, $DT=16.57$). En cuanto a las diferencias entre ambas muestras, aparecen puntuaciones con un tamaño de la diferencia grande en la escala

antisocial ($d=0.75$), la escala depresiva ($d=0.62$), la compulsiva ($d=0.55$) y la esquizoide ($d=0.54$).

Entre los hombres en prisión y los hombres de la población general las diferencias en los tipos de personalidad aparecen en la escala antisocial, compulsiva, agresivo-sádica y depresiva, con un tamaño de las diferencias moderado. Entre las mujeres en prisión y las mujeres de la población general, aparecen diferencias en todas las subescalas de personalidad. Estas diferencias son grandes en las subescalas antisocial, depresiva y esquizoide y de tamaño moderado en los estilos paranoide y evitativo.

Por un lado, desde el punto de vista de los síndromes clínicos, existen diferencias significativas entre la población reclusa y la población general en todas las subescalas. Estas diferencias son de tamaño grande en las escalas de dependencia a sustancias ($d=0.89$) y dependencia al alcohol ($d=0.72$) y de tamaño medio en el trastorno delirante ($d=0.58$), la depresión mayor ($d=0.53$), el trastorno distímico ($d=0.54$) y el trastorno de estrés postraumático ($d=0.51$).

Por otro lado, desde el punto de vista categorial una puntuación superior a 75 en el MCMI-III indica la presencia de rasgos de personalidad clínicamente significativos (ver Tabla 21). Entre la población general, el 8.3% de los sujetos cumpliría este requisito; en cambio en la población reclusa el 26.7% supera el punto de corte que supone la presencia de rasgos clínicos de la personalidad, siendo la personalidad antisocial la que predomina. En la muestra de reclusos hombres los rasgos clínicos de personalidad son el antisocial, paranoide y narcisista. En cambio, entre las mujeres en prisión predominan el antisocial, el evitativo y el depresivo. En el caso de la población general, tanto en hombres como en mujeres predomina la personalidad evitativa y depresiva, es decir las pertenecientes al grupo C (sujetos temerosos y ansiosos).

En cuanto a los síndromes clínicos, en la muestra de reclusos con puntuaciones superiores a 75, tanto en hombres como en mujeres destacan los cuadros delirantes, la dependencia al alcohol y a las sustancias y los cuadros de ansiedad, al igual que en la muestra de la población general. Aunque el patrón de síndromes clínicos es similar en ambas muestras, el porcentaje de sujetos reclusos con sintomatología clínica importante es mucho mayor que el porcentaje de sujetos de la población general.

Tabla 18. Datos sociodemográficos de los participantes

	Total				Hombres						Mujeres										
	P. Reclusa N= 101		P. General N= 84		P. Reclusa N=51			P. General N= 46			P. Reclusa N=50			P. General N= 38							
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	X ²	p	V		
Estado civil					29.08	.000	0.40					17.30	.004	0.42					15.16	.010	0.42
Soltero	34	33.6	27	32.1				16	31.5	18	39.2				18	36.0	9	23.7			
Casado	15	14.9	39	46.4				7	13.7	19	41.3				8	16.0	20	52.6			
Unión Libre	36	35.6	9	10.7				17	33.3	4	8.7				19	38.0	5	13.2			
Divorciado	7	6.9	4	4.8				4	7.8	2	4.3				3	6.0	2	5.3			
Separado	5	5.0	4	4.8				4	7.8	3	6.5				1	2.0	1	2.6			
Viudo	4	4.0	1	1.2				3	5.9	0	0.0				1	2.0	1	2.6			
Hijos					4.36	.037	0.15					5.23	.022	0.23					0.03	.871	0.02
Sí	82	81.2	57	67.9				38	74.5	24	52.2				44	88.0	33	86.8			
No	19	18.8	27	32.1				13	25.5	22	47.8				6	12.0	5	13.2			
Nacionalidad					4.48	.034	0.16					0.91	.340	0.10					3.38	.066	0.20
Ecuatoriana	93	92.1	83	98.8				50	98.0	46	100				43	86.0	37	97.4			
Colombiana	8	7.9	1	1.2				1	2.0	0	0.0				7	14.0	1	2.6			
Estudios					15.72	.003	0.29					6.39	.094	0.26					10.13	.006	0.34
Primarios	51	50.5	24	28.6				23	45.1	14	30.4				28	56.0	10	26.3			
Secundarios	30	29.7	22	26.2				15	29.4	9	19.6				15	30.0	13	34.2			
Bachillerato	19	18.8	37	44.0				12	23.5	22	47.8				7	14.0	15	39.5			
Universidad	1	1.0	1	1.2				1	2.0	1	2.2				0	0.0	0	0.0			
Nivel socioeconómico (dólares)					13.78	.000	0.27					7.99	.005	0.29					6.07	0.14	0.26
Inferior al salario mínimo	81	80.20	46	54.8				43	84.3	25	58.1				38	76.0	21	51.2			
Superior al salario mínimo	20	19.80	38	45.2				8	15.7	18	41.9				12	24.0	20	48.8			

Tabla 19. Impulsividad y Agresividad

	Total								Hombres					Mujeres							
	P. Reclusa		P. General		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	P. Reclusa		P. General			P. Reclusa		P. General						
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>				<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	N= 101		N= 84					N= 51		N= 46			N= 50		N= 38						
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Impulsividad																					
Cognitiva	18.33	6.17	15.07	5.89	3.66	.000	0.54	18.24	5.61	16.72	6.38	1.25	.215	0.25	18.42	6.74	13.08	4.56	4.42	.000	0.93
Motora	19.34	8.45	16.10	6.42	2.96	.003	0.43	18.24	8.13	17.52	6.68	0.47	.640	0.10	20.46	8.70	14.36	5.72	3.95	.000	0.83
No planificada	26.32	6.93	18.93	7.00	7.18	.000	1.06	24.86	6.95	22.22	7.01	3.27	.002	0.38	27.80	6.65	17.37	6.74	7.23	.000	1.56
Total	63.98	17.27	50.10	15.69	5.73	.000	0.84	61.33	15.99	54.46	16.36	2.09	.039	0.42	66.68	18.24	44.82	13.20	6.52	.000	1.37
Agresividad																					
Física	23.40	7.83	20.90	6.77	2.32	.021	0.34	23.98	8.09	22.02	6.87	1.28	.204	0.26	22.80	7.58	19.55	6.48	2.16	.033	0.46
Verbal	14.31	4.97	12.49	4.69	2.56	.011	0.38	13.84	4.57	12.46	4.50	1.50	.136	0.30	14.78	5.36	12.53	4.96	2.04	.045	0.44
Ira	22.21	5.60	19.55	5.49	3.24	.001	0.48	21.86	5.36	19.20	5.37	2.44	.016	0.50	22.54	5.86	19.97	5.67	2.07	.041	0.45
Hostilidad	26.52	7.50	22.93	6.41	3.52	.001	0.51	25.51	6.37	23.07	6.62	1.85	.067	0.38	27.56	8.44	22.76	6.23	3.07	.003	0.65
Total	86.43	21.24	75.87	18.40	3.62	.000	0.53	85.20	20.71	76.74	17.66	2.17	.033	0.55	87.68	21.90	74.82	19.45	2.91	.005	0.62

Tabla 20. Resultados en el MCMI-III

	Total		Hombres						Mujeres												
	P. Reclusa N= 101		P. General N= 84		t	p	d	P. Reclusa N= 51		P. General N= 46		t	P	d	P. Reclusa N= 50		P. General N= 38		t	p	d
	M	DT	M	DT				M	DT	M	DT				M	DT	M	DT			
Personalidad																					
Esquizoide	57.12	14.37	49.14	15.21	3.64	.000	0.54	52.92	16.67	47.65	15.25	1.62	.109	0.33	61.40	10.03	50.95	15.17	3.68	.000	0.81
Evitativa	52.00	18.38	44.30	19.46	2.75	.007	0.41	50.92	18.84	46.17	19.97	1.20	.231	0.24	53.10	18.02	42.03	18.82	2.79	.007	0.60
Depresiva	42.76	22.06	28.93	22.31	4.22	.000	0.62	44.47	22.96	32.52	24.28	2.48	.015	0.51	41.02	21.19	24.58	19.08	3.82	.000	0.82
Dependiente	41.66	18.82	35.30	19.66	2.24	.027	0.33	42.24	18.34	36.93	20.88	1.33	.186	0.27	41.08	19.47	33.32	18.16	1.91	.060	0.41
Histriónica	35.04	14.49	30.96	11.42	2.14	.034	0.31	27.35	9.63	26.22	9.03	0.60	.552	0.12	42.88	14.48	36.71	11.46	2.23	.028	0.47
Narcisista	53.29	17.58	47.93	18.92	1.98	.049	0.29	55.69	16.94	53.22	16.27	0.73	.467	0.15	50.84	18.05	41.53	20.11	2.25	.027	0.49
Antisocial	62.75	13.95	51.38	16.44	5.01	.000	0.75	60.73	15.06	51.91	15.90	2.80	.006	0.57	64.82	12.54	50.74	17.27	4.25	.000	0.93
Agresiva-Sádica	57.08	16.57	50.29	18.07	2.64	.009	0.39	57.94	15.57	51.11	16.91	2.06	.042	0.42	56.20	17.65	49.29	19.57	1.74	.086	0.37
Compulsiva	39.34	12.40	32.65	12.01	3.71	.000	0.55	35.69	8.51	29.93	9.18	3.19	.002	0.65	43.06	14.56	35.95	14.16	2.31	.024	0.50
Negativista	49.27	18.01	44.32	17.16	1.91	.058	0.28	50.41	16.90	47.28	17.00	0.91	.336	0.18	48.10	19.19	40.74	16.88	1.88	.064	0.41
Autodestructiva	47.30	20.81	39.82	23.80	2.25	.026	0.33	46.35	22.07	43.33	22.66	0.66	.507	0.14	48.26	19.61	35.58	24.75	2.60	.011	0.57
<i>Patrones Graves</i>																					
Ezquizotípica	49.57	21.12	40.42	23.53	2.76	.006	0.41	48.98	22.65	41.30	24.89	1.59	.115	0.32	50.18	19.65	39.34	22.04	2.39	.019	0.52
Límite	45.81	21.29	36.71	20.97	2.92	.004	0.43	45.94	20.87	39.35	20.48	1.57	.120	0.32	45.68	21.92	33.53	21.38	2.61	.011	0.56
Paranoide	62.15	15.23	54.60	18.71	2.97	.003	0.44	60.33	18.14	55.09	19.72	1.37	.176	0.28	64.00	11.42	54.00	17.66	3.04	.003	0.67
Síndromes clínicos																					
Trast. ansiedad	56.45	31.21	41.76	29.60	3.28	.001	0.47	57.37	31.25	48.50	31.56	1.39	.168	0.28	55.50	31.46	33.61	25.08	3.63	.000	0.77
Trast. somatomorfo	42.21	23.72	32.85	25.42	2.57	.011	0.38	41.24	23.76	37.63	26.55	0.71	.482	0.14	43.20	23.88	27.05	23.00	3.21	.002	0.66
TrasT. bipolar	54.68	20.28	48.00	20.83	2.20	.029	0.32	56.76	20.22	49.00	20.83	1.86	.066	0.38	52.56	20.33	46.79	21.06	1.30	.198	0.28
Trast. distímico	47.08	23.71	34.02	24.69	3.65	.000	0.54	44.73	22.77	37.43	25.15	1.50	.137	0.30	49.48	29.89	24.6	23.80	3.77	.000	0.92
Dependencia alcohol	68.61	17.31	53.69	23.43	4.84	.000	0.72	66.58	16.05	53.61	25.07	3.00	.004	0.62	70.68	18.44	53.79	21.62	3.87	.000	0.84
Dependen. sustancias	66.49	12.59	51.37	20.41	5.92	.000	0.89	66.49	16.04	51.61	19.60	4.06	.000	0.83	66.48	7.82	51.08	21.53	4.20	.000	0.95
Trast. estrés postraumt.	51.87	22.70	39.70	25.37	3.41	.000	0.51	50.78	22.89	42.02	25.94	1.77	.080	0.36	52.98	22.68	36.89	24.72	3.13	.002	0.68
<i>Síndromes graves</i>																					
Trast. pensamiento	46.20	25.66	35.68	24.64	2.84	.005	0.42	48.24	28.35	40.67	27.48	1.33	.186	0.27	44.12	22.69	29.63	19.37	3.23	.002	0.69
Depresión mayor	47.19	26.12	33.60	25.06	3.60	.000	0.53	42.65	26.59	37.70	26.20	0.92	.359	0.19	51.82	25.05	28.63	22.92	4.52	.000	0.97
Trast. delirante	74.49	12.92	63.35	23.65	3.86	.000	0.58	73.35	12.69	62.37	25.64	2.72	.008	0.54	75.64	13.18	64.53	21.42	2.82	.007	0.62

Tabla 21. Resultados en el MCMI-III en función del punto de corte >75

	Total				Hombres				Mujeres			
	Punto de corte > 75				Punto de corte > 75				Punto de corte > 75			
	P. Reclusa N= 101		P. General N= 84		P. Reclusa N= 51		P. General N= 46		P. Reclusa N= 50		P. General N= 38	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Personalidad												
Esquizoide	2	2.0			2	3.9						
Evitativa	7	6.9	3	3.6	2	3.9	1	2.2	5	10.0	2	5.3
Depresiva	7	6.9	3	3.6	2	3.9	2	4.3	5	10.0	1	2.6
Dependiente			1	1.2							1	2.6
Narcisista	3	3.0			3	5.9						
Antisocial	14	13.9			4	7.8			10	20.0		
Agresiva-Sádica	3	3.0							3	6.0		
<i>Patrones graves</i>												
Límite	3	3.0							3	6.0		
Paranoide	9	8.9	2	2.4	7	13.7	1	2.2	2	4.0	1	2.6
Síndromes clínicos												
Trast. ansiedad	28	27.7	10	11.9	13	25.5	6	13.0	15	30.0	4	10.5
Trast. somatomorfo	7	6.9	1	1.2					7	14.0	1	2.6
Trast. Bipolar	10	9.9	5	6.0	5	9.8	4	8.7	5	10.0	1	2.6
Trast. distímico	6	5.9	2	2.4	1	2.0			5	10.0	2	5.3
Depend alcohol	35	34.7	18	21.4	15	29.4	13	28.3	20	40.0	5	13.2
Depend. sustancias	39	38.6	2	2.4	27	52.9	2	4.3	12	24.0		
Trast. estrés postr.	9	8.9	2	2.4	3	5.9	1	2.2	6	12.0	1	2.6
<i>Síndromes graves</i>												
Trast. pensamiento	11	10.9	7	8.3	10	19.6	5	10.9	1	2.0	2	5.3
Depresión mayor	11	10.9	2	2.4					11	22.0	2	5.3
Trast. delirante	38	37.6	18	21.4	23	45.1	14	30.4	15	30.0	4	10.5

En la tabla 22, se realizó un análisis comparativo entre la población reclusa con puntuaciones superiores a 75 en alguno de los patrones clínicos de personalidad y aquellos reclusos con puntuaciones inferiores a este punto de corte. Los reclusos que presentaban patrones clínicos de la personalidad mostraban puntuaciones superiores en todas las escalas de los síndromes clínicos del MCMI-III, con un tamaño de la diferencia grande en el trastorno distímico, el trastorno del pensamiento y la depresión mayor. Las diferencias también aparecían en impulsividad motora, agresividad y hostilidad. Sin embargo, no se observaron diferencias significativas en las variables sociodemográficas.

De las 27 personas privadas de libertad que presentaron patrones de personalidad clínicamente significativos, 11 eran hombres y 16 eran mujeres. Del conjunto, 13 sujetos presentaban más de un tipo de rasgo de personalidad clínicamente significativo. El más prevalente era el antisocial (14 personas), seguido por el paranoide (9 personas), 7 personas presentaban patrones

evitativos y depresivos respectivamente, 3 patrones límite, 3 agresivo-sádico y 3 narcisista y, por último, 2 personas presentaban un patrón esquizoide.

Tabla 22. Características de los reclusos con puntuaciones superiores e inferiores en en función al punto de corte >75 del MCMI-III

	Inferior a 75 N= 74		Superior a 75 N= 27		t	p	d
	M	DT	M	DT			
Impulsividad							
Motora	18.07	8.40	22.81	7.71	2.67	.010	0.59
Agresividad							
Física	21.51	6.93	28.56	7.92	4.08	.000	0.95
Verbal	13.59	4.75	16.26	5.15	2.35	.023	0.54
Ira	21.45	5.42	24.26	5.66	2.24	.030	0.51
Hostilidad	24.53	7.25	32.00	5.14	5.75	.000	1.19
Total	81.08	18.80	101.07	20.95	4.36	.000	1.00
Síndromes clínicos							
T. ansiedad	47.93	30.32	79.78	19.85	6.13	.000	1.24
T. somatomorfo	35.53	22.89	60.52	14.78	6.42	.000	1.30
T. bipolar	49.74	21.12	68.22	8.34	6.30	.000	1.15
T. distímico	38.57	21.79	70.41	7.58	10.89	.000	1.95
Dep. alcohol	63.78	16.70	81.85	10.99	6.29	.000	1.28
Dep. sustancias	64.03	13.34	73.22	6.76	4.54	.000	0.87
T. estrés postraumático	46.39	23.70	66.89	9.19	6.26	.000	1.14
<i>Síndromes graves</i>							
T. pensamiento	37.59	23.85	69.78	12.09	8.89	.000	1.70
Depresión mayor	39.26	25.63	68.93	10.47	8.25	.000	1.52
T.delirante	70.95	12.79	84.19	7.02	6.59	.000	1.28

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio confirman lo encontrado en estudios previos sobre una mayor prevalencia de indicadores de psicopatología y tendencias patológicas de la personalidad en personas privadas de libertad en comparación con personas de la población general (Brinded et al., 2001; Brugha et al., 2005; Fazel y Danesh, 2002).

Estas diferencias eran más acusadas entre las mujeres reclusas y las mujeres de la población general que entre los hombres. El perfil sociodemográfico de los reclusos es de hombres y mujeres con una media de edad de 34 años, solteros o en unión libre, con hijos, estudios básicos y bajo

nivel socioeconómico, provenientes de medios sociales deprimidos, que son factores importantes en cuanto al desarrollo de conductas delictivas (Ortiz-Tallo, Fierro, Blanca, Cardenal y Sánchez, 2006). Las personas encarceladas de este estudio se caracterizan por alteraciones del pensamiento, altos niveles de ira y hostilidad, síntomas depresivos y ansiosos a nivel emocional, un bajo control de impulsos a nivel conductual y una profunda desconfianza en el ámbito de las relaciones interpersonales.

Así, en cuanto a la presencia de síndromes psicopatológicos en los reclusos prevalece la ansiedad (Casares-López et al., 2011; Vicens et al., 2011), los cuadros delirantes (Casares-López et al., 2010) y el abuso y la dependencia al alcohol y a las sustancias (Black, Gunter, Loveless, Allen y Sieleni, 2010; Vegue, Álvaro y Sternberg, 2004; Vicens et al., 2011).

Con respecto a los patrones de personalidad clínicamente significativos, en este estudio desde el punto de vista categorial predomina la personalidad antisocial, paranoide y narcisista en los hombres y en las mujeres la personalidad antisocial, evitativa y depresiva. Desde el punto de vista dimensional predomina en hombres la personalidad antisocial, paranoide y narcisista y en mujeres destaca la personalidad antisocial paranoide y esquizoide. A nivel general, tanto categorial como dimensional tanto la población reclusa destaca la personalidad antisocial y paranoide (Birmingham, 2004; Esbec y Echeburúa, 2010; Slade y Forrester, 2013).

Los reclusos con características de personalidad antisocial son más difíciles de manejar dada su agresividad, impulsividad y hostilidad, tal como aparecen reflejadas en este estudio, tanto en la escala de impulsividad de Barratt como en la escala de agresividad de Buss y Perry. Desde un punto de vista dimensional, los rasgos de personalidad más relacionados con la violencia son la impulsividad, la regulación afectiva deficiente, el narcisismo y el paranoidismo (Nestor, 2002), características presentes en la muestra estudiada. Sólo un 26.7% de la muestra presentó patrones de personalidad clínicamente significativos, resultado similar al encontrado en el estudio de Arroyo y Ortega (2009). Aquellos reclusos que presentan puntuaciones superiores a 75 en el MCMI-III, a diferencia de los que presentan puntuaciones inferiores, constituyen un subgrupo dentro de la población reclusa que presenta altos niveles de agresividad, impulsividad, hostilidad, más psicopatología y alteraciones de la personalidad, características todas ellas que requieren una atención más específica y que suponen un reto para la reinserción social, ya que pueden presentar más comportamientos auto y heteroagresivos y violencia intracarcelaria, que suponen más dificultades de interacción con el personal que trabaja en las prisiones.

Los resultados alcanzados en el estudio presentan algunas limitaciones. Aunque la aplicación de los cuestionarios se ha realizado en el contexto de entrevistas individuales, la utilización exclusiva de este tipo de instrumentos de evaluación puede limitar la fiabilidad de los resultados, por lo que sería necesaria una evaluación más exhaustiva para obtener datos más concluyentes (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2006; González-Guerrero, 2014). Asimismo, la evaluación fue realizada de modo transversal y no longitudinal, lo que impide separar la influencia que tiene el medio carcelario en la expresión de las características personales y de la psicopatología, evidenciándose lo mencionado en el discurso de los reclusos con expresiones como: “afuera yo no era así, aquí, soy así”, “yo afuera no consumía droga, pero aquí sí”. La prisión es una institución total, un contexto que exige una alta capacidad de adaptación y puede exacerbar aquellas características desequilibradas, ya que la adaptación es especialmente difícil para aquellas personas que presentan patrones clínicos de la personalidad que pueden repercutir negativamente en la interacción con los demás reclusos (Arroyo y Ortega, 2009).

A pesar de estas limitaciones, el presente estudio pone de relieve los problemas psicológicos en este grupo de personas y muestra la necesidad de diseñar e implementar tratamientos psicológicos específicos, ya que los programas de prevención y de reinserción en Ecuador son limitados en el ámbito de la salud mental en las prisiones.

ESTUDIO 3

Mujeres ecuatorianas en prisión: identificación de sus necesidades psicológicas.

Artículo en Revisión: enviado el 24 de Julio del 2018

Revista: Terapia Psicológica

INTRODUCCIÓN

Los estudios sobre mujeres en prisión son escasos, pero resaltan la necesidad de atender la situación psicológica específica de las mismas para desarrollar tratamientos más efectivos (De Vogel y Nicholls, 2016). Las mujeres en prisión, frente a los hombres, constituyen una proporción muy pequeña de la población de penados, y son más propensas a cometer delitos menores. Sin embargo, en los últimos años, ha crecido el número de mujeres reclusas, así como también la comisión de delitos violentos por parte de las mismas (Loinaz, 2016; Van den Bergh, et al., 2011).

En América del Sur, el porcentaje de mujeres reclusas en las cárceles es de alrededor del 6%. Bolivia con un 13.4% y Ecuador con un 10.7%, son los países que más número de mujeres en prisión albergan (Giacomello, 2013). En el contexto ecuatoriano, aproximadamente 2.158 mujeres se encuentran privadas de libertad en todo el país, cifra que corresponde al 8.1% de toda la población reclusa (MJDHC, 2014). La mayoría de ellas, cerca del 70%, se encuentran reclusas a causa de delitos sobre todo relacionados con el microtráfico de drogas; tal es el caso de países como Argentina, Brasil y Costa Rica, donde más del 60% de las mujeres están privadas de libertad por este tipo de delitos, y en Ecuador llegan al 80% (Espinoza, 2016).

En general, el perfil sociodemográfico de las mujeres internas es el de una mujer joven de entre 30 y 36 años, con bajo nivel educativo, desempleada antes del ingreso en prisión, soltera y con hijos a su cargo (Ackerman, 2016; Mundt, Kastner, Mir, Priebe, 2015; Pulido, Rodríguez y Colorado, 2009; Teplin, Abram y McClelland, 1996; Villagra-Lanza, et al., 2011). A nivel delictivo, los delitos que las mujeres suelen cometer con más frecuencia son delitos contra la propiedad y el tráfico de drogas (Harrison y Norton-Hawk, 2010; Espinoza, 2016). Particularmente, la venta y el tráfico de estupefacientes, es una actividad que algunas mujeres realizan desde sus hogares, les permite continuar paralelamente desempeñando actividades domésticas en la casa, ya que muchas veces constituyen familias monoparentales pobres que fácilmente se convierten en el perfil ideal para las redes del narcotráfico (Pontón, 2006).

Respecto a la salud mental, las mujeres reclusas presentan más psicopatología que las personas de la población general (Bloom, Owen y Covington, 2003), que las mujeres de la comunidad (Tye y Mullen, 2006) y que los hombres reclusos (Teplin, et al., 1996; Gunter, et al., 2012). Suelen presentar mayor número de síntomas psicopatológicos, trastornos como la depresión mayor, el abuso y la dependencia al alcohol y las drogas, trastorno de estrés postraumático y trastornos de personalidad como el antisocial y el límite, a

diferencia de las mujeres de la población general (Tye y Mullen, 2006). Por otra parte, en comparación con los hombres privados de libertad, presentan un mayor nivel de estrés psicológico, más ansiedad, somatización y manía (Drapalski, et al., 2009; Lindquist y Lindquist, 1997).

En suma, las mujeres en situación de reclusión suelen tener un historial de necesidades sociales, educativas, sanitarias y económicas no cubiertas (U.S. Department of Justice y National Institute of Justice, 2000), además de una historia de violencia familiar y sexual. En su caso, el establecimiento de relaciones románticas con criminales se considera un factor potencial para cometer delitos por parte de las mujeres (Mauá y Baltieri, 2012). Otros factores como el abuso de sustancias, la baja autoestima, la impulsividad, la personalidad antisocial, la pobreza, los bajos niveles educativos y tener padres delincuentes, han sido identificados como factores criminológicos para ambos sexos (Mauá y Baltieri, 2012).

En este sentido, este trabajo es necesario dada la escasez de estudios en este contexto (OPS, OMS y MSP, 2015).

MÉTODO

Participantes

Se ha realizado un estudio exploratorio y transversal en una población reclusa ecuatoriana. Los criterios de inclusión para el estudio fueron los siguientes: a) tener capacidad para leer y escribir, b) dar el consentimiento para participar en el estudio, c) no estar en prisión preventiva, y d) presentar perfiles válidos en el MCMI-III.

Instrumentos

Cuestionario de variables sociodemográficas, de salud y variables delictivas. El cuestionario fue realizado “ad hoc” por la primera autora del estudio para recopilar datos sociodemográficos, de salud y delictivos (tales como el tipo de delito cometido, el tiempo de estancia en prisión, la reincidencia, los antecedentes delictivos familiares, etc.).

Cuestionario de 90 Síntomas Revisado (SCL-90-R) de Derogatis (1983). Se utilizó la versión española de González de Rivera, et al., (2002). Es un cuestionario de 90 ítems que se agrupan en 9 dimensiones que evalúan malestar psicológico. Cada ítem presenta cinco alternativas de respuesta que oscilan entre 0 (nada) y 4 (mucho). Las dimensiones del cuestionario son: somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo y una escala de ítems

adicionales de relevancia clínica. Además, presenta tres índices generales, que reflejan el nivel de gravedad global de la sintomatología del sujeto: Índice General Sintomático (IGS), Total de Síntomas Positivos (TSP) e Índice de Malestar (PSDI). González de Rivera et al. (2002) señalan que este instrumento presenta una consistencia interna alta, con valores del alfa de Cronbach que oscilan entre .78 y .90. En la población ecuatoriana este instrumento presenta un alfa de Cronbach de .95.

Cuestionario para Experiencias Traumáticas, TQ (Davidson, et al., 1990): Es un instrumento que evalúa experiencias traumáticas. El cuestionario tiene tres partes: la primera, que consta de 18 ítems, es un listado de experiencias traumáticas, a las que el sujeto tiene que responder si las ha sufrido o no alguna vez en su vida, y en caso afirmativo, a qué edad sufrió el acontecimiento y durante cuánto tiempo. La segunda parte, evalúa las características del acontecimiento elegido por el sujeto como más importante, para ver si el sujeto cumple los requisitos que se especifican en el criterio diagnóstico A del DSM-IV (consta de 9 ítems). Finalmente, la tercera parte, que consta de 18 ítems, explora los síntomas que figuran en los criterios B y D del DSM-IV. Los ítems son de respuesta dicotómica (sí o no). Además, presenta dos ítems adicionales que no forman parte de la escala, pero que brindan información sobre la necesidad o no de asistencia sanitaria.

El alfa de Cronbach es .99 para la escala completa, .97 para la subescala de frecuencia de acontecimientos traumáticos, y .98 para la subescala de severidad (Bobes et al., y Grupo español de trabajo para el estudio del trastorno de estrés postraumático, 2000). El alfa de Cronbach, para la escala completa en esta muestra es de 0.87.

Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III): El inventario evalúa 14 patrones clínicos de la personalidad (esquizoide, evitativa, depresiva, dependiente, histriónica, narcisista, antisocial, agresiva-sádica, compulsiva, negativista, autodestructiva, esquizotípica, paranoide y límite.) y 10 síndromes clínicos (trastorno de ansiedad, somatomorfo, bipolar, distímico, dependencia de alcohol y sustancias, trastorno de estrés postraumático, trastorno del pensamiento, depresión mayor y trastorno delirante.). Consta de 175 ítems, que se responden como verdadero o falso. Se trabajó con la adaptación española de Cardenal y Sánchez (2007), que presenta un alfa de Cronbach entre .82 y .96. Asimismo, el cuestionario presenta cuatro índices para el control de las respuestas: la escala de validez (que consta de tres ítems y que respondiendo a dos o más se considera un perfil invalido) y las escalas de sinceridad, deseabilidad social y devaluación (Ortiz-Tallo, Cardenal, Ferragut y Cerezo, 2011). Este cuestionario ha sido utilizado en el contexto penitenciario en Chile

(Souci y Vivet, 2013). En población penitenciaria ecuatoriana, el alfa de Cronbach es de .92.

Procedimiento

Después de obtener el permiso para el acceso al CPL Ambato, las mujeres y los hombres reclusos recibieron una carta informativa sobre las características y el objetivo del estudio. Los que accedieron a formar parte del mismo firmaron la hoja de consentimiento informado. La evaluación fue realizada individualmente por la primera autora del estudio (psicóloga con experiencia en el ámbito penitenciario), que se llevaron a cabo en la oficina de evaluación y diagnóstico psicológico de la institución. Finalmente, se les ofreció un informe de los resultados a todos los participantes que así lo solicitaron.

Análisis estadísticos

Se utilizó el paquete estadístico SPSS (versión 22.0). Se han realizado análisis descriptivos (medias y desviaciones típicas en variables cuantitativas y frecuencias y porcentajes en variables cualitativas), análisis de comparación de grupos, basados en la variable sexo, para lo cual se utilizó una *t* de Student y se calculó el tamaño de las diferencias entre los grupos por medio de la *d* de Cohen. Finalmente, se realizaron correlaciones, únicamente con el grupo de mujeres en prisión, entre síntomas psicopatológicos, características de personalidad, síndromes clínicos, variables sociodemográficas, características del delito por el que estaban penadas y el número de sucesos traumáticos acontecidos.

RESULTADOS

En relación a las variables sociodemográficas (tabla 23), como puede observarse no se presentan diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en la mayoría de las características, exceptuando en el trabajo antes del ingreso a prisión, donde un 94.1% de los hombres trabajaban mientras que sólo un 78% de las mujeres. Desde el punto de vista delictivo, las mujeres llevan menos tiempo en prisión, han sido penadas principalmente por delitos contra la propiedad y tenencia de estupefacientes, y tienen a más familiares en prisión, tanto de su familia de origen como de la propia familia.

Tabla 23. Características sociodemográficas y delictivas

Sociodemográficas	Mujeres		Hombres		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>			
Edad	33.84	8.63	34.10	11.02	.0131	.896	.026
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	χ^2	<i>p</i>	<i>V</i>
Estado Civil					1.88	.598	.136
Soltera	18	36	16	31.4			
Casada/ Unión libre	26	52	24	47.1			
Separada/Divorciada	5	10	8	15.7			
Viuda	1	2	3	5.9			
Hijos					3.01	.083	.173
Si	44	88	38	74.5			
No	6	12	13	25.5			
Zona antes del ingreso					2.10	.148	.144
Urbana	46	92	42	82.4			
Rural	4	8	9	17.6			
Ingresos familiares					1.10	.295	.104
340 o menos (dólares)	38	76	43	84.3			
341 o más (dólares)	12	24	8	15.7			
Trabajo antes del ingreso					5.49	.019	.233
Si	39	78	48	94.1			
No	11	22	3	5.9			
Trabajo en la cárcel					2.93	.087	.170
Si	18	36	27	52.9			
No	32	64	24	47.1			
Delictivas	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Tiempo de estancia en prisión	18.66	18.96	32.90	36.17	2.49	.015	.049
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	χ^2	<i>p</i>	<i>V</i>
Reincidente					.241	.624	.049
Si	24	48	22	43.1			
No	26	52	29	56.9			
Tipología delictiva					23.66	.001	.484
Delitos contra la vida	3	6	7	13.7			
Delitos sexuales	1	2	10	19.6			
Delitos contra la propiedad	18	36	25	49.0			
Delitos de estupefacientes	21	42	4	7.8			
Asociación ilícita	6	12	3	5.9			
Otros delitos	1	2	2	4			
Centro de menores infractores					.509	.476	.071
Si	17	34	14	27.5			
No	33	66	37	72.5			
Familiar en prisión					7.32	.007	.269
Si	34	68	21	41.2			
No	16	32	30	58.8			
Familiar en prisión					23.23	.000	.480
Nadie	16	32	30	58.8			
Familia de origen	15	30	9	17.6			
Familia propia	12	24	2	3.9			
Familia extensa	2	4	10	19.6			
Mixta	5	10	0	0			
Recibe visitas					1.54	.215	.123
Si	36	72	42	82.4			
No	14	28	9	17.6			

Tabla 24. Diferencias entre hombres y mujeres en síntomas psicopatológicos

	Reclusos								
	Mujeres			Hombres			<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>N</i> = 50			<i>N</i> = 51					
<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>T</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>T</i>				
SCL-90-R									
Somatización	1.66	.97	63	.91	.85	63	4.12	.000	0.82
Obs-Com.	1.47	.88	63	1.26	.74	63	1.26	.212	0.26
Sen. Interperson.	1.30	.96	67	.97	.65	63	1.98	.051	0.40
Depresión	1.85	.81	67	1.22	.79	63	3.99	.000	0.79
Ansiedad	1.23	.96	63	1.05	.91	63	.980	.329	0.19
Hostilidad	1.14	1.20	60	1.20	1.42	63	.226	.822	0.05
Ansiedad Fóbica	1.02	.99	63	.62	.68	63	2.35	.021	0.47
Ideación Paranoide	1.55	1.07	67	1.15	.85	63	2.11	.038	0.41
Psicoticismo	1.03	.91	67	.92	.63	67	.671	.504	0.14
IGS	1.42	.78	67	1.03	.61	67	2.75	.007	0.56
TSP	47.98	17.89	63	41.78	18.39	63	1.72	.089	0.34
PSDI	2.53	.66	63	2.17	.66	58	2.72	.008	0.55

IGS: índice general sintomático; TSP: total de síntomas positivos; PSDI: índice de malestar

En cuanto a las experiencias traumáticas y de acuerdo al cuestionario TQ de Davidson et al. (1990), el 64% de las mujeres había sido víctima de sucesos violentos frente al 49% de los hombres. Un 52% de mujeres padecieron abuso físico frente al 37% de los hombres, y un 50% de las mujeres había sido víctima de algún tipo de agresión, frente al 47% de los hombres. Sólo el 3.9% de los hombres había sido víctima de agresión sexual frente al 26% de las mujeres.

En la tabla 24, se muestran las diferencias en síntomas psicopatológicos. Las mujeres reclusas presentan más síntomas que los hombres reclusos por encima del punto de corte ($T=63$), y estas diferencias son estadísticamente significativas en somatización ($d=0.82$), depresión ($d=0.79$), índice global de síntomas ($d=0.56$), índice de malestar ($d=0.55$), ansiedad fóbica ($d=0.47$), ideación paranoide ($d=0.41$) y sensibilidad interpersonal ($d=0.40$).

En patrones clínicos de personalidad evaluados con el MCMI-III (tabla 25) y de acuerdo al punto de corte (prev) establecido en la escala, las mujeres presentan patrones clínicos de personalidad particularmente altos en características antisociales (prev 68), paranoides (prev 67), negativistas (prev 64), agresivo-sádicas (prev 63) y esquizoides (prev 63). Desde un punto de vista comparativo entre los hombres y las mujeres, aparecen diferencias en los rasgos de personalidad esquizoide ($d=0.47$) y depresiva ($d=0.48$), siendo las mujeres quienes presentan puntuaciones más altas.

Tabla 25. Diferencias entre hombres y mujeres en personalidad y síndromes clínicos en el MCMI-III

	Población Penitenciaria								
	Mujeres			Hombres			t	p	d
	N = 50			N = 51					
M	DT	Prev	M	DT	Prev				
Personalidad									
Esquizoide	9.16	2.71	63	7.80	3.02	60	2.38	.019	0.47
Evitativa	7.32	2.99	53	7.16	3.43	60	0.26	.800	0.05
Depresiva	8.02	3.88	40	6.25	3.55	45	2.38	.019	0.48
Dependiente	7.16	3.63	42	6.78	3.53	47	0.53	.599	0.11
Histriónica	9.46	3.21	46	9.12	3.03	27	0.55	.583	0.11
Narcisista	11.28	4.80	60	11.04	4.73	62	0.25	.800	0.05
Antisocial	9.46	3.91	68	10.16	4.10	65	0.87	.384	0.17
Agresiva-Sádica	10.34	5.17	63	10.53	4.42	64	0.20	.843	0.04
Compulsiva	10.90	2.78	44	11.31	2.76	35	0.75	.455	0.15
Negativista	9.48	4.26	64	8.61	3.80	60	1.09	.280	0.22
Autodestructiva	6.22	3.59	60	5.37	3.52	60	1.20	.234	0.24
<i>Patrones graves</i>									
Ezquizotípica	6.46	3.82	61	6.18	3.93	62	0.37	.714	0.07
Límite	7.62	4.43	47	6.22	3.59	51	1.77	.081	0.35
Paranoide	9.88	3.87	67	8.92	3.90	66	1.24	.218	0.25
Síndromes clínicos									
Trast. Ansiedad	6.70	3.86	60	5.63	3.88	68	1.39	.167	0.28
Trast. somatomorfo	5.18	3.25	43	3.75	2.99	46	2.31	.023	0.46
Trast. Bipolar	6.56	3.07	60	7.12	3.13	63	0.90	.369	0.18
Trast. Distímico	6.80	3.55	45	5.45	3.55	40	1.91	.059	0.38
Dependencia alcohol	6.78	3.59	72	7.04	3.23	71	0.38	.703	0.08
Dependencia sustancias	6.40	3.77	66	8.00	3.91	70	2.09	.039	0.42
Trast.estrés postraumát.	8.24	4.82	63	6.45	4.48	62	1.93	.056	0.38
<i>Síndromes clínicos graves</i>									
Trast. pensamiento	7.94	4.90	53	6.49	4.47	51	1.55	.123	0.31
Depresión mayor	8.44	5.16	60	5.16	4.28	62	3.48	.001	0.69
Trastorno delirante	6.14	2.98	75	5.71	2.99	77	0.73	.466	0.14
Índice sinceridad (X)	100.52	33.28	55	94.51	32.95	51	0.91	.364	0.18
Índice deseab. social (Y)	11.48	6.00	55	10.98	3.73	53	0.50	.616	0.10
Índice devaluación (Z)	15.36	8.10	63	13.20	8.44	63	1.32	.192	0.26

Con respecto a los síndromes clínicos (tabla 25), las mujeres presentan las puntuaciones más altas en trastorno delirante (prev 75), dependencia al alcohol (prev 72), dependencia a sustancias (prev 66) y trastorno de estrés postraumático (prev 63). Comparando los resultados con los hombres, las mayores diferencias se dan en depresión mayor ($d=0.69$), trastornos somatomorfos ($d=0.46$), y de manera tendencial, en trastorno de estrés postraumático ($d=0.38$) y trastorno distímico ($d=0.38$). En cambio los hombres presentan más dependencia a sustancias ($d=0.39$).

Tabla 26. Correlaciones entre la edad, el tiempo y el número de ingresos en prisión y las experiencias traumáticas con los síntomas psicopatológicos en mujeres

	<i>Edad</i>	<i>Tiempo en prisión</i>	<i>N° de ingresos en prisión</i>	<i>N° de ingresos en centros de menores</i>	<i>N° de experiencias traumáticas</i>	<i>N° de experiencias traumáticas interpersonales</i>
SCL-90- R						
Somatización	-.015	.002	-.194	.141	.459**	.431**
Obse-Compul.	-.426**	-.189	-.188	.143	.417**	.300*
Sens. Interper.	-.378**	-.289*	-.089	.107	.392**	.310*
Depresión	-.217	-.131	-.097	.082	.367**	.297*
Ansiedad	-.382**	-.290*	.027	.200	.422**	.362**
Hostilidad	-.280*	-.124	-.088	.117	.248	.233
Ansiedad Fóbic.	-.346*	-.269	-.053	.028	.267	.206
Ideación	-.408**	-.436**	0.40	.110	.464**	.421**
Paranoide						
Psicoticismo	-.359*	-.253	-0.82	.088	.480**	.426**
IGS	-.357*	-.249	-.102	.140	.485**	.413**
TSP	-.389**	-.240	-.012	.101	.317*	.318*
PSDI	-.139	-.110	-.131	.248	.536**	.411**

IGS: índice general sintomático; TSP: total de síntomas positivos; PSDI: índice de malestar

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

Desde el punto de vista psicopatológico, se analizaron las relaciones entre las diversas variables del estudio: sociodemográficas, de salud, delictivas e historial traumático, con los niveles de psicopatología y los patrones clínicos de personalidad. En la tabla 26, se muestran las correlaciones entre la edad, el tiempo de estancia y el número de ingresos en prisión, y el número y el tipo de experiencias traumáticas con el SCL-90-R.

Presentan correlaciones negativas la edad y el tiempo en prisión con la presencia de síntomas. Así a menor edad y menor tiempo en prisión, más síntomas psicopatológicos como la sensibilidad interpersonal, la ansiedad y la ideación paranoide. El número de ingresos tanto en centros de menores como en prisión no correlacionan significativamente con el SCL-90-R. Las correlaciones son positivas con el número de experiencias traumáticas y con el tipo de experiencias traumáticas interpersonales. Así, a mayor número de experiencias traumáticas, más somatización, más ideación paranoide, más psicoticismo, mayor número de síntomas y mayor malestar. En todos estos casos las correlaciones son mayores de 0.40.

Tabla 27. Correlaciones entre patrones clínicos de personalidad, síndromes clínicos, la edad, el tiempo, los ingresos en prisión y el número de experiencias traumáticas en mujeres

	<i>EDAD</i>	<i>TIEMPO EN PRISIÓN</i>	<i>INGRESOS EN PRISIÓN</i>	<i>INGRESOS EN CENTROS DE MENORES</i>	<i>EXPERIENCIAS TRAUMATICAS</i>	<i>EXPERIENCIAS TRAUMATICAS INTERPERSONALES</i>
Patrones clínicos de personalidad						
Esquizoide	-.205	-.225	-.133	.203	.346*	.245
Evitativa	-.354*	-.247	-.169	.092	.331*	.233
Depresiva	-.409**	-.232	-.037	.180	.412**	.365**
Dependiente	-.348*	-.127	.006	.069	.396**	.314*
Histriónica	-.174	-.027	-.184	-.021	.240	.212
Narcisista	-.351*	-.198	.015	.097	.420**	.338*
Antisocial	-.562**	-.516**	.335*	.362**	.461**	.462**
Agresiva-Sádica	-.584**	-.433**	.229	.305*	.458**	.498**
Compulsiva	-.345*	-.361*	.132	.282*	.505**	.507**
Negativista	-.406**	-.158	-.007	.159	.412**	.372**
Autodestructiva	-.385**	-.236	-.033	.102	.185	.217
Ezquizotípica	-.365**	-.354*	-.013	.229	.535**	.516**
Límite	-.461**	-.339*	.116	.254	.510**	.493**
Paranoide	-.299*	-.252	-.037	.225	.390**	.441**
Síndromes clínicos						
Trast. Ansiedad	-.331*	-.228	-.071	.183	.512**	.468**
Trast. Somatomorfo	-.120	.012	-.205	.074	.308*	.226
Trastorno bipolar	-.367**	-.261	.206	.236	.471**	.499**
Trast. Distímico	-.371**	-.261	-.002	.162	.456**	.402**
Dependencia alcohol	-.494**	-.524**	.275	.336*	.462**	.469**
Dependencia sustancias	-.467**	-.527**	.355*	.355*	.391**	.358*
Trastorno de estrés postraumático	-.423**	-.311*	-.050	.214	.568**	.505**
Trastorno pensamiento	-.417**	-.305*	.061	.190	.497**	.440**
Depresión mayor	-.308*	-.154	-.095	.092	.374**	.298*
Trastorno delirante	-.300*	-.354*	.018	.232	.469**	.458**

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

Desde el punto de vista de los patrones clínicos de personalidad y de los síndromes clínicos evaluados con el MCMI-III, se presentan correlaciones negativas entre la edad y el tiempo en prisión. Así, a menor edad y menor tiempo en prisión más rasgos de personalidad antisocial ($r=-0.56$) y agresivo-sádica ($r=-0.58$) y más dependencia al alcohol ($r=-0.49$) y a las sustancias ($r=-0.46$). El mayor número de ingresos en prisión y en centros de menores correlaciona positivamente con rasgos de personalidad antisocial y trastornos adictivos (tabla 27).

Con respecto al número de experiencias traumáticas, éstas correlacionan positivamente tanto con los patrones clínicos de personalidad como con los síndromes clínicos. Las correlaciones son más altas con rasgos de personalidad antisocial ($r=0.46$), compulsiva ($r=0.50$), esquizotípica ($r=0.53$) y límite ($r=0.51$) y, tomando en consideración los síndromes clínicos, con el trastorno de estrés postraumático ($r=0.56$), y los trastornos de ansiedad ($r=0.51$). El número de experiencias traumáticas interpersonales correlaciona positivamente con todas las medidas, pero las correlaciones son superiores a 0.50 en rasgos de personalidad compulsiva y esquizotípica y con el trastorno de estrés postraumático. En general, a mayor número de experiencias traumáticas interpersonales, las mujeres reclusas presentan más psicopatología y más rasgos de personalidad disfuncionales (tabla 27).

DISCUSIÓN

En el ámbito de la psicología penitenciaria el estudio de las mujeres delincuentes ha sido mucho menos atendido que el de los hombres (Loinaz, 2016), y aunque la proporción de mujeres penadas es menor que la de los hombres, el estudio de la conducta delictiva y de la situación psicopatológica de las mujeres resulta fundamental para poder comprender su participación en la actividad delictiva y para atenderlas correctamente a nivel de tratamiento (Gavin y Porter, 2015). Los resultados encontrados en este estudio, son similares a los resultados hallados en el estudio llevado a cabo por Ruiz (2007) con mujeres reclusas en Colombia.

El perfil sociodemográfico de las mujeres recluidas en Ecuador de este estudio, tiene cierta similitud con los perfiles encontrados en otros estudios realizados en recintos penitenciarios (Sobral, et al., 2007). En su mayoría son mujeres jóvenes con una media de edad de 33 años, solteras o emparejadas, con hijos a su cargo, con ingresos menores al salario básico, y en un 66% tienen familiares en prisión. Como señalan Van Dieten y King (2014) la pobreza, el bajo nivel académico y la procedencia de medios sociales deprimidos convierte a

estas mujeres en una población especialmente vulnerable. (Greiner, Law y Brown, 2015). En relación al perfil delictivo, la media de estancia en prisión es de 1 año y 7 meses, el 48% es reincidente, y en su mayoría las mujeres han sido sentenciadas por delitos contra la propiedad y por tenencia ilegal de estupefacientes. Este perfil delictivo es similar al encontrado en España (Interior, 2015).

Desde el punto de vista psicopatológico, las mujeres presentan más síntomas psicopatológicos que los hombres reclusos, especialmente síntomas somáticos, depresivos, ansiedad fóbica e ideación paranoide (Abram, Teplin y McClelland, 2003). En relación a la presencia de síndromes clínicos, las mujeres presentan en comparación con los hombres, altos niveles de depresión mayor, trastorno de estrés postraumático y trastornos somatomorfos (Drapalski, et al., 2009).

Estas características han sido mencionadas también por Blanchette y Brown (2006), Sorbello, Eccleston, Ward y Jones (2002) que proponen, como necesidades terapéuticas específicas para atender en las mujeres reclusas, la victimización, la depresión, la presencia de hijos dependientes y los problemas asociados al tráfico de drogas y a los robos (Doherty, Forrester, Brazil y Matheson, 2014).

En cuanto a los patrones clínicos de personalidad, las mujeres presentan más patrones esquizoides y depresivos que los hombres. Resultados similares se encontraron en un estudio realizado en España, donde las mujeres reclusas presentaban menores niveles de autoestima, más evitación, retraimiento y desconfianza en las relaciones interpersonales que los hombres (Sobral, et al., 2007).

Tomando en consideración las variables estudiadas y su relación con la presencia de psicopatología, los altos niveles de malestar psicopatológico están asociados con la menor edad y el menor tiempo en prisión, que correlacionan con mayor ideación paranoide, sensibilidad interpersonal y ansiedad. Quizá estos síntomas son fácilmente justificables debido a las características contextuales carcelarias y por el tipo de relaciones que se establecen entre las reclusas. En especial, cuando una persona recién ingresa en prisión e intenta adaptarse al contexto carcelario, el sentirse herida fácilmente, incomprendida, cohibida frente al resto de las reclusas o pensar que las demás compañeras le quieren hacer daño o abusar de ella, es un pensamiento común. Esta conducta defensiva es quizá reforzada por la necesidad de sobrevivir dentro del ambiente

carcelario, por lo que resulta difícil distinguir entre la ideación paranoide situacional o la de carácter más crónico (Carter, 2001).

El historial previo al ingreso en prisión parece importante. Así, la estancia en centros de menores correlaciona con rasgos de personalidad antisocial, agresiva-sádica, compulsiva y dependencia al alcohol y a las sustancias. Es probable que estas mujeres, con un historial largo de dificultades y problemas de conducta, presenten un perfil violento precoz y distinto, a aquellas que cometen actos delictivos en la vida adulta (Warren, Burnette, South, Chauhan, Bale y Friend, 2002).

En este estudio, la victimización se ha mostrado como una variable importante que correlaciona positivamente con la presencia de síntomas psicopatológicos, trastornos clínicos y rasgos clínicos de personalidad (Fontanil, Alcedo, Fernández y Ezama, 2013). Las historias de abuso interpersonal y traumáticas previas al ingreso en prisión suelen ser un factor común en las mujeres reclusas que en muchas ocasiones no suele ser abordado (MacDonald, 2013).

Así, en las cárceles ecuatorianas, se han llevado a cabo tratamientos psicológicos centrados principalmente en el consumo de sustancias, aspecto que es importante, pero en el caso de las mujeres reclusas las historias traumáticas juegan un papel reseñable que debería ser tratado terapéuticamente junto con la presencia de síntomas y trastornos afectivos (Liebman, Burnett, Raimondi, Nichols-Hadeed, Merle y Cerulli, 2014). En este sentido cabe señalar que existen programas de tratamiento diseñados para mujeres reclusas y con problemas de abuso de sustancias y trastorno de estrés postraumático, que han sido llevados a cabo en países anglosajones y que podrían ser adaptados a población hispanohablante (Zlotnick, Johnson y Najavits, 2009).

Este estudio presenta alguna limitación como el tamaño reducido de la muestra que impide la generalización de resultados. Sin embargo, ofrece información que hasta el momento era escasa sobre la situación psicológica de las mujeres encarceladas en Ecuador y que puede ser útil para poder elaborar estrategias terapéuticas específicamente diseñadas tal y como señala la oficina de las naciones unidas contra la droga y el delito (UNODOC, 2014). Para ello, resulta necesaria la identificación y el conocimiento de las necesidades psicológicas de las mujeres en prisión, objetivo prioritario de este estudio, y

cuyos resultados pueden sin duda contribuir al diseño de programas que se ajusten en mayor medida a las especificidades de dicho colectivo.

ESTUDIO 4

Trauma, psychopathology and aggression in male and female Ecuadorian prisoners: an exploratory study.

Artículo en Revisión: enviado el 7 de mayo del 2018

Revista: The European Journal of Psychology Applied to Legal Context

INTRODUCTION

Psychological trauma is a stressor that puts people's lives at risk and overwhelms people's coping mechanisms, exceeding their capacity to deal with the event and triggering physical and psychological responses, so that often is a significant element in the appearance of mental disorders (Pole, et al., 2016). The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) (APA, 2014) states that post-traumatic stress disorder can be caused by direct exposure to or by having witnessed a traumatic event, especially when this involves someone close to the individual and poses a vital risk. Neglect, child abuse, domestic violence, sexual and physical assault, serious accidents, fatal diseases, military combat, hate crimes and torture, natural disasters, or the unexpected violent death of a loved one, are all considered to be traumatic events.

The trauma can be manifested in one-time, multiple, and long-lasting repetitive events. The impact of trauma can be subtle or outright destructive. How an event affects an individual depends on many factors, including characteristics of the individual, the type and characteristics of the event(s), developmental processes, the meaning of the trauma, and sociocultural factors (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA, 2014)

There are numerous consequences of having suffered traumatic events on physical and mental health (Ford, Chapman, Connor & Cruise, 2012). The history of victimization correlates with an increased presence of psychopathology (Alvarez, et al., 2011; Newman, Tumbull, Berman, Rodrigues & Serper, 2010). Besides, the type of traumatic event suffered also has differential psychopathological repercussions, which are especially greater when the event is intentionally caused by another human being (Echeburúa, 2004; Lincoln, Marin & Jaya, 2017).

Empirical evidence in a prison context indicates that traumatic experiences are more frequent in the prison population, alongside mental disorders, than in the general population (Drapalski, et al., 2009; Fazel & Baillargeon, 2011; Hauffa et al., 2011). Wolff & Shi (2012) found a significant association between physical, sexual and emotional trauma in adulthood in a sample of prisoners with the occurrence and intensity of the psychopathological problems such as anxiety, depression and substance abuse. Exposure to multiple types of trauma is quite common in offenders (Foy, Ritchie & Conway, 2012; Hochstetler, Murphy & Simons, 2004). Multiple traumas are associated with a greater number of psychopathological symptoms (Green, et al., 2000; Tsakanikos, Bouras, Costello & Holt, 2006).

With regard to gender differences, female prisoners tend to present a higher degree of traumatic experiences and higher levels of psychopathology than male prisoners (Binswanger, et al., 2010; Gunter, et al., 2012; Salina, Figge, Ram y Jason, 2017). Females are more likely to have suffered physical and sexual abuse than imprisoned men and the general population as a whole (Komarovskaya, Booker- Loper, Warren & Jackson, 2011; Wolf, 1999).

According to studies carried out on both general and prison population, traumatic experiences suffered in childhood and adolescence -such as physical and sexual abuse, violence and neglect- have negative consequences on subjects' mental health, due to being relevant factors of vulnerability and risk for the development of psychopathology in adulthood (Acierno, et al., 2010; Springer, 2007; Wolff & Shi, 2012). There are diverse emotional consequences arising from traumatic events: behavior disorders with aggressive responses and anger, self-destructive behavior such as attempted suicide (Wolff & Shi, 2012), and affective disorders, mainly as a result of interpersonal trauma suffered at an early age (Finkelhor, 2008).

Some of the psychopathological conditions associated with childhood trauma in criminals include anxiety, depression, post-traumatic stress disorder, dissociative disorders, the development of psychosis, high percentages of suicide attempts and substance abuse (Chapman, et al., 2007; Foa, Ehlers, Clark, Tolin & Orsillo, 1999; Ford, Hartman, Hawke & Chapman, 2008). Furthermore, victimization and trauma can increase susceptibility to revictimization at a later point in time (Widom, Czajaa & Dutton, 2008). Trauma suffered at a young age is also associated with criminal and violent behavior, because victims sometimes turn into aggressors (Cuevas, Finkelhor, Turner, & Ormrod, 2007; Estévez, Jiménez & Moreno, 2010). Research conducted with patients with severe mental disorders found that sexual abuse suffered in childhood has been associated with the presence of auditory hallucinations in adulthood, while having suffered bullying is associated with the appearance of paranoid ideation (Bentall, Wickham, Shevlin & Varese, 2012).

In Ecuador, about 26.512 persons are imprisoned (91.9% men), governed under a new model of penitentiary system, which allowed the reformulation of the structure and functioning of penitentiaries in Ecuador along the last five years. Among these reformulations, it can be underlined the penitentiary treatment area, with a multidisciplinary approach composed of five axes: work, education, culture, sport, health, family and social relationships, and reinsertion (MJDHC, 2014a). Health area includes psychological evaluation and intervention, which states the health care will be comprehensive and will be oriented towards prevention and treatment. However, psychological attention

has been largely focused on substance use, which is not the only psychopathological disorder that requires attention (Harrison & Norton-Hawk, 2010; Ford, Chang, Levine & Zhang, 2013).

METHOD

Participants

The participants of the study were 101 prisoners from the Adult Detention Centre in the city of Ambato, Ecuador, and 89 persons of general population with similar sociodemographic characteristics. Inclusion criteria for participants were: a) to have the ability to read and write, b) to provide consent to participate in the study, and c) not to be in preventive custody in the case of prisoners.

Measurements

A semi-structured interview was designed ad hoc to elicit sociodemographic variables, type of crime committed and recidivism.

Traumatic experiences questionnaire (TQ) (Davidson, et al., 1990; Spanish version by Bobes et al., 2000) is a screening instrument of post-traumatic stress disorder. It consists of 47 questions that are answered yes or not. It is divided in 3 sections: the first section measures 18 traumatic experiences, the second (9 items) presence of posttraumatic stress disorder, and the third (18 items) symptoms of criteria B and D of DSM-IV. The alpha coefficient is .99 for the full scale, .97 for frequency of traumatic events and .98 for symptoms. In this study, the alpha coefficient is .87 for the full scale.

MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI) (Lecrubier, et al., 1998; Spanish version by Ferrando, et al., 1998) is a structured diagnostic interview of the most important disorders of DSM-IV and CIDI-10 divided in 16 sections. In this study only was used the post-traumatic stress disorder section.

The Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) (Derogatis, (1983); Spanish version by Gonzalez de Rivera, 2002) is a self-administrated assessment of general psychopathology. It consists of 90 questions that are answered on a 5-point Likert scale, ranging from 0 (none) to 4 (very much). It measures 9 areas of primary symptoms: somatization (SOM), obsessive-compulsive (OBS), interpersonal sensitivity (INT), depression (DEP), anxiety (ANS), hostility (HOS), phobic anxiety (FOB), paranoid ideation (PAD) and psychoticism (PSI). It also provides three indexes: Global Severity Index (GSI), Positive Symptom Total (PST) and Positive Symptom Distress Index (PSDI) that reflect the overall severity

of the person's symptoms. Test-retest reliability is .70 and alpha coefficient .90 (Derogatis & Unger, 2010). In this study, the alpha coefficient is .52.

Agression Questionnaire (AQ) (Buss & Perry, 1992; Spanish version, Andreu, et al., 2002). The questionnaire consists of 29 items that evaluate behavioral, cognitive and emotional aspects of aggression, scored on a 5 point Likert scale: 1 (not at all like me) and 5 (completely like me). It is divided into four subscales: physical aggression, verbal aggression, anger, and hostility. The instrument has shown to be psychometrically reliable and to display a strong overall internal consistency, both in its original version (alpha=.89) and in its Spanish version (alpha=.88).

Procedure

The first author of this paper requested permission from the CPLP Ambato for the development of this study. Once this permission was granted, prisoners received the study information letter during an interview, where anyone interested in taking part signed the consent form. Then, the evaluation was carried out individually, by the first author of the study. The types of crime, the number of prison admissions, the sentences of the prisoners and their criminal record were collated at the offices of the prison. The participants of general population were recruited by means of an advertisement in the local media, and paired in sociodemographic characteristics (age, sex, nationality, and education). After signing the consent form, the assessment was carried out individually, and then, they were offered a report with their own results.

The study on trauma in prisoners firstly involved the classification of participants into three groups: those who suffered traumatic events before the age of 18, those who suffered it after 18 years of age, and those who suffered it in both age categories. Subjects were also divided, depending on the type of trauma, namely, accidental or intentional. For this evaluation, the origin of the worst traumatic event suffered was considered. Subjects were also distributed in two groups based on the number of traumatic events suffered: one or more than one. In this later group, participants were allocated into 5 categories (2, 3, 4, 5 and 6+) to analyze the weight of the number of traumas suffered, similar to the categories used by Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes and Nelson (1995) as well as by Williams et al. (2007).

Lastly, the results obtained in the TQ questionnaire and the post-traumatic stress disorder section from the MINI interview were analyzed, and the sample was divided in two groups: those who met the post-traumatic stress diagnostic criteria according to the MINI, and those who did not.

Statistical analyses

The analyses were carried out with the SPSS statistical package (version 22.0). Descriptive methods were used in the age ranges and traumatic experiences, and the chi square test was used for the comparison of the different groups in terms of gender and age of occurrence of traumatic events. The Student's t-test was used for comparisons of intentionality and non-intentionality, and for the presence or absence of PTSD and multiple trauma. An MANOVA and a Bonferroni post-hoc analyses were used to find out where the differences between each group was according to the time when the traumatic event took place (under 18, over 18, or at both age ranges). The last stage involved a simple linear regression analysis between the number of traumatic events experienced, psychopathological symptoms and aggression.

RESULTS

This study involved 101 prisoners (50 men and 51 women) with a mean age of 33.97 ($SD= 9.86$), and 89 persons of general population (43 men and 46 women) with a mean age of 35.20 ($SD=11.29$), without imprisoned history and with similar sociodemographic characteristics. Among prison participants, the 54.5% are not repeat offenders, 42.6% have committed crimes against property, 24.8% were charged with the illegal possession of narcotic drugs, 9.9% were charged with crimes against life, 10.9% for sexual offences, 8.9% for illicit association and 3% other crimes. The only differences when comparing imprisoned men and women appeared in relation to nationality, where the percentage of female prisoners with Colombian nationality was higher than that of male (14% vs. 2%; $\chi^2=5.02$, $p <.025$; $V=.22$). Regarding to the type of crime, women have a higher involvement in the illegal possession of narcotic drugs (42% vs. 7.8% in men) and illicit association (12% vs. 5.9% in men), while men had a greater involvement in sexual offences (19.6% vs. 2% in women) and crimes against life (13.7% vs. 6% in women) ($\chi^2=29.02$; $p <.000$, $V=.54$).

Table 28, presents type of traumatic events suffered in prison population and general population and comparison between them. The prisoners have more traumatic events than people of general population, with significant differences in all categories.

Table 28. Type of traumatic events in prisoners and general participants

Traumatic events	Prisoners N = 101		General N = 89		X ²	p	V
	N	%	N	%			
Car, train or airplane accident	35	34.7	17	19.1	45.60	.000	.49
Industrial or work-related accident	21	20.8	12	13.5	45.33	.000	.49
Loss of home by fire	6	5.9	0	0.0	48.51	.000	.51
Loss of home or family member by flood	4	4.0	0	0.0	47.42	.000	.50
Serious threat or harm to family member or close friend	30	29.7	9	10.1	48.63	.000	.51
Unexpected death of family member or close friend	72	71.3	34	38.2	47.01	.000	.50
Near drowning	23	22.8	11	12.4	45.51	.000	.49
Physical abuse	45	44.6	12	13.5	53.00	.000	.53
Being seriously burned	8	7.9	3	3.4	45.66	.000	.49
Being held captive	8	7.9	1	1.1	47.63	.000	.50
Combat	16	15.8	3	3.4	48.75	.000	.51
Assault	49	48.5	14	15.7	52.96	.000	.53
Rape	15	14.9	7	7.9	45.47	.000	.49
Incest	7	6.9	0	0.0	49.06	.000	.51
Being kidnapped	3	3.0	1	1.1	45.51	.000	.49
Other	36	35.6	4	4.5	59.52	.000	.56

Table 29 presents the type of traumatic events suffered, the presence of post-traumatic stress disorder, and the differences between men and women. The type of traumatic events most frequently suffered are the unexpected death of family member or close friend (71.3%), being a victim of assault (48.5%), physical abuse (44.6%), and traffic accidents (34.7%). In terms of the differences between men and women, the latter had suffered rape largely than the men, but fewer workplace and traffic accidents. The magnitude of these differences was moderate.

Taking into account the age when traumatic events took place, 56.4% of the sample suffered traumatic events before and after the age of 18, with more than half of the sample having been further victimized, 32.7% of them having been a victim aged 18 or over, while 10.9% suffered this during childhood and adolescence. The type of traumatic event that most often took place before the age of 18 is the unexpected death of family member or close friend, being a victim of assault and physical abuse. Meanwhile, for people over 18, unexpected deaths (23.8%), traffic accidents (11.9%), being a victim of assault (10.9%), threats to family members (7.9%) and physical abuse (6.9%) were the events occurring most frequently. In addition to those mentioned above, workplace accidents (15.8%), being a victim of rape (12.9%), being near drowning (17.8%) and other situations (28.7%), such as going into prison, marital separations or separation of the parents, are also reported in people who have suffered traumatic events both under and over 18 years of age. Out of

the total of the sample that has suffered traumatic events, post-traumatic stress disorder accounts for 26.7%, with no differences between men and women.

Table 30 shows that prisoners who experienced trauma intentionally caused by another human being, have a higher level of aggression ($d=0.42$) and hostility ($d=0.38$). In terms of psychopathology, the prisoners victims of intentional trauma have greater somatization ($d=0.57$), more depression ($d=0.61$), a higher severity of symptoms ($d=0.41$), and greatest symptomatic distress ($d=0.42$). There are significant differences in all subscales of the aggression questionnaire and at all scales of the SCL-90-R, except in hostility, when comparing those inmates with PTSD ($N=27$) with those who do not have it ($N=74$). Prisoners who have developed post-traumatic stress disorder are more prone to aggression and present greater levels of psychopathology.

Taking into account the number of traumatic events experienced by prisoners, only 14 subjects (13.9%) from the sample had suffered a single traumatic event, while the rest has been the victim of multiple events throughout their lives. Specifically, 19 subjects (18.8%) have suffered two, 20 subjects (19.8%) three, 16.8% (17 people) have suffered four, 13.9% (14 people) five and 16.8% (17 people) have suffered six or more traumatic events.

Prisoners who experienced more than one traumatic event constitute 86% of the sample, and present higher levels of physical aggression ($d=0.71$) and hostility ($d=0.81$). In terms of psychopathological symptoms, paranoid ideation ($d=1.20$), depression ($d=0.87$), psychoticism ($d=0.86$), the global severity index ($d=0.83$), and the level of symptomatic distress ($d=0.89$) are the ones that stand out most, with large difference sizes and scores being consistently higher in the case of prisoners who have suffered multiple traumas.

Table 31 shows the comparisons in the level of aggression and in psychopathology, according to the age of occurrence of traumatic events: in childhood and adolescence (under 18), in adult life (over 18), or at both stages. From this perspective, significant differences appear across all dimensions of the SCL-90-R, except for hostility. There are differences in the total score and in the physical aggression subscale, while there are no statistically significant differences in the rest of the subscales, namely, verbal aggression, anger and hostility.

It is important to note that the highest scores are from subjects who have suffered traumatic events in childhood and adolescence, followed by people who have experienced revictimization in adulthood, with lower levels of

psychopathological symptoms and lower levels of aggression presented in the group of people that only suffered trauma in adulthood.

When comparing the groups with the MANOVA, the significant differences in the physical aggression scale were observed among subjects who had suffered trauma under 18, compared to those who had suffered it in adulthood only ($p=.013$) and at both age ranges ($p=.046$). This same pattern was also repeated in the total score of the AQ scale (under 18 and over 18, $p=.052$, and over 18 and in both age ranges, $p=.046$).

The differential profile between the groups in the SCL-90-R is similar to that mentioned above (table 31). The significant differences among prisoners who have experienced victimization under 18, and between those who only have suffered this in adulthood. This differences appear in somatization ($p=.034$), obsession-compulsion ($p=.035$), depression ($p=.030$), anxiety ($p=.000$), phobic anxiety ($p=.008$) and paranoid ideation ($p=.045$). In all cases, victimization experienced under 18 resulted in higher scores in the different symptoms.

The differences among prisoners who had experienced victimization before and after 18 and those who have only suffered traumatic events in adulthood are similar to the above mentioned. The experiences of revictimization results in higher levels of somatization ($p=.001$), obsession-compulsion ($p=.006$), interpersonal sensitivity ($p=.014$), depression ($p=.000$), anxiety ($p=.001$), phobic anxiety ($p=.029$), paranoid ideation ($p=.045$), and psychoticism ($p=.010$).

The differences for the global SCL-90-R indices follow the same pattern as the one just mentioned above, i.e., the observance of significantly higher scores in the case of prisoners who have suffered traumatic events in childhood and adolescence, or who have had a history of revictimization in adulthood, compared with those who only have suffered traumatic events in adulthood.

Table 29. Types of traumatic events and presence of PTSD according to sex and age at which the traumatic event occurred in prisoners

	Sex									Age of occurrence								
	Total (N = 101)		Men (N = 50)		Women (N = 51)		X ²	p	V	Under 18 (N = 11)		Over 18 (N = 33)		At both age ranges (N = 57)		X ²	p	V
	N	%	N	%	N	%				N	%	N	%	N	%			
Traumatic events																		
Car, train or airplane accident	35	34.7	26	25.7	9	8.9	12.13	.000	.35	4	4.0	12	11.9	19	18.8	.101	.951	.032
Industrial or work-related accident	21	20.8	15	14.9	6	5.9	4.65	.031	.22	3	3.0	2	2.0	16	15.8	.646	.040	.253
Loss of home by fire	6	5.9	2	2.0	4	4.0	.75	.386	.09	1	1.0	2	2.0	3	3.0	.243	.886	.032
Loss of home or family member by flood	4	4.0	2	2.0	2	2.0	.01	.984	.00	2	2.0	1	1.0	1	1.0	6.65	.036	.257
Serious threat or harm to family member or close friend	30	29.7	12	11.9	18	17.8	1.88	.170	.14	4	4.0	8	7.9	18	17.8	.801	.670	.089
Unexpected death of family member or close friend	72	71.3	35	34.7	37	36.6	.36	.551	.06	8	7.9	24	23.8	40	39.6	.079	.961	.028
Near drowning	23	22.8	13	12.9	10	9.9	.43	.511	.07	2	2.0	3	3.0	18	17.8	6.16	.046	.247
Physical abuse	45	44.6	19	18.8	26	25.7	2.22	.136	.15	5	5.0	7	6.9	33	32.7	11.38	.003	.336
Being seriously burned	8	7.9	4	4.0	4	4.0	.01	.997	.00	1	1.0	1	1.0	6	5.9	1.63	.442	.127
Being held captive	8	7.9	5	5.0	3	3.0	.50	.479	.07	2	2.0	2	2.0	4	4.0	1.81	.405	.134
Combat	16	15.8	10	9.9	6	5.9	1.10	.295	.10	3	3.0	2	2.0	11	10.9	3.96	.138	.198
Assault	49	48.5	24	23.8	25	24.8	.09	.767	.03	6	5.9	11	10.9	32	31.7	4.53	.104	.212
Rape	15	14.9	2	2.0	13	12.9	9.73	.002	.31	0	0.0	2	2.0	13	12.9	6.79	.034	.259
Incest	7	6.9	3	3.0	4	4.0	.18	.680	.04	0	0.0	1	1.0	6	5.9	2.74	.254	.165
Being kidnapped	3	3.0	1	1.0	2	2.0	.36	.551	.06	0	0.0	1	1.0	2	2.0	.394	.821	.062
Other	36	35.6	19	18.8	17	16.8	.12	.730	.03	2	2.0	5	5.0	29	28.7	13.27	.001	.362
Presence of PTSD	27	26.7	10	9.9	17	16.8	2.67	.102	.16	4	4.0	4	4.0	19	18.8	5.39	.068	.231

Table 30. Psychopathological symptoms and aggression according to intentionality of traumatic event, presence of PTSD, and occurrence of multiple trauma in prisoners

	Intentionality of traumatic event				Post-traumatic stress disorder									Multiple Trauma									
	Accidental (N = 44)		Intentional (N = 57)		t	p	d	No (N = 74)			Yes (N = 27)			t	p	d	No (N = 14)		Yes (N = 87)		t	p	d
	M	SD	M	SD				M	SD	M	SD	M	SD				M	SD	M	SD			
SCL-90-R																							
Somatization	.98	.83	1.51	1.03	2.82	.006	.57	.98	.84	2.09	.88	5.65	.000	1.29	.83	.49	1.35	1.02	3.05	.004	0.65		
Obs.-Comp.	1.29	.76	1.42	.86	.781	.437	.16	1.09	.63	2.13	.79	6.15	.000	1.46	1.02	.43	1.42	.85	2.72	.011	0.59		
Interpersonal S.	1.03	.69	1.21	.92	1.08	.283	.22	.88	.63	1.83	.92	4.97	.000	1.20	.84	.58	1.18	.86	1.90	.070	0.46		
Depression	1.25	.78	1.75	.86	3.08	.003	.61	1.25	.71	2.30	.78	6.12	.000	1.41	.96	.69	1.63	.85	3.24	.004	0.87		
Anxiety	.94	.87	1.29	.96	1.92	.057	.38	.82	.71	2.00	.94	5.92	.000	1.42	.62	.48	1.22	.97	3.64	.001	0.78		
Hostility	1.08	1.28	1.24	1.34	.603	.548	.12	1.05	1.33	1.52	1.22	1.64	.104	0.37	1.35	1.71	1.15	1.25	.53	.600	0.13		
Phobic Anxiety	.78	.88	.84	.86	.407	.685	.07	.62	.71	1.38	1.01	3.61	.001	0.87	.70	.76	.83	.89	.52	.605	0.16		
Paranoid	1.20	.91	1.47	1.03	1.36	.176	.28	1.09	.82	2.07	1.05	4.39	.000	1.04	.57	.39	1.47	.99	6.04	.001	1.20		
Ideation																							
Psychoticism	.85	.68	1.06	.84	1.30	.196	.27	.74	.49	1.62	1.02	4.33	.000	1.10	.51	.39	1.05	.80	4.04	.000	0.86		
GSI	1.06	.66	1.35	.75	2.10	.038	.41	.96	.50	1.95	.75	6.36	.000	1.55	.81	.32	1.29	.75	4.07	.000	0.83		
PST	41.55	18.09	47.40	18.24	1.61	.111	.32	39.07	15.37	60.70	16.48	5.94	.000	1.36	38.79	14.59	45.83	18.74	1.84	.000	0.42		
PSDI	2.19	.73	2.47	.61	2.08	.041	.42	2.20	.64	2.77	.60	4.22	.000	0.92	1.86	.63	2.43	.65	3.02	.003	0.89		
AQ																							
Physical	21.59	7.47	24.79	7.87	2.08	.040	.42	21.62	7.32	28.26	7.18	4.09	.000	0.92	19.14	5.71	24.08	7.93	2.83	.010	0.71		
Verbal	13.64	4.56	14.82	5.25	1.19	.236	.24	13.15	4.56	17.48	4.75	4.10	.000	0.93	12.43	3.74	14.61	5.10	1.53	.129	0.49		
Anger	21.39	5.42	22.82	5.70	1.29	.199	.26	20.68	4.73	26.37	5.73	4.62	.000	1.83	20.43	4.75	22.48	5.69	1.28	.204	0.39		
Hostility	24.93	7.09	27.75	7.63	1.92	.058	.38	24.21	6.99	32.85	4.71	7.09	.000	1.45	21.93	5.43	27.26	7.55	3.21	.004	0.81		
Total	81.55	20.94	90.19	20.87	2.06	.042	.41	79.66	18.29	104.96	17.57	6.34	.000	1.41	73.93	15.23	88.44	21.45	3.10	.005	0.78		

GSI: Global Severity Index, PST: Positive Symptom Total, PSDI: Positive Symptom Distress Index

Table 31. Psychopathological symptoms and aggression according to age at which the traumatic event occurred in prisoners

	Total (N = 101)		Under 18 (N = 11)		Over 18 (N = 33)		At both age ranges (N = 57)		F(2)	p	η^2
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD			
SCL-90-R											
Somatization	1.28	.98	1.58	.78	.75	.74	1.52	1.03	8.05	.001	.141
Obs-Compul.	1.37	.81	1.68	.74	.99	.64	1.52	.86	5.99	.004	.109
Interp. Sens.	1.13	.83	1.28	.89	.80	.52	1.30	.91	4.39	.015	.082
Depression	1.53	.86	1.75	1.05	1.03	.68	1.78	.81	9.84	.000	.167
Anxiety	1.14	.94	1.78	.81	.60	.52	1.33	1.00	11.12	.000	.185
Hostility	1.17	1.31	1.55	1.32	.84	1.23	1.29	1.34	1.74	.180	.034
Phobic Anx.	.82	.87	1.34	1.08	.45	.58	.93	.89	5.92	.004	.108
Parand. Ideat.	1.35	.98	1.70	1.12	.89	.84	1.55	.95	5.99	.004	.109
Psychoticism	.97	.78	1.24	.71	.63	.47	1.12	.87	5.30	.007	.098
GSI	1.22	.72	1.49	.77	.79	.44	1.42	.74	10.41	.000	.175
PST	44.85	18.32	55.91	13.41	33.52	13.69	49.28	18.45	12.23	.000	.200
PSDI	2.35	.68	2.22	.93	2.09	.56	2.52	.64	4.86	.010	.090
AQ											
Physical	23.40	7.83	27.91	7.60	20.27	5.93	24.33	8.26	5.28	.007	.097
Verbal	14.31	4.97	16.09	5.07	13.03	4.50	14.70	5.12	2.02	.139	.039
Anger	22.20	5.60	23.73	7.06	20.73	5.13	22.75	5.47	1.86	.161	.037
Hostility	26.52	7.50	27.91	6.80	24.24	6.58	27.58	7.93	2.34	.102	.046
Total	86.43	21.24	95.64	23.27	78.27	16.88	89.37	21.94	4.28	.017	.080

GSI: Global Severity Index, PST: Positive Symptom Total, PSDI: Positive Symptom Distress Index

Given the well-known relationships between multiple traumatic events suffered and later psychological problems and violent behaviors (Green et al., 2000), a simple linear regression analysis was performed between the number of traumatic events experienced (predictor) and psychopathological symptoms and aggression (outcomes). The positive correlations between the number of traumatic events suffered and the level of psychopathology and aggression appears in all subscales, except in hostility.

The explanatory weight or percentage of the number of traumatic events in terms of aggression is lower than in symptomatology, since the percentage of the explained variance does not even reach 5% in total aggression or in any of the subscales evaluated. However, from a psychopathological perspective, the number of traumatic events suffered has more weight in paranoid ideation (with 23% explained variance, Beta=.487), in the symptomatic distress index (with 21% explained variance, Beta=.461), in somatization (with 20% explained variance, Beta=.460), in the global severity index (with explained variance of 19%, Beta=.450), and in the psychoticism (with an explained variance of 18%, Beta=.441). See in table 32.

Table 32. Simple linear regression: number of traumatic events, psychopathological symptoms and aggression in prisoners

	IV: Number of traumatic events					
	Adjusted <i>R</i> ²	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
SCL-90-R						
Somatization	.203	.271	.053	.460	5.15	.000
Obsessive-Compulsive	.105	.165	.046	.337	3.56	.001
Interpersonal Sensibility	.114	.175	.047	.351	3.72	.000
Depression	.132	.193	.048	.375	4.02	.000
Anxiety	.182	.245	.051	.436	4.82	.000
Hostility	.001	.082	.079	.104	1.04	.302
Phobic Anxiety	.053	.130	.051	.249	2.56	.012
Paranoid Ideation	.229	.288	.052	.487	5.55	.000
Psychoticism	.187	.206	.042	.441	4.90	.000
GSI	.194	.195	.039	.450	5.01	.000
PST	.105	3.72	1.04	.338	3.58	.001
PSDI	.205	.188	.036	.461	5.17	.001
AQ						
Physical	.043	1.08	.460	.229	2.34	.021
Verbal	.032	.613	.294	.205	2.09	.039
Anger	.036	.719	.330	.214	2.18	.032
Hostility	.066	1.24	.435	.274	2.84	.006
Total	.072	3.64	1.23	.286	2.97	.004

GSI: Global Severity Index, PST: Positive Symptom Total, PSDI: Positive Symptom Distress Index

DISCUSSION

Prisoners commonly report having experienced traumatic events in different contexts, events that have been considered as a risk factor for the development of psychopathology (Chapman, et. al., 2007; Boxer, Schappell, Middlemass, & Mercado, 2011). Accordingly, this study conducted with prisoners in Ecuador also shows a high proportion of participants' traumatic events throughout their lives, more than people of general population.

Post-traumatic stress disorder appears in 26.7% of the sample studied, well above the percentages that are found in studies of the general population: 7.8% in the study conducted by Kessler et al. (1995), 8.8% in the study by Lukaschek et al. (2012), or 2.9% found in the study by Hauffa et al. (2011). Therefore, the care and treatment of post-traumatic stress disorder in the prison population is an aspect to be addressed, since these prisoners have much higher levels of aggression and psychopathological distress than inmates who

have not been diagnosed with post-traumatic stress disorder (Gunter et al., 2012; Lynch et al., 2014).

With regard to gender, both men and women have experienced similar percentages of trauma, and while both genders presented a history of physical abuse and aggression, women reported a higher incidence of sexual abuse, as has been found in previous studies (Green, et al., 2016; Wolf, 1999).

Generally, the most relevant traumatic events involved the unexpected death of a family member or close friend, aggression and physical abuse, evidencing the fact that interpersonal trauma is more common and relevant in this type of population and has a higher level of psychological impact than accidents and natural disasters (Echeburúa, 2004). It should also be emphasized that prisoners who have suffered intentional trauma show higher levels of depression, somatization, anxiety and psychopathological symptoms, as well as increased levels of aggression.

Individuals with a history of trauma rarely experience a single traumatic event, most likely they have also experienced several traumatic episodes. This phenomenon has been frequently reported among survivors, for example, of child abuse and domestic violence (Cloitre et al., 2009). Repeated exposure or multiple traumas, particularly in childhood years, has been proposed to lead to a presentation of complex symptoms that includes not only symptoms of post-traumatic stress, but also other psychopathological symptoms, with the number of traumatic events being an important predictor of symptomatology (Cloitre et al., 2009; Green, et al., 2000). In the case of prisoners who have experienced multiple traumas, increased stress and poor mental health (Williams et al., 2007), evidenced in this work. The weight of the traumatic history in the symptomatic profile stands out in paranoid ideation, psychoticism, somatization, anxiety and severity of psychopathology (Aday, Dye, & Kaiser, 2014).

In terms of the age of occurrence of traumatic events, the impact of traumatic experiences suffered in childhood and adolescence is very important, due to how the level of symptomatology and aggression in this group of prisoners was significantly higher than that of inmates who had only suffered traumatic events in adulthood. In this sense, it should be emphasized that the cumulative trauma of childhood significantly influences the presence of these symptoms in adulthood (Cloitre, et al., 2009). These data indicate the need to assess and treat the impact of traumatic events early on in life in the long term and their relationship with the development of serious mental disorders (Grubaugh, Zinzow, Paul, Egede & Frueh, 2011).

It may be pointed out that the presence of trauma at a young age may mean that these individuals are a group that is particularly vulnerable to victimization (Lincoln, et al., 2017). In fact, in the sample studied, 56% of them had suffered traumatic events before and after the age of 18, and revictimization in adulthood is associated with higher levels of clinical symptomatology, corroborating with what has been found in other research (Chapman, et al., 2007; Springer, et al., 2007; Wolff & Shi, 2012). The trauma accumulated by traumatic events in childhood and in adulthood contributes to the complexity of the symptoms (Cloitre, et al., 2009).

Another aspect worthy of note is how exposure to trauma at a young age, especially if this is intentional, can trigger physical aggressive behavior and feelings of anger and hostility. In this regard, the unexpected deaths of family members or close friends, and being a victim of physical abuse or aggression can lead to the learning of relational behavior aggressive patterns, as well as hostile feelings, resentment and revenge (Jaffee, Caspi, Moffitt & Taylor, 2004).

Regarding types of traumatic events, it should be underlined that the "other" category has been mentioned by 35% of the sample, with prisoners providing a range of responses in the same, including being sent to prison, which seems to point to the relevance of investigating the process of victimization derived from being imprisoned.

The present study is not without limitations, given that it only involved a small number of participants, which could hinder the generalization of the results. Besides, given that half of the sample of this study has suffered trauma both in childhood and adulthood, perhaps a more comprehensive assessment of those prisoners should be conducted to identify the mediated factors that make someone prone to experiencing revictimization and to developing psychopathological symptoms in later life.

This study provides new information on exposure to traumatic events, the type of event, the age of occurrence, the number of events suffered, their intentionality, and the psychological impact generated in a sample of prisoners in Ecuador. This information may be relevant for future research in the prison context, for the development of evaluation protocols that include the collection of information on the history of trauma, as well as for the design and implementation of evidence based psychological care programs (Harner, Budescu, Gillihan, Riley & Foa, 2015).

ESTUDIO 5

Personality, psychopathology and their relation with recidivism in a penitentiary sample.

Artículo en Revisión: 23 de Mayo del 2018

Revista: International Journal of Forensic Mental Health

Antes de presentar el quinto estudio se ofrecen los datos descriptivos y comparativos de la muestra de reclusos en función del tipo de delito por el que estaban penados.

Se realizó un análisis comparativo en todas las variables del estudio, excluyendo al grupo de reclusos penados por el delito de asociación ilícita que constituye el 8.9% de la muestra y por otros delitos que representan el 2.97%. Ambos grupos delictivos fueron excluidos al ser heterogéneos en cuanto al acto delictivo y por la misma razón no se incluyen en el estudio 5.

A continuación se muestran aquellas variables donde se encontraron diferencias estadísticamente significativas en función del tipo de delito.

Tabla 33. Comparación en características sociodemográficas y delictivas en función del tipo de delito

	TIPO DE DELITO										F	p	η^2
	Delitos contra la vida		Delitos Sexuales		Delitos contra propiedad		Tenencia ilegal estupefacientes		N	DT			
	N	%	N	%	N	%	N	%					
Edad	36.70	9.37	44.09	13.58	31.11	8.56	34.80	7.46	6.25	.001	.181		
Sexo									21.59	.000	.492		
Femenino	3	30.0	1	9.1	18	41.9	21	84.0					
Masculino	7	70.0	10	90.9	27	58.1	4	16.0					
Nacionalidad									15.45	.001	.417		
Ecuatoriana	10	100	11	100	42	97.7	18	72.0					
Colombiana	0	0.0	0	0.0	1	2.3	7	28.0					
C. Delictivas													
Cent. Menores infract.	1	10.0	0	0.0	18	41.9	3	12.0	13.74	.003	.393		
Exp. disciplinar en prisión	1	10.0	0	0.0	22	51.2	10	40.0	13.37	.004	.388		
T. de condena	208.8	62.78	147.27	69.16	26.90	17.37	65.32	41.04	70.19	.000	.712		
Estancia prisión	59.70	30.54	69.18	35.89	11.44	13.08	28.52	22.97	27.87	.000	.496		
Reincidencia	3	30.0	0	0.0	27	62.8	10	40.0	19.12	.024	.463		

Como se puede evidenciar en la tabla 33, los delincuentes que han cometido delitos sexuales son los que tienen mayor edad, en el momento en el que se realizó la evaluación. Los hombres cometen más delitos contra la vida y delitos sexuales, y las mujeres están condenadas por tenencia ilegal de estupefacientes. Los internos de nacionalidad colombiana se encuentran en mayor medida en prisión por tenencia ilegal de estupefacientes. Cabe resaltar que en las características delictivas, los delincuentes sexuales no presentan

antecedentes de delincuencia juvenil, tampoco problemas disciplinares en prisión ni reincidencia. Los reclusos con mayor tiempo de condena son los que han cometido delitos contra la vida frente a los demás (delitos sexuales $p<.004$; contra la propiedad $p<.000$ y estupefacientes $p<.000$). Respecto al tiempo de estancia en prisión, son los reclusos penados por delitos sexuales y contra la vida los que más tiempo llevan frente a los penados por robo ($p<.000$) y por tráfico de estupefacientes ($p<.000$).

Tabla 34. Comparación en cuadros psicopatológicos y de personalidad en función del tipo de delito

	TIPO DE DELITO										η^2
	Delitos contra la vida N = 10		Delitos Sexuales N = 11		Delitos contra propiedad N = 43		Tenencia ilegal estupefacientes N = 25		F	p	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT			
MCCI-III											
Personalidad											
Histriónica	26.20	6.43	23.82	13.34	34.40	13.03	43.44	15.00	7.60	.000	.212
Antisocial	60.70	11.79	45.73	15.49	66.28	11.13	62.32	13.22	8.08	.000	.222
Agres-Sád.	55.40	15.07	43.91	17.61	61.05	13.55	54.12	17.80	3.86	.012	.120
Límite	44.40	15.97	24.36	18.15	49.77	20.47	42.96	20.57	4.84	.004	.146
Síndromes C.											
T. bipolar.	58.20	11.97	37.27	22.41	56.47	18.43	53.32	22.51	3.03	.034	.096
Dep. alcohol	64.50	8.81	48.91	22.44	70.98	15.11	68.60	14.37	6.15	.001	.178
Dep. sustan.	64.20	9.05	49.09	16.15	71.37	9.15	64.20	12.06	12.31	.000	.303
SCL-90-R											
Somatización	1.17	0.89	0.68	0.68	1.17	0.93	1.62	0.93	3.02	.034	.096

Los resultados de la tabla 34, reflejan que los reclusos penados por tenencia ilegal de estupefacientes, presentan puntuaciones más altas en personalidad histriónica y somatización frente a los que han cometido delitos contra la vida ($p<.004$), delitos sexuales ($p<.001$) y robo ($p<.045$). Es en esta categoría delictiva donde hay más mujeres, tal y como se señaló en el estudio 3 de la presente tesis.

Los reclusos penados por delitos contra la vida, presentan puntuaciones más altas en trastorno bipolar que los sujetos por delitos sexuales ($p<.029$), no hay diferencias con el resto de penados.

En patrones de personalidad, los penados por delitos sexuales presentan puntuaciones más bajas en características de personalidad antisocial frente a todos los demás (delitos contra la vida $p<.042$, contra la propiedad $p<.000$ y tenencia ilegal de estupefacientes $p<.002$), y en

patrones de personalidad agresivo-sádica y límite. Desde el punto de vista psicopatológico, los reclusos que han cometido delitos sexuales presentan menor dependencia al alcohol y a las sustancias que los penados por robo ($p<.000$), tenencia ilegal de estupefacientes ($p<.002$) y delitos contra la vida ($p<.014$).

Personality, psychopathology and their relation with recidivism in a penitentiary sample

INTRODUCTION

The present work focuses on penitentiary recidivism, defined as reentry into prison due to a new criminal offence committed by the same person (Nguyen, et al., 2011). Capdevila and Ferrer (2009) distinguish two types of penitentiary recidivism: on the one hand, general recidivism, which is the commission of any new offense and, on the other hand, violent recidivism, which is the commission of a violent act that implies threat, harm, aggressions or injuries to another person. Among the types of crimes most commonly associated with penitentiary recidivism are offences against property (Capdevila & Ferrer, 2009; Zabala-Baños, 2015) followed by crimes of drug trafficking (Hakansson & Berglund, 2012), and, to a lesser extent, violent crimes (Nguyen et al., 2011).

Evaluation of the risk of recidivism is a priority because repeat offenders are going to require intensive interventions (Andrews & Bonta, 2016). In this sense, the triple risk of crime (TRC) model suggests that the probability that an individual will commit some kind of crime depends on the confluence of individual, social, and environmental factors (Redondo, 2015). In this paper, we will focus on the individual factors, including personality traits/disorders and the presence of psychopathology (Krueger et al., 1994).

Several studies indicate that antisocial and impulsive characteristics (Gandhi et al., 2001; Hiscoke, Långström, Ottosson, & Grann, 2003), antisocial and borderline personality traits (Gandhi et al., 2001), and substance abuse (Walter, et al., 2011) are important risk factors for criminal recidivism in adults (Gendreau, Little, & Goggin, 1996).

Some studies show that personality disorders belonging to group B (antisocial, borderline, and narcissistic) independently predict criminal behavior (Keeney, Festinger, Marlowe, Kirby, & Platt, 1997). Specifically, studies that compared recidivists and nonrecidivists, evaluated through the MCMI-III inventory, have observed that sadistic-aggressive, antisocial, paranoid, and borderline personality types predominated among criminal recidivists (Kiwi & Sadeghi, 2015).

Moffitt (1993) points out that recidivist inmates are characterized by antisocial tendencies and the development of criminal behavior at an early age.

Likewise, she suggests that neuropsychological problems related to learning difficulties, reasoning problems, and the academic failure of children and adolescents, along with the interaction with criminogenic environments throughout their development, may culminate in a pathological personality and as a result, lead to persistent or recurrent criminal behavior (Međedović, et al., 2012; Savage, et al., 2013). According to Moffitt & Caspi (2001), psychobiological models can better explain chronic delinquency.

The relationship between personality types and recidivism in delinquent behavior is a little studied research area (Roberts & Coid, 2010). In the Ecuadorian prison context, psychological studies are scarce, despite the fact that they are essential for the development of projects for the prevention and treatment of the inmates. Accordingly, on the one hand, this work aims to study in depth the individual factors associated with penitentiary recidivism and, on the other hand, to extend the studies carried out in the Ecuadorian prison context, focusing specifically on the study of the differential characteristics between recidivist and nonrecidivist inmates.

METHOD

Participants

The inclusion criteria for the study were: a) being able to read and write, b) giving informed consent, c) not being on remand, and d) presenting valid profiles in the MCMI-III (based on validity or sincerity indices).

The participants were 89 inmates in the Ecuadorian prison of Ambato. Of them, 49 were nonrecidivists, that is, they were in prison for the first time, and 40 were recidivists for committing more crimes. Among the latter, 22 were recidivists for the first time, 11 for the second time, and 7 for the third time. Among the nonrecidivists, 26 were men and 23 were women, with a mean age of 35.58 years ($SD=11.39$) and among the recidivists, 20 inmates were men and 20 were women with a mean age of 33.27 years ($SD=7.64$), without significant differences in these variables. Prisoners interned for the first time had a sentence of 96.14 months ($SD=77.81$), and the recidivists of 44.67 months ($SD=56.69$; $t=3.49$, $p<.001$; $d=0.75$). The nonrecidivist inmates had been in prison for 39.69 months ($SD=32.16$), and the recidivists for 15.45 months ($SD=22.04$; $t=4.05$, $p<.000$; $d=0.88$); the differences in these variables were significant.

Instruments

Questionnaire of sociodemographic variables. The questionnaire was designed ad hoc by the first author of the study and collects sociodemographic data, which were contrasted with prison records.

Crime variables questionnaire. This questionnaire was also designed ad hoc by the first author of the study to gather data about the criminal history, which were then corroborated with the data from the records of each prison inmate.

Millon Multiaxial Clinical Inventory-III (MCMI-III). This inventory evaluates 14 clinical personality patterns (schizoid, avoidant, depressive, dependent, histrionic, narcissistic, antisocial, aggressive-sadistic, compulsive, negativistic, self-destructive, schizotypal, paranoid, and borderline) and 10 clinical syndromes (anxiety disorder, somatoform disorder, bipolar disorder, dysthymic disorder, alcohol and substance dependence, post-traumatic stress disorder, thought disorder, major depression, and delusional disorder). It consists of 175 items, which are rated as true or false. We employed the Spanish adaptation of Cardenal and Sánchez (2007), which has a Cronbach alpha between .96 and .82. In Ecuadorian prison population, Cronbach alpha was .92. The questionnaire has four control indices: a Validity scale (consisting of three items which, if two or more are endorsed, invalidates the profile) and the Disclosure, Desirability, and Debasement scales (Ortiz-Tallo, Cardenal, Ferragut, & Cerezo, 2011). This questionnaire has been used in the prison context in Chile (Souci & Vivet, 2013).

Revised 90-symptom checklist (SCL-90-R) of Derogatis (1983). We used the Spanish version de González de Rivera, De las Cuevas, Rodríguez-Abuín, and Rodríguez-Pulido (2002). This is a 90-item questionnaire with 9 dimensions that assess psychological distress. Each item is rated on a 5-point Likert scale, ranging from 0 (not at all) and 4 (very much). The dimensions of the questionnaire are: Somatization, Obsession-Compulsion, Interpersonal Sensitivity, Depression, Anxiety, Hostility, Phobic Anxiety, Paranoid, Ideation, Psychoticism and a scale of additional items of clinical relevance. In addition, it has three general indices, which reflect the overall severity of the person's symptomatology: the Global Severity Index (GSI), the Positive Symptom Total (PST) and the Positive Symptom Distress Index (PSDI). González de Rivera et al. (2002) indicated that this instrument has high internal consistency, with alpha coefficient values that ranged from .78 to .90.

Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11). We used the Spanish adaptation of Oquendo et al. (2001). This consists of 30 questions, grouped into three subscales: Cognitive Impulsiveness, Motor Impulsiveness, and Unplanned Impulsiveness and a Total Impulsiveness score. The respondent rates the items on a 4-point Likert scale ranging from 0 (seldom or never) to 4 (always or almost always). This instrument does not have control scales, although Items 1, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 13, 17, 19, 22, and 30 are inversely worded and allow controlling for response acquiescence. The internal consistency (Cronbach alpha) of the Spanish adaptation was .80, and it was .83 in the Ecuadorian context.

Buss-Perry Aggression Questionnaire (BPAQ). We used the version in Spanish (Andreu, et al., 2002), which consists of 4 subscales: Physical Aggression, Verbal Aggression, Anger, and Hostility. The sum of the 4 subscales constitutes the total score. The scale has 12 items that are rated on a 5-point Likert scale ranging from 1 (completely untrue for me) to 5 (completely true for me). It does not have control scales but Items 15 and 24 are inversely worded and allow controlling random responses. It presents a Cronbach alpha of .88. The Physical Aggression subscale is the most precise, with an internal consistency of .86, the Anger subscale has an internal consistency of .77, the Verbal Aggression of .68, and the Hostility of .72 (Andreu et al., 2002). In the Ecuadorian context, the Cronbach alpha was .82.

Procedure

To perform this research, we first obtained permission to access the penitentiary, and subsequently, the prison inmates received a letter informing about the study and requesting their voluntary participation. The questionnaires and the interview were carried out by the first author of the study, and the people who agreed to participate signed an informed consent form. The evaluation process was carried out individually in the office of evaluation and psychological diagnosis of the Ambato Adult Detention Center by the first author of this work. Finally, a report of the outcomes was offered to all the participants who so requested, and a final report was provided to the institution.

Data analysis

The information was analyzed using the statistical package SPSS (version 22.0). Descriptive analysis (means and standard deviations) was performed for the quantitative variables, and analysis of frequencies and percentages for the

qualitative ones. Convicted recidivists and nonrecidivists were compared using chi-square and Student's t-test. We also performed a binary logistic regression analysis (stepwise method) to determine the weight of the differential variables statistically associated with the criterion variable recidivism (yes/no). The predictive value of the model was evaluated with Nagelkerke's R², and for goodness of fit, the chi-square and the Hosmer-Lemeshow index (H-L) were calculated.

RESULTS

From a sociodemographic viewpoint, as shown in table 35, there were no differences between the recidivist and nonrecidivist inmates in nationality, educational level, marital status, number of children, income level, housing type, kind of work prior to incarceration, and occupation in prison. However, there were differences in the presence of psychological problems prior to imprisonment, $\chi^2(1)=11.28$, $p < .001$, $V=0.35$. In this sense, 15 out of 40 recidivists (37.5%) had prior psychological problems versus 4 out of 49 nonrecidivists (8.16%).

From a criminal viewpoint, 48% of the sample was convicted for offences against property, and 28% for illegal possession of narcotics. To a lesser extent, they presented sexual offences (12%) and offences against persons (11%). As seen in Table 36, recidivists committed more crimes against property, had a longer criminal history—because they had more frequently been interned in centers for juvenile offenders—and they presented more disciplinary problems in prison.

From a pathological view point, we found no statistically significant differences on the SCL-90-R, or on the Barratt Impulsiveness Scale (see Table 37). Regarding the Aggression Scale, there were statistically significant differences on the Physical Aggression subscale, where recidivists had a mean score of 25.37 ($SD=7.40$) versus nonrecidivists, who had a mean score of 20.67 ($SD=7.30$; $t=-3.00$, $p < .004$; $d=0.64$). Table 37 also shows the comparison between recidivists and nonrecidivists in the clinical personality patterns and clinical syndromes assessed with the MCMI-III. As shown, recidivists presented more antisocial ($d=0.89$), aggressive-sadistic ($d=0.70$) and borderline ($d=0.62$) personality traits, as well as more substance ($d=0.84$) and alcohol dependence ($d=0.79$).

Table 35. Sociodemographic characteristics and health

	Nonrecidivists N= 49		Recidivists N= 40		χ^2	<i>p</i>	<i>V</i>
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%			
Sex					.083	.774	.030
Men	26	53.1	20	50.0			
Women	23	46.9	20	50.0			
Marital status					5.12	.163	.240
Single	16	32.7	17	42.5			
Married/free union	20	40.8	19	47.5			
Divorced/separated	9	18.4	4	10.0			
Widow(er)	4	8.2	0	0.0			
Nationality					3.74	.053	.205
Ecuadorian	42	85.7	39	97.5			
Colombian	7	14.3	1	2.5			
Education					2.52	.473	.168
Primary	24	49.0	20	50.0			
Secondary	25	51.0	19	47.5			
University	0	0.0	1	2.5			
Income level							
Less than the basic salary	39	79.6	30	75.0	0.27	.606	.055
More than the basic salary	10	20.4	10	25.0			
Health							
Current physical illness	21	42.9	15	37.5	0.26	.608	.054
Prior psychological problems	4	8.2	15	37.5	11.29	.001	.356
Family psychopathological history	7	14.3	8	20.0	0.51	.474	.076
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Age	35.29	11.39	33.28	7.64	0.99	.342	0.21

Table 36. Recidivism and crime variables

	Recidivism				χ^2	<i>p</i>	<i>V</i>
	No N= 49		Yes N= 40				
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%			
Type of crime					15.66	.001	.420
Crimes against life	7	14.3	3	7.5			
Sexual offences	11	22.4	0	0.0			
Crimes against property	16	32.7	27	67.5			
Illegal possession of narcotics	15	30.6	10	25.0			
Family members in prison	25	51.0	21	52.5	.019	.889	.015
Interned in centers for juvenile offenders	6	12.2	16	40.0	9.12	.003	.320
Disciplinary file in prison	12	24.5	21	52.5	7.41	.007	.288

Table 37. Personality patterns and clinical syndromes

Recidivism	No N=49		Yes N=40		t	p	d
	M	SD	M	SD			
Personality							
Schizoid	56.08	14.31	58.58	12.68	.860	.392	0.19
Avoidant	50.10	20.45	52.70	16.02	.656	.514	0.14
Depressive	38.39	21.77	44.35	21.79	1.29	.202	0.27
Dependent	39.69	18.33	40.48	18.47	.199	.842	0.04
Histrionic	34.82	15.24	34.58	13.84	.077	.938	0.02
Narcissistic	50.63	18.46	53.30	16.35	.713	.478	0.15
Antisocial	57.02	15.09	68.10	8.96	4.30	.000	0.89
Aggressive-Sadistic	51.61	17.82	62.15	11.93	3.33	.001	0.70
Compulsive	36.29	11.41	40.65	11.43	1.79	.076	0.38
Negativistic	45.57	16.38	51.18	18.51	1.51	.134	0.32
Self-destructive	45.14	21.47	46.93	20.69	.396	.693	0.08
Schizotypal	46.14	22.70	51.65	18.62	1.24	.220	0.27
Borderline	38.51	21.07	50.98	19.15	2.92	.004	0.62
Paranoid	60.51	17.37	63.30	11.20	.877	.383	0.19
Clinical Syndromes							
Anxiety disorder	53.61	31.67	54.38	31.23	.114	.910	0.02
Somatoform disorder	40.10	22.71	42.33	24.71	.441	.660	0.09
Bipolar disorder	49.91	21.07	57.68	18.68	1.82	.073	0.39
Dysthymic disorder	44.41	23.08	46.58	24.23	.431	.668	0.09
Alcohol dependence	61.37	18.21	73.58	11.87	3.81	.000	0.79
Substance dependence	61.27	12.92	71.35	10.86	4.00	.000	0.84
Post-traumatic stress dis.	48.61	23.64	52.90	21.86	.880	.381	0.19
Thought disorder	41.96	24.21	47.00	27.62	.917	.362	0.19
Major depression	43.24	25.30	47.88	28.09	.817	.416	0.17
Delusional disorder	72.76	13.79	74.23	11.60	.537	.593	0.12
Impulsiveness							
Cognitive	17.94	6.09	18.43	6.33	0.37	.715	0.08
Motor	18.43	9.21	19.53	7.37	0.62	.534	0.13
Non-planning	27.47	6.43	25.13	7.77	1.53	.130	0.33
Total	63.84	18.05	63.08	16.84	0.21	.838	0.04
Aggressiveness							
Physical	20.67	7.30	25.38	7.41	3.00	.004	0.64
Verbal	13.39	5.16	14.38	4.53	0.96	.339	0.20
Anger	21.94	5.93	21.98	5.22	0.03	.976	0.01
Hostility	26.24	7.60	26.15	7.65	0.06	.954	0.01
Total	82.24	21.46	87.88	19.61	1.29	.200	0.27
SCL-90-R							
Somatization	1.21	0.91	1.27	0.96	0.26	.795	0.06
Obsessive-Compulsive	1.32	0.77	1.20	0.74	0.75	.453	0.16
Interpersonal Sensitivity	1.12	0.83	0.95	0.65	1.08	.281	0.23
Depression	1.44	0.90	1.49	0.77	0.25	.804	0.06
Anxiety	0.94	0.87	1.15	0.81	1.16	.250	0.25
Hostility	1.05	1.34	1.25	1.31	0.70	.484	0.15
Phobic Anxiety	0.79	0.93	0.66	0.62	0.79	.434	0.16
Paranoid Ideation	1.24	0.96	1.26	0.88	0.10	.918	0.02
Psychoticism	0.90	0.79	0.89	0.66	0.10	.922	1.36
GSI	1.14	0.71	1.15	0.60	0.09	.931	0.01
PST	41.88	16.97	45.75	18.25	1.03	.307	0.21
PSDI	2.31	0.70	2.22	0.57	0.66	.514	0.14

Taking into account the differential variables between recidivists and nonrecidivists, we performed a binary logistic regression analysis to determine the weight and the percentage of recidivism explained by the differential variables (see table 38). The obtained model was made up of the variables antisocial personality, crimes by theft, and prior psychological problems, χ^2 (3, N 40=31.85, $p < 0.000$), and the Hosmer-Lemeshow test was nonsignificant, χ^2 (8, N 40=1.62, $p=.99$). The model explained 40.2% of the variance (Nagelkerke R2) and correctly classified 75.3% of the subjects, with an 81.6% level of specificity (correct classification of nonrecidivists) and a 67.5% level of sensitivity (correct classification of recidivists). In this model, the variable with the highest predictive power was antisocial personality, $Exp(B)=1.22$.

Table 38. Predictive variables of recidivism

	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Wald</i>	<i>p</i>	<i>Exp (B)</i>	<i>95% CI</i>	
						<i>Lower</i>	<i>Upper</i>
Prior psychological problems	-1.76	0.73	5.87	0.01	0.17	[0.04,	0.71]
Crimes by theft	-1.23	0.56	4.77	0.02	0.29	[0.09,	0.88]
Antisocial personality	0.19	0.07	6.51	0.01	1.22	[1.04,	1.42]
Constant	-0.10	1.21	0.01	0.93	0.91		

DISCUSSION

This research on the differential aspects between recidivist and nonrecidivist inmates took into account the personality traits, the psychopathological symptomatology, and some criminal variables present in the inmates. Research on prison recidivism in Ecuador is necessary for crime prevention because when they are released, many inmates have a high risk of repeating the crimes if they are not prepared or do not have the support needed to meet the challenges of life in the community.

Currently, studies focus on risk prediction in the forensic sphere, which consists of estimating the probability of recidivism, and, based on this assessment, adopting measures such as risk management strategies in the legal sphere, monitoring inside the prison, granting leave permits or parole and assessing the difficulties encountered, as well as social-employment reintegration programs (Hilton, Harris, & Rice, 2010).

In this study, and from a criminal viewpoint, it is shown that recidivist inmates have committed mainly crimes against property, as revealed in most of the previous research (Redondo, 2017). In these cases, the penalties are lower

than for other types of offences, such as sex crimes or crimes against persons, and consequently, the inmates have spent less time in prison than nonrecidivists. The convicted offenders present a long criminal career, as they have committed offenses in adolescence and, for this reason, they had been placed in centers for juvenile offenders. These data highlight the importance of the individual, social, and environmental factors to which the subjects have been exposed from an early age. It is important to emphasize the presence of family members in prison, which, along with a violent context, is associated with criminal behavior; that is, it increases the probability that a family member will be delinquent (Farrington, Jolliffe, Loeber, Stouthamer-Loeber, & Kalb, 2001). Early initiation in a criminal career indicates the need to address adolescents who begin to commit crimes therapeutically and at an early age (Thornberry et al., 2013).

From a pathological viewpoint, recidivist inmates have more addictive disorders, such as alcohol and drug dependence. The relationship between delinquent behavior and substance use is bi-directional, especially in socially and economically depressed environments (Redondo & Garrido, 2001). For this reason, it could be considered that untreated addictive disorders lead a person to commit new criminal acts to finance their addiction, which involves a risk factor for recidivism. Several studies have indicated that people with a history of early breach of rules and with substance use problems are at high risk of committing crimes (Krueger, Markon, Patrick, Benning, & Kramer, 2007). In these minors, criminal recidivism rates are about 26% (Ortega-Campos, García-García, & Frías-Armenta, 2014) and, therefore, it is essential to implement effective therapeutic programs for the treatment of addictive disorders (Redondo, 2017). Such programs work on different areas, such as teaching social, work, and academic skills and habits, development and restructuring of thinking, emotion regulation, control of anger and impulsiveness, and relapse prevention (Redondo & Martinez-Catena, 2013).

The recidivist inmates in this study also presented a history of more disciplinary breaches in prison and higher scores on physical aggression. Thus, as seen in other investigations, inmates who misbehave in prison are more likely to relapse, especially those who are punished for violent behavior in prison (Cochran, Mears, Bales, & Stewart, 2012).

From the viewpoint of personality types, the antisocial, aggressive-sadistic, and borderline personality features were largely the ones that were

associated with recidivism, both in this study and in previous research (Comín et al., 2016). Therefore, addressing personality disorders in the penitentiary field is a priority, as there are effective treatments that produce improvements in the ability to solve problems, reduce violent attitudes, and develop empathy, thus improving social functioning (Young et al., 2012).

In the studied sample, the history of psychological problems prior to entry into prison, the emergence of antisocial behaviors in adolescence, and antisocial personality traits were the personal variables with the greatest predictive power for repetition of criminal behavior, in the same line as the results of previous studies (Gandhi et al., 2001; Nguyen et al., 2011; Walter, et al., 2011). Consequently, in centers for juvenile offenders, adolescents' cognitive, emotional, and behavioral problems should be specifically addressed, fostering the skills that help them to cease repeating criminal behavior and facilitate their social reintegration. Early unaddressed problems constitute risk factors for maintenance of antisocial behavior (Redondo & Martinez-Catena, 2013).

In this sense, insofar as we can identify prisoners who are at increased risk for recidivism, we can maximize the effectiveness of the treatments carried out in prisons, which are aimed at rehabilitation and social reintegration. For this purpose, Andrews and Bonta (2016) propose a model of criminal psychology and treatment of offenders based on the principles of risk, need, and responsiveness. Within the model are, on the one hand, static or unmodifiable risk factors (such as temperament, developmental history, or irreversible biological conditions) and, on the other hand, dynamic or modifiable risk factors (such as psychopathological disorders, cognitive distortions, problems in emotion regulation, or insufficient social and work skills). Different investigations carried out in countries such as Canada (Brown, 2013), United Kingdom (McGuire, 2001), Nordic and central European countries, and Spain (Redondo & Frerich, 2014) demonstrate the effectiveness of psychological treatments applied in prison to change many dynamic risk factors of general and specific delinquency. These treatment programs can adapt to the needs of the offenders, as we now have effective treatment approaches differentiated for men and women, according to type of offence and of the type of disorder suffered by the inmates (Redondo, 2017). Early intervention in psychological, emotional, and cognitive difficulties, antisocial personality characteristics, and addictive disorders suffered by offenders can help to decrease their likelihood of committing new crimes (Redondo & Andrés-Pueyo, 2007).

This study presents some limitations, such as the small sample size, which prevents differential analysis depending on the number of re-imprisonments or the violent criminal typology presented by recidivists. Therefore, we wonder if the risk of recidivism and the associated factors are the same for crimes against property, or sex crimes and crimes against persons, or whether they are specific in each case (Herrero, 2013).

From a methodological viewpoint, the sample was not selected at random, but based on participants' accessibility and willingness to participate in the study. In addition, the assessment was cross-sectional and retrospective, so perhaps the use of additional instruments for the assessment of the risk of recidivism would be necessary (Medina & Baños, 2016). Thus, the validation and use of instruments for the evaluation of risk (Andrés-Pueyo y Echeburúa, 2010; Muñoz & Lopez, 2016) in the Ecuadorian prison context, such as for example, the Historical-Clinical-Risk Management-20v3, HCR-20v3 (Douglas, et al., 2013) would be relevant. This instrument includes current, historical, clinical and individual risk management items, and combines both the actuarial methodology based on the nomothetic perspective and testing based on structured clinical judgment.

On another hand, this study focused on the analysis of some of the individual risk factors, but it would be of interest to determine protective factors, that is, those that inhibit the repetition of criminal and violent behavior (Garrido, 2005). It would be an essential task for the rehabilitation of the convicts to compare the recidivism of prisoners who received psychological treatment in prison with those who did not.

This study provides information on general recidivism regarding the personality and psychopathology profiles that constitute individual risk factors for the commission of the offence. However, we also deem it relevant for future research in the Ecuadorian context to assess recidivism by type of offence, because each type of offender presents different therapeutic needs (Loinaz & Echeburúa, 2010; Muñoz & López, 2016). Thus, treatments tailored to the specific risk factors would reduce recidivism more than generic treatments (Loinaz, Irureta, & Doménech, 2011).

Despite the limitations, this study is particularly relevant in Ecuadorian context because this information can contribute in the process of transformation and consolidation of the new penitentiary system in the field of psychosocial intervention and rehabilitation, which is one of the policies of the

Ecuadorian government, as stated in the National Plan for Good Living (SENPLADES, 2013). The results of this study could be very helpful for the design of specific intervention programs that take into account the most relevant factors for the prevention of recidivism. Knowing the weight of each one of the personal, criminal, and environmental factors and the way in which they interact with each other allows us, to some extent, to understand and address the problem of penitentiary recidivism, not only from a clinical or forensic viewpoint, but also from a social perspective related to the development of public policies aimed at the psychosocial rehabilitation of convicts.



CAPÍTULO 4

CONCLUSIONES

En este apartado, se señalan los principales hallazgos de este trabajo, las limitaciones encontradas durante su realización, las implicaciones para la intervención, así como posibles futuras líneas de investigación y la conclusión general.

4.1. PRINCIPALES HALLAZGOS Y DISCUSIÓN GENERAL

Los estudios que forman parte de la presente tesis doctoral han permitido conocer mejor la salud mental de un grupo de reclusos en Ecuador, asunto que constituye un problema de salud pública relevante en los centros penitenciarios. Con este trabajo se ha pretendido ofrecer una aproximación exploratoria sobre variables individuales como las características de personalidad y la presencia de psicopatología. En base a lo hallado, es evidente la necesidad de atención e intervención en la salud mental. Así, la finalidad última de este trabajo, no es otra que aportar información en el área de la psicología clínica, que favorezca el proceso de reinserción social de las personas privadas de libertad, tanto hombres como mujeres.

La población reclusa estudiada en este trabajo estaba constituida por 101 penados, 50 mujeres y 51 hombres, con una media de edad de 34 años, es decir adultos jóvenes, con estudios primarios e ingresos económicos inferiores al salario básico. Este perfil es similar al encontrado en estudios realizados en Colombia (Arcila, et al., 2013) o en Chile (León-Mayer et al., 2014).

Desde el punto de vista delictivo, la mayoría de la muestra estaba penada por delitos contra la propiedad (42,57%) y por tráfico de estupefacientes (24,75%), aunque los delitos contra la vida y sexuales eran más frecuentes entre los hombres que entre las mujeres. Este perfil delictivo es el más frecuente en las prisiones (Marchiori, 2014).

Desde el punto de vista de la pena privativa de libertad, todos los reclusos estaban en régimen cerrado y sentenciados, la media de estancia en prisión era de 26 meses y el tiempo de condena de 67 meses, de todos los reclusos 40 eran reincidentes.

A continuación se responde a las hipótesis planteadas en el capítulo dos de esta tesis y teniendo en cuenta los resultados hallados en cada estudio.

ESTUDIO 1: Diferencias generales y entre sexos en salud mental: un estudio comparativo entre población penitenciaria y población general.

Hipótesis 1: se espera que la población reclusa presente más síntomas y trastornos psicopatológicos que la población general. Las diferencias destacarán en mayor medida en la comparación entre mujeres.

Esta hipótesis se cumple, la población reclusa presenta una tasa elevada de síntomas psicopatológicos y de trastornos a diferencia de la población general, tal y como ocurre en otros estudios (Butler et al., 2006; Vicens et al., 2011). Desde un punto de vista categorial, las personas privadas de libertad

presentan en un 59,40% algún tipo de trastorno psicopatológico frente a un 17,39% de la población general (GSM, SESP, AEN, 2011; Zabala-Baños et al., 2016). Además las mujeres reclusas presentan, en comparación con las mujeres de la población general, más síntomas, más trastornos afectivos, de ansiedad y adictivos (McDonald, 2013; Tye y Mullen, 2006).

Hipótesis 2: Los reclusos con trastornos psicopatológicos de acuerdo a los criterios de la MINI, presentaran peores condiciones educativas y socioeconómicas, tendrán más antecedentes psicopatológicos personales y familiares, y presentarán mayores puntuaciones en síntomas psicopatológicos.

Esta hipótesis se cumple. Las personas privadas de libertad que presentan algún tipo de trastorno evaluado mediante la MINI, se caracterizan por ser más jóvenes, tener menos recursos económicos, más antecedentes psicopatológicos antes del ingreso en prisión, y padecer más síntomas psicopatológicos en prisión, es decir, presentan más factores de riesgo previos para la comisión de delitos (Birmingham, 2004).

Los resultados del primer estudio señalan que los problemas de salud mental en Ecuador, son mayores en contextos penitenciarios que en comunitarios, tal y como sucede en otros lugares (Vázquez-Barbosa, 2012). Los problemas adictivos, ansioso-depresivos, de estrés postraumático y de carácter psicótico, así como la patología dual son problemáticas muy frecuentes que deben ser abordadas desde el punto de vista sanitario. Para muchos reclusos la asistencia en el contexto carcelario puede ser una de las escasas oportunidades para recibir ayuda psiquiátrica y psicológica (GSMP, 2012).

ESTUDIO 2: La personalidad en población carcelaria: un estudio comparativo en Ecuador

Hipótesis 3: se espera que la población reclusa presente puntuaciones más altas en impulsividad y agresividad que la muestra de la población general. Además, los reclusos presentarán más patrones clínicos de personalidad y las diferencias serán mayores en las dos muestras de mujeres.

Esta hipótesis se confirma. Las personas encarceladas, en comparación con las personas de la población general, presentan más indicadores de psicopatología y tendencias psicopatológicas de la personalidad (Brugha et al.,

2005; Fazel y Danesh, 2002). Estas diferencias son más acusadas entre las mujeres que entre los hombres. Los penados se caracterizan por niveles más altos de impulsividad y agresividad que las personas de la población general, sobre todo las mujeres encarceladas. Desde el punto de vista de los patrones de personalidad, los reclusos presentan puntuaciones elevadas en patrones clínicos de personalidad antisocial, depresiva, paranoide, esquizoide y agresivo-sádica. A nivel categorial, destacan los patrones clínicos de personalidad antisocial y paranoide (Slade y Forrester, 2013). Este perfil es similar al estudio encontrado en España (Calvo, et al., 2016). Entre la población general un 8,3% de los sujetos presentaba rasgos de personalidad clínicamente significativos frente a un 26,7% de la población reclusa, resultado similar al encontrado en el estudio de Arroyo y Ortega (2009).

Hipótesis 4: los reclusos que puntúen por encima del punto de corte de 75 en MCMI-III, serán más agresivos e impulsivos y presentarán mayores puntuaciones en síndromes clínicos.

Esta hipótesis se confirma, los reclusos con puntuaciones significativas en patrones clínicos de personalidad son más impulsivos, más agresivos, presentan más síndromes clínicos ansioso-depresivos, dependencia al alcohol y a las sustancias, trastornos del pensamiento y delirantes y trastorno de estrés postraumático. Conforman un subgrupo dentro de la población reclusa con mayor nivel de psicopatología y alteraciones de personalidad, que requieren una atención más específica, ya que pueden presentar más comportamientos auto y heteroagresivos y violencia intracarcelaria (Ortiz-Tallo, et al., 2006). La relación entre trastornos adictivos, conductas agresivas y trastornos de personalidad, sobre todo, con el trastorno antisocial, límite y paranoide de la personalidad son estrechas y necesitan ser abordadas conjuntamente (GSMP, 2012).

ESTUDIO 3: Mujeres en prisión: un estudio exploratorio de las necesidades psicológicas

Hipótesis 5: no se espera encontrar diferencias en variables sociodemográficas entre hombres y mujeres encarceladas, sí en cambio en variables delictivas como el tipo de delito y el tiempo de estancia en prisión. Se espera que las mujeres, en comparación con los hombres, hayan cometido más delitos contra la propiedad y menos delitos violentos contra las personas, presenten más síntomas psicopatológicos, en particular alteraciones de orden afectivo y patrones de personalidad menos graves.

No se encontraron diferencias en variables sociodemográficas entre hombres y mujeres reclusos, a excepción del trabajo antes del ingreso en prisión que se daba más entre los hombres. Las mujeres en su mayoría son jóvenes con una media de edad de 33 años, solteras o emparejadas, con hijos a su cargo, ingresos menores al salario básico y en un 66% con familiares en prisión (Van Dieten y King, 2014).

Respecto a las variables delictivas, se confirma la hipótesis dado que las mujeres han cometido menos delitos violentos contra las personas que los hombres, y este perfil es similar al encontrado en España (Interior, 2015).

Desde el punto de vista psicopatológico, presentan más síntomas que los hombres, y más síndromes clínicos como la depresión mayor, las somatizaciones y el trastorno de estrés postraumático, lo que confirma la hipótesis planteada (Drapalski, et al., 2009).

Tomando en consideración los patrones de personalidad, presentan más patrones esquizoides y depresivos que los hombres (Sobral, et al., 2007), lo que confirma la hipótesis planteada (Tye y Mullen, 2006; Wittner, 2015).

Hipótesis 6: se espera encontrar que a menor edad, menor tiempo en prisión, mayor número de ingresos en prisión y más experiencias traumáticas, se presentarán más problemas de salud mental.

La hipótesis planteada se cumple. Las mujeres internas de menor edad y con menor tiempo en prisión presentaban más sensibilidad interpersonal, más ansiedad e ideación paranoide. Quizá este resultado tenga relación con el efecto que la entrada en prisión tiene sobre la salud mental (Gibbs, 1987; Gonçalves, et al., 2016). Desde un punto de vista dimensional, el número de experiencias traumáticas ocurridas y cuando éstas eran de tipo interpersonal correlacionaban positivamente con niveles más altos de sintomatología (MacDonald, 2013). Estos resultados son similares a los hallados en el estudio de Ruiz (2007) realizado con mujeres en la cárcel de Colombia.

El número de ingresos en prisión y los ingresos en centros de menores, correlacionaban positivamente con patrones clínicos de personalidad antisocial, agresivo-sádica y compulsiva y con la dependencia al alcohol y a las sustancias. Quizá, estas mujeres constituyen un subgrupo especialmente violento entre todas las reclusas. El abordaje temprano de los trastornos adictivos y de las historias traumáticas podría evitar un deterioro progresivo de estas mujeres, lo que constituye un reto asistencial para el sistema penitenciario juvenil y adulto ecuatoriano (Green et al., 2016).

ESTUDIO 4: Trauma, psychopathology and aggression in male and female Ecuadorian prisoners: an exploratory study

Hipótesis 7: se espera encontrar más eventos traumáticos en la población penada que en la población general, y en mayor medida en mujeres que en hombres reclusos.

Esta hipótesis se cumple, los reclusos tienen una historia de experimentación de sucesos traumáticos, tanto interpersonales como accidentales, mucho mayor que las personas de la población general. Un 26,7% de los penados cumplen los criterios diagnósticos para el trastorno de estrés postraumático, frente al 8% que se encuentra en la población general (Lukaschek et al., 2012). Desde el punto de vista de las diferencias entre sexos, los hombres habían sufrido más accidentes de tráfico y las mujeres más violaciones. Estos resultados concuerdan con lo mencionado por Binswanger, et al., (2010) y Gunter, et al., (2012).

Hipótesis 8: se espera encontrar más síntomas psicopatológicos y agresividad en sujetos que han experimentado traumas intencionales y han tenido experiencias traumáticas antes de los 18 años.

Aquellos reclusos que presentan trastorno de estrés postraumático tienen más síntomas psicopatológicos y niveles de agresividad que aquellos que no lo presentan, y el mismo resultado se da en aquellos reclusos que han sufrido más de un suceso traumático, por lo tanto la hipótesis se cumple. Además teniendo en cuenta la edad de ocurrencia de los sucesos traumáticos, el impacto de las experiencias sufridas en la infancia y la adolescencia es muy importante, ya que estos reclusos constituían un subgrupo que presentaba más síntomas psicopatológicos y altos niveles de agresividad (Wolff y Shi, 2012).

Los penados que han sufrido traumas cometidos por otras personas presentan más síntomas somáticos, más síntomas depresivos y niveles más altos de agresividad. Por lo tanto el haber sido víctima de sucesos violentos cometidos por otras personas genera más sufrimiento y más sentimientos agresivos y de hostilidad (Williams et al., 2007).

Hipótesis 9: a mayor número de experiencias traumáticas sufridas se presentarán más síntomas psicopatológicos y de agresividad en los reclusos.

Esta hipótesis se cumple, aquellos sujetos que han sufrido traumas múltiples presentan más síntomas psicopatológicos y de agresividad, y el peso

de esta variable es más grande en ideación paranoide, somatización, psicoticismo y el nivel general de síntomas (Aday et al., 2014).

Los datos obtenidos en este estudio indican la necesidad de evaluar y tratar el impacto que los sucesos traumáticos ocurridos en la vida, especialmente aquellos que se dan en la infancia y adolescencia, generan en la salud mental de las personas, así como su relación con el desarrollo de sintomatología de carácter más grave y mayores niveles de agresividad (Grubaugh, et al., 2011; Lincoln et al. 2017).

ESTUDIO 5: Personality, psychopathology and their relation with recidivism in a penitentiary sample

Desde el punto de vista del tipo de delito, los delincuentes que han cometido delitos sexuales son los que tienen mayor edad, en el momento en el que se realizó la evaluación. Los hombres cometen más delitos contra la vida y delitos sexuales, y las mujeres están condenadas por tenencia ilegal de estupefacientes. Los internos de nacionalidad colombiana se encuentran en mayor medida en prisión por tenencia ilegal de estupefacientes. Cabe resaltar que en las características delictivas, los delincuentes sexuales de esta muestra, no presentan antecedentes de delincuencia juvenil, tampoco problemas disciplinares en prisión ni reincidencia, además presentan puntuaciones más bajas en características de personalidad antisocial que los demás reclusos, parecen responder al perfil del agresor sexual ocasional (Echeburúa, 2018).

Hipótesis 10: se espera que, los reclusos reincidentes presenten más antecedentes de problemas de salud mental y un historial delictivo temprano, más trastornos adictivos, más agresividad, más impulsividad y patrones de personalidad antisocial.

Esta hipótesis se cumple parcialmente, los reclusos reincidentes tienen una historia previa de problemas psicológicos, han estado internados en más ocasiones en centros juveniles y presentan más problemas disciplinarios en prisión. Desde el punto de vista de los niveles de impulsividad no se presentan diferencias con los no reincidentes, si presentan más agresividad física y patrones de personalidad antisocial, agresivo-sádica, límite, así como más trastornos adictivos. Estos resultados son similares a los hallados en estudios como el de Walter, et al., (2011) y de Kiwi y Sadeghi, (2015).

Hipótesis 11: se asociarán en mayor medida con la reincidencia penitenciaria los patrones clínicos de personalidad antisocial, los trastornos adictivos, los delitos contra la propiedad y el historial delictivo juvenil.

Esta hipótesis se comprueba parcialmente. No todas las variables propuestas fueron parte del modelo de regresión, particularmente cabe destacar que llama la atención que la dependencia de sustancias no forme parte del modelo. Sin embargo, la historia de problemas psicológicos antes de entrar en prisión, la emergencia de conductas antisociales en la adolescencia y los rasgos de personalidad antisocial tienen el mayor poder predictivo, en la misma línea que resultados de estudios previos (Nguyen et al., 2011; Walter, et al., 2011).

De este estudio se deriva la importancia de trabajar con aquellos delincuentes juveniles para dotarlos de habilidades cognitivas, emocionales y conductuales de manera que cesen en sus conductas delictivas y se facilite su reinserción social. Los problemas conductuales, cognitivos y emocionales no abordados suponen un factor de riesgo para el mantenimiento de la conducta antisocial (Redondo y Martínez-Catena, 2013).

Los resultados obtenidos en los diversos estudios que conforman esta tesis doctoral permiten, en alguna medida, paliar la escasez de trabajos sobre la salud mental en población reclusa de Ecuador. Así como existen una gran variedad de trabajos sobre la salud mental en países Europeos, en Canadá y Estados Unidos, son pocas las investigaciones realizadas en contextos latinoamericanos.

Son diversas las razones para que existan problemas de salud mental en las prisiones, cabe recalcar que de toda la muestra estudiada en esta tesis, el 22,77% de los internos presentaron problemas de salud mental antes del ingreso a prisión, lo que nos puede hacer pensar que, muchos de ellos exacerbaron su sintomatología al entrar en prisión, y el resto de los internos pudieron desarrollar algún síntoma o trastorno una vez encarcelados. Además un 42,57% presentaba también patología dual (es decir un trastorno mental más un trastorno adictivo), lo que supone un reto asistencial mayor (Grupo de trabajo sobre salud mental en prisión, 2007).

Es preciso comprender, tal y como sugieren algunos autores (Arroyo-Cobo, 2011; Boxer et al., 2009; Listwan, Sullivan, Cullen, y Colvin, 2013), que los factores contextuales y situacionales como las características estructurales y funcionales de los centros penitenciarios y las condiciones de vida dentro de la

cárcel (violencia intracarcelaria, hacinamiento, no acceso a los servicios de salud, ni a programas socioeducativos, etc.), pueden ser factores que hagan empeorar la salud mental de la persona privada de la libertad. Estos factores no deberían ser subestimados, sino más bien considerados para mejorar la calidad de vida del interno en prisión con la finalidad de hacer más fácil el camino a la reinserción social.

El perfil de los reclusos estudiados en este trabajo es similar al encontrado en otras prisiones (Arcila-Rivera, et al., 2013; Leon-Mayer et al., 2014), población adulta joven, con bajos niveles económicos y educativos, con antecedentes de conductas delictivas en la adolescencia, con trastornos mentales y de personalidad. Constituyen claramente una población vulnerable que requiere de una atención integral para poder conseguir su rehabilitación y reinserción social (Arroyo-Cobo, 2011).

En este sentido, es necesario, desarrollar estrategias que permitan regular la inequidad existente en los servicios de salud mental entre la comunidad y la prisión, lo que implicaría más inversión económica para el desarrollo de espacios físicos y recursos humanos para la atención en salud. Si bien es cierto que las modificaciones realizadas en el sistema penitenciario ecuatoriano se relacionan con algunos de los postulados promovidos en el proyecto de la salud mental en prisiones (OMS, 1996), todavía existe gran desigualdad en su aplicación. No todos los centros de privación de la libertad del país (como es el caso del centro de privación de la libertad donde se realizó este estudio), se han beneficiado de algunas de las mejoras que tienen los centros penitenciarios regionales, en cuanto a la infraestructura, el número de profesionales en psicología que trabajan en las mismas, y la atención sanitaria.

En concreto, en cuanto a la atención psicológica que reciben los reclusos, es muy limitada en todas las prisiones del país. En los centros regionales, a pesar de que se encuentran establecidos grupos terapéuticos y se realizan sesiones individuales y atención psiquiátrica ambulatoria en casos concretos y cuando son solicitados por el centro penitenciario, no se logra atender a toda la población reclusa (Aguilar-Borja, comunicación personal, 24 de septiembre, 2017).

Con respecto al centro de privación de la libertad de Ambato, donde se realizó este estudio, se cuenta con psicoterapia individual con un psicólogo enviado por el MSP pero no permanentemente, y tampoco existen tratamientos grupales. Algunos casos son evaluados y diagnosticados por la psicóloga de la institución, pero en muy pocos casos se realiza un trabajo rehabilitador de las diversos trastornos y de las limitaciones psicológicas que presentan los reclusos.

Tampoco se realiza una valoración psicológica cuando un interno entra en prisión. No se ha establecido un protocolo de evaluación o valoración psicológica que permita realizar un primer diagnóstico del estado mental del recluso. Este trabajo ofrece algunos resultados de los instrumentos de evaluación utilizados que podrían ser replicados en futuras investigaciones y que quizá puedan resultar de utilidad.

Sería deseable que los centros penitenciarios en Ecuador cumplieran con los requerimientos mínimos de atención a la salud mental. Asimismo, sería fundamental que pudieran llevarse a cabo un mayor número de convenios con instituciones públicas y privadas para el desarrollo de programas educativos, laborales y sanitarios, e investigaciones de manera que se pudiera trabajar desde una perspectiva multidisciplinar.

4.2. Limitaciones

A pesar de las aportaciones que tiene este trabajo, no está exento de diversas limitaciones que a continuación se enumeran:

- La muestra de reclusos que participó en este proyecto, fue escasa, el permiso para el acceso a la prisión fue restringido y únicamente para el plazo de marzo a noviembre de 2015. Por ello, se necesitan más convenios interinstitucionales entre universidades y el ministerio de justicia derechos humanos y cultos para poder acceder a un mayor número de centros penitenciarios y ampliar la muestra.
- En cuanto al grupo de control, es decir, el conformado por las personas de la población general, era similar al de la muestra de reclusos en sexo, edad, y nacionalidad, pero no se pudo homogeneizar completamente en las variables nivel académico y socioeconómico, aunque el tamaño de las diferencias era pequeño.
- En este trabajo se utilizó un diseño de corte transversal, quizá para estudiar la salud mental de la población penitenciaria resultaría de interés la utilización de diseños longitudinales que permitirían realizar inferencias de tipo causal. En cierta medida y para paliar esta limitación se realizaron preguntas sobre los antecedentes de salud física y mental de los reclusos.
- La participación de los hombres penados fue menor que el de las mujeres. Los hombres rehusaron participar o no asistían en el horario establecido para la entrevista y aplicación de los instrumentos. Fueron más informales a la hora de ajustarse a los horarios establecidos y por tanto se pudo acceder

a una menor cantidad de ellos. También cabría mencionar aquí que la evaluadora fue mujer y quizá esta variable haya podido influir en la captación de la muestra de varones, particularmente en aquellos reclusos penados por delitos de agresión sexual.

- En este estudio se evaluaron dos rasgos de personalidad, como la impulsividad y la agresividad, y patrones clínicos de la personalidad, pero no se llevó a cabo la evaluación de la psicopatía, que también habría resultado de interés, tanto en la población general como en la reclusa.
- No se ha realizado un estudio específico en función de los tipos de delito, al contar con una muestra pequeña y heterogénea. Quizá se pueda aumentar la muestra para poder establecer perfiles diferenciales en base al delito cometido.
- Aunque la evaluación fue realizada en el marco de entrevistas individuales, la utilización de las medidas de autoinforme puede constituir un factor limitante, puesto que no permiten controlar completamente el hecho de que los evaluados minimicen o exageren las respuestas. Así una evaluación más completa, puede provenir de información extraída de fuentes cercanas al interno, como son los familiares o las personas con las cuales se relaciona.

4.3. Implicaciones para la intervención psicológica

Pese a las limitaciones descritas en el apartado anterior, la principal implicación práctica de este trabajo es la obtención de datos que permitirán establecer y organizar programas psicológicos encaminados a las problemáticas encontradas y discutidas en los trabajos presentados que conforman esta tesis doctoral. Este es uno de los escasos trabajos que se cuentan sobre la salud mental de los reclusos en Ecuador.

Este trabajo ha permitido establecer perfiles diferenciales por sexos, lo que facilitaría el desarrollo de programas y la organización a nivel de seguridad. Además las valoraciones psicológicas pueden contribuir a la toma de decisiones sobre la rebaja de penas, concesiones de régimen abierto y semiabierto, y libertad condicional. Para ello es necesario aumentar los recursos económicos y mejorar la infraestructura de los centros penitenciarios a nivel de servicios y dotación de personal.

Los instrumentos de evaluación utilizados permiten obtener una visión general del estado psicológico de los reclusos, asimismo, han resultado adecuados para los objetivos propuestos. Sin embargo para futuras

investigaciones con base a los resultados encontrados en este trabajo, se podrían explorar las experiencias traumáticas mediante la utilización de otros instrumentos como por ejemplo el CTQ (Pennebaker y Susman, 1988), que explora los cinco eventos traumáticos acontecidos en la infancia o con la escala para medir el trauma acumulativo, CTS (Kira, 2008). En cuanto al estudio de la psicopatología, se podría utilizar una versión más actualizada como por ejemplo, el listado de síntomas breve, LSB-50 (Rivera y Abuín, 2012).

Los datos obtenidos en este trabajo señalan la importancia de implantar programas de tratamiento psicológico, tanto a reclusos con y sin historial previo al ingreso en prisión y específicos para hombres y mujeres.

Como primer punto, es fundamental, trabajar en la atención primaria, es decir, a nivel preventivo dirigido tanto a los módulos de hombres, como a los de mujeres, así como al personal penitenciario y a los familiares. En muchos casos los problemas de salud mental que pueden ir desde síntomas hasta trastornos graves, pueden ser desconocidos para el interno y también para sus familiares y para el personal penitenciario. Los programas psicoeducativos permitirían intervenir a tiempo en muchos de los casos, así como también contribuir a la creación de ambientes positivos de recuperación (Arroyo-Cobo, 2011). La psicoeducación puede facilitar que el interno identifique lo que le sucede y en caso de ser necesario acuda a terapia, que en muchos casos puede ser la única oportunidad que tenga para trabajar sobre su salud mental.

Por otro lado, la formación de carácter psicológico al personal penitenciario, en particular a los guías penitenciarios que tienen contacto continuo con los internos, posibilita el que éstos puedan identificar si sucede algo a nivel psicológico con un recluso y remitirlo al personal adecuado para la atención inmediata. En el caso de los familiares, la información a los mismos puede permitir que apoyen a los internos en los procesos de recuperación psicológica y en el proceso de rehabilitación social. Existen algunas guías en castellano para poder implantar este tipo de programas, como la Guía de atención primaria de la Salud Mental en prisión (GSMP, 2012) que puede resultar una herramienta muy útil.

Como segundo aspecto a trabajar, es necesario prestar atención psicológica a aquellos reclusos con trastornos mentales y con particular atención a aquellos reclusos con trastornos mentales graves. En ese sentido, se podrían revisar y posteriormente diseñar y adaptar a la realidad ecuatoriana programas similares al PAIEM (2009) que se aplica en España. Concretamente el PAIEM, está dirigido a internos que presentan trastorno mental grava y disfuncionalidad que interfiere en la integración en el entorno penitenciario. El programa PAIEM consta de tres fases, la primera referente al diagnóstico, la

segunda de rehabilitación psicosocial y la tercera que se refiere a la derivación y reinserción del sujeto a la salida de prisión. Cuenta con un equipo multidisciplinar conformado por personal sanitario, psicólogo, educador, trabajador social así como asociaciones u ONGs, juristas, maestros, monitores en el área deportiva y ocupacional (Secretaría General de Instituciones penitenciarias, Dirección General de Coordinación Territorial y Medio Abierto, 2009). En la evaluación realizada tras 4 años de funcionamiento se pudo identificar que las actividades son adecuadas, en particular en las fases de detección precoz y rehabilitación, aunque menos en la fase de reincorporación social, aunque puede mejorar cuando interviene el tercer sector en las derivaciones del sujeto a las instituciones sociosanitarias extrapenitenciarias (Sanz, Gómez-Pintado, Ruiz, Pozuelo y Arroyo, 2014).

Otro programa que podría ser considerado y que se está llevando a cabo en Argentina, es PRISMA (MJDH y MSP, 2011). Está dirigido a internos con trastornos psicóticos agudos y transitorios; con elevado riesgo de suicidio, episodios depresivos graves; cuadros de excitación psicomotriz; con esquizofrenia y/o trastorno de ideas delirantes persistentes; y con retraso mental moderado, grave y/o profundo. El dispositivo de tratamiento se organiza en tres instancias: una, de atención a personas con episodios agudos; la segunda, en atención a personas con trastornos mentales severos y, la tercera hace referencia a un espacio residencial para personas que se encuentran condenadas por un delito y fueron declaradas inimputables. El equipo de trabajo es multidisciplinar integrado por psicólogos, médicos y trabajadores sociales (MJDHC y MSP, 2011).

Como tercer punto, si bien, los centros penitenciarios regionales en Ecuador, cuentan con grupos de tratamiento para reclusos con problemas de adicción no existe información sobre la evaluación de la efectividad de la aplicación de estos grupos de tratamiento (MJDHC, 2014b; 2015; 2016). En ese sentido se podrían implementar programas a internos con problemas de adicción a las drogas y al alcohol, similares a los que se llevan a cabo por el Ministerio de justicia en Reino Unido, como el programa BRS (Criminal justice joint inspection, 2017), que tiene como finalidad reducir el comportamiento delictivo y el uso de sustancias, o el programa LIAP de prevención de recaídas con problemas de alcoholismo (McGuire, 2001).

Existen guías editadas en castellano, como la Guía de atención y tratamiento en prisión sobre el uso de drogas (Grupo de trabajo sobre salud mental en prisión, 2012) o la guía de atención primaria de la patología psiquiátrica dual en prisión (Grupo de trabajo sobre salud mental en prisión, 2007) que pueden ser útiles para la implantación de estrategias terapéuticas en

las prisiones ecuatorianas principalmente para aquellos internos con trastornos adictivos y patología dual.

Como cuarto punto, más allá de los programas para trastornos mentales, existen otros ámbitos de actuación importantes como la motivación para el cambio, el trabajo sobre habilidades cognitivas, habilidades sociales y resolución de problemas (Brown, 2013; Redondo y Frerich, 2013). El trabajo sobre la regulación de las emociones como la ira, la hostilidad y las conductas agresivas es esencial en esta población, programas como el CALM diseñado por el Ministerio de Justicia en Reino Unido y que ha resultado de utilidad para reducir el riesgo de delincuencia y violencia puede ser útil (McGuire, 2001).

Como quinto punto, y respecto a la presencia del trastorno de estrés postraumático, sería beneficioso establecer tratamientos tanto individuales, como grupales para las víctimas (Echeburúa, 2004). La victimización a edades tempranas correlaciona con el desarrollo de trastornos de personalidad, el consumo de sustancias y en el caso concreto de traumas interpersonales con la aparición de comportamientos agresivos (Medina, 2015). Aunque son más escasos los programas de tratamiento para reclusos con historias traumáticas, existen algunos abordajes que podrían ser de utilidad para población adolescente (Cohen, Mannarino, y Deblinger, 2012) y adulta (Zlotnick, Johnson y Najavits, 2009), que deberían ser adaptados a población hispana.

Como sexto punto, si bien, el porcentaje de internos extranjeros es pequeño, es importante también, considerarlo como grupo vulnerable, y en virtud de ello, es fundamental que se desarrollen programas, como en los centros penitenciarios españoles, con el objetivo de facilitar su integración, mediante la intervención educativa, multicultural, educación en valores y habilidades cognitivas (Redondo, 2017).

Como séptimo punto, existen programas específicos dirigidos a reclusos de acuerdo al tipo de delito cometido, como la violencia doméstica, o las agresiones sexuales que están evaluados y que podrían ser de utilidad como por ejemplo programas como los llevados a cabo por Echeburúa y Fernández-Montalvo (2009), Herrero y Negrodo (2015), Rivera, et al. (2006), Ruiz-Arias et al. (2010).

De cara a la reinserción social, es importante trabajar a nivel comunitario con aquellos reclusos que se encuentren en régimen abierto y semiabierto o que se encuentren próximos a su liberación, con la finalidad de afianzar las habilidades aprendidas en los programas carcelarios y ponerlas en práctica en la comunidad. Todavía en Ecuador, este aspecto apenas ha sido trabajado.

4.4. Propuestas para futuras investigaciones

Los resultados obtenidos en los diferentes estudios abren algunas interrogantes que podrían ser despejadas con la realización de futuras investigaciones:

- Sería fundamental la realización de estudios de corte longitudinal, de manera que se pudieran estudiar los factores que promueven la aparición, el desarrollo o la exacerbación de los problemas de salud mental durante la estancia en prisión. Estos diseños permitirían hallar factores de riesgo a evitar y factores protectores a promover que pudieran facilitar la permanencia en prisión y la promoción de medidas alternativas a la prisión, especialmente para aquellos reclusos con trastornos mentales graves.
- El estudio de las mujeres en prisión es novedoso, en ese sentido varios son los aspectos sobre los que se puede profundizar. Si bien, en la muestra estudiada, las mujeres internas, se encuentran en mayor medida recluidas por delitos no violentos, sería importante también el estudio de las mujeres condenadas por delitos violentos. Así como el tipo de delito que comete una mujer que mantiene una relación con una pareja delincuente.
- En cuanto al estudio de la historia traumática, puede ser relevante estudiar las asociaciones entre el trauma experimentado y el delito por el cual ha sido condenado un recluso.
- La victimización en los penados, es un problema que se ha tratado poco en contextos carcelarios y que resulta necesario tenerlo en cuenta para cuidar la salud mental de los internos durante el tiempo de permanencia en la misma. En ese sentido, sería fundamental identificar las características de personalidad y las situaciones contextuales carcelarias que hacen más vulnerables a los reclusos para ser victimizados en prisión, y promover el establecimiento de reglamentos internos que regulen la violencia intracarcelaria.
- Resulta necesario el establecimiento de la atención psicológica de un modo permanente en la prisión. En ese sentido, es esencial el desarrollo de protocolos de evaluación y la aplicación de programas de recuperación basados en la evidencia, en población penitenciaria ecuatoriana y evaluar su efectividad en dicho contexto.

4.5. Conclusión

Este trabajo constituye el primer paso del trabajo psicológico que se puede realizar en las prisiones. Así, la primera evaluación, diagnóstico y valoración constituye la primera fase de cara a la recuperación y reinserción social de los internos. Sin conocer desde dónde se parte, difícilmente se podrán implantar programas de recuperación psicológica y reinserción social.

En este estudio, los delincuentes evaluados provenían de un contexto económico-social bajo, con familiares también en prisión y con falta de oportunidades para desarrollarse, esto no quiere decir que aquellas personas que delinquen en Ecuador únicamente provengan de este tipo de contexto. Sin embargo, son pocos los delincuentes de estratos sociales altos que se encuentran recluidos dentro de las prisiones del país.

A lo largo de este trabajo se ha evidenciado los problemas de salud mental que tienen los reclusos y que señalan la necesidad de atención. Sin embargo, en muchas ocasiones la cárcel ha sido considerada como un lugar de aprendizaje de prácticas delictivas, que más allá de rehabilitar a una persona, lleva a que aprenda y perfeccione conductas violentas y delictivas.

Aunque el nuevo modelo de gestión penitenciaria vigente en Ecuador desde el año 2014, ha diseñado un tratamiento integral para los penados, el área de la salud mental está poco trabajado.

Es así que los primeros estudios sobre salud mental en población penitenciaria ecuatoriana, son los señalados en este trabajo. Paralelamente a éste se encuentra también realizándose un estudio con hombres reclusos en Ecuador, en el que se ha señalado la presencia de problemas de alcohol y drogas, a nivel de personalidad la presencia de rasgos antisociales, y trastornos mentales como la manía, la paranoia, la esquizofrenia y las quejas somáticas (Burneo-Garcés y Pérez-García, 2018).

La falta de datos sobre salud y la escasa planificación de programas y tratamientos, es un punto débil dentro del tratamiento penitenciario. Hace falta una psicología basada en la evidencia, que permita guiarnos de una mejor manera en el proceder dentro del área de salud mental en las prisiones ecuatorianas.

Se espera que esta tesis doctoral permita abrir camino a más investigaciones, y de paso a la creación de espacios psicoterapéuticos con sistemas de evaluación y tratamiento basados en la evidencia y que puedan ser aplicados de manera equitativa en todas las prisiones.

REFERENCIAS

- Abracen, J., Langton, C. M., Looman, J., Gallo, A., Ferguson, M., Axford, M., y Dickey, R. (2014). Mental health diagnoses and recidivism in paroled offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 58, 765-779. doi:10.1177/0306624X13485930
- Abram, K.M., Teplin, L.A., y McClelland, G.M. (2003). Comorbidity of severe psychiatric disorders and substance use disorders among women in jail. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1007-1010. doi: 10.1176/appi.ajp.160.5.1007
- Acierno, R., Hernandez, M. A., Amstadter, A. B., Resnick, H. S., Steve, K., Muzzy, W..... (2010). Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, and financial abuse and potential neglect in the United States: The National Elder Mistreatment Study. *American Journal of Public Health*, 100, 292–297. doi:10.2105/AJPH.2009.16308
- Ackermann, M. (2016). Empowering women for gender equity women in detention in Africa: a review of the literature. *Agenda*, 29(4), 80-89. doi: 10.1080/10130950.2015.1122345
- Aday, R.H., Dye, M.H., y Kaiser, A.K. (2014). Examining the traumatic effects of sexual victimization on the health of incarcerated women. *Women & Criminal Justice*, 24, 341-361. doi:10.1080/08974454.2014.909758
- Agencia Central de Inteligencia (2017). The World Factbook. Recuperado de: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/ec.html>
- Aguilar-Borja, P. (24 de septiembre de 2017). Entrevista de sobre salud mental en el Centro de Rehabilitación Social Regional Sierra Centro Cotopaxi con el psicólogo Paul Aguilar/ Entrevistador: Verónica Molina Coloma, Centros de Rehabilitación Social Regional Cotopaxi, Ecuador.
- Alarcón, R.D., y Aguilar-Gaxiola, S.A. (2000). Mental health policy developments in Latin America. *Bull World Health Org*, 78, 483–490.
- Alexander, W. P., y Pando, A. C. (1978). *Escala de Alexander*. Madrid: Tea Ediciones.
- Almanzar, S., Katz, C. L., y Harry, B. (2015). Treatment of mentally ill offenders in nine developing Latin American countries. *The journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 43(3), 340-349.
- Álvarez, M.J., Roura, P., Osés, A., Foguet, Q., Solá, J. y Arrufat, F.X. (2011). Prevalence and clinical impact of childhood trauma in patients with

severe mental disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(3), 156-161. doi: 10.1097/NMD.0b013e31820c751c

American Psychiatric Association, APA (2014). *Manual de diagnóstico estadístico de los trastornos mentales. DSM- 5*. España: Editorial Médica Panamericana.

American Psychiatric Association, APA (2002) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson

Amorim, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validation of a short structured diagnostic psychiatric interview. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(3), 106-115. doi: 10.1590/S1516-44462000000300003.

Andreu, J., Peña, M., y Graña, J. (2002). Adaptación psicométrica de la versión española del Cuestionario de Agresión. *Psicothema*, 14, 476-482.

Andrés-Pueyo, A., y Echeburúa, E. (2010). Valoración del riesgo de violencia: instrumentos disponibles e indicaciones de aplicación. *Psicothema*, 22(3), 403-409.

Andrews, D.A. y Bonta, J. (1995). *The level of service inventory-revised*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems.

Andrews, D.A. y Bonta, J. (2016). *The psychology criminal conduct (6ª ed)*. Oxford, UK: Routledge.

Arboleda-Flores, J., Holley, H., y Crisanti., A. (1998). Understanding causal paths between mental illness and violence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 38-46. <https://doi.org/10.1007/s001270050208>

Arcila, A., Castaño, M., Osorio, D., y Quiroz, G. (2013). Caracterización sociodemográfica, del desarrollo psicosexual y del delito en hombres condenados por delitos sexuales reclusos en el centro penitenciario de Manizales. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 42(1), 51-62.

Arias, W., Canales, F. y De la Torre, N. (2015). Características psicopatológicas en los reclusos del Penal de Socabaya de Arequipa (Perú). *Anuario de Psicología Jurídica*, 26, 80-87. <https://doi.org/10.1016/j.apj.2015.08.001>

Arroyo-Cobo, J.M. (2011). Estrategias asistenciales de los problemas de salud mental en el medio penitenciario, el caso español en el contexto europeo. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 13, 100-111.

- Arroyo-Cobo, J.M., y Astier, P. (2003). Calidad asistencial en Sanidad Penitenciaria. Análisis para un modelo de evaluación. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 5, 60-76.
- Arroyo-Cobo, J. M. y Ortega, E. (2009). Los trastornos de personalidad en reclusos como factor de distorsión del clima social de la prisión. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 11(1), 11-15.
<https://doi.org/10.4321/S1575-06202009000100002>
- Asociación Interamericana de buenas prácticas penitenciarias (2015). *Manual Regional de Buenas Prácticas Penitenciarias*. EuroSocial: España.
- Barlow, D., y Durand, M. (2001). *Psicología anormal: un enfoque integral*. México: International Thomson Editores, S. A.
- Barnao, M. y Ward, T. (2015). Sailing uncharted seas without a compass: a review of interventions in forensic mental health. *Aggression and Violent Behavior*, 22, 77-86. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2015.04.009>
- Bartol, C.R. y Bartol, A. M. (2010). *Criminal Behavior: A Psychological Approach*. New Jersey: Prentice Hall.
- Bascón Díaz, M. J., y Vargas Girón, V. (2016). Salud mental en reclusos: un análisis pre-post intervención psicosocial con grupo control de comparación. *Anales de psicología*, 32(2), 374-382.
<http://dx.doi.org/10.6018/analesps.32.2.217301>
- Beck, A.T. (1961). Inventario de Depresión de Beck. *Arch Gen Psychiatry*, 4, 561-571.
- Benavides-Portilla, M., y Beitia- Cardona, P. (2012). Enfermedad mental en reclusos de la Penitenciaría Nacional de Palmira: enfoque desde la atención primaria. *Ciencia & Salud*, 1(1), 51-57.
- Bentall, R.P., Wickham, S., Shevlin, M. y Varese, F. (2012). Do specific early-life adversities lead to specific symptoms of psychosis? A study from the 2007 the Adult Psychiatric Morbidity survey. *Schizophrenia Bulletin*, 38, 734-740. doi:10.1093/schbul/sbs049Epub2012Apr10
- Binswanger, I. A., Merrill, J.O., Krueger, P. M., White, M.C., Booth, R.E., y Elmore, J.G. (2010). Gender differences in chronic medical, psychiatric, and substance-dependence disorders among jail inmates. *American Journal of Public Health*, 100(3), 476-482. doi: 10.2105/AJPH.2008.149591
- Birmingham, L. (2004). Mental disorders and prisons. *Psychiatric Bulletin*, 28, 393-397. <https://doi.org/10.1192/pb.28.11.393>

- Black, D.W., Gunter, T., Loveless, P., Allen, J. y Sieleni, B. (2010). Antisocial personality disorder in incarcerated offenders: psychiatric comorbidity and quality of life. *Annals of Clinical Psychiatry*, 22, 113-120.
- Blackburn, A. G., Mullings, J. L., Marquart, J. W., Trulson, C. R..... (2007). The next generation of prisoners: Toward an understanding of violent institutionalized delinquents. *Youth Violence and Juvenile Justice*, 5(1), 35-56. <https://doi.org/10.1177/1541204006295156>
- Blanchette, K. y Brown, S.L. (2006). *The assessment and treatment of women offenders: an integrative perspective*. Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- Bloom, B., Owen, B. A., y Covington, S. (2003). *Gender-responsive strategies: Research, practice, and guiding principles for women offenders* (NIC Accession Number 018017). Washington, DC: National Institute of Corrections.
- Bobes, J., Calcedo-Barba, A., García, M., François, M., Rico, E., González, MP., Bascarán, MT., Bousoño, M y Grupo español de trabajo para el estudio del trastorno por estrés postraumático (2000). Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española de cinco cuestionarios para la evaluación del trastorno de estrés postraumático. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 28(4), 207-218.
- Boer, D.P., Hart, S., Kropp, P.R., y Webster, C.D. (1997). *The SVR-20. Guide for assessment of sexual risk violence*. Vancouver: Mental Health, Law and Policy Institute, Simon Fraser University
- Boxer, P., Schappell, A., Middlemass, K., y Mercado, I. (2011). Cognitive and emotional covariates of violence exposure among former prisoners: links to antisocial behavior and emotional distress and implications for theory. *Aggressive Behavior*, 37(5), 465–475. doi:10.1002/ab.20405
- Brinded, P.M., Simpson, A. I., Laidlaw, T. M., Fairley, N. y Malcolm, F. (2001). Prevalence of psychiatric disorders in New Zealand prisons: a national study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 166-173. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2001.00885.x>
- Brown, S. (2013). *Treating sex offenders: an introduction to sex offender treatment programmes*. Hoboken, NJ: Taylor and Francis.
- Butcher, J. N., Dahlstrom, W. G., Graham, J. R., Tellegen, A., y Kaemmer, B. (1989). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory—2 (MMPI-2). Manual for administration and scoring*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

- Buss, A.H. y Perry, M. (1992). The aggression questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 452-459. doi: 10.1037/0022-3514.63.3.452.
- Burgess, R., y Akers, R. (1966) A differential association-reinforcement theory of criminal behavior. *Social Problems*, 14, 128-147.
doi:10.1525/sp.1966.14.2.03a00020
- Burneo-Garcés, C., y Pérez-García, M. (2018). Prevalence of psychopathological features in South American prisons using the Personality Assessment Inventory. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 26(1), 177-195.
- Butler, T., Andrews, G., Allnutt, S., Sakashita, C., Nadine, E.S., y Basson, J. (2006). Mental disorders in Australian prisoners: a comparison with a community simple. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 272–276.
doi: 10.1080/j.1440-1614.2006.01785.x
- Brugha, T., Singleton, M., Meltzer, H., Bebbington, P., Farrell, M., Jenkins, R. y Coid, J. (2005). Psychosis in the community and in prisons: a report from the British National Survey of psychiatric morbidity. *American Journal of Psychiatry*, 162, 774-780. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.4.774>
- Caballo, V. E. (1994). *La Escala de Acontecimientos Productores de Estrés (EAPE)*. España: Universidad de Granada.
- Caballo, V., Guillén, J., y Salazar, I. (2009). Estilos, rasgos y trastornos de la personalidad: interrelaciones y diferencias asociadas al sexo. *Psico*, 40(3), 319-327.
- Calvo, N., Nasillo, V., Ferrer, M., Valero, S., de Stª Maria Perez-Conill, R., Rovira-Machordom, M.,... & Casas, M. (2016). Estudio de prevalencia de Trastornos de Personalidad en una muestra de presos con Trastorno por Uso de Sustancias usando el autoinforme PDQ-4+. *Actas españolas de psiquiatría*, 44(5), 178-182.
- Caprara, G. V., Barbaranelli, C. y Borgogni, L. (1995). *Cuestionario "Big Five" (BFQ)*. Madrid: TEA.
- Capdevila, M., y Ferrer, M. (2009). *Taxa de reincidencia penitenciària 2008*. Barcelona: Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada.
- Cardenal, V. y Sánchez, P. (2007). *Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III. Manual (adaptación española)*. Madrid, España: TEA ediciones S.A.

- Cardenal, V., Sánchez, M., y Ortiz-Tallo, M. (2007). Los trastornos de personalidad según el modelo de Millon: una propuesta integradora. *Clínica y salud, 18*(3), 305-324.
- Carranza, E. (2012). Situación penitenciaria en América Latina y el Caribe ¿Qué hacer? *Anuario de Derechos Humanos, 8*, 31-66. doi: 10.5354/0718-2279.2012.20551
- Carrera Palao, R. E. (2017). Criminología biológica: Una mirada desde la genética forense. *Archivos de Criminología, Criminalística y Seguridad Privada, 4*(7), 7-21.
- Carrión, F. (2006). La recurrente crisis carcelaria en Ecuador. *Boletín Ciudad Segura. Programa Estudios de la Ciudad. 1, 1*.
- Carter, T.M. (2001). *Prison paranoia: context based paranoid personality traits in incarcerated women*. (Tesis doctoral). Charlottesville, VA: University of Virginia.
- Casares-López, M. J., González-Menéndez, A., Bobes-Bascarán, M. T., Secades-Villa, R., Martínez-Cordero, A. y Bobes-García, J. (2011). Necesidad de evaluación de la patología dual en contexto Penitenciario. *Adicciones, 23*, 37-44. doi:<https://doi.org/10.20882/adicciones.165>
- Casares-López, M. J., González- Menéndez, A., Torres-Lobo, M., Secades-Villa, R., Fernández-Hermida, J.R. y Álvarez, M. (2010). Comparación del perfil psicopatológico y adictivo de dos muestras de adictos en tratamiento: en prisión y en comunidad terapéutica. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 10*, 225-243.
- Castro-González, M.E., López-Castedo, A., y Sueiro, E., (2009). Perfil psicopatológico de agresores sexuales. *Cuadernos de Medicina psicosomática y psiquiatría de enlace, 89*(90), 30-39.
- Cattell, R. B., Russell, M. T., Karol, D. L., Karson, M., Karson, S., y O'Dell, J. W. (2000). *16 PF-5*. Madrid: Tea.
- Chapman, D. P., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Dube, S. R., Edwards, V. J., y Anda, R. F. (2004). Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of affective disorders, 82*(2), 217-225. doi:10.1016/j.jad.2003.12.013
- Chapman, D. P., Dube, S. R., y Anda, R. F. (2007). Adverse childhood events as risk factors for negative mental health outcomes. *Psychiatric Annals, 37*(5), 359-364.

- Clemmer, P. (1940). *The prison community*. Boston: Cristopher Publishing Co.
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., Kolk, B. V. D., Pynoos, R., Wang, J., y Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of traumatic stress, 22*(5), 399-408. doi: 10.1002/jts.20444
- Cloninger, S. (2002). *Teorías de la personalidad*. Cd. México: Pearson Educación.
- Cloos, J.M., Pull-Erpelding, M.c., y Pull, C.B. (2006) Entretiens diagnostiques structurés en psychiatrie. *EMC – Psychiatrie, 3*(3), 1-30. doi: 10.1016/S0246-1072(06)73426-5
- Cochran, J., Mears, D., Bales, W., y Stewart, E. (2012). Does Inmate Behavior Affect Post-Release Offending? Investigating the Misconduct Recidivism Relationship among Youth and Adults. *Justice Quarterly, 31*(6) 1044-1073. doi: 10.1080/07418825.2012.736526
- Coid, J. (2007). Poblaciones penitenciarias: trayectoria criminal y reincidencia. En J. M. Oldham, A. E. Skodol y D. S. Bender (Eds.), *Tratado de los trastornos de la personalidad* (pp. 581-608). Barcelona, España: Masson.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., y Deblinger, E. (2012). *Trauma-focused CBT for children and adolescents: Treatment applications*. New York, United States: Guilford Press.
- Comín, M., Redondo, S., Daigre, C., Grau-López, L., Casas, M. y Roncero, C. (2016). Clinical differences between cocaine-dependent patients with and without antisocial personality disorder. *Psychiatry Research, 246*, 587-592. <https://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2016.10.083>
- Comisión Estadística de Seguridad Ciudadana, CESCJ y Justicia y el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, INEC (2018). *Denuncias de Delitos de Mayor Incidencia*. Recuperado de: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/justicia-y-crimen/>
- Consejo para la reforma penitenciaria (2010). Recomendaciones para una nueva política penitenciaria. Recuperado de: https://www.cesc.uchile.cl/Informe_CRPenitenciaria.pdf
- Constantino, P., Gonçalves de Assis, S., y Pinto, L. W. (2016). The impact of prisons on the mental health of prisoners in the state of Rio de Janeiro, Brazil. *Ciencia & saude coletiva, 21*(7), 2089-2100. doi: 10.1590/1413-81232015217.01222016

- Constituyente, E. A. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Ecuador: Asamblea Constituyente.
- Corral, P. (1994). Trastorno antisocial de la personalidad. En E. Echeburúa (Eds.), *Personalidades violentas* (pp. 57-65). Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Crespo, F. (2007). Efectos del encarcelamiento: una revisión de las medidas de prisionización en Venezuela. *Revista Criminalidad*, 59 (1), 77-94
- Crespo, F. (2009). Cárceles: Subcultura y violencia entre internos. *Revista Cenipec*, 28, 123-150.
- Crespo, M., Gómez, M. M. y Soberón, C. (2017). EGEP-5. *Evaluación Global de Estrés Postraumático*. Madrid: TEA Ediciones.
- Costa, P.T., y McCrae, R. R. (1999). *Inventario de personalidad NEO revisado (NEOPI-R)*. Madrid: TEA.
- Cuevas, C., Finkelhor, D., Turner, H.A, y Ormrod, R.K. (2007). Juvenile delinquency and victimization: A Theoretical Typology. *Journal of Interpersonal Violence*, 22(12), 1581-1602.doi: 10.1177/0886260507306498.
- Damasio, A. (2004). *El error de Descartes*. Barcelona: Ed Crítica.
- Davidson, J. R., Hughes, D. y Blazer, D. G. (1990). Traumatic experiences in psychiatric patients. *Journal of Trauma Stress*, 3, 459-475.
- De Miguel Calvo, E. (2014). El encierro carcelario. Impacto en las emociones y los cuerpos de las mujeres presas/Imprisonment. Impact in the emotions and bodies of incarcerated women. *Cuadernos de Trabajo Social*, 27(2), 395-404. doi: http://dx.doi.org/10.5209/rev_CUTS.2014.v27.n2.43821.
- Derogatis, L.R. (1983). *SCL-90-R. Administration, scoring and procedures Manual II for the revised version of the SCL-90*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Derogatis, L.R. y Unger, R. (2010). Symptom checklist-90-revised. *Corsini Encyclopedia of Psychology*, 1-2.
- De Vogel, V. y Nicholss, T.I. (2016). Gender Matters: an introduction to the special issues on women and girls. *International journal of forensic mental health*, 15(1), 1499-90-13. <https://doi.org/10.1080/14999013.2016.1141439>
- Doherty, S., Forrester, P., Brazil, A. y Matheson, F. (2014). Finding their way: conditions for successful reintegration among women offenders. *Journal*

of offender Rehabilitation, 53 (7), 562-586. <https://doi.org/10.1080/10509674.2014.944740>

- Douglas, K.S., Hart, S.D., Webster, C.D. y Belfrage, H. (2013). *HCR-20 (version 3): Assessing risk of violence: user guide*. Burnaby: Mental Health, Law and Policy Institute, Simon Fraser University.
- Drapalski, A. L., Youman, K., Stuewig, J., y Tangney, J. (2009). Gender differences in jail inmates' symptoms of mental illness, treatment history and treatment seeking. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 19(3), 193-206. doi: <https://doi.org/10.1002/cbm.733>
- Donner, C. M., Marcum, C. D., Jennings, W. G., Higgins, G. E., y Banfield, J. (2014). Low self-control and cybercrime: Exploring the utility of the general theory of crime beyond digital piracy. *Computers in Human Behavior*, 34, 165–172. doi:10.1016/j.chb.2014.01.040
- Dudeck, M., Kopp, D., Kuwert, P., Drenkhahn, K., Orlob, S., Lüth, H. J., ... y Spitzer, C. (2009). Prevalence of psychiatric disorders in prisoners with a short imprisonment: results from a prison in north Germany. *Psychiatrische Praxis*, 36(5), 219-224. doi: 10.1055/s-0028-1090217
- Echeburúa, E. (2018). *Violencia y trastornos mentales. Una relación compleja*. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E. (2004). Superar un trauma. *El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E., y Fernández-Montalvo, J. (2009). Evaluación de un programa de tratamiento en prisión de hombres condenados por violencia grave contra la pareja. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9(1), 5-20.
- Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J., y Corral, P. (2009). Predicción de riesgo de la violencia grave de pareja: un nuevo instrumento de evaluación. En E. Echeburúa, J. Fernández-Montalvo y P. Corral (Eds.). *Predicción del riesgo de homicidio y de violencia grave en la relación de pareja* (pp. 87-97). Valencia: Centro Reina Sofía.
- Echeburúa, E., Muñoz, J. M., y Loinaz, I. (2011). La evaluación psicológica forense frente a la evaluación clínica: propuestas y retos de futuro. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(1), 141-159.
- Echeburúa, E., Salaberría, K., Corral, P., y Cruz-Sáez, S. (2012). Funciones y ámbitos de actuación del psicólogo clínico y del psicólogo general sanitario: una primera reflexión. *Psicología Conductual*, 20(2), 423-435.

- Echeburúa, E., Sarasua, B., Zubizarreta, I., Amor, P. J., y Corral, P. (2010). Variables predictoras del rechazo, abandono y fracaso terapéutico en hombres violentos contra su pareja tratados psicológicamente en un marco comunitario. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 10*, 403-420.
- Edwards, S. (2010). La legislación de drogas de Ecuador y su impacto sobre la población penal en el país. En Metaal y Youngers (Eds.), *Sistemas sobrecargados - Leyes de drogas y cárceles en América Latina* (pp. 1-108). Washington DC: WOLA y TNI.
- El Telégrafo (Noviembre, 2017). El exceso de internos en las cárceles llega hasta el 356%. Recuperado de:
<https://www.letelegrafo.com.ec/noticias/judicial/12/el-exceso-de-internos-en-las-carceles-llega-hasta-el-356>
- El Tiempo, (Febrero, 2017). Atención en salud es una prioridad en el CRS Turi. Recuperado de:
<https://www.eltiempo.com.ec/noticias/cuenca/2/atencion-en-salud-es-una-prioridad-en-el-crs-turi>
- Esbec, E., y Echeburúa, E. (2010). Violencia y trastornos de la personalidad: implicaciones clínicas y forenses. *Actas Españolas de Psiquiatría, 38*, 249-261.
- Esbec, E., y Echeburúa, E. (2011). La reformulación de los trastornos de la personalidad en el DSM-V. *Actas Españolas de Psiquiatría, 39(1)*, 1-11.
- Esbec, E., y Echeburúa, E. (2014). La evaluación de los trastornos de la personalidad según el DSM-5: Recursos y limitaciones. *Terapia Psicológica, 32(3)*, 255-264.
- Esbec, E., y Echeburúa, E. (2015). El modelo híbrido de clasificación de los trastornos de la personalidad en el DSM-5: un análisis crítico. *Actas Españolas de Psiquiatría, 43(5)*, 177-86.
- Estévez, E., Jiménez, T.I. y Moreno, D. (2010). Cuando las víctimas de violencia escolar se convierten en agresores: ¿quién va a defenderme?. *European Journal of Education and Psychology, 3*, 117-186.
- Espinoza, O. (2016). Mujeres privadas de libertad: ¿es posible su reinserción social?. *Cuaderno CRH, 29(3)*, 93-107. doi:
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-49792016000400007>.
- Expósito-López, A. (2012). El delito de tráfico de drogas. *Revista de derecho uned, 10*, 91-124.

- Eysenck, H. J. (1964). Principles and methods of personality description, classification and diagnosis. *British journal of psychology*, 55(3), 284-294.
- Eysenck, H. J. (1997). *Cuestionario de Personalidad de Eysenck revisado (EPQ-R)*. Madrid: TEA Ediciones SA.
- Farrington, D.P. (2008). Introduction to integrated developmental and life-course theories of offending. En D.P. Farrington (Ed.) *Integrated Developmental y Life- Course Theories of Offending* (pp. 73-92). New Jersey: Transaction Publishers.
- Farrington, D., Jolliffe, D., Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M., y Kalb, L. (2001). The concentration of offenders in families, and family criminality in the prediction of boy's delinquency. *Journal of Adolescence*, 24, 579-596. doi: 10.1006/jado.2001.0424
- Fazel, M. y Baillargeon, J. (2011). The health of prisoners. *The Lancet*, 377(9769), 956-965. doi: 10.1016/S0140-6736(10)61053-7
- Fazel, S. y Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The Lancet*, 359(9306), 545-550. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)07740-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)07740-1)
- Fazel, S., Grann, M., Kling, B. y Hawton, K. (2011). Prison suicide in 12 countries: an ecological study of 861 suicides during 2003-2007. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(3), 191-195. doi: 10.1007/s00127-010-0184-4
- Fazel, S., Hayes, A., Bartellas, K., Clerici, M, y Trestman, R. (2016). The mental health of prisoners: a review of prevalence, adverse outcomes and intervention. *Lancet Psychiatry*, 3(9), 871-881. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30142-0.
- Fazel, S. y Seewald, K. (2012). Severe mental illness in 33.588 prisoners worldwide: a systematic review and meta-regression analysis. *British Journal of Psychiatry*, 200(5), 364-373. doi: 10.1192/bjp.bp.111.096370.
- Federación Internacional de los Derechos Humanos (2000). *Las cárceles en Ecuador* (Informe N°293/3). Quito: Fidh.
- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (2006). Uso y abuso de los autoinformes en la evaluación de los trastornos de la personalidad. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11, 1-12.

- Fernández-Montalvo, F. y Echeburúa, E. (2008). Trastornos de personalidad y psicopatía en hombres condenados por violencia grave contra la pareja. *Psicothema*, *20*, 193-198.
- Finkelhor, D. (2008). *Childhood victimization. Violence, crime and abuse in the lives of young people*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- First, M., Spitzer, R., Gibbon, M., y Williams, J. (1999). *SCID-I Entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV: guía del usuario, cuaderno de puntuaciones y cuaderno de aplicación*. Masson: Barcelona.
- First, M., Spitzer, R., Gibbon, M., Williams, J., Davies, M., Borus, J., Howes, M., Kane, J., Pope, H., y Rounsaville, B. (1995). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID-II). Part II: Multi-Site Test-Retest Reliability Study. *Journal of Personality Disorders*, *9* (2), 92-104.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E., McHugh, P.R., y Fanjiang, G. (2001). *MMSE, Mini-Mental State Examination. User's Guide*. Lutz, Florida: Psychological Assessment Resources.
- Foa, E. B., Ehlers, A., Clark, D. M., Tolin, D. F., y Orsillo, S. M. (1999). The posttraumatic cognitions inventory (PTCI): development and validation. *Psychological Assessment*, *11*, 303–314. doi: 10.1037/1040-3590.11.3.303
- Fontanil, Y., Alcedo, M.A., Fernández, R. y Ezama, R. (2013). Mujeres en prisión: un estudio sobre la prevalencia del maltrato. *Revista Española de Sociología*, *20*, 21-38.
- Ford, J. D., Chapman, J., Connor, D. F., y Cruise, K. R. (2012). Complex trauma and aggression in secure juvenile justice settings. *Criminal Justice and Behavior*, *39*(6), 694-724. doi: 10.1177/0093854812436957
- Ford, J. D., Hartman, J. K., Hawke, J., y Chapman, J. C. (2008). Traumatic victimization posttraumatic stress disorder, suicidal ideation, and substance abuse risk among juvenile justice-involved youths. *Journal of Child and Adolescent Trauma*, *1*, 75-92. doi: 10.1080/19361520801934456
- Ford, J.D., Chang, R., Levine, J. y Zhang, W. (2013). Randomized clinical trial comparing affect regulation and supportive group therapies for victimization related PTSD with incarcerated women. *Behavior Therapy*, *44*, 262-276. doi:10.1016/j.beth.2012.10.003.

- Foy, D. W., Ritchie, I. K., y Conway, A. H. (2012). Trauma exposure, posttraumatic stress, and comorbidities in female adolescent offenders: Findings and implications from recent studies. *European journal of psychotraumatology*, 3. doi: 10.3402/ejpt.v3i0.17247
- Friendship, C., Blud, L., Erikson, M., Travers, R., y Thornton, D. (2003). Cognitive-behavioural treatment for imprisoned offenders: An evaluation of HM Prison Service's cognitive skills programmes. *Legal and Criminological Psychology*, 8(1), 103-114.
<http://dx.doi.org/10.1348/135532503762871273>
- Fuentes, M. y Fernández, E.M. (2016). La esquizofrenia en el medio penitenciario. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 36(130), 405-420. doi: 10.4321/S0211-57352016000200007
- Gandhi, N., Tyrer, P., Evans, K., McGee, A., Lamont, A., y Harrison-Read, P. (2001). A randomized controlled trial of community-oriented and hospital-oriented care for discharged psychiatric patients: influence of personality disorder on police contacts. *Journal of Personality Disorders*, 15(1), 94-102.
- García-Guerrero, J. M. (2012). Overcrowding in prisons and its impact on health. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 14, 106–113.
- García- López, E. (2004). Edad penal y psicología jurídica: la necesidad de una respuesta social al adolescente infractor. *Psicología para América Latina*, (2).
- García Vita, M. D. M., y Melendro Estefanía, M. (2013). El ambiente en prisión: La atención recibida por las reclusas y las relaciones intramuros. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 22, 43-56.
- Garrido, V. (2005). *Manual de intervención educativa en readaptación social. Vol.2: Los programas del pensamiento prosocial*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Gavin, H. y Porter, T. (2015). *Female aggression*. Chichester, UK: Wiley-Blackwell.
- Gendreau, P., Little, T., y Goggin, C. (1996). A meta-analysis of the predictors of adult offender recidivism: What works! *Criminology*, 34(4), 575-608. doi: 10.1111/j.1745-9125.1996.tb01220.x
- Giacomello, C. (2013). *Mujeres, delitos de drogas y sistemas penitenciarios en América Latina*. Londres: International Drug Policy Consortium.

- Gibbs, J. J. (1987). Symptoms of psychopathology among jail prisoners: The effects of exposure to the jail environment. *Criminal Justice and Behavior*, 14(3), 288-310. doi: <https://doi.org/10.1177/0093854887014003003>
- Gismero González, E. (2000). *Manual de la Escala de Habilidades Sociales (EHS)*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Goffman, E. (1972). *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Goldstein, W. (2001). *Iniciación a la psicoterapia*. Madrid: Alianza Editorial.
- Gomá, M., Grande, I., Valero, S. y Punti, J. (2001). Personalidad y conducta delictiva autoinformada en adultos jóvenes. *Psicothema*, 13, 252-257.
- Gonçalves, L. C., Endrass, J., Rossegger, A., y Dirkzwager, A. J. (2016). A longitudinal study of mental health symptoms in young prisoners: exploring the influence of personal factors and the correctional climate. *BMC psychiatry*, 16(1), 91. doi: 10.1186/s12888-016-0803-z.
- González-Guerrero L. (2014). Evaluación, implicaciones forenses y tratamiento de los trastornos de la personalidad. En Asociación de Técnicos Superiores de Instituciones Penitenciarias (Ed.). *VIII Jornadas de ATIP* (pp. 17-40). Cáceres, España: Graficas Hache.
- González de Rivera, J.L. De las Cuevas, C., Rodríguez-Abuín. M., y Rodríguez-Pulido, F. (2002). *Versión española del SCL-90-R*. Madrid: TEA ediciones.
- Gottfredson, M.R., y Hirschi, T. (1990). *A general theory of crime*. Stanford: Stanford University Press.
- Gray, J. A. (1987). The neuropsychology of emotion and personality. In S. M. Stahl, S. D. Iversen, y E. C. Goodman (Eds.), *Cognitive neurochemistry* (pp. 171-190). New York, NY, US: Oxford University Press.
- Green, B.L., Dass-Brailsford, P., Hurtado de Mendoza, A., Mete, M., De Hart, D y Belknap, J. (2016). Trauma experiences and mental health among incarcerated women. *Psychological Trauma: theory, research, practice and policy*, 8(4), 455-463. doi: 10.1037/tra0000113
- Green, B.L., Goodman, L.A., Krupnick, J.L., Corcoran, C.B., Petty, R.M., Stockton, P., y Stern. N.M. (2000). Outcomes of single versus multiple trauma exposure in a screening sample. *J Trauma Stress*, 13, 271-96. doi: 10.1023/A:1007758711939

- Greiner, I.E., Law, M.A. y Browns, S.L. (2015). Using dynamic factors to predict recidivism among women: a four-wave prospective study. *Criminal Justice and Behavior*, 42(5), 457-480. doi:10.1177/0093854814553222
- Grubaugh, A.L., Zinzow, H.M., Paul, L., Egede, L.E. y Frueh, B. Ch. (2011). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in adults with severe mental illness: a critical review. *Clinical Psychology Review*, 31, 883-899. doi: 10.1016/j.cpr.2011.04.003
- Grupo de trabajo sobre salud mental en prisión, GSMP (2012). *Guía. Atención y tratamientos en prisión por el uso de drogas*. España: OMEditorial.
- Grupo de trabajo sobre salud mental en prisión, GSMP, Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria, SESP, Asociación Española de Neuropsiquiatría, AEN, (2007). *Atención primaria de la patología psiquiátrica dual en prisión*. España: Laboratorios Janssen–Cilag.
- Gunter, T.D., Chibnall, J.T. Antoniak, S.K., McCormick, B., y Black, D. W. (2012). Relative Contributions of Gender and Traumatic Life Experience to the Prediction of Mental Disorders in a Sample of Incarcerated Offenders. *Behavioral Sciences and the Law*, 30, 615–630. doi: 10.1002/bsl.2037
- Hakansson, A., y Berglund, M. (2012). Risk factors for criminal recidivism - a prospective follow-up study in prisoners with substance abuse. *BioMed Central Psychiatry*, 12, 111. doi: 10.1186/1471-244X-12-11
- Hammersley, R. (2011) Pathways through drugs and crime: Desistence, trauma and resilience. *Journal of Criminal Justice*, 39,268–272. doi: 10.1016/j.jcrimjus.2011.02.006
- Hare, R. D. (2003). *The psychopathy checklist–Revised*. Toronto: ON.
- Harner, J.M., Budescu, M., Gillihan, S.J., Riley, S. y Foa, E.B. (2015). Posttraumatic stress disorder in incarcerated women: a call for evidence-based treatment. *Psychological Trauma: theory, research, practice and policy*, 7, 58-66. doi: 10.1037/a0032508
- Harris, G., Rice, M., y Quinsey, V. (1993). Violent recidivism of mentally disordered offenders: The development of a statistical prediction instrument. *Criminal Justice and Behavior*. 20, 315-335.
- Harrison, J. y Norton-Hawk, M. (2010). The care, custody, and control of incarcerated women in Ecuador. *Societies Without Borders*, 5, 21-48.
- Hassan, L., Rahman, M., King, C., Senior, J., y Shaw, J. (2012). Level of Mental Health Intervention and Clinical Need Among Inmates With Mental Illness

in Five English Jails. *Psychiatric Services*, 63(12), 1218- 1224. doi: 10.1176/appi.ps.201100344.

Hatfield, J. y Dula, C. S. (2014). Impulsivity and Physical Aggression: Examining the Moderating Role of Anxiety. *The American Journal of Psychology*, 127, 233-243. <https://doi.org/10.5406/amerjpsyc.127.2.0233>

Hauffa, R., Rief, W., Braehler E., Martin, A., Mewes, R., y Glaesmer, H. (2011). Lifetime traumatic experiences and posttraumatic stress disorder in the German population: results of a representative populations survey. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(12), 934-939. doi: 10.1097/NMD.0b013e3182392c0d.

Hernández-Monsalve, M (2011). Rehabilitación Psicosocial. Perspectiva actual y directrices en la Reforma Psiquiátrica. Comunidad de Madrid-Servicio Madrileño de Salud Servicio de Salud Mental de Tetuán. *Estudios de Psicología*, 16(3), 295-303.

Herrero, O. (2013). ¿Por qué no reincide la mayoría de los agresores sexuales? *Anuario de Psicología Jurídica*, 23, 71-77. doi: 10.5093/aj2013a11

Herrero, O y Negrodo, L. (2015). *Fuera de la red. Programa de intervención frente a la delincuencia sexual con menores en la red*. Madrid: Ministerio de Interior.

Hildenbrand- Mellet, A. (2015). Razones para vivir y afecto en mujeres privadas de libertad en un establecimiento penitenciario de Lima. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 19(2), 113-131.

Hilton, N.Z., Harris, G.T. y Rice, M.E. (2010). *Risk assessment for domestically violent men. Tools for criminal justice, offender intervention, and victim services*. Washington, DC: American Psychological Association

Hipp, J.R., Petersilia, J., y Turner, S., (2010). Parolee recidivism in California: the effect of neighborhood context and social service agency characteristics. *Criminology*, 48(4), 947-979.

Hiscoke, U.L., Långström, N., Ottosson, H., y Grann, M. (2003). Self-reported personality traits and disorders (DSM-IV) and risk of criminal recidivism: a prospective study. *Journal of Personality Disorders*, 17(4), 293-305.

Hochstetler, A., Murphy, D.S., y Simons, R.L. (2004). Damaged goods: Exploring predictors of distress in prison inmates. *Crime & Delinquency*, 50, 436-457. doi: 10.1177/0011128703257198

- Hollin, C. R., Palmer, E. J., y Hatcher, R. M. (2013). Efficacy of correctional cognitive skills programmes. In L. A. Craig, L. Dixon, and T. A. Gannon. *What works in offender rehabilitation*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Interior (2015). *Anuario Estadístico del Ministerio del Interior*. Madrid: Ministerio del Interior, Secretaria General Técnica.
- Iturralde-Duran, C. A. (2018). La educación superior en las cárceles. Los primeros pasos de Ecuador. *Alteridad*, 13(1), 84-95.
<https://doi.org/10.17163/alt.v13n1.2018.06>
- Instituto Interamericano de Derechos Humanos, IIDH (1998). *Manual de Buena Práctica Penitenciaria*. IIDH: Costa Rica.
- Instituto Nacional de Salud Mental, NIH (2016). Trastorno Bipolar (N°STR-15-3679). USA: Institutos Nacionales de la Salud
- Jackson, H. (2004). La evaluación del trastorno de personalidad: elementos y direcciones seleccionados. En C. Perris y D. McGorry. (Eds.). *Psicoterapia cognitiva para los trastornos psicóticos y de personalidad: manual teórico-práctico* (pp. 355-374). Bilbao, España: DDB.
- Jaffee, S. R., Caspi, A., Moffitt, T. E., y Taylor, A. (2004). Physical maltreatment victim to antisocial child. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 44-55.
 doi:10.1037/0021-843X.113.1.44
- Johnson, J.G., Cohen, P., Smailes, E., Kasen, S., Oldham, J.M., Skodal, A.E.,... (2000). Adolescent personality disorders associated with violence and criminal behaviour during adolescence and early adulthood. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1406–1412.
- Kaufman, A., y Kaufman, N. (1994). *Test Breve de Inteligencia de Kaufman K-BIT*. United States: American Guidance Service, Inc. Circle Pines, MN.
- Keeney, M. M., Festinger, D.S., Marlowe, D.B., Kirby, K.C., y Platt, J.J. (1997). Personality disorders and criminal activity among cocaine abusers. In *Problems of drug dependence 1997: Proceedings of the 59th annual scientific meeting of the college on problems of drug dependence* (Research Monograph No, 178). National Institute on Drug Abuse.
- Kelln, B. R., Dozois, D. J. y McKenzie, I. E. (1998). An MCMI-III discriminant function analysis of incarcerated felons: Prediction of subsequent institutional misconduct. *Criminal Justice and Behavior*, 25, 177-189.
<https://doi.org/10.1177/0093854898025002002>

- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., y Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048–1060.
- Kira, I. A. (2001). Taxonomy of trauma and trauma assessment. *Traumatology*, 7(2), 73-86. <http://dx.doi.org/10.1177/153476560100700202>
- Kira, I. A., Lewandowski, L., Templin, T., Ramaswamy, V., Ozkan, B., y Mohanesh, J. (2008). Measuring cumulative trauma dose, types, and profiles using a development-based taxonomy of traumas. *Traumatology*, 14(2), 62-87. doi:10.1177/1534765608319324
- Kiwi, H. G. y Sadeghi, A. (2015). Investigating the prevalence of personality disorders in relation with recidivism among prisoners. *European Journal of Forensic Sciences*, 2(4), 6-9. doi:10.5455/ejfs.186161
- Kohn, R., y Rodríguez, J. (2009). Prevalencia y carga de los trastornos mentales en la población adulta de América Latina y el Caribe. En J. Rodríguez, R. Kohn y S. Aguilar (Eds.), *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe* (pp. 1-343). Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Kokkevi, A., y Hastgers, C. (1995). European adaptation of a multidimensional assessment instrument of drug and alcohol dependence. *Eur Addict Res*, 1, 208-210.
- Komarovskaya, I. A., Booker- Loper, A., Warren, J., y Jackson, S. (2011). Exploring gender differences in trauma exposure and the emergence of symptoms of PTSD among incarcerated men and women. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 22(3), 395-410. doi: 10.1080/14789949.2011.572989
- Kropp, P. R., Hart, S. D., Webster, C. D., y Eaves, D. (1995). *Manual for the spousal assault risk assessment guide (2nd ed.)*. Vancouver, BC: British Columbia Institute on Family Violence.
- Krueger, R.F., Schmutte, P.S., Caspi, A., Moffitt, T., Campbell, K., y Silva, P. (1994). Personality Traits Are Linked to Crime Among Men and Women: Evidence From a Birth Cohort. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(2), 328-338.
- Krueger, R.F., Markon, K.E., Patrick, Ch.J., Benning, S.D. y Kramer, M.D. (2007). Linking antisocial behavior, substance use, and personality: an integrative quantitative model of the adult externalizing spectrum. *Journal of*

Abnormal Psychology, 116(4), 645-666. doi: 10.1037/0021-843X.116.4.645

Lecrubier, Y., Weiller, E., Hergueta, T., Amorim, P., Bonora, L. I., Lépine, J. P.,..., y Sheehan, M. (1998). *M.I.N.I. Mini International Neuropsychiatric Interview. English version 5.0.0. DSM-IV [instrumento de evaluación]*. Tampa, FL, EE .UU .: University of South Florida. Recuperado de: <http://www.cure4you.dk/960/MINI%205.0.0%20English.pdf>

Ferrando, L., Franco, A., Soto., Bobes, O., Soto, L., Franco, L., Gibert, J. (1998). *M.I.N.I. Mini International Neuropsychiatric Interview. Versión en español 5.0.0. DSM-IV [instrumento de evaluación]*. Madrid, España: Instituto de Investigación y Asistencia Psiquiátrica. Recuperable de <http://www.iiap.es/files/mini.pdf>

León-Mayer, E., Cortés, M., y Folino, J. (2014). Descripción multidimensional de la población carcelaria chilena. *Psicoperspectivas*, 13(1), 68-81. doi: 10.5027/PSICOPERSPECTIVAS-VOL13-ISSUE1-FULLTEXT-243

Legislación Consolidada (1979). Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria (N° 239). Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1979/BOE-A-1979-23708-consolidado.pdf>

Levcovitz, E., Fernández- Galeano., M, Rodríguez- Buño, R., Benia, W., Vivas-Temesio P. (2016). *Estrategia de atención integral, promoción y prevención en los centros de privación de libertad: estrategia de atención integral en el sistema de atención a la salud de adultos y adolescentes en centros de privación de libertad*. Uruguay Montevideo. OPP.

Liebman, R.E., Burnette, M.L., Raimondi, C., Nichols-Hadeed, C., Merle, P. y Cerulli, C. (2014). Piloting a psycho-social intervention for incarcerated women with trauma histories: lessons learned and future recommendations. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 58, 894-913. doi: doi/abs/10.1177/0306624X13491073

Lieberman, J.A., y First, M.B. (2018). Psychotic Disorders. *The New England Journal of Medicine*, 379, 270-280. doi:10.1056/NEJMra1801490

Lincoln, T.M., Marin, N. y Jaya, E.S. (2017). Childhood trauma and psychotic experiences in a general population sample: a prospective study on the mediating role of emotion regulation. *European Psychiatry*, 42, 111-119. doi.10.106/j.eurpsy.2016.12.2010

- Lindquist, C.H., y Lindquist, C.A. (1997). Gender differences in distress: Mental health consequences of environmental stress among jail inmates. *Behavioral Sciences and the Law*, 15, 503–523.
- Link, B. G., Epperson, M. W., Perron, B. E., Castille, D. M., y Yang, L. H. (2011). Arrest outcomes associated with outpatient commitment in New York State. *Psychiatric Services*, 62(5), 504-508.
- Listwan, C., J. Sullivan, R.A., Cullen, R., y Colvin, M. (2013). The Pains of Imprisonment Revisited: The Impact of Strain on Inmate Recidivism. *Justice Quarterly*, 30, 1, 144-168. doi:doi/abs/10.1080/07418825.2011.597772
- Loeber, R., Farrington, D., y Redondo, S. (2011). La transición desde la delincuencia juvenil a la delincuencia adulta. *Revista Española de Investigación Criminológica*, 1(9) ,1-37.
- Loinaz, I. (2013). Psicopatología y delincuencia. En M. Ortiz-Tallo (Ed.), *Psicopatología Clínica Adaptado al DSM-5* (pp.13-199). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Loinaz, I. (2016). Cuando “el” delincuente es “ella”: intervención con mujeres violentas. *Anuario de Psicología Jurídica*, 26(1), 41-50.
- Loinaz, I. y Echeburúa, E. (2010). Necesidades terapéuticas en agresores de pareja según su perfil diferencial. *Clínica Contemporánea*, 1(2), 85-95. doi: 10.5093/cc2010v1n2a2
- Loinaz, I., Irureta, M., y Domenech, F. (2011). *Análisis de la reincidencia en agresores de pareja* (Informe de investigación 2010). Recuperado de: <http://hdl.handle.net/2072/171050>
- Loinaz, I., Ortiz-Tallo, M., Sánchez, L. y Ferragut, M. (2011). Clasificación multiaxial de agresores de pareja en centros penitenciarios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11, 249-268.
- Loinaz, I. y Sánchez, N. (2015). El ciclo victimización-agresión y el maltrato infantil. En I. Loinaz y R. Gallardo (Eds.), *Prevención y detección del maltrato infantil* (pp. 13–49). Puebla, México: Benemérita Universidad Autónoma de México.
- Lombroso, C. (1876). *L'uomo delinquente*. Roma, Italia: Fratelli Bocca.
- Lombroso, C. (1899). *Le crime; causes et remédes*. Paris, Francia: Alcan.
- López-Barrachina, R., Lafuente, O. y García-Latas, J. L. (2007). Del mito de narciso a los trastornos de la personalidad en las cárceles aragonesas:

una aproximación al perfil de estos desórdenes en las personas privadas de libertad. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 9(2), 28-40. doi: <https://doi.org/10.4321/S1575-06202007000200003>

- López, M., Saavedra, F., López, A., y Laviana, M. (2016). Prevalence of Mental Health problems in sentenced men in prisons from Andalucía (Spain). *Revista española de sanidad penitenciaria*, 18, 76-84. doi: 10.4321/S1575-06202016000300002
- López- Miguel, M. J., y Núñez- Gaitán, M. D. C. (2009). Psicopatía versus trastorno antisocial de la personalidad. *Revista Española de Investigación Criminológica (REIC)*, 7(1), 1-17.
- López- Soler, C. y López- López, J. (2003). Rasgos de personalidad y conducta antisocial delictiva. *Psicopatología clínica legal y forense*, 3(2), 5-19.
- Luengo, M. Sobral., J., Romero, E. y Gómez, J. (2002). Biología, personalidad y delincuencia. *Psicothema*, 14, 16-25.
- Lukaschek, K., Kruse, J., Thwing, R., Lacruz, M.E., von Eisenhart, A. y Ladwig, K. (2012). Lifetime traumatic experiences and their impact on PTSD: a general population study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48, 525-532. doi: 10.1007/s00127-012-0585-7
- Lynch, S.M., Dehart, D.D., Belknap, J.E., Green, B. I., Dass-Brailsford, P., Johnson, K.A. y Whalley, E. (2014). A multisite study of the prevalence of serious mental illness, PTSD, and substance use disorders of women in jail. *Psychiatric Services*, 65, 670-674. doi:10.1176/appi.ps.201300172.
- MacDonald, M. (2013). Women prisoners, mental health, violence and abuse. *International Journal of Law and Psychiatry*, 36, 293-303. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2013.04.014>
- Macció, A., Meloni, F.R., Sisti, D., Rocchi, M.B.L., Petretto, D.R., Masala, C. y Preti, A. (2015). Mental disorders in Italian prisoners: results of the Redime study. *Psychiatry Research*, 225(3), 522-530. doi: 10.1016/j.psychres.2014.11.053
- Marcuello, C., y García, J. (2011). La cárcel como espacio de de-socialización ciudadana: ¿fracaso del sistema penitenciario español? *Portularia*, XI, 1, 49-60.
- Marín-Basallote, N., y Navarro-Repiso, C. (2012). Estudio de la prevalencia de trastorno mental grave (TMG) en los centros penitenciarios de Puerto I, II y III del Puerto de Santa María (Cádiz): nuevas estrategias en la asistencia

psiquiátrica en las prisiones. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 14(3), 80-85.

- Markowitz, F. (2011). Mental illness, crime, and violence: Risk, context, and social control. *Aggression and Violent Behavior*, 16, 36–44. doi: 10.1016/j.avb.2010.10.003
- Martínez de Compañón Díaz, M. (2014). La salud mental en mujeres presas embarazadas y/o con hijas/os menores. *Norte de Salud Mental*, 12(48), 53-56.
- Martínez-Díaz, T., López-Blanco, F. J. y Díaz-Fernández, M. L. (2001). Los trastornos de la personalidad en el derecho penal: estudio de casos del Tribunal Supremo. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 1(1), 87-101.
- Marchiori, H. (2014). *Personalidad del delincuente*. México: Editorial Porrúa.
- Mauá, F. H. N., y Baltieri, D. A. (2012). Criminal career-related factors among female robbers in the state of Sao Paulo, Brazil, and a presumed 'revolving-door' situation. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34(2), 176-184. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462012000200010>
- Međedović, J., Kujačić, D., y Knežević, G. (2012). Personality-related determinants of criminal recidivism. *Psihologija*, 45(3), 277–274. doi: 10.2298/PSI1203277M
- Medina, J.L. (2015). *Trauma Psíquico*. Madrid: Paraninfo.
- Medina, P.M., y Baños, R.M. (2016). Psychometric prediction of penitentiary recidivism. *Psicothema*, 28(2), 194-200. doi: 10.7334/psicothema2015.269
- Melde, C., y Esbensen, F.A. (2011). Gang membership as a turning point in the life course. *Criminology*, 49(2), 513-552. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-33992011000200003>
- Melis-Pont, F. (2007). Aplicación de las técnicas psicodiagnósticas en el medio penitenciario. *Anuario de Psicología Jurídica*, 17, 179-207.
- McGuire, J. (2001). Defining correccional programs. En L. Motiuk y R. C. Serin (eds.), *Compendium 2000 on Effective Correccional Programming*. Ottawa: Correccional Service of Canada.
- McLellan, A.T., Luborsky, L., Woody, G.E., y O'Brien, C.P. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 168, 26-33

- Mitchell, O., Wilson, D.B., y MacKenzie, D.K. (2012). The effectiveness of incarceration-based during treatment on criminal behavior: a systematic review. *Campbell Systematic Reviews*, 18, 1-75. doi: 10.4073/csr.2012.18
- Millon, T. (1990). *Toward a new personology: an evolutionary model*. Nueva York: Wiley-Interscience.
- Millon, T. (2002). Assessment is not enough: The SPA should participate in constructing a comprehensive clinical science of personality. *Journal of Personality Assessment*, 78, 209-218.
https://doi.org/10.1207/S15327752JPA7802_02
- Millon, T., y Davis, R. (1998). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Millon, T. H., y Davis, R. (2001). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Barcelona: Masson.
- Millon, T., Grossman, S., Millon, C., Meagher, S., y Ramnath, R. (2006). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Barcelona, España: Masson.
- Millon, T., Davis, R. y Millon C. (1997). *Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-III)*. Minneapolis: Pearson.
- Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos, MJDHC (2014). *Manual de derechos humanos aplicados al contexto penitenciario*. Ecuador: Grafilyon.
- Ministerio de Derechos Humanos y Cultos, MJDHC (2014). Informe de Gestión 2014. Recuperado de: <https://www.resdal.org/caeef-resdal/assets/ecuador-----informe-de-gestion-2014.pdf>
- Ministerio de Derechos Humanos y Cultos, MJDHC (2015). Informe de Gestión. Recuperado de: http://www.justicia.gob.ec/wp-content/uploads/2016/06/mjdhc_-_informe_de_gesti%C3%B3n_2015_vf.pdf
- Ministerio de Derechos Humanos y Cultos, MJDHC (2016). Informe de Gestión 2016. Recuperado de: <https://www.justicia.gob.ec/wp-content/uploads/2018/02/01-INFORME-DE-RENDICION-DE-CUENTAS-CPPCCS.pdf>
- Ministerio de Derechos Humanos y Cultos, MJDHC (2017). Rendición de Cuentas 2017. Recuperado: <https://www.justicia.gob.ec/wp-content/uploads/2018/03/Informe-de-rendici%C3%B3n-2017.pdf>

- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos y Ministerio de Salud (2011). *Créase el Programa Interministerial de Salud Mental Argentino (PRISMA)* (1075/2011-MJDH y 1128/2011-MS). Recuperado de: <http://www.femeba.org.ar/documentos/download/655-programa-interministerial-de-salud-mental-argentino-prism.pdf>
- Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos, MJDHC y Subsecretaría de Desarrollo Normativo, (2014). *Código Orgánico Integral Penal, COIP*. Quito-Ecuador: Gráficas Ayerve C. A.
- Ministerio de Justicia, Derechos Humanos, MJDHC y Cultos y Viceministerio de Atención a Personas Privadas de Libertad (2016). *Informe: atención a personas privadas de la libertad*. Recuperado de: <http://www.dpe.gob.ec/wp-content/dpemnpt/2016/informe-mecanismo-contratortura-viceministerio-de-atencion-a-PPL.pdf>
- Ministerio de Interior y Secretaria General de Instituciones Penitenciarias, (2017). Programa de intervención con personas extranjeras. Recuperado de: <http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/Reeducacion/ProgramasEspecificos/extranjeros.html#c4>
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España (2011). *Igualdad y responsabilidad social empresarial*. Guía para pymes. Forética. Recuperado de: http://www.msssi.gob.es/ssi/igualdadOportunidades/docs/Igualdad_RSE.pdf.
- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, MSSSI y Subcomisión Penitenciaria (2012). *Documento de consenso de las comisiones de análisis de casos de personas con enfermedad mental sometidas penas y medidas de seguridad*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social y Equidad.
- Miranda, J. (2011). La cárcel. Una mirada abierta a un mundo que queremos conocer de lejos. Ambato: Casa de la Cultura Ecuatoriana Núcleo de Tungurahua.
- Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: a developmental taxonomy. *Psychological review*, 100(4), 674-701.
- Moffitt, T. E., y Caspi, A. (2001). Childhood predictors differentiate life-course persistent and adolescence-limited antisocial pathways among males and females. *Development and psychopathology*, 13(2), 355-375.

- Molina Coloma, V., Pérez, J. I., & Salaberría, K. (2018). Diferencias generales y entre sexos en salud mental: Un estudio comparativo entre población penitenciaria y población general. *Revista Mexicana de Psicología*, 35(2), 117-130. ISSN: 0185-6073.
- Molina-Coloma, V., Salaberría, K. y Pérez, J. I. (2018). La personalidad en población carcelaria: un estudio comparativo en Ecuador. *Anuario de Psicología Jurídica*, 28, 1-7. <https://doi.org/10.5093/apj2018a5>. ISSN: 1130-0740.
- Molina-Martín, J. D. D., Trabazo-Arias, M., López-Sánchez, L., y Fernández-Liaño, S. (2009). Delictología de los trastornos de personalidad y su repercusión sobre la imputabilidad. *EduPsykhé Revista de Psicología y Educación*, 8(2), 101-126.
- Montalvo-Abiol, J.C. (2010). Concepto de orden público en las democracias contemporáneas. *RJUAM*, 22, 197-222.
- Morey, L. C. (1996). *An interpretive guide to the Personality Assessment Inventory*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Morey, L.C (1997). *Personality Assessment Screener (PAS) technical manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Morgado, I. (2012). *Emociones e inteligencia social*. Barcelona: Editorial Ariel.
- Morillas- Cueva, L. M. (2014). ¿Pasa la legitimación de la pena de prisión en un sociedad democrática por una política criminal reduccionista?. *Revista Internacional de Doctrina y Jurisprudencia*, 8, 1-36.
- Morillas- Cueva, L. M. (julio, 2016). *Alternativas a la pena de prisión*. Trabajo presentado en el curso de criminología y psicología jurídica, San Sebastián- España.
- Mundt, A. P., Alvarado, R., Fritsch, R., Poblete, C., Villagra, C., Kastner, S., y Priebe, S. (2013). Prevalence rates of mental disorders in Chilean prisons. *PloS one*, 8(7), 1-8. doi: 10.1371/journal.pone.0069109. Print 2013.
- Mundt, A. P., Kastner, S., Mir, J., y Priebe, S. (2015). Did female prisoners with mental disorders receive psychiatric treatment before imprisonment?. *BMC psychiatry*, 15(1), 5. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0387-z>
- Muñoz, M. (2002). *Evaluación psicológica clínica*. Madrid: Síntesis.
- Muñoz, M. (2004). Forma de proceder y pasos en el desarrollo de la evaluación conductual. En F.J. Labrador, .J.A. Cruzado y M. Muñoz (eds.), *Manual de*

técnicas de modificación y terapia de conducta (pp. 284-319). Madrid: Pirámide.

Muñoz, J. M., y López, J. J. (2016). Valoración psicológica del riesgo de violencia: alcance y limitaciones para su uso en el contexto forense. *Anuario de Psicología Jurídica*, 26(1), 130-140.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.apj.2016.04.005>

National Institute for Health and Care Excellence (2017). *Mental health of adults in contact with the criminal justice system* (NG66). Recuperado de:

<http://www.nice.org.uk>.

Navarrete-Benavides, B. (2016). 5 años del nuevo modelo carcelario en Ecuador. Recuperado de:

http://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CAT/Shared%20Documents/ECU/INT_CAT_CSS_ECU_25638_S.pdf

Navarro, P., Espinoza, A., Ferrada, D., y Valenzuela, E. (2012). Programas de rehabilitación y reinserción social. Recuperado de:

http://www.dipres.gob.cl/597/articles-141208_informe_final.pdf

Nestor, P. (2002). Mental disorders and violence. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1973-1978.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.12.1973>

Newman, O. (1972). *Defensible Space*. New York: Macmillan.

Newman, J.M., Tumbull, A., Berman, B.A., Rodríguez, S., y Serper, M.R. (2010). Impact of traumatic and violent victimization experiences in individuals with schizophrenia and schizoaffective disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198, 708-714. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181f49bf1

Nguyen, T., Arbach-Lucioni, K., y Andrés-Pueyo, A. (2011). Factores de riesgo de la reincidencia violenta en población penitenciaria. *Revista de Derecho penal y Criminología*, 6, 273-294.

Núñez-Gaitán, M. D. C., y López-Miguel, M. J. (2009). Psicopatología y delincuencia: implicaciones en el concepto de imputabilidad. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*, 11, 2-8.

Núñez-Peña, J. (1997) "El tratamiento penitenciario y otras funciones del psicólogo". En *Psicología Jurídica Penitenciaria* (vol. I) M.Clemente y J. Núñez (coords). *Colección "Retos Jurídicos en las Ciencias Sociales"*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

Núñez-Vega, J. (2006). *Cacería de brujos*. Quito: FLACSO, sede Ecuador.

- Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, UNODC (2008). *Evaluación y recomendaciones para el perfeccionamiento de los programas de prevención y atención al uso de drogas y del VIH que se implementan actualmente en los establecimientos del servicio penitenciario federal*. Recuperado de: [http://www.unodc.org/documents/lpo-brazil//Prision Settings/Informe final SPF Argentina July 2008.pdf](http://www.unodc.org/documents/lpo-brazil//Prision%20Settings/Informe%20final%20SPF%20Argentina%20July%202008.pdf)
- Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, UNODC (2013). *Reforma penitenciaria y medidas alternativas al encarcelamiento en el contexto Latinoamericano* (Informe No.006). Recuperado de: https://www.unodc.org/documents/ropan/TechnicalConsultativeOpinions2013/Opinion_6/OTC_006.pdf
- Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, UNODC (2014). *Handbook on women and imprisonment (2ª ed.)*. Vienna: United Nations Office on drugs and crime.
- Ogloff, J.R. (2002). Identifying and accommodating the needs of mentally ill people in goals and prisons. *Psychiatry, Psychology and Law*, 9(1), 1–33. doi:10.1375/pplt.2002.9.1.1
- Oquendo M. A., Baca-García, E., Graver, R., Morales, M., Montalvan, V., y Mann, J. (2001). Spanish adaptation of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11). *European Journal of Psychiatry*, 15, 147-155.
- Organización de las Naciones Unidas, ONU (2004). *Los derechos humanos y las prisiones. Manual de capacitación en derechos humanos para funcionarios de prisiones*. Nueva York y Ginebra: Naciones Unidas.
- Organización de las Naciones Unidas, ONU (2011). *Manual sobre Reclusos con necesidades especiales*. Panamá: Naciones Unidas.
- Organización Mundial de la Salud, OMS (1993). *Composite International Diagnostic Interview, Versión 2.1*. Génova: OMS
- Organización Mundial de la Salud, OMS (1996). *Proyecto de Salud en las prisiones*. Primera reunión, Lisboa, 1996.
- Organización Mundial de la Salud, OMS (2005). *Mental health: facing the challenges, building solutions: report from the WHO European Ministerial Conference of Helsinki*. Copenhagen: WHO. Recuperado de: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/96452/E87301.pdf

- Organización Mundial de la Salud, OMS (2013). *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020*. Ginebra: OMS. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud, OMS (2015). *A nivel mundial, el personal sanitario y los fondos destinados a la salud mental siguen siendo escasos*. Recuperado de: <http://www.who.int/es/news-room/detail/14-07-2015-global-health-workforce-finances-remain-low-for-mental-health>
- Organización Mundial de la Salud, OMS y Organización Panamericana de la Salud, OPS (2013). *Regional Report on Mental Health Systems in Latin America and the Caribbean*. Washington, DC: Pan American Health Organization. Recuperado de: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=21325&Itemid=/&lang=en
- Organización Panamericana de la Salud, OPS (2013). *Programa Regional de Tuberculosis. Avances y desafíos del control de la TB en Poblaciones Privadas de Libertad (PPL)*. Recuperado de: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=21917&Itemid=270&lang=es
- Organización Panamericana de la Salud OPS, Organización Mundial de la Salud OMS y Ministerio de Salud Pública, MSP (2015). *Informe sobre el sistema de salud mental en el Ecuador*. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/evidence/ecuador_who_aims_report_sp.pdf?ua=1
- Ortega-Campos, R., García-García, J., y Frías-Armenta, M. (2014). Meta-análisis de la reincidencia criminal en menores: Estudio de la investigación española. *Revista Mexicana de Psicología*, 31(2), 111-123.
- Ortiz-González, A., y Scheller D'angelo, A., (2011). Análisis de la teoría bioevolucionista de la personalidad como estrategia para la prevención de la criminalidad. *Psicogente*, 14(26), 460-478.
- Ortiz-Tallo, M., Cardenal, V., Ferragut, M., y Cerezo, M.V. (2011). Personalidad y síndromes clínicos: un estudio con el MCMI-III basado en una muestra española. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16, 49-59. doi: <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.16.num.1.2011.10350>
- Ortiz-Tallo, M., Fierro, A., Blanca, M. J., Cardenal, V., y Sánchez, L. M. (2006). Factores de personalidad y delitos violentos. *Psicothema*, 18, 459-464.

- Otto, R.K. y Douglas, K.S. (2010). *Handbook of violence risk assessment*. Nueva York: Routledge.
- Patton, J.H., Stanford, M.S., y Barratt, E.S. (1995). Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51(6), 768–774.
- Pelechano, V. (2008). Delincuencia, personalidad y psicopatología. *Análisis y Modificación de Conducta*, 34(150), 13-66.
- Pennebaker, J.W. y Susman, J.R. (1988). Disclosure of traumas and psychosomatic processes. *Social Science and Medicine*, 26, 327-332.
- Pérez-Fernández, F., Mampaso-Desbrow, J., y Buenoguerra, N. (2011). El psicólogo de prisiones en España. *Psychologia Latina*, 2(2), 132-143.
- Pervin, L. A. (1998). *La ciencia de la personalidad*. Madrid: McGraw-Hill.
- Peters, R.H., Wexler, H.K., y Lurigio, A.J. (2015). Co-occurring substance use and mental disorders in the criminal justice system: a new frontier of clinical practice and research. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38, 1-6.
<http://dx.doi.org/10.1037/prj0000135>
- Pole, N., Fields, L., y D'Andrea, W., (2016). Psychopathology and health. Norcross, J., VandenBos, G., Freedheim, D (Eds.), *APA Handbook of Clinical psychology* (pp. 97-133). Washington, DC: American Psychological Association.
- Pondé, M. P., Freire, A. C., y Mendonça, M. S. (2011). The prevalence of mental disorders in prisoners in the city of Salvador, Bahia, Brazil. *Journal of forensic sciences*, 56(3), 679-682. doi: 10.1111/j.1556-4029.2010.01691.x
- Portnoy, J., Raine, A., Chen, F.R., Pardini, D., Loeber, R., y Jennings J.R. (2014). Hear rate and antisocial behaviour: the mediating role of impulsive sensation seeking. *Criminology*, 52(2), 292-311. doi: <https://doi.org/10.1111/1745-9125.12038>
- Pontón, J. (2006). *Mujeres que cruzaron la línea: Vida cotidiana en el encierro*. Quito: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.
- Pontón, J., y Torres, A. (2007). Cárceles del Ecuador: los efectos de la criminalización por drogas. *Revista Latinoamericana de Seguridad Ciudadana*, 1, 55-73.
- Porteus, S.D. (1965). *Porteus Maze Test. Fifty years application*. New York: Psychological Corporation.

- Prins, S.J. (2014). Prevalence of mental illnesses in US state prisons: a systematic review. *Psychiatric Services*, 65, 862-872. doi: 10.1176/appi.ps.201300166
- Pulido, F., Rodríguez, J. F., y Colorado, M. P. (2009). Factores sociodemográficos asociados con los síntomas depresivos en una muestra de mujeres reclusas en dos prisiones de México. *Rev Panam Salud Publica*, 26(3), 209–215.
- Qinsey, V.L., Rice, M.E. y Harris, G.T. (1995). Actuarial Prediction of Sexual Recidivism. *Journal of Interpersonal Violence*, 10, 85-105.
- Ramos-Lira, L., Saltijeral-Méndez, M. T., Romero-Mendoza, M., Caballero-Gutiérrez, M. Á., y Martínez-Vélez, N. A. (2001). Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud. *Salud Pública de México*, 43(3), 182-191.
- Redacción Justicia, (01 de octubre de 2017). Un 42% de hacinamiento existe en los centros penitenciarios de Ecuador. *El Telégrafo*. Recuperado de: <https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/39/13/un-42-de-hacinamiento-existe-en-los-centros-penitenciarios-de-ecuador>
- Redondo, S. (2015). *El origen de los delitos. Introducción al estudio y explicación de la criminalidad*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Redondo, S. (2017). *Evaluación y tratamiento de delincuentes. Jóvenes y adultos*. Madrid: Pirámide.
- Redondo, S., y Frerich, N. (2013). Offender Rehabilitation in Europe. Applications, achievements and challenges. En A. Donatsch y D. Jositsch (eds.), *Kriminologie, kriminalpolitik und strafrecht aus internationaler perspektive* (pp.879-894). Berne: Stampfli Verlag AG Bern.
- Redondo, S., y Frerich, N. (2014). Crime and Justice reinvestment in Europe: Possibilities and challenges. *Victims & Offenders. An International Journal of Evidence-based Research Policy and Practice*, 9(1), 13-49. <https://doi.org/10.1080/15564886.2013.864525>
- Redondo, S., y Garrido, V. (2001). *Violencia y delincuencia juvenil*. Mendoza, Argentina: Ediciones Jurídicas Cuyo.
- Redondo, S., y Garrido, V., (2013). *Principios de Criminología* (4ta Ed.). Valencia: Triant lo Blanch.

- Redondo, S., y Martínez-Catena, A. (2013). Evaluación criminológica de la justicia juvenil en España. *Cuadernos de Política Criminal*, 2(110), 189-220.
- Redondo, S., y Andrés-Pueyo, A. A. (2007). La psicología de la delincuencia. *Papeles del psicólogo*, 28(3), 147-156.
- Retzlaff, P., Stoner, J., y Kleinsasser, D. (2002). The use of the MCMI-III in the screening and triage of offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 46(3), 319-332. doi: 10.1177/0306624X02463006
- Reynald, D.M., y Elffers, H. (2009). The future of Newman's defensive space theory. Linking defensible space and the routine activities of place. *European Journal of Criminology*, 6(1), 25-46.
- Rivera, L. de y Abuín, M. R. (2012). *El Listado de Síntomas breve LSB-50*. Madrid: TEA.
- Rivera, G., Romero, M., Labrador, M., y Serrano, J. (2006). *El control de la agresión sexual: Programa de intervención en el medio penitenciario*. Ministerio de Interior: Dirección General de Instituciones Penitenciarias.
- Roberts, A., y Coid, J. (2010) Personality disorder and offending behaviour: findings from the national survey of male prisoners in England and Wales. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 21(2), 221-237, doi: 10.1080/14789940903303811
- Rodríguez-Fornells, A., López-Capdevila, J. M., y Andrés-Pueyo, A. (2002). Personalidad y comportamiento penitenciario. *Psicothema*, 14, 90-100.
- Rodríguez-Rodríguez, R.M. (2017). *Excluidos e internados. La problemática de las personas con discapacidad en centros penitenciarios*. Madrid: Fundación ONCE.
- Rojo, N. (2016). Observación y autoobservación. En F.J. Labrador (Coord), *Técnicas de modificación de la conducta* (pp. 121-138). Madrid: Pirámide.
- Rongqin, Y., Geddes, J., y Fazel, S., (2012), Personality Disorders, violence, and antisocial behavior: a systematic review and Meta-regression analysis. *Journal of Personality Disorders*, 26(5), 775-792. doi: <https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.5.775>
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the Self*. New York: Basic Books.

- Ross, R., y Fabiano, E.A. (1985). *Time to think: A cognitive model of delinquency prevention and offender rehabilitation*. Johnson City, TN: Institute of Social Sciences and Arts.
- Ross, R.R., Fabiano, E.A., y Garrido, V. (1990). Pensamiento prosocial: El modelo cognitivo para la prevención y el tratamiento de la delincuencia. *Delincuencia*, 1, 1-116.
- Rotter, M., Way, B., Steinbacher, M., Sawyer, D., y Smith, H. (2002). Personality disorders in prison: ¿aren't they all antisocial?. *Psychiatric Quarterly*, 73, 337-349. <https://doi.org/10.1023/A:1020468117930>
- Rowe, D.C. (2002). *Biology and crime*. Los Ángeles: CA: Roxbury Publishing Company.
- Ruiz, J. I. (2007). Síntomas psicológicos, clima emocional, cultura y factores psicosociales en el medio penitenciario. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39 (3), 547-561.
- Ruiz-Arias, S., Negredo, L., Ruiz, A., García-Moreno, C., Herrero, O., Yela, M. y Pérez, M. (2010). *Violencia de género: Programa de Intervención para Agresores (PRIA)*. Madrid: Ministerio del Interior. Secretaria General Técnica.
- Sadlier, G. (2010). Evaluation of the impact of the HM Prison Service Enhanced Thinking Skills programme on reoffending. *Outcomes of the Surveying Prisoner Crime Reduction (SPCR) simple (N°19/10)*. England: Ministry of Justice.
- Sánchez, R. O., y Ledesma, R. D. (2009). Análisis psicométrico del Inventario de síntomas revisado SCL-90-R en población clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18(3), 265-274. Recuperable de: <http://www.clinicapsicologica.org.ar/resumen.php?id=114>
- Sanz, J., Gómez-Pintado, P., Ruiz, A., Pozuelo, F., y Arroyo, J. M. (2014). Programa de Atención Integral al Enfermo Mental en las prisiones españolas (PAIEM): valoración tras cuatro años de funcionamiento. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 16(3), 91-102.
- Salina, D. D., Figge, C., Ram, D., y Jason, L. A. (2017). Rates of traumatization and psychopathology in criminal justice-involved women. *Journal of Trauma & Dissociation*, 18(2), 174-188. doi: 10.1080/15299732.2016.1207745
- Salize, H.J., Drebing, H., y Kief, C. (2007). *Mentally Disordered Persons in European Prison Systems: needs, programmes and outcome* (Informe final). Mannheim: European Commission. Recuperado de:

http://ec.europa.eu/eahc/projects/database/fileref/SANCO/2004/2004106_2_en.pdf.

Salvo, L., y Castro, A. (2013). Confiabilidad y validez de la escala de impulsividad de Barratt (BIS-11) en adolescentes. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 51(4), 245-254. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272013000400003>

Savage, J., Ellis, S. K., y Kozey, K. (2013). A selective review of the risk factors for antisocial behavior across the transition to adulthood. *Psychology*, 4(06), 1-7. doi: <http://dx.doi.org/10.4236/psych.2013.46A2001>

Secretaria General de Instituciones penitenciarias, Dirección General de Coordinación Territorial y Medio Abierto, (2009). Protocolo de aplicación del programa marco de atención integral a enfermos mentales en centros penitenciarios (PAIEM). Recuperado de: <https://consaludmental.org/centro-documentacion/accionsocial/centros-penitenciarios/paiem-3176/>

Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo, SENPLADES (2013). Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017 [National Plan for Good Living 2013-2017]. Recuperado de: <http://www.buenvivir.gob.ec>.

Senior, J., Birmingham, L., Harty, M.A., Hassan, L., Hayes, A.J., Kendall, K., y King, C. (2013). Identification and management of prisoners with severe psychiatric illness by specialist mental health services. *Psychological Medicine*, 43, 1511-1520. doi: 10.1017/S0033291712002073

Serrano-Tárraga, M. D. (2010). Derecho a la salud de los internos en centros penitenciarios y sanidad penitenciaria (II). *Revista de Derecho UNED*, 7, 525-560.

Sutherland, E. H. (1939). *Principles of Criminology*. Philadelphia: Lippincott.

Sutherland, E. H. and Cressey, D. R. and Luckenbill, D. F. (1992). *Principles of Criminology*. Inglaterra: General Hall.

Sigurdsson, J.F., Gudjonsson, G.H., y Peersen, M., (2001). Differences in the cognitive ability and personality of desisters and re-offenders: a prospective study among young offenders. *Psychology, Crime & Law*, 7(1), 33-43.

Sistema Subregional de Información e Investigación sobre Drogas en Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Uruguay (2010). Consumo de Drogas en Población Privada de Libertad y la Relación entre Delito y Droga (Cuarto Informe). Recuperado de:

https://www.unodc.org/documents/peruandecuador/Publicaciones/Consumo_de_drogas.pdf

- Slade, K., y Forrester, A. (2013). Measuring IPDE-SQ personality disorder prevalence in presentence and early-stage prison populations, with subtype estimates. *International Journal of Law and Psychiatry*, 36, 207-212. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2013.04.018>
- Sobral, J., Luengo, A., Gómez-Fraguela, J.A., Romero, E., y Villar, P. (2007). Personalidad, género y criminalidad en reclusos. *Psicothema*, 19, 269-275.
- Sorbello, L., Eccleston, L., Ward, T. y Jones, R. (2002). Treatment needs of female offenders: a review. *Australian Psychologist*, 37, 198-205. doi: <https://doi.org/10.1080/00050060210001706876>
- Soria-Verde, M.A., y González-Monar, A.B. (2005). La psicología penitenciaria: evaluación de penados y tratamiento de delincuentes violentos. En M.A. Soria-Verde y D. Saiz Roca (Eds). *Psicología Criminal* (pp. 221-244). Madrid: Pearson Education S.A.
- Souci, M., y Vivet, E. (2013). Examen psicométrico exploratorio de Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-III) en población penitenciaria chilena. *Salud y Sociedad*, 4, 168-184.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (2008). STAI. *Cuestionario de ansiedad estado-rasgo*. Madrid: TEA.
- Spjeldnes, S., Jung, H., y Yamatani, H. (2014). Gender differences in jail populations: Factors to consider in reentry strategies. *Journal of Offender Rehabilitation*, 53(2), 75-94. doi: <https://doi.org/10.1080/10509674.2013.868387>
- Springer, K., Sheridan, J., Kuo, D., y Carnes, M. (2007). Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: Results from a large population-based sample of men and women. *Child Abuse & Neglect*, 31(5), 517-530. doi: 10.1016/j.chiabu.2007.01.003
- Stanford, M. S., Greve, K. W., y Dickens, T. J. (1995). Irritability and Impulsiveness: Relationship to Self-Reported Impulsive Aggression. *Personality and Individual Differences*, 19, 757-760. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(95\)00144-U](https://doi.org/10.1016/0191-8869(95)00144-U)
- Steenbeek, W., y Hipp, J.R. (2011). A longitudinal test of social disorganization theory: feedback effects among cohesion, social control and disorder.

Criminology, 49 (3), 833-871. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1745-9125.2011.00241.x>

- Stone, M. H. (2007). Violent crimes and their relationship to personality disorders. *Personality and Mental Health*, 1(2), 138-153. doi: 10.1002/pmh
- Stone, M. H., Butler, J. R., y Young, K. M. (2009). Sadistic personality disorder. In P. Blaney & T. Millon (Eds.), *Oxford textbook of psychopathology* (pp. 651-670). New York: Oxford University Press
- Stoner, J. (2008). Using the MCMI in correctional settings. En T. Millon y C. Bloom (Eds.), *The Millon Inventories* (pp. 196-243). New York: The Guilford Press.
- Suárez, A., Méndez, R., Negredo, L., Fernández, M. N., Muñoz, J. M., Carbajosa, P.....Herrero, O. (2015). *Programa de intervención para agresores de violencia de género en medidas alternativas (PRIA-MA). Manual para el profesional*. Madrid: Ministerio del Interior. Secretaría General Técnica
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA (2014). *Trauma-informed care in behavioral health services*. Rockville: SAMHSA's Publications.
- Teplin, L.A., Abram, K.M., y McClelland, G. (1996). Prevalence of Psychiatric Disorders Among Incarcerated Women. *Arch Gen Psychiatry*, 53, 505-512.
- Thornberry, T.P., Giordano, P.C., Uggen, C., Matsuda, M., Masten, As.S., Bulten, E.... (2013). Explicaciones teóricas de las transiciones delictivas. *Revista Española de Investigación Criminológica*, 2(11), 1-49.
- Travers, R., Wakeling, H. C., Mann, R. E., Y Hollin, C. R. (2013). Reconviction following a cognitive skills intervention: An alternative quasi-experimental methodology. *Legal and Criminological Psychology*, 18(1), 48-65. <http://dx.doi.org/10.1111/j.2044-8333.2011.02026.x>
- Tsakanikos, E., Bouras, N., Costello, H., y Holt, G. (2006). Multiple exposure to life events and clinical psychopathology in adults with intellectual disability. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 42(1), 24-28. doi: 10.1007/s00127-006-0128-1
- Topitzes, J., Mersky, J.P., y Reynolds, A. (2012). From child maltreatment to violent offending. *Journal of Interpersonal Violence* 27, 2322–2347. doi: <https://doi.org/10.1177/0886260511433510>

- Torrey, E.F., Zdanowicz, M.T., Kennard, A.D., Lamb, H., Eslinger., D., Biasotti, M., Fuller, D. (2014). *The treatment of persons with mental illness in prison and jails: a state survey*. Recuperado de: <http://www.treatmentadvocacycenter.org/storage/documents/treatment-behind-bars/treatment-behind-bars.pdf>
- Torrubia, R., Avila, C., Molto, J., y Caseras, X. (2001). The Sensitivity of Punishment and Sensitivity to Reward Questionnaire (SPSRQ) as a measure of Gray's Anxiety and Impulsivity Dimensions. *Personality and Individual Differences, 31*, 837-862.
- Thurstone, L. L. y Chave, E. J. (1929). *The measurement of attitudes*. Chicago: University of Chicago Press.
- Tremblay, R. E., Pihl, R. O., Vitaro, F., y Dobkin, P. L. (1994). Predicting early onset of male antisocial behavior from preschool behavior. *Archives of General Psychiatry, 51*, 732-739.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1994.03950090064009>
- Tye, C., y Mullen, P. (2006). Mental disorders in female prisoners. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 40*(3), 266–271. doi: 10.1080/j.1440-1614.2006. 01784.x
- Ullrich, S., y Marneros, A. (2004). Dimensions of personality disorders in offenders. *Criminal Behaviour and Mental Health, 14*, 202-213.
<https://doi.org/10.1002/cbm.587>
- U.S. Department of Justice y National Institute of Justice (Septiembre, 2000). *Research on Women and Girls in the Justice System* (NCJ 180973). Washintong DC.
- Valdes, J., y Torrealba J. (2006). La corteza prefrontal medial controla el alerta conductual y vegetativo: Implicancias en desórdenes de la conducta. *Rev. chil. neuro-psiquiatria, 44* (3), 195-204.
- Van den Bergh, B. J., Gatherer, A., Fraser, A., y Moller, L. (2011). Imprisonment and women's health: concerns about gender sensitivity, human rights and public health. *Bulletin of the World Health Organization, 89*(9), 689-694. doi:10.2471/BLT.10.082842
- Van Dieten, M. y King, E. (2014). Advancing the use of CBT with justice-involved women. En Tafrate, R.C. y Mitchell, D. (eds.). *Forensic CBT: A handbook for clinical practice* (pp. 327-353). Chichester, Uk: Wiley-Blackwell
- Vásquez- Barbosa, S. (2012). *Trastornos de la personalidad y conducta delictiva* (Informe N°7). Madrid: ISIE.

- Vegue, M., Álvaro, E., y Sternberg, F. (2004). Evaluación de los problemas relacionados con el uso de alcohol en un grupo de reclusos de Madrid. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 6(2), 40-46.
- Vicens, E., Tort, V., Dueñas, R., Muro, Á., Pérez-Arnau, F., Arroyo, J., Acín, E., De Vicente, A., Guerrero, R., Lluch, J., Planella, R.,... Sarda, P. (2011). The prevalence of mental disorders in Spanish prisons. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 21, 321–332. doi: 10.1002/cbm.815
- Villagra-Lanza, P., Gonzales-Menéndez, A., Fernández-García, P., Casares, M. J., Martín-Martín, L., y Rodríguez-Lameras, F. (2011). Perfil adictivo, delictivo y psicopatológico de una muestra de mujeres en prisión. *Adicciones*, 23(3), 219-226. doi: <https://doi.org/10.20882/adicciones.146>
- Vinkers, D., Van De Vorst, M., y Hoek, H. (2012). Severe mental illness in prisoners worldwide. *The British Journal of Psychiatry*, 201,327-328. doi: 10.1192/bjp.201.4.327
- Walker, J., Illingworth, C., Canning, A., Garner, E., Woolley, J., Taylor, P., Amos, T. (2013). Changes in mental state associated with prison environments: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand*, 18, 1–10. doi: 10.1111/acps.12221.
- Walsh, A. (2012). *Criminology. The essentials*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Walter, M., Wiesbeck, G. A., Dittmann, V., y Graf, M. (2011). Criminal recidivism in offenders with personality disorders and substance use disorders over 8 years of time at risk. *Psychiatry research*, 186(2), 443-445. doi: 10.1016/j.psychres.2010.08.009
- Warren, J.I., Burnette, M., South, S.C., Chauhan, P., Bale, R., y Friend, R. (2002). Personality disorders and violence among female prison inmates. *Journal of American Academy of Psychiatry and the Law*, 30, 502-509.
- Wechsler, D. (1997). *Escala de Inteligencia de Weschler para Adultos-III (WAIS-III) [Wechsler Adult Intelligence Scale-(WAIS-III)]*. Madrid, Spain: TEA.
- Widakowich, C., (2012). El enfoque dimensional vs el enfoque categórico en psiquiatría: aspectos históricos y epistemológicos. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 17(4), 365-374.
- Widom, C. S. (2017). Long-term impact of childhood abuse and neglect on crime and violence. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 24(2), 186-202. doi: 10.1111/cpsp.12194

- Widom, C., Czajaa, S., y Dutton, M. (2008). Childhood victimization and lifetime revictimization, *Child Abuse Negl*, 32(8), 785–796. doi: 10.1016/j.chiabu.2007.12.006
- Williams, H. K., Taylor, P. J., Walker, J., Plant, G., Kissell, A., y Hammond, A. (2013). Subjective experience of early imprisonment. *International journal of law and psychiatry*, 36(3-4), 241-249. doi: 10.1016/j.ijlp.2013.04.020.
- Williams, S., Williams, D., Stein, D., Seedat, S., Jackson, P., y Moomal, H. (2007). Multiple Traumatic Events and Psychological Distress: The South Africa Stress and Health Study. *J Trauma Stress*, 20(5): 845–855. doi:10.1002/jts.20252. doi: 10.1016/j.ijlp.2013.04.020
- Wittner, V. (2015). *Síntomas Psicopatológicos y Redes Sociales Personales en Mujeres Privadas de su Libertad* (Tesis doctoral, Universidad de Palermo). Recuperada de: http://dspace.palermo.edu/dspace/bitstream/handle/10226/1677/Wittner%20Valeria%20Tesis_CC.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Wittchen, H.U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, C.M., Svensson, D. B., Jönsson, E. J.... Olesen, F.C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European neuropsychopharmacology*, 21 (9), 655-679.doi: 10.1016/j.euroneuro.2011.07.018
- Wolf, C. (1999). *Prior Abuse Reported by Inmates and Probationers* (No. NCJ172879). Washington, DC: Bureau of Justice Statistics.
- Wolff, N., y Shi. J. (2012). Childhood and Adult Trauma Experiences of Incarcerated Persons and Their Relationship to Adult Behavioral Health Problems and Treatment. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9, 1908-1926. doi:10.3390/ijerph9051908
- Wright, W. (2000). *Así nacemos. Genes conducta y personalidad*. Madrid: E Taurus.
- Yela, M. (1998). Psicología penitenciaria: más allá de vigilar y castigar. *Papeles del psicólogo*, 70, 4.
- Yela, M., y Chiclana, S. (2008). *El psicólogo en las instituciones penitenciarias: Teoría y Práctica*. Colegio General de Colegios Oficiales de Psicólogos: Madrid.
- Young, S., Hopkin, G., Perkins, D., Farr, C., Doidge, A., y Gudjonsson, G. (2012). A controlled trial of a cognitive skills program for personality-disordered

offenders. *Journal of Attention Disorders*, 17(7), 598-607. doi:
<https://doi.org/10.1177/1087054711430333>

Zabala-Baños, M. (2015). Prevalencia de trastornos mentales en prisión: análisis de la relación con delitos y reincidencia (Tesis doctoral). Recuperada de: <http://eprints.ucm.es/35879/>

Zabala-Baños, M.C., Segura, A., Maestre-Miquel, C., Martínez-Lorca, M., Rodríguez-Martín, B., Romero, D., y Rodríguez, M. (2016). Prevalencia de trastorno mental y factores de riesgo asociados en tres prisiones de España. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 18, 13-24.

Zara, G., y Farrington, D. (2016). *Criminal recidivism: Explanation, prediction and prevention*. Reino Unido: Routledge.

Zlotnick, C., Johnson, J., y Najavits, L.M. (2009). Randomized controlled pilot study of cognitive-behavioral therapy in a sample of incarcerated women with substance abuse disorder and posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 40, 325-336. doi: 0.1016/j.beth.2008.09.004

Zuckerman, M. (1997). The psychobiological basis of personality. En H. Nyborg (Eds), *The scientific study of human nature: Tribute to Hans J. Eysenck at eighty*. Londres: Pergamon.

Zuckerman, M., Eysenck, S.B.G., y Eysenck, H.J. (1978). Sensation seeking in England and America: Cross-cultural, age, and sex comparisons. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 139-149.

ANEXOS

Anexo A

Certificación del Centro de Privación de la Libertad de Personas Adultas Ambato

CERTIFICACIÓN

CENTRO DE PRIVACIÓN DE LIBERTAD DE PERSONAS ADULTAS AMBATO

Certifico que la profesora Verónica Alexandra Molina Coloma, con cédula de ciudadanía 180296432-8, mediante el convenio de Cooperación Interinstitucional con número de Resolución: 1357-CU-P-2013, entre el Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos y la Universidad Técnica de Ambato, realizó una investigación con las personas privadas de la libertad, en este sentido cabe señalar que la recolección de datos del estudio se realizaron bajo los criterios de ética establecidos universalmente, el uso exclusivo de los datos científicamente y sobre todo se solicitó la firma de los participantes en una hoja de consentimiento informado, la cual explicaba ampliamente los puntos a tratar en la entrevista.

Es todo cuanto puedo informar, en honor a la verdad

Atentamente,



Dra. Dolores Salazar
PSICOLOGA - CENTRO DE PRIVACION DE LIBERTAD
DE BPERSONAS ADULTAS DE AMBATO



Ambato, 29 de diciembre del 2015

Anexo B

Carta informativa del estudio

Ambato.....del 2015

Estimado/a.....

Le informo que se va realizar un estudio dentro del centro de privación de libertad de personas adultas Ambato que tendrá las siguientes características:

Objetivo del estudio: conocer el estado de salud física, emocional y psicológica de las personas privadas de libertad, con el objetivo de identificar las necesidades psicológicas específicas de las personas encarceladas.

Nº de sesiones: 3 sesiones

Duración de las sesiones: 1:30 horas cada sesión

Lugar de las sesiones: Centro de privación de libertad de personas adultas Ambato

Avenida El Cóndor, Ambato EC180108

Tungurahua-Ambato

Teléfono: 0992748182

El estudio consta de las siguientes fases:

Sesión 1: individual

- carta informativa
- hoja de consentimiento
- cuestionario sociodemográfico y de salud
- cuestionario sobre delito y condena
- Entrevista: MINI
- Aplicación del cuestionario TQ

Sesión 2: individual

- Aplicación del cuestionario SCL-90-R
- Aplicación del cuestionario AQ
- Aplicación del cuestionario BIS-11

Sesión 3: individual

- Aplicación del cuestionario MCMI-III

Siempre que el participante lo desee podrá recibir información sobre los resultados del estudio.

Le agradezco el interés que ha manifestado por colaborar.

Verónica Molina

Directora del estudio

Todos los datos obtenidos durante el estudio son absolutamente confidenciales, y serán utilizados de forma disociada con fines investigadores y de publicación científica.

Anexo C.

Hoja de Consentimiento Informado

Sr/Sra:.....

MANIFIESTA:

- a) Que acepta libremente formar parte del estudio sobre la salud física, emocional y psicológica en población carcelaria de la ciudad de Ambato.

- b) Que en función de dicha opción libre, puede abandonar el estudio en el momento que lo desee. Del mismo modo la directora puede dar por concluida la evaluación si el participante no cumple las pautas establecidas.

- c) Que conoce por medio de la directora que los datos proporcionados servirán exclusivamente para que mediante diversos análisis, se logre dar respuesta a los objetivos y preguntas que se han planteado en este estudio.

- d) Que entiende que el estudio no implica ningún daño o riesgo.

Ambato,..... de.....de 2015

Firma.: El/la participante

Firma.: La directora del estudio

Anexo D.

Cuestionario Socio-Demográfico y de Salud

Lugar:

Fecha:

Instrucciones: Lea detenidamente y conteste cada una de las siguientes preguntas.

DATOS GENERALES

Edad:	
Sexo: Femenino: <input type="checkbox"/>	Masculino: <input type="checkbox"/>
Nacionalidad:	
Etnia con la que se identifica:	Afroecuatoriano: <input type="checkbox"/> Mestizo: <input type="checkbox"/> Blanco: <input type="checkbox"/> Pueblo ancestral: <input type="checkbox"/>
Estado Civil:	
Soltero /a: <input type="checkbox"/> Casado /a: <input type="checkbox"/> Divorciado/a: <input type="checkbox"/> Viudo /a: <input type="checkbox"/> Unión Libre: <input type="checkbox"/> Separado: <input type="checkbox"/>	
Nivel de estudios:	
Hijos: si: <input type="checkbox"/> no: <input type="checkbox"/>	Recibe Ud. visitas de algún familiar o alguien cercano:
Número de hijos:	Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>

SITUACIÓN ECONÓMICA

Ingreso económico mensual familiar :	
Situación de su vivienda es:	
Casa: <input type="checkbox"/> Departamento: <input type="checkbox"/> Cuarto: <input type="checkbox"/>	
Propio: <input type="checkbox"/> Arrendado: <input type="checkbox"/>	
Su barrio está ubicado en una zona:	
Urbana: <input type="checkbox"/> Rural: <input type="checkbox"/>	
Trabaja en la cárcel:	
Si: <input type="checkbox"/>	

No:

Tipo de trabajo en prisión:

Ocupación actual en prisión:

ENFERMEDADES

Tiene alguna enfermedad física:

Si:

No:

Si contestó si indique lo siguiente:

Tipo de enfermedad:

Algún familiar cercano a usted ha tenido algún tipo de problema psicológico:

Si:

No:

Si contestó sí, indique lo siguiente:

Tipo de problema psicológico:

¿Quién lo padeció?:

¿Ud. ha tenido algún tipo de problema psicológico anteriormente al ingreso a prisión?

Si:

No:

Si contesto sí, indique lo siguiente:

Tipo de problema psicológico:

Anexo E.

Cuestionario sobre Delito y Condena

Lugar:

Fecha:

Instrucciones: Lea detenidamente y conteste cada una de las siguientes preguntas:

INGRESO EN PRISIÓN

Es la primera vez que ingresa a prisión: Si: No:

Si ha indicado que no, conteste lo siguiente:

Número de veces que ha ingresado a prisión:

Tiempo de condena:

Indique los delitos por los que ha ingresado anteriormente:

Indique el delito por el cual ha sido sentenciado en la actualidad:

¿Por cuánto tiempo le sentenciaron?:

¿Qué tiempo se encuentra ya en prisión?:

Ha tenido llamados de atención que consten en el expediente disciplinar por motivo de conducta inadecuada:

Si: Número:

No:

Algún familiar suyo ha ingresado en prisión:

Si: No:

Si contestó sí, indique lo siguiente:

¿Quién?:

¿Cuántas veces?:

¿Está en la actualidad en prisión?: Si: No:

En la adolescencia Ud. ingreso en el Centro de Menores Infractores:

Si: Número de veces:

No: