
DIFERENCIAS GENERALES Y ENTRE SEXOS EN SALUD MENTAL: UN ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE POBLACIÓN PENITENCIARIA Y POBLACIÓN GENERAL

GENERAL AND SEX DIFFERENCES IN MENTAL HEALTH: A COMPARATIVE STUDY BETWEEN PRISON AND GENERAL POPULATION

VERÓNICA MOLINA COLOMA, JOSÉ IGNACIO PÉREZ Y KARMELE SALABERRÍA
*Departamento Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos,
Facultad de Psicología, Universidad del País Vasco / Euskal Herriko Unibertsitatea*

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.

Resumen: En Ecuador son escasos los estudios sobre la salud mental en las prisiones. El presente estudio tuvo como objetivo describir el nivel de síntomas y trastornos psicopatológicos presentes en una muestra de 101 reclusos y compararlos con una muestra de la población general compuesta de 92 individuos residentes de Ecuador, con similares características en edad y sexo. En una sesión individual se aplicó la Minientrevista neuropsiquiátrica internacional (MINI) y el Cuestionario de 90 síntomas revisado (SCL-90-R). Los resultados mostraron que la población reclusa presentaba mayores niveles de sintomatología y mayor prevalencia de trastornos mentales que la población general, siendo las diferencias más acusadas entre las mujeres que entre los hombres. De ello se deriva la necesidad de instaurar tratamientos psicológicos para la población carcelaria para atender a los síntomas y trastornos que padecen de cara a su reinserción social.

Palabras clave: prisioneros, manifestaciones psicopatológicas, problemas mentales, población normal, convictos, Sudamérica.

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

Abstract: Studies on mental health in prisons are scarce in Ecuador. This study aimed to describe symptoms and disorders in a sample of 101 inmates compared to a sample of 92 general population individuals sharing similar characteristics concerning age and sex. They completed the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) and the Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R). Inmates showed more symptoms and higher prevalence of mental disorders than the general population, significantly more among women. Psychological treatment focused in prison population toward social reintegration is needed.

Keywords: offenders, psychopathology, mental problems, normal population, convicts, South America.

la intensidad, frecuencia y 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

Agradecimientos: A la Universidad Técnica de Ambato por concertar el convenio con el Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos, que permitió el acceso al Centro de Privación de Personas Adultas Ambato.

Dirigir correspondencia a: Verónica Molina Coloma. Departamento Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Facultad de Psicología, Universidad del País Vasco, Avda. Tolosa, 70, 20018 San Sebastián, España. Correo electrónico: veronicamolinalcoloma@gmail.com

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 (American Psychiatric Association, 2014).

A nivel mundial, casi una de cada 10 personas padece un trastorno mental y del comportamiento (Organización Mundial de la Salud, 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, se ha encontrado que 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 (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Organización Panamericana de la Salud y Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS, 2015).

Los sistemas de salud, en lo que respecta 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, Hayes, Bartellas, Clerici y Trestman, 2016; Prins, 2014; Torrey et al., 2014; Vicens et al., 2011). También es muy común 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 encontró 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 Follino (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 (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Organización Panamericana de la Salud y Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS, 2015). De ahí la necesidad e importancia de la realización de este trabajo.

Teniendo en cuenta lo expuesto, se plantearon las siguientes preguntas: 1) ¿habrá diferencia en síntomas y trastornos psicopatológicos entre la población reclusa y la general?, 2) ¿habrá diferencias entre los hombres y entre las mujeres de la población reclusa y la general?, y 3) ¿existirán diferencias entre aquellos reclusos con y sin trastornos psicopatológicos, evaluados mediante la Minientrevista neuropsiquiátrica internacional (MINI), en características sociodemográficas, historial de salud, tipología delictiva y síntomas psicopatológicos?

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 cuenta las características del grupo de personas encarceladas, se admitieron al estudio, por orden de llegada, aquellas personas de la población general con similares características, apareándose ambos grupos en edad y sexo.

En la tabla 1 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.

Diseño

Esta investigación se enmarca en la metodología cuantitativa y utiliza un diseño descriptivo y comparativo de dos grupos de corte transversal.

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 (Lecrubier et al., 1998b). Es una entrevista diagnóstica estructurada dividida en 16 secciones que evalúa algunos trastornos mentales de acuerdo con el *DSM-IV / CIE-10*. 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,

Tabla 1. Datos sociodemográficos y de salud de los participantes

Variable sociodemográfica o de salud	Total						Hombres						Mujeres								
	Población reclusa N = 101			Población general N = 92			Población reclusa n = 51			Población general n = 46			Población reclusa n = 50			Población general n = 46					
	n	%		n	%		n	%		n	%		n	%		n	%				
Estado civil	34	33.66	28	30.43	4.72	.194	.156	16	31.40	18	39.10	3.24	.356	.183	18	36.00	10	21.74	3.86	.277	.200
Soltero	50	49.51	54	58.70			24	47.10	22	47.80			26	52.00	32	69.57					
Casado / en pareja	13	12.87	10	10.87			8	15.70	6	13.00			5	10.00	4	8.70					
Divorciado / separado	4	3.96	0	0.00			3	5.90	0	0.00			1	2.00	0	0.00					
Viudo																					
Nacionalidad	93	92.08	90	97.83	3.24	.072	.129	50	98.00	45	97.80	0.01	.941	.007	43	86.00	45	97.83	4.39	.036	.214
Ecuatoriana	8	7.92	2	2.17			1	2.00	1	2.20			7	14.00	1	2.17					
Colombiana																					
Nivel de estudios	81	80.20	54	58.70	10.59	.001	.234	38	74.50	23	50.50	6.39	.041	.257	43	86.00	31	67.39	4.69	.030	.221
Educación general básica	19	18.81	37	40.21			12	23.50	22	47.80			7	14.00	15	32.61					
Bachillerato general	1	1.00	1	1.09			1	2.10	1	2.20			0	0.00	0	0.00					
Estudios universitarios																					
Nivel socioeconómico (dólares)	39	38.61	10	10.87	11.58	.001	.245	43	84.30	27	58.70	7.90	.005	.285	38	76.00	26	40.60	4.09	.043	.206
Inferior al salario básico	20	19.80	39	42.40			8	15.70	19	41.30			12	24.00	20	43.50					
Superior al salario básico																					
Antecedentes en salud																					
Enfermedad física actual	23	22.77	6	6.52	19.56	.000	.227	10	19.60	3	6.50	3.57	.059	.192	13	26.00	3	6.52	6.55	.011	.261
Historia psicopatológica previa	19	18.81	11	12.00	1.72	.422	.095	9	17.60	6	13.00	0.39	.821	.064	10	20.00	5	10.87	1.52	.218	.126
Historia psicopatológica familiar																					

Nota: En negritas se resalta las diferencias significativas a $p \leq .05$.

fobia social, .72-.81, fobia simple, .46-.70, ansiedad generalizada, .88, trastorno obsesivo-compulsivo, .62, trastorno de estrés posttraumático, .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, De las Cuevas, Rodríguez-Abuín y Rodríguez-Pulido (Derogatis, 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). Derogatis (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 coeficiente alfa 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 (Derogatis, 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, y 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 Centro de Privación de Libertad de Personas Adultas 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 en una sesión de hora y media de duración aproximadamente 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* (American Psychiatric Association, 2014). Los trastornos alimentarios no se incluyen en este trabajo dado que ningún participante los presentó.

Análisis de datos

Los análisis se han llevado 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 ji cuadrada, 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. 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 hubo diferencias en el historial psicopatológico previo al ingreso en prisión entre los hombres.

Desde el punto de vista delictivo, 39.60% ($n = 40$) eran reclusos que estaban sentenciados por delitos contra la propiedad, 22.77% ($n = 23$) estaba recluso por delitos relacionados con las drogas, 13.86% ($n = 14$) por asociación ilícita, 10.89% ($n = 11$) por delitos sexuales, otro 10.89% ($n = 11$) por delitos contra la vida (homicidio, asesinato) y 1.98% ($n = 2$) 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 son los que 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 2), en el SCL-90-R, se evidenció que el grupo de personas privadas de libertad presentaba niveles de sintomatología y malestar psicológico superiores a las personas de la población general, ya que aparecieron diferencias estadísticamente significativas en todas las subescalas. Tomando como referencia el punto de corte de $T \geq 63$ (Derogatis, 2002), la población reclusa se consideraría necesitada de asistencia psicológica para paliar su malestar. El tamaño de las diferencias entre

ambas poblaciones fue moderado-grande en el malestar sintomático ($d = 0.94$), la depresión ($d = 0.83$), el psicoticismo ($d = 0.66$), el índice de gravedad 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 ($d = 0.45$), el índice de gravedad global ($d = 0.44$), la sintomatología depresiva ($d = 0.65$), el psicoticismo ($d = 0.60$) y el malestar sintomático positivo ($d = 0.81$), que era mayor entre los hombres encarcelados. Con respecto a las mujeres que estaban en prisión, éstas presentaban mayores niveles de malestar psicopatológico que las mujeres de la población general en todas las subescalas, excepto en hostilidad. El tamaño de las diferencias era grande en el malestar sintomático positivo ($d = 1.31$), en depresión ($d = 1.28$), en el índice de gravedad global ($d = 0.96$) y en somatización ($d = 0.91$). En general, las mujeres encarceladas presentaban 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 presentaban mayor gravedad de síntomas ($M = 1.73$, $DT = 0.95$), seguidos por los penados por tenencia ilegal de estupefacientes ($M = 1.34$, $DT = 0.73$), delitos contra la propiedad ($M = 1.13$, $DT = 0.64$), otros delitos ($M = 1.08$, $DT = 1.00$), delitos contra la vida ($M = 1.04$, $DT = 0.56$) y, por último, con el menor nivel de gravedad de síntomas, los condenados por delitos sexuales ($M = 0.81$, $DT = 0.52$).

Desde el punto de vista categorial y de acuerdo con los resultados en la MINI (tabla 3), el porcentaje de reclusos con trastorno mental era de 59.40% frente a 17.39% en la población general y esta diferencia fue 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 personalidad antisocial ($d = 0.48$), más trastornos adictivos

Tabla 2. Niveles de sintomatología en el Cuestionario de 90 síntomas revisado

Sintomatología	Total												Hombres						Mujeres									
	Población reclusa N = 101			Población general N = 92			Población reclusa n = 51			Población general n = 46			Población reclusa n = 50			Población general n = 46												
	M	dr	T	M	dr	T	M	dr	T	M	dr	T	M	dr	T	M	dr	T										
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	0.83	411	0.17	1.64	0.98	63	0.97	0.62	55	4.32	.000	0.91
Obsesión-compulsión	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	0.71	0.37	0.37	1.45	0.89	63	1.10	0.73	58	2.51	.014	0.52
Sensibilidad interpersonal	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	0.407	0.17	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	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	0.116	0.32	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	0.45	1.15	1.21	60	0.82	0.62	58	1.69	.095	0.34
Ansiedad 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	0.551	0.12	0.12	1.02	0.99	67	0.55	0.60	58	3.14	.002	0.65
Idención 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	0.208	0.26	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	0.60	1.02	0.91	67	0.51	0.47	60	3.66	.000	0.77
Índice de gravedad global	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	0.44	1.41	0.79	67	0.85	0.50	58	4.62	.000	0.96
Total de síntomas positivos	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	0.518	0.13	0.13	47.20	18.46	63	38.87	18.14	58	2.68	.009	0.56
Malestar sintomático positivo	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	0.81	2.54	0.64	63	1.87	0.50	53	6.25	.000	1.31

Nota: T = puntuación tipificada del baremo de la población general. En negritas se resalta las diferencias significativas a $p \leq .05$.

Tabla 3. Trastornos psicopatológicos en función de la Entrevista neuropsiquiátrica internacional MINI

Trastorno	Total						Hombres						Mujeres								
	Población rechusa		Población general		χ^2	p	Población rechusa		Población general		χ^2	p	Población rechusa		Población general		χ^2	p	V		
	n	%	n	%			n	%	n	%			n	%	n	%				n	%
Trastornos afectivos																					
Episodio depresivo mayor 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
Riesgo de suicidio																					
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
Trastorno bipolar	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
Trastornos de ansiedad	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
Trastorno de estrés posttraumático	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
Trastorno obsesivo-compulsivo	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	—	—	—
Trastornos adictivos																					
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
Trastornos psicóticos	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
Trastorno antisocial de la personalidad	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
Trastorno psicopatológico actual/vida	60	59.40	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

Nota: En negritas se resalta las diferencias significativas a $p \leq .05$.

como la dependencia de sustancias ($d = 0.37$) y de alcohol ($d = 0.35$), mayor riesgo de suicidio ($d = 0.28$), más trastornos de ansiedad ($d = 0.23$) y trastorno de estrés posttraumático ($d = 0.24$).

Entre las mujeres, un 54.00% de las reclusas presentaba trastornos mentales, frente a un 13.04% de las mujeres de la población general, y esta diferencia fue de tamaño moderado ($d = 0.43$). Los trastornos mentales que más aparecieron entre las mujeres de la población general fueron el abuso de alcohol (6.52%), la dependencia de sustancias (4.35%) y los trastornos de ansiedad (4.35%). Entre las mujeres encarceladas se dieron con mayor frecuencia la dependencia de sustancias (24.00%), la dependencia de alcohol (24.00%), el trastorno de estrés posttraumático (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 con la 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 4). Entre las variables sociodemográficas, los reclusos que presentaban trastornos psicopatológicos evaluados por la MINI eran principalmente ecuatorianos, con niveles 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 gravedad 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, fueron los participantes condenados por delito sexual los que menos trastornos evaluados con la MINI presentaban (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, de Assis y Pinto, 2016), que repercuten en la salud mental. En particular en aquellas que son madres, quienes tienden a sufrir la separación de sus hijos, rechazo

Tabla 4. Comparación entre reclusos (N = 101) con trastorno y sin trastorno de acuerdo con la Minientrevista neuropsiquiátrica internacional

Variable sociodemográfica, psicopatológica o delictiva	Con trastorno n = 60		Sin trastorno n = 41		χ^2	p	V		
	n	%	n	%					
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		
Historia psicopatológica previa	23	38.33	0	0.00	20.35	.000	.449		
Historia psicopatológica familiar	15	25.00	4	9.76	3.71	.054	.192		
Tipo de delito					17.31	.004	.414		
Contra la vida (n = 11)	7	11.66	4	9.76					
Sexuales (n = 11)	1	1.66	10	24.39					
Contra la propiedad (n = 40)	27	45.00	13	31.71					
Tenencia de estupefacientes (n = 23)	12	20.00	11	26.82					
Asociación ilícita (n = 14)	12	20.00	2	4.88					
Delitos menores (n = 2)	1	1.66	1	2.44					
	M	DT	T	M	DT	T	t	p	d
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
Índice de gravedad global	1.48	0.77	70	0.84	0.45	63	5.20	.000	1.01
Total de síntomas positivos	51.63	18.55	67	33.98	12.70	57	5.68	.000	1.11
Malestar sintomático positivo	2.48	0.70	63	2.17	0.60	58	2.37	.020	0.48

Nota: T = puntuación tipificada del baremo de la población general. En negritas se resalta las diferencias significativas a $p \leq .05$.

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-Flórez, 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 Illescas, 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 Ministerio de Salud Pública 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 síntomas y trastornos, 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 semiabierto y abierto (Redondo Illescas, 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 Ministerio de Salud Pública), 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.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
- Amorim, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): Validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(3), 106-115. doi:10.1590/S1516-44462000000300003
- Arboleda-Flórez, J., Holley, H., & Crisanti, A. (1998). Understanding causal paths between mental illness and violence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33(supl. 1), S38-S46. doi:10.1007/s001270050208
- Arcila Rivera, A., Castaño Ramírez, M., Osorio Montoya, D., & 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. doi:10.1016/S0034-7450(14)60086-X
- 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(3), 100-111. Recuperable de <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/13>
- Barnao, M., & Ward, T. (2015). Sailing uncharted seas without a compass: A review of interventions in forensic mental health. *Aggression and Violent Behavior*, 22, 77-86. doi:10.1016/j.avb.2015.04.009
- Benavides Portilla, M., & Beitia Cardona, P. N. (2012). Enfermedad mental en reclusos de la Penitenciaría Nacional de Palmira: Enfoque desde la atención primaria. *Ciencia & Salud*, 1(1), 51-57. Recuperable de <http://revistas.usc.edu.co/index.php/CienciaySalud/article/view/7>
- Birmingham, L. (2004). Mental disorders and prisons [editorial]. *Psychiatric Bulletin*, 28(11), 393-397. doi:10.1192/pb.28.11.393
- Butler, T., Andrews, G., Allnut, S., Sakashita, C., Smith, N. E., & Basson, J. (2006). Mental disorders in Australian prisoners: A comparison with a community sample. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(3), 272-276. doi:10.1080/j.1440-1614.2006.01785.x
- 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
- Carrión M., F. (2006). La recurrente crisis carcelaria en Ecuador [editorial]. *Ciudad Segura*, 1, 1. Recuperable de <http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/xmlui/handle/10469/2357>
- Casares-López, M. J., González-Menéndez, A., Bobes-Bascarán, M. T., Secades, R., Martínez-Cordero, A., & Bobes, J. (2011). Necesidad de evaluación de la patología dual en contexto penitenciario. *Adicciones*, 23(1), 37-44. doi:10.20882/adicciones.165
- Constantino, P., de Assis, S. G., & Pinto, L. W. (2016). The impact of prisons on the mental health of prisoners in the state of Rio de Janeiro, Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(7), 2089-2099. doi:10.1590/1413-81232015217.01222016
- Derogatis, L. R. (1983). *SCL-90-R. Administration, scoring and procedures manual II for the revised version and other instruments of the psychopathology rating scale series*. Towson, MD, EE.UU.: Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L. R. (adaptación española: González de Rivera, J. L., De las Cuevas, C., Rodríguez Abuín, M., y Rodríguez Pulido, F.). (2002). *SCL-90-R. Cuestionario de 90 síntomas. Manual*. Madrid, España: TEA.
- Edwards, S. G. (2010). La legislación de drogas de Ecuador y su impacto sobre la población penal en el país. En P. Metaal y C. Youngers (Eds.), *Sistemas sobrecargados - Leyes de drogas y cárceles en América Latina* (pp. 51-60) [informe de investigación]. Ámsterdam, Países Bajos, y Washington, DC, EE.UU.: Transnational Institute y Washington Office on Latin America. Recuperable de <http://www.druglawreform>

- info/index.php?option=com_flexicontent&view=category&cid=122&Itemid=46&lang=es
- Fazel, S., & Baillargeon, J. (2011). The health of prisoners. *The Lancet*, 377(9769), 956-965. doi:10.1016/S0140-6736(10)61053-7
- Fazel, S., Grann, M., Kling, B., & 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. J., Bartellas, K., Clerici, M., & Trestman, R. (2016). Mental health of prisoners: Prevalence, adverse outcomes, and interventions. *The Lancet Psychiatry*, 3(9), 871-881. doi:10.1016/S2215-0366(16)30142-0
- Fazel, S., & Seewald, K. (2012). Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: Systematic review and meta-regression analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 200(5), 364-373. doi:10.1192/bjp.bp.111.096370
- Fuentes, M., & Fernández, E. M. (2016). La esquizofrenia en el medio penitenciario. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 36(130), 405-420. Recuperable de <http://www.revistaen.es/index.php/aen/article/view/16969>
- Green, B. L., Dass-Brailsford, P., Hurtado de Mendoza, A., Mete, M., Lynch, S. M., DeHart, D. D., & 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
- Hassan, L., Rahman, M. S., King, C., Senior, J., & 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
- Kohn, R., & Rodríguez, J. (2009). Prevalencia y carga de los trastornos mentales en la población adulta de América Latina y el Caribe. En J. J. Rodríguez, R. Kohn y S. Aguilar-Gaxiola (Eds.), *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe* (pp. 19-32). Washington, DC, EE.UU.: Organización Panamericana de la Salud.
- Lecrubier, Y., Weiller, E., Hergueta, T., Amorim, P., Bonora, L. I., Lépine, J. P.,..., & Sheehan, M. (1998a). *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>
- Lecrubier, Y., Weiller, E., Hergueta, T., Amorim, P., Bonora, L. I., Lépine, J. P.,..., & Sheehan, M. (1998b). *M.I.N.I. Mini International Neuropsychiatric Interview. Versión en español 5.0.0. DSM-IV* (trads. L. Ferrando, L. Franco-A., M. Soto, J. Bobes, O. Soto, L. Franco y J. Gibert) [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. S., & Folino, J. (2014). Descripción multidimensional de la población carcelaria chilena. *Psicoperspectivas*, 13(1), 68-81. doi:10.5027/PSICOPERSPECTIVAS-VOL13-ISSUE1-FULLTEXT-243
- Macció, A., Meloni, F. R., Sisti, D., Rocchi, M. B. L., Petretto, D. R., Masala, C., & 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
- MacDonald, M. (2013). Women prisoners, mental health, violence and abuse. *International Journal of Law and Psychiatry*, 36(3-4), 293-303. doi:10.1016/j.ijlp.2013.04.014
- 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. Recuperable de <https://ome-aen.org/biblioteca/revista-norte/>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Organización Panamericana de la Salud & Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe de evaluación del sistema de salud mental en Ecuador utilizando el Instrumento de evaluación para sistemas de salud mental de la OMS (IESM-OMS)* [informe técnico]. Ecuador: autores. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/evidence/ecuador_who_aims_report_sp.pdf?ua=1
- Mitchell, O., Wilson, D. B. y MacKenzie, D. L. (2012). The effectiveness of incarceration-based drug treatment on criminal behavior: A systematic review. *Campbell Systematic Reviews*, 8, 18. doi:10.4073/csr.2012.18
- National Institute for Health and Care Excellence. (2017). *Mental health of adults in contact with the criminal justice system (NICE guideline NG66)*. Recuperado de <https://www.nice.org.uk/guidance/ng66>
- Ogloff, J. R. P. (2002). Identifying and accommodating the needs of mentally ill people in gaols and prisons. *Psychiatry, Psychology and Law*, 9(1), 1-33. doi:10.1375/pplt.2002.9.1.1
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Ginebra, Suiza: autor. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud. (2015, 14 de julio). *A nivel mundial, el personal sanitario y los fondos destinados a la salud mental siguen siendo escasos* (nota para los medios de información). Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/detail/14-07-2015-global-health-workforce-finances-remain-low-for-mental-health>
- Otto, R. K., & Douglas, K. S. (Eds.). (2010). *Handbook of violence risk assessment*. Nueva York, NY, EE.UU.: Routledge.

- Peters, R. H., Wexler, H. K., & 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), 1-6. doi:10.1037/prj0000135
- Prins, S. J. (2014). Prevalence of mental illnesses in U.S. state prisons: A systematic review. *Psychiatric Services*, 65(7), 862-872. doi:10.1176/appi.ps.201300166
- Redondo Illescas, S. (2017). *Evaluación y tratamiento de delinquentes. Jóvenes y adultos*. Madrid, España: Pirámide.
- Rodríguez Rodríguez, R. M. (2017). *Excluidos e internados. La problemática de las personas con discapacidad en centros penitenciarios*. Madrid, España: Fundación ONCE.
- Sánchez, R. O., & 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>
- Senior, J., Birmingham, L., Harty, M. A., Hassan, L., Hayes, A. J., Kendall, K.,..., & Shaw, J. (2013). Identification and management of prisoners with severe psychiatric illness by specialist mental health services. *Psychological Medicine*, 43(7), 1511-1520. doi:10.1017/S0033291712002073
- 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 conjunto). Recuperado de https://www.unodc.org/documents/peruandecuador/Publicaciones/Consumo_de_drogas.pdf
- Torrey, E. F., Zdanowicz, M. T., Kennard, A. D., Lamb, H. R., Eslinger, D. F., Biasotti, M. C., & Fuller, D. A. (2014). *The treatment of persons with mental illness in prisons and jails: A state survey* [informe de investigación]. Arlington, VA, EE.UU.: Treatment Advocacy Center. Recuperado de <http://www.treatmentadvocacycenter.org/storage/documents/treatment-behind-bars/treatment-behind-bars.pdf>
- Tye, C. S., & Mullen, P. E. (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
- Vicens, E., Tort, V., Dueñas, R. M., Muro, Á., Pérez-Arnau, F., Arroyo, J. M.,..., Sarda, P. (2011). The prevalence of mental disorders in Spanish prisons. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 21(5), 321-332. doi:10.1002/cbm.815
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B.,..., & Steinhausen, H.-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
- Zabala-Baños, M. C., Segura, A., Maestre-Miquel, C., Martínez-Lorca, M., Rodríguez-Martín, B., Romero, D., & Rodríguez, M. (2016). Prevalencia de trastorno mental y factores de riesgo asociados en tres prisiones de España. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 18(1), 13-24. Recuperable de <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/397>

Recibido: 5 de diciembre de 2017.

Aceptado: 9 de junio de 2018.