

*Prevalencia de trastornos mentales en
prisión: Análisis de la relación con delitos
y reincidencia*

CARMEN ZABALA BAÑOS



*Premio Nacional
Victoria Kent
Año 2016*

Segundo Accésit

**PREVALENCIA
DE TRASTORNOS
MENTALES EN PRISIÓN:
Análisis de la relación
con delitos y reincidencia**

Carmen Zabala Baños



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DEL INTERIOR

SECRETARÍA
GENERAL
DE INSTITUCIONES
PENITENCIARIAS

COLECCIÓN: *PREMIOS VICTORIA KENT*

Edita:

Ministerio del Interior - Secretaría General Técnica

Autor y Gestión de los contenidos:

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias



Imprime:

Entidad Estatal Trabajo Penitenciario
y Formación para el Empleo



Maquetación e Impresión:

Taller de Artes Gráficas (Preimpresión)
Centro Penitenciario Madrid III (Valdemoro)



DNV CERTIFICA QUE EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN IMPRESIÓN, ARTES GRÁFICAS, DISEÑO Y CONFECCIÓN INDUSTRIAL ES CONFORME A LA NORMA ISO 9001:2008. CENTROS DEL ALCANCE: MADRID I, MADRID III, MADRID V, TOPAS, EL DUESO, CÓRDOBA, JAÉN, SEGOVIA, OCAÑA I, OCAÑA II, MONTERROSO Y LA GERENCIA DE LA EETPFE.

El Taller de Artes Gráficas del Centro Penitenciario Madrid III (Valdemoro) posee la Certificación ISO 9001:2008 N° 03/C-SC5

N.I.P.O.: 126-17-057-1

N.I.P.O. Web: 126-17-058-7

Depósito Legal: M-26765-2017

ISBN: 978-84-8150-325-8

Catálogo de publicaciones de la Administración General del Estado

<http://publicacionesoficiales.boe.es>



En esta publicación se ha utilizado papel reciclado libre de cloro de acuerdo con los criterios medioambientales de la contratación pública

ÍNDICE

ÍNDICE

	Págs.
Índice de gráficos	10
Índice de tablas	11
Índice de figuras	14
INTRODUCCIÓN	15
PRIMERA PARTE: FUNDAMENTOS TEÓRICOS	21
CAPÍTULO I. Salud mental y los trastornos mentales	23
1. Concepto de salud mental y sus determinantes	25
2. Concepto de trastorno mental: Características y mitos	30
3. Causas de los trastornos mentales: Modelos explicativos ..	38
CAPÍTULO II. El trastorno mental y el sistema penitenciario español	43
1. El sistema penitenciario español	45
1.1. Introducción	45
1.2. Marco jurídico	47
1.3. Objetivos y principios	48
1.4. Tipos de establecimientos	49
1.5. Principales programas de tratamiento	51
2. Población penitenciaria española en general: Cifras y características	52
3. Población penitenciaria española con trastorno mental	54
3.1. Características y situación actual	54
3.2. Legislación vigente en España para las personas con trastorno mental	57
3.3. Programas de atención en España para las personas con trastorno mental en prisión	59
CAPÍTULO III. Prevalencia de trastorno mental	65
1. Prevalencia de trastorno mental en población general	67

1.1. Contexto internacional	67
1.2. Contexto nacional	77
2. Prevalencia de trastorno mental en población penitenciaria	87
2.1. Contexto internacional	87
2.2. Contexto nacional	100
CAPÍTULO IV. Relación trastorno mental, delito y reincidencia	115
SEGUNDA PARTE: INVESTIGACIÓN EMPÍRICA	131
CAPÍTULO V. Planteamiento de la investigación	133
1. Objetivos	135
1.1. Objetivo general	135
1.2. Objetivos específicos	136
2. Método	136
2.1. Muestra	136
2.2. Diseño de investigación	138
2.3. Instrumentos de medida	139
2.4. Procedimiento	142
2.5. Análisis de datos	145
CAPÍTULO VI. Resultados	147
1. Caracterización sociodemográfica, penal y clínica de la muestra	149
2.1. Características sociodemográficas	149
2.2. Características penales	150
2.3. Características de salud	156
2. Análisis descriptivo de la prevalencia de trastorno mental	158
3. Análisis descriptivo de los trastornos de personalidad	161
4. Análisis descriptivo del perfil psicopatológico del enfermo mental en prisión	164

5. Análisis descriptivo del consumo, abuso y dependencia de sustancias	165
6. Análisis de la relación del trastorno mental y de personalidad con el tipo de delito y la reincidencia delictiva	168
6.1. Relación entre trastorno mental y tipo de delito	168
6.2. Relación entre trastorno mental y reincidencia delictiva	173
6.3. Relación entre trastorno de personalidad y tipo de delito	175
6.4. Relación entre trastorno de personalidad y reincidencia delictiva	177
6.5. Análisis multivariado del tipo de delito	178
6.6. Análisis multivariado de la reincidencia delictiva	180
CAPÍTULO VII. Discusión general	183
CAPÍTULO VIII. Conclusiones	195
Referencias bibliográficas	201
ANEXOS	243
ANEXO I: Consentimiento informado	245
ANEXO II: Protocolo	247

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Págs.
Gráfico 1. Antecedentes clínicos: morbilidad crónica	157
Gráfico 2. Prevalencia de episodios afectivos, trastornos del estado de ánimo y trastornos psicóticos a lo largo de la vida	159
Gráfico 3. Prevalencia de episodios afectivos, trastornos del estado de ánimo y trastornos psicóticos en el último mes	160
Gráfico 4. Prevalencia de trastornos de ansiedad a lo largo de la vida	160
Gráfico 5. Prevalencia de trastornos de ansiedad en el último mes .	161
Gráfico 6. Prevalencia de trastornos somatomorfos, de la conducta alimentaria y adaptativos a lo largo de la vida	161
Gráfico 7. Rasgos de Personalidad: porcentaje de sujetos que sí tenía cada rasgo	162
Gráfico 8. Porcentaje de sujetos con positivo en el Cluster A	162
Gráfico 9. Porcentaje de sujetos con positivo en el Cluster B	163
Gráfico 10. Porcentaje de sujetos con positivo en el Cluster C	164
Gráfico 11. Dependencia de sustancias a lo largo de la vida: porcentaje de sujetos que sí ha tenido dependencia	167
Gráfico 12. Dependencia de sustancias en el último mes: porcentaje de sujetos que sí ha tenido dependencia	168

ÍNDICE DE TABLAS

	Págs.
Tabla 1. Clasificación de los trastornos mentales según DSM-IV y CIE-10	36
Tabla 2. Evolución de los distintos Sistemas Penitenciarios	45
Tabla 3. Principales estudios epidemiológicos Regionales de los Trastornos Mentales en España, resumen de resultados e información relevante	77
Tabla 4. Principales estudios epidemiológicos Nacionales de los Trastornos Mentales en España, resumen de resultados e información relevante	80
Tabla 5. Principales estudios epidemiológicos Multinacionales de los Trastornos Mentales en España, resumen de resultados e información relevante	82
Tabla 6. Principales estudios epidemiológicos de los Trastornos Mentales en población penitenciaria en España, resumen de resultados e información relevante	101
Tabla 7. Relación entre los diferentes tipos de trastorno y los delitos	124
Tabla 8. Características sociodemográficas	150
Tabla 9. Tipo de delito por el que cumple condena: porcentaje de sujetos que sí ha cometido cada tipo de delito	151
Tabla 10. Relación entre consumo de sustancias a lo largo de la vida y tipo de delito	152
Tabla 11. Relación entre abuso de sustancias a lo largo de la vida y tipo de delito	152
Tabla 12. Relación entre dependencia de sustancias a lo largo de la vida y tipo de delito	153
Tabla 13. Reincidencia delictiva: primer ingreso en un centro penitenciario, procesos judiciales previos y arrestos anteriores	153
Tabla 14. Número de ingresos, juicios y arrestos previos	154
Tabla 15. Relación entre consumo de sustancias a lo largo de la vida y reincidencia delictiva	154

Tabla 16. Relación entre abuso de sustancias a lo largo de la vida y reincidencia delictiva	154
Tabla 17. Relación entre dependencia de sustancias a lo largo de la vida y reincidencia delictiva	154
Tabla 18. Relación entre reincidencia y el robo con violencia	155
Tabla 19. Relación entre reincidencia y el robo con intimidación	155
Tabla 20. Relación entre reincidencia y el robo sin intimidación	156
Tabla 21. Relación entre reincidencia y delito contra la salud pública	156
Tabla 22. Antecedentes psiquiátricos familiares en primera línea	156
Tabla 23. Ejes I - Trastorno mental y II - Trastorno de personalidad ...	164
Tabla 24. Combinación del Eje I y II	165
Tabla 25. Consumo de sustancias (excluido alcohol)	166
Tabla 26. Abuso de sustancias a lo largo de la vida o en el último mes: porcentaje de sujetos que sí ha abusado	166
Tabla 27. Pruebas de independencia para la relación entre Trastorno Mental y tipo de delito	170
Tabla 28. Relación entre episodio depresivo mayor a lo largo de la vida y delito contra la salud pública	171
Tabla 29. Relación entre trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias a lo largo de la vida y robos con violencia e intimidación	171
Tabla 30. Relación entre trastorno psicótico inducido por sustancias a lo largo de la vida y robo con violencia	172
Tabla 31. Relación entre agorafobia sin historia de trastorno de angustia a lo largo de la vida y delito contra la salud pública	172
Tabla 32. Relación entre Trastorno Mental a lo largo de la vida y tipo de delito	173
Tabla 33. Pruebas de independencia para la relación entre Trastorno Mental y reincidencia delictiva	174
Tabla 34. Relación entre trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias a lo largo de la vida y reincidencia delictiva	174
Tabla 35. Relación entre trastorno psicótico inducido por sustancias a lo largo de la vida y reincidencia delictiva	175

Tabla 36. Relación entre agorafobia sin historia de trastorno de angustia a lo largo de la vida y reincidencia delictiva	175
Tabla 37. Relación entre Trastorno Mental a lo largo de la vida y reincidencia delictiva	175
Tabla 38. Pruebas de independencia para la relación entre trastorno de personalidad y tipo de delito	176
Tabla 39. Relación entre trastorno de personalidad y delito contra la salud pública	176
Tabla 40. Relación entre trastorno de personalidad y tipo de delito ..	177
Tabla 41. Relación entre trastorno de personalidad y reincidencia delictiva	177
Tabla 42. Comparación del número de ingresos, juicios y arrestos previos entre sujetos con y sin trastorno de personalidad .	178
Tabla 43. Regresión logística binaria para el robo con violencia	179
Tabla 44. Regresión logística binaria para el delito contra la salud pública	179
Tabla 45. Regresión logística binaria para la reincidencia delictiva	180
Tabla 46. Odds-ratio cruda y ajustada para las distintas variables explicativas consideradas para la reincidencia delictiva	181
Tabla 47. Regresión logística binaria final para la reincidencia delictiva	182

ÍNDICE DE FIGURAS

	Págs.
Figura 1. Características del trastorno mental	32
Figura 2. Trastornos de personalidad según DSM-IV-TR y CIE-10	34
Figura 3. Modelo de vías múltiples de Sue et al. (2010)	40
Figura 4. Programa PAIEM	61
Figura 5. Modelo de investigación propuesto	135

Introducción

INTRODUCCIÓN

El estudio de los trastornos mentales constituye, en sí mismo, un aspecto de vital importancia en la investigación por distintas razones, tales como: (a) conocer su frecuencia, distribución y factores determinantes; (b) ser causa de enfermedad crónica; (c) conllevar un grado de discapacidad aparejado (Borges, Medina-Mora, & Lopez-Moreno, 2004) y (4) desconocer, a día de hoy, el origen de algunos de ellos. Asimismo, los estudios de investigación sobre salud mental, enmarcados dentro de la epidemiología psiquiátrica, son necesarios para ofrecer datos relevantes sobre la prevalencia e impacto de los trastornos mentales en la población y su repercusión en la calidad de vida, detectar las necesidades de las personas que los sufren, evaluar la atención sanitaria y social que reciben, así como la planificación de dichos servicios (Vicens et al., 2011) y todo ello para posicionar a la salud mental en los planes, estrategias y políticas de salud e investigación tanto nacionales como internacionales (Gabilondo, 2011).

Ya la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1959, en su Octavo Informe del Comité de Expertos en Salud Mental, puso de manifiesto el problema de la epidemiología de los trastornos mentales, poniendo de relieve la necesidad de un conocimiento preciso de los datos de prevalencia y de incidencia, así como de su etiología, para una eficaz prevención de los mismos. Recomendaciones que a día de hoy siguen estando vigentes en la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 y en el Plan de Acción de Salud Mental 2013-2020 de la OMS.

Por otra parte, Retolaza (2007) señala que ya la OMS, en su estudio sobre la Carga Global de Enfermedad de 1996, pone de manifiesto el aumento de las patologías psiquiátricas y prevé que para el año 2020, ese aumento llegará al 15% de la población (Murray & López, 1996a) superando el total de los casos de cáncer (Retolaza, 2007) siendo el nivel de discapacidad y reducción de la calidad de vida mayor que en las enfermedades físicas crónicas (Alonso & Lépine, 2007) convirtiéndose los trastornos mentales en la principal causa de carga de discapacidad (Vos & Mathers, 2000). Más del 75% de la carga de morbilidad recae en los países de ingresos medios y bajos, en los cuales la gran mayoría de personas afectas de un trastorno mental no reciben tratamiento adecuado a su patología o reciben un tratamiento inadecuado con respecto a los países más desarrollados (OMS, 2004) siendo esta diferencia entre el 32% y el 78%, según el trastorno (Kohn, Saxena, Levav, & Saraceno, 2004).

Este aumento de personas con trastornos mentales, no sólo es contemplado en la población general. También es una realidad en una población muy específica como es la población penitenciaria, donde, en los últimos años, hay evidencias que ponen de manifiesto la alta prevalencia de personas con trastorno mental, aunque se desconoce el número exacto de la misma así como de los trastornos mentales severos. Estudios realizados en todo el mundo revelan que nueve de cada diez internos presentan algún tipo de alteración en su salud mental, oscilando las tasas entre un 2%-4% en trastornos como la esquizofrenia, un 10%-12% en el trastorno depresivo y un 50%-75% en los trastornos de personalidad (Vicens-Pons et al., 2009). Estas cifras se incrementan cuando se produce comorbilidad con el trastorno por consumo de sustancias, siendo éste uno de los grandes problemas de salud en la institución penitenciaria en la actualidad.

Las investigaciones en la población general no se pueden extrapolar a la población penitenciaria debido a las diferencias en variables sociodemográficas, personales y tampoco entre los países por diferencias culturales, políticas de atención y sistemas legales y penales diferentes.

En España los estudios realizados han sido escasos, locales y su metodología poco contrastada. El primer estudio que se publica, con una metodología rigurosa, para estimar la prevalencia de personas con trastorno mental en las prisiones españolas es el estudio PreCa (Prevalencia de trastornos mentales en cárceles), estudio epidemiológico más completo, hasta ahora, realizado en nuestro país (Vicens et al., 2011) en el que los datos muestran claramente una prevalencia más alta de personas con trastorno mental en el medio penitenciario que en la población general.

Dentro de este contexto nace este estudio con el objetivo general de conocer la prevalencia de las personas con trastorno mental en tres centros penitenciarios pertenecientes a la Comunidad de Madrid y Comunidad de Castilla la Mancha, además de analizar su relación con la comisión de delitos y la reincidencia delictiva, replicando para ello el estudio PreCa y su metodología, basada en entrevistas individuales sobre salud mental realizadas a los internos en los propios centros penitenciarios. Este estudio es el primer y único estudio epidemiológico más completo, hasta el momento, que se publica en nuestro país, con una metodología rigurosa y muy similar a la metodología del estudio ESEMeD (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders; Alonso et al., 2002), pero adaptada a la población penitenciaria. Aunque el estudio PreCa cuenta con una alta muestra de internos, ésta no es representativa de la totalidad de la población penitenciaria española, lo que justifica la finalidad de este trabajo de investigación.

Con ello se pretende contribuir a incrementar el conocimiento de la prevalencia de las personas que tienen trastorno mental y están cumpliendo pena en centros penitenciarios ordinarios, para poder orientar en una mejor planificación de los servicios de salud mental en las prisiones así como facilitar la prevención del comportamiento delictivo relacionado con la patología psiquiátrica (Hodgins & Muller-Isberner, 2004).

La presente investigación se compone de dos partes: la primera que versa sobre los fundamentos teóricos que enmarcan la investigación y la segunda correspondiente a la parte empírica de la misma.

Dentro de los fundamentos teóricos el **primer capítulo** ofrece una visión general acerca de los trastornos mentales, sus determinantes, características, mitos que le acompañan, clasificación y modelos explicativos. El **segundo capítulo** ofrece una reseña sobre el sistema penitenciario español, en el que se presentan sus objetivos y principios, características de la población penitenciaria general y la población penitenciaria con trastorno mental, así como el marco jurídico que las asiste. Así mismo se pone de manifiesto la situación de las personas con trastorno mental en los centros penitenciarios españoles así como la respuesta sanitaria y social que la institución penitenciaria se ve obligada a dar a estas personas mediante programas de intervención específicos. El **tercer capítulo** corresponde a la revisión pormenorizada de los estudios epidemiológicos, tanto a nivel internacional como nacional, realizados en población general y en población penitenciaria sobre la prevalencia de los trastornos mentales en prisión, proporcionando ambas revisiones el marco referencial con el que comparar los resultados de esta investigación y en el **cuarto capítulo** se realiza una revisión de estudios acerca de los delitos y la reincidencia delictiva de las personas con trastorno mental. Finalmente en el cuarto capítulo se realiza una revisión de estudios que relacionan los trastornos mentales con los delitos y la reincidencia de los mismos así como sus mecanismos implicados.

En la segunda parte, se expone en el **capítulo cinco** el planteamiento de la investigación con los objetivos de la misma, el método donde se incluye la muestra del estudio, las hipótesis planteadas, el diseño de la investigación, el procedimiento y el análisis de datos. En el **capítulo seis** se analizan y exponen los resultados obtenidos, en el capítulo siete la discusión sobre los mismos y para finalizar se exponen las **conclusiones generales del estudio**.

El trabajo de investigación comprende una muestra de 184 internos seleccionados mediante muestreo aleatorio estratificado y que realizaron las mismas pruebas, en el mismo orden y en las mismas condiciones, evaluándolos en el momento actual y en una sola ocasión. Estas pruebas fueron: (1) Entrevista Estructurada de Recogida de Datos Socio-Demográficos, basada en la del estudio ESSEMeD, en la que se incluyeron las variables penales; (2) Cuestionario de Antecedentes Clínicos: Morbilidad Crónica de la OMS (PreCa, 2011); (3) StructureClinical Interview for Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders Axis I Disorders (SCID-I). Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV. Versión Clínica, (SCID-I; First et al., 1999); y (4) International Personality Disorder Examination, (IPDE; Loranger et al., 1994).

Se plantea un estudio epidemiológico descriptivo transversal, cuyo análisis estadístico se llevó a cabo con el programa estadístico SPSS 17.0, mediante el cual se hallaron datos descriptivos y de frecuencias, tablas de contingencia o tabulaciones cruzadas para el estudio de la asociación entre variables nominales, U de Mann-Whitney como equivalente no paramétrico a la prueba T para la comparación de medias y regresiones logísticas binarias.

Primera parte

**Fundamentos
teóricos**

CAPÍTULO I

Salud mental y los trastornos mentales

1.- CONCEPTO DE SALUD MENTAL Y SUS DETERMINANTES

A lo largo de la historia el concepto de salud mental y sus métodos de intervención han evolucionado desde una concepción asociada a elementos y factores sobrenaturales y mágicos, en los años de la prehistoria, hasta una concepción holística e integral en la que se basa la ciencia a día de hoy.

Sánchez (2013) hace un recorrido histórico sobre el concepto de la enfermedad mental. Este autor parte del sentido mágico y religioso de la enfermedad mental en la **Prehistoria**, asociada a las fuerzas sobrenaturales y cuyo tratamiento por ende era mágico y animista. En la **Edad Media** se basaban en un modelo extranatural, considerando a las personas con problemas de salud mental como seres poseídos y no como personas con un problema de salud. Es aquí donde se encuentran las primeras referencias de la creación de los primeros centros para la atención de las personas con enfermedad mental, a las cuales se les equiparaba y mezclaba con los leprosos y las enfermedades de transmisión sexual.

Es en el **Renacimiento**, y a pesar de la concepción de la enfermedad mental como una visión demoníaca y la presencia de la Inquisición en Europa y América, donde se advierte el inicio de una cierta corriente científica que se planteaba su estudio, clasificación técnica y una visión humanista del tratamiento. Desde un modelo hospitalario se considera el internamiento como medida de intervención equiparando a las personas con enfermedad mental con los pobres, desocupados e insensatos. Estos establecimientos no tenían fines sanitarios, sino jurídicos y administrativos. Los tratamientos médicos se empleaban sólo para evitar las enfermedades infecciosas.

En la **Edad Moderna**, en los siglos XVIII y XIX, la enfermedad mental era equiparada al crimen ya que ésta no explicaba ni excusaba nada en sí misma. Es en esta época donde comienza en Francia la psiquiatría científica y aparecen autores como Philippe Pinel, quien introduce un cambio en la visión de las personas con enfermedad mental, considerando a éstas como personas humanas merecedoras de un tratamiento médico. Autores como Tuke en Inglaterra y Rush en Estados Unidos cambian el concepto manicomial por un concepto asilar con medidas de tratamiento tales como diversas actividades para la adquisición de hábitos saludables. Pero hay que destacar que, a pesar de esta nueva visión, la enfermedad mental era todavía asociada a lo extraño, la vergüenza social y la exclusión.

Es en la **segunda mitad del siglo XVIII** donde comienza una reflexión acerca del concepto de la enfermedad mental, su tratamiento y su clasificación. Así en el siglo XIX, aparecen autores como Esquirol que consideraba el tratamiento como la mejor intervención para la enfermedad mental y Charcot que clasificaba a los enfermos mentales en aquellos que presentaban lesiones orgánicas y los que presentaban síntomas de origen psicológico. En España los manicomios benéficos fueron asignados al estado por la ley de la beneficencia de 30 de junio de 1849 creándose el manicomio de Santa Isabel en Leganés y posteriormente casas para dementes en varias ciudades españolas.

En el **siglo XX**, se desarrolla un modelo científico y humanista, debido al desarrollo de la psiquiatría, en el que se plantea el establecimiento de clasificaciones internacionales de las enfermedades mentales, la aparición de diferentes psicoterapias y la aparición de la psicofarmacología. Autores como Kraepelin abogaron por acercarse al enfermo y observarle de cerca para su estudio, Freud se centró en la necesidad de escuchar al enfermo para comprenderlo, descubriendo algo más que la mente consciente, creando su teoría del Psicoanálisis en 1896. Posteriormente surgen numerosos autores, con nuevas formas de terapias, dando lugar a la psicoterapia como forma de tratamiento y entre 1949 y 1960 empiezan a tener un mayor grado de eficacia y aplicación los tratamientos psiquiátricos.

En 1948 se inicia la andadura de la Federación Mundial de la Salud Mental, que establece entre otros postulados el respeto a las diferencias individuales y culturales.

En la **actualidad** el concepto de salud mental se engloba dentro de un concepto mucho más amplio que es el concepto de salud. La OMS ha reconocido la importancia de la salud mental como algo interdependiente de la salud y relacionada con ella. Así, en la elaboración anual de sus Informes sobre la salud en el mundo, dedicó el Informe del año 2001 a la salud mental enfatizando, en su primer capítulo, la importancia tanto de la salud física como de la salud mental siendo, ambos estados, determinantes para el bienestar general y global de las personas y de la sociedad, considerando la salud “no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades, sino un estado de completo bienestar físico, mental y social” (OMS, 2001, p. 3). Posteriormente la OMS (2004) concreta esta consideración de la salud mental, como un estado de salud integral, en un estado de bienestar caracterizado por la consciencia de las propias capacidades de la persona para afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y hacer una contribución a la comunidad considerando la salud como la base del bienestar y el funcionamiento adecuado de la persona, la comunidad, y de la persona en la comunidad.

Por tanto hablamos de un concepto integrador ya apuntado desde la antigua Grecia por Hipócrates, quien puso de manifiesto un concepto de la enfermedad como una suma de causas no sólo biológicas, sino también de comportamiento del individuo y su personalidad (Amigo, 2012) reflejando que la influencia de la salud mental en el estado de la salud global de la persona es incuestionable, como también es incuestionable la influencia de la salud general en la salud mental, estando ambas determinadas por factores biológicos, psicológicos y sociales, arrojando luz sobre posibles causas y tratamientos psicosociales en su abordaje.

Así en cuanto a sus **determinantes biológicos y psicológicos**, la OMS (2001) apunta una vía de influencia doble: (a) la vía fisiológica, a través de las funciones neuroendocrinas e inmunitarias y (b) la vía del comportamiento de la persona respecto a su salud, la cual depende, en gran medida, de su salud mental, de sus pensamientos y sus sentimientos repercutiendo ésta, a su vez, sobre aquellos.

Esta conexión entre salud y salud mental permite reconocer, por un lado, la influencia de los trastornos mentales en el estado de salud, aumentando éstos el riesgo de enfermedades y por otro lado determinadas condiciones de salud que incrementan el riesgo de producir un trastorno mental. Así sirvan como ejemplos la asociación de los trastornos mentales a patologías como el tabaquismo, la obesidad y la hipertensión, así como la influencia de la depresión sobre el metabolismo de la serotonina y del cortisol, los procesos inflamatorios y el sistema inmunitario. De igual modo determinadas condiciones de salud general afectan directamente al cerebro como es el caso de las infecciones, enfermedades cerebrovasculares y trastornos del desarrollo neurológico, los cuales tendrán repercusiones en las funciones cognitivas, la conducta, el humor, los delirios y las alucinaciones según la localización y extensión de los mismos. También, las enfermedades crónicas, generadoras de un importante nivel de estrés por la discapacidad asociada, pueden dar lugar a cuadros depresivos y de ansiedad y otros trastornos mentales (Prince et al., 2007).

En cuanto a sus determinantes sociales, la OMS (2001) señala la importancia de los factores socioeconómicos ya que pueden afectar de manera significativa a la salud mental y a los resultados de salud en general. Estudios han puesto de manifiesto la asociación directa entre el nivel socioeconómico y la prevalencia de ciertos trastornos mentales como la depresión (Lorant et al., 2003).

La Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud (2011) define éstos como las condiciones de la sociedad en las que una persona nace, crece, vive, trabaja y envejece y abarcan las experiencias de los primeros años de vida, la educación, la situación socioeconómica, el empleo digno, la vivienda, el medio ambiente y un sistema eficaz de prevención y tratamiento de los problemas de salud. Estas condiciones, cuando no son adecuadas o favorables, repercuten en la salud mental de las personas, relacionándose con el riesgo de sufrir trastornos mentales asociados a la pobreza, niveles bajos de educación, malas condiciones de habitabilidad y bajos ingresos económicos. Esta vulnerabilidad se explica como la experiencia de vivir en la inseguridad y la desesperanza, el rápido cambio social, los riesgos de violencia y los problemas de salud física (OMS, 2004), siendo los grupos más vulnerables a desarrollar problemas de salud mental, los siguientes (OMS, 2013):

- Las personas que viven en la pobreza, presentando una prevalencia más alta de trastornos, en particular, del trastorno por abuso de sustancias.
- Las personas con problemas de salud crónica.
- Los bebés y niños expuestos a malos tratos y abandono, presentando más posibilidades de desarrollar un trastorno mental y del comportamiento tanto en la infancia como en etapas posteriores (OMS, 2001).
- Los adolescentes expuestos al consumo de sustancias.

- Las minorías.
- Las poblaciones indígenas.
- Las personas mayores.
- Las personas en situación de exclusión, marginación, estigmatización, discriminación y violaciones de derechos humanos.
- Las personas expuestas a desastres naturales y emergencias humanitarias.
- Las personas en situación de cumplimiento de condena en los centros penitenciarios.

Respecto a este último colectivo, objeto de estudio de esta investigación y amparándose en el principio de equidad y salud para todos de la Declaración política de Río, las personas en situación de privación de libertad tienen derecho a la atención de su salud, tanto física como mental.

Esta acción de los determinantes sociales sobre la salud, puede venir determinada por la generación de un estrés de origen psicosocial sobre el organismo que promovería la instauración de hábitos poco saludables y alteraría los sistemas de control neuroendocrino, metabólico e inmunitario, incrementando el riesgo de desarrollo de ciertas enfermedades, entre ellas los trastornos mentales (Brunner & Marmot, 2005).

Esta interdependencia, señalada anteriormente entre la salud mental y los resultados de salud en general, justifica la propuesta de la OMS, de que no hay salud sin salud mental, que ha sido apoyada por la Organización Panamericana de la Salud, el Consejo de Ministros de la Unión Europea, la Federación Mundial de Salud Mental y el Real Colegio de Psiquiatras del Reino Unido. Así la OMS, en el Informe de la carga global de enfermedades de 2005, considera a los trastornos mentales como una de las causas, generadoras a largo plazo, de discapacidad y dependencia, siendo necesario introducir la atención a la salud mental dentro de las políticas asistenciales de salud y políticas sociales (como se cita en Prince et al. 2007), como medida de prevención, intervención y disminución de la carga de los mismos.

En esta línea de promoción de la Salud Mental, es tarea de todos los organismos internacionales, nacionales y regionales, velar porque la atención a la salud mental se mejore y cumpla los estándares de una atención integral y de calidad, y es por ello que se han creado estrategias y planes de actuación que así lo aseguren. Así destacan las siguientes estrategias y planes de actuación:

- **La Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud de 2011**, anteriormente mencionada, en la que los responsables políticos y de gobierno, con el apoyo de la Comunidad internacional, se comprometen a apoyar políticas, planes y estrategias que abarquen: (a) adoptar políticas en pro de la salud y el desarrollo; (b) fomentar la participación en la formulación y aplicación de esas políticas sobre los determinantes sociales de la salud; (c) seguir reorientando el sector de la salud con miras a reducir las inequidades sanitarias, para disfrutar del más alto grado posible de salud, lo que representa uno de los derechos fundamentales del ser humano; (d) fortalecer la colaboración y cooperación internacional; (e) vigilar los progresos para evaluar las desigualdades

tanto en resultados sanitarios como en la asignación y utilización de recursos y (f) hacer un llamamiento para una acción mundial y coordinada para establecer y compartir reglamentos, normas y buenas prácticas.

- **Plan de Acción de Salud Mental 2013-2020 de la OMS**, que establece como objetivos generales: (a) promover el bienestar mental; (b) prevenir los trastornos mentales; (c) proporcionar la atención y cuidados; (d) mejorar la recuperación; (e) promover los derechos humanos y (f) reducir la mortalidad, morbilidad y discapacidad de las personas con trastorno mental. A su vez, contempla cuatro objetivos específicos: (a) consolidar el liderazgo para la salud mental eficaz; (b) proporcionar servicios integrales e integrados de salud mental y atención social en los entornos comunitarios; (c) implementar estrategias de promoción y prevención en salud mental; y (d) fortalecer los sistemas de información y la investigación en salud mental, de tal modo que las previsiones del Plan para el año 2020 son: (1) que el 80% de los países hayan desarrollado o actualizado sus políticas y planes de salud mental de acuerdo con las normas internacionales; (2) que la cobertura del servicio para los trastornos mentales graves se haya incrementado en un 20%; (3) que el 80% de los países tenga en funcionamiento por lo menos dos programas nacionales, multisectoriales de promoción y prevención en salud mental, reduciéndose la tasa de suicidio en un 10%; y (4) el 80% de los países estará recopilando e informando de un conjunto básico de indicadores de salud mental, cada dos años, a través de sus sistemas de información social.
- En nuestro país la **Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013**, se articula en 5 líneas estratégicas de acción: (1) la promoción de la salud mental de la población, la prevención de la enfermedad mental y la erradicación del estigma asociado a las personas con trastorno mental; (2) atención a los trastornos mentales, con planes individualizados de atención, equipos comunitarios especializados, acceso a los tratamientos psicológicos, gestión por procesos, empleo con apoyo y continuidad de cuidados; (3) coordinación intra-institucional e interinstitucional; (4) formación del personal sanitario en materia de salud mental para una mejor atención de las necesidades de las personas afectadas; y (5) Investigación en salud mental.

Por su parte cada Comunidad Autónoma ha desarrollado sus estrategias dentro de sus Planes de Salud Mental, adaptados a las características poblacionales y a la red de recursos socio-sanitarios.

Ramos (2012) señala que la Ley 16/ 2003, de 28 de mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, pone de manifiesto el carácter universal de la atención sanitaria y como tal, en la población penitenciaria la salud también es un derecho adecuando las prestaciones de la misma a las características del entorno penitenciario, existiendo dos niveles de atención: (1) nivel de atención primaria y atención especializada de salud mental y adicciones; y (2) nivel de atención hospitalaria especializada en la comunidad.

En este epígrafe introductorio hemos visto cómo la salud mental guarda una relación recíproca con el bienestar y funcionamiento de la persona, así como con el contexto en el que ésta se desarrolla, siendo éste, un factor determinante en los resultados de salud global. La presencia de un trastorno mental socava este funcionamiento,

originando un coste personal, emocional, social, relacional, sanitario, económico y de discapacidad que constituye un problema de salud pública (OMS, 2004).

A continuación vamos a definir qué es un trastorno mental, así como sus características y los mitos que le han acompañado a lo largo del tiempo.

2. CONCEPTO DE TRASTORNO MENTAL: CARACTERÍSTICAS Y MITOS

Quizá la definición más representativa y que ha alcanzado un mayor consenso sea la que emitió el National Institute of Mental Health (NIMH) de Estados Unidos (EEUU) en 1987 y que incluye tres dimensiones: (a) el diagnóstico, que incluye los trastornos psicóticos (excluyendo los orgánicos) y algunos trastornos de personalidad; (b) la duración de la enfermedad y del tratamiento, que está estimado en un tiempo superior a 2 años; y (c) la presencia de discapacidad como existencia de una disfunción moderada o severa del funcionamiento global, medido a través del Global Assessment of Functioning que indica una afectación de moderada a severa del funcionamiento laboral, social y familiar.

Los dos sistemas internacionales de clasificación de los trastornos mentales en la actualidad, y que se verán más adelante, nos dan una aproximación al concepto de trastorno mental, cuya definición es tarea compleja, ya que no existe, según el **Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado (DSM-IV-TR)** una definición que especifique los límites del concepto y englobe todas las posibilidades.

Así este manual se refiere a cada trastorno mental como un síndrome o patrón comportamental o psicológico, de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p.ej., dolor), a una discapacidad (p.ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad y no debe ser una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (p.ej., la muerte de un ser querido). Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado (p.ej., político, religioso o sexual) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción. (DSM-IV TR, 2002, p XXIX).

En este sistema multiaxial de clasificación y que implica una evaluación en varios ejes (en concreto cinco), los trastornos mentales se codifican en el Eje I, que es el correspondiente a los trastornos clínicos y otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.

El otro sistema clasificatorio, la **Décima edición de la clasificación internacional de enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el comportamiento (CIE-10)** señala que:

Aunque trastorno no es un término preciso, se usa para señalar la presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren en la actividad del individuo. Los trastornos mentales definidos en la CIE-10,

no incluyen disfunciones o conflictos sociales por sí mismos en ausencia de trastornos individuales. (OMS, 1992, p. 26).

Ambos sistemas coinciden en catalogar el trastorno mental como un síndrome o patrón de comportamiento significativamente clínico, que origina malestar interfiriendo en la vida o actividades de la persona, y aunque, como pone de manifiesto la OMS (2013) comprenden una amplia gama de problemas con diferentes síntomas que se caracterizan generalmente por alguna combinación de pensamientos, emociones, comportamiento y relaciones anormales con los demás.

La OMS (2001) los define de la siguiente manera: “No son sólo variaciones dentro de la «normalidad», sino fenómenos claramente anormales o patológicos, duraderos o recurrentes, y causantes de cierta angustia personal o alteraciones del funcionamiento en una o más facetas de la vida” (p. 21). Y para ser considerados como tal deben satisfacerse “todos los criterios fundamentales para un trastorno en concreto” (OMS, 2001, p. 21).

Aunque existen diferentes tipos y cada uno de ellos tiene unos criterios diagnósticos, existen, en general, una serie de características aplicables a todos ellos o a su gran mayoría (ver Figura 1) que recoge la OMS (2001, 2004, 2013):

- Son comunes y pueden afectar a cualquier persona en alguna etapa de su vida.
- Son universales y afectan a personas de todas las edades y nacionalidades.
- Originan grandes repercusiones económicas, directas e indirectas y sus servicios son costosos. Aproximadamente un 14% de la carga global de las enfermedades, a nivel mundial, puede ser atribuido a trastornos neuropsiquiátricos, la mayoría debido a enfermedades de naturaleza crónica como por ejemplo la depresión (Prince et al., 2007), representando el 25,3% y el 33,5% de los años perdidos por discapacidad en los países de ingresos bajos y medios respectivamente (OMS, 2013) previendo que para el año 2020 la carga correspondiente a esos trastornos habrá aumentado en un 15% (OMS, 2001).
- Suponen un alto impacto negativo en la calidad de vida de los afectados y sus familias con un gran sufrimiento para ambos.
- Se pueden diagnosticar y tratar de forma eficaz.
- Su presencia y curso están determinados por: (a) factores ambientales y sociales, como los conflictos y los desastres, la pobreza, el entorno familiar y social, la carencia de un hogar o el encarcelamiento; (b) factores biológicos u orgánicos como las grandes enfermedades físicas crónicas acompañadas de una importante discapacidad y (c) factores individuales como la edad y el sexo, entre otros.
- Presencia de comorbilidad psiquiátrica. Los trastornos mentales pueden existir solos o coexistir con otro u otros trastornos en la misma persona, coexistencia conocida como comorbilidad y que conlleva un mayor grado de discapacidad. La OMS (2001) refiere como situaciones más frecuentes de comorbilidad: (a) la coexistencia de trastorno mental y trastorno por consumo de sustancias, lo que se conoce como patología dual; (b) los trastornos físicos y mentales en edades avanzadas y (c) la coexistencia de trastornos de ansiedad y depresión. Auto-

nell et al. (2007), hablan de mayor comorbilidad en los trastornos por consumo de alcohol, el trastorno por ansiedad generalizada y los trastornos afectivos y trastornos por ansiedad. En un estudio realizado a gran escala (Kessler, Chiu, Demler, Merikangas, & Walters, 2005) encontraron que la tasa de comorbilidad era de casi un 50%, lo cual es un porcentaje elevado, pudiendo encontrarse el estrés como un factor influyente en el desarrollo de otros trastornos (Krueger, Caspi, Moffitt & Silva 1998). En un estudio anterior, a nivel nacional, llevado a cabo en Estados Unidos, (Kessler et al., 1994) demostraron que la comorbilidad afectaba al 79% de todas las personas enfermas.

- Presentan tasas desproporcionadas de discapacidad y mortalidad.
- Los trastornos mentales afectan y se ven afectados por otras enfermedades como cáncer, enfermedades cardiovasculares y VIH/SIDA.
- Conllevan, en muchos casos, situaciones de estigmatización, discriminación y marginación, que les lleva a sufrir frecuentes violaciones de los derechos humanos que les conduce a la exclusión y marginación de la sociedad.

Figura 1. Características del trastorno mental.



Esta situación de estigmatización, discriminación y marginación, no sólo lo sufren las personas con trastorno mental, sino también sus familias, profesionales y personas con las que se relacionan, fenómeno conocido como **estigma por asociación** e influye negativamente en el bienestar, recuperación e integración social de la persona, dificultando su acceso al empleo, la educación y la sanidad (Muñoz, Guillén, & Pérez-Santos, 2013).

Distintas organizaciones internacionales ponen de manifiesto que el **estigma público**, proveniente de la sociedad, es uno de los problemas más importantes relacionados con la salud mental.

Arboleda-Flórez y Sartorius (2008) lo definen como una marca diferenciadora asociada a personas con una condición particular que lleva aparejado estereotipos, prejuicios y propensión a la discriminación asignando a las personas con trastorno mental estereotipos como la peligrosidad, la impredecibilidad, la dificultad para relacionarse con ellos, su incurabilidad y su incapacidad generando un rechazo basado en el miedo que López et al. (2008) apuntan como el origen del estigma, en adición a los tres factores que señalan Corrigan y Kleinlein (2005), como son algunas conductas extrañas, el propio diagnóstico y la imagen difundida por los medios de comunicación variando el rechazo según el tipo de trastorno, siendo más tolerantes y comprensivos hacia las personas que sufren cuadros de depresión y ansiedad, y menos tolerantes y con mayor rechazo a los trastornos mentales graves, como la esquizofrenia. Los autores señalan como un factor contribuidor, muy importante, en el mantenimiento del estigma y al que no se le presta la atención debida, el **auto estigma**, es decir, la asunción e internalización de los estereotipos y prejuicios sociales, por parte de la persona que sufre el trastorno, que dan lugar a emociones negativas y comportamientos autoexcluyentes.

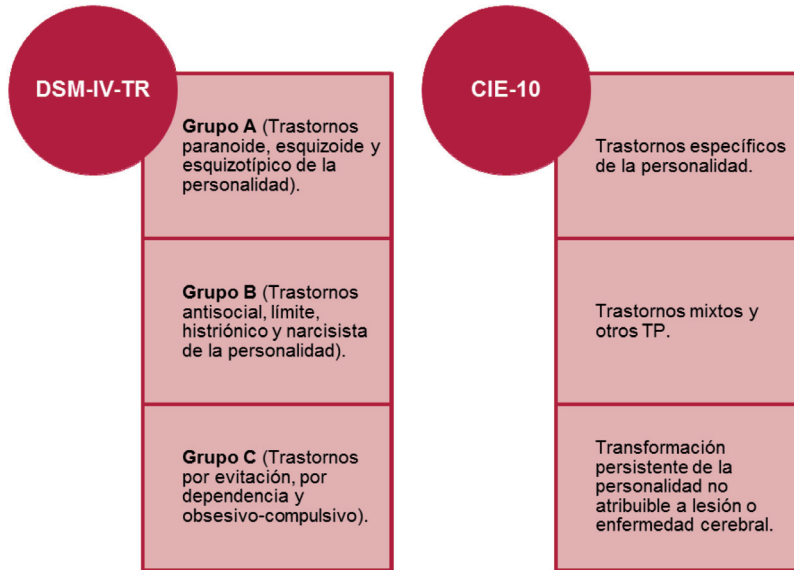
Esta diferencia en el estigma en función del tipo de trastorno, es más acusada todavía, si además de sufrir un trastorno mental la persona está incluida en el sistema penal y penitenciario, por comisión de delito, y está cumpliendo la pena en un centro penitenciario o en un hospital psiquiátrico penitenciario, sufriendo el llamado doble estigma de loco y peligroso.

Estas situaciones de estigmatización y discriminación son alimentadas por los **mitos** que han acompañado a los trastornos mentales, contribuyendo a dar una imagen de las personas que los padecen que poco tiene que ver con su realidad, dificultando con ello, su integración en la comunidad. Entre los mitos más recurrentes, Sue, Sue y Sue (2010) señalan: (1) las personas con trastorno mental son inestables y potencialmente peligrosas; (2) no son capaces de funcionar normalmente o trabajar en la comunidad, siendo siempre reconocidos por su conducta anormal desviada; (3) el trastorno mental se hereda, siempre es un déficit y su desarrollo está asociado a debilidad mental y poca voluntad. Por su parte la OMS (2001) señala otros dos mitos: (1) son un problema de las regiones industrializadas y más ricas del mundo y (2) las comunidades rurales, relativamente al margen del ritmo acelerado de la vida moderna, no padecen trastornos.

Ante esta situación, la lucha contra el estigma, parece que está favoreciendo un cambio y los estudios apuntan a intervenciones dirigidas tanto a las personas que lo sufren como a la familia, los profesionales y la sociedad, a través de estrategias de educación, la sensibilización y el conocimiento de la realidad de estas personas.

Dentro de esta investigación son considerados adicionalmente, **los trastornos de personalidad**, trastornos muy comunes en el ámbito penitenciario y que se definen a continuación. En la Figura 2 se presenta la clasificación de los mismos según los sistemas clasificatorios.

Figura 2. Trastornos de personalidad según DSM-IV-TR y CIE-10.



El **DSM-IV-TR**, lo define como “Un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto” (p. 765).

Estos trastornos se codifican en el Eje II del DSM- IV-TR, Trastornos de la Personalidad y el Retraso Mental, y se clasifican en tres grupos o cluster en función de la similitud de sus características: (1) **Grupo o Cluster A**, formado por tres tipos de trastornos que engloban a sujetos denominados raros o excéntricos, que son el **trastorno paranoide, trastorno esquizoide y trastorno esquizotípico de la personalidad**; (2) **Grupo o Cluster B**, formado por cuatro tipos y engloba a sujetos que suelen parecer dramáticos, emotivos o inestable y son el **trastorno antisocial, trastorno límite, trastorno histriónico y trastorno narcisista de la personalidad**; y (3) **Grupo o Cluster C**, formado por tres tipos y engloba a sujetos que suelen parecer ansiosos o temerosos y son el **trastorno por evitación, el trastorno por dependencia y el trastorno obsesivo-compulsivo**.

Esta clasificación, tal y como señala el DSM-IV-TR, es más útil para fines de investigación, ya que suele ser común la coexistencia de dos o más trastornos en la misma persona.

En general, las características que acompañan a un trastorno de personalidad (Ortiz-Tallo & Cardenal, 2013) son:

- Precocidad. Suelen iniciarse en la adolescencia y en algunos casos son visibles sus manifestaciones en la infancia.
- Globalidad. Afecta a distintos procesos psicológicos (las cogniciones, la afectividad, el control interpersonal y las relaciones interpersonales) y en distintos contextos.
- Inflexibilidad. Manifiestan rigidez de convicciones, planteamientos y comportamientos, teniendo dificultades para adaptarse a las situaciones.
- Sufrimiento para la propia persona y para los que le rodean.

El otro gran sistema de Clasificación, **CIE-10**, define el trastorno de personalidad como “Formas de comportamiento duraderas y profundamente arraigadas en el enfermo, que se manifiestan como modalidades estables de respuestas a un amplio espectro de situaciones individuales y sociales. Representan desviaciones extremas, o al menos significativas, del modo como el individuo normal de una cultura determinada, percibe, piensa, siente y sobre todo, se relaciona con los demás. Estas formas de comportamiento tienden a ser estables y a abarcar aspectos múltiples de las funciones psicológicas y del comportamiento. Con frecuencia, aunque no siempre, se acompañan de grados variables de tensión subjetiva y dificultades de adaptación” (pp. 247-248). Este sistema los subdivide “De acuerdo con los rasgos correspondientes a sus manifestaciones comportamentales más frecuentes o destacadas. Los subtipos han recibido reconocimiento general como formas importantes de desviación de la personalidad” (p. 248).

Así, su división es diferente al anterior sistema, clasificándose éstos de la siguiente manera: (1) **trastornos específicos de la personalidad**; (2) **trastornos mixtos y otros trastornos de personalidad**; y (3) **transformación persistente de la personalidad no atribuible a lesión o enfermedad cerebral**, englobando cada tipo de trastornos, otros subtipos.

En este trabajo se contemplan los trastornos de personalidad recogidos en el DSM-IV-TR. Estos trastornos suelen presentar comorbilidad en los entornos penitenciarios, y suelen estar asociados al consumo de sustancias, dando lugar al diagnóstico denominado patología dual o trastorno dual, el cual, Mesa, Rodríguez y Senin (2011) definen como “una forma particular de comorbilidad, en la que coexisten una patología psíquica y un trastorno relacionado con el consumo de sustancias. Un uso menos frecuente, pero igualmente adecuado, refiere la coincidencia de cualquier trastorno psíquico con el déficit intelectual” (p. 33). El concepto de patología dual se desarrolla a partir de los años 80 y los sistemas de clasificación se refieren a la denominación de trastornos relacionados con las sustancias (DSM-IV-TR) y trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas (CIE-10). Otra condición es la coexistencia de uno o varios trastornos mentales no relacionados con el consumo de sustancias.

Tomando la acepción de patología dual como la coexistencia de trastorno mental y trastorno por consumo de sustancias, ambos trastornos pueden estar relacionados o no, dándose tres situaciones (First & Gladis, 1993): (1) ambos trastornos son primarios, ninguno de ellos es causa o consecuencia del otro, aunque pueden tener un origen común y características de interacción que pueden potenciarlos; (2) el abuso de

sustancias es causa del trastorno mental, siendo anterior a la aparición del trastorno, significativo en el tiempo y en la forma y reflejando el hecho de la neurotoxicidad; y (3) el abuso de sustancias es consecuencia del trastorno mental.

En cuanto a la comorbilidad más frecuente la literatura refiere el consumo de alcohol con otras drogas (cocaína, cannabis, alucinógenos y tabaco), los trastornos de personalidad, la esquizofrenia, el trastorno del estado de ánimo y los trastornos de ansiedad.

En relación con este trabajo se presentan en la Tabla 1 los trastornos mentales, que podemos encontrar en los centros penitenciarios y clasificados según los dos sistemas de clasificación actuales.

Tabla 1. Clasificación de los trastornos mentales según DSM-IV y CIE-10.

Código DSM-IV	Diagnóstico DSM-IV-TR	Código CIE-10	Diagnóstico CIE-10	Características
	Trastornos relacionados con Sustancias	F10-F19	Trastornos Mentales y del Comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas	Uso continuado de sustancias psicoactivas a pesar de los problemas que ello origina. Algunos trastornos de Ansiedad o del Estado de Ánimo ocurren por la ingesta de sustancias y se consideran Trastornos inducidos por sustancias. Aparecen listados en la sección de aquellos padecimientos que comparten los síntomas.
	Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos	F20-F29	Esquizofrenia, Trastorno esquizotípico y Trastorno de ideas delirantes	Deterioro severo en el pensamiento, la percepción. Presencia de delirios, alucinaciones y afectividad inapropiada. El discurso puede ser incoherente.
	Trastornos del Estado de Animo	F30-39	Trastorno del humor (afectivos)	El estado anímico puede responder a una depresión o estado de manía serio. En condiciones bipolares se muestran tanto los episodios depresivos como los episodios de maniacos.
	Trastornos de Ansiedad	F40-49	Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos	La ansiedad como síntoma nuclear. Presencia de conductas de evitación (ocurre en las fobias). Pueden estar presentes obsesiones o pensamientos recurrentes o compulsiones o conductas repetitivas, que si no se llevan a cabo son causa de angustia para la persona.

(continúa en la página siguiente)

Tabla 1. Clasificación de los trastornos mentales según DSM-IV y CIE-10. (continuación)

Código DSM-IV	Diagnóstico DSM-IV-TR	Código CIE-10	Diagnóstico CIE-10	Características
	Trastornos Somatomorfos	F45		Síntomas de un trastorno físico que no pueden explicarse por una causa médica en general. Las personas que lo sufren se quejan de disfunciones corporales y preocupan porque creen que tienen un problema de salud o experimentan dolor.
	Trastornos Adaptativos	F43 (F43.2)	Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación	Angustia excesiva o deterioro significativo en el funcionamiento social, ocupacional o académico debido a un estresor reciente. Los síntomas no reúnen los criterios para trastornos de los Ejes I/II. No se incluye el duelo.
	Trastornos del Control de Impulsos no clasificados en otros apartados	F63	Trastornos de los hábitos y del control de impulsos	Clase separada de trastornos que incluye el fracaso para resistir un impulso o tentación para realizar un acto perjudicial para uno mismo y otros. Desórdenes que implican la pérdida del control de los impulsos sobre agresión, robar, apostar, iniciar incendios y jalar el cabello.
	Trastornos de la Personalidad	F60-69	Trastornos de la Personalidad y del comportamiento adulto	Rasgos personales inflexibles e inadaptados. Notable deterioro en el funcionamiento o causa de angustia subjetiva. Implica conductas extrañas o excéntricas y en exceso dramáticas y emocionales o ansiosas y temerosas.

Fuente: Adaptado de Sue, Sue & Sue (2010, pp. 86-87).

Ambos sistemas son objeto de revisiones cíclicas para mejorar la confiabilidad del diagnóstico psiquiátrico. Se basan en una evaluación diagnóstica multiaxial con unos criterios diagnósticos presentes o ausentes, estableciendo un lenguaje común para toda la comunidad científica, con tanta fiabilidad y exactitud como la mayoría de las enfermedades orgánicas más frecuentes, estando la concordancia media entre dos especialistas en el diagnóstico de trastornos mentales entre 0,7 y 0,9 (Andrews et al., 1995; OMS 1992; Wing, Cooper, & Sartorius, 1974). Así el DSM-IV tiene una mayor confiabilidad y validez (Brown et al., 2001) que las ediciones anteriores y también tiene muy en cuenta el papel del contexto cultural dentro de la génesis y evaluación de los trastornos mentales.

Por su parte, la CIE-10 ha incrementado el número de categorías de clasificación de 30 a 100, así como el sistema de códigos numéricos, siendo en la actualidad, un nivel de cuatro caracteres que permite subdivisiones numéricas decimales con mayor detalle, contempla la clasificación nuclear de cada una de las familias de enfermedades y circunstancias relacionadas con la sanidad.

Pero, pese a estas mejoras, estos sistemas no están exentos de críticas tales como: (a) la fiabilidad mejorada parece ser que no va pareja de la validez diagnóstica que se precisa; (b) la multimorbilidad se evidencia como la norma en la clínica; (c) se han maximizado, como punto de partida, las diferencias clínicas y no las semejanzas entre las manifestaciones diagnosticables; y (4) se han multiplicado las categorías diagnósticas, etiquetando a las personas y en consecuencia perdiendo información sobre ella (Mesa et al., 2011).

En base a todo esto está apareciendo una nueva orientación en cuanto a la consideración de los diagnósticos, desplazándose el diagnóstico nosológico o centrado en la enfermedad, imperante en ambos sistemas, hacia una concepción de un diagnóstico integrativo centrado en la persona, dando cobertura no sólo a los aspectos de la enfermedad sino también a los aspectos de la salud y bienestar, la experiencia y valores de la persona, los factores de riesgo y protección para la salud y la relación del paciente con su familia y los clínicos (Mezzich, Snaedal, Van Well, Botbol, & Salloum, 2011).

3. CAUSAS DE LOS TRASTORNOS MENTALES: MODELOS EXPLICATIVOS

El origen de los trastornos mentales es una cuestión a la que a día de hoy, faltan respuestas. Los estudios actuales señalan que lo físico y lo mental están interrelacionados de tal manera que en la génesis de los trastornos mentales hay mucho de físico y en los trastornos físicos mucho de lo mental (DSM-IV TR) pero no existe una causa concreta, única e identificable que origine la aparición y desarrollo de los mismos. El **Modelo Médico Tradicional**, con un enfoque biológico y reduccionista, no ha facilitado la comprensión de los trastornos mentales y se aleja, considerablemente, de la vivencia de la enfermedad y de las maneras de sentir, pensar y actuar que poseen los enfermos (Pelechano, 2006). Así, el modelo actual de causalidad es un modelo multicausal que contempla en el origen de los trastornos los factores biológicos, psicológicos y socioculturales, ya que se trata de un problema clínico multidimensional y requiere, por tanto, un enfoque multidisciplinar que pueda explicarlo (Moreno & Ortiz-Tallo, 2013).

En esta línea de enfoque multicausal y holístico Obiols (2008) referencia el **Modelo Biopsicosocial** de Engels, de 1977, como una de las perspectivas más influyentes en la actualidad en el estudio de la salud mental y la salud física. Este modelo no sólo considera las dimensiones biológica, psicológica y social como origen de los trastornos mentales sino que considera la interacción entre dichas dimensiones como factores determinantes, considerando que tanto los microprocesos, como son las reacciones bioquímicas, como los macroprocesos, como son los trastornos mentales y el apoyo social, interactúan en el proceso de salud-enfermedad considerando que la salud tiene lugar cuando la persona tiene cubierta sus necesidades biológicas, psicológicas y so-

ciales y que cualquier cambio en cualquiera de estos tres sistemas afectará a los demás (Amigo, 2012).

En esta interacción, de estos tres sistemas o dimensiones, es de vital importancia conocer el peso de cada uno de ellos para conocer con más exactitud el inicio, desarrollo y mantenimiento de cada trastorno, así como la orientación en la intervención del mismo. Moreno y Ortiz-Tallo (2013) distinguen tres factores: (a) **factores que predisponen** a sufrir una determinada enfermedad y que constituyen la base para que el trastorno aparezca, tales como factores genéticos, relacionados con el embarazo y parto y las relaciones con los padres en la infancia que marcarán la afectividad, la personalidad y las relaciones posteriores; (b) **factores que precipitan** su desarrollo y que ocurren poco antes de la aparición de las manifestaciones del trastorno, tales como estresores vitales, cambios vitales y hormonales; y (3) **factores mantenedores** que contribuyen a que éstos se mantengan, tales como las condiciones ambientales, personales, familiares y desarreglos biológicos.

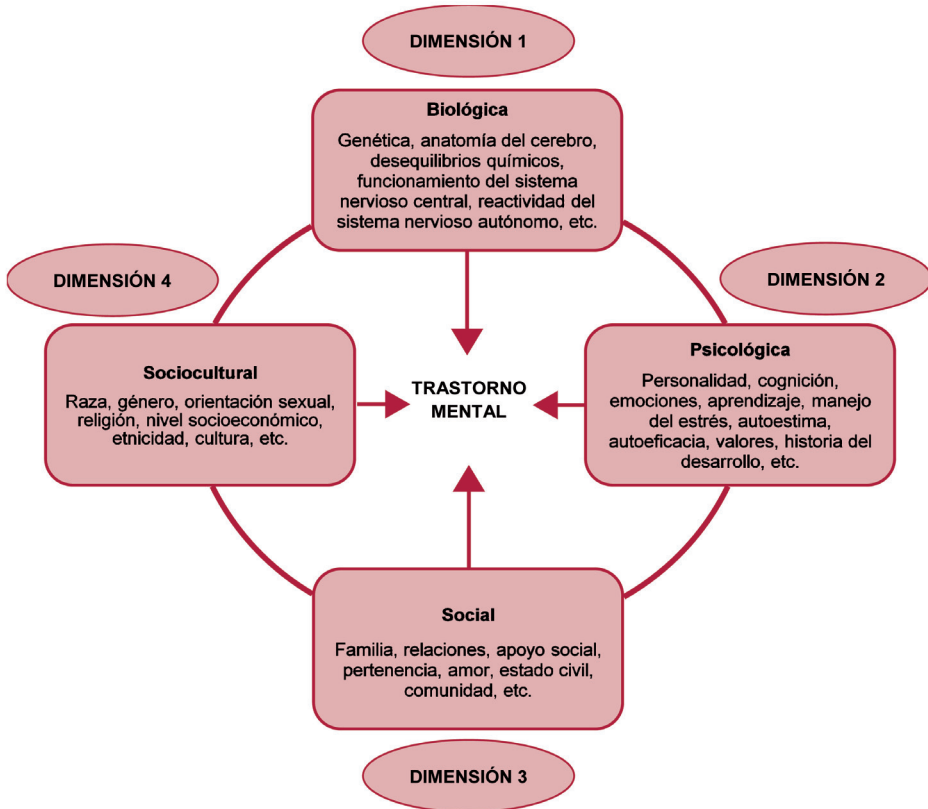
Así, los autores ponen de manifiesto que por ejemplo, en las psicosis esquizofrénicas, los factores biológicos y genéticos son los determinantes, y los factores ambientales y psicosociales (como consumo de tóxicos o la emoción expresada de la familia) tienen más importancia en la aparición, curso y pronóstico. En otros trastornos como una fobia, son los factores ambientales y psicológicos, los que han podido ser más determinantes por experiencia anterior traumática para la persona

Por otra parte adicionalmente y en la misma línea holística y multicausal, Sue et al. (2010) amplían la aportación sobre la causalidad de los trastornos mentales, con su **Modelo de las Vías Múltiples** (ver Figura 3 en la página siguiente). Este modelo nos muestra cuatro dimensiones para explicar los trastornos mentales y que son la dimensión biológica, la psicológica, la social y la sociocultural teniendo cada una de ellas una ponderación distinta en el origen y desarrollo de un trastorno, de tal forma que las personas expuestas a los mismos factores es posible que no desarrollen el mismo trastorno y que personas diferentes expuestas a distintos factores desarrollen trastornos mentales similares. Estos factores pueden interactuar entre ellos pudiendo estar un trastorno mental causado por sólo un factor o por diferentes combinaciones de los mismos. Así la investigación nos muestra que el funcionamiento cerebral afecta a las conductas, pero también nos muestra que la realización de ciertas conductas puede influir en el funcionamiento cerebral. También los factores socioculturales pueden modificar los factores biológicos y también es posible que la combinación de las cuatro dimensiones originen conductas anormales.

Así, los autores señalan dentro de cada dimensión los siguientes aspectos a considerar en la génesis de los trastornos mentales:

- 1) **desde la dimensión biológica** se consideran como causas orgánicas de los trastornos mentales: (a) la genética; (b) la anatomía del cerebro; (c) desequilibrios bioquímicos; (d) el funcionamiento del sistema nervioso central; y (e) la reactividad del sistema nervioso autónomo, considerando éstos altamente correlacionados con alguna forma de disfunción cerebral. Por otra parte la investigación bioquímica asume la existencia de un desequilibrio de ciertos neurotransmisores en el cerebro, así se ha relacionado el exceso de dopamina y la esquizofrenia. También las investigaciones han encontrado correlaciones entre la herencia

Figura 3. Modelo de vías múltiples de Sue et al. (2010).



genética y determinadas patologías, poniendo de manifiesto la predisposición a un trastorno, pero el trastorno, por sí mismo, también puede ser heredado poniendo de manifiesto que la interacción entre los genes y el ambiente es un proceso recíproco.

- 2) **desde la dimensión psicológica**, se considera que en el origen de los trastornos mentales es especialmente importante la personalidad, la cognición, las emociones, el aprendizaje, el manejo del estrés, la autoestima, la autoeficacia, los valores y la historia del desarrollo. Así cada modelo psicológico explica la etiología de los trastornos mentales enfatizando unos aspectos sobre otros. Los modelos psicodinámicos enfatizan las experiencias tempranas de la infancia y el papel del inconsciente. Los modelos conductuales el papel de la conducta anormal. Los modelos cognitivos enfatizan la influencia del pensamiento consciente en el estado emocional y por último los modelos humanistas enfatizan la percepción y la experiencia personal.
- 3) **desde la dimensión social**, se consideran como factores a tener en cuenta, la familia, las relaciones, el apoyo social, la pertenencia, el amor, el estado civil y la comunidad. El ser humano por naturaleza es un ser social y necesita a los demás

y de los demás, influyendo nuestras relaciones con los demás y el entorno, en el desarrollo, manifestación y mejora de los trastornos mentales. Así las investigaciones ponen de manifiesto que la ausencia o deterioro de las relaciones sociales están relacionadas con una mayor susceptibilidad a los trastornos mentales, actuando las buenas relaciones como factores protectores contra los estresores.

- 4) desde la dimensión socio-cultural, se consideran factores como la raza, el género, la orientación sexual, la religión, el nivel socioeconómico, la etnicidad y la cultura. Estos factores influyen para determinar cómo los grupos culturales específicos manifiestan trastornos. Pertenecer a grupos sociodemográficos específicos influye en la manifestación de trastornos de la conducta y puede someter a los miembros a estresores únicos que no se experimentan en otros grupos (Ponterotto, Utsey & Pedersen, 2006; Sue & Sue, 2008a). En este sentido, cabe mencionar el fenómeno conocido como la “paradoja hispana” o ventaja de salud latina, descrito en los años 80, donde diversos estudios mostraron que en diferentes comunidades latinas se obtenían mejores resultados de salud física y mental, a pesar de tener una situación socioeconómica más adversa (Markides & Coreil, 1986). Las causas de esta paradoja son desconocidas, los autores apuntan a diversos factores protectores, como la resistencia a la adversidad (Alegría et al., 2008) rasgos culturales propios de la cultura latina como el familismo, la simpatía, la creación de redes de apoyo social extensas e interacciones sociales placenteras recíprocas y no competitivas (Gallo, Penedo, Espinosa de los Monteros, & Arguelles, 2009), la existencia de vínculos familiares estrechos que podrían amortiguar los efectos del estrés psicosocial (Chen, 2007) y la religiosidad (Hackney & Sanders, 2003).

Por otra parte es posible que haya diferentes tipos de un trastorno, ya que parece ser que muchos trastornos son de naturaleza heterogénea. Así, la esquizofrenia parece estar compuesta por un grupo de trastornos distintos, pero relacionados y también es posible que haya distintos tipos de depresión cuya causa la constituyen diferentes factores.

Los propios autores lo definen como un metamodelo, en ciertos aspectos, que desde una perspectiva holística, integrativa e interactiva, ofrece un marco teórico organizacional para entender las causas de los trastornos mentales y la complejidad de los componentes que interactúan en ellas y ponen de manifiesto que la investigación, todavía, es insuficiente para relacionar de forma precisa las distintas dimensiones de análisis para la mayoría de los trastornos. Este modelo es similar al modelo de diátesis-estrés (Rosenthal, 1970) que pone de manifiesto la importancia de la herencia y los factores ambientales. Así lo que postula este modelo es que lo que se hereda no es una anomalía particular, sino la predisposición a desarrollar una enfermedad y que ésta puede ser activada por estresores ambientales y desembocar en un trastorno. De igual modo si no se dan las condiciones ambientales estresoras activadoras, quizá la anomalía nunca apareciera.

En resumen, en este capítulo se pone de manifiesto la evolución que el concepto de enfermedad mental ha tenido a lo largo de la historia, pasando de estar relacionada con elementos mágicos y religiosos en la prehistoria a una concepción más amplia en la actualidad, donde se habla de salud mental y se engloba a ésta dentro del concepto

de salud, constituyendo, en sí misma, un pilar fundamental tanto en el resultado de la salud general como del bienestar de las personas, siendo así reconocido por la OMS (2001) y siendo también incuestionable la influencia de la una en la otra, estando ambas determinadas por factores biológicos, psicológicos y sociales. Por otra parte definir el trastorno mental es una tarea compleja y no exenta de dificultad, no existiendo una definición única y universal. Los sistemas de clasificación actuales de los trastornos mentales reflejan diferencias y particularidades. A día de hoy, estos trastornos, siguen acompañados por una serie de mitos (entre ellos uno de los más potentes es la peligrosidad *per sé* asociada a las personas con trastorno mental) que continúan alimentando el estigma que estas personas y sus familias padecen. En cuanto al origen de los mismos la ciencia no ha identificado una causa única, sino que los modelos explicativos apuntan a una suma de factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales. Por tanto es labor de todos los organismos internacionales, nacionales y regionales velar y promocionar la salud mental mediante una atención integral y de calidad que de una respuesta adecuada a las personas que sufren trastornos mentales.

CAPÍTULO II

El trastorno mental y el sistema penitenciario español

1.- EL SISTEMA PENITENCIARIO ESPAÑOL

1.1. Introducción

El sistema penitenciario ha experimentado una evolución tanto a nivel conceptual como estructural que ha ido desembocando en un nuevo concepto y finalidad del mismo. Es en el siglo XVIII cuando la prisión surge como lugar de cumplimiento de penas, debido a factores que suponen un cambio en la visión y concepto de la misma. En este contexto y desde una orientación filantrópica, surgen autores que son considerados los **precursores del penitenciarismo** y que abogan por un trato digno a los presos y su clasificación dentro de las cárceles, las visitas de los jueces para evitar abusos por parte de la administración y la extinción del derecho de carcelaje, que era el dinero que tenía que pagar el interno cuando abandonaba la prisión. Uno de estos autores fue John Howard, quien, pudiera decirse, sienta las bases del actual sistema penitenciario proponiendo la construcción de establecimientos adecuados, la creación de un cuerpo de funcionarios de prisiones, la atención a las necesidades de alimentación, higiene y salud, y sobre todo la clasificación de los reclusos según sexo, edad, estado mental y tipología delictiva evitando así la mezcla de los presos enfermos mentales con los presos sanos, entre otras (Cerezo, 2007). En la siguiente tabla se muestran los distintos sistemas penitenciarios y la evolución de los mismos.

Tabla 2. Evolución de los distintos Sistemas Penitenciarios.

Sistema	Método	Países de instauración	Implantación en España (año)
Sistema Filadélfico o Celular. Años 30.	Aislamiento permanente	Inglaterra y Estados Unidos (abandonado pronto en este último país)	No
Sistema de Auburn.	Aislamiento sólo por la noche y trabajos en común por el día	Mayoría de los estados de Estados Unidos	No
Sistema Progresivo. Principios S. XIX.	Progreso desde el aislamiento celular hasta la libertad condicional a través de cuatro fases	Muy extendido en Europa y América Latina	Sí (generalización en 1901)

Tabla 2. Evolución de los distintos Sistemas Penitenciarios. *continuación*

Sistema	Método	Países de instauración	Implantación en España (año)
Sistema de Individualización Científica. Años 60-70.	Variante del Sistema Progresivo con cinco fases y sin necesidad de pasar por todas ellas	Estados Unidos y países escandinavos (años 60) y Europa (años 70)	Sí (instauración en 1979)
Sistema basado en Prisiones Abiertas.	Sistema abierto y pionero, exento de medidas de contención, cerrojos y rejas	Suecia es el país donde más prolifera y abarca la tercera parte de los internos	No

Fuente: Elaboración propia a partir de la información de Cerezo (2007).

En España el cambio en la situación penitenciaria se produce en la segunda mitad del siglo XIX y principios del siglo XX. Los precursores de este cambio proponen una reforma penitenciaria tanto en su estructura como en su finalidad. Entre estos precursores destacan Concepción Arenal, que abogó por crear un cuerpo facultativo penitenciario, reducir al mínimo la prisión preventiva, aumentar el número de establecimientos penitenciarios y que éstos dependieran del Ministerio de Gracia y justicia, Rafael Salillas pionero en la elaboración de estadísticas sobre patología carcelaria y mortalidad, propuso la recuperación social del interno y su habilitación profesional por medio del aprendizaje de oficios acorde a su nivel cultural y Victoria Kent, primera directora general de prisiones que realizó una profunda reforma penitenciaria que abarca desde la mejora de las condiciones de alimentación y habitabilidad de las cárceles hasta la entrada de la prensa al interior, la puesta en libertad de los reclusos mayores de 70 años, la formación del cuerpo de prisiones y los permisos de salida para los internos de buena conducta (Cerezo, 2007).

Todos estos cambios van sentando las bases del actual sistema penitenciario español, pero el gran cambio radical, tanto en su concepto como en su finalidad, se produjo con la aprobación de la Constitución Española de 1978, que supuso cambios tanto en la legislación penal como en el tratamiento de los internos y en las condiciones de las prisiones, las cuales están consideradas, actualmente, como un lugar de rehabilitación para favorecer la reinserción del interno a la sociedad, una vez cumplida su pena.

La Ley Orgánica General Penitenciaria de septiembre de 1979 (LOGP) en su preámbulo, pone de manifiesto la función resocializadora de la pena, considerando a la persona penada como un miembro activo que forma parte de la sociedad, bajo un régimen particular en respuesta al cumplimiento de dicha pena, con el objetivo de prepararle para su vuelta a la sociedad desde la libertad plena.

Por tanto, la prisión es una institución que tiene, en el ordenamiento jurídico actual, dos funciones básicas: ser centro custodio para el cumplimiento de la pena privativa de libertad y dotar de servicios de tratamiento y rehabilitación con el objetivo de favorecer la reinserción social en la sociedad (Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad - CERMI, 2008).

1.2. Marco jurídico

La normativa jurídica que regula el sistema penitenciario español hace suyas las recomendaciones establecidas por la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, las Normas Penitenciarias Europeas, las Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos de la ONU de 1995, los Pactos Internacionales sobre derechos civiles y políticos de 1966, la Declaración sobre protección contra la tortura y otras penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes de 1948 y la Convención Internacional sobre la eliminación de toda forma de discriminación racial de 1965 (Altamirano, 2013). El marco jurídico español está sostenido en una normativa penitenciaria respetuosa con la personalidad de los internos y con sus derechos e intereses jurídicos que no están afectados por la condena (Altamirano, 2013). Dicho marco, según la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP) (2014) está constituido por: (1) el artículo 25.2 de la Constitución Española; (2) la LOGP aprobada por Ley Orgánica 1/1979 de 26 de septiembre; (3) Reglamento penitenciario (RP) aprobado por Real Decreto (RD) 190/96, de 9 de febrero; (4) el Real Decreto (RD) 840/2011 que regula la ejecución de las penas de trabajos en beneficio de la comunidad y de localización permanente en centro penitenciario, de determinadas medidas de seguridad así como de la suspensión de la ejecución de las penas privativas de libertad y sustitución de penas; y (5) Circulares e Instrucciones de la SGIP.

Así la SGIP (2014), en su documento el Sistema Penitenciario Español recoge este marco jurídico que se articula de la siguiente manera:

1. El **artículo 25.2 de la Constitución Española** de 1978 establece que “las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad estarán orientadas hacia la reeducación y reinserción social y no podrán consistir en trabajos forzados. El condenado a pena de prisión que estuviere cumpliendo la misma gozará de los derechos fundamentales a excepción de los que se vean expresamente limitados por el contenido del fallo condenatorio, el sentido de la pena y la ley penitenciaria. En todo caso, tendrá derecho a un trabajo remunerado y a los beneficios de la seguridad social, así como al acceso a la cultura y al desarrollo integral de su personalidad”.
2. La **LOGP** enfatiza la mejora de las condiciones de vida de los internos y la función resocializadora de la pena para prepararle y facilitarle su vuelta a la sociedad cuando ésta se produzca. Así en su artículo 1 del preámbulo establece que “Las instituciones penitenciarias reguladas en la presente Ley tienen como fin primordial la reeducación y la reinserción social de los sentenciados a penas y medidas penales privativas de libertad, así como la retención y custodia de detenidos, presos y penados. Igualmente tienen a su cargo una labor asistencial y de ayuda para internos y liberados.”

El artículo 3 del preámbulo dice: “La actividad penitenciaria se ejercerá respetando, en todo caso, la personalidad humana de los reclusos y los derechos e intereses jurídicos de los mismos no afectados por la condena, sin establecerse diferencia alguna por razón de raza, opiniones políticas, creencias religiosas, condición social o cualesquiera otra circunstancias de análoga naturaleza.”

El artículo 26 recoge el derecho al trabajo y sus condiciones: “El trabajo será considerado como un derecho y como un deber del interno, siendo un elemento fundamental del tratamiento”. Este trabajo tendrá carácter formativo, será facilitado por la administración y le preparará para las condiciones normales del trabajo en libertad.”

En el artículo 55 se establecen los principios relativos a la educación y formación del preso ajustándose a la legislación vigente en materia de educación y formación profesional.

3. En el **RD 190/96**, de 9 de febrero, se aprueba el Reglamento Penitenciario (RP), que desarrolla la LOGP para el cumplimiento de estos fines y la adecuada organización y funcionamiento de las prisiones españolas en pos del modelo de reinserción social establecido en la constitución.
4. El **RD 515/2005**, de 6 de mayo, modificado por RD 1849/2009, desarrolla las circunstancias de ejecución de penas de Trabajos en Beneficio de la Comunidad y de localización permanente, de determinadas medidas de seguridad, así como de la suspensión de penas privativas de libertad.

Todas estas disposiciones contienen el marco normativo que regula la actuación del sistema penitenciario que se desarrolla y adecua, esencialmente, a través de la jurisprudencia penitenciaria y las **circulares e instrucciones de la SGIP**.

1.3. Objetivos y principios

La administración de la política penitenciaria es competencia del Ministerio del Interior a través de la SGIP que se articula en unidades técnicas y funcionales de diferente rango administrativo y en una red de servicios periféricos constituidos por los centros penitenciarios, los centros de inserción social y los servicios de gestión de penas y medidas alternativas. En la Comunidad Autónoma de Cataluña tienen transferidas las competencias de la administración penitenciaria y en el País Vasco tienen transferidas las competencias de la sanidad penitenciaria.

Es su objetivo fundamental hacer compatible el cumplimiento de las penas y la custodia de los internos con su rehabilitación social, bajo el auspicio de los cinco principios que rigen el Sistema Penitenciario Español que son (SGIP, 2014):

- 1) Individualización. Permite la asignación del interno al régimen de vida en prisión en función de su personalidad e historial delictivo.
- 2) Progresión de grado. Permite la asignación de los internos a un grado penitenciario en función de su historial personal, familiar, social y delictivo, su personalidad, la duración de la pena, el medio al que regresarán y los recursos del mismo, así como las facilidades y dificultades de cada caso. Esta asignación es determinada por la junta de tratamiento de cada centro penitenciario que está conformada por el subdirector médico, subdirector de tratamiento, jurista, director del centro, psicólogos, trabajadores sociales y educadores. Así, los internos serán clasificados en: (a) segundo grado o régimen ordinario, destinado para aquellos en los que concurran circunstancias personales y penitenciarias que les

permiten una convivencia normal, permaneciendo en los módulos ordinarios con el fin de evitar el aislamiento y descolgamiento de la vida en sociedad; (b) tercer grado o régimen abierto, para aquellos que tienen cumplida una tercera parte de su condena, una evolución personal positiva, buena conducta en el centro y participación en sus actividades y ausencia de incidencias en los permisos. El objetivo es la incorporación a la vida en libertad de forma gradual; (c) primer grado o régimen cerrado, para los internos con conductas violentas o problemas de adaptación a los regímenes anteriores, permaneciendo los internos en los módulos de aislamiento.

Estos sistemas de clasificación no son estáticos, así, siempre que se valore que un interno está en condiciones para ello, podrá ser clasificado en grado superior, excepto libertad condicional, sin tener que pasar por los que le preceden y dependiendo del grado en que se encuentre, podrá disfrutar de salidas terapéuticas y programadas al exterior, permisos de salida, permisos de fin de semana, estancia de ocho horas en el establecimiento e incluso continuar el cumplimiento de la condena en su domicilio (Altamirano, 2013).

- 3) Tratamiento penitenciario. El tratamiento está enfocado a la recuperación terapéutica y evitación de la reincidencia, a través de programas integrales que abarcan todas las áreas de la persona.
- 4) Cumplimiento de la pena donde el interno tenga arraigo social para evitar el desarraigo familiar y social y facilitar el proceso de reincorporación en la comunidad.
- 5) Comunicación con el exterior y permisos de salida. Estos permisos son propuestos por la junta de tratamiento y son aprobados por el juez de vigilancia penitenciaria. Los requisitos para acceder son estar clasificado en segundo o tercer grado, evolución positiva en el centro y haber cumplido una cuarta parte de la condena.

1.4. Tipos de establecimientos

En España, según datos de la SGIP, de principios de 2014, se dispone de 68 centros penitenciarios ordinarios, 32 Centros de Inserción Social, 3 Unidades de Madres y están previstas en este año la apertura de dos más, 14 Unidades dependientes y dos Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios. A continuación se describen estos tipos de establecimientos, según los describe la SGIP (2014).

1.4.1. Centros Penitenciarios ordinarios:

Los centros penitenciarios están concebidos arquitectónicamente con una tipología tipo o modular que posibilita disponer de espacios que facilitan la vida diaria en la prisión y responden a la doble función de lugar de custodia y espacio favorecedor de la rehabilitación. Son establecimientos de medio cerrado, de cumplimiento de penas para presos penados, pero también para presos preventivos en situación de disposición judicial. Albergan servicios generales comunes, espacios polivalentes de

uso común para actividades culturales, formativas, laborales y deportivas, espacios de asistencia sanitaria y espacios para comunicaciones con los familiares y con sus letrados. También disponen de panadería, lavandería, economato, servicio de limpieza, gestionado por los propios internos y que conforman los talleres productivos. Todas las zonas están diferenciadas para garantizar los niveles de seguridad y eficiencia y mejorar la habitabilidad, facilitando el desarrollo integral de los internos. Asimismo, disponen de tecnología de seguridad de alto nivel, provisión de servicios y energías renovables.

1.4.2. Centros de inserción social (CIS):

Son centros destinados a internos que cumplen su condena en régimen abierto o que se encuentran en un proceso avanzado de reinserción. A través de ellos se gestionan también las penas alternativas que no exigen el ingreso en prisión como los trabajos en beneficio de la comunidad, la suspensión de la ejecución de la pena, la localización permanente y el seguimiento de las libertades condicionales.

Suelen estar situados en los centros urbanos o semiurbanos, a fin de facilitar la vuelta a la vida en la comunidad. La estancia es voluntaria y los internos tienen libertad para salir y cumplir con sus compromisos laborales, formativos y de tratamiento terapéutico fuera del centro, al que regresan para dormir, cumpliendo una función residencial básica. También se desarrollan actividades de intervención y tratamiento, trabajo social y talleres productivos y disponen de sistemas de seguridad adaptados y flexibles ofreciendo un control a distancia de la movilidad de los internos compaginando mayores cotas de libertad e integración social, con demanda social de seguridad.

1.4.3. Unidades de madres:

La legislación vigente contempla el derecho de las mujeres madres reclusas, a tener a sus hijos con ellas hasta la edad de tres años, edad en la que el niño para a ser tutelado por la familia o en caso de que ésta no existiera o no pudiera hacerse cargo de él, sería la comunidad autónoma a través de sus organismos tutelares los que se harían cargo del menor. En España existen 3 unidades situadas en Madrid, Sevilla y Mallorca. Es una experiencia pionera en Europa y su objetivo es crear un ambiente adecuado para que los niños puedan desarrollarse emocional y educativamente durante el tiempo de estancia en el centro, favoreciendo el vínculo filial y la reinserción social de la madre.

Son espacios ubicados fuera de los recintos carcelarios que por su situación, diseño y equipamiento están adaptados para cubrir las necesidades de los menores en sus primeros años al tiempo que hacen efectivo el cumplimiento de la pena de las madres.

La vida en estos módulos está adaptada a los horarios y necesidades de los niños y transcurre de forma semejante a la de cualquier niño en el medio libre; duermen y desayunan con sus madres, asisten a la escuela infantil, dotada de toda la infraestructura y personal como cualquier otro centro infantil. En algún centro penitenciario los niños asisten al colegio de la comunidad.

1.4.4. Unidades dependientes:

Son viviendas situadas fuera de los centros penitenciarios, ubicadas en los núcleos urbanos, sin ningún signo de distinción relativo a su dedicación, que dependen de un centro penitenciario.

Sus objetivos son complementar el trabajo de reinserción, que ya se inicia en el centro penitenciario, reforzar los hábitos laborales, facilitar el acceso a la educación y formación y a los tratamientos médicos y psicológicos.

Están destinados a madres con niños y a hombres y mujeres en tercer grado, sin vínculos familiares y son gestionados por entidades del tercer sector con la supervisión de la Administración Penitenciaria.

1.4.5. Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios:

Son centros especiales destinados al cumplimiento de las medidas de seguridad privativas de libertad, acordadas en los procesos penales, para internos que son considerados inimputables por presentar una anomalía o alteración psíquica, especialmente trastornos mentales graves de tipo psicótico, que les impide comprender la ilegalidad del hecho delictivo. En España hay dos, situados en Alicante y en Sevilla.

En los casos de internos con patología psiquiátrica sobrevenida, el ingreso se realiza si la autoridad judicial lo considera pertinente, para que el interno sea observado, y se emita informe. Una vez emitido dicho informe, si la autoridad judicial no decidiese la libertad del interno, el centro directivo podrá decidir su traslado al centro que le corresponda.

La función de estos centros es asistencial, basándose en el principio de la coordinación del equipo multidisciplinar que interviene y que está compuesto por psiquiatra, psicólogo, médicos, enfermeros, trabajadores sociales, educadores y terapeutas ocupacionales y que se ocupan de garantizar el proceso de rehabilitación del interno desde el modelo biopsicosocial, con un enfoque multidimensional, abordando la dimensión biológica, psicológica, social y cultural del interno.

En estos hospitales psiquiátricos no existe el sistema de clasificación en grados. Su objetivo principal es conseguir la estabilización psicopatológica de los internos y la reducción de su peligrosidad, así como garantizar una atención especializada, todo ello, como paso previo a una posible sustitución de la medida de seguridad privativa de libertad por una medida de tratamiento que le permita continuar con el tratamiento y seguimiento en el seno de la comunidad. Para esto es fundamental, la colaboración de las Instituciones sanitarias y sociales de la red pública que son las encargadas de la continuidad de cuidados y tratamiento y seguimiento del enfermo mental en la comunidad, ya que la permanencia de un paciente en el hospital psiquiátrico no puede sobrepasar el tiempo máximo de pena fijado en la sentencia.

1.5. Principales programas de tratamiento

El sistema penitenciario español concibe el tratamiento penitenciario con el objetivo de reeducar y reinserter a los internos en la sociedad. Para ello despliega una serie

de actividades y programas no sólo terapéuticos y asistenciales sino también otras actividades contempladas en programas, tales como, programas de enseñanza reglada y formación, programas de trabajo e inserción laboral, programas de ocio y cultura, y programas de actividades deportivas. Todos ellos enfocados al crecimiento y mejora de las capacidades personales y a trabajar aquellas conductas y factores de exclusión que dieron lugar a la comisión del delito. Estos programas se elaboran en función de la evaluación global del interno, su dimensión delictiva y su evolución y son individualizados, dinámicos, desarrollado por el equipo multidisciplinar del centro, en un clima social lo más favorecedor posible, en colaboración con instituciones externas y sometidos a una evaluación periódica (Altamirano, 2013). La puesta en marcha de estos programas toma su impulso en el año 2005 y a día de hoy, existe una serie de programas específicos destinados a promover una evolución positiva de los internos y a intervenir sobre los factores psicosociales implicados en las conductas delictivas. Entre ellos se encuentran (SGIP, 2014): (a) los programas para delitos graves como la agresión sexual y la violencia de género; (b) los programas de atención a drogodependencias y alcoholismo entre los que se encuentran los que se desarrollan en los módulos terapéuticos y comunidades intrapenitenciarias, los programas de reducción del daño como el intercambio de jeringuillas y el mantenimiento de metadona, los programas de educación para la salud y los programas de intervención de recaídas; (c) programas de intervención para internos con discapacidad intelectual; (d) programas de intervención para internos con trastorno mental que desarrollaremos más adelante; (e) programas de intervención para jóvenes menores de 21 años con el objetivo de impedir el desarrollo de una carrera delictiva y de reincidencia; (f) programas de juego patológico; (g) programas específicos para madres con la finalidad de procurar el bienestar del menor y mejorar las condiciones estimulares del ambiente donde se encuentran; (h) programas de intervención integral para mujeres; (i) programas de módulos de respeto con el objetivo de conseguir la mejora del clima social en el módulo, fomentando el respeto y la convivencia, la participación en las actividades y tareas diarias del módulo y favoreciendo hábitos y actitudes, socialmente aceptados, que influyen en el bienestar emocional y la salud mental de los internos, impidiendo que los valores que predominan en la subcultura carcelaria fomenten la reincidencia delictiva; (j) programa de prevención de suicidios; (k) programa para personas extranjeras y (l) programa de terapia asistida con animales destinado a internos emocionalmente inestables con problemas de afectividad, baja autoestima, problemas de adaptación y dificultades para controlar su conducta, déficit de relaciones interpersonales e internos con patología psiquiátrica.

2. POBLACIÓN PENITENCIARIA ESPAÑOLA EN GENERAL: CIFRAS Y CARACTERÍSTICAS

La población penitenciaria en España ha ido incrementándose en los últimos años, llegando a tener una de las tasas más elevadas de población reclusa de Europa, con 153,6 reclusos por cada 100.000 habitantes. En la década de los años 90 comienza un ascenso que sitúa en 76.090 los internos que se encontraban en las cárceles españolas a finales de 2009 y a los que hay que sumar los condenados a penas alternativas (SGIP, 2010).

Este incremento se ha debido, entre otras razones a las sucesivas reformas del Código Penal y la penalización de delitos como la violencia de género y los delitos de seguridad vial, lo cual también ha contribuido a que el perfil sociológico de esta población haya cambiado.

Según datos de la SGIP (2014) esta tendencia de incremento ha cambiado en el año 2013, descendiendo esta población en dicho año, en un decremento del 2,3% anual, siendo la tasa estimada por cada 100.000 habitantes de 143 puntos, situándose en la parte media baja de los países europeos, siendo similar a la de las Administraciones británicas y superior a las de Italia, Portugal, Francia y Alemania.

Según los últimos datos de la Estadística de la SGIP a fecha de enero de 2015, la población penitenciaria asciende a 65.039 internos, distribuyéndose de la siguiente manera: atendiendo al género (el 92,35% son hombres.) y en cuanto a la situación penal, (el 84,9% están penados y el 13,1% preventivos). Del total de penados (un 74,6% están en régimen penitenciario de segundo grado y un 15,2% en tercer grado). Respecto a la comunidad autónoma, el porcentaje más elevado se registra en Andalucía con un 23,2%, seguido de Cataluña con un 14,3%, Madrid un 13,5% y Valencia 10,6%, lo que de manera conjunta representa el 61,6% del total de la población penitenciaria. Los porcentajes más bajos se registran en Navarra con un 0,5% y las comunidades autónomas de Melilla y Ceuta con un 0,4 y un 0,3% respectivamente.

En cuanto a la edad de los internos penados, el 71% tenía entre 31 y 60 años. Este mismo intervalo de edad era el más frecuente en los internos preventivos representando el 65,7%.

Entre los delitos más frecuentes contemplados en la Ley Orgánica /1095, se encuentran los delitos contra el patrimonio y el orden socio-económico con un 37,7% y el delito contra la salud pública con un 23,8%, que de manera conjunta representan el 61,5%.

Por tanto se podría decir que el perfil de la población penitenciaria española está representado en su mayoría por hombres españoles, aunque en los últimos años ha aumentado las personas de otras nacionalidades, penados, cuya media de edad se encuentra entre los 41-60 años, con un nivel de estudios y cualificación laboral bajos, siendo funcionalmente analfabetos y con escasas habilidades sociales y que han vivido en ambientes deprimidos, ingresando por primera vez en un centro penitenciario a una edad temprana, siendo significativo el número de drogodependientes y reincidentes. En cuanto a la situación procesal-penal, la mayoría cumple pena de prisión en régimen penitenciario de segundo grado, estando los delitos mayoritarios relacionados con la propiedad en el caso de los hombres y contra la salud pública (tráfico de drogas) en el caso de las mujeres (SGIP, 2014).

El número de mujeres representa el 7,57% de la población reclusa, siendo más alto que el promedio de países europeos que tienen entre un 4% y 6%, estando sus delitos relacionados, en la mayoría, contra la salud pública (tráfico de drogas).

Entre los factores asociados al ciclo delictivo, los estudios apuntan a que son las personas con mayor vulnerabilidad social o que se mueven en entornos relacionados con la exclusión social, las que tienen más posibilidades de entrar en el círculo delictivo y en el sistema penal penitenciario, nutriéndose los centros, en su mayoría, de per-

sonas que se han desarrollado en contextos desfavorecidos o excluidos socialmente (CERMI, 2008), pertenecientes muchos de ellos a familias con una historia extensa de pobreza y exclusión social (Cabrera, 2002). Esta situación de vulnerabilidad social y riesgo de exclusión social se hace más patente en las personas que sufren un Trastorno Mental, debido a los múltiples factores de riesgo de exclusión a los que se pueden enfrentar, tanto sociales, como laborales, formativos y sociosanitarios.

Por otra parte hay que tener en cuenta que la situación de encarcelamiento para cualquier persona, en cualquier parte del mundo, supone una experiencia traumática, al menos, en los primeros momentos del ingreso ya que supone un esfuerzo de adaptación constante que genera tanto en el interno como en su familia una serie de distorsiones afectivas, emocionales, cognitivas y perceptivas que suscita el interés por conocer los aspectos psicológicos más relevantes. Así el perfil psicológico mayoritario de las personas que cumplen penas privativas en nuestro país, se caracterizaría por una serie de rasgos, cuyas cifras son más altas que en la población general (Altamirano, 2013):

- 1) La frecuente exposición a sucesos traumáticos.
- 2) El elevado porcentaje de internos con patrones de abuso y dependencia de drogas y/o alcohol.
- 3) La alta prevalencia de personas con problemas de salud mental.

3. POBLACIÓN PENITENCIARIA ESPAÑOLA CON TRASTORNO MENTAL

3.1. Características y situación actual

En las prisiones españolas y en el conjunto de los países europeos un alto porcentaje de internos sufren enfermedades mentales, que no han adquirido en la cárcel en su mayoría y están asociadas con problemas de drogodependencia siendo, esta situación, un motivo de preocupación para la Unión Europea, las Naciones Unidas y la OMS. La literatura pone de manifiesto, a nivel mundial, una prevalencia más elevada de personas con trastorno mental en los centros penitenciarios que en la población general (Andersen, 2004; Birmingham, Mason, & Grubin, 1996; Brooke, Taylor, Gunn, & Maden, 1996; Coid, & Ullrich 2011) lo que desemboca en una sobreocupación de los mismos.

En cuanto al perfil de las personas con trastorno mental que se encuentran en los centros penitenciarios Arroyo-Cobo (2011) presenta un bajo nivel educativo, con antecedentes de fracaso escolar, sin cualificación profesional y la mayoría no han tenido nunca un empleo estable. Muchos de ellos han padecido en su infancia abusos, malos tratos y abandonos, con historias de vida difíciles y de trauma en ambientes desfavorecidos o marginales. Presentan deterioro en sus capacidades funcionales para el desempeño de sus actividades diarias, así como en el desempeño adecuado de sus roles que se traduce en un nivel de dependencia en su autonomía personal y social, siendo vulnerables al estrés y presentando también otras vulnerabilidades, como mala salud física, dificultades en las relaciones, vivienda inestable o falta de la misma. Se trata, en su mayoría, de trastornos muy complejos, crónicos, relacionados con factores sociales y físicos que empeoran su pronóstico y manejo como son la adicción a las

drogas, dando lugar a la patología dual o las dificultades de aprendizaje. Este deterioro progresivo, incluso les puede llegar a impedir el disfrute de los mismos derechos y beneficios penitenciarios que el resto de los internos (Castejón, Pallarés & López, 2011). Se estima que el 67,7 % no ha tenido ninguna vinculación con los servicios de salud mental comunitarios antes de su ingreso en el centro penitenciario.

La situación de las personas con enfermedad mental en España fue puesta de manifiesto por el Defensor del Pueblo Andaluz en el año 1997 en un informe en el que concluía, en su presentación, que las cárceles no son los lugares para tratar a los enfermos mentales y que éstos no cumplen ningún papel dentro de las mismas.

Castejón et al. (2011) señalan que muchos internos con trastornos mentales graves como la psicosis y la esquizofrenia, con frecuencia, se encuentran ingresados en los módulos de enfermería de los centros penitenciarios, durante mucho tiempo, sin participar en las actividades comunes del centro ni en las específicas de rehabilitación psicosocial, lo que puede producir efectos de cronicidad y de institucionalización que puede desembocar en una nueva forma de institucionalización psiquiátrica. Los mismos autores manifiestan que esta situación ha sido denunciada por colectivos sanitarios, sociales, jurídicos, asociaciones de defensa de los derechos humanos, así como por la propia SGIP. La Unión Europea también pone de manifiesto que la prisión no es el lugar para el tratamiento de las personas con trastornos mentales, siendo necesaria la aplicación de la legislación vigente, la utilización de los servicios y recursos de la red de salud mental comunitaria y ampliar las plazas de recursos socio-sanitarios en la comunidad, permitiendo, con ello, el cumplimiento de la pena en los recursos especializados para su patología, favoreciendo su recuperación y reinserción. Estos autores señalan, dentro del marco legislativo, dos artículos del Reglamento Penitenciario, a saber, **el artículo 108 y el artículo 209** que establecen el derecho de las personas con trastorno mental a acceder y disfrutar de las prestaciones públicas para su salud igualmente que el resto de la población y el artículo 60 del Código Penal, que contempla que la detección de un trastorno mental grave en un centro penitenciario, supone la suspensión inmediata de la pena de prisión y su traslado a un recurso especializado de la red de salud mental de la comunidad, para su atención médica y psicosocial. Pero esta situación se complica, según los autores, debido a las escasas plazas y recursos en la comunidad para el internamiento psiquiátrico o el cumplimiento de medidas de seguridad, por lo que estas personas cumplen su pena en un centro penitenciario ordinario o cumplen una medida de seguridad en los dos hospitales psiquiátricos penitenciarios, lejos de su familia y de su comunidad, favoreciendo un desvinculamiento familiar y social.

En este sentido la **Ley 16/2003 de 28 de mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud**, establece en su disposición sexta la transferencia de los servicios sanitarios dependientes de Instituciones Penitenciarias a las Comunidades Autónomas para su integración en los servicios autonómicos de salud. Esta ley en vigor desde el 30 de mayo de 2003, que tenía que hacerse efectiva antes del 1 diciembre de 2004, sigue a día de hoy sin aplicarse.

Ante esta situación son los recursos asistenciales de los centros penitenciarios los encargados de atender las patologías mentales, detectándolas, estabilizándolas y sacando a la persona de una situación de deterioro y conflictos reiterados con la justicia.

Esto les da la oportunidad de reincorporarse a la sociedad con un mejor nivel de salud tanto física como mental, siendo derivados a dispositivos asistenciales en la comunidad que tratarán su trastorno (Fundación Abogacía Española, 2012).

La Institución Penitenciaria facilita gratuitamente la administración farmacológica y la atención especializada del médico psiquiatra, la cual, es diferente según cada centro y cada Comunidad Autónoma, en función de los convenios de colaboración establecidos con las Consejerías de Sanidad. Así hay cuatro modalidades de atención psiquiátrica: (a) el médico psiquiatra, pertenece al cuerpo de facultativos de instituciones penitenciarias; (b) el médico psiquiatra es un consultor, contratado por el centro penitenciario; (c) el médico psiquiatra pertenece a la red comunitaria de salud mental y se desplaza al centro penitenciario, según el acuerdo de colaboración; y (4) consultas en los servicios de salud mental de la red comunitaria con custodia por las fuerzas de seguridad del Estado.

Según estudios desarrollados en algunos centros penitenciarios de la Comunidad Valenciana (Arnau-Peiró et al., 2012), existe una gran dificultad de seguimiento de la patología psiquiátrica grave en prisión y, aunque la consulta de psiquiatría es la más elevada, el seguimiento de estos pacientes es escaso e insuficiente, contabilizándose una media de 4 visitas por interno durante el año de seguimiento.

Por otra parte la Fundación Abogacía Española (2012) pone de manifiesto que el doble estigma de las personas con trastorno mental sometidas a un proceso con la justicia, les discrimina a la hora de poder acceder a los tratamientos rehabilitadores, ya que primero se les considera criminales y luego enfermos. Esto es, sobre todo, relevante en los internos sometidos a medidas de seguridad que han sido declarados no culpables del delito que han cometido (la sociedad les considera no culpables pero sí peligrosos) y agotan todo el tiempo de la medida de seguridad en los hospitales psiquiátricos penitenciarios, los cuales están masificados debido a una derivación de enfermos mentales, en proceso judicial, que no encajan en el perfil clínico de un enfermo mental que precisa asistencia hospitalaria. Las causas de esta masificación parecen encontrarse en: (a) una falta de coordinación entre las administraciones implicadas judiciales, penales y socio-asistenciales; (b) la estigmatización, referida anteriormente, que origina la no aceptación en recursos comunitarios de los que podrían beneficiarse; (c) la presión social para que prime la seguridad antes que la rehabilitación; (d) la ausencia de políticas de prevención y control en pacientes crónicos con una red social y familiar de apoyo inexistente o deficitaria, que conlleva que el enfermo empeore en su patología, teniendo comportamientos antisociales que pueden ser graves y conducentes a la comisión de nuevos delitos menores, pero que fomentan el fenómeno de la “puerta giratoria” en estas personas, entrando y saliendo del sistema penitenciario con frecuencia.

En cuanto a las situaciones jurídicas en las que puede encontrarse una persona con trastorno mental son las siguientes (Fundación Manantial, 2009):

- **Imputado o procesado:** es la situación en la que un procedimiento penal se dirige contra una persona. En este momento se hace necesaria una valoración del estado mental de la persona a fin de evitar que la enajenación mental, si la hubiere, pase inadvertida.

- **Preventivo:** situación donde hay existencia de indicios racionales de criminalidad y por ello es sometida a una medida cautelar de prisión preventiva.
- **Condenado:** se refiere a la participación de la persona en un hecho calificado como delito o falta y que ha quedado demostrada y en consecuencia le es impuesta una pena.
- **Penado:** situación de condena a una pena privativa de libertad, cuyo cumplimiento se realiza en un centro penitenciario ordinario.
- **Sometido a medida de seguridad:** situación en la que habiendo sido probada la participación de la persona en un hecho delictivo, ha sido estimada su inimputabilidad de forma completa o incompleta no siendo culpable de los actos delictivos debido a sus características biológicas y psíquicas que le hacen no culpable –en sentido jurídico-penal– de sus actos, y es sometida a una medida de seguridad como alternativa a la pena.

Estas medidas de seguridad pueden ser:

- Medidas de seguridad privativas de libertad que son aquellas que se cumplen en los establecimientos específicos para la patología de la persona y que se recogen en la legislación penitenciaria. Estos establecimientos son : (a) un centro psiquiátrico; (b) un centro de deshabitación; y (c) un centro educativo especial.
- Medidas de seguridad no privativas de libertad que son aquellas que la persona puede cumplir en la comunidad, mediante: (a) la custodia familiar; (b) el tratamiento externo en centros médicos o establecimientos de carácter socio-sanitario; y (c) el sometimiento a programas de tipo formativo, cultural, educativo, profesional, de educación sexual y otros similares.

3.2. Legislación vigente en España para las personas con trastorno mental

La figura del enfermo mental en prisión en España ha sido contemplada en los Códigos Penales de 1848, 1850 y 1870 como “el imbecil y el loco”, pasando los de 1928 y 1932 a destacar la figura del “enajenado” asociándolo con las medidas de seguridad, como medida protectora de la sociedad que no le considera voluntariamente culpable pero si socialmente peligroso. (Fundación Abogacía Española, 2012).

Como se ha reflejado anteriormente la normativa penitenciaria española hace suyas las recomendaciones, normas, reglas y acuerdos internacionales. Específicamente en materia de salud mental, la normativa en nuestro país queda establecida en:

- La **Constitución Española de 1978** en su **artículo 25.2** (referido anteriormente) y en los artículos 43 y 49 contempla la protección de la salud y la aplicación de políticas de prevención, tratamiento, rehabilitación e integración de las personas con discapacidad mediante la atención especializada que requieran.
- La **Ley Orgánica 10/1995 de 23 de noviembre del Código Penal** establece la actuación con las personas con trastorno mental y discapacidad en los siguientes artículos: en su **artículo 20** contempla la exención de la responsabilidad criminal y por tanto la aplicación de las medidas de seguridad, si en el momento de

la comisión del delito, la persona no puede comprender la ilicitud del hecho a causa de cualquier anomalía o alteración psíquica o tener gravemente alterada la conciencia de la realidad por sufrir alteraciones en la percepción desde el nacimiento o desde la infancia. En el **artículo 21** se establecen las circunstancias atenuantes el caso en que en las causas expresadas en el capítulo anterior no concurrieran todos los requisitos necesarios para eximir de responsabilidad en los respectivos casos. El **artículo 60** (referido anteriormente). En los **artículos 102 y 103** se establece que a las personas exentas de responsabilidad penal se les aplicará, si fuera necesario, una medida de internamiento en un centro de deshabitación público o privado, acreditado u homologado, o el internamiento en un centro educativo especial. Esta medida no podrá exceder el tiempo de cumplimiento de la pena y la persona no podrá abandonar el establecimiento sin autorización del juez o tribunal sentenciador.

- La **LOGP** (referida anteriormente) establece en el **artículo 10**, la permanencia para los penados considerados como peligrosos extremos o para casos de inadaptación a los regímenes ordinarios y abiertos, apreciados por causas objetivas en resolución motivada, siendo su permanencia en los mismos el tiempo necesario hasta que desaparezcan o disminuyan las razones o circunstancias que determinaron su ingreso. En el **artículo 16** se establece que aquellos que presenten enfermedad física o mental podrán estar separados de aquellos que pueden seguir el régimen normal del establecimiento. En el **artículo 36** se establece que en cada centro existirá al menos un médico general con conocimientos psiquiátricos para velar por la salud mental de los internos y podrán ser asistidos en las instituciones hospitalarias y asistenciales de carácter penitenciario y en caso de necesidad o de urgencia en otros centros hospitalarios.
- El **RD 190/1996 de 9 de febrero** (referido anteriormente) establece en su **artículo 62** la colaboración de entidades del tercer sector dedicadas a la asistencia y atención de personas en el medio penitenciario, previa solicitud y aprobación por el centro directivo. En el **artículo 117** establece la salida regular a una institución exterior para el desarrollo de un programa concreto de atención especializada, siempre que éste sea necesario para su evolución y reinserción social. Esta medida es aplicada a internos clasificados en segundo grado con perfil de baja peligrosidad social y sin riesgo de quebrantamiento de condena. En los **artículos 183 a 191** establece el internamiento en unidades psiquiátricas penitenciarias o establecimientos penitenciarios en los siguientes casos: (a) internos con patología psiquiátrica, cuando la autoridad judicial decida su ingreso para observación, de acuerdo con lo establecido en la Ley de Enjuiciamiento Criminal, durante el tiempo que requiera la misma y la emisión del oportuno informe; (b) personas a las que se les haya aplicado una medida de seguridad de internamiento en centro psiquiátrico penitenciario; y (c) penados a los que, por enfermedad mental sobrevenida, se les haya impuesto una medida de seguridad por el tribunal sentenciador en aplicación de lo dispuesto en el Código Penal y en la Ley de Enjuiciamiento Criminal que deba ser cumplida en un establecimiento o unidad psiquiátrica penitenciaria. La atención a estos internos será llevada a cabo por un equipo multidisciplinar especializado compuesto por psiquiatras, médicos

generales, psicólogos, enfermeros y trabajadores sociales, tal como establece el **artículo 185**.

- El **RD 515/2005, de 6 de mayo**, (referido anteriormente) modificado por RD 1849/2009, desarrolla las circunstancias de ejecución de penas de trabajos en beneficio de la comunidad y de localización permanente, de determinadas medidas de seguridad, así como de la suspensión de penas privativas de libertad.
- En materia de sanidad la **Ley 16/2003 de 28 de mayo, de cohesión y calidad del sistema nacional de salud** (referida anteriormente).

3.3. Programas de atención en España para las personas con trastorno mental en prisión

Los principales organismos como la OMS, la Organización de Naciones Unidas, la Unión Europea y el Ministerio de Sanidad español, siendo conscientes de la existencia elevada de personas con trastornos mentales en prisión, han elaborado una serie de recomendaciones generales para la atención integral de los mismos (Arroyo-Cobo, 2011) en una línea común de calidad y coordinación que garantice su equivalencia y continuidad con el tratamiento recibido para la misma enfermedad en la comunidad (Wilson, 2004) y que ya se hace en países como Francia, Noruega, Inglaterra, Gales y en España, en la Comunidad Autónoma de Cataluña (Arroyo-Cobo, 2011). Este abordaje debe basarse en las siguientes estrategias: (a) el principio de equivalencia asistencial (Earthrowl, O'Grady & Birmingham, 2003), ya que el hecho de que una persona se encuentre en situación de privación de libertad no tiene que afectar a su derecho a la asistencia médica, sanitaria y psiquiátrica; (b) la intervención de equipos multidisciplinares para abordar las necesidades clínicas, jurídicas, sociales, familiares y personales; (c) la obligada coordinación interinstitucional y de representantes sociales (Gunn, 2000; Wilson & Draine, 2006); (d) la puesta en marcha de campañas de sensibilización dirigidas a toda la sociedad en general, pero también a los profesionales del ámbito sanitario, social y jurídico, para un mejor conocimiento de la realidad que viven estas personas y contribuir con ello a erradicar el estigma que les obstaculiza el poder acceder a los servicios rehabilitadores (Wilson & Draine, 2006); (e) la realización de programas de formación continuada para los funcionarios de vigilancia y los profesionales de intervención terapéutica; y (f) el establecimiento de protocolos de actuación que regularicen las actuaciones en los casos de tratamiento involuntario, traslados urgentes y custodia de los enfermos mentales desde los lugares de detención y desde los centros penitenciarios a los recursos socio-asistenciales (Arroyo-Cobo, 2011).

La Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013, pone de manifiesto la deficiencia en la atención a los problemas de salud mental en las personas ingresadas en los centros penitenciarios. En nuestro país una de las dificultades ha sido la identificación y diagnóstico de las personas con trastorno mental, tanto en el momento del ingreso como durante el cumplimiento de la pena (CERMI, 2008). Por ello, la SGIP en consonancia con las estrategias de los expertos en el tema pone en marcha el **Protocolo de Aplicación del Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios (PAIEM)**, publicado en septiembre de 2009 y

que se muestra en la Figura 4 (*ver en la página siguiente*) y cuyos supuestos básicos son las directrices de la SGIP en la asistencia a los problemas de salud mental en el medio penitenciario.

En la actualidad, este programa está implantado en el 97% de los centros penitenciarios, desarrollando una atención integral y sustentándose en el modelo biopsicosocial, con objetivos rehabilitadores y reinsertadores, cuyos **principios** son: la autonomía, la calidad asistencial, la continuidad de cuidados en la comunidad, la multidisciplinariedad de los equipos, el trabajo en equipo, la coordinación, la colaboración con entidades del tercer sector y la formación e investigación.

La intervención, que articula este programa, gira en torno a las tres necesidades vitales que presentan las personas con enfermedad mental en los centros penitenciarios: (1) el abordaje de los aspectos clínicos y médicos para recuperar la salud y/o estabilizar su estado mental; (2) el abordaje de los devastadores efectos negativos que tiene la enfermedad sobre la persona; y (3) asegurar la continuidad de cuidados necesarios en la comunidad, una vez que el interno abandone el centro penitenciario.

Todo el programa requiere la intervención de todos los profesionales del centro penitenciario, y debe ser adaptado a las características de cada centro.

Sus tres objetivos específicos son: (1) detectar, diagnosticar y tratar a todos los internos que sufran algún tipo de trastorno mental y efectuar su derivación a los programas de rehabilitación; (2) mejorar su calidad de vida aumentando su autonomía personal y favoreciendo la adaptación al entorno penitenciario; y (3) optimizar su reincorporación social y derivación a un recurso socio-sanitario comunitario. Estos objetivos se desarrollan en tres programas relacionados que se presentan a continuación:

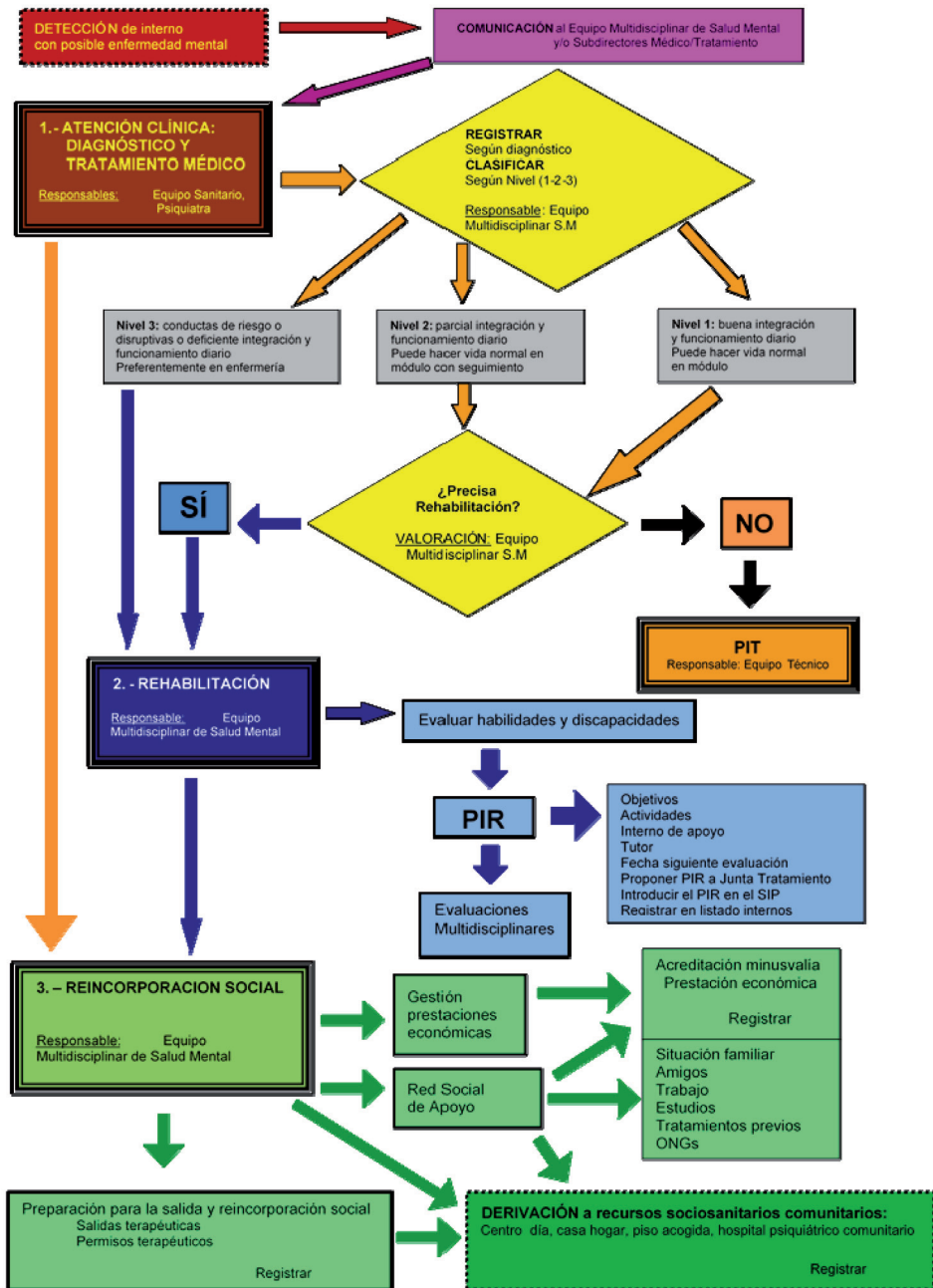
- **Programa de atención clínica:** es un programa encaminado a identificar, diagnosticar y tratar a los internos con problemas de salud mental, tanto en el momento del ingreso como durante su estancia en prisión. Consta de dos niveles de atención: (1) nivel de atención primaria para internos que presenten trastornos adaptativos, trastornos por ansiedad, trastornos por depresión, conductas adictivas, trastornos del comportamiento y reagudizaciones de trastornos ya conocidos; y (2) nivel de atención especializada para diagnósticos, tratamientos y reagudización de trastornos mentales crónicos que requieren atención especializada u hospitalización.

Una vez diagnosticado el interno y tratado y /o estabilizado en su caso, es derivado al programa de rehabilitación.

- **Programa de rehabilitación:** su finalidad es recuperar o mejorar la capacidad funcional de la persona, su calidad de vida y su adaptación al entorno penitenciario. Consta de tres fases: (1) la evaluación de las capacidades y deficiencias en el funcionamiento psicosocial del interno; (2) la elaboración del Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR) que está sujeto al tiempo que el interno permanezca en el centro; y (3) la ejecución y seguimiento para valorar su evolución.

Las actividades rehabilitadoras son de dos tipos: comunes y específicas. Las **actividades comunes** son las actividades propias del centro penitenciario y están

Figura 4. Programa PAIEM. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (2009).



destinadas a todos los internos del centro. Las personas con enfermedad mental pueden participar junto al resto de internos o bien adaptarlas a su situación en un espacio y tiempo aparte. De ellas son especialmente rehabilitadoras para las personas con trastorno mental: (a) las actividades de ocio, cultura y tiempo libre, porque rompen su tendencia al aislamiento, mejora sus relaciones interpersonales, favorecen la expresión de las emociones y mejoran sus capacidades cognitivas; (b) las actividades de evitación de los efectos nocivos del internamiento prolongado, como son los permisos de salidas, salidas culturales, salidas a los centros comunitarios de salud mental por tratamiento y las salidas terapéuticas con las entidades colaboradoras; y (c) las actividades de Terapia Asistida con Animales (TACA), que disminuyen la sintomatología negativa de patologías como la esquizofrenia, tales como la desmotivación, desvitalización, anhedonia, falta de empatía e indiferencia afectiva.

Las **actividades específicas** son actividades para las personas con enfermedad mental y están orientadas al conocimiento y aceptación de la enfermedad y la medicación, la prevención de recaídas, el manejo y afrontamiento del estrés y la autonomía personal.

La participación en ellas viene determinada por el estado de compensación clínica de los internos, estableciéndose tres niveles, pudiendo cambiar esta asignación en función de la clínica y respuesta al tratamiento: (1) nivel 1: donde se encontrarían los internos compensados psicopatológicamente, con buena respuesta al tratamiento y que hacen vida normal en los módulos, participando preferentemente en las actividades comunes, pero pueden participar también en las específicas; (2) nivel 2: donde están los internos parcialmente compensados psicopatológicamente, con respuesta parcial al tratamiento médico y que suelen hacer vida normal en los módulos, participando preferentemente en las actividades específicas, pudiendo participar también en las actividades ordinarias. En este nivel se valora la asignación o no de un interno de apoyo, que es otro interno cuya función es apoyar al interno con enfermedad mental para la realización de actividades que le supongan dificultad, convirtiéndose en una figura muy importante en el programa de prevención de suicidio(PPS), acompañando al paciente las 24 horas y prestándole apoyo emocional. Esta labor tiene la relevancia de un contrato de trabajo y es formado por el equipo para tal fin; y (3) nivel 3: es el nivel donde están los internos descompensados psicopatológicamente con mala respuesta al tratamiento médico, con conductas de riesgo, y que se encuentran ingresados en enfermería. Participan sólo en las actividades específicas y se valora también la conveniencia de la asignación de un interno de apoyo.

Este programa será llevado a cabo por los psicólogos, trabajadores sociales, educadores, maestros, sanitarios, monitores ocupacionales y deportivos y miembros de asociaciones del tercer sector.

- **Programa de reincorporación social:** está orientado a facilitar la reincorporación a la comunidad, a través de la derivación a los recursos socio-sanitarios comunitarios para asegurar la continuidad de cuidados y el cumplimiento de medida de seguridad en su caso, así como para favorecer la vinculación familiar y gestión de las prestaciones económicas y sociales a las que tuviera derecho.

El objetivo es la preparación para la vida en libertad, estableciendo contacto con las familias, organizaciones y asociaciones de acogida, realizando una incorporación paulatina a través de las salidas terapéuticas y los permisos.

Sanz, Gómez-Pintado, Ruiz, Pozuelo y Arroyo (2014) realizaron una evaluación del programa y los resultados revelan una mejora en las carencias y discapacidades en más de la mitad de los enfermos, mejor funcionamiento en los equipos que tienen una buena y continuada coordinación y en aquellos que preparan con una antelación de seis meses la vida en libertad en coordinación con las entidades colaboradoras. En cuanto a las actividades, el estudio concluye que son adecuadas en las fases de detección, estabilización y rehabilitación y menos adecuadas en la fase de reincorporación social, que mejora cuando las entidades del tercer sector intervienen en las derivaciones a la red sociosanitaria comunitaria.

En función de estas conclusiones, la SGIP se ha planteado la necesidad de optimizar la reincorporación social, a través de la puesta en marcha de un programa complementario, el **Programa Puente de Mediación Social**. Este programa nace con la finalidad de desarrollar el proceso de inserción social en la comunidad, de las personas con trastorno mental grave que se encuentran en situación de régimen abierto y libertad condicional y es llevado a cabo en los CIS. El acceso al mismo se produce a través de: (a) el ingreso desde un centro penitenciario; y (b) el ingreso desde la condición de libertad o durante la estancia que esté en el CIS. Este programa, al igual que el PAIEM, se basa en las recomendaciones de Europa, la legislación vigente y las recomendaciones de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (Sanz et al., 2014), se basa en los principios de igualdad y normalización entre otros y consta de fases hasta que se llega a la fase que es la vida en libertad.

Alvaro, López-Fernández, Zabala y Vegue (2014), han realizado un análisis de los primeros 4 años de implantación de este programa en el CIS Victoria Kent de Madrid y los resultados ponen de manifiesto la adecuación de dicho programa para la vinculación con los servicios de salud mental comunitarios, con la familia y en la participación en actividades de rehabilitación. Así los datos reflejaron que el 90% de los casos se vincularon a los Servicios de Salud Mental de la Comunidad de Madrid y un 7% a psiquiatras privados. El 40% se derivó a recursos sociales de rehabilitación en la comunidad y el 30% desarrolló actividades laborales o de entrenamiento laboral durante su permanencia en el programa. A la vuelta a su vida en libertad, el 67% volvió a su domicilio, el 6% ingresó en residencias de la red pública y el 27% fueron a alojamientos alternativos.

Como se ha podido ver en este capítulo, la existencia de personas que sufren un trastorno mental y se encuentran en los centros penitenciarios es una realidad a día de hoy, que requiere una respuesta integral que abarque tanto el tratamiento de su patología como el contexto familiar y social, así como la adaptación a un entorno hostil como es la prisión. La Institución Penitenciaria, siendo consciente de estas necesidades y las características de estas personas, tiene como objetivo principal hacer compatible el cumplimiento de la pena con la reinserción social en la comunidad, una vez que el interno abandone el centro penitenciario. El perfil de las personas con trastorno mental que se encuentran en prisión es el correspondiente a personas con bajo nivel educativo, sin cualificación profesional, procedentes, en gran número, de

ambientes desfavorecidos y marginales y con historias de vida difíciles, marcadas por abusos, malos tratos y abandonos. Muchos de ellos están relacionados con el consumo de sustancias y dificultades de aprendizaje.

Las prisiones no son el lugar propio para la recuperación de las personas con enfermedades mentales. Muchas de ellas con trastornos mentales graves pasan mucho tiempo ingresadas en enfermería. La falta de aplicación en materia de legislación y la falta de coordinación entre la institución penitenciaria y los recursos comunitarios de salud mental y atención social, conlleva que la Institución Penitenciaria de una respuesta a las necesidades de estos internos que una vez puestos en libertad, en ocasiones se quedan en un vacío asistencial. Entre esas respuestas se encuentran la creación de dos programas, el PAIEM y el Programa Puente, orientados a la identificación y tratamiento de la enfermedad mental y a favorecer el proceso de reincorporación social de los internos al finalizar su tiempo de estancia en prisión.

CAPÍTULO III

Prevalencia de trastorno mental

1.- PREVALENCIA DE TRASTORNO MENTAL EN POBLACIÓN GENERAL

1.1. Contexto internacional

El Diccionario de la Real Academia Española (vigésimo tercera edición) define la prevalencia como “En epidemiología, proporción de personas que sufren una enfermedad con respecto al total de la población en estudio”. La prevalencia difiere según la estimación de la misma a lo largo del ciclo evolutivo de la persona. Existen tres tipos de prevalencia: (a) **prevalencia puntual** que se refiere a las personas que presentan un trastorno o enfermedad en un momento determinado; (b) **prevalencia de periodo** que se refiere a las personas que presentan un trastorno o enfermedad en algún momento a lo largo de un periodo; y (c) **prevalencia vida** que se refiere a las personas que presentan un trastorno o enfermedad en algún momento a lo largo de su vida (OMS 2001), estas prevalencias se miden en términos de porcentajes o proporciones. En este capítulo, abordaremos la prevalencia de las personas que sufren trastornos mentales y están en los centros penitenciarios.

Con la finalidad de contextualizar este estudio, se realiza, primeramente, una revisión de estudios en población general tanto en el contexto internacional como en el contexto nacional, para posteriormente abordar la prevalencia de los trastornos mentales en población penitenciaria, también en ambos contextos.

Los primeros estudios realizados sobre la prevalencia de trastorno mental en la población general adolecían de un uso de instrumentos de medición y criterios conceptuales diferentes y de estar delimitados a áreas geográficas (Borges et al., 2004), por lo que no se podía establecer una comparativa de los resultados obtenidos, ya que se carecía de una metodología e instrumentos comunes (Aguilar-Gaxiola & Deeb-Sossa, 2009), lo cual ha dado lugar a datos sobre prevalencia muy dispares y desiguales. Estudios en países de Europa, Estados Unidos y Australia, arrojaban datos dispares, oscilando las cifras de personas que presentaban criterios de cualquier trastorno del humor y trastorno de ansiedad, a lo largo de su vida, entre una de cada cuatro y una de cada diez personas.

Es a finales de la década de los años 70 cuando se produce un cambio que da un giro sustancial en el panorama, originado por los siguientes factores: (a) la consideración de los trastornos mentales como entidades específicas, diferenciadas e indepen-

dientes; (b) la contemplación de la posibilidad de aparición de la comorbilidad (c) la aparición de los dos sistemas clasificatorios de los trastornos mentales (los cuales se han expuesto en el capítulo primero) y (d) el desarrollo de instrumentos autoaplicables o aplicados, válidos para los estudios en población general, permitiendo realizar diagnósticos específicos en estudios comunitarios y no situar a los pacientes en un *continuum* de salud-enfermedad mental poco específico (Borges et al, 2004). Todo este cambio dio lugar a la aparición de dos corrientes metodológicas con el fin de poder establecer definiciones de caso y diagnóstico: una en Estados Unidos que abogaba por el uso de instrumentos de evaluación diagnóstica, estructurados y amparados en los criterios del Manual DSM para uso de no expertos en salud mental y la corriente de Europa, en Reino Unido, con el uso de instrumentos semiestructurados para uso profesional (Gabilondo, 2011).

Así, en Estados Unidos, se creó la primera entrevista diagnóstica estructurada, la Diagnostic Interview Schedule (DIS) (Robins, Helzer, Croughan & Ratchliff, 1981), basada en el sistema clasificatorio vigente entonces (el DSM III) y apoyada por el Instituto Nacional de Salud Mental de dicho país (Aguilar-Gaxiola & Deeb-Sossa, 2009), que posibilitó el desarrollo del primer gran estudio poblacional en salud mental en Estados Unidos, La Encuesta de Captación Epidemiológica por Áreas (Epidemiological Catchment Area, ECA) realizado en 1984 para medir la prevalencia de los trastornos mentales en la población de Estados Unidos (Robins & Regier, 1991). La muestra estaba compuesta por aproximadamente 20.000 sujetos y se realizó en 5 ciudades (New Haven, Baltimore, St Louis, Durham y Los Ángeles) y se encontró que la prevalencia vida de trastornos mentales graves como la esquizofrenia fue de 1,5% y la prevalencia en el último año del 1%, siendo estos datos algo superiores a los registrados en Europa. Respecto a los trastornos afectivos, se vio que eran relativamente comunes entre la población con un 8%, sufriendolos en algún momento de sus vidas. El alcoholismo es uno de los trastornos psiquiátricos de por vida más común en Estados Unidos, casi el 14% (uno de cada siete personas) de los adultos cumplían los criterios del DSM-III por abuso o dependencia y la mitad de ellos había tenido por lo menos un síntoma activo en el pasado año. En cuanto al consumo de sustancias la prevalencia vida fue más elevada en los hombres (36,1%) que en las mujeres (25,4%), siendo las tasas más elevadas entre los adultos más jóvenes y la sustancia más consumida el cannabis. En cuanto a los trastornos por ansiedad generalizada, también se observó que es una condición común, incluso entre las personas que no sufren de cualquier otro trastorno y estaba asociado con factores de riesgo sociales. Uno de las aportaciones importantes de este estudio es la aportación por primera vez de la evidencia de la prevalencia del trastorno obsesivo-compulsivo en la población general, poniendo de manifiesto que es un trastorno común afectando a una de 40 personas. Entre la muestra perteneciente a la población hispanoamericana, la prevalencia para cualquier trastorno mental era del 34,6%, siendo más elevada para el trastorno por abuso de sustancias y cualquier trastorno por ansiedad (18,4% y 14,5%, respectivamente), seguida del trastorno afectivo con un 7,8%, siendo estos resultados muy similar a la muestra, en general, del estudio. También se halló una comorbilidad elevada de 60,7% entre el trastorno bipolar tipo I (trastorno caracterizado por uno o más episodios maníacos o episodios mixtos, episodios maníacos y episodio depresivos mayores; DSMIV-TR, 2002) y el abuso y dependencia de sustancias. De todos ellos, sólo habían consultado con los servicios de salud mental el 9% de los casos de depresión, el 14% de los casos de esquizofrenia

y el 6% de los casos de abuso de sustancias (Marino, Gallo, Ford & Anthony, 1995). Este estudio fue replicado en otros países, convirtiéndose en un estudio de referencia, permitiendo identificar subgrupos de alto riesgo. Diez años más tarde se publicó el segundo gran estudio poblacional del país, La Encuesta Nacional de Comorbilidad (National Comorbidity Survey NCS; Kessler et al, 1994), utilizando una versión mejorada de la entrevista DIS, la Composite International Diagnostic Interview (CIDI) auspiciada por la OMS en 1990, que ha sido mejorada en posteriores versiones y se ha extendido a todos los países. Esta encuesta fue denominada por Aguilar-Gaxiola y Deeb-Sossa (2009) como “el primer estudio nacional probabilístico epidemiológico que valoró la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en una muestra representativa de los Estados Unidos” (p 46). La muestra estaba formada por 8.098 sujetos de edades entre los 15 y los 54 años, residentes en Estados Unidos y se midió la prevalencia vida y prevalencia año. Los datos informan que cerca del 50% de los encuestados presentaron al menos un trastorno en su vida y de ellos el 14% eran comórbidos recibiendo tratamiento menos del 40%. La prevalencia en el último año fue del 30% y menos del 20% había estado en tratamiento. Los trastornos más comunes fueron el episodio depresivo mayor, la dependencia del alcohol, la fobia social y la fobia simple. En cuanto al sexo las mujeres presentaron porcentajes más elevados de trastornos afectivos y de ansiedad, y los hombres trastornos por uso de sustancias y trastorno antisocial de la personalidad.

En Europa, hubo más dificultad para realizar estudios poblacionales a gran escala, debido a la necesidad de ser profesionales en materia de salud los únicos que podían realizar las entrevistas semiestructuradas. Dicha situación se solventó utilizando una metodología de doble fase, con cribado y entrevista posterior, la Present State Examination (PSE) (Wing et al., 1974), que posteriormente fue modificada para dar lugar al Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry SCAN (Gabilondo, 2011).

En Europa destacaban dos estudios multinacionales sobre el trastorno depresivo, Depression Research in European Society, DEPRES Study (Lepine, Gastpar, Mendlewicz & Tylee, 1997) y The European outcome of Depression international Network, ODIN Study (Ayuso-Mateos et al, 2001), los cuales muestran datos de prevalencias dispares. Así el estudio DEPRESS, realizado en 6 países de Europa (Bélgica, Francia, Alemania, Holanda, Reino Unido y España) encontró datos oscilantes entre el 3,8% de Alemania hasta el 9,9% de Reino Unido, siendo la prevalencia en general de la muestra de un 6,9%. En el estudio ODIN, los datos de prevalencia del trastorno depresivo oscilan entre el 2,6% de la muestra española al 17,1% en el Reino Unido.

En general, los estudios realizados hasta entonces procedían del norte y centro de Europa, con datos de prevalencia en el último año muy dispares, oscilando los datos entre el 1% y el 10,7%, con valores medios entre el 5% y el 8% (Gabilondo, 2011).

Estos estudios realizados en Estados Unidos y Europa y las mejoras en los instrumentos de evaluación alimentan el interés por conocer la prevalencia y etiología de la salud mental en diferentes países del mundo, dando lugar a la proliferación de estudios como el Cross National Collaborative Group (Cross-National Collaborative Group, 1992; Weissman, 1996, 1997) que comparó los resultados obtenidos en 10 países del mundo revelando sustanciales diferencias a nivel internacional en la prevalencia vida de la depresión y otros trastornos mentales. Así, el disponer de una

metodología homogénea y un instrumento de medición validado para su uso internacional junto con el apoyo de la OMS, dio lugar a la proliferación de estudios en diferentes países con criterios y métodos comparables. Gabilondo (2011) señala que para la coordinación de esta tarea, la OMS creó en 1996 el Consorcio Internacional en Epidemiología Psiquiátrica, (International Consortium in Psychiatric Epidemiology, ICPE) y cuatro años más tarde creó el proyecto Encuestas de Salud Mental en el Mundo, del que se derivó el Consorcio de la Encuesta Mundial de Salud Mental (World Mental Health Survey Consortium, WMH) que constituye la primera serie de estudios nacionales con metodología homogénea y diseños rigurosos de muestras basadas en la población. Todos los países participantes utilizan la CIDI como instrumento central para generar los diagnósticos de salud mental y comparar los datos nacionales por medio de métodos de medición comunes (Aguilar-Gaxiola & Deeb-Sossa, 2009, p 43).

Este proyecto, Iniciativa de las Encuestas de Salud, que la OMS crea en el año 2000, nace con la finalidad de estimar la epidemiología de la salud mental mundial. Son encuestas de 28 países, con muestras representativas de personas que viven en comunidad, con el objetivo de obtener información precisa que disminuya la variabilidad sobre la prevalencia de los trastornos mentales en la población general transnacional (Kessler, Haro, Heeringa, Pennell & Ustün, 2006), y sobre la distribución y la carga de los trastornos y las necesidades de tratamiento (Kessler et., al 2009). Esta variabilidad internacional se refleja no sólo en las prevalencias, sino también en otras variables como la cronicidad, la edad de inicio del trastorno o la utilización de servicios y aunque ha habido mejoras en la calidad de la metodología sigue reflejándose (Dalstra et al., 2005; Gureje, Lasebikan, Kola & Makanjuola, 2006). Las causas no están establecidas, apuntando a factores biológicos (como las diferencias de vulnerabilidad entre las razas), factores sociales, económicos y culturales, tales como estresores, hábitos de protección de salud mental o las políticas públicas de cada país (Gabilondo, 2011).

Es a partir de este momento cuando proliferan los estudios internacionales para conocer la prevalencia de los trastornos mentales en el mundo en población no institucionalizada, amparados en la iniciativa de la OMS, con metodología, basada en entrevistas estructuradas (WMH-CIDI) y criterios diagnósticos homogéneos y comunes de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-IV.

En el año 2001, la OMS publica el Informe sobre la salud en el mundo, que está dedicado a la salud mental y que “marcó un hito histórico en el campo de la salud mental en el contexto global y señaló claramente las puertas de esperanza que se abren para un mejor entendimiento, respeto y tratamiento de los enfermos mentales” (Rodríguez, 2009, p. X). En este informe las encuestas ya señalan datos relevantes, estimándose una prevalencia puntual de enfermedades neuropsiquiátricas en torno al 10%, lo que equivale aproximadamente a 450 millones de personas en todo el mundo y una prevalencia vida de un 25% de personas con uno o más trastornos mentales a lo largo de su vida, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, siendo más frecuentes en la población femenina, apuntando la influencia de la pobreza como factor ambiental y una comorbilidad muy frecuente entre los trastornos de ansiedad y depresión y los trastornos asociados al consumo de sustancias.

Estudios posteriores de comorbilidad en Europa, constataron que esta condición era bastante frecuente, sobre todo entre los trastornos mentales y el abuso de sustancias, oscilando entre el 17,0% de Chile y el 29,1% de Estados Unidos (Bijl, 2003) y entre el trastorno depresivo mayor y el abuso de alcohol en Bélgica (Bruffaerts, Bonnewyn, Van Oyen, Demarest & Demyttenaere, 2003). En Estados Unidos se replicó la Encuesta Nacional de Comorbilidad, Encuesta Nacional de Comorbilidad de Replicación (NCS-R), revelando un incremento significativo en la comorbilidad, siendo ésta de 72,1% en la prevalencia vida y de un 78,5% en la prevalencia año (Kessler et al., 2003).

En Europa, se realizó en el 2004, el European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMEd) Project (Alonso et al., 2004). Es un estudio auspiciado por la OMS, dentro de su iniciativa para conocer la prevalencia e incidencia de los trastornos mentales y adicciones en el mundo. Su procedimiento metodológico e instrumentos homogéneos, le colocan como un referente en epidemiología de los trastornos mentales en Europa sobre la prevalencia, la carga de discapacidad asociada y las necesidades médicas no cubiertas de los trastornos mentales en Europa. Se realizó en población adulta mayor de 18 años y una muestra de 21.425 personas no institucionalizadas. Estudia la prevalencia vida y la prevalencia año de trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad y trastorno por consumo de alcohol en seis países: Alemania, Bélgica, España, Francia, Holanda e Italia. La variabilidad en las prevalencias estimadas fue importante, así en Bélgica y Francia se obtuvieron las proporciones más altas y en Italia y España las más bajas (de Girolamo, Alonso & Vilagut, 2006). Los resultados obtenidos ponen en evidencia la relevancia de los trastornos mentales en la población, informando que una de cada cuatro personas había sufrido un trastorno mental a lo largo de su vida y una de cada diez en el último año (Retolaza, 2007). En porcentajes los resultados revelan una **prevalencia vida** del 14% para cualquier trastorno del estado de ánimo, seguido de los 13,6% para los trastornos de ansiedad y un 5,2% para cualquier trastorno relacionado con el alcohol. Estos mismos trastornos en el último año, sitúan a los trastornos de ansiedad como los más frecuentes con un 6%, seguido del 4,2% para cualquier trastorno de ánimo y un 10% para cualquier trastorno de alcohol, siendo la depresión mayor el trastorno más frecuente dentro de los trastornos del estado de ánimo y la fobia específica la más frecuente dentro de los trastornos por ansiedad (Alonso et al., 2004). En cuanto a la **relación de los trastornos mentales con variables sociodemográfica**, los datos revelan que las mujeres presentan el doble de probabilidad de padecer cualquier trastorno de ánimo o ansiedad y los hombres trastornos por abuso de alcohol. Las personas en situación de desempleo, baja laboral, personas con discapacidad, solteros y divorciados tiene más probabilidad de padecer cualquier trastorno mental. El grupo de edad entre 18-24 años, presentó la tasa más elevada. Las personas con mayor nivel educativo presentaron mayor probabilidad de sufrir trastornos por abuso de alcohol y menor riesgo de padecer trastorno mental y las que viven en áreas urbanas presentaron un ligero riesgo de padecer trastorno mental respecto a las que vivían en zonas rurales (Retolaza, 2007).

Aunque este estudio permitió por primera vez realizar comparaciones muy ajustadas entre los distintos países, no estuvo exento de críticas como la restricción de los criterios de selección y de diagnóstico, lo que pudiera dar lugar a reflejar, proba-

blemente, un porcentaje más bajo del que realmente existía (Retolaza, 2007). Este estudio fue replicado en nuestro país, obteniendo unos resultados que comentaremos más adelante.

En una revisión de las encuestas realizadas por Kessler et. al (2009) se puede concluir que los trastornos mentales son comunes en todos los países que forman parte del proyecto de las Encuestas de Salud de la OMS siendo la prevalencia vida del 18,1% a 36,1% y la prevalencia año del 9,8% a 19,1%. De éstos, entre el 4%-6,8% son trastornos mentales graves en la mitad de los países y muchos comienzan en la infancia y adolescencia, conllevando un deterioro significativo al llegar a adultos. Los trastornos del estado de ánimo son muy frecuentes, abarcando un espectro que va desde la depresión mayor a la manía, así, Angst et.al (2010) constataron en su estudio que alrededor del 40% de las personas que tenían antecedentes de trastorno de depresión mayor tenía un historial de hipomanía, presentando un inicio de síntomas a edades más tempranas, más episodios de depresión y mayor comorbilidad que los que no presentaban antecedentes de hipomanía y una gravedad clínica inferior a la presentada por las personas con trastorno bipolar II. Los episodios depresivos mayores, según la Encuesta de Salud de Nueva Zelanda en Te Rau Hinengaro, reflejaron una prevalencia año del 6,6%, disminuyendo ésta con la edad, siendo más frecuente en las mujeres en un 8,1% frente a los hombres con un 4,9%, y siendo el 69% episodios graves con deterioro al menos en un área de funcionamiento (Scott, Oakley & Wells, 2010). Kessler, Petukhova, Sampson, Zaslavsky y Wittchen (2012) realizaron un estudio de estimación del riesgo de morbilidad de los trastornos de ansiedad y del humor, encontrando que las prevalencias vida y año más frecuentes fueron la depresión mayor con un 16,6% y un 29,9% respectivamente, y la fobia social con un 10,7% y 13,0% y los menos frecuentes fueron la agorafobia con un 2,5% y 3,7% y el trastorno obsesivo-compulsivo con 2,3% y 2,7%.

En América Latina y el Caribe los estudios sobre epidemiología en salud mental han tenido muchas limitaciones en comparación con la investigación de Estados Unidos y Europa. En una revisión de estudios realizados en los últimos 20 años, sobre prevalencia año, se vio que casi la mitad de la población había sufrido un episodio de depresión mayor (49%), trastorno por abuso o dependencia de alcohol (5,7%) y esquizofrenia el 1,0% (Rodríguez, 2009). En países como Sao Paulo en Brasil, se advierte de la carga de los trastornos mentales, encontrándose una prevalencia vida para cualquier trastorno mental del 44,8% y una prevalencia año del 30%, estando todos los trastornos asociados a la exposición a la delincuencia. La prevalencia fue mayor en los nativos que en los inmigrantes, la alta urbanidad se asoció a trastornos de control de impulsos y la alta marginación social con los trastornos por uso de sustancias, siendo los subgrupos más vulnerables las mujeres y las personas que viven en zonas más desfavorecidas (Andrade et al., 2012).

Los datos de los países asiáticos como Japón revelan que la prevalencia de los trastornos mentales es igual que en el resto de países asiáticos, pero menor que en los países occidentales. Guo, Tsang, Li y Lee (2011) realizaron una revisión de encuestas epidemiológicas realizada en china entre 1960 y 1990 y encontraron que las tasas de prevalencia de los trastornos mentales graves eran muy bajas, pero estas tasas han cambiado en la última década poniendo de manifiesto un aumento de las mismas en consonancia con las de los países de altos ingresos económicos. También se ha anali-

zado la influencia de los conflictos vividos por las poblaciones y su repercusión sobre la salud mental en las zonas de rurales de Nepal y se encontró que la experiencia de vida traumática aumenta significativamente la probabilidad de padecer un trastorno de salud mental en dicho entorno, afectando más a la mujer que al hombre (Axinn, Ghimire, Williams & Scott, 2013). Este aumento de los trastornos mentales en nuevas generaciones también se ha constatado en países como Irak donde la prevalencia vida de los trastornos mentales fue de 18,8%, aumentando ésta a través de las generaciones, sobre todo en el trastorno de pánico y el trastorno por estrés post-traumático y la prevalencia año de un 13,6%, siendo los trastornos más frecuentes el trastorno bipolar con 76,9% y los trastornos relacionados con el consumo de sustancias el 54,9% (Alhasnawi et al., 2009).

En los países de África Subsahariana, la Encuesta Nacional de Nigeria de Salud Mental y el Bienestar (NSMHW), informa de una prevalencia vida para cualquier trastorno mental del 4,14% y una prevalencia año del trastorno mental grave del 0,5% (Esan, Kola & Gureje, 2012), siendo la prevalencia vida del consumo de sustancias más elevada que en otros países con un 13,4%, variando su consumo entre los diversos grupos étnicos (Stein et al., 2008).

En la población árabe no existen datos acerca de la prevalencia vida de los trastornos mentales ni de su tratamiento ni tampoco acerca del efecto de la guerra en la primera aparición de los mismos. La Evaluación libanesa de la carga de enfermedades y necesidades de la Nación realizó una encuesta y obtuvieron que la prevalencia vida para cualquier trastorno mental fue de 25,8%, siendo los más frecuentes el trastorno por ansiedad con un 16,7% y el trastorno del estado de ánimo con un 12,6% y el menos frecuente el trastorno por sustancias con un 2,2%. Si se constató que la exposición a la guerra aumentó el riesgo de primera aparición de estos trastornos (Karam et al., 2008).

Haciendo una revisión en cuanto a los tipos de trastornos, se observa que respecto al **consumo de alcohol y drogas**, las encuestas de salud mental a nivel mundial de la OMS, aplicadas a 17 países en los cinco continentes, revelan que el consumo de alcohol es más elevado en América, Europa, Japón y Nueva Zelanda y en menor proporción en Oriente Medio, África y China. El consumo de cannabis fue mayor en Estados Unidos y Nueva Zelanda con un 42% y el consumo de cocaína fue mayor en Estados Unidos con un 16%. Estos datos ponen de manifiesto que los países más estrictos en sus políticas de drogas no tenían tasas de consumo más bajas que aquellos países con una política menos estricta (Degenhardt et al., 2008).

En cuanto al **trastorno de ansiedad social**, el estudio de Stein et al. (2010) refleja que los miedos sociales son bastantes comunes tanto en los países desarrollados como en los países en vías de desarrollo, pero el trastorno de ansiedad social es más frecuente en los primeros con un 6,1% que en los segundos con un 2,1%, existiendo relación entre factores como la gravedad, la persistencia y la comorbilidad con el número de miedos sociales, pero no se puede establecer una diferencia entre trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de ansiedad no generalizada. Uno de los trastornos comunes en la población estadounidense es la fobia, Ruscio et al. (2008) concluyeron que la prevalencia vida de este trastorno fue del 12,1% y la prevalencia en el último año de 7,1%. Hay poca evidencia de los subtipos, pero la fobia social es una de las más

comunes y conlleva una importante comorbilidad psiquiátrica, deterioro funcional significativo y manifestaciones graves de la enfermedad.

En cuanto a la prevalencia de **trastornos mentales graves** como son los trastornos del espectro bipolar, la Encuesta de Salud de la OMS realizada en 11 países de América, Europa y Asia revelan que a pesar de las diferencias entre países las tasas de prevalencia de los trastornos bipolares fueron muy similares, así como su gravedad y comorbilidad. La prevalencia vida de los trastornos del espectro bipolar fue de 0,6% para el trastorno bipolar tipo I y el 0,4% para el trastorno bipolar tipo II, y las prevalencias año fueron menores siendo 0,4% y 0,3% respectivamente. Los episodios depresivos revelaron una gravedad mayor y mayor frecuencia que los episodios maníacos (74,0% con depresión y 50,% con manía). En cuanto a la comorbilidad fue común con los trastornos de ansiedad (Merikangas et al. 2011). En cuanto a las tasas de los trastornos psicóticos, los estudios epidemiológicos han encontrado una prevalencia de síntomas entre un 10% y un 28% en los países desarrollados, pero en países en vías de desarrollo como los países africanos se disponen de pocos datos. En un estudio realizado por Temmingh, Stein, Seedat y Williams (2011), encontraron una prevalencia de síntomas alucinatorios de un 12,7%, similar a la encontrada en el resto de países desarrollados e igualmente una asociación significativa de deterioro funcional y baja utilización de servicios de salud mental y tendencias suicidas y no se encontró asociación significativa de los síntomas con la urbanidad. La población del pacífico tiene tasas de trastorno mental más elevadas que otros países y parecen ser explicadas por variables como la edad y el sexo. En patologías como la psicosis, la Encuesta de Salud Mental de Nueva Zelanda en 2011, reveló que los trastornos de tipo psicótico no eran infrecuentes, con una prevalencia del 7,3%, siendo las alucinaciones visuales mayores que las alucinaciones auditivas con 5,3% y 2,8% respectivamente (Gale, Wells, Mc Gee & Browne, 2011).

Si se compara con otros países, Sudáfrica tiene menor tasa de depresión que Estados Unidos, pero tasas más altas que Nigeria. En cuanto a la prevalencia de las psicosis no afectivas se vió que en este país la prevalencia vida fue del 2,1%, siendo las alucinaciones visuales el síntoma positivo más frecuente y los delirios de referencia los menos y presentaban un riesgo elevado de comorbilidad, así como un deterioro importante en su funcionamiento de las actividades básicas e instrumentales (Gureje, Olowosegun, Adebayo & Sein, 2010). Algunos estudios clínicos han sugerido que la prevalencia del trastorno bipolar ha sido subestimada, Karam et al. (2014) encontraron en una muestra procedente de ocho países, que el trastorno bipolar es más común de lo que se ha informado.

En cuanto al **trastorno por estrés postraumático** una cuestión que se ha planteado es si la importancia de los sucesos traumáticos es distinta según los países y según factores transculturales. Se realizaron dos estudios en Japón y en España. En el primer estudio se encontró que el 60% de la muestra había sufrido, al menos, la exposición a un evento traumático, siendo la prevalencia vida de un 1,3% y la prevalencia año de 0,7%. En cuanto a los eventos más traumáticos fueron las agresiones físicas y sexuales, la enfermedad de un hijo y la muerte de un ser querido (Kawakami et al., 2014). En el estudio realizado en España, los eventos más traumáticos fueron la muerte de un ser querido con un 36,4% y la agresión sexual con un 17,2%, seguido de los accidentes de tráfico con un 14,1% (Olaya et al., 2015). Como podemos observar no existen

diferencias en la percepción de los eventos traumáticos, siendo la muerte de un ser querido y las agresiones físicas y sexuales los eventos más traumáticos. En Irlanda del norte los trastornos mentales tienen una alta prevalencia, 39,1%, destacando la tasa elevada del trastorno por estrés postraumático en relación a otros países, una posible sugerencia es el impacto que los conflictos civiles han tenido en la salud mental (Bunting, Murphy, O'Neill & Ferry, 2012). En un estudio posterior (Bunting, Ferry, Murphy, O'Neill & Bolton, 2013), compararon la población que había sufrido conflictos civiles con la que no los había padecido y encontraron tasas de prevalencia más elevadas para cualquier trastorno mental en la población expuesta a conflictos civiles con una prevalencia de 46,0% en los hombres y 55,9% en las mujeres frente a los que no padecieron este tipo de suceso traumático con una prevalencia vida de trastorno mental de 27,2% y 31,1% respectivamente.

Otro de los trastornos estudiados en la Encuesta Nacional de Comorbilidad de replicación de Estados Unidos, fue el **trastorno obsesivo-compulsivo**. Los datos revelaron que más de un cuarta parte de la población informó haber experimentado obsesiones o compulsiones en algún momento de su vida, pero sólo un 2,3% cumplía criterios del trastorno para prevalencia vida y un 1,2% para prevalencia año presentando una comorbilidad con los trastornos de ansiedad, del estado de ánimo, consumo de sustancias y control de impulsos (Ruscio, Stein, Chiu & Kessler, 2010).

Las estimaciones de prevalencia de los **trastornos de personalidad**, siguen siendo desconocidas (Lenzenweger, Lane, Loranger & Kessler, 2007). En su estudio vieron que las estimaciones de la prevalencia para cualquier trastorno de personalidad fueron del 9,1%, siendo la prevalencia del 5,7% para el cluster A, 1,5% para el cluster B y 6,0% para el cluster C. Lo interesante de este estudio fue encontrar que estos trastornos fueron significativamente comórbidos con los trastornos del Eje I, hecho que hizo plantearse que la repercusión para la salud de este tipo de trastornos, radica en sus efectos sobre los trastornos con los que es comórbido y no sobre su funcionamiento. Merikangas et al. (2007) encontraron una prevalencia vida y año del 2,4% y 1,4% respectivamente para el trastorno límite de la personalidad, presentando una comorbilidad con otros trastornos, especialmente con el trastorno de ansiedad. Huang et al. (2009), encontraron una prevalencia menor del 6,1%, distribuyéndose en los tres cluster con unos porcentajes de 3,6% para el cluster A, 1,5% para el cluster B y 2,7% para el cluster C.

Un estudio realizado por Bruffaerts et al. (2015) ha revelado que existe una relación consistente, en poblaciones de todo el mundo, entre una amplia gama de trastornos mentales que incluye no sólo a la depresión y a la aparición de dolores de cabeza severos o frecuentes. En otro estudio realizado Bruffaerts et al. (2015) los resultados muestran que más de la mitad, el 52% de las personas que estaban en los servicios de salud mental, cumplen los criterios para un trastorno mental, un 18% adicional para un trastorno crónico y un 13% adicional para trastornos puntuales, pudiendo concluir que la gran mayoría de las personas que reciben tratamiento psiquiátrico tienen trastorno mental.

En cuanto a los **factores sociodemográficos**, en Europa, tener un nivel socioeconómico bajo, estar en situación de desventaja material y situación de desempleo, está relacionado con tasas más altas de trastornos, sobre todo en la depresión y la ansiedad

no psicótica, tanto como cuadros separados como comorbilidad de ambos trastornos (Fryers, Melzer, Jenkins & Brugha, 2005). También el factor urbanidad parece estar asociado a un mayor riesgo de padecer un trastorno mental, en concreto los trastornos depresivos (Kovess-Masféty, Alonso, de Graaf & Demyttenaere, 2005). En Estados Unidos los trastornos mentales se inician en edades tempranas de la infancia y la adolescencia como las fobias y el trastorno por ansiedad de separación y el trastorno por control de impulsos. Otros como el trastorno de pánico, ansiedad generalizada y trastorno por estrés post-traumático suelen iniciarse en edades más adultas, y suelen ser comórbidos (Kessler & Wang, 2008).

Scott et. al (2010) estudiaron la influencia del matrimonio en la aparición de los trastornos mentales y parece ser que el estar casado de manera estable, está asociado a un menor riesgo de trastornos mentales en ambos sexos, frente a estar separado o divorciado, estado que se asoció a un mayor riesgo de todos los trastornos en ambos sexos. Breslau et al. (2011), realizaron un estudio multinacional y encontraron que los trastornos mentales se asocian positivamente con estado civil divorciado con odds ratios entre 1,2 y 1,8, pero de ellos la fobia específica, la depresión mayor y el abuso de alcohol se asociaban igualmente tanto al divorcio como al matrimonio. Variables como el nivel de educación y el nivel económico se han relacionado con la aparición de los trastornos mentales, así, Lee et al. (2009) realizaron un estudio en 16 países, encontrando que en los países con una tasa de ingresos altos los trastornos por consumo de sustancias se asociaron con la no finalización de las etapas educativas y los trastornos por ansiedad, trastornos del estado de ánimo y los trastornos del control de impulsos con la no finalización de la educación secundaria. En los países de ingresos bajos y medios fueron los trastornos por control de impulsos y por consumo de sustancias los que se asociaron con la no finalización de la educación secundaria. En países como Bélgica también se observó una asociación entre la aparición temprana de los trastornos mentales y el nivel de educación, estando los trastornos del estado de ánimo significativamente asociados con la no terminación de la educación secundaria y los trastornos de ansiedad y trastornos por abuso y dependencia de drogas, con la no finalización de la educación terciaria (Bruffaerts, Bonnewyn & Demyttenaere, 2010).

En un estudio realizado en nueve países europeos, entre ellos España, los datos concluyen que los ingresos no parecen estar relacionados con los trastornos mentales, pero sí el ser joven, desempleado, sin estudios o con estudios primarios incompletos, tener discapacidad y vivir en entornos urbanos incrementan el riesgo de tener un trastorno mental. Entre los países de Europa con mayor riesgo para los trastornos mentales se encuentran Irlanda del Norte, Portugal y Bélgica (Pinto-Meza et al., 2013).

Para finalizar hacemos una breve reseña a un aspecto que todos los estudios ponen de manifiesto, pero que no es objeto de este estudio, y es la confirmación de las bajas tasas de asistencia a los recursos mentales y el mantenimiento de los tratamientos. Andrade et al. (2014) analizaron los resultados de las Encuestas de Salud Mental de la OMS, sobre las dificultades de acceso al tratamiento de la salud mental y entre los factores causantes encontraron una baja necesidad percibida en las personas junto con las actitudes de manejo y control del problema por sí mismos, que eran mucho más acusadas en los casos leves y moderados, siendo en los casos más graves las barreras estructurales. Otros dos factores añadidos son la ineficacia percibida del tratamiento en un 39,3% de los casos y las experiencias negativas con los profesionales en el caso

de las personas con trastornos mentales graves en un 26,9% de los casos. En general el uso de los servicios de salud mental fue mayor en las mujeres que en los hombres, en todos los países excepto en Rumania (Kovess-Masfety et al., 2014).

1.2. Contexto nacional

En España los estudios nacionales y regionales sobre prevalencia de trastorno mental en población general, que se han realizado con muestras representativas, han sido más bien escasos así como los estudios multinacionales en los que se ha participado (Gabilondo, 2011). Ante esta situación numerosos grupos de investigación de nuestro país han aunado esfuerzos, dando lugar a numerosas publicaciones de salud mental, tanto a nivel nacional como internacional, adquiriendo la psiquiatría española un papel importante en la psiquiatría internacional (Arango, 2012), pero todavía queda un largo camino, en el campo de la salud mental, ya que la información parece insuficiente, tanto en las Encuestas de Salud Generales, nacionales como autonómicas, específicas o monográficas, aunque éstas presentan semejanzas en metodología (Requena et al. 2013).

Para ofrecer una panorámica de los estudios sobre salud mental en nuestro país, se ha realizado una revisión de los estudios regionales, nacionales y multinacionales, en los que España ha participado y que se presentan, a modo de síntesis, en las Tablas 3-5.

Tabla 3. Principales estudios epidemiológicos Regionales de los Trastornos Mentales en España, resumen de resultados e información relevante.

Referencia	Instrumento	Muestra	Resultados
Vázquez-Barquero (1982) Vázquez-Barquero (1981)	Doble Fase GHQ-60; CIS	Navarra. Población general >15 años	Prevalencia de “neurosis” del 8,5% en hombres y del 21,4% en mujeres de zonas urbanas. Menor prevalencia en zonas rurales. Prevalencia de “neurosis” entre aquellos con trastornos físicos del 33,1% en mujeres y del 15,6% en hombres.
Vázquez-Barquero (1987)	Doble Fase. GHQ 60; PSE	Cantabria. Población general	Prevalencia de “trastornos mentales” de 14,7% (mujeres 20,6% y hombres 8,1%)
Herrera (1990)	Doble Fase GHQ-60; PSE	Cataluña	Prevalencia puntual trastornos mentales 14,2%

Tabla 3. Principales estudios epidemiológicos Regionales de los Trastornos Mentales en España, resumen de resultados e información relevante. *continuación*

Referencia	Instrumento	Muestra	Resultados
Seva (1992)	Doble Fase GHQ-28; CIS	Zaragoza	Prevalencia puntual trastornos mentales 11,8%
Villaverde (1993)	Doble Fase GHQ-28; CIS	Tenerife	Prevalencia puntual trastornos mentales 17,2%
De Santiago, Vázquez y Díez (1993)	GHQ	Cantabria. Población general	Prevalencia de “probable trastorno mental” 26,4%
Ortega (1995)	Doble Fase GHQ-28; CIS	La Rioja	Prevalencia puntual trastornos mentales 12,4%
Vázquez, Muñoz y Sanz (1997)	CIDI	Madrid. Población sin techo	Prevalencia de “trastornos mentales no relacionados con el consumo de sustancias” 35%
Arillo, Aguinaga y Guillón (1998)	DIS	Barrio Txantrea de Pamplona. Mujeres 18-70 años	Prevalencia 12 meses de depresión 17,3%
Roca et al. (1999)	Doble Fase: GHQ-28; SCAN	Formentera. Población general	Prevalencia de depresión 1,6%
Martin et al. (2003)	Doble fase GHQ-28; CIS	Granada. Población general	Prevalencia puntual episodio depresivo 1,22%
Muntaner, Borrel, Benach, Pasarin y Fernández (2003)	GHQ incluido en la Encuesta de Salud de Barcelona	Barcelona. Población general (muestra representativa)	Prevalencia de distrés psicológico del 15% en mujeres y 8,9% en hombres
Vázquez y Blanco (2008)	Muñoz’s Mood Screener	Galicia. Universitarios	Prevalencia de episodio depresivo mayor 8,7%
Olivera et al. (2008)	Mini-Examen del Estado Mental (versión española), Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg y Horario, Estado Mental Geriátrica Española	Provincia de Huesca. Población > 65 años. Atención primaria	El 46,1% presentó algún tipo de síntomas psiquiátricos

Tabla 3. Principales estudios epidemiológicos Regionales de los Trastornos Mentales en España, resumen de resultados e información relevante. *continuación*

Referencia	Instrumento	Muestra	Resultados
Gázquez et al. (2008)	Análisis de las Historias Clínicas con diagnósticos según criterios de CIE-10	Población > 60 años. Centros de salud mental	Trastornos más frecuentes: neuróticos secundarios a situaciones de estrés y somatomorfos (42,7%), del humor (30,1%) y mentales orgánicos (14,8%)
Cabria et al. (2010)	Cuestionario de Salud General; GHQ-12	Cantabria. Población adulta	Cantabria tiene una mejor salud mental (riesgo de trastorno mental del 12,7%) que el resto de España
Aragonés et al. (2013)	Historias Clínicas	Instituto Catalán de la Salud. Población > 16 años	Prevalencia del trastorno límite: 0,017%, mayor en pacientes con trastorno de abuso de sustancias (0,161%)
Szerman et al. (2011)	Historias Clínicas	Madrid. Pacientes de los servicios de salud mental y drogas	Prevalencia de patología dual: 34%, mayor en los servicios de abuso de sustancias (36,78%) que en los de salud mental (28,78%)
Arias et al. (2013).	MINI; PDQ4	Comunidad de Madrid. Centros de salud mental y drogas	Prevalencias de los trastornos fueron: 61,8% pacientes con patología dual (36,1% en la red de salud mental y 70,3% en la de drogas); 23,2% trastorno por uso de sustancias sin patología dual; y 15,1% prevalencia de trastorno mental sin patología dual.

Fuente: Tabla elaborada a partir de Gabilondo (2011)

Tabla 4. Principales estudios epidemiológicos Nacionales de los Trastornos Mentales en España, resumen de resultados e información relevante.

Referencia	Instrumento	Muestra	Resultados
Haro et al. (2006) Estudio ESSEMeD	Versión de la Composite International Diagnostic Interview	Población adulta general española, 5.473 sujetos	La prevalencia vida de trastorno mental fue de 19,5% (una de cada cinco personas) y la prevalencia año fue de 8,4%. En ambos casos los trastornos más frecuentes fueron el episodio depresivo mayor y la fobia específica
Ricci-Cabello (2010)	GHQ-12	Población general española (muestra representativa)	Prevalencia de distrés psicológico del 20,1%. El 71% no usaron psicofármacos
Bones, Pérez, Rodríguez-Sanz, Borrell y Obiols (2010)	GHQ-12	Población general española, 29.476 sujetos	Los problemas de salud mental son más prevalentes en las mujeres, peor nivel socioeconómico, desempleadas, separadas o divorciadas, poco apoyo social y enfermedades crónicas o limitaciones en la realización de las tareas cotidianas
Tortajada et al. (2012)	Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta; WMH-CIDI; SDS; FSSQ	Pacientes reclutados de los servicios de salud de Barcelona, Madrid y Sevilla. Muestra de 1.266 jóvenes, 18-30 años y consumidores de cocaína (705) y heroína (561)	La prevalencia vida de un trastorno mental fue del 43%. Los diagnósticos más frecuentes fueron la depresión (37,5%) y la fobia específica (6,8%). La prevalencia año fue también ligeramente superior en los consumidores de heroína (26,4%) y cocaína (21,7%)

Tabla 4. Principales estudios epidemiológicos Nacionales de los Trastornos Mentales en España, resumen de resultados e información relevante. *continuación*

Referencia	Instrumento	Muestra	Resultados
Gili, Roca, Basu, MxKee y Stuckler (2013)	PRIME-MD, Evaluación de la atención primaria de los trastornos mentales	Pacientes reclutados de los centros de atención primaria. 7.940 pacientes en 2006-07 y 5.876 en 2010	La crisis económica ha aumentado significativamente la frecuencia de los trastornos de salud mental. Depresión mayor 19,4%, trastorno de ansiedad generalizada 8,4% y 4,6% en la dependencia del alcohol
Gutiérrez-Fraile, García-Calvo, Prieto y Gutiérrez-Garitano (2011)	MINI	1.436 pacientes de ambos sexos, con media de edad de 49,2 años reclutados de consultas psiquiátricas ambulatorias	El 90,3% de los pacientes fueron diagnosticados de al menos un trastorno mental
Barrachina et al. (2011)	Entrevistas semiestructuradas	484 pacientes de ambos sexos, afectados de trastorno límite de la personalidad	El 74% de los pacientes tenían al menos comorbilidad con un trastorno del Eje II
Torrens et al. (2011)	Entrevista de Investigación psiquiátrica para sustancias y trastornos mentales	629 usuarios de ambos sexos, consumidores de drogas ilícitas reclutados de tratamiento y de los ámbitos de tratamiento	La prevalencia vida de los trastornos del Eje I fue del 41,8%, siendo el trastorno más prevalente la depresión mayor (17%). La prevalencia vida de los trastornos de personalidad antisocial fue del 22,9%
Perales et al. (2013)	Metodología Estudio ESEMeD España	Muestra nacional representativa de la población nacional española	La aparición de los trastornos mentales (del estado de ánimo, de ansiedad y por uso de sustancias) parece estar relacionada con experiencias adversas en la infancia. El 20,6% habían sufrido alguna experiencia traumática en su infancia

Tabla 4. Principales estudios epidemiológicos Nacionales de los Trastornos Mentales en España, resumen de resultados e información relevante.

Referencia	Instrumento	Muestra	Resultados
Qureshi et al. (2013)	MINI ; Entrevista Psiquiátrica Estandarizada Polivalente, sección síntomas somáticos	1.503 sujetos inmigrantes reclutados de dos centros de Atención Primaria, emparejados con el mismo número de controles españoles, ajustados por sexo y edad	Los inmigrantes latinoamericanos tenían niveles más altos de psicopatología (36,8%) que los españoles (30,9%), los africanos subsaharianos (24,4%) y los asiáticos (16%) tenían niveles más bajos
Baladón et al. (2015)	Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos DSM-IV Axis I, SCID-I-RV; MINI; Lista de verificación de condiciones físicas crónicas; SDS	Población general española mayores de 65 años de ambos sexos, reclutados de 77 centros de atención primaria en Cataluña. 1.192 pacientes.	La prevalencia año de trastorno mental fue del 20%, siendo el trastorno por ansiedad el más frecuente con un 10,9%

Fuente: Elaboración propia a partir de Gabilondo (2011).

Tabla 5. Principales estudios epidemiológicos Multinacionales de los Trastornos Mentales en España, resumen de resultados e información relevante.

Referencia	Instrumento	Muestra	Resultados
Lepine et al. (1997) Estudio DEPRESS	MINI	Población representativa de 6 países europeos	Prevalencia 6 meses de depresión 6,2%
Ayuso-Mateos et al. (2001) Estudio ODIN	Doble Fase: BDI; SCAN	Población de 6 regiones europeas. Cantabria en España	Prevalencia de depresión 2,6%
Ohayon y Schatzberg (2002)	Entrevista Telefónica Sleep-EVAL	Población general de 3 países europeos (RU, España, Portugal) Población General <15 años (muestra representativa)	Prevalencia puntual de trastorno depresivo sin síntomas psicóticos del 2%
Ploubidis y Grundy (2009)	EURO-D	11 países europeos Población > 50 años (muestra representativa)	Prevalencia de depresión 36%
Fullana et al. (2010)	Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta 3,0	Estudio transversal de población general adulta de 6 países europeos	Prevalencia vida de cualquier dimensión de los síntomas obsesivo-compulsivo 13%

Tabla 5. Principales estudios epidemiológicos Multinacionales de los Trastornos Mentales en España, resumen de resultados e información relevante. *continuación*

Referencia	Instrumento	Muestra	Resultados
Chondraki, Madianos y Papadimitriou (2012)	Encuestas sobre el estado y atención a los problemas de salud mental	Población sin hogar de Alemania, España, Holanda, Francia y Suiza	La prevalencia de los trastornos mentales en la población sin techo europea oscila entre el 58% y el 100%, siendo mayor que en la población general

Fuente: Elaboración propia a partir de Gabilondo (2011).

Como se puede observar en la tabla 3, los primeros estudios realizados hasta el año 1995, utilizaron un instrumento de doble fase y tuvieron lugar en distintas **regiones** españolas, mostrando datos de prevalencia de trastorno mental entre el 14% y el 18%, (variables según el género) y una prevalencia de “posible trastorno mental” de 26,4%.

Los estudios que utilizaron entrevistas estructuradas como la CIDI o la DIS mostraron resultados más diversos debido a la heterogeneidad de las muestras. (Gabilondo, 2011). Así por ejemplo se registraron prevalencias año de depresión, en general, del 17,3% en mujeres del barrio de Txantrea (Pamplona) o del 35% para los trastornos mentales no relacionados con sustancias en población sin techo de Madrid. Estudios posteriores que utilizaron metodologías basadas en escalas específicas, screening y en las historias clínicas de los pacientes, muestran datos más concretos de trastornos, pudiendo observarse una prevalencia más elevada de algún tipo de síntomas psiquiátricos del 46,1%, trastornos del humor con una prevalencia del 30,1%, el trastorno depresivo mayor con 8,7%, trastorno somatomorfo con un 42,7%, trastornos mentales orgánicos con un 14,8%, trastorno límite de la personalidad con una prevalencia muy baja de 0,017%, que se incrementa con el consumo de sustancias y el trastorno de patología dual con prevalencias que oscilan entre 34% y 61,8%. Según todos estos estudios presentados, la Comunidad de Cantabria parece ser que es la que tiene una mejor salud mental en relación al resto de España.

En cuanto a los **estudios nacionales** (tabla 4) en nuestro país se replicó el estudio ESEMeD (como ya se señaló en el epígrafe anterior), convirtiéndose en el primer estudio epidemiológico de los trastornos mentales en una muestra de población general española adulta. Los resultados ponen de manifiesto que los trastornos mentales son frecuentes en España, una de cada cinco personas presentó un trastorno mental en algún momento de su vida, lo que en términos de porcentaje supone un 19,5% de prevalencia vida y un 8,4% prevalencia año. El trastorno mental más frecuente fue el episodio depresivo mayor con una prevalencia vida de 10,5% y una prevalencia año de 3,9%, seguido de la fobia específica, la distimia y trastorno por abuso de alcohol con una prevalencia vida entre el 10,5% y el 3,5%. En cuanto a la prevalencia año, la depresión mayor y la fobia específica son los más frecuentes. La comparación de estos resultados con los estudios anteriormente referidos en España hasta entonces, es limitada ya que éstos no tenían muestras representativas de la población general, han utilizado otros instrumentos y otros sistemas de clasificación diagnóstica diferente. Tortajada et al. (2012) utilizaron la misma entrevista que el estudio ESEMeD y encon-

traron unas tasas más elevadas de prevalencia vida de trastorno mental del 43%, pero en cuanto a los tipos de trastornos sus resultados coinciden con el estudio ESEMeD siendo los más frecuentes la depresión con un 37,5% y la fobia específica con un 6,8%. Sin embargo la prevalencia año fue superior en los consumidores de sustancias. Baladon et al. (2015), utilizaron la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos Mentales del Eje I del DSM-IV- SCID-I (First et al., 1999) y que es la misma utilizada en este trabajo y encontraron una prevalencia año del 20%, siendo los trastornos más frecuentes, los trastornos de ansiedad con un 10,9% y los trastornos del estado de ánimo con un 7,4%.

Gutiérrez-Fraile et al. (2011) estudiaron a una muestra de pacientes de **consultas de centros de psiquiatría ambulatoria**, de ambos sexos, y hallaron una prevalencia del 90,3% con al menos un trastorno mental, siendo los más prevalentes los trastornos del estado de ánimo y el trastorno por ansiedad generalizada. Szerman et al. (2011) estudiaron la patología dual, evaluando las historias clínicas de 400 pacientes de los servicios de salud mental y el servicio de atención a drogodependientes en Madrid. La prevalencia de patología dual fue del 36,78% en los servicios de atención a drogodependientes y del 28,78% en los servicios de salud mental. Hubo una asociación de patología dual con el consumo de alcohol o dependencia de cocaína, pero no con la dependencia de opiáceos. Los trastornos mentales fueron más prevalentes en las personas con diagnóstico dual, siendo los más frecuentes los trastornos del estado de ánimo, trastornos de personalidad y esquizofrenia. Gabilondo, Vilagut, Pinto-Meza, Haro y Alonso (2012) estudiaron la comorbilidad y encontraron que ésta fue elevada entre el trastorno depresivo mayor con condiciones de patología física crónica, siendo la prevalencia en el último año de 5,9%.

Los **trastornos de personalidad** también ha sido estudiados en nuestro país. Aragónés et al. (2013) realizaron un estudio en Cataluña, analizando las bases de datos de atención primaria para estimar la prevalencia del trastorno límite de la personalidad y los datos revelaron una prevalencia del trastorno de 0,017%, y fue mayor en pacientes con otros trastornos mentales, particularmente trastornos de abuso de sustancias (0,16%). Los autores concluyen que el número de diagnósticos de trastorno límite de la personalidad registrado en atención primaria es muy bajo, lo que contrasta con los datos poblacionales disponibles, ya que es un trastorno común, con unas tasas de prevalencia en la población entre el 1,4% y el 5,9%. Anteriormente Barrachina et al. (2011) estudiaron la comorbilidad del trastorno límite de la personalidad con el resto de los trastornos de personalidad contemplados en el Eje II del DSM-IV-TR, encontrando que cerca del 74% de los pacientes con dicho trastorno presentaban al menos comorbilidad con otro trastorno de personalidad, siendo los más frecuentes el trastorno paranoide, el trastorno pasivo-agresivo, el trastorno por evitación, y el trastorno dependiente. Las mujeres presentaron mayor comorbilidad con el trastorno dependiente, mientras que los hombres mostraron mayores tasas de comorbilidad con el trastorno antisocial, siendo la prevalencia de éste del 22,9% (Torrens et al., 2011).

Respecto al **trastorno por estrés postraumático**, los estudios revelan que las experiencias traumáticas son más frecuentes en los pacientes con enfermedad mental grave que en la población general. En un estudio con una muestra de 102 personas que presentaban diagnósticos de esquizofrenia, trastorno bipolar y trastorno esquizoafectivo, los datos revelaron que un gran número de sujetos había sufrido experiencias trau-

máticas, y el 15,1% de ellos, presentaba trastorno de estrés postraumático (Álvarez et al., 2012), siendo los dos eventos responsables de la mayor carga asociada a dicho trastorno la muerte inesperada de alguien cercano y ser víctima de un asalto sexual (Olaya et al., 2015). Perales et al. (2013) encontraron que el 20,6% de las personas con trastorno mental habían sufrido alguna experiencia traumática en su infancia.

Respecto a los **factores sociodemográficos** asociados a sufrir un trastorno mental, encontrados en los estudios, destacan el ser mujer, estar separado, divorciado o viudo, estar en situación laboral de desempleo, baja laboral o incapacidad. En cuanto a la edad de aparición, ésta varía según el trastorno, así la fobia social, la agorafobia y la fobia específica aparecen a edades más tempranas y los trastornos del estado de ánimo y el trastorno de angustia lo hace a edades más tardías. Las mujeres presentan más trastornos de ansiedad y depresión y los hombres más trastornos por abuso de alcohol (Haro et al., 2006).

Bones et al. (2011), encontraron factores similares y también algunos diferentes como ser inmigrante de un país en desarrollo y tener poco apoyo social y tener enfermedades crónicas que restrinjan las actividades de la vida diaria y sociales. Esteban et al. (2012) analizaron estos factores en la población de Madrid y hallaron factores predictores nuevos como ser joven, consumir alcohol, tener una percepción subjetiva regular o mala del estado de salud y limitadas actividades sociales.

Uno de los factores que ha influido mucho en la salud mental en todos los países europeos ha sido la crisis económica actual. Esta situación ha tenido repercusiones a nivel emocional en todos los países, pero en España las consecuencias han sido peores, sobre todo en las personas con dificultades de empleo y pago de hipoteca. Ha habido un incremento significativo en los trastornos del estado de ánimo como la depresión mayor con una prevalencia del 19,4%, los trastornos de ansiedad como el trastorno de ansiedad generalizada con un 8,4%, los trastornos somatomorfos con un 7,3% y los trastornos relacionados con la dependencia del alcohol con un 4,6% (Gili et al., 2013).

España también participa en **estudios multinacionales** (tabla 5) como el Estudio DEPRESS y el Estudio ODIN, (referidos en el epígrafe anterior), junto a otros países como Alemania, Bélgica, Francia, Holanda y Reino Unido, que miden la prevalencia del trastorno y los resultados ponen de manifiesto que las prevalencias de depresión a seis meses en España (6,2%) son menores en comparación con la media del estudio, siendo estos resultados cuestionados debido a deficiencias metodológicas (Gabilondo, 2011). El Estudio ODIN mostró resultados similares a los del Estudio DEPRESS, poniendo de manifiesto las bajas prevalencias del trastorno por depresión mayor (2,6%) en la muestra española (que procedía de la región de Santander), respecto al resto de los países (Gabilondo, 2011). Estos resultados parecen consistentes con los datos de los estudios regionales que ponían de manifiesto la mejor salud mental de la Comunidad de Cantabria.

En el año 2004 se realiza otro estudio multinacional, el Estudio SHARE para evaluar la prevalencia de depresión en **población general mayor de 50 años**, en 11 países de Europa, poniendo de manifiesto una elevada prevalencia en España del 36%, la más alta de todos los países (Ploubidis, et al. 2009).

Fullana et al. (2011), midieron la prevalencia vida del **trastorno obsesivo-compulsivo** en varios países, siendo los resultados variables entre los mismos, obteniendo una prevalencia del 13%. La dimensión más frecuente fue la de las comprobaciones con un 8%. Las mujeres eran más propensas a tener síntomas relacionados con la limpieza y la contaminación y obsesiones somáticas. Chondraki et al. (2012), estudiaron la prevalencia de los trastornos mentales en población sin techo y obtuvieron una mayor prevalencia (entre el 58% y el 100%), respecto a los estudios regionales realizados en nuestro país.

También se estudió la prevalencia de trastornos mentales en las **personas sin hogar** en un estudio multipaís, en el que España participó. La prevalencia de los trastornos mentales en los países europeos es mayor en la población sin hogar, con tasas del 58% y el 100% en comparación con la población general. En España una de las características más llamativas fue la alta prevalencia de trastornos de abuso de sustancias, trastornos emocionales y afectivos, mientras que los porcentajes para los trastornos psicóticos era reducido. Las altas tasas de estos países se informó de comorbilidad, con mayor frecuencia en relación con la combinación de trastorno por abuso de sustancias y los trastornos emocionales (Chondraki et al., 2012).

En resumen, los primeros estudios sobre la prevalencia de los trastornos mentales en la población general, estaban realizados con instrumentos de medida y criterios conceptuales, que no permitían una comparativa entre ellos, siendo de una calidad variable y resultados muy heterogéneos. La OMS, haciéndose eco de esta situación, crea en el año 2000 la Iniciativa de Encuestas de Salud, con el fin de estimar la epidemiología de la salud mental en el mundo, basándose en instrumentos de evaluación y criterios homogéneos que permitan establecer comparativas entre los diferentes países, y aunque se ha conseguido una coordinación entre los estudios, la variabilidad sigue estando presente, apuntándose a factores biológicos, socio-económicos y culturales específicos de cada país.

Autores como Kessler et al. (2009), en una revisión de estudios, concluyen que los trastornos mentales son comunes en todos los países que forman parte del proyecto de las Encuestas de Salud Mental de la OMS, oscilando las tasas de prevalencia entre el 18% y el 36%, siendo la morbilidad de los trastornos por ansiedad y los trastornos del estado de ánimo elevada. Bruffaerts et al. (2015) muestran que más de la mitad, el 52% de las personas que estaban en los servicios de salud mental, cumplen los criterios para un trastorno mental, un 18% adicional para un trastorno crónico y un 13% adicional para trastornos puntuales, pudiendo concluir que la gran mayoría de las personas que reciben tratamiento psiquiátrico tienen trastorno mental.

Respecto a la investigación de los países de América Latina, ésta presenta muchas más limitaciones. En una revisión de estudios realizados en los últimos 20 años, sobre prevalencia año, se vio que casi la mitad de la población había sufrido un episodio de depresión mayor (49%). En países como Sao Paulo en Brasil se encuentran tasas de prevalencia vida para cualquier trastorno mental del 44,8%, estando los trastornos relacionados, en su mayoría, con la exposición a la delincuencia. En los países asiáticos, los datos revelan que en países como Japón la prevalencia de los trastornos mentales es igual que en el resto de países asiáticos, pero menor que en los países occidentales, siendo las tasas de prevalencia de los trastornos mentales graves muy bajas, aunque

se observa una tendencia al incremento en la última década tanto en éste país como en Irak donde la prevalencia vida de los trastornos mentales fue de 18,8%, aumentando ésta a través de las generaciones. En los países de África Subsahariana, se observa una prevalencia vida muy baja para cualquier trastorno mental (4,14%), siendo el consumo de sustancias más elevado que en otros países. En la población árabe existen datos muy escasos acerca de la prevalencia vida de los trastornos mentales. Karam et al. (2008) informaron de una prevalencia vida para cualquier trastorno mental del 25,8%, constatando que la exposición a la guerra aumentó el riesgo de aparición de estos trastornos.

En España los estudios sobre prevalencia presentan una heterogeneidad en los resultados y una calidad variable, en función de la metodología utilizada. Por otra parte su participación en estudios multinacionales ha sido escasa. El primer estudio epidemiológico de los trastornos mentales en nuestro país, fue el Estudio ESEMeD, replicado en el año 2006 y los resultados pusieron de manifiesto que los trastornos mentales son frecuentes en España, una de cada cinco personas presentó un trastorno mental en algún momento de su vida, lo que en términos de porcentaje supone un 19,5% de prevalencia vida, siendo el más frecuente el episodio depresivo mayor con una prevalencia vida de 10,5%, seguido de la fobia específica, la distimia y trastorno por abuso de alcohol con una prevalencia vida entre el 10,5% y el 3,5%. Seis años más tarde Tortajada et al. (2012) encontraron unas tasas más elevadas de trastorno mental del 43%, y en cuanto a los tipos de trastornos más frecuentes coinciden con el estudio ESEMeD siendo los más frecuentes la depresión con un 37,5% y la fobia específica con un 6,8%. Otros autores como Baladon et al. (2015), utilizaron una metodología diferente y encontraron que los trastornos más frecuentes fueron los trastornos de ansiedad y los trastornos del estado de ánimo.

2. PREVALENCIA DE TRASTORNO MENTAL EN POBLACIÓN PENITENCIARIA.

2.1. Contexto internacional

En los últimos 25 años la población penitenciaria ha aumentado en la mayoría de los países (González, 2011), existiendo más de 10 millones de presos en todo el mundo y creciendo alrededor de un millón por década (Walmsley, 2011; 2013) con una variación considerable en las tasas de encarcelamiento en los países. Así, en países como Estados Unidos hay más de dos millones de personas encarceladas y en China, Rusia, Brasil y la India más de un cuarto de millón (Fazel & Seewald, 2012). Este aumento en países como Grecia y los Países Bajos ha sido de un 150%. En Inglaterra y Gales ha alcanzado un crecimiento record, albergando cerca de 90.000 internos (Forrester et al., 2013) y en España dicha población se ha duplicado a la existente en 1987, llegando a 140/100.000 habitantes (ICPS, 2015). Este incremento de la población penitenciaria va en paralelo al aumento de la prevalencia de las personas con trastornos mentales en la misma, siendo éstos mayor que en la población general (Fazel & Danesh, 2002; Mundt et al., 2013; Vicens, 2011), llegando a afectar a nueve de cada diez internos.

En cuanto al tipo de trastornos en esta población, estudios en todo el mundo coinciden en una probabilidad entre cuatro y seis veces más de sufrir un trastorno psicó-

tico y una depresión severa que en la población general, y 10 veces más de sufrir un trastorno antisocial de la personalidad (Andersen, 2004; Bruga et al., 2006; Fazel & Danesh., 2002).

Estudios epidemiológicos señalan que las tasas de población penitenciaria con trastornos mentales comunes duplican las de la población general y cuaduplican las de trastorno mental grave (Arroyo-Cobo, 2011) tendiendo, en general, a mostrar formas más severas de psicopatología y mayor comorbilidad que las personas que están en la comunidad (de Carvalho, Andreoli, Vaidyanathan, Patrick, Quintana, & Jorge, 2012), lo que convierte a los trastornos mentales en un grave problema de salud pública dentro de los centros penitenciarios (Fazel & Baillargeon, 2012) presentando, muchos de ellos, comorbilidad con los trastornos por abuso y dependencia de sustancias y de alcohol y con los trastornos de personalidad, siendo las prevalencias más elevadas que en los trastornos mentales sin comorbilidad, y situando a este colectivo como especialmente vulnerable también a otros problemas de salud (Jaka, Roshi & Burazeri, 2014).

Entre los factores que contribuyen a este incremento de los trastornos mentales en prisión se encuentran, por una parte, el aumento de la delincuencia relacionada con las drogas, las altas tasas de trastornos por consumo de sustancias y la sobreocupación de los centros penitenciarios que puede incrementar la prevalencia de enfermedades psiquiátricas (García-Guerrero & Marco, 2012), propiciar conductas heteroagresivas y autoagresivas (Kupers, 1996; McCay, 2010; Anselmi & Mirigliani, 2010) y aumentar el número de suicidios hasta diez veces más (Preti & Cascio, 2006). Por otra parte, otros factores como la presencia de la enfermedad mental que pasa inadvertida, en muchas ocasiones, durante el proceso penal, el propio entorno penitenciario, que por sus características favorece el detrimento del mantenimiento de la salud mental, y las dificultades en la derivación de las personas con trastorno mental, que son inimpugnables, a los recursos asistenciales ordinarios de la comunidad para el cumplimiento de su sentencia, convierten a las cárceles en “un repositorio de los enfermos mentales graves” (Teplin, 1990), donde muchos de ellos son diagnosticados y tratados por primera vez. Autores como Okasha (2004) señalan una tendencia a penalizar severamente a los enfermos mentales.

Uno de los principales problemas, a nivel internacional, de las personas con trastornos mentales que ingresan en prisión es el consumo habitual de sustancias, que sigue siendo elevado antes del ingreso en prisión y se mantiene, durante el mismo, con las consecuencias sobre la salud mental que ello conlleva (Altamirano, 2013). Esta coexistencia de los trastornos mentales y las drogodependencias en la población penitenciaria ha sido puesta de manifiesto en numerosos estudios donde se corrobora una tendencia a incrementarse.

En los últimos años el perfil del consumo ha variado, pasando de estar ligado a factores comunitarios como la marginación, la exclusión social y la pobreza, a estar ligado a factores de índole individual y recreativo en personas integradas socialmente, lo que supone un cambio en el consumo hacia las drogas recreativas como la cocaína, cannabis y drogas de síntesis (Moreno-Rincón, Vera-Remartínez, García-Guerrero, & Planelles-Ramos, 2008). La literatura pone de manifiesto la relación (en un alto porcentaje), entre la dependencia de sustancias y las conductas delictivas que ocasio-

nan un contacto reiterado con el medio penitenciario. En una revisión de la literatura Abdalla-Filho, De Souza, Tramontina y Tabora (2010) concluyeron que la mayoría de los estudios publicados en relación con el consumo de drogas entre los reclusos y sus consecuencias, han dejado claro que este tipo de trastorno tiene una relación más estrecha con la delincuencia que con la enfermedad mental.

Los primeros pasos en la investigación de los trastornos mentales en el medio penitenciario, se sitúan en 1939 con Penrose, psiquiatra británico, que dió nombre a la llamada “Ley de Penrose” poniendo de manifiesto la existencia de una relación inversa entre el número de camas en los hospitales psiquiátricos y el número de encarcelamientos (Varela-González et al., 2007). Gunn (1991) plantea las necesidades de asistencia en materia de salud mental en las prisiones de Inglaterra y Gales. La OMS en 1995, reconociendo la necesidad de dar una respuesta a las desigualdades de salud en los centros penitenciarios, inició el programa de prisiones cuya actividad estaba enfocada a asesorar a los estados miembros acerca del desarrollo de los sistemas de salud pública en prisión, consumo de drogas y salud mental. A partir de este momento proliferan más estudios sobre las patologías psiquiátricas y su frecuencia en los centros penitenciarios (Varela-González et al., 2007). Entre estos estudios, destaca el estudio EUPRIS (Salize, Dressing & Kief, 2007) donde se pone de manifiesto que a nivel mundial los trastornos mentales en prisión son un problema que va creciendo, no están adecuadamente tratados ni abordados, y sitúa el porcentaje de internos con necesidades de tratamiento psiquiátrico especializado en un 12%.

Revisiones de la literatura ponen de manifiesto la altas tasas de prevalencia de trastorno mental en prisiones en los países occidentales, y la mayoría de los estudios muestran una prevalencia elevada de trastornos como la esquizofrenia y otras psicosis, aún existiendo heterogeneidad entre los estudios tanto por cuestiones metodológicas y diferencias transnacionales (Eytan et al., 2011) como por las normativas y leyes propias de los sistemas penales y psiquiátricos legales de cada país, lo cual hace difícil extrapolar los datos de un país a otro (Vicens et al., 2009). Autores como Falissard et al. (2006) ya pusieron de relieve que la interpretación del diagnóstico psiquiátrico en las cárceles puede ser difícil. Los mismos autores en un estudio realizado en las prisiones de Francia con una muestra aleatoria de 800 internos, pusieron de manifiesto las diferencias en las prevalencias al usar una entrevista semiestructurada o una entrevista clínica abierta. Los resultados mostraron ser más elevados en los diagnósticos para los que se había utilizado la entrevista abierta que en aquellos en los que se utilizó una semiestructurada, mostrando diferencias considerables en trastornos como la esquizofrenia (6,2% frente a 3,8%), el trastorno depresivo mayor (24% frente a 17,9%), la ansiedad generalizada (17,7% frente a 12,0%), y el trastorno por dependencia de sustancias (14,6% frente a 10,8%).

Anteriormente, Fazel y Danesh (2002) analizaron 62 estudios de 12 países con una muestra de 23.000 prisioneros de ambos sexos con una media de edad de 29 años. Los resultados reflejan unas tasas de prevalencia de trastornos psicóticos del 3,7% en varones y 4% en mujeres, depresión mayor 10% y 12% respectivamente y trastorno de personalidad un 65% y 42%, siendo el trastorno de personalidad antisocial el más frecuente en ambos sexos, concluyendo que uno de cada siete internos presentan enfermedades psicóticas o depresión mayor en los países occidentales. En un estudio anterior en los Países Bajos, Bulten (1998) también encontró el trastorno

de la personalidad antisocial como el más prevalente con un 42%, pero la prevalencia de trastornos psicóticos fue menor, con una proporción de uno de cada diez internos y una proporción similar para la depresión mayor.

Kjelsberg y Hartvig (2005), en un estudio realizado en las **prisiones de Noruega** con 2.617 internos informaron de una tasa de prevalencia del 35% de internos con algún trastorno mental y Nielssen y Misrachi (2005) encontraron una prevalencia de enfermedades psicóticas entre 1,7% y 8%. En cuanto a las estimaciones de la prevalencia de trastornos por abuso y dependencia de alcohol y sustancias, Fazel, Bains y Doll (2006), en una revisión de estudios a nivel mundial, encontraron que las personas ingresadas en los centros penitenciarios tenían un mayor riesgo de sufrir problemas de droga y alcohol que la población general. Este riesgo es de dos a tres veces mayor (Fraser, Gatherer & Hayton, 2009), observando una relación entre el comportamiento delictivo y el consumo de sustancias como heroína y cocaína (Stewart, 2009).

En un estudio realizado en **Grecia** con 80 varones, Fotiadou, Livaditis, Manou, Kaniotouy Xenitidis (2006) encontraron una prevalencia de trastornos mentales del 78,7%, siendo los principales diagnósticos el trastorno de ansiedad con un 37,5%, la depresión mayor con un 27,5%, el trastorno de la personalidad antisocial con un 37,5%, la dependencia del alcohol con un 26,3%, la dependencia de los opiáceos con un 27,5% y el trastorno esquizofrénico y el trastorno bipolar, ambos, con un 11,2%. En **Ingllaterra y el país de Gales** todos los internos derivados a los servicios forenses presentaban algún trastorno mental en un 76%, trastorno psicopático un 12%, discapacidad intelectual un 5% y otros trastornos sin clasificar un 7%. El delito más común fue el delito de violencia contra las personas con un 36%, que aumentó en los últimos cinco años hasta un 65%, seguido del delito de daños criminales, como originar incendios, con un 14% y robos con un 10%. En cuanto a la reincidencia también se ha experimentado un aumento en las prisiones inglesas del 25% (Rutherford & Duggan, 2008).

En **Alemania** Von Schönfeld et al. (2006) encontraron en una muestra de internos de ambos sexos, una prevalencia de trastorno mental del 83,5% y una prevalencia de trastorno de personalidad del 53,2%, siendo la comorbilidad entre dos y tres trastornos. En cuanto a los trastornos más frecuentes, los trastornos relacionados con el consumo de opiáceos y otras sustancias, los trastornos de estrés afectivos y trastornos por estrés post-traumáticos fueron mayor en las mujeres y el trastorno relacionado con el consumo de alcohol fue mayor en los hombres. Estos resultados ponían de manifiesto que los enfermos mentales estaban mayoritariamente en las cárceles más que en los hospitales psiquiátricos penitenciarios. Tres años más tarde se realizó un estudio a 102 internos que cumplían penas de prisión en un centro del norte de Alemania, utilizando la Entrevista SCID-I, y encontraron una prevalencia vida de trastornos mentales del 83% y un 80% para los trastornos de personalidad (Dudeck et al., 2009). En **Ingllaterra y Gales** el aumento de internos por abuso y dependencia de drogas en los últimos años ha crecido de manera significativa, llegando a multiplicarse por veinticinco, enfrentándose el personal penitenciario a los dos problemas derivados de este incremento: el aumento de la tasa de suicidios, debidos a la aparente asociación entre las tentativas de suicidio y el síndrome de abstinencia y un alto porcentaje por sobredosis durante la primera semana del ingreso en prisión (Marteau & Pallás, 2006).

En **Francia** más de un tercio de los internos presentaron abuso o dependencia tanto a las drogas como al alcohol, siendo la sustancia más consumida el cannabis (Lukasiewicz,2007).

En **Italia** se realizaron dos estudios informando de tasas de prevalencia diferentes. Zoccali et al, (2008) encontraron tasas muy altas del trastorno mental, del trastorno de la personalidad y de la comorbilidad entre ambos. Así, la tasa de trastorno mental fue de un 85,2%, siendo los más frecuentes el trastorno por abuso de sustancias con un 46,3%, los trastornos de ansiedad con un 31,4% y los menos frecuentes fueron el trastorno psicótico y el trastorno somatomorfo, ambos, con un 4,1%. En cuanto a los trastornos de personalidad las tasas más altas fueron el trastorno antisocial de la personalidad con un 60,3%, seguido del trastorno límite con un 19,5%. La comorbilidad entre ambos fue del 56,2%. Piselli, Elisei, Murgia, Quartesan y Abram (2009) encontraron una prevalencia menor de 54,3% y una comorbilidad de 20,9%, lo que indicaba que uno de cada cinco detenidos varones presentaban comorbilidad del trastorno por consumo de sustancias y trastornos psiquiátricos en comparación con aquellos que sólo presentaban trastorno psiquiátrico, trastorno por consumo de sustancias o ningún trastorno, presentando síntomas psiquiátricos más severos y un mayor déficit en su funcionamiento laboral, social y familiar.

Otros autores como Lamb, Weinberg, Marsh y Gross (2007), analizaron la prevalencia de patología mental y las características delictivas y penales en una muestra de 104 internos con enfermedad mental, y encontraron que el 78% presentaban una enfermedad mental grave y el 92% presentaba falta de adherencia al tratamiento antes del ingreso en prisión. En cuanto a las características delictivas el 95% había tenido arrestos previos, el 72% por delitos violentos contra las personas y el 76% por abuso de sustancias.

Otro estudio posterior, el estudio REDIME estimó la prevalencia vida y prevalencia actual en una muestra de 300 internos en una prisión de Italia y lo comparó con una muestra de 300 personas de la población general. Los datos de la prevalencia vida en los internos fue del 88,7% frente al 15,7% de la población general y respecto a la prevalencia actual, en el grupo de internos fue de 58,7% y de 8,7% en la población general. Los trastornos de ansiedad y los trastornos relacionados con el estrés fueron los más frecuentes en aquellos internos que cumplían su primera condena. El estudio también ha puesto de manifiesto que hay una fracción variable de internos que no están diagnosticados y no reciben tratamiento (Macció et al. 2015).

En los **Países Bajos**, en una muestra de 191 internos, el 57% presentaba uno o más trastornos mentales, siendo los más frecuentes el trastorno por déficit de atención e hiperactividad con un 38%, el trastorno antisocial de la personalidad (37%) y el trastorno por dependencia de drogas (30%) y alcohol (28%) y los menos frecuentes la depresión mayor (9%) y los trastornos por ansiedad, tales como fobias y trastornos de pánico. Otros trastornos como el trastorno obsesivo-compulsivo, y el trastorno por estrés post traumático eran frecuentes con tasa de prevalencia del 12% en total. En cuanto a la comorbilidad destacar que uno de cada cinco internos (22%) presentaban un trastorno mental sin abuso de sustancias, pero este número se incrementaba a tres de cada cinco (61%) si se incluían los trastornos por abuso de sustancias. Respecto a los delitos los más comunes fueron los delitos contra la propiedad (37%), los delitos

violentos (23%) y los homicidios (15%) y en menor proporción los delitos relacionados con sustancias y los delitos sexuales (6%). El 68% eran reincidentes, teniendo una media de ingresos anteriores de 2,6 (Bulten, Nijman & Van der Staak, 2009). Los mismos autores en otros estudios encontraron una prevalencia del trastorno obsesivo-compulsivo en torno al 9%.

En **Bélgica** Vandeveldt et al. (2011), encontraron que casi el 75% de los enfermos mentales que estaban en prisión, tenían un doble diagnóstico e incluso triple, siendo la comorbilidad más frecuente con el trastorno relacionado con sustancias o los trastornos psicóticos y los trastornos de personalidad. Así mismo, existen otras comorbilidades como los trastornos mentales graves y la discapacidad intelectual con una tasa del 9%, estando la discapacidad intelectual entre las tres más comunes entre los internos con diagnóstico dual en Bélgica, y en menor medida con el trastorno por control de impulsos (Cosyns et al., 2007). En una revisión sistemática Fazel, Xenitidis y Powell (2008), encontraron que entre el 0,5 y el 1,5 de los internos son diagnosticados de discapacidad intelectual.

Eytan et al. (2011) destacan que la mayoría de los estudios de prevalencia se han llevado a cabo en América del Norte y Escandinavia. Respecto a los datos de los países no occidentales, éstos son más escasos, pero los indicios sugieren datos de prevalencia muy similares a los de Europa y Norteamérica (Assadi et al, 2006; Fatoye, Fatoye, Oyebanji & Ogunro, 2006; Banerjee, Sengupta & Ray, 2009). En general, en Europa la prevalencia de los internos con enfermedades psicóticas fue del 4%, la prevalencia de la depresión mayor fue del 10% en los hombres y 12% en las mujeres y la del trastorno de personalidad fue del 42% en las mujeres y el 65% en los hombres. El 89% de todos los internos tenían síntomas depresivos y el 74% sintomatología somática relacionada con el estrés. Entre el 6%-12% debía estar en instituciones psiquiátricas especializadas y entre el 30% y el 50% necesitaba ayuda especializada de los servicios de salud mental (Fraser, Gatherer & Hayton, 2009).

En una revisión de estudios Lafortune (2010) concluye que la mayoría de las personas que están en los centros penitenciarios sufren algún tipo de trastorno mental a lo largo de su vida, presentando el 61% un diagnóstico de trastorno mental y el 33,8% una puntuación positiva en problemas de salud mental. Otro dato a tener en cuenta es que entre un 12% y 25% presentaban un diagnóstico de trastorno mental severo y crónico al ingresar en prisión. Así mismo, en cuanto a la frecuencia de los tipos de trastornos mentales según el género, los hombres presentaban más trastornos psicóticos, reacciones desadaptativas y drogodependencias y las mujeres trastornos por ansiedad, trastornos de personalidad y también trastorno por dependencia de sustancias.

Fazel y Seewald (2012) realizan una de las revisiones sistemáticas y metaanálisis más importante acerca de la prevalencia de trastornos mentales en 33.588 internos de 24 países. Los resultados ponen de manifiesto la prevalencia del trastorno psicótico y la depresión mayor, incluyendo en el espectro psicótico la psicosis, la esquizofrenia, el trastorno esquizofreniforme y los episodios maníacos. La prevalencia del trastorno psicótico fue de 3,6% en varones y 3,9% en mujeres, siendo más elevada en los países de ingresos medios y bajos que en los de ingresos elevados, no encontrándose un cambio significativo en el tiempo. En cuanto al trastorno depresivo mayor la prevalencia encontrada fue de 10,2% y 14,1% respectivamente, siendo más elevadas también en

los países de ingresos medios y bajos y parecía aumentar con el tiempo en las muestras de Estados Unidos concluyendo que uno de cada siete internos presenta depresión o psicosis. Así mismo había una alta comorbilidad de estos trastornos con el abuso de sustancias, oscilando las tasas entre 20,4% a 43,5%, siendo éstas mayores en los trastornos psicóticos (13,6% a 95%). Esta comorbilidad entre trastornos mentales y abuso de sustancias se mantenía en los varones, cinco años después de su detención en un 27%, siendo más alta que en la población general y afectando a uno de cada seis internos (Abram et al, 2015).

Las prisiones de **Norteamérica** albergan 10 veces más a personas con trastornos mentales que los hospitales psiquiátricos estatales, según un informe del Centro de Defensa de Tratamiento, el cual estima que de los 2,1 millones de presos, cerca de 356.000 tienen trastornos mentales graves como la esquizofrenia, el trastorno esquizoafectivo, el trastorno bipolar o la depresión mayor con síntomas psicóticos (McCarthy, 2014; Torrey, Kenn, Estinger, Lamb & Pavle, 2010). Las estimaciones de la tasa de los delincuentes en los sistemas penitenciarios de Estados Unidos con rangos de enfermedad mental grave van del 15% al 20%, llegando en algunos estados al 28% (Hinton, 2014). Galanek (2014) pone de manifiesto que estas personas han sufrido en su historia de vida desventajas sociales como la falta de vivienda o vivir en contextos donde hay una alta tasa de criminalidad, amén de historias de encarcelamiento familiar, abusos físicos y sexuales y abuso de sustancias. En las cárceles del estado de Washington el aumento de las personas con trastorno comórbido por consumo de sustancias se incrementó hasta un 44% (Bradley-Engen, Cuddeback, Gayman, Morrissey & Mancuso, 2010). En estudios anteriores realizados, Kerridge (2008) constató que los internos estadounidenses eran más propensos a presentar un trastorno por abuso y dependencia severa de alcohol, que sus homólogos de la población general, presentando un perfil sociodemográfico caracterizado por ser varón, joven, negros o hispanos, bajo nivel educativo y estar separados, divorciados, viudos o solteros. Sacks et al. (2009) encontraron en un centro estatal de Estados Unidos que el 80% de los internos que estaban en tratamiento por abuso de sustancias tenían algún tipo de trastorno mental y de ellos el 39% presentaba un trastorno mental grave. Trestman, Ford, Zhang y Wiesbrock (2007) evaluaron la prevalencia vida y prevalencia actual en internos no identificados como enfermos mentales graves en cinco cárceles de Connecticut, empleando la Entrevista SCID. Los resultados mostraron que dos de cada tres internos cumplieron los criterios de al menos un trastorno a lo largo de su vida, casi la mitad de ellos presentaba un trastorno de ansiedad, más de un tercio un trastorno afectivo y un 36,1% trastorno límite de la personalidad siendo mayor en las mujeres. Así mismo los autores hallaron que la presencia de enfermedad mental no se asoció con la comisión de un delito violento, ni tampoco un diagnóstico concreto, y pone de manifiesto que la prevalencia vida y la morbilidad psiquiátrica actual eran más elevadas entre los adultos que llevaban poco tiempo en prisión, que no presentaban signos evidentes de enfermedad mental grave y eran asociados a tener un deterioro funcional. Estos trastornos, al no ser reconocidos, no son tratados y por tanto puede colocar a estos internos en una situación de riesgo mayor que a los delincuentes sin enfermedad mental.

En **Canadá** la presencia de personas con trastorno mental en los centros penitenciarios se ha incrementado, en los últimos años, en un 140 por 100.000 habitantes, y

sigue incrementándose oscilando la tasa de prevalencia de un 15% a un 20% (Simpson, McMaster, & Cohen, 2013). La carga de estos trastornos es tres veces mayor que la de la población general (Stall, 2013). Brown, Hirdes y Fries (2015) estudiaron la prevalencia actual de síntomas graves en 522 internos que presentaban problemas de salud mental y obtuvieron una tasa del 41,1% de internos con sintomatología grave.

En **Australia** Butler, Indig, Allnutt y Hassan (2011) realizan uno de los mayores estudios para analizar la comorbilidad entre enfermedad mental y consumo de sustancias en una muestra representativa de 1487 internos, de ambos sexos, de Nueva Gales del Sur, ya que hasta ese momento los estudios al respecto variaban en el tamaño de la muestra, criterios de selección, población, diagnósticos, instrumentos de medida y marcos de tiempo. El periodo de tiempo medido fue el último año. Utilizaron la entrevista CIDI-A y los criterios diagnósticos se basaron en el DSM-IV y la CIE-10. La prevalencia de cualquier trastorno mental en el último año fue del 43%, siendo significativamente mayor en las mujeres con 61% que en los hombres con un 39%, siendo en aquellas la tasa de los trastornos de ansiedad significativamente mayor con un 55%. La prevalencia de trastorno por consumo de sustancias fue de 55%, siendo mayor entre las mujeres con 69% que en los hombres con 52%. El consumo de alcohol fue mayor entre los hombres pero no significativamente. La prevalencia de comorbilidad en el último año fue de 29%, siendo nuevamente mayor en las mujeres con 46% que en los hombres 25%. Entre los internos con síntomas psicóticos más de la mitad tenían también un diagnóstico de trastorno afectivo (65% en las mujeres y 51% en los hombres), un diagnóstico por trastorno de ansiedad (90% y 67% respectivamente) y consumían sustancias entre un 10% y un 20%, siendo las sustancias más consumidas los opiáceos con un 58% y los estimulantes con un 55%. Entre los internos con trastornos afectivos, más de la mitad de las mujeres presentaban un trastorno por consumo de alcohol y estimulantes. Entre los internos con trastorno de ansiedad las mujeres presentaban más probabilidades de tener trastorno por consumo de opiáceos en un 51% y los hombres fueron más propensos a presentar un trastorno por consumo de alcohol y consumo de cannabis con un 30%. Sintetizando, casi la mitad de la muestra con un 43% presentaba un trastorno mental de psicosis, ansiedad o trastorno afectivo en el último año siendo éstos más frecuentes en las mujeres con un 61%. Los trastornos por consumo de sustancias también fueron más altos en las mujeres con un 69%. La comorbilidad entre trastorno mental y consumo de sustancias también fue mayor en las mujeres en un 46% en comparación con el 4,8% en las mujeres que están en la comunidad. En cuanto a los hombres también presentaban mayor comorbilidad entre los internos 25% frente a los que están en la comunidad con un 2,8%. Estos datos son consistentes con los hallazgos encontrados por Kessler et al.(1997) en Estados Unidos.

En los países de **América Latina** la literatura no es tan extensa. Países como Chile, Brasil, Colombia y México son los que presentan mayor sobrepoblación penitenciaria (Instituto Nacional Derechos Humanos, 2011).

En Brasil, Pondé, Freire y Mendonça (2011) ponían de manifiesto que el número de personas con trastornos mentales graves en las prisiones brasileñas era desconocido. Realizaron un estudio transversal con una muestra de 497 internos y utilizaron la versión portuguesa del Mini International Neuropsychiatric Interview, en sistemas penitenciarios con regímenes cerrados y semiabiertos, obteniendo unas tasas diferen-

tes en cada régimen. Así, en el régimen cerrado los trastornos más frecuentes fueron el trastorno por abuso y dependencia de sustancias (27,9%), seguido del trastorno antisocial de la personalidad (26,9%), trastorno por abuso y dependencia de alcohol (26,6%), trastorno borderline (19,7), trastorno por depresión (17,6%), trastorno por ansiedad (6,9%), trastorno bipolar (5,2%), trastorno por déficit de atención / hiperactividad (TDAH) con una tasa de prevalencia del 4,1%, y el trastorno psicótico con una tasa del 1,4%. En cuanto a los trastornos más frecuentes en el régimen penitenciario semiabierto, éstos fueron similares al régimen cerrado, pero con algunas diferencias. Así el trastorno más frecuente fue el trastorno por abuso y dependencia de alcohol (32,4%), seguido del trastorno borderline (34,8%), el trastorno por abuso y dependencia de drogas (32,4%), el trastorno antisocial de la personalidad (24,2%), el trastorno por depresión (18,8%), el trastorno por ansiedad (14,4%), el trastorno bipolar (10,1%), el trastorno psicótico con una tasa del 12,6% y por último el trastorno por TDAH con una tasa de prevalencia del 5,3%. Este estudio reveló tasas más altas de trastornos relacionados con sustancias y menores tasas de trastornos psicóticos y del estado de ánimo en comparación con otros estudios de prevalencia realizados en la población carcelaria.

Andreoli et al, (2014) realizaron el primer estudio epidemiológico a gran escala en población penitenciaria para medir la prevalencia vida y prevalencia año, utilizando para ello la Entrevista CIDI, versión 2.1 y los criterios del CIE-10. Los resultados revelaron altos índices de trastornos psiquiátricos. Así, las tasas de prevalencia vida y año se situaban en el 68,9% y 39,2% respectivamente en las mujeres y el 56,1% y el 22,1% entre los hombres. Los trastornos más frecuentes a lo largo de la vida y en el último año fueron los trastornos ansioso-fóbicos (siendo en ambos periodos de tiempo más elevados en las mujeres con una tasa del 50% y 27,7% y del 35,3% y el 13,6% entre los hombres), los trastornos afectivos (con un 40% y 21% entre las mujeres y el 20,8% y el 9,9% entre los hombres) y los trastornos relacionados con el abuso y dependencia de sustancias (con un 25,2% y 1,6% entre las mujeres y el 26,5% y el 1,3% entre los hombres). En cuanto a los trastornos mentales graves (psicosis, trastornos bipolares y depresión severa), las tasas de prevalencia de vida y año fueron, respectivamente, 25,8% y 14,7% entre las mujeres, y el 12,3% y el 6,3% entre los hombres. Este estudio pone de manifiesto que la prevalencia vida y la prevalencia año de los trastornos mentales son mayores en las mujeres que en los hombres.

En Chile, utilizando el mismo instrumento de evaluación, midieron las tasas de prevalencia de los trastornos mentales en siete prisiones, encontrando que, en general, las tasas son más bajas que en otros países de ingresos medios y bajos, siendo los trastornos más frecuentes el consumo de sustancias con un 12,2% y los trastornos por ansiedad y depresión con un 8,3% y 8,1% respectivamente y el menos frecuente fue la psicosis no afectiva con 0,8%. Estas tasas, a su vez, fueron mayores que en la población general en depresión mayor con un 6,1% frente a un 3,7%, y en trastorno por abuso y dependencia de sustancias (Mundt et al., 2013). En Queensland también se utilizó la CIDI y se encontró una prevalencia mayor que en la comunidad y mayor en la población de mujeres en todas las categorías diagnósticas estudiadas, así la prevalencia año de trastorno mental fue del 73% entre los hombres y 86% entre las mujeres, siendo los porcentajes más elevados en los trastornos de ansiedad con un 20% y 51% respectivamente, trastornos depresivos 11% y 29%, trastornos psicóticos 8% y 23%

y los trastornos por abuso de sustancias 66% y 69% (Heffernan, Andersen, Dev., & Kinner, 2012).

En los **países orientales** como Japón se sigue la misma política que en los países occidentales, considerando que las personas que están exentas de responsabilidad criminal no deben estar en las prisiones, pero existe un número importante de internos con esquizofrenia, trastornos bipolares y otros trastornos mentales, dentro de las prisiones japonesas. De acuerdo con el libro blanco sobre la delincuencia de 2008, el número de internos a nivel nacional en Japón es de 80.000 personas aproximadamente, de las cuales el 6,6% padecen trastornos mentales, lo que equivale a más de 5.000 personas encarceladas con trastorno mental (Nomura, 2009).

En Taiwan se recogieron datos de todos los presos varones infectados por el VIH, en una muestra de 434 internos en siete centros penitenciarios, debido al alarmante incremento producido desde el año 2004 y encontraron que el 46% de los internos presentaban morbilidad psiquiátrica (Peng et al. 2010). En Malasia en una muestra de 400 prisioneros, de los cuales 200 eran seropositivos y 200 negativos, utilizando la entrevista SCID-I, encontraron altas tasas de prevalencia de enfermedades mentales y trastornos por uso de sustancias, particularmente en la dependencia de los opiáceos, pero ni la infección por VIH ni el diagnóstico triple se asoció con los delitos violentos (Zahari, 2010).

En Irán se realizó un estudio con 180 internos y encontraron que la prevalencia de trastornos mentales era del 43,4%, siendo los más frecuentes el trastorno depresivo mayor con un 27,9%, el trastorno por estrés postraumático con un 17,4% y el trastorno por uso de sustancias con un 17,4%. En cuanto a los trastornos de personalidad, la prevalencia fue del 28,3%, siendo los más frecuentes el trastorno antisocial de la personalidad y el trastorno límite. La comorbilidad de los trastornos en el Eje I fue del 36% y el 52,2% presentaba una historia de traumatismo craneoencefálico. La edad media de los internos fue 31,9 años (Sepehrmanesh, Ahmadvand, Akasheh & Saei, 2014).

Respecto a los **países asiáticos**, en **India** se realizó un estudio en dos centros penitenciarios para la identificación de internos que sufrían enfermedades psiquiátricas graves como esquizofrenia y otras psicosis y encontraron una prevalencia del 10% (Banerjee, Sengupta & Ray, 2009).

En **países africanos** como **Durban** el 55,4% presentaba un trastorno mental, siendo los más frecuentes el trastorno por consumo de alcohol con un 42%, seguido de los trastornos psicóticos con un 23,3% y un 46,1% con trastorno antisocial de la personalidad (Naidoo & Mkize, 2012). En cuanto al consumo de sustancias un estudio realizado en Kenya pone de manifiesto el elevado consumo de sustancias entre presos con una prevalencia vida del 66,1%, siendo el alcohol la sustancia más consumida en un 65,1%, estando asociada al sexo masculino, residir en ciudades y un nivel más alto de educación (Kinyanjui, 2013).

La epidemiología de los **trastornos de personalidad** es menos estudiada en comparación con otros trastornos mentales, debido fundamentalmente a dos factores: (a) para su valoración se requieren evaluaciones muy precisas y que son difíciles de obtener en las encuestas nacionales; (b) su comorbilidad con uno o más trastornos men-

tales es muy frecuente; y (3) su asociación con la mortalidad prematura y el suicidio (Tyrer, Reed, & Crawford, 2015).

En el medio penitenciario hay una alta comorbilidad del trastorno de personalidad y la dependencia de alcohol y drogas (Kovasnay, Miraglia, Beer & Way, 2004). He, Felthous, Holzer, Nathan, y Veasey (2001) encontraron que junto a esta comorbilidad los trastornos de personalidad están presentes en el 56% de las víctimas de suicidio. Una posible explicación puede ser que el estar en una situación de encarcelamiento supone un ambiente potencialmente estresante que puede originar una mayor vulnerabilidad de los pacientes con trastornos de personalidad a las conductas suicidas, siendo la tasa de suicidios mayor que en los entornos no penitenciarios.

Autores como Arroyo (2002) señalan una tasa de trastornos de la personalidad del 31%, siendo los más frecuentes el trastorno antisocial de la personalidad, el trastorno límite, el trastorno paranoide, el trastorno narcisista y el trastorno esquizoide, encontrando que el 90% de los internos con sanciones disciplinarias presentaba trastornos de personalidad, de los cuales el 100% eran toxicómanos.

Como ya se ha mencionado anteriormente muchos de los trastornos mentales y trastornos de personalidad van asociados al consumo de drogas y alcohol, siendo la tasa de esta comorbilidad hasta seis veces mayor que en la población general (Abram et al., 2015). Cervera, Bolinches, Valderrama y de Vicente (2004) ponen de manifiesto esta comorbilidad, señalando una prevalencia del 50% de pacientes con trastorno por uso de sustancias y trastorno de la personalidad, presentando alcoholismo un 46% y dependencia de opiáceos entre el 65%-68%. En internos en tratamiento de deshabitación son frecuentes los trastornos mentales y los trastornos de personalidad (Lurigio & Swartz, 2000; Swartz & Lurigio, 1999), oscilando las tasas entre el 50%-75%. Simpler y Langhinrichsen-Rohling (2005) encontraron también tasas de abuso de sustancias en más del 50% de los internos en prisión en una muestra de 103 sujetos en dos centros penitenciarios de Estados Unidos, informando de una mayor dependencia de sustancias en aquellos que presentaban dos o más problemas de salud mental.

Este aspecto es especialmente complejo en el ámbito penitenciario, donde muchos trastornos del comportamiento responden a mecanismos de defensa psicológica ante la supervivencia en un medio tan hostil como es el penitenciario, donde como estrategia adaptativa hay una tendencia a reproducir los esquemas de su vida en la marginalidad. Asimismo, factores como la falta de expectativas en el exterior y la resistencia a enfrentarse a la realidad de vida, muchas veces cargada de conflictos y de desesperanza, hace que estos pacientes sean de difícil manejo (Marsset y Ritter, 2004).

Autores como Gunter et al, (2012) encontraron en una muestra de 320 internos de un Centro Penitenciario en Iowa que más del 90% cumplía los criterios de uno o más trastornos psiquiátricos tanto crónicos como actuales, siendo en orden de frecuencia, la dependencia a sustancias psicoactivas (90%), trastornos del estado de ánimo (54%), trastornos psicóticos (35%), trastorno antisocial de la personalidad (35%) y déficit de atención e hiperactividad (22%). Un 35% presentaban riesgo de suicidio y no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres. Sin embargo Zlotnick et al. (2008) en una muestra de 272 internos de ambos sexos que acaban de entrar en un programa de deshabitación, encontraron que en las mujeres presentaban una mayor vulnerabilidad psiquiátrica, siendo más frecuente la presencia de un trastorno mental

crónico y trastornos más severos y un patrón diferente de comorbilidad, siendo, en éstas, los trastornos más frecuentes la depresión mayor, trastorno por estrés postraumático, trastornos de la alimentación y el trastorno límite de la personalidad. En los hombres el trastorno más común fue el trastorno antisocial de la personalidad.

En una muestra de jóvenes encarcelados se encontró que los trastornos de personalidad también se encuentran en tasas elevadas, cumpliendo criterios para más de un trastorno de la personalidad. Conjuntamente con la evaluación de estos trastornos se midieron correlatos, tales como la ira, la irritabilidad, la agresión, la delincuencia, la angustia y la moderación, encontrándose altos niveles significativos de ira, irritabilidad, agresión, angustia, delincuencia y baja moderación (en comparación con jóvenes que también están en prisión, pero no presentan trastornos de la personalidad), que conllevan un riesgo de enfermedad psiquiátrica crónica y posible reincidencia penal (Kaszynski et al., 2014).

Uno de los trastornos de personalidad más frecuente entre las personas que se encuentran en los centros penitenciarios es el trastorno antisocial de la personalidad. Este trastorno se ha asociado a la psicopatía y aunque son diagnósticos diferentes, no está claro si son síndromes clínicos independientes o si la psicopatía es una forma severa de trastorno antisocial de la personalidad. Así, se realizó un estudio a una muestra de 496 internos de Inglaterra y Gales, que fueron evaluados en una segunda fase de una encuesta realizada en 1997, y encontraron que el 44,9% de los internos mayores de 18 años tenían un diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad, de los que el 31,8% fueron clasificados como psicópatas en función de las puntuaciones de 25 ó más obtenidas por la Psicopatía Checklist Revised. No hubo diferencias en los factores sociodemográficos, la comorbilidad del Eje I, y la búsqueda de tratamiento. Los internos con trastorno antisocial de la personalidad presentaron comorbilidad con los trastornos de personalidad esquizoide y narcisista, trastorno de conducta más graves y violentos. De este estudio se concluye que el trastorno antisocial de la personalidad y la psicopatía no son entidades diagnósticas separadas, pero el trastorno antisocial de la personalidad con psicopatía conlleva un riesgo más elevado de violencia y una forma más severa que un trastorno antisocial de la personalidad (Coid & Ullrich, 2011).

Otro de los trastornos que la literatura ha constatado como frecuente en la población penitenciaria es el **trastorno por estrés post-traumático**, el cual presenta una mayor frecuencia respecto a la población general. En ésta, se ha constatado que tanto los traumas como el trastorno por estrés postraumático son muy frecuentes en personas que sufren trastornos mentales graves, como son los trastornos del espectro de la esquizofrenia y los trastornos del estado de ánimo, los cuales conllevan un funcionamiento clínico adverso y una mayor carga asistencial (Grubaugh, Zinzow, Paul, Egede & Frueh, 2011). En la población penitenciaria la vivencia de situaciones traumáticas suele ser alta. Autores como Urbaniok, Endrass, Noll, Vetter y Rossegger (2007) en un estudio realizado a una muestra de 86 internos de un centro penitenciario de Suiza, encontraron que el 76% había vivido un suceso traumático a lo largo de su vida, siendo la media de cuatro sucesos traumáticos por interno. En una revisión sistemática de estudios epidemiológicos realizada por Goff, Rose, Rose y Purves (2007) sobre la prevalencia del trastorno por estrés post-traumático, encontraron que la tasa oscilaba entre el 21% y el 45%, siendo mayor que en la población general, más elevada en mujeres internas que en hombres y siendo los tipos de traumas diferentes según el sexo,

así en los hombres es más frecuente ser testigo o víctima de violencia física, y en las mujeres ser víctimas de agresiones sexuales (Komarovskaya, 2009).

Autores como Kopp et al. (2009) también encontraron una alta prevalencia de trastornos mentales y traumas en una prisión de Alemania. Estudiaron la comorbilidad de las experiencias traumáticas en la infancia con el trastorno antisocial de la personalidad, en una muestra de 72 internos varones. Los resultados muestran que los internos presentaban una alta prevalencia vida y actual de trastornos comórbidos así como experiencias traumáticas durante la infancia, siendo el abuso físico el predictor de los meses de encarcelamiento y el trastorno antisocial de la personalidad el predictor de la edad de la primera condena. Estos resultados confirman la hipótesis que los internos con trastorno de personalidad antisocial son una población altamente traumatizada con graves problemas mentales, asociándose esas experiencias traumáticas en la infancia y el trastorno antisocial de la personalidad con variables de criminalidad.

En los países orientales la tasa de prevalencia es casi tan elevada como en los países occidentales. Huang, Zhang, Momartin, Cao y Zhao (2006) realizaron un estudio a 471 mujeres de la cárcel de Hunan (China) y encontraron que la prevalencia vida del trastorno por estrés post-traumático fue del 15,9 y la prevalencia actual del 10,6, siendo el porcentaje de mujeres que informaron de al menos una experiencia traumática del 82%. En cuanto a los factores predictivos, éstos variaban en función de la edad, así para el grupo menor de 25 años las experiencias traumáticas fueron la muerte repentina de un ser querido, sufrir abuso físico en la infancia y violencia en la pareja y en el grupo mayor de 25 años fueron los accidentes de tráfico, la muerte repentina de un ser querido, ser asaltada gravemente por conocidos o desconocidos, ser testigo de violencia familiar y sufrir abuso sexual y abuso en la pareja.

Gunter, Chibnall, Antoniak, McCormick y Black (2012) realizaron un estudio a 320 internos de ambos sexos y encontraron que el 64% había sufrido al menos un suceso traumático en su vida, siendo los más frecuentes las agresiones físicas o sexuales (41%), los accidentes y lesiones potencialmente mortales (23%) y ser testigo de daño a otra persona (12%). La proporción global de la muestra que desarrolló un trastorno por estrés post-traumático, tras la exposición a acontecimientos traumáticos de la vida, fue del 20%, encontrando que era el trauma y no el género el predictor significativo del riesgo elevado de suicidio, psicosis, trastorno antisocial de la personalidad, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastornos por ansiedad y del estado de ánimo y trastorno borderline de la personalidad. En la medida que el trauma es un factor de conducta delictiva, ambos sexos comparten el riesgo.

Otro colectivo de personas que pasan por los centros penitenciarios y que se encuentran en una situación de marginalidad y exclusión social, son las personas sin hogar, entre las que hay un número importante de enfermos mentales. En un estudio que incluía a 12.934 personas de la cárcel de Condado de San Francisco, el 30% de los internos que se encontraban sin hogar tenía un diagnóstico de un trastorno mental, y el 78% presentaba comorbilidad de trastorno mental grave y trastorno relacionados con sustancias, teniendo más probabilidades de ser acusado de crímenes violentos respecto a otros reclusos (Mc Niel, Binder & Robinson, 2005).

Fazel, Khosla, Doll y Geddes (2008) en una revisión de estudios con una heterogeneidad significativa y estimaciones a partir de 5.684 personas sin hogar de siete

países de Europa Occidental y Norteamérica, constataron que estas personas son más propensas a sufrir enfermedades mentales, dependencia de sustancias y trastornos de la personalidad, encontrando un incremento de la dependencia del alcohol en las últimas décadas.

En cuanto a las personas mayores de 60 años, Beaufrère y Chariot (2015), encontraron una tasa del 2%. La mayoría eran varones que habían cometido delitos de agresiones físicas en un 40% y conducción ebria en un 14%. El 53% informó de trastornos somáticos y el 13% de trastornos psiquiátricos.

Autores como Walker et al. (2014) realizaron una revisión de estudios acerca de la estabilidad de la salud mental durante la situación de encarcelamiento y hallaron evidencias de niveles más altos de síntomas psiquiátricos al entrar en prisión, pero que mejoran con el tiempo, pareciendo que la duración del tiempo en prisión no parece tener un impacto significativo en la salud mental, estando las cárceles más grandes asociadas a una peor salud mental. Dettbarn (2012) en una revisión de estudios que medían los cambios en los trastornos mentales, la personalidad, la inteligencia y las enfermedades físicas durante un periodo de 14,6 años, encontró que, en general, la tasa global de trastornos mentales disminuyó y hubo una estabilización en los rasgos depresivos tales como la inestabilidad emocional y la hostilidad. No se encontraron cambios significativos en inteligencia ni en salud física. El autor concluye que aunque se encontró una disminución de la morbilidad psiquiátrica, el número total de los trastornos mentales en prisión es muy alto en comparación con la población general, no pudiendo probar un efecto dañino de la prisión a largo plazo.

2.2. Contexto nacional

En nuestro país la elevada presencia de personas con trastornos mentales en prisión, está considerada por diferentes asociaciones de profesionales sanitarios, jurídicos, sociales, asociaciones de defensa de los derechos humanos y por la propia SGIP, como el principal problema de salud en los centros penitenciarios junto con las toxicomanías, desbancando al consumo de heroína y la infección por VIH que eran los principales problemas de salud en los años 80 y 90 (Zulaika, Etxeandia, Bengoa, Caminos y Arroyo-Cobo, 2012). En muchos casos, la enfermedad mental está relacionada con la comisión del delito, pasando inadvertida en el proceso penal, convirtiéndose el centro penitenciario en el primer lugar de detección y abordaje de la misma (SGIP 2014).

Entre los posibles factores originadores de este incremento de personas con trastorno mental en las prisiones españolas se apuntan: (a) la masificación de la población penitenciaria española; (b) el cierre de los manicomios con la reforma psiquiátrica de 1986; (c) el incremento en el consumo de sustancias; (d) el aumento de la población sin recursos víctimas de la marginación y la exclusión social (Marín-Basallote & Navarro-Repiso, 2012); (e) deficiencias en la red de salud mental comunitaria; (f) la psiquiatrización de los problemas de la vida; (g) el manejo psicofarmacológico de cuadros disfuncionales que no corresponden a una etiología psiquiátrica; (h) la escasa red de unidades psiquiátricas en los centros penitenciarios; y (i) la enajenación mental inadvertida en el proceso penal, referida en el párrafo anterior, considerando al enfermo mental como un preso común.

Para que un enfermo mental grave entre en prisión caben tres supuestos: (1) que la enfermedad pase inadvertida en todo el procedimiento penal; (2) que la enfermedad se advierta pero se entienda que el enfermo es imputable y (3) que la enfermedad mental se genere en prisión (Marín-Basallote & Navarro-Repiso, 2012, p. 81).

Arroyo y Ortega (2009) ponen de manifiesto la influencia que la entrada en el medio penitenciario puede tener sobre la salud mental de muchas personas, que presentan conductas socialmente inadaptadas o procesos patológicos. Las características del medio penitenciario tales como el aislamiento afectivo, la falta de intimidad, la vigilancia permanente, una rutina impuesta, la frustración, el cambio en la escala de valores y unas relaciones interpersonales basadas en la desconfianza y la agresividad, originan una sobrecarga emocional que propiciará desajustes en la conducta o comportamientos patológicos, sobre todo en aquellas personas que ya poseen una personalidad desequilibrada.

En España los estudios acerca del número de personas que sufren un trastorno mental y están en prisión han sido escasos, locales y su metodología poco contrastada. En la Tabla 6 se muestra un resumen de los principales estudios en este ámbito.

Tabla 6. Principales estudios epidemiológicos de los Trastornos Mentales en población penitenciaria en España, resumen de resultados e información relevante.

Referencia	Instrumento	Muestra	Resultados
SGIP (1998)	Encuesta e Historias Clínicas	Población penitenciaria (incluidos los dos Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios de Alicante y Sevilla)	Prevalencia psicosis crónica 4,8% y discapacidades psíquicas 3,5%
Iñigo et al. (1999)	Cuestionario contrastado con la historia clínica, expedientes penitenciarios y opiniones de familiares	267 internos de ambos sexos del Hospital psiquiátrico penitenciarios de Foncalent en Alicante	La patología psiquiátrica más frecuente fue la Esquizofrenia, seguida del Trastorno esquizotípico, Trastornos de personalidad y patología dual
Martínez (2000)	Protocolo donde se recogen datos contenidos en las historias clínicas	34 internos del Módulo de enfermería del C.P. de Villabona en Asturias	El 41,2% presenta algún diagnóstico psiquiátrico y un 7% Trastornos de personalidad
Herrera (2000)		Población penitenciaria de los C.P. de Santa María I y II en Cádiz	Aumento importante de los Trastornos de Personalidad, Trastornos por consumo de sustancias y Trastornos por Ansiedad

Tabla 6. Principales estudios epidemiológicos de los Trastornos Mentales en población penitenciaria en España, resumen de resultados e información relevante. *continuación*

Referencia	Instrumento	Muestra	Resultados
SGIP (2006)	Encuesta respondida por los médicos de los C.P., basándose en las Historias Clínicas de los internos	Población penitenciaria (incluidos los dos Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios)	La prevalencia de diagnóstico psiquiátrico en prisión es del 25,6% (uno de cada cuatro internos). De ellos el 13,5% presenta diagnóstico psiquiátrico sin consumo de sustancias y el 12,1% presentan patología dual. El 17,6% presentaba antecedentes psiquiátricos previos al ingreso en prisión. La discapacidad psíquica acreditada era del 1,8%
Arroyo y Ortega (2009)	Cuestionario Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad (IPDE)	60 internos varones del C.P. de Zaragoza	El 30% presenta un Trastorno de Personalidad como diagnóstico primario, predominando los del Cluster B
Casares-López et al. (2010)	Addiction Severity Index-6 (ASI-6) (Bobes et al., 2007). La adaptación española (Ferrando, Bobes, Gibert y Lecrubier, 1997) de la MINI	149 internos del C.P de Villabona en Asturias y el CIS “El Urriello” en Asturias	Sólo el 4,5% de la muestra no consumía, el resto eran policonsumidores. La sustancia más consumida la cocaína. Entre las patologías psiquiátricas destaca el Trastorno de Personalidad con un 65,6%

Tabla 6. Principales estudios epidemiológicos de los Trastornos Mentales en población penitenciaria en España, resumen de resultados e información relevante. *continuación*

Referencia	Instrumento	Muestra	Resultados
Vicens et al. (2011)	<p>Structured Clinical Interview for Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders Axis I Disorders (SCID-I). Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV.(First et al., 1999)</p> <p>Versión española (López-Ibor et al., 1996) del International Personality Disorder Examination, (IPDE) (Loranger et al., 1994)</p>	<p>Población penitenciaria (707 internos), varones penados en centros de la Comunidad de Madrid, Cataluña y Aragón</p>	<p>La prevalencia vida para cualquier TM fue del 84,4%, siendo los más frecuentes el Trastorno por Consumo de Sustancias con un 76,2%, el Trastorno por ansiedad 45,3%, Trastorno del estado de ánimo 41% y Trastorno psicótico con un 10,7%. Comorbilidad con Trastorno de ansiedad, Estado de ánimo y Trastorno psicótico. La prevalencia mes fue del 41,2%, siendo los más frecuentes el Trastorno por ansiedad con un 23,3%, Trastorno por uso de sustancias un 17,5%, Trastorno del estado de ánimo un 14,9% y Trastorno psicótico un 4,2%. Comorbilidad con Trastorno de ansiedad, Estado de ánimo, Trastorno psicótico y Trastorno de Adaptación. Prevalencia de Trastornos de Personalidad más del 80%</p>

Tabla 6. Principales estudios epidemiológicos de los Trastornos Mentales en población penitenciaria en España, resumen de resultados e información relevante. *continuación*

Referencia	Instrumento	Muestra	Resultados
FAISEM (2012)	Metodología del Estudio PreCa	Población penitenciaria (474 internos), varones penados en dos centros de Sevilla y Granada respectivamente	Prevalencia vida para cualquier TM de un 82,6% y prevalencia mes de un 25,8%. Comorbilidad con Trastornos afectivos, Trastornos por ansiedad y Trastornos por abuso y dependencia de sustancias. Prevalencia de TP del 79,7%
Marín-Basallote y Navarro-Repiso (2012)	Hoja de interconsulta de psiquiatría utilizada en la asistencia psiquiátrica en prisión. CIE-10	128 internos de los C.P. de Santa María I, II y III de Cádiz, reclutados a partir de la hoja de interconsulta de psiquiatría	La prevalencia de TMG fue de 46,1%. Los Trastornos de Personalidad tuvieron una prevalencia de 35,2%
Arnau-Peiro (2012)	Se valoró la actividad asistencial de las consultas psiquiátricas durante los años 2009-2011. Entrevista clínica semiestructurada. Historial Clínico del interno. Referencias de los internos en consulta respecto al consumo. DSM-IV	786 internos de ambos sexos de los C.P. Castellón I, II y Valencia II	El trastorno psiquiátrico más frecuente fue el Trastorno por Ansiedad Generalizada. El 59,2% cumplía criterios para el diagnóstico de TP, siendo los más comunes los de Cluster B. Patología dual un 17,8%
Álvaro, López-Fernández, Zabala y Vegue. (2014)	Historias clínicas penitenciarias. Registros del Plan de Atención en el Ámbito Penitenciario de Fundación Manantial	30 internos de ambos sexos, incorporados correlativamente al programa Puente en los años 2011-2014	Diagnóstico de Trastorno de la personalidad el 60%, dependencia de drogas 57%, Trastornos psicóticos 50%, Trastornos del estado de Ánimo 23%, Trastornos del control de los impulsos 13% y otros trastornos (20%)

A día de hoy y dada la magnitud del problema están emergiendo estudios e investigaciones, pero todavía queda mucho por hacer. En España tenemos dos estudios realizados por la SGIP, acerca de la prevalencia de los trastornos mentales en prisión. El primero, fue realizado por la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria en 1998. Es un estudio genérico transversal que incluyó los dos hospitales psiquiátricos penitenciarios de España en Alicante y Sevilla, y dió las primeras aproximaciones acerca de la prevalencia de las patologías mentales en las prisiones, situando las cifras en un 4,8% para las psicosis crónicas y un 3,5% para las discapacidades psíquicas. El segundo estudio fue realizado en el año 2006 y se comentará más adelante con el fin de seguir la cronología de los estudios.

Junto con los estudios sobre prevalencia, también empiezan a realizarse los primeros estudios para conocer las características de las personas con trastorno mental que son atendidas en las enfermerías de los centros penitenciarios con el fin de acercarse al conocimiento de sus perfiles psicosociales, clínicos y delictivos. Íñigo, Pérez-Cárceles, Osuna, Cabrero y Luna (1999) realizaron un estudio a 267 internos de ambos sexos del hospital psiquiátrico penitenciario Foncalent (Alicante) para conocer dicho perfil, mediante la administración de un cuestionario contrastado con la historia clínica, los expedientes penitenciarios y las opiniones de los familiares. Los resultados son globales y no están diferenciados en cuanto al sexo. Así, **el perfil sociodemográfico** estaba definido por personas solteras en su gran mayoría (73,4%) que vivían con sus familias (64,4%) aunque presentaban, en muchos casos, conflictos familiares, sin una profesión definida (34,8%), sin trabajo (31,5%), predominando la clase social baja (53,0%) y practicando la mendicidad por las calles (29,6%). En cuanto al **perfil delictivo**, los delitos contra la propiedad y los delitos contra las personas fueron los más frecuentes, siendo el orden de frecuencia, la agresión por arma blanca, los parricidios y los homicidios y en cuanto al **perfil psiquiátrico y médico**, los datos muestran que la patología psiquiátrica más frecuente, según nomenclatura de la CIE-10, fue la esquizofrenia, seguida del trastorno esquizotípico, las ideas delirantes, los trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto y los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas, siendo las más consumidas el alcohol con un 82,0% y el cannabis con un 51,7%. En cuanto a las patologías médicas destacaban la hepatitis B (33,5%), los traumatismos craneoencefálicos (21,0%) y el Virus de Inmunodeficiencia Humana, VIH (10,5%).

Posteriormente, Martínez (2000) realiza un estudio sobre prevalencia de patologías en internos ingresados en el módulo de enfermería, en el centro penitenciario de Villabona (Asturias). Los tipos de patología atendida en el módulo de enfermería son la patología psiquiátrica, la patología por procesos infecciosos, las patologías agudas o crónicas descompensadas, pacientes que están en silla de ruedas, pacientes incumplidores de los tratamientos prescritos y los internos de edades avanzadas cuyas facultades físicas y/o psíquicas estén mermadas. Los resultados del estudio ofrecen un **perfil sociodemográfico** con una media de edad de 42,5 años, solteros, consumidores habituales de alcohol (52,9%) y drogas por vía parenteral (38,2%). En cuanto al **perfil médico** un 26,5% presenta VIH, un 20,6% el virus de la Hepatitis B (VHB), un 26,5% el virus de la Hepatitis C (VHC) y en proporciones menores (40%) diabetes, prostatismos y cardiopatías. En cuanto al **perfil psiquiátrico**, el 41,2% presenta algún

diagnóstico psiquiátrico, siendo las patologías más frecuentes los cuadros psicóticos (36%), seguido de la depresión (29%) y los trastornos de personalidad (7%).

Herrera (2000) encontró diferencias significativas entre la población general y la población penitenciaria, reflejando que las tasas de prevalencia de los trastornos mentales en las prisiones son muy superiores a las de la población general en el caso de las psicosis, los trastornos de personalidad, los trastornos por consumo de sustancias y los trastornos por ansiedad.

En el año 2004, se crea el Grupo de Salud Mental en prisiones (GSMP) de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP) y la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) cuyo principal objetivo es mejorar la calidad asistencial de la salud mental en prisiones, desde la perspectiva de la medicina basada en la evidencia. Las áreas de intervención prioritarias para este grupo son la infección por el VIH y la salud mental en las prisiones, tanto por su frecuencia como por sus consecuencias. Dentro del área de salud mental sus líneas se han definido en trabajos para detectar e intervenir con pacientes con trastorno mental grave, la patología dual y conocer la prevalencia de trastornos mentales en prisión (Arroyo, 2005). A día de hoy este grupo continúa su labor para mejorar la calidad de la asistencia a los problemas de salud mental en prisiones, y ha publicado numerosos trabajos como son los protocolos de actuación entre profesionales del medio penitenciario y los profesionales de los hospitales de referencia de la comunidad, guías de práctica clínica sobre atención a drogas en prisión, la atención en salud mental en el medio penitenciario, el abordaje de la patología dual y programas psicosociales de intervención y calidad asistencial entre otros, que han supuesto un avance a la hora de aunar criterios de actuación y dotar a la intervención en el ámbito penitenciario de una atención integral de calidad.

La SGIP, desde la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria (2006) haciéndose eco de la importancia del incremento de los trastornos mentales en las prisiones españolas, llevó a cabo el segundo estudio (referido anteriormente) para conocer la salud mental de las personas que estaban en prisión y poder abordar esta problemática. Dicho estudio no incluye los dos hospitales psiquiátricos penitenciarios. Se trata de un estudio transversal cuyos datos se obtienen mediante una encuesta a la que deben responder los médicos de los 64 centros penitenciarios existentes hasta esa fecha, basándose en las historias clínicas de los internos. Los **objetivos** son: (1) conocer la prevalencia de los antecedentes de enfermedad mental antes de ingresar en prisión; (2) conocer la prevalencia de enfermedad mental de las personas ingresadas en los centros en dicha fecha; (3) estimar la prevalencia de la patología dual; (4) estimar la prevalencia de personas que están en tratamiento psiquiátrico; y (5) conocer la prevalencia de internos con discapacidad psíquica acreditada. El total de las encuestas fue de 1009 internos. Los resultados obtenidos muestran datos que dan luz y permiten ir perfilando el problema de la salud mental en las prisiones españolas. Así, la media de edad se situaba entre los 31-35 años, muy seguida del intervalo 26-30 y el menor porcentaje en mayores de 55 años. El 17,6% presentaba antecedentes psiquiátricos previos a su ingreso en prisión, presentando trastorno psicótico el 2,6% y un porcentaje del 6,9% tanto el trastorno afectivo como el trastorno de personalidad, siendo el trastorno antisocial de la personalidad el más común. En cuanto a los antecedentes de diagnóstico por abuso o dependencia de drogas, el porcentaje es más elevado,

situándose en un 44,2% y de éstos el 9,6% presentaba patología dual. En cuanto a los antecedentes de ingresos psiquiátricos, un 3,2% había estado ingresado en hospitales psiquiátricos.

En cuanto a los **diagnósticos psiquiátricos** reflejados en las historias clínicas, el 25,6%, uno de cada cuatro internos, presenta uno o varios diagnósticos sin incluir el diagnóstico de abuso o dependencia de drogas y el 49,6% presenta uno o varios diagnósticos incluyendo el diagnóstico de abuso o dependencia a drogas. En cuanto a los tipos de trastornos, el 3,4% presentaba trastorno psicótico, el 12,8% trastorno afectivo, el 9,4% trastorno de personalidad y el 4,2% otros diagnósticos. El 46% tenía prescrito un tratamiento psicofarmacológico, incluido el tratamiento por Metadona y el 1,8% tenía una discapacidad psíquica acreditada.

Este estudio pone de manifiesto la presencia de más de un trastorno mental en una misma persona y destaca el alto porcentaje de antecedentes psiquiátricos, superiores a la población general, siendo el trastorno psicótico muy superior al 0,4% encontrado en la población general y similar a otros estudios realizados en Inglaterra y Francia. Hay autores que nos hablan de una probabilidad entre dos y cuatro veces mayor de sufrir un trastorno psicótico y una depresión mayor y una probabilidad de 10 veces más de tener un trastorno antisocial de la personalidad (Vicens & Tort, 2005). También pone de manifiesto la elevada tasa (casi el doble) de la patología dual respecto a los trastornos mentales que no están acompañados del abuso o dependencia de drogas. Asimismo, el estudio advierte que las cifras del trastorno de personalidad pudieran no reflejen la realidad, ya que éste diagnóstico no se suele reflejar salvo que requiera tratamiento por la gravedad del mismo.

Asimismo, otros indicadores de Instituciones Penitenciarias y otras entidades estiman que el 67,7% de estas personas no han tenido una relación y seguimiento con los servicios de salud mental, o no han estado participando en procesos de rehabilitación psicosocial antes de su ingreso en el Centro penitenciario (Castejón et al., 2010).

Este incremento de las personas con trastorno mentales en prisión ha conllevado también un aumento en el consumo de psicofármacos. Los estudios realizados al respecto nos hablan de un consumo de más del triple que en la población general (Cañas, Cañas & Torre, 2001; Espinosa & Laliga, 2005) siendo los más consumidos los antipsicóticos, tranquilizantes e hipnóticos. Varela-González et al. (2007) señalan el aumento de este consumo, llegando a situarse la cifra de internos que recibían tratamiento de uno o dos psicofármacos, en el 2007, en un 76% pasando a ser los ansiolíticos los más prescritos con un 65%, seguidos de los antidepresivos con un 38% y los antipsicóticos con un 27%, llegando a situarse el consumo total en 9.840 dosis diarias de mantenimiento, sólo en un centro penitenciario como es Madrid III. Entre los factores que pueden abocar a este consumo elevado, los autores apuntan: (a) las reacciones psíquicas de los internos ante los actos delictivos y la entrada en prisión; (b) la elevada presencia de personas con trastorno mental; (c) la mayor accesibilidad de las consultas médicas; (d) el seguimiento más estrecho de las tomas de la medicación; (e) la elevada comorbilidad por abuso de sustancias; y (f) la utilización de fármacos de última generación para los trastornos de personalidad, antiimpulsivos o anticraving.

En cuanto a la prevalencia de los trastornos de la personalidad en el medio penitenciario español, los estudios indican que la tasa es alta constituyendo uno de los

trastornos más complejos en su abordaje. Estos trastornos están considerados entre los factores causantes de las relaciones interpersonales desadaptativas en el medio penitenciario, así como originadores de más sanciones disciplinarias, lo que contribuye a la distorsión del clima social en la prisión estando muchos de ellos sin diagnosticar y con una evolución desfavorable en dicho medio (López-Barrachina, Lafuente y García-Latas, 2007). Estos autores realizaron un estudio donde analizaron la relación de estos trastornos con comportamientos impulsivos, conductas violentas y comorbilidad. El estudio se llevó a cabo en dos centros penitenciarios de la provincia de Zaragoza, utilizando el cuestionario abreviado del International Personality Disorder Examination (IPDE; Loranger et al., 1994). Los resultados encontrados muestran una alta prevalencia de los trastornos de personalidad, situándose en un 69,3%, siendo los más frecuentes los trastornos del grupo o cluster C con un 76,7% (destacando el trastorno obsesivo-compulsivo con un 63,6%), los trastorno del grupo o cluster B con un 75,4% (siendo los más prevalentes el trastorno narcisista con un 59,7% y el trastorno antisocial con un 47,5%), y por último los trastorno del grupo o cluster A con un 55,9% (siendo el más prevalente el trastorno paranoide con un 41,1%). No se encontraron diferencias significativas por centro penitenciario. Sólo el 8,5% de la población no presentaba un diagnóstico de trastorno de personalidad. Con respecto a la relación de estos trastornos con la impulsividad y el riesgo de violencia, los autores encontraron que los trastornos de personalidad más frecuentes entre los internos calificados como impulsivos o violentos, fueron el trastorno paranoide, el trastorno narcisista y el trastorno obsesivo-compulsivo, llegando a establecer una relación estadísticamente significativa entre la impulsividad y los trastornos paranoide, esquizotípico, antisocial, límite, narcisista o evitativo y entre el riesgo de violencia con los trastornos paranoide, límite, histriónico y narcisista. También encontraron comorbilidades con el consumo de drogas, consumo de alcohol, la enfermedad mental y el juego patológico. En cuanto al consumo de drogas encontraron una comorbilidad del 71%, teniendo asociado un trastorno límite de la personalidad más del 50% de ellos. En cuanto al consumo de alcohol el 31% presentaba dependencia, respecto al juego patológico la tasa fue del 18,2% y respecto a los trastornos mentales fue de un 83,7%.

Posteriormente Arroyo y Ortega (2009) realizaron un estudio en el centro penitenciario de Zaragoza, con una muestra de 60 internos varones, divididos en dos grupos de 30, que fueron clasificados en dos categorías: (1) adaptados a la dinámica y régimen del centro; y (2) mal adaptados a la dinámica y régimen del centro, debido a sus dificultades en la convivencia. También utilizaron el Cuestionario IPDE y los resultados revelaron, en general, una prevalencia de trastorno de personalidad del 30%, predominando los del grupo o cluster B, siendo los más frecuentes el trastorno antisocial de la personalidad y el trastorno límite de la personalidad, ambos con un 11,6%. No se hallaron diferencias significativas en ambos grupos, pero sí se encontró que el consumo de tóxicos era muy elevado en el módulo de los internos clasificados como inadaptados. El estudio también muestra que tanto las sanciones disciplinarias por agresiones y conflictos interpersonales, como la demanda de psicofármacos fueron muy elevadas tanto en ambos grupos (90,9% y 75% respectivamente). Estos datos parecen indicar que los internos con trastornos de la personalidad son generadores de situaciones que originan malestar y descontrol, influyendo negativamente en el clima social de los centros penitenciarios (Altamirano, 2013).

Otros estudios han encontrado que el trastorno de personalidad es el diagnóstico psiquiátrico más prevalente, tanto primario como secundario, y cerca del 20% de los internos presenta comorbilidad con el abuso y la dependencia de sustancias (Calvo, Soler, Día & Faci, 2008).

Casares-López et al. (2010) en un estudio con una muestra de 76 internos encontraron una alta comorbilidad de trastorno antisocial de la personalidad y trastorno dependiente con consumo de sustancias (47,4% y 42,7% respectivamente), siendo la sustancia más consumida el alcohol (48,7%). Los mismos autores en otro estudio realizado con una muestra de 149 internos, pertenecientes 107 al centro penitenciario de Villabona y 42 al CIS “El Urriello” (Asturias), encuentran una tasa de consumo de sustancias muy elevada, siendo la mayoría policonsumidores (95,5%) siendo la edad de inicio del consumo a los 17,5 años. Solamente el 4,5% de la muestra declara no consumir en los momentos de la realización del estudio. En cuanto a la sustancia más consumida fue la cocaína con un 37,6%, seguida de la heroína con un 29,9% y el alcohol con un 10,8%. Respecto a las patologías psiquiátricas presentadas por los internos destacan el trastorno antisocial de la personalidad con un 65,6%, la depresión con un 35,9% y el trastorno por ansiedad con un 25,5%. El riesgo de suicidio fue del 45,2%. En cuanto a los antecedentes familiares, el 60,2% reconocían tener personas consumidoras en su entorno más cercano y el 39,6% antecedentes de familiares en prisión. El 33,1% había sido tutelado por los Servicios de Protección del Menor en centros de menores. Así mismo los autores también encontraron una tasa elevada de experiencias traumáticas entre los internos, habiendo sufrido el 34,7% malos tratos físicos durante la infancia, el 33,7% malos tratos psicológicos, el 4,1% abusos sexuales y el 66,9% habían vivido una situación traumática en su vida como tiroteos, incendios y accidentes. Otro reciente estudio con internos que presentaban diagnóstico de patología dual, pone de manifiesto que éstos sufrieron abusos físicos en la infancia, siendo el abuso sexual más elevado en las mujeres, resultando ser un predictor de peso en la patología dual. Así, el abuso físico fue predictor de la patología dual en los hombres y el abuso sexual en las mujeres, siendo ambos tipos de abusos factores de riesgo para el desarrollo de problemas psicopatológicos (Villagrà, Fernández, García-Vega & González-Menéndez, 2013).

Según la Encuesta sobre Salud y Consumo de Drogas en Prisión, ESDIP (2011) el consumo de drogas en las prisiones es menor respecto al año 2006 sobre todo en el consumo de la heroína y la cocaína, pero se sigue consumiendo cannabis, siendo la prevalencia mes del 21,3%. El alcohol y la heroína se consumen menos en prisión, pero más en los permisos penitenciarios y en situación de libertad y en el año anterior al ingreso en prisión el consumo de todas las drogas es particularmente elevado, sobre todo en el consumo de alcohol (70,%), cannabis (43,4%) y cocaína (54,7%).

Es precisamente en el año 2011 cuando se publica el primer estudio epidemiológico multicéntrico realizado en nuestro país para conocer la prevalencia de los trastornos mentales en las prisiones españolas, el Estudio de Prevalencia en Cárceles, **Estudio PreCa** (Vicens et al., 2011). Este estudio mide la prevalencia vida y prevalencia mes en una muestra de 707 varones penados ingresados en diferentes centros de la Comunidad de Cataluña, Madrid y Aragón, con una metodología e instrumentos de evaluación validados. La población penitenciaria de estas regiones suponía el 28,8% de todos los presos de España. Los instrumentos utilizados en este estudio fueron la

Structured Clinical Interview for Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders Axis I Disorders (SCID-I; First et al., 1999) y Cuestionario IPDE, estableciendo el punto de cohorte en 4 o más para detectar uno o más trastornos de personalidad (Álvaro-Brun & Vegue-González, 2008). Los resultados nos muestran un **perfil sociodemográfico** compuesto por varones con una media de edad de 36,8 años y solteros en su mayoría. En cuanto a su situación laboral, alrededor de un tercio se encontraban en situación de desempleo antes de su entrada en prisión y sin residencia legal en España en un 16%. En relación a su **perfil delictivo** casi el 60% había tenido arrestos y juicios antes de entrar en prisión y la tasa de reincidencia fue del 54%, habiendo estado en la cárcel más de cuatro veces el 18%. Los delitos más frecuentes fueron el delito por robo y el delito contra la salud pública. El 7% habían cometido asesinato, homicidio o tentativa de homicidio.

En cuanto a la **prevalencia de los trastornos mentales**, la **prevalencia vida** fue del 84,4% (ocho de cada diez internos), siendo el más frecuente el trastorno por consumo de sustancias con un 76,2%, seguido del trastorno por ansiedad con un 45,3%, trastorno del estado de ánimo con un 41% y trastorno psicótico con un 10,7%. Las sustancias más consumidas fueron el alcohol y la cocaína y la comorbilidad más alta se relacionó con los trastornos por ansiedad (16,1%), el estado de ánimo (15,8%) y el trastorno psicótico (7,1%). La **prevalencia mes** fue del 41,2% (cuatro de cada diez internos), siendo el trastorno por ansiedad el más frecuente con un 23,3%, seguido del trastorno por consumo de sustancias con un 17,5%, trastorno del estado de ánimo con un 14,9% y el trastorno psicótico con un 4,2%. La sustancia más consumida fue el cannabis con un 14,4%. Hubo una comorbilidad alta con el trastorno por ansiedad (54,4%), el trastorno del estado de ánimo (48,1%), el trastorno psicótico (13,7%) y el trastorno de adaptación (6,7%). En cuanto a los **trastornos de personalidad** los datos obtenidos revelan una prevalencia superior al 80%. Dos tercios de la muestra presentaba dos trastornos o más y sólo un 15% presentaba uno. Los más frecuentes fueron los trastornos del grupo o cluster B, siendo el trastorno límite de la personalidad el más frecuente con un 44%, seguido del trastorno narcisista con un 33% y el trastorno antisocial con un 23%. Dentro del grupo o cluster A, el trastorno más frecuente fue el trastorno paranoide de la personalidad con un 37%.

En el año 2012 la Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM), replica el estudio PreCa, en dos centros penitenciarios de la región (en Sevilla y Granada) con una muestra de 474 internos. Los resultados revelan un perfil sociodemográfico y delictivo compuesto por varones cuya media de edad se sitúa en 37 años, siendo en su gran mayoría españoles (80%), con un nivel de estudios primarios, solteros y en situación de empleo antes de entrar en prisión (60%). El delito más frecuente fue el robo con violencia (29,9%) siendo reincidentes el 53% de la muestra y presentando antecedentes penales el 43% y antecedentes psiquiátricos el 26,7%.

En cuanto a los resultados de las prevalencias vida y mes, los datos muestran un 82,6% y un 25,8% respectivamente, lo que indica que ocho de cada diez internos han sufrido algún trastorno mental en su vida y uno de cada cuatro en el último mes, repartidos de la siguiente manera por grupos y prevalencias: En el grupo de trastornos psicóticos la prevalencia vida fue de 9,5% y la prevalencia mes de 3,4%, siendo en ambos casos el trastorno psicótico no especificado el más frecuente. En el grupo de los

trastornos afectivos la prevalencia vida fue del 33,7% y la prevalencia mes del 9,7%, siendo en ambos casos el trastorno depresivo mayor el más frecuente. En el caso del grupo de los trastornos por ansiedad las prevalencias fueron del 30,9% y 10,4% respectivamente, siendo los más frecuentes los trastornos adaptativos y el trastorno por ansiedad generalizada. Los trastornos por dependencia de sustancias obtuvieron una prevalencia vida del 65,9% (siendo la sustancia más consumida la cocaína con un 46,5%) y una prevalencia mes del 6,6%. En cuanto a la comorbilidad las más frecuentes fueron los trastornos afectivos y los trastornos por ansiedad y los trastornos por abuso y dependencia de sustancias. Respecto a los trastornos de personalidad, la prevalencia fue del 79,7%, siendo los más frecuente el trastorno evitativo con un 38,5% y el trastorno límite con un 35,7%.

Marín-Basallote y Navarro-Repiso (2012) estimaron la prevalencia de los trastornos mentales graves en los tres centros penitenciarios del Puerto de Santa María (Cádiz). La muestra estaba compuesta por 128 internos reclutados por el psiquiatra a partir de la hoja de interconsulta de psiquiatría. Los diagnósticos se establecieron siguiendo criterios del CIE-10. La prevalencia obtenida fue del 46,1%, siendo los trastornos más prevalentes los trastornos de personalidad (35,2%), la esquizofrenia, el trastorno esquizotípico, el trastorno delirante (25,8%) y los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas (16,4%). En cuanto a otras variables sociodemográficas y clínicas, la media de edad fue de 36,5 años y el 60,9% presentaba antecedentes personales psiquiátricos.

Arnau-Peiró et al. (2012) valoraron la actividad asistencial de las consultas de psiquiatría en los centros penitenciarios de la Comunidad Valenciana (Castellón I, Castellón y Valencia II) y entre los motivos de derivación encontraron, en su mayoría, síntomas ansiosos (44,2%), ánimo depresivo (17,2%), sospecha de síntomas psicóticos (11,7%) y seguimiento de patología psiquiátrica de base (7,8%). En cuanto al diagnóstico psiquiátrico se siguieron criterios del DSM-IV, encontrándose en el Eje I, el trastorno de ansiedad generalizada con un 49,1% como el más frecuente, seguido del trastorno depresivo mayor con un 20,8% y los trastornos del espectro de la esquizofrenia y el trastorno bipolar con 1,5%. Respecto al Eje II el 59,2% cumplía criterios para el diagnóstico de un trastorno de la personalidad, siendo los más comunes los trastornos del grupo o cluster B (90%), siendo la comorbilidad mayor con el trastorno de ansiedad generalizada (59,3%). La patología dual estaba presente en el 17,8% de la muestra y sólo el 12,9% de los consumidores no presentaban un diagnóstico psiquiátrico asociado. No encontraron diferencias significativas entre internos penados y preventivos en las medias de consultas ni en otras variables como el nivel académico, la situación laboral, la comorbilidad médica y el trastorno psiquiátrico. Así el perfil sociodemográfico reflejado estaba formado por varones en su mayoría españoles (88,2%) con una media de edad de 36 años y en situación de desempleo. En cuanto al perfil delictivo los delitos más frecuentes fueron el delito contra la propiedad (60,3%), el delito contra las personas (11,0%), la violencia de género (10,6%) y el delito contra la salud pública (9,9%).

La SGIP (2013) pone de manifiesto que las consultas psiquiátricas son las consultas más demandadas en los centros penitenciarios detrás de las consultas de odontología y del número de ingresos que se produjeron en las camas de enfermería, el 42,7% fueron motivados por patología psiquiátrica.

En resumen, en esta revisión de la literatura acerca de la prevalencia de los trastornos mentales en las prisiones, se puede concluir que ésta es mayor que en la población general (Fazel & Danesh, 2002; Mundt et al., 2013; Vicens, 2011), llegando a afectar a nueve de cada diez internos, con una probabilidad entre cuatro y seis veces más que la población general, de sufrir un trastorno psicótico y una depresión severa y 10 veces más de sufrir un trastorno antisocial de la personalidad (Andersen, 2004; Bruga et al., 2006; Fazel & Danesh., 2002), con una tendencia a mostrar formas más severas de psicopatología y mayor comorbilidad que las personas que están en la comunidad (de Carvalho, Andreoli, Vaidyanathan, Patrick, Quintana & Jorge, 2012), lo que convierte a los trastornos mentales en un grave problema de salud pública dentro de los centros penitenciarios (Fazel & Baillargeon, 2012) presentando, muchos de ellos, comorbilidad con los trastornos por abuso y dependencia de sustancias y con los trastornos de personalidad, siendo las prevalencias más elevadas que en los trastornos mentales sin comorbilidad, y situando a este colectivo como especialmente vulnerable también a otros problemas de salud (Jaka, Roshi & Burazeri, 2014).

Es importante señalar que sigue existiendo heterogeneidad entre los estudios tanto por cuestiones metodológicas y diferencias transnacionales (Eytan et al., 2011) como por las normativas y leyes propias de los sistemas penales y psiquiátricos legales de cada país, lo cual hace difícil extrapolar los datos de un país a otro (Vicens et al., 2009).

La mayoría de los estudios se han llevado a cabo en los **países occidentales**, siendo las prevalencias más elevadas en trastornos como la depresión mayor, los trastornos psicóticos y los trastornos de personalidad, existiendo una alta comorbilidad de éstos con los trastornos por abuso y dependencia de sustancias.

En cuanto a los países no occidentales, los datos disponibles son más escasos. Así en **América Latina** los países con una sobrepoblación penitenciaria como Chile, Brasil, Colombia y Méjico, presentan unas tasas de prevalencia elevadas y similares a las de los países occidentales, estando muchos de los trastornos relacionados con las altas tasas de delincuencia. En los **países orientales** como Japón se sigue la misma política que en los países occidentales, considerando que las personas que están exentas de responsabilidad criminal no deben estar en las prisiones, pero existe un número importante de internos con esquizofrenia, trastornos bipolares y otros trastornos mentales. Respecto a los **países asiáticos**, en India se encontraron tasas más bajas respecto al resto de países. En **países africanos** como **Durban** la prevalencia de trastornos mentales era más del 50% siendo el trastorno por consumo de sustancias y alcohol uno de los más frecuentes y la sustancia más consumida fue el alcohol.

En España los estudios acerca del número de personas que sufren un trastorno mental y están en prisión han sido escasos, locales y su metodología poco contrastada. Existen dos grandes estudios epidemiológicos con metodología diferentes. El primero fue realizado por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias en el año 2006 con una metodología basada en una encuesta a la que deben responder los médicos basándose en las historias clínicas de los internos. Los datos muestran una prevalencia de trastorno mental del 25,6%, sin incluir el diagnóstico por abuso o dependencia de drogas (uno de cada cuatro internos). Este porcentaje se incrementa al doble cuando se incluye el diagnóstico de abuso o dependencia a drogas.

El otro estudio es el el Estudio de Prevalencia en Cárceles, Estudio PreCa (Vicens et al., 2011) primer estudio epidemiológico multicéntrico realizado en nuestro país para conocer la prevalencia de los trastornos mentales en las prisiones españolas. La metodología de este estudio fue la Structured Clinical Interview for Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders Axis I Disorders (SCID-I; First et al., 1999) y Cuestionario IPDE. Los datos de prevalencia obtenidos muestran una prevalencia vida mucho más elevada (84,4%; ocho de cada diez internos), siendo el más frecuente el trastorno por consumo de sustancias con un 76,2%. La prevalencia mes fue del 41,2% (cuatro de cada diez internos), siendo el trastorno por ansiedad el más frecuente con un 23,3%.En cuanto a los trastornos de personalidad los datos obtenidos revelan una prevalencia superior al 80%.

CAPÍTULO IV

Relación trastorno mental, delito y reincidencia

Una de las etiquetas que se atribuyen con más frecuencia a las personas que sufren un trastorno mental, y en particular a las que sufren esquizofrenia, es la de ser personas peligrosas y violentas, generando así en el entorno actitudes y conductas de rechazo y miedo que aumentan las probabilidades de estigmatización y exclusión social que sufren muchos de ellos. La OMS (2001) señala que son las personas normales las que causan los actos violentos con mucha mayor frecuencia que las personas con enfermedad mental.

Esta asociación entre enfermedad mental y peligrosidad, como ya se vio en el capítulo primero entra dentro de los mitos, que acompañan a estos trastornos y a quienes los sufren. Si bien es cierto que hay personas que sufren trastorno mental y han cometido delitos violentos. En la revisión de la literatura es mucho más abundante aquella que versa sobre este aspecto y no tanto aquella que nos da la perspectiva, también real y más frecuente de lo que fuera deseable, de la persona con trastorno mental como victimario, es decir, como receptor de abusos y violencia. Así, pocas veces se piensa en estas personas como víctimas y sufridores en primera persona de violencia y situaciones de abuso.

Según los estudios, las personas con trastorno mental en prisión corren un riesgo de victimización violenta significativamente superior al que puede tener la población general (Blitz, Wolff & Shi, 2008; Blitz, Crisanti & Fruech, 2011; Wolff, Blitz, Shi, Bachman & Siegel, 2006) y que se incrementa en periodos de sintomatología activa (Loinaz, Echeburúa, & Irureta, 2011), siendo 2,5 veces superior en el medio penitenciario (Caravaca-Sánchez, Falcón-Romero & Luna-Maldonado, 2014) y siendo el riesgo de ser víctimas de abuso sexual hasta ocho veces más alto que los reclusos sin enfermedad mental (Crisanti & Fruech, 2011). Entre los factores que contribuyen a ello, los estudios apuntan a las características y funcionamiento de los propios centros, el consumo de drogas, la sobreocupación de los centros y los comportamientos inadaptados.

Predecir la peligrosidad de las personas hacia sí mismos y hacia otros se ha convertido en una parte inevitable de la práctica clínica (Haggard-Grann, 2007) pero por supuesto no exenta de dificultad, ya que no existe un criterio bien definido correlacionado con la misma. Uno de los factores de riesgo más importante es la conducta violenta previa tanto autodirigida como dirigida a los demás (Sue et al., 2010). Autores

como Corrigan y Watson (2005) revelan que a pesar del miedo a la violencia en una persona con trastorno mental, es una rareza estadística.

Entre los factores relacionados con el comportamiento violento se encuentran factores de naturaleza diversa que convergen en una misma persona y en un momento o situación determinada, dando como resultado dicha conducta. Vicens (2006) pone de manifiesto la interacción de cuatro tipos de factores apuntados por la OMS: (1) factores biológicos y personales (edad, sexo, educación, nivel socioeconómico, padecer trastorno mental, trastorno de personalidad, el consumo de sustancias, antecedentes de comportamientos agresivos y haber sido víctima de violencia). En este sentido las investigaciones apuntan a que el consumo de sustancias y el haber sufrido violencia, son dos de los factores que incrementan el riesgo de la comisión de la conducta violenta; (2) factores sociales como el tipo de relaciones con la familia, la pareja y los amigos; (3) factores comunitarios como el entorno y el contexto, siendo éstos favorecedores o inhibidores de las conductas violentas. Así, los entornos penitenciarios son entornos hostiles generadores de conflictos interpersonales; y (4) factores culturales (cultura de violencia en determinadas sociedades o *modus* de vida).

Hay otros dos factores que también son relevantes en la determinación de la conducta violenta y que son la ausencia de tratamiento médico-psiquiátrico y rehabilitador y encontrarse en una situación de exclusión social. La exclusión social es un factor que los estudios relacionan con la comisión de delitos y la entrada en el sistema penal y penitenciario, siendo ésta el resultado de un proceso multifactorial que coloca a la persona en una mayor vulnerabilidad de desventaja social (CERMI, 2008). Ampliando estos factores Komarovskaya (2009) apunta como predictor de las conductas violentas y la victimización en las prisiones, las vivencias repetidas de experiencias traumáticas sobre todo en la infancia.

Este abanico de factores se abre con los estudios de la neurociencia que ponen de relieve la importancia y el papel de los factores biológicos en el comportamiento violento y agresivo. En una revisión de la literatura Mendes et al. (2009) pusieron de manifiesto que la genética y los mecanismos neurofisiológicos están implicados en el comportamiento violento y es la interacción entre éstos y los factores socio-ambientales, los moduladores del comportamiento violento y el comportamiento antisocial. Así entre los factores biológicos los autores señalan la genética, complicaciones durante el periodo prenatal, la hipoxia postnatal y la desnutrición durante la infancia. En cuanto a los cambios neurológicos destacan la presencia de disfunciones en los lóbulos frontal y temporal, cambios en los neurotransmisores como la reducción de la actividad serotoninérgica y el aumento de la actividad dopaminérgica, asociadas con un mayor riesgo de comportamiento violento, así como niveles altos de testosterona y niveles altos de cortisol que pueden estar asociados a conductas agresivas. Las investigaciones apuntan a un comportamiento menos agresivo y en formas menos graves en las mujeres y parece ser debido a que éstas tienen un cuerpo calloso más grande, mejor comunicación interhemisférica, mejor capacidad verbal y maduración más rápida de las regiones frontales.

La relación entre la violencia y el trastorno mental ha sido estudiada, aunque parece que todavía quedan aspectos por profundizar. Autores como Kooyman et al. (2012) realizaron un estudio en Reino Unido con una muestra de 331 personas que dividieron

en dos grupos, uno que habían cometido delito antes de la aparición de la enfermedad y el otro que habían cometido delito después de la aparición de la enfermedad. Los resultados muestran que el 60% había cometido delitos antes de la aparición de la enfermedad, siendo varones en su mayoría, con un coeficiente intelectual bajo, una historia de anormalidad neurológica y un consumo excesivo de drogas.

Establecer la relación entre la comisión de un acto delictivo y el trastorno mental es algo complejo y no exento de controversia. En la década de los años 80 este tema toma especial relevancia y así nos encontramos, hasta entonces, con una opinión general de los expertos que sugería que no existía un riesgo de aumento de violencia en personas con diagnósticos como la esquizofrenia y otras psicosis comparándolo con la población general, pero por otra parte surgen estudios en Escandinavia y Canadá que ponen de manifiesto que las personas con esquizofrenia, tienen más probabilidad de cometer conductas violentas que la población general (Vicens, 2006).

Ya Goldstein (1985) planteó la hipótesis acerca de la estrecha relación entre la delincuencia y el consumo de drogas. La tasa de reincidencia es de tres a cuatro veces mayor en los consumidores de drogas (Bennet, 2008) que en los no consumidores, tasa que podría verse incrementada con el consumo de varias sustancias (Bennet, 2005, 2008). Sacks et al. (2009) realizaron un estudio con 1.349 internos excarcelados y analizaron la relación entre el trastorno mental, el consumo de sustancias y la comisión de delitos. Los resultados mostraron que tanto la cantidad como la frecuencia del consumo estaban relacionadas con la comisión de los mismos. No se encontró una relación significativa entre los trastornos mentales y la conducta violenta, aunque sí se encontró entre el trastorno antisocial de la personalidad y la agresividad, lo cual nos viene a decir que factores como el consumo de sustancias y el trastorno antisocial de la personalidad están relacionados con la violencia y no con el trastorno mental en sí. Ya la OMS en su informe sobre violencia y salud (2002) apunta la personalidad antisocial, los trastornos por abuso de sustancias y la baja adherencia a los tratamientos como factores asociados a la comisión de un delito.

En una revisión Fazel, Gulati, Linsell, Geddes y Grann (2009) identificaron 20 estudios con una muestra de 18.423 personas con diagnóstico de esquizofrenia y otras psicosis, poniendo de manifiesto aspectos relevantes, pero con cautela, ya que los estudios presentaban una heterogeneidad significativa que no estaba claro si era debida a la forma de medir la violencia, ya que había dos medidas, una objetiva que eran los informes de arrestos y otra subjetiva que eran los autoinformes de las personas que habían cometido los actos delictivos. Los resultados de dicha revisión pusieron de manifiesto que:

- 1) El riesgo de violencia era mayor en personas con esquizofrenia y otras psicosis en comparación con la población general, variando las estimaciones de riesgo entre uno y siete en los hombres y entre cuatro y 29 en las mujeres.
- 2) Este riesgo de violencia estaba asociado particularmente al homicidio y mediado por la comorbilidad del abuso de sustancias, siendo muy similar al de las personas que presentaban abuso de sustancias sin diagnóstico de psicosis. Es decir, la esquizofrenia y otras psicosis no parecen añadir un riesgo adicional al conferido por el abuso de sustancias solamente. Las personas con trastorno

por abuso de sustancias pueden presentar más riesgo de comisión de conductas delictivas o violentas que las personas con esquizofrenia y otras psicosis.

- 3) Los autores también encontraron estudios que no mostraban una relación significativa, reflejando que no había un mayor riesgo de violencia en la esquizofrenia y otras psicosis.

Otros autores como Richard-Devantoy, Olie y Gourevitch (2009) estudian la tasa de trastorno mental en las personas que cumplen condena por homicidio. Los autores también enfatizan que los pacientes con esquizofrenia no deben ser considerados como violentos, aunque hay un subgrupo en los que el riesgo puede ser elevado como en el trastorno comórbido de esquizofrenia paranoide y abuso de sustancias. La prevalencia de esquizofrenia encontrada en personas culpables de homicidio fue aproximadamente del 6%, la del trastorno antisocial de la personalidad fue del 10% y la de trastorno por abuso o dependencia de alcohol fue del 38%. Otros trastornos como los trastornos afectivos, trastornos por ansiedad, la distimia y la discapacidad intelectual no elevan el riesgo.

Como puede observarse la relación entre la esquizofrenia y el homicidio no puede reducirse a una relación causal. En una revisión realizada por Richard-Devantoy (2013) con el objetivo de analizar el papel del abuso de sustancias en la comisión de un homicidio por parte de las personas con esquizofrenia, puso de manifiesto que éste está mediado por variables tales como el ser varón, nivel socioeconómico bajo, historia de violencia anterior, sufrir un suceso estresante en el año anterior al homicidio, síntomas psicóticos graves no tratados y la baja adherencia al tratamiento. En comparación con la población general el riesgo de homicidio se incrementó dos veces en las personas con esquizofrenia, incrementándose en ocho veces a causa de un trastorno por abuso de sustancias, sobre todo el alcohol. Según los autores, la comorbilidad de sustancias permite dividir a las personas con esquizofrenia en dos grupos, en función de la edad de comienzo de las conductas delictivas o de violencia: los de inicio o arranque temprano y los de inicio o arranque tardío. Así en el primer grupo, la conducta violenta es imprevista, no planificada, usualmente afecta a personas conocidas y no está necesariamente asociada con los síntomas esquizofrénicos, siendo el abuso de sustancias frecuente y jugando un papel importante en la comisión del delito, siendo el riesgo de reincidencia alto. En el grupo de inicio o arranque tardío, la violencia está vinculada a los síntomas psicóticos y se dirige a un miembro de la familia, siendo el riesgo de reincidencia bajo, siendo un factor muy importante la búsqueda de atención psiquiátrica.

Autores como Nederlof et al. (2013) señalan también que el trastorno psicótico no conlleva por sí solo un riesgo de violencia elevado. En general se acepta que es la asociación entre el trastorno mental y el trastorno por abuso de sustancias lo que aumenta el riesgo de comportamientos violentos o delictivos. Volavka (2013) pone de manifiesto que aunque la mayoría de las personas con enfermedad mental no son violentas, hay un consenso general en que el riesgo, entre aquellas que sufren trastornos mentales graves como la esquizofrenia y el trastorno bipolar, puede incrementarse en la fase maniaca en el caso del trastorno bipolar y en la sintomatología positiva (como las alucinaciones auditivas) en la esquizofrenia, incrementándose, a la vez, este riesgo en los dos trastornos si se le suma el abuso de sustancias. La comorbilidad con los

trastornos por abuso de sustancias, aumenta sustancialmente el riesgo de comisión de conductas delictivas o violentas, con una estimación entre tres y 25 veces más. Así en el caso de la esquizofrenia el riesgo de violencia fue de 2,1 en pacientes sin comorbilidad frente a un 8,9 en pacientes con comorbilidad con el trastorno por abuso de sustancias. En un estudio longitudinal de 10 años de seguimiento después del primer episodio psicótico, Langeveld et al. (2014) evaluaron la prevalencia de conductas delictivas y factores de riesgo concomitantes de las mismas y comprobaron que tras el inicio del tratamiento, la prevalencia de comisión de conductas delictivas o violentas es muy similar a la de la población general, sin embargo, el abuso continuado de drogas ilícitas aumentaba el riesgo de comisión de delito, convirtiéndose en un factor grave de riesgo incluso bastante tiempo después de iniciar el tratamiento.

Peterson, Skeem, Kennealy, Bray y Zvonkovic (2014) realizaron un estudio a 143 internos de raza caucásica y afroamericanos con enfermedad mental, para evaluar la relación entre la enfermedad mental y las conductas delictivas. Los resultados ponen de manifiesto porcentajes muy bajos, así el 4% de los delitos estaba relacionado directamente con la psicosis, el 3% con la depresión y el 10% con el trastorno bipolar, incluyendo el síntoma de la impulsividad.

Ghoreishi et al. (2015) realizaron un estudio con 358 pacientes ingresados en un hospital psiquiátrico en Irán y encontraron que entre los factores asociados a la comisión de delito se encuentran ser varón, joven (16 a 45 años) con un nivel de educación secundaria o más alto, solteros, consumidores de alcohol (57,5%) y de marihuana (95%), sufrir alucinaciones (68,2%), diagnóstico de esquizofrenia paranoide (63,4%) y de inicio temprano. Respecto a los delitos, los tres más frecuentes fueron el abuso del cónyuge (41,9%), daños a la propiedad (26,8%) y el abuso infantil (24%).

Pondé, Carón, Mendoza, Freiere y Moreau (2014), analizaron la asociación entre el trastorno mental y los tipos de delitos cometidos en 462 internos en una prisión de salvador de Bahía y encontraron una asociación significativa entre la adicción a sustancias de por vida con los delitos sexuales y el homicidio; el trastorno antisocial de la personalidad con el robo, el secuestro y la extorsión; el trastorno límite de la personalidad con los delitos sexuales; y la adicción al alcohol de por vida con el fraude, la conspiración, el robo con violencia e intimidación y el asesinato. En cuanto a los trastornos más graves como psicosis y trastorno bipolar, no se asociaron con los delitos violentos, lo que sugiere que la gravedad del trastorno psicótico puede ser el factor que ha causado la asociación de la psicosis con delitos violentos en estudios anteriores.

En cuanto a los factores de riesgo y de protección de la violencia en personas con esquizofrenia y otras psicosis, Witt, Van Dorn & Fazel (2013), realizaron una revisión de 110 estudios que informan sobre 45.533 personas de 27 (Estados Unidos, Reino Unido, Israel, Australia, Corea del Sur, España, Suecia, China, Alemania, México, Austria, Finlandia, Turquía, Brasil, Canadá, República Checa, Dinamarca, Grecia, India, Irlanda, Japón, Noruega, Singapur, Sudáfrica, Taiwán, los Países Bajos y Túnez), que se encontraban en psiquiátricos forenses. Los autores encontraron que el 87,8% fueron diagnosticados de esquizofrenia, el 0,4% de trastorno bipolar y el 11,8% de otras psicosis como trastorno esquizofreniforme, trastorno esquizoafectivo, trastorno delirante, trastorno esquizotípico y psicosis no especificada. La media de edad fue de

38,5 años y el 18,5% eran considerados como violentos. Entre los factores fuertemente asociados a la conducta delictiva o violenta se encontraba haber sido víctima de violencia. Factores como la falta de vivienda, ser hombre y vivir en la calle tenían una asociación moderada, y factores como ser de etnia no blanca y tener un nivel socio-económico bajo, estaban asociados débilmente. En cuanto a los factores premórbidos los abusos físicos o sexuales en la infancia, tener antecedentes familiares criminales en primer grado y antecedentes de abuso de alcohol de los padres, se asociaron moderadamente a la conducta violenta. También el tener antecedentes penales y arrestos anteriores se asoció significativamente con la violencia. En relación con la propia patología, la falta de insight, la sintomatología positiva, el tener un trastorno antisocial de la personalidad comórbido y bajo control de impulsos, estaban fuertemente asociados con la violencia. Ningún factor neuropsicológico de los estudiados, tales como la inteligencia, el rendimiento, la lectura, la capacidad verbal etc... fue asociado a la violencia. En cambio sí había una asociación muy fuerte con tener un diagnóstico comórbido por abuso de sustancias, una asociación moderada con el abuso del alcohol y una asociación más débil con el abuso de cannabis. Sí se encontró una asociación también muy fuerte con la falta de adherencia a las terapias psicológicas y al tratamiento farmacológico.

Por tanto, parece ser, a la vista de los hallazgos encontrados en la literatura que la enfermedad mental no es en sí misma un factor determinante en la comisión de actos delictivos o violentos, sino que factores como el trastorno por abuso de sustancias son un factor de riesgo muy importante así como también lo son las características de la propia patología como los síntomas psicóticos positivos (especialmente las alucinaciones auditivas) y los trastornos de personalidad comórbidos que son factores de riesgo independientes en la violencia de las personas con esquizofrenia (Volavka & Swanson, 2010). La literatura también pone de manifiesto que factores como las características de personalidad, la baja adherencia a los tratamientos y los problemas sociales son factores que pueden mediar en el riesgo de la comisión de conductas delictivas o violentas. Por otra parte la heterogeneidad encontrada en los estudios, revela que aunque algunos trastornos mentales se puedan relacionar con conductas delictivas o comportamientos violentos, la relación entre ambos no es directa ni sistemática (Vinkers, de Beurs, Barendregt, Rinne & Hoek, 2011). También hay una escasez de estudios longitudinales que puedan dar una visión más precisa de esta cuestión.

En cuanto a la relación entre los trastornos de personalidad y la violencia Esbec y Echeburúa (2010) afirman tres principios fundamentales que son: (1) los trastornos de personalidad son habitualmente egosintónicos, muestran comorbilidad con trastornos del Eje I o Eje II y su asociación con el riesgo y la comisión de conductas delictivas o de violencia, está relacionado con frecuencia al abuso de drogas; (2) dentro de los tipos, el trastorno paranoide de la personalidad es el que se ha asociado empíricamente con las conductas delictivas o conductas violentas, así como las dimensiones del narcisismo y las amenazas al yo, siendo los propios síntomas mejores predictores de la violencia que los propios trastornos de personalidad; y (3) respecto a los tres grupos o clusters, los autores señalan que las personas del grupo o cluster A son menos violentos que los del grupo o cluster B, pero tienen una actitud más suspicaz, formas bizarras de pensamiento y se relacionan con formas de violencia más serias. El grupo o cluster B es el que está más relacionado con la conducta criminal en general y la

violencia en particular y el grupo o cluster C son los que contribuyen menormente a la violencia, pero pueden tener intensos episodios de rabia que pueden dar lugar a actos serios de violencia contra otras personas significativas (Fernández-Montalvo & Echeburúa, 2008).

Autores como Andrews y Bonta (2010) señalan que existe una relación entre los trastornos de la personalidad y la comisión de delitos, especialmente con delitos violentos (McMurrin & Howard, 2009; Stone, 2007), siendo los trastornos o rasgos que guardan mayor relación con la conducta delictiva o conducta violenta los paranoides, antisociales y el narcisistas (Stone, 2007). Loinaz (2013) señala que las características de los trastornos de personalidad como la inadaptación o inestabilidad propician que las personas que los padecen se vean involucradas en conductas delictivas o violentas. Así en el trastorno antisocial de la personalidad los criterios diagnósticos puede dar lugar a que se solape la simple delincuencia común y el diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad. El autor también pone de manifiesto la tendencia en ocasiones de equiparar al delincuente antisocial con el psicópata, siendo ambos trastornos diferentes. El delincuente social se caracteriza por un perfil delictivo más general con un gran peso de componente social o estilo de vida y el psicópata presenta un perfil delictivo con gran peso de componente neurofisiológico particular pudiendo no se antisocial.

En cuanto a la imputabilidad de estos trastornos respecto al delito cometido, Cano y Contreras (2009) pusieron de manifiesto que éstos tienen poco peso en la misma. En un análisis que los autores realizaron de 1.783 sentencias del Tribunal Supremo, encontraron que la presencia de un trastorno de personalidad se contempló en el 11,7% de las sentencias. De éstas el trastorno supone la apreciación de una eximente incompleta en un 21% de los casos debido a la alteración psíquica y en un 17% por arrebatos u obcecación especialmente en los trastornos paranoide de la personalidad y el trastorno límite. En cuanto a las personas con trastorno mental, éste sí tiene un gran peso en la imputabilidad en el acto cometido, pero la misma acción delictiva es juzgada de forma diferente en una persona que presenta trastorno mental y otra que no lo presenta. Así la persona sin trastorno mental es juzgada sólo por el delito y la persona con trastorno mental es juzgada por el delito y por el riesgo de peligrosidad. También otros estudios han confirmado que en el momento de la evaluación clínica de las personas que han cometido un delito, la comorbilidad es un factor que contribuye fuertemente a la hora de establecer el diagnóstico de enajenación mental o locura en el momento de la comisión del acto delictivo (Palijan, Muzinic & Radeljak, 2009).

A continuación, en la Tabla 7 se presentan en modo resumido los principales trastornos mentales, sus mecanismos implicados y los principales delitos con los que están relacionados.

Tabla 7. Relación entre los diferentes tipos de trastorno y los delitos.

Trastorno	Mecanismo implicado	Principal delito
Consumo de sustancias		
Abuso o dependencia del alcohol y/u otras drogas	Desinhibición y Dependencia. Variable mediadora del efecto de los demás trastornos.	- Instrumental: dirigido a la obtención de droga o dinero, a través de robos, robos con violencia y lesiones. - Reactivos: violencia relacionada con la intoxicación (violencia contra la pareja, violencia sexual y agresiones).
Trastornos de la Personalidad		
Paranoide	Desconfianza y atribuciones hostiles. Premeditación y malicia. Usan estrategias y medios para asegurar su objetivo. Periodo de latencia entre el primer acto violento y el delito contra las personas. Motivación mediada por venganza y rencor, sentimientos de humillación, celos o vergüenza, justificando la conducta violenta como una obligación sin remordimientos.	Delitos contra las personas, lesiones, chantajes, injurias y falsas denuncias. Estilo de personalidad frecuente en agresores de pareja y delinquentes sexuales. Comisión de los actos en solitario.
Esquizotípico	Malestar interpersonal, distorsiones cognitivas, comportamiento excéntrico. Complicaciones del espectro psicótico, siendo diagnosticados erróneamente de esquizofrenia en un 25%-44%. Afectividad inapropiada. Ausencia de un motivo claro y actúan sin un plan, de forma impulsiva. Motivación extravagante, mesiánica, pensamientos mágicos.	Descrito en determinados agresores sexuales. Delitos extraños e impulsivos. Criminología semejante a la Esquizofrenia (contexto familiar). Realizan los actos violentos solos.
Esquizoide	Desconexión social y restricción emocional. Ataques de ira graves si se invade su espacio personal. Conducta violenta mediada por fantasías y faltas de sentimientos hacia las personas. Pueden responder a ese mundo imaginario de la persona desembocando en acciones impredecibles e inesperadas.	Descrito en determinados agresores sexuales. Homicidio, incluido el de la pareja. Secuestro y allanamiento de morada. Hurtos, robos y estafas.

Tabla 7. Relación entre los diferentes tipos de trastorno y los delitos. *continuación*

Trastorno	Mecanismo implicado	Principal delito
Trastornos de la Personalidad		
Antisocial	Desprecio y violación de derechos y normas. Violencia temprana, estable, versátil y dentro de un grupo, antecedentes criminales y escalada de violencia. Baja empatía y tolerancia a la frustración, no acata autoridad y siente fascinación por la violencia.	Relacionado con cualquier delito por la estructura del propio trastorno. Violencia contra extraños generalmente o vecinos o simples conocidos.
Narcisista	Necesidad de admiración, arrogancia y falta de empatía. Extremadamente sensibles a cualquier tipo de rechazo o desprecio y no son capaces de reconocer los sentimientos de los demás. Reacciones violentas en respuesta de su herida en el ego (herida narcisista)	Falsificación, fraude. Explotación de personas. Dimensión descrita en agresores sexuales y de pareja.
Límite	Impulsividad, inestabilidad, y dependencia emocional, ira, comorbilidad toxicológica	Acoso. Agresión reactiva. Hurtos, conducción bajo efecto de sustancias. Frecuente en agresores sexuales y de pareja, relaciones intensas e inestables, personalidad abusiva.
Histriónico	Exageración emocional. Demanda de atención. En ocasiones marco familiar sobreprotector. Tendencia a la fantasía. Hipersensibilidad. Conductas violentas comunes sólo si existe comorbilidad con Trastorno Antisocial o Trastorno Narcisista.	Denuncias falsas como vehículo para llamar la atención.
Evitativo	Inhibición. Falta de confianza. Hipersensibilidad a las críticas.	Se ha descrito en delincuentes sexuales (sentimientos de venganza hacia la mujer).
Dependiente	Sumisión.	Descrito frecuentemente en algunos tipos de agresores de pareja.

Tabla 7. Relación entre los diferentes tipos de trastorno y los delitos. *continuación*

Trastorno	Mecanismo implicado	Principal delito
Obsesivo-Compulsivo	Orden, Perfeccionismo y Control.	Negligencias en el hogar. Agresiones desmedidas en determinadas ocasiones (ámbito familiar por rigidez y orden). Delitos con armas. Comisión de las conductas violentas en solitario. Violencia poco probable pero extrema.
Esquizofrenia y Psicosis		
Esquizofrenia y Psicosis	Descompensación, mala adherencia al tratamiento o abandono del mismo. Presencia de Delirios y/o Alucinaciones.	Delito violento contra las personas. Lesiones. Homicidio. Principalmente limitadas al ámbito familiar. Precedidos de señales de alarma pasivas (aislamiento e incomunicación) y activas (conflictos o abandono de pautas).
Depresión y Trastorno Bipolar		
Depresión	Fases de mejora. Desesperación. Ideación Psicótica. Aislamiento. Rumiación. Abuso de Sustancias.	Suicidio ampliado (la víctima es un familiar. Homicidio por compasión). Asesinato en masa por desesperación. Comportamientos antisociales en adolescentes. Victimización de personas como chivo expiatorio.
Trastorno Bipolar	Impulsividad y comorbilidad toxicológica.	- Fase maniaca: delincuencia general. Agresión impulsiva. Delito económico y Vandalismo. - Fase depresiva: homicidio, acompañado o no de suicidio, especialmente filicidio y parricidio.

Fuente: Adaptado de Loinaz (2013).

En cuanto a las tasas de reincidencia, los estudios indican que en los países occidentales estas tasas son altas. Fazel y Yunh (2011) estudiaron la relación entre los trastornos psicóticos y la reincidencia, encontrando que las personas con trastorno psicótico presentaban: (a) un riesgo de reincidencia delictiva más elevado que las personas que no presentaban ningún trastorno mental; (b) un riesgo menor en comparación con personas con trastornos de personalidad; (c) riesgo similar con las personas con trastorno por abuso de sustancias; y (d) no presentaban un riesgo significativo en comparación con personas con otros trastornos mentales. Los autores concluyen que las personas con trastornos psicóticos tienen un mayor riesgo de reincidencia respecto a las personas que no presentan ningún trastorno mental y un riesgo similar en comparación con los que presentan otros trastornos psiquiátricos. Este riesgo, más elevado

respecto a la población que no sufre un trastorno psicótico, Fazel y Seewald (2012) lo sitúan en cifras del 40%.

En una comparativa del tiempo medio estimado entre internos con trastorno mental y sin trastorno mental, en la cárcel del estado de Utah, Cloyes, Wong, Latimer y Abarca (2010) encontraron que el tiempo medio para la reincidencia para las personas que presentaban trastorno mental fue de 385 días, frente a 743 días para los internos sin trastorno mental. Estos datos ponen de manifiesto que las personas con trastorno mental reinciden antes que las personas que no presentan trastorno mental produciéndose la reincidencia en el intervalo de tiempo de un año, desde el cumplimiento de la condena.

Dentro de los tipos de trastornos más reincidentes Van Horn, Eisenberg, Van Kuik y Van Kinderen (2012) realizaron un estudio con 148 delincuentes y los resultados revelan que en general los internos con diagnóstico de patología dual son 5,2 veces más reincidentes. Baillargeon et al. (2010) en un estudio realizado a una muestra de 61.000 internos de Texas, con un periodo de encarcelamiento de 6 años, hallaron que este riesgo de reincidencia es sustancialmente mayor en los internos que presentan una situación comórbida de trastorno psiquiátrico y abuso de sustancias en comparación con los internos que tienen sólo trastornos psiquiátricos o trastornos por abuso de sustancias.

Rongqin, Geddes y Fazel (2012) examinaron el riesgo de comportamiento antisocial y de reincidencia en 10.007 personas con trastorno de personalidad en comparación con más de 12 millones de controles de la población general. Los resultados muestran un mayor riesgo de conducta violenta y reincidencia penal en el trastorno antisocial de la personalidad. Abracen et al. (2014) encontraron en una muestra de 136 internos de un CIS de Canadá que los internos con trastorno límite de la personalidad y trastorno por déficit de atención e hiperactividad fueron significativamente más propensos a reincidir.

Uno de los factores que se ha demostrado como predictor de la reincidencia delictiva es el consumo de sustancias. En un estudio de seguimiento de 2,7 años realizado en Suecia, Hakansson & Berglund (2012) examinaron posibles factores predictivos en internos que presentaban problemas de adicción severa. Los autores encontraron que el 69% reincidió y esta reincidencia se asoció al consumo de anfetaminas, heroína, alcohol y drogas alucinógenas, existiendo un riesgo adicional para las drogas inyectables. Además la reincidencia también se asoció con un mayor consumo de sustancias antes de entrar en prisión, tener menos edad, sexo masculino, falta de vivienda, hospitalización psiquiátrica previa, dificultad de control de la conducta violenta. En cuanto al tipo de delitos, encontraron que el robo contra la propiedad y los delitos violentos por drogas eran los más reincidentes.

En cuanto a la predicción de la reincidencia penal de las personas con trastornos mentales, Pflueger, Franke, Graf & Hachtel (2015) afirman que ésta ha sido poco estudiada en Europa occidental y realizaron un estudio con 259 internos con enfermedad mental, encontrando que el 51% era reincidente y los factores predictivos más importantes fueron el número de condenas previas, la historia criminal, la edad, el tipo de delito y el abuso de sustancias.

La literatura ha puesto de manifiesto que tanto los trastornos de personalidad como los trastornos por abuso de sustancias son conductores de alta criminalidad violenta, aunque la influencia de la comorbilidad en la reincidencia sigue siendo poco clara. Walter, Wiesbeck, Dittmann y Graf (2011) realizaron un seguimiento de 8 años en una muestra de 379 delincuentes que presentaban trastorno de personalidad y trastorno por consumo de sustancias y hallaron que los más reincidentes eran los que presentaban ambos trastornos (69%), seguidos de los que sólo presentaban trastorno por consumo de sustancias (45%) y finalmente los que tenían trastorno de la personalidad (33%), siendo en éstos la reincidencia más violenta.

En otro estudio realizado con personas con enfermedades mentales graves que salen de las cárceles de Nueva York hacia la comunidad, Hall, Miraglia, Lee, Chard-Wierschem y Sawyer (2012) encontraron que la tasa de arresto por violencia en esta muestra fue menor que en la población general y encontraron entre los factores predictivos, el tener un historial de antecedentes penales extenso y diverso. Así mismo los autores ponen de manifiesto la posibilidad que el riesgo de reincidencia sea similar tanto para las personas con enfermedad mental como para los que no la tienen, siendo por tanto necesaria la implantación de programas para reconducir actitudes antisociales, impulsividad y habilidades de resolución de problemas, supervisar el cumplimiento del tratamiento por parte del servicio de salud mental comunitario y la supervisión de la libertad condicional, mediante la coordinación de los servicios penales y penitenciarios con los servicios de salud mental.

Sintetizando los factores predictores de la reincidencia delictiva en personas con trastorno mental, se observan factores relacionados con variables no clínicas y factores relacionados con variables clínicas. En cuanto a los primeros, se encuentran el número de ingresos previos en prisión, ser joven, ser varón, tipo de delito, condiciones de vida precaria o no tener hogar y tener una historia criminal extensa. En cuanto a las variables clínicas prevalece el abuso de sustancias, confirmando la relación entre el abuso de sustancias, el comportamiento criminal y la reincidencia delictiva, siendo el riesgo mayor en los consumidores de heroína y anfetaminas frente a los consumidores de otras drogas como el alcohol, el cannabis, los opioides o los alucinógenos, siendo el riesgo aún mayor en personas policonsumidoras o con una historia previa de abuso de drogas inyectadas.

Las investigaciones actuales están orientadas en la línea de estudio de la relación de los problemas de conducta y problemas de atención e hiperactividad en la infancia con las conductas delictivas. Así DeLisi et al. (2014) encontraron que adolescentes retenidos en un centro de menores con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y problemas de conducta, mostraban puntuaciones más altas en psicopatía en términos de búsqueda de sensaciones, impulsividad, irresponsabilidad.

En España las investigaciones sobre la reincidencia no se iniciaron hasta los años 90 y en la actualidad existen pocos estudios empíricos sobre la reincidencia de las personas con trastorno mental en prisión. El primer estudio sobre reincidencia penitenciaria en población general se realizó en 1994 encontrándose una tasa de reincidencia del 37,9% (Redondo, Funes & Luque, 1994). Posteriormente Luque, Ferrer y Capdevila (2005) encontraron una tasa de reincidencia en población general algo inferior con un 37,4%. En internos clasificados en régimen abierto y con un seguimiento de

aproximadamente cinco años, se encontró una tasa de 9,2%, una cifra muy por debajo respecto a la tasa de población general (Capdevilla, Parés, Ferrer, Luque & Torrecillas, 2006).

Los estudios realizados sobre reincidencia en infractores menores son más numerosos. Así, autores como Graña, Garrido y González (2007) en un estudio realizado a menores infractores de la Comunidad de Madrid, señalan que existe una relación entre ser mayor de edad, reincidencia y violencia, presentando mayor número de delitos y mayor reincidencia los jóvenes mayores de edad, los cuales se consideran como delincuentes violentos. Los autores también ponen de manifiesto que las personas más reincidentes consumen más sustancias tóxicas que los no reincidentes y los jóvenes violentos más alcohol.

Bringas, Rodríguez y Moral (2010) en un estudio realizado en el centro de Villabona (Asturias) encontraron que la reincidencia se asocia positivamente con el consumo de heroína en aquellos delitos relacionados con la salud pública y la propiedad, siendo en este último significativo los ingresos en el centro penitenciario a una edad más temprana.

Según la evidencia las personas con trastorno mental sometidos a medidas de seguridad son más reincidentes (81%) en la comisión de actos delictivos menores, dando lugar al fenómeno de puerta giratoria de enfermos que entran y salen del sistema penitenciario con frecuencia. Estas tasas de reincidencia se asocian con la presencia de la patología dual, coexistiendo un trastorno mental y un trastorno por abuso de sustancias. Esta reincidencia disminuye considerablemente cuando los internos presentan una buena adherencia al tratamiento, una adecuada derivación a los servicios de salud mental y se asegura la continuidad de sus cuidados y una vinculación con el medio comunitario a través de las salidas terapéuticas y permisos temporales (Ramajo, 2014).

Sintetizando este capítulo se pone de manifiesto que establecer la relación entre la comisión de un acto delictivo y el trastorno mental es algo no exento de controversia. En la década de los años 80 existe una corriente de opinión general de los expertos que sugería que no existía un riesgo de aumento de violencia en personas con diagnósticos como la esquizofrenia y otras psicosis comparándolo con la población general, pero por otra parte surgen estudios en Escandinavia y Canadá que ponen de manifiesto que las personas con esquizofrenia, tienen más probabilidad de cometer conductas violentas que la población general (Vicens, 2006). Los estudios ponen de manifiesto que es la comorbilidad del trastorno mental y el abuso de sustancias la condición de más riesgo en la comisión de un acto delictivo y no la enfermedad mental en si. También los autores señalan que hay otra serie de variables mediadoras en las conductas delictivas como son los factores sociodemográficos, la no adherencia a los tratamientos psicofarmacológicos, la personalidad premórbida y el no tener hogar, entre otras.

En cuanto a la reincidencia de las personas con trastorno mental los estudios en España no son abundantes, hecho que nos tiene que poner en alerta sobre la importancia de su estudio para conocer las variables mediadoras y proponer modelos que permitan explicarla y predecirla.

Segunda parte

**Investigación
empírica**

CAPÍTULO V

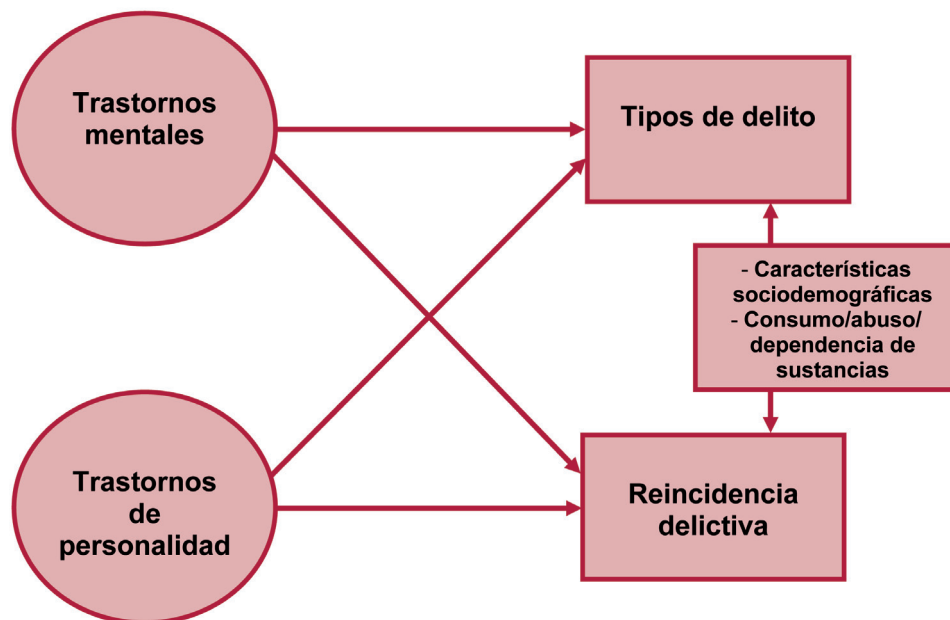
Planteamiento de la investigación

1. OBJETIVOS

1.1. Objetivo general

El **objetivo principal** del presente estudio es ampliar el conocimiento sobre la prevalencia de las personas con trastorno mental que están cumpliendo condena en los centros penitenciarios españoles, replicando el estudio PRECA (Vicens et al., 2011). Con la finalidad de estructurar los análisis realizados en el capítulo resultados que dan cumplimiento a este objetivo, se presenta un modelo de investigación en la Figura 5.

Figura 5. Modelo de investigación propuesto.



1.2. Objetivos específicos

Los objetivos específicos que se plantean son los siguientes:

- 1) Cuantificar la prevalencia vida y prevalencia mes de los trastornos mentales en la población reclusa española, internada en los centros penitenciarios de la Comunidad de Madrid (Madrid V, situado en Aranjuez) y la Comunidad de Castilla La Mancha (Ocaña I y Ocaña II, situados en Ocaña, Toledo).
- 2) Cuantificar la prevalencia vida y prevalencia mes de los trastornos de la personalidad.
- 3) Analizar la asociación de los trastornos psiquiátricos con factores sociodemográficos, penales, clínicos y consumo de sustancias.
- 4) Evaluar si existe asociación entre los trastornos mentales, la delincuencia y la reincidencia delictiva.
- 5) Evaluar si existe asociación entre los trastornos de personalidad y la delincuencia y la reincidencia delictiva.
- 6) Comparar los resultados de prevalencia de trastornos mentales obtenidos en la población reclusa española con la población general española.
- 7) Estudiar las diferencias y similitudes entre los resultados obtenidos y los obtenidos en estudios previos realizados tanto en otros países.

2. MÉTODO

2.1. Muestra

2.1.1. Muestreo

2.1.1.1. Selección de centros

Los Centros que conforman el presente estudio son dos centros de la Comunidad de Castilla-La Mancha y un centro de la Comunidad de Madrid. Los Centros de la Comunidad de Castilla-La Mancha son el Centro penitenciario Ocaña I y Ocaña II, situados en el término municipal de Ocaña en la provincia de Toledo, ambos con una población penitenciaria de 560 internos en el momento de la selección. El Centro de la Comunidad de Madrid es el Centro Madrid VI, situado en Aranjuez, con un censo de población penitenciaria de 1600 internos.

La selección de estos tres centros se realizó en base a los siguientes criterios:

- En estos centros no se había realizado ningún estudio sobre prevalencia de trastorno mental.
- La realización de este estudio mejoraba el conocimiento sobre la prevalencia de trastornos mentales en centros penitenciarios de las Comunidades de Madrid y Castilla-La Mancha.

- Interés por el estudio por parte de los subdirectores médicos de dichos centros y disponibilidad de colaboración de los profesionales para la realización del mismo.
- Cercanía de los Centros Penitenciarios del lugar de residencia de la doctoranda.

2.1.1.2. Selección de la muestra

El cálculo de tamaño muestral se ha realizado con el programa *Epidat Versión 3.0*. Se toma como prevalencia de enfermedad mental o proporción esperada en la población reclusa española de un 50%. Una prevalencia del 50% permite obtener el máximo tamaño muestral y se utiliza esta cifra cuando se desconoce la prevalencia real. Por lo que en una población elegible de 2850 reclusos entre los tres centros penitenciarios (Aranjuez, Ocaña I y Ocaña II), con una precisión del 8%, un efecto de diseño de 1 y un nivel de confianza del 95% ($p < 0,05$), se obtiene un tamaño muestral total de 142 reclusos. Se supone una tasa de no respuesta o no colaboración de un 30%, por lo que el tamaño muestral se incrementaría en 42 reclusos. El total estimado para la muestra será de 184 reclusos.

La distribución de los reclusos se ha realizado proporcionalmente al tamaño poblacional de cada centro penitenciario. Los 184 reclusos se han distribuido de la siguiente manera, 89 en Aranjuez, 46 en Ocaña I y 49 en Ocaña II.

El muestreo es de carácter aleatorio sistemático, tomando los datos de cada 10 historias clínicas.

Para seleccionar la muestra seguimos el mismo procedimiento muestral en los tres centros: la muestra se seleccionó mediante la técnica del muestreo aleatorio estratificado en una fecha índice (5-10-2010) partiendo de los números de identificación facilitados por cada centro, incluyendo una lista de internos, también aleatoria, de posibles sustitutos en el caso de producirse rechazo a ser entrevistados, interrumpiéndose la substitución al producirse dos negativas consecutivas.

Finalmente el tamaño muestral quedó conformado por 184 internos, cuyo rango de edad está situado en el intervalo 18-75 años.

Los criterios de inclusión de la muestra fueron:

- 1) Hombres ingresados en los centros penitenciarios seleccionados.
- 2) Edad de 18 a 75 años.
- 3) Que estén penados.
- 4) Extranjeros castellanoparlantes o con un nivel de comunicación castellano suficiente.
- 5) Con capacidad mental para otorgar consentimiento informado.

Quedaron excluidos aquellos que cumplían los siguientes criterios:

- 1) Mujeres.
- 2) Preventivos.

- 3) Medidas de seguridad.
- 4) Extranjeros con dificultades idiomáticas.
- 5) Libertad a 6 meses.
- 6) Internados en medio abierto.
- 7) Internos con patologías somáticas graves que imposibiliten la realización de la entrevista.
- 8) Traslados inminentes a otro centro penitenciario.
- 9) Ingresados en Unidades Psiquiátricas Penitenciarias.
- 10) Personas sin capacidad mental para otorgar consentimiento informado.

El número total de protocolos aplicadas ha sido 185, resultando válidas un total de 184. Un interno abandonó la realización de la misma, invalidando su aplicación. La tasa de respuesta ha sido del 97,74%, rechazando la participación sólo cinco internos, lo que supone un 2,07%, y un abandono, lo que supone un 0,54%.

A estos internos que rechazaron su participación, fueron preguntados acerca de su salud mental y sus respuestas fueron muy similares, todos contestaron que “mal”, “estoy deprimido”, “prefiero no contestar” “padezco de los nervios”, “mal, estoy mal”.

Todos los participantes realizaron las pruebas de forma voluntaria, previa explicación del estudio y sus objetivos, así como la exención de beneficios penales o penitenciarios por su participación en el mismo, quedando sus datos al amparo de la ley de protección de datos, *Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal*. Todos los participantes otorgaron consentimiento informado por escrito y firmado (Anexo I).

Las principales características de la muestra se describen en la Tabla 8 del capítulo resultados.

2.2. Diseño de investigación

Es un diseño planteado como un estudio epidemiológico descriptivo transversal, donde todos los participantes han realizado las mismas pruebas, en el mismo orden y en las mismas condiciones, evaluándolos en el momento actual y en una sola ocasión.

Las variables del estudio son las siguientes:

- 1) **Variables sociodemográficas:** edad, lugar de nacimiento, situación de residencia en España, nivel máximo de estudios finalizados, situación laboral antes del ingreso en el centro penitenciario y estado civil.
- 2) **Variables penales:** tipo de delito, tiempo de condena total, número de ingresos, número de juicios y arrestos previos.
- 3) **Variables clínicas:** trastornos mentales en el último mes y a lo largo de la vida, presencia de trastornos de personalidad, según criterios DSM-IV TR, antece-

dentos psiquiátricos familiares en la primera línea, trastornos o enfermedades crónicas, y consumo de sustancias.

2.3. Instrumentos de medida

Las Entrevistas y Cuestionarios utilizados forman parte del Protocolo de Evaluación del Estudio PreCa (Anexo II), utilizándose aquellos de acuerdo a los objetivos del presente estudio.

La aplicación de los mismos se realizó de forma manual e individual, en cada centro penitenciario. En los centros no se pueden introducir dispositivos informatizados. Para la recogida de datos se empleó la Técnica de la Triangulación: Observación participante, Entrevistas y Cuestionarios y el Análisis de los documentos.

El tiempo total de la aplicación de los instrumentos de medida con cada interno osciló entre dos horas y media y en algunos casos se llegó a tres aproximadamente, haciéndose necesario intercalar descansos de corta duración durante la misma. Los internos aprovechaban estos descansos para fumar y tomar café fundamentalmente.

Las características de cada instrumento de evaluación, así como su finalidad se describen a continuación, en el orden de aplicación de los mismos:

A) Entrevista Estructurada de Recogida de Datos Socio-Demográficos. Es una entrevista estructurada ad hoc, realizada en base a la que se utilizó en el estudio ESE-MeD, en la que se han incluido las variables penales. Consta de diferentes grupos de ítems que recogen información acerca de los datos sociodemográficos, clínicos y penales y pretende analizar la asociación de los trastornos psiquiátricos con factores de riesgo sociodemográficos y penales.

Así los **datos sociodemográficos** contemplan las siguientes variables: Fecha de nacimiento, lengua materna, lugar de nacimiento, año de llegada a España (en los casos precisos), situación de residencia en España, estado civil antes del ingreso, estado civil actual, nivel máximo de estudios finalizados, situación laboral antes del ingreso, tipo de contrato en el lugar de trabajo y situación laboral actual (si tiene un trabajo remunerado dentro del centro en los talleres de producción).

Los **datos clínicos** contemplan las siguientes variables: Antecedentes psiquiátricos familiares en primera línea, es decir, padres, hermanos e hijos.

Los **datos penales** contemplan las siguientes variables: tipo de delito por el que cumple condena actualmente, tiempo transcurrido desde la condena, Tiempo restante para la libertad, régimen penitenciario, número de ingresos sin contar el actual y número de procesos judiciales y arrestos previos al ingreso actual. Los datos penales fueron contrastados y confirmados con los registros penitenciarios.

B) Cuestionario Antecedentes Clínicos: Morbilidad Crónica de la OMS (PreCa, 2011). Este cuestionario recoge antecedentes de patología orgánica. Consta de 33 ítems sobre enfermedades crónicas con respuesta dicotómica, relacionadas con Alergias, Neumología, Endocrinología, Reumatología, Psiquiatría, Neurología, Cirugía, Urología, Cardiología, Oftalmología, Digestivo y Otorrinolaringología. También están presentes tres de las patologías más frecuentes en el ámbito penitenciario como

son la Hepatitis B/C, HIV y SIDA. Al final del cuestionario se formula una pregunta acerca del padecimiento o no de otros trastornos que no estén reflejados en dicho cuestionario. Su finalidad es conocer el estado de salud en general de los internos del presente estudio.

C) Structured Clinical Interview for Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders Axis I Disorders (SCID-I). Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV. (First et al., 1999). Existen dos versiones, una versión clínica (SCID-VC) y una versión para la investigación. En el presente estudio y formando parte del protocolo PreCa, se ha utilizado la versión clínica, ya que se adapta mejor a estos estudios de corte epidemiológico en entornos como las prisiones y los hospitales psiquiátricos forenses, mostrando menos sesgo que otras herramientas en la prevalencia específica y general para todos los trastornos mentales (Arboleda-Flórez, 1994). También se ajusta mejor al objetivo de la misma que es detectar la presencia de trastorno mental, cubriendo únicamente los diagnósticos DSM-IV que se observan más habitualmente en la práctica clínica, prescindiendo de los subtipos y especificaciones de la versión para la investigación, y ofreciendo más posibilidades para confirmar y documentar el diagnóstico pudiendo proporcionar una serie de preguntas útiles al repertorio de la entrevista para obtener información del paciente, y de síntomas que podrían pasar desapercibidos, amén de que esta versión no es tan larga como la de investigación y encajaba mejor en la rutina del centro penitenciario. Esta versión es el resultado de adaptaciones posteriores de la SCID, que se empezó a utilizar con la publicación del DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) como instrumento para realizar diagnósticos incorporando cualidades que no tenían otros instrumentos como una visión general del paciente y un diseño modular que permitía a los investigadores descartar clases diagnósticas mayores irrelevantes para sus estudios. Desde entonces ha seguido desarrollándose a través de trabajos piloto y pruebas de campo para determinar su fiabilidad y validez, obteniendo coeficientes de 0,61 para los diagnósticos actuales y 0,68 para los diagnósticos de por vida (Williams et al., 1982) y valores kappa más altos entre 0,70 hasta 1 (Brink, Doherty & Boer, 2001).

En cuanto a su estructura, consta de 6 módulos relativamente independientes para ser realizados de forma secuencial, pudiéndose alterar el orden de aplicación o prescindir de algún módulo, si el entrevistador lo considera oportuno. Estos módulos abarcan 40 trastornos psiquiátricos. En nuestro estudio la aplicación de los módulos fue secuencial y completa.

Los 6 módulos, agrupan los trastornos mentales en 6 grupos, teniendo una cobertura diagnóstica muy amplia:

Módulo A. Episodios Afectivos: Episodio Depresivo Mayor, Episodio Maniaco, Episodio Hipomaniaco, Trastorno Distímico, Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.

Módulo B. Síntomas Psicóticos: Ideas delirantes, Alucinaciones, Conducta y Lenguaje desorganizados, Conducta catatónica, Síntomas negativos.

Módulo C. Trastornos Psicóticos: Esquizofrenia y sus tipos (Paranoide, Catatónico, Desorganizado, Indiferenciado y Residual), Trastorno Esquizofreniforme, Trastorno Esquizoafectivo, Trastorno Delirante, Trastorno Psicótico Breve, Trastorno Psi-

cótico debido a enfermedad médica, Trastorno Psicótico inducido por sustancias y Trastorno Psicótico no especificado.

Módulo D. Trastornos del Estado de Animo: Trastorno Bipolar I, Trastorno Bipolar II, Trastorno Bipolar no especificado, Trastorno Depresivo Mayor y Trastorno depresivo no especificado.

Módulo E. Trastornos relacionados con sustancias: Dependencia del alcohol, abuso del alcohol, Dependencia y Abuso de sustancias como sedantes –hipnóticos-ansiolíticos-, cannabis, estimulantes, opioides, cocaína, alucinógenos/PCP y otros (esteroides, cola, pintura, inhalantes, óxido nitroso....).

Módulo F. Trastornos de Ansiedad y Otros Trastornos: Trastorno de Angustia con Agorafobia, Trastorno de Angustia sin Agorafobia, Trastorno Obsesivo-Compulsivo, Trastorno por Estrés Post-traumático, Trastorno de Ansiedad debido a enfermedad médica, Trastorno de Ansiedad inducido por sustancias, Trastorno de Ansiedad no especificado y Trastorno Adaptativo.

Puede llevarse a cabo con pacientes psiquiátricos o de medicina general, a partir de 18 años y ausencia de deterioro cognitivo grave y cuantifica la prevalencia vida (si todos los criterios diagnósticos han estado presentes o se han cumplido alguna vez, a lo largo de la vida del paciente) y la prevalencia mes (si todos los criterios diagnósticos han estado presentes o de han cumplido en el último mes).

En cuanto a su aplicación, su complejidad y especificidad, hicieron necesario un entrenamiento por parte de la entrevistadora, para su aplicación, que detallaremos en el apartado de procedimiento.

El tiempo de aplicación, normalmente, oscila entre 45 minutos y 90 minutos, en la mayoría de los casos se tardó más (sobre 120-150 minutos aproximadamente) debido a la necesidad de los internos para descansar y fumar, a su necesidad de hablar, y en otras ocasiones se realizó incluso en dos sesiones, debido a los horarios de los centros penitenciarios, actividades de los internos y diligencias que éstos tenían que realizar.

Para poder identificar un diagnóstico no es suficiente que el paciente conteste SI o NO, a la pregunta criterio DSM-IV, sino que es necesario pedirle que aporte explicaciones con detalles y ejemplos y realizarle preguntas adicionales para obtener la información más completa posible. Las preguntas de los criterios se realizan textualmente y las preguntas aclaratorias vienen entre paréntesis.

Se realizó un trabajo para asegurar la calidad y fiabilidad de los datos a través de la revisión clínica de las respuestas de la entrevista y análisis de las mismas para detectar posibles datos incompletos o incongruencias que llevaran a equívocos. Este control se llevó a cabo con el Dr. Vicens Pons. El porcentaje de protocolos revisados siguiendo este procedimiento fue del 19% (35 protocolos en total), obteniéndose resultados congruentes fruto de esta revisión en el 90% de los casos.

D) International Personality Disorder Examination, (IPDE; Loranger et al., 1994). Es un cuestionario respaldado por la OMS en sus versiones CIE-10 y DSM-IV para el diagnóstico de los trastornos de la personalidad. Su finalidad es identificar rasgos y conductas relevantes para la evaluación de los criterios diagnósticos de los trastornos de personalidad según criterios de los dos sistemas de clasificación diag-

nóstica. Tiene dos formas, un cuestionario de screening autoaplicado y una entrevista posterior semiestructurada.

En este trabajo se ha utilizado el cuestionario de screening autoaplicado. Consta de 77 ítems de respuesta dicotómica (verdadero-falso) que permiten a la persona describir su conducta habitual en los últimos cinco años. Su finalidad es identificar rasgos y conductas relevantes para la evaluación de los criterios diagnósticos de los distintos trastornos de la personalidad según criterios DSM-IV. Identifica sujetos con alta probabilidad de presentar trastornos de personalidad y sirve para tener un perfil clínico de los trastornos de personalidad. Se ha utilizado la versión española (López-Ibor et al., 1996). Como se recomienda en los estudios en población penitenciaria (Álvaro-Brun y Vegue-González, 2008), se utilizó un punto de cohorte de cuatro o más respuestas no coincidentes con las esperadas, para detectar uno o más trastornos de personalidad, ya que refleja los mejores índices de validez en el medio penitenciario. Así mismo proporciona una información rápida de acerca de los trastornos que están presentes. La administración de la entrevista permitiría confirmar el diagnóstico de cribado. Coincidimos con los autores (Álvaro-Brun y Vegue-González, 2008) en que el uso de instrumentos de cribaje puede hacer pensar que estos trastornos son más frecuentes de lo que realmente son y los resultados pueden estar sobrerrepresentados.

En este trabajo se ha utilizado el cuestionario de screening por la finalidad del uso, y porque alteraba menos el ritmo de la prisión, dadas las características de la misma. No obstante, debe tenerse en cuenta esta circunstancia a la hora de interpretar los resultados obtenidos en relación con la prevalencia de trastornos de personalidad, los cuales serán interpretados con la cautela oportuna teniendo en cuenta la circunstancia señalada y considerando los datos obtenidos como probables trastornos de personalidad.

2.4. Procedimiento

Antes de iniciar la administración de los instrumentos de evaluación, fueron necesarios unos requisitos previos que se explican a continuación:

- Dada la especificidad y complejidad de la SCID-VC, fue necesaria una formación de la doctoranda en el manejo y aplicación de la misma, así como una familiarización con el resto de instrumentos de medida. Existe un programa de entrenamiento en cinta de vídeo, SCID-101. En este caso la entrevistadora fue formada y entrenada en el manejo y aplicación de la misma por el Investigador Principal del Estudio PreCa, el Dr Enric Vicens Pons, Psiquiatra y Director del Área de Psiquiatría Penitenciaria del Hospital Sant Joan de Déu. La formación se realizó en dichas instalaciones, que actualmente configuran el Parq Sanitari San Joan de Déu en Sant Boi (Barcelona), abarcando tanto la instrucción en la pasación de los instrumentos como los criterios para el reclutamiento de la muestra con el objetivo de conseguir la máxima homogeneización en el estudio a realizar.
- Posteriormente se realizó un pilotaje de la misma a 10 personas integrantes del Plan de Atención Integral a Personas con Trastorno Mental Grave y Persistente en el Ambito Penal y Penitenciario de la Fundación Manantial en Madrid. To-

dos participaron de forma voluntaria y se les explicó el objetivo del estudio y el anonimato de sus datos bajo el amparo de la ley de protección de datos, como señala la legislación vigente, expresando su aceptación mediante consentimiento informado.

- Fue necesario realizar la solicitud de los permisos y autorización desde la Secretaría General de IIPP, a través de la Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria para dar inicio a la investigación.
- Una vez obtenido el permiso de la Secretaría General de IIPP, se estableció contacto con los tres centros participantes en el estudio, a través de los Directores, Subdirectores Médicos y Subdirectores de Tratamiento para dar a conocer la investigación y su finalidad y concretar la realización de la misma.

Realización de entrevistas:

La selección de los internos se realizó en los propios centros penitenciarios con la colaboración del Subdirector Médico del Centro Madrid VI, y el Subdirector Médico y Subdirector de Tratamiento en el Centro Ocaña I y con la Subdirectora de Tratamiento del Centro de Ocaña II. El proceso de selección se realizó mediante muestreo aleatorio estratificado, partiendo de los números de identificación facilitados por cada centro y en función de los criterios de inclusión y exclusión, facilitando el listado a la entrevistadora, compuesto por el sujeto muestra y dos reservas.

Las entrevistas se han realizado en el centro penitenciario dentro del módulo en el que el interno estaba ingresado, teniendo lugar en el despacho del médico o del trabajador social, según ocupación de los mismos. En cada uno de los centros penitenciarios tanto el Subdirector Médico, como el Subdirector de Tratamiento colaboraron en la organización y planificación de las mismas, encargándose del acompañamiento a la entrevistadora a los diferentes módulos, donde se encontraban ingresados los sujetos de la muestra.

Una vez allí, la entrevistadora informaba a los funcionarios del módulo, sobre la identidad de los internos a evaluar y éstos les buscaban y los hacían llegar al despacho. Esta labor, también fue realizada en algunos módulos por el ordenanza, que es un interno que colabora con los funcionarios en tareas concretas en el módulo.

En el despacho estaban solamente la entrevistadora y el interno, con el conocimiento de los funcionarios del módulo. Al llegar el interno al despacho, la entrevistadora se presentaba y charlaba brevemente con él, realizando comentarios de contenido neutro, para facilitar la toma de contacto y a continuación, se le informaba de la finalidad del estudio, su participación voluntaria, así como la exención de beneficios penales y penitenciarios por su participación y también de la exención de consecuencias negativas si no participaba, la utilización de los datos del estudio (ya que algunos internos mostraban su preocupación ante la posibilidad de que la información que ellos dieran durante la aplicación de las pruebas fuera del conocimiento y uso del personal del centro, lo cual podría llevarle a decidir no participar o falsear las respuestas en busca de la deseabilidad social) y la protección de su identidad tal y como señala la legislación vigente de protección de datos. Una vez informado verbalmente, el interno

leía el documento del consentimiento informado pudiendo plantear a la investigadora cuantas cuestiones precisara y si manifestaba su voluntad de participar, firmaba dicho documento.

La entrevistadora firmaba el compromiso de confidencialidad que exige la ley así como la destrucción de los documentos utilizados una vez concluida su participación en el estudio.

Si el interno rechazaba su participación en el estudio, se le pedía permiso para preguntarle sobre su salud mental (todos contestaron a la pregunta) y los funcionarios del módulo localizaban al interno de reserva.

El tiempo de duración de cada sesión de evaluación, oscilaba entre dos horas y media y tres horas, con lo que en función de esta circunstancia y la dinámica del centro penitenciario, cada día podía evaluarse a un interno completo o dos. Todos colaboraron aportando toda la información solicitada e incluso se explayaban en las respuestas añadiendo información no relevante para el estudio y formulando preguntas acerca de su situación penal y penitenciaria a las que la entrevistadora no podía contestar porque primero las desconocía y segundo no eran objeto del presente estudio.

Al empezar la entrevista se le decía que si una pregunta no la entendía bien que lo manifestara, así como la posibilidad de cambiar la respuesta, el abandono de la misma en el momento que deseara y si tenía necesidad de descansar o fumar un cigarro, hacíamos un descanso.

De todos los internos seleccionados como muestra, solamente 5 rehusaron como primera opción y fueron sustituidos por los internos de reserva y sólo uno, abandonó la sesión, una vez iniciada, argumentando que las preguntas de la Entrevista SCID-VC, le traían malos recuerdos y le estaban haciendo sentirse mal.

La realización de todas las pruebas se hizo manualmente sin soportes informáticos, ya que la normativa de los centros no permite la entrada de dispositivos móviles ni informáticos, ni cámaras, ni grabadoras.

Las sesiones se llevaron a cabo en horario de mañana, adaptándonos a los horarios y ritmo de actividades de cada centro penitenciario. Así empezábamos a las 9-9,30, finalizando a las 13,30, dos días en semana o en ocasiones tres. Cuando se finalizaba la evaluación de los internos de un módulo, la entrevistadora se iba al módulo siguiente para realizar las sesiones de evaluación.

En los centros de Madrid VI y Ocaña II, al tratarse de centros modulares, es decir, estructurados en módulos, las sesiones se empezaron por los módulos de respeto, donde se encuentran los internos sin problemas en la convivencia ni en la dinámica del centro y posteriormente se iba a los módulos más conflictivos, donde estaban los internos con problemas de conducta o adaptación. En el Centro de Ocaña I, cuya estructura no es modular sino que disponen de departamentos, las entrevistas se realizaron en el departamento de enfermería, en el despacho del médico y fueron evaluados por orden de lista.

La entrevistadora se desplazaba a los centros que se encontraban a una distancia de 120 km (Madrid VI) y 125 km (Ocaña I y Ocaña II) de su localidad de residencia. La recogida de los datos se llevó a cabo entre octubre de 2010 y abril de 2012.

Entre los inconvenientes que han condicionado la recogida de datos, ha sido precisamente la limitación en la accesibilidad a los encuestados, una circunstancia propia de todo estudio que se realiza en el medio penitenciario y que tiene entre otras las siguientes razones:

- Las entrevistas deben ajustarse al horario en el que las actividades de la prisión permiten el encuentro entre entrevistador y entrevistado, normalmente esto no es posible salvo durante un periodo de alrededor de cuatro horas por la mañana.
- Debido a la prolongada duración de cada sesión, fue frecuente su solapamiento con alguna actividad que el interno no desea perderse, (vis a vis familiar, vis a vis íntimo, visita del abogado, horario de deporte, actividad recreativa, etc.), o la realización de alguna diligencia (visita al médico, al especialista, a los juzgados, etc.) lo que da por interrumpida la entrevista, posponiéndola para el próximo día. En estos casos todas las entrevistas fueron recuperadas en la sesión siguiente. Incluso estas diligencias citadas podían hacer que el interno no estuviera presente el día de la sesión, lo que obligaba a posponer la sesión a otro día.
- Los traslados frecuentes a otros centros, a los que los internos están sujetos, también hacían que el interno no estuviera presente el día que estaba citado para la sesión y teníamos que pasar al interno de reserva.
- El medio penitenciario es exigente y los cambios de humor de los entrevistados pueden llegar a impedir, interrumpir o cancelar una entrevista previamente pactada y aceptada. En nuestro caso, algunas sesiones se alargaron más de lo previsto debido a ello.

Estas razones han hecho que el proceso de la recogida de los datos haya sido especialmente laborioso, siendo necesario revisar el tiempo estimado inicialmente para completar todos los cuestionarios de la muestra seleccionada, resultando ser mucho mayor y dilatado de lo que se programó inicialmente.

2.5. Análisis de datos

Una vez finalizada la recogida de datos, se procedió a eliminar aquellas entrevistas, y cuestionarios que no habían sido debidamente cumplimentados en el caso del cuestionario IPDE, siendo su total de una. A continuación se procedió a codificar las variables con sus respuestas, introduciendo las mismas en la base de datos creada para tal fin. Para la realización de los análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS 17.0.

CAPÍTULO VI

Resultados

En este capítulo se exponen los resultados obtenidos del análisis empírico realizado. En primer lugar, en el Apartado 1 se presenta un **análisis de la muestra** que incluye una descripción de sus **principales características** sociodemográficas, penales (tipo de delito y reincidencia) y de salud (tanto antecedentes psiquiátricos familiares como antecedentes clínicos del interno). A continuación, en los Apartados 2 y 3 se realiza un estudio exhaustivo de la **prevalencia de trastorno mental** y de los probables trastornos de personalidad respectivamente. El Apartado 4 se dedica a la descripción del **perfil psicopatológico del enfermo mental en prisión** a partir del cruce de los dos ejes anteriores (trastorno mental y trastorno de personalidad). En el Apartado 5 se analiza el **consumo, abuso y dependencia de sustancias**. Finalmente, en el Apartado 6 se evalúa la relación de los distintos **trastornos mentales y de personalidad** con el tipo de **delito** cometido y la **reincidencia** delictiva.

1. CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA, PENAL Y CLÍNICA DE LA MUESTRA

1.1. Características sociodemográficas

La muestra del estudio estaba integrada por 184 varones mayores de edad internos en los centros penitenciarios de Ocaña I, Ocaña II y Madrid VI, situándose la media de edad en 39,55 años ($DE = 11,33$). En la Tabla 8 se presenta la distribución de frecuencias de la muestra en relación con distintas **características sociodemográficas**: edad, lugar de nacimiento, situación de residencia en España, nivel máximo de estudios alcanzados y situación laboral antes del ingreso.

A partir de la información recogida en la Tabla 8, cabe destacar que el 59,3% tenía entre **30 y 49 años**. En cuanto al lugar de nacimiento, el 54,9% indicó haber nacido en **España**, correspondiendo el porcentaje más alto entre los extranjeros a los procedentes de América Latina (26,6%), seguido de Europa y África (10,3% y 7,6% respectivamente). De los 64 extranjeros que no procedían de países de la Unión Europea (**extranjeros no comunitarios**), el 50% sí tenía **permiso de residencia y trabajo**, aunque un porcentaje muy elevado, el 35,9%, se encontraba en situación irregular en España. En relación con el nivel de estudios, predominaban en la muestra internos con **estudios primarios completos e incompletos** (32,1% y 22,3% respectivamente),

situándose el porcentaje de personas con estudios secundarios en el 31%. Atendiendo a la situación laboral antes del ingreso al centro penitenciario, el 61,3% estaba **empleado** frente al 35,8% que se encontraba en situación de desempleo. Por último, en relación con el **estado civil**, casi el 50% de los sujetos estaban solteros.

Tabla 8. Características sociodemográficas.

Variable	n	%
Edad (N = 182)		
20 a 29 años	41	22,5%
30 a 39 años	54	29,7%
40 a 49 años	54	29,7%
50 a 59 años	22	12,1%
60 años o más	11	6,0%
Lugar de nacimiento (N = 184)		
España	101	54,9%
África	14	7,6%
América Latina	49	26,6%
Asia	1	0,5%
Europa	19	10,3%
América del Norte	0	0,0%
Situación de residencia en España de los extranjeros no comunitarios (N = 64)		
Permiso de residencia y trabajo	32	50,0%
Permiso de residencia	7	10,9%
Permiso de estudiante	1	1,6%
Situación irregular	23	35,9%
No procede/no costa	1	1,6%
Nivel de estudios (N = 184)		
No sabe leer/escribir	2	1,1%
Estudios primarios incompletos	41	22,3%
Estudios primarios completos	59	32,1%
Estudios secundarios	57	31,0%
Estudios universitarios	22	12,0%
Otros	3	1,6%
Situación laboral antes del ingreso (N = 173)		
Empleado	106	61,3%
Desempleado	62	35,8%
Otros	5	2,9%
Estado civil (N = 184)		
Soltero	91	49,5%
Casado o en pareja	53	28,8%
Separado o divorciado	36	19,6%
Viudo	4	2,2%

1.2. Características penales

En cuanto a las características penales, se analiza, en primer lugar, el **tipo de delito** por el que cumplían condena. Como se observa en la Tabla 9, el 33,2% de la muestra lo hacía por delitos contra la **salud pública**, el 20,7% por **robo con violencia** y el 11,4% por **robo con intimidación**. A continuación se situaban los delitos de violencia doméstica, con un porcentaje del 9,2%, y los de robo sin intimidación y sin violencia,

ambos con un porcentaje del 7,1%. El resto de delitos registraban porcentajes comprendidos entre el 5,4%, en el caso de las lesiones, y el 0,5%, en el caso de quebrantamiento de condena. La categoría que aglutinaba otro tipo de delitos registraba un porcentaje del 20,8%.

Tabla 9. Tipo de delito por el que cumple condena: porcentaje de sujetos que sí ha cometido cada tipo de delito.

Tipo de delito	%
Homicidio	4,9%
Tentativa homicida	3,3%
Asesinato	2,7%
Delito sexual	4,9%
Violencia doméstica	9,2%
Lesiones	5,4%
Robo con violencia	20,7%
Robo con intimidación	11,4%
Robo sin intimidación	7,1%
Robo sin violencia	7,1%
Delito contra la salud pública	33,2%
Quebrantamiento de condena	0,5%
Incendios	1,1%
Amenazas/coacciones	1,6%
Otro	20,8%

Si se realiza un análisis agregado de los distintos delitos presentados en la Tabla 9 en las categorías de **delitos contra las personas** (que incluiría homicidio, tentativa homicida, asesinato, delito sexual, violencia doméstica, lesiones, robo con violencia, robo con intimidación y amenazas/coacciones), **la propiedad** (que incluiría el robo sin intimidación, el robo sin violencia y los incendios) y **la salud pública**, se observa que el 51,1% de la muestra estaba cumpliendo condena por algún tipo de delito contra las personas, un 12,5% por delitos contra la propiedad y, como ya se comentó en el párrafo anterior, un 33,2% por delitos contra la salud pública.

El **tiempo** medio de la **condena** fue de 7,81 años (DE = 4,53), mientras que el tiempo **transcurrido** de cumplimiento de la misma se situaba en 4 años (DE = 3,32), siendo el **tiempo** medio restante **hasta la libertad** de 3,81 años (DE = 3,04). En cuanto al **régimen penitenciario**, el 96,6% estaba en régimen de **segundo grado**, mientras que 2,9% y el 0,6% se encontraban en régimen de tercer grado y de primer grado penitenciario respectivamente.

Para realizar un análisis más exhaustivo, se estudió si existía alguna **relación del tipo de delito** (agregados en las categorías de contra las personas, la propiedad y la salud pública) con el consumo, el abuso y la dependencia de sustancias (alcohol y otras sustancias no alcohólicas). Estos resultados se presentan en las Tablas 10-12 respectivamente.

Como se observa en el Tabla 10, el **consumo de sustancias** se relacionó significativamente con los **delitos contra la propiedad** ($p = 0,048$). En concreto, se comprobó

que el porcentaje de sujetos condenados por este tipo de delitos era mayor entre los que reconocieron sí haber consumido algún tipo de sustancias a lo largo de su vida (16,1%) que entre los que refirieron no haberlo hecho (6,1%). En el caso de los delitos contra las personas y la salud pública, no se encontró asociación estadística con el consumo de sustancias ($p > 0,05$).

Tabla 10. Relación entre consumo de sustancias a lo largo de la vida y tipo de delito.

Tipo de delito	Consumo sustancias vida (% columna)			Chi-cuadro (p)
	No ($n = 66$)	Sí ($n = 118$)	Total	
Delito contra las personas				0,150
No	56,1%	44,9%	48,9%	
Sí	43,9%	55,1%	51,1%	
Delito contra la propiedad				0,048
No	93,9%	83,9%	87,5%	
Sí	6,1%	16,1%	12,5%	
Delito contra la salud pública				0,710
No	65,2%	67,8%	66,8%	
Sí	34,8%	32,2%	33,2%	

En la Tabla 11 se observa que el **abuso de sustancias** únicamente se relacionó con los delitos contra la **salud pública**, ya que la significatividad asociada a la prueba de independencia Chi-Cuadrado se situó en 0,004 ($p < 0,01$). Así, el porcentaje de sujetos condenados por este tipo de delitos fue mayor entre los que sí señalaron haber abusado del consumo de sustancias a lo largo de su vida (64,7%) que entre los que no (29,9%).

Tabla 11. Relación entre abuso de sustancias a lo largo de la vida y tipo de delito.

Tipo de delito	Abuso sustancias vida (% columna)			Chi-cuadro (p)
	No ($n = 167$)	Sí ($n = 17$)	Total	
Delito contra las personas				0,060
No	46,7%	70,6%	48,9%	
Sí	53,3%	29,4%	51,1%	
Delito contra la propiedad				0,051
No	87,4%	88,2%	87,5%	
Sí	12,6%	11,8%	12,5%	
Delito contra la salud pública				0,068
No	70,1%	35,3%	66,8%	
Sí	29,9%	64,7%	33,2%	

En el caso de la **dependencia de sustancias**, como se observa en la Tabla 12, ésta se relacionaba significativamente con el hecho de estar condenado por **delitos contra las personas** ($p < 0,01$), pero no contra la propiedad o salud pública ($p = 0,051$ y $p = 0,068$, respectivamente). Concretamente, se observó que el porcentaje de sujetos condenados por delitos contra las personas fue mayor entre los que sí señalaron haber tenido dependencia de sustancias (61,3%) que entre los que no (40,7%).

Tabla 12. Relación entre dependencia de sustancias a lo largo de la vida y tipo de delito.

Tipo de delito	Dependencia sustancias vida (% columna)			Chi-cuadro (p)
	No (n = 91)	Sí (n = 93)	Total	
Delito contra las personas				0,005
No	59,3%	38,7%	48,9%	
Sí	40,7%	61,3%	51,1%	
Delito contra la propiedad				0,051
No	92,3%	82,8%	87,5%	
Sí	7,7%	17,2%	12,5%	
Delito contra la salud pública				0,068
No	60,4%	73,1%	66,8%	
Sí	39,6%	26,9%	33,2%	

Una vez analizado con detalle el tipo de delito por el que cumplía condena, se procede a presentar los datos relativos a la **reincidencia delictiva**. Como se observa en la Tabla 13, para el 58,2% de la muestra éste era su **primer ingreso en prisión**. No obstante, el 53,3% sí había estado sometido a procesos judiciales previos y un 54,6% había sido arrestado con anterioridad al ingreso actual.

Tabla 13. Reincidencia delictiva: primer ingreso en un centro penitenciario, procesos judiciales previos y arrestos anteriores.

Variable (N = 184)	n	%
Primer ingreso en un centro penitenciario		
No	77	41,8%
Sí	107	58,2%
Procesos judiciales previos		
No	86	46,7%
Sí	98	53,3%
Arrestos anteriores		
No	84	45,7%
Sí	100	54,3%

Adicionalmente, también se disponía de información sobre el número de ingresos, juicios y arrestos previos. Para el conjunto de la muestra, el número medio de ingresos en un centro penitenciario en su vida (descontando el ingreso actual) se situó en 1,32 ($DE = 3,02$), el de juicios (sin contar el actual) en 10,77 ($DE = 22,32$) y el de arrestos en 11,96 ($DE = 21,78$). La Tabla 14 (*ver tabla 14 en la página siguiente*) proporciona la distribución de frecuencias de estas tres variables.

Al igual que se hizo con el tipo de delitos, se analizó si la reincidencia, medida a partir de si se trataba o no el primer ingreso en prisión, (catalogados como no reincidentes el 58,2% y como reincidentes 41,8% respectivamente) se relacionaba estadísticamente con el consumo, el abuso y la dependencia de sustancias (alcohol y otras sustancias no alcohólicas). Estos resultados se presentan en las Tablas 15-17. (*ver tablas 15-17 en la página siguiente*)

Tabla 14. Número de ingresos, juicios y arrestos previos.

Variable (N = 184)	n	%
Número de ingresos previos (N = 184)		
Ninguno	107	58,2%
Uno	37	20,1%
De 2 a 5	31	16,8%
De 6 a 10	6	3,3%
Más de 10	3	1,6%
Número de procesos judiciales previos (N = 181)		
Ninguno	86	47,5%
Uno	23	12,7%
De 2 a 5	36	19,9%
De 6 a 10	13	7,2%
Más de 10	23	12,7%
Número de arrestos previos (N = 184)		
Ninguno	84	45,7%
Uno	24	13,0%
De 2 a 5	37	20,1%
De 6 a 10	18	9,8%
Más de 10	21	11,4%

Tabla 15. Relación entre consumo de sustancias a lo largo de la vida y reincidencia delictiva.

Tipo de delito	Consumo sustancias vida (% columna)			Chi-cuadro (p)
	No (n = 66)	Sí (n = 118)	Total	
Reincidente				0,003
No	72,7%	50,0%	58,2%	
Sí	27,3%	50,0%	41,8%	

Tabla 16. Relación entre abuso de sustancias a lo largo de la vida y reincidencia delictiva.

Tipo de delito	Abuso sustancias vida (% columna)			Chi-cuadro (p)
	No (n = 167)	Sí (n = 17)	Total	
Reincidente				0,108
No	56,3%	76,5%	58,2%	
Sí	43,7%	23,5%	41,8%	

Tabla 17. Relación entre dependencia de sustancias a lo largo de la vida y reincidencia delictiva.

Tipo de delito	Dependencia sustancias vida (% columna)			Chi-cuadro (p)
	No (n = 91)	Sí (n = 93)	Total	
Reincidente				<0,001
No	72,5%	44,1%	58,2%	
Sí	27,5%	55,9%	41,8%	

Como se observa en la Tabla 16, no existía relación estadísticamente significativa entre la reincidencia y el abuso de sustancias a lo largo de la vida ($p = 0,108$). Sin embargo, la prueba de independencia Chi-cuadrado presentada en la Tabla 15 sí sugirió la existencia de **asociación estadística** entre la **reincidencia** delictiva y el **consumo de**

sustancias a lo largo de la vida ($p = 0,003$). Así, la tasa de reincidencia fue menor entre los que no habían consumido sustancias a lo largo de su vida (27,3%) que entre los que sí lo habían hecho en alguna ocasión (50%). La **reincidencia** delictiva también se relacionó de manera significativa con la **dependencia de sustancias** ($p < 0,001$), tal y como se muestra en la Tabla 17. Nuevamente, la tasa de reincidencia fue menor entre los que no habían tenido dependencia de sustancias a lo largo de su vida (27,5%) que entre los que sí habían tenido dicha dependencia (55,9%).

Finalmente, para completar el estudio de las características penales, se procedió a realizar un análisis conjunto mediante **tabulaciones cruzadas** de la **reincidencia** delictiva y el **tipo de delito** por el que cumplen condena actualmente. Únicamente se encontró **asociación estadística** con la **reincidencia** delictiva en el caso de los delitos de **robo con violencia** ($p < 0,001$), de **robo con intimidación** ($p = 0,001$), de **robo sin intimidación** ($p = 0,008$) y **contra la salud pública** ($p < 0,001$). Los resultados se presentan en las Tablas 18-21. En el resto de casos, el nivel de significación asociado con la prueba de independencia Chi-cuadrado fue superior a 0,05, no siendo posible rechazar la hipótesis nula de ausencia de relación entre la reincidencia y los otros tipos de delitos.

Como se puede observar en las Tablas 18-20, la **tasa de reincidencia** fue **más alta** entre aquellos que sí estaban cumpliendo condena actualmente por **robo con violencia, con intimidación y sin intimidación** (76,3%, 72,2% y 76,9%, respectivamente) que entre los que no cumplían condena por estos tres delitos (32,9%, 37,4% y 39,2% respectivamente).

Por el contrario, en la Tabla 21 (*ver tabla 21 en la página siguiente*) se muestra que en el caso de los **delitos contra la salud pública**, la **tasa de reincidencia** resultó ser **más baja** entre los que sí estaban cumpliendo condena por este tipo de delitos (23%)

Tabla 18. Relación entre reincidencia y el robo con violencia.

Reincidencia	Robo con violencia (% columna)			Valor p (a)
	No ($n = 146$)	Sí ($n = 38$)	Total	
Reincidente				<0,001
No	67,1%	23,7%	58,2%	
Sí	32,9%	76,3%	41,8%	

Nota: (a) Chi-cuadrado, Chi-cuadrado corregida o Prueba exacta de Fisher, dependiendo de la magnitud de las frecuencias esperadas.

Tabla 19. Relación entre reincidencia y el robo con intimidación.

Reincidencia	Robo con intimidación (% columna)			Valor p (a)
	No ($n = 163$)	Sí ($n = 21$)	Total	
Reincidente				0,001
No	62,6%	23,8%	58,2%	
Sí	37,4%	76,2%	41,8%	

Nota: (a) Chi-cuadrado, Chi-cuadrado corregida o Prueba exacta de Fisher, dependiendo de la magnitud de las frecuencias esperadas.

Tabla 20. Relación entre reincidencia y el robo sin intimidación.

Reincidencia	Robo sin intimidación (% columna)			Valor p (a)
	No (n = 171)	Sí (n = 13)	Total	
Reincidente				0,008
No	62,6%	23,8%	58,2%	
Sí	37,4%	76,2%	41,8%	

Nota: (a) Chi-cuadrado, Chi-cuadrado corregida o Prueba exacta de Fisher, dependiendo de la magnitud de las frecuencias esperadas.

Tabla 21. Relación entre reincidencia y delito contra la salud pública.

Reincidencia	Delito contra la salud pública (% columna)			Valor p (a)
	No (n = 123)	Sí (n = 61)	Total	
Reincidente				<0,001
No	48,8%	77,0%	58,2%	
Sí	51,2%	23,0%	41,8%	

Nota: (a) Chi-cuadrado, Chi-cuadrado corregida o Prueba exacta de Fisher, dependiendo de la magnitud de las frecuencias esperadas.

1.3. Características de salud

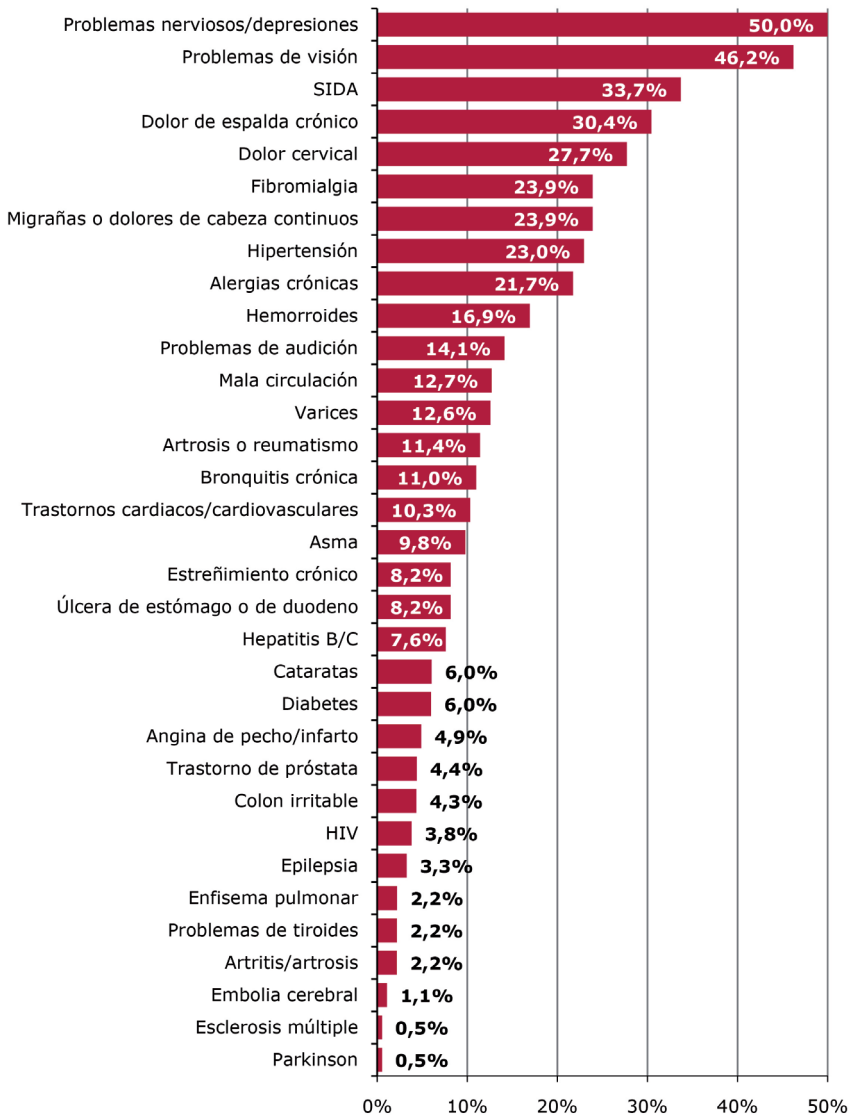
En este apartado se presenta un análisis descriptivo, tanto de los antecedentes psiquiátricos familiares como de los antecedentes clínicos de los internos que integran la muestra. Comenzado por los antecedentes psiquiátricos familiares (en la primera línea: padre, madre, hijos y/o hermanos), cabe señalar que un 60,6%, es decir un total de 109 sujetos, **indicó que en su familia no había ningún antecedente psiquiátrico**. Entre aquellos sujetos que sí indicaron la existencia de algún antecedente de este tipo, ordenados de **mayor a menor frecuencia**, estos fueron (Tabla 22): **depresión** (23,6%), **trastorno por uso de sustancias** (18,7%), **ansiedad** (13,7%), trastorno psicótico (6,1%) y trastorno de la personalidad (4,4%).

Tabla 22. Antecedentes psiquiátricos familiares en primera línea.

Variable	n	%
Antecedentes familiares de depresión (N = 182)		
No	139	76,4%
Sí	43	23,6%
Antecedentes familiares de ansiedad (N = 182)		
No	157	86,3%
Sí	25	13,7%
Antecedentes familiares de Trastorno de la Personalidad (N = 181)		
No	173	95,6%
Sí	8	4,4%
Antecedentes familiares de trastorno psicótico (N = 181)		
No	170	93,9%
Sí	11	6,1%
Antecedentes familiares de trastorno por uso de sustancias (N = 182)		
No	148	81,3%
Sí	34	18,7%

En cuanto a los antecedentes clínicos del sujeto, el cuestionario recogía 33 **trastornos o enfermedades crónicas/as**. Como se observa en el Gráfico 1, los **problemas nerviosos/depresiones** y **problemas de visión** eran, con diferencia, los trastornos **más prevalentes** dentro de la muestra objeto de estudio, registrando porcentajes del 50% y 46,2% respectivamente. Otros trastornos como **SIDA** o **dolor de espalda crónico**, registraron porcentajes superiores al 30%. Dolor cervical, fibromialgia, migrañas o dolores de cabeza continuos, hipertensión y alergias crónicas se situaban con tasas de prevalencia comprendidas entre el 20% y el 30% en todos los casos.

Gráfico 1. Antecedentes clínicos: morbilidad crónica.



2. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA PREVALENCIA DE TRASTORNO MENTAL

El análisis de la prevalencia de trastorno mental se realizó a partir de los datos recopilados con la aplicación de la Entrevista Clínica SCID-I, obteniéndose información sobre la **prevalencia** del mismo tanto a lo largo de la **vida** como en el último mes. La prevalencia vida de trastorno mental fue del 90,2% y en el último **mes** fue del 52,2%.

Los resultados presentados en el Gráfico 2 (*ver Gráfico 2 en la página siguiente*), sobre la prevalencia de **episodios afectivos, trastornos del estado de ánimo y trastornos psicóticos a lo largo de la vida**, proporcionan una información muy interesante a la hora de conocer cuáles eran los más y menos frecuentes en la muestra analizada. Como se puede observar, el 35,3% de los internos había sufrido un **episodio depresivo mayor** a lo largo de su vida. El **trastorno depresivo mayor** fue el segundo más frecuente, con una prevalencia del 28,3%. El **trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias** fue el tercero más frecuente, con una prevalencia del 20,7%. Entre los trastornos de tipo **psicótico**, el **trastorno psicótico inducido por sustancias** registró una tasa de prevalencia del 13%, mientras que la **esquizofrenia** alcanzó una tasa del 11,4%. En sexto lugar se situaban el **trastorno distímico** y el **episodio maniaco**, ya con una prevalencia inferior al 10%.

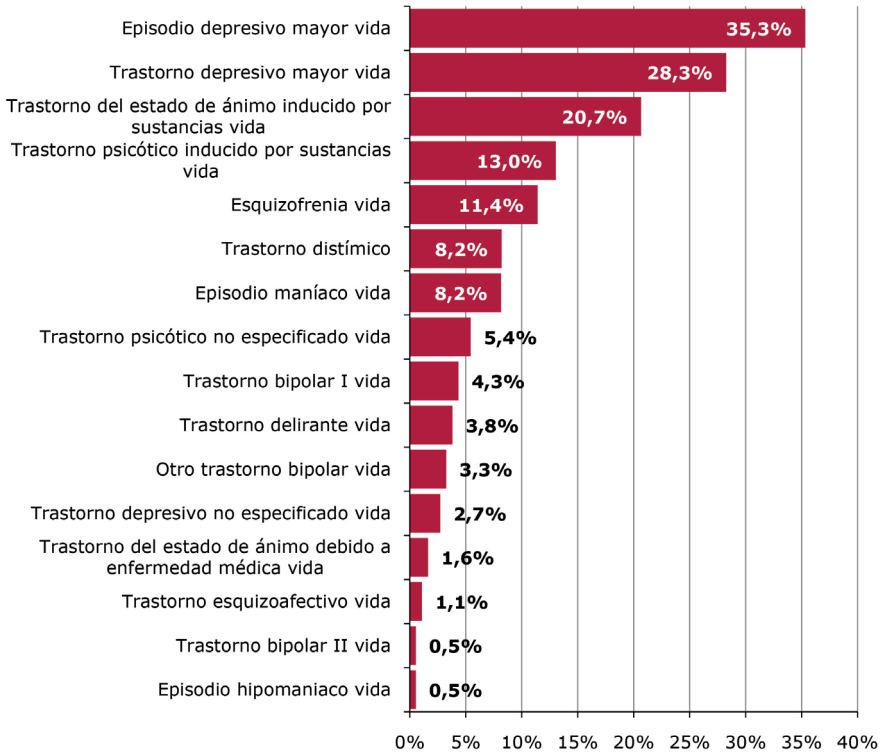
A la vista de estos resultados, cabe señalar que los episodios afectivos y los trastornos psicóticos eran, con diferencia, los más prevalentes a lo largo de la vida de los internos que integraban la muestra. También se puede destacar el hecho de que los trastornos del estado de ánimo y psicóticos, en ambos casos inducidos por sustancias, se encuentran entre los cinco más prevalentes.

Como ya se comentó anteriormente, la SCID-I también permitió la recogida de información sobre la prevalencia de **episodios afectivos, trastornos del estado de ánimo y trastornos psicóticos en el último mes** (Gráfico 3). Al igual que ocurría con los datos de prevalencia a lo largo de la vida, el **episodio depresivo mayor** fue el más prevalente en el último mes, con una tasa del 12,5%. En segundo lugar, se situaba la esquizofrenia, con una prevalencia próxima al 10%. Los trastornos del **estado de ánimo y psicótico inducidos por sustancias** se situaban como los terceros y los cuartos más prevalentes (6,5% y 5,4% respectivamente). En quinto lugar, se situaba el **trastorno delirante**, con una tasa de prevalencia del 3,3%. El resto de trastornos registró tasas comprendidas entre el 2,2% y el 0,5%.

Una vez analizada la prevalencia de los episodios afectivos, los trastornos del estado de ánimo y los trastornos psicóticos, se procedió al estudio de los trastornos de ansiedad. De manera análoga a la detallada anteriormente, se realizó un análisis tanto para la prevalencia vida (Gráfico 4) como para la prevalencia mes (Gráfico 5).

Como se observa en el Gráfico 4, los **trastornos de ansiedad** más prevalentes **a lo largo de la vida** fueron, en este orden, los siguientes: el **trastorno por estrés postraumático** (22,8%), la **fobia específica** (22,3%), la **agorafobia sin historia de trastorno de angustia** (10,3%), el **trastorno de ansiedad inducido por sustancias** (9,8%) y el **trastorno-obsesivo compulsivo** (8,2%). Dentro de las fobias específicas, las más recurrentes eran las de tipo ambiental y las de sangre-inyecciones-daño que,

Gráfico 2. Prevalencia de episodios afectivos, trastornos del estado de ánimo y trastornos psicóticos a lo largo de la vida.



conjuntamente, representaban el 68,3% de dichas fobias, la de tipo animal suponía el 24,4% y otras fobias específicas el 7,3% restante. En cuanto a los trastornos de ansiedad inducidos por sustancias, el 72,2% estaban relacionados con el consumo de cocaína (ya sea por consumo exclusivo de ésta o en combinación con otras sustancias). Además, dentro de estos trastornos de ansiedad inducidos por sustancias, cabe destacar que el 61,1% estaban acompañados de crisis de angustia.

En el Gráfico 5 se presenta la prevalencia de **trastornos de ansiedad en el último mes**, siendo el **trastorno obsesivo-compulsivo** y el **trastorno por estrés posttraumático** los dos más frecuentes, con porcentajes del 7,6% y 6% respectivamente.

Finalmente, se procedió al estudio de los **trastornos somatomorfos, los trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos adaptativos**. En este caso, se realizó un análisis exclusivamente **a lo largo de la vida** (Gráfico 6). Como se observa, en el caso de los trastornos somatomorfos, sólo un 5,4% había sufrido alguno relacionado con la somatización o la hipocondría, mientras que un 3,3% había sufrido un trastorno dismórfico corporal. Los trastornos de la conducta alimentaria, bulimia nerviosa y anorexia nerviosa, registraron tasas de prevalencia del 3,3 y 1,1%, respectivamente. El trastorno adaptativo registró una prevalencia inferior al 3%.

Gráfico 3. Prevalencia de episodios afectivos, trastornos del estado de ánimo y trastornos psicóticos en el último mes.

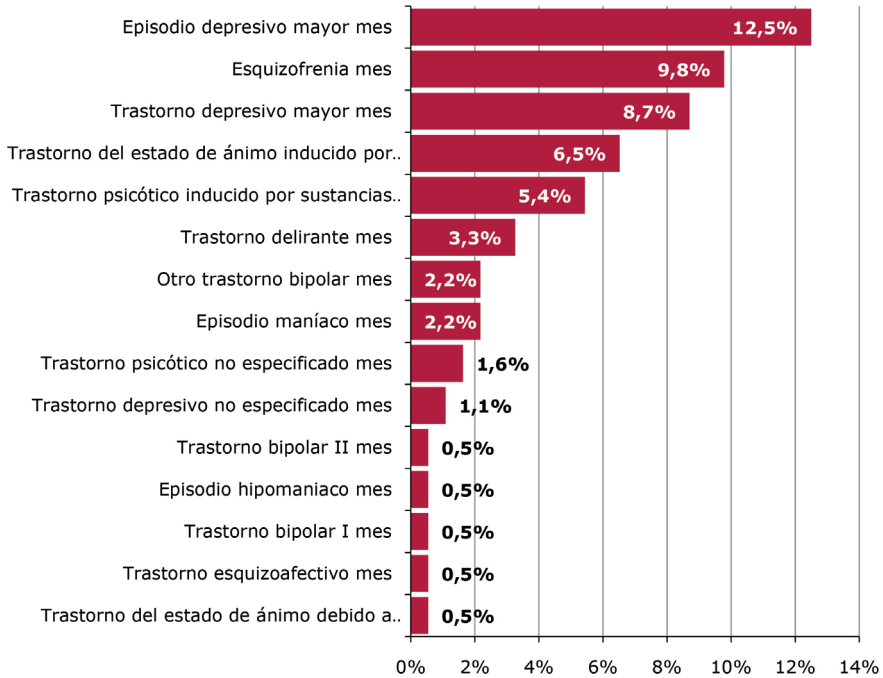


Gráfico 4. Prevalencia de trastornos de ansiedad a lo largo de la vida.

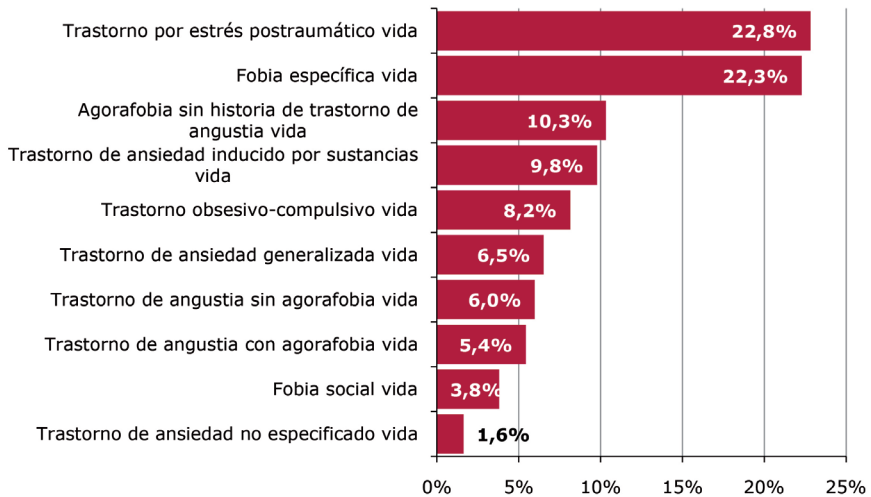


Gráfico 5. Prevalencia de trastornos de ansiedad en el último mes.

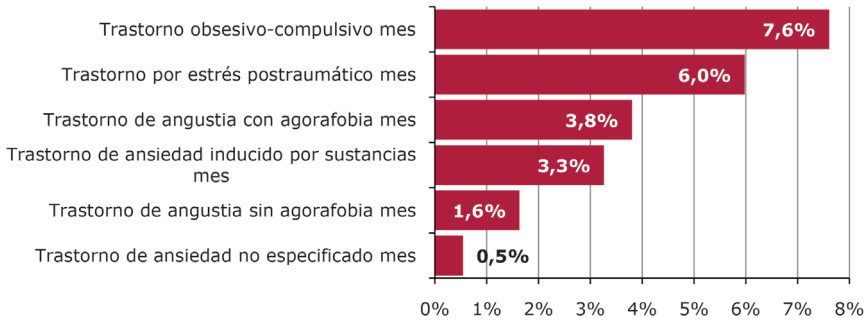
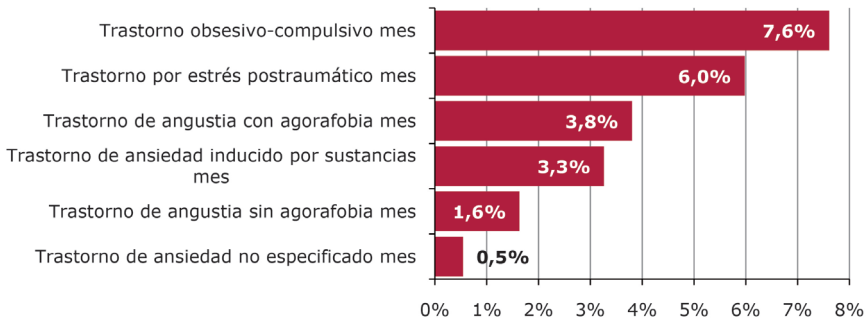


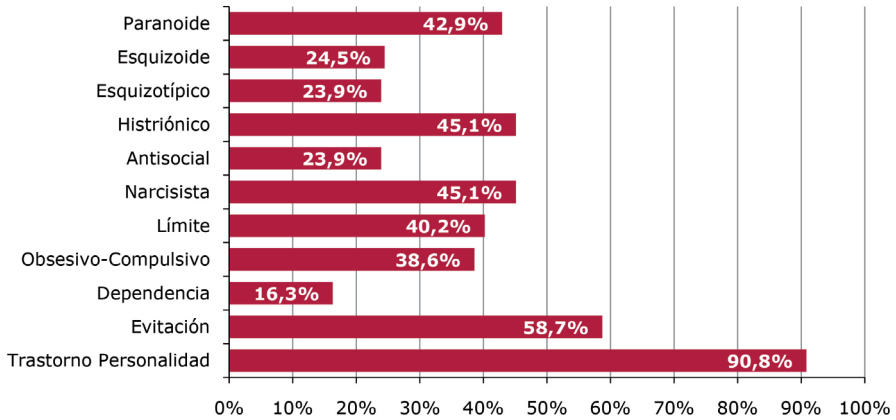
Gráfico 6. Prevalencia de trastornos somatomorfos, de la conducta alimentaria y adaptativos a lo largo de la vida.



3. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

Los datos relativos a los probables trastornos de personalidad procedían de la aplicación del Cuestionario IPDE. En primer lugar, se analizó el **porcentaje de sujetos de la muestra que tenía cada uno de los 10 rasgos considerados**, así como la proporción de internos que presentaban probabilidad de tener algún trastorno de personalidad. Estos resultados se presentan en el Gráfico 7. De los tres trastornos que conforman el **Cluster A** (trastorno paranoide, trastorno esquizoide y trastorno esquizotípico), el **trastorno paranoide de la personalidad** era, con diferencia, el **más frecuente**, registrando un porcentaje del 42,9%. Dentro del **Cluster B** (trastorno histriónico, trastorno antisocial, trastorno narcisista y trastorno límite), las frecuencias más elevadas correspondían a los trastornos **histriónico de la personalidad** y **trastorno narcisista de la personalidad** (45,1% en ambos casos). Por último, entre los trastornos que se integran dentro del **Cluster C** (trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por dependencia y trastorno evitativo), el trastorno evitativo de la personalidad era el más frecuente con un porcentaje del 58,7%. Por otro lado, como se observa también en el Gráfico 7, el 90,8% de los internos presentaba probabilidad de sufrir algún tipo de **trastorno de la personalidad**.

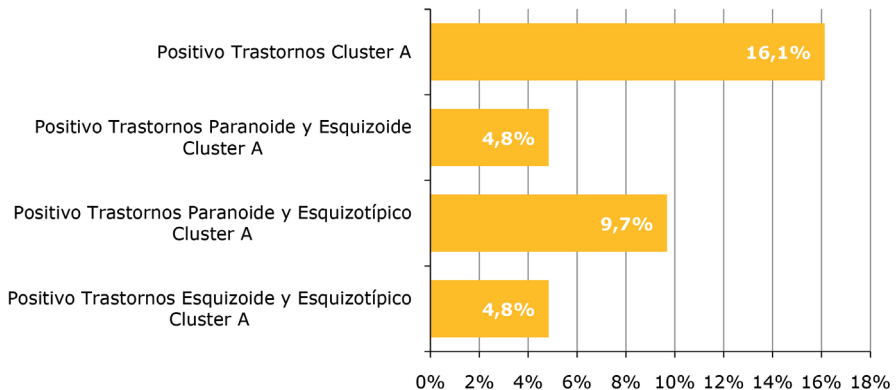
Gráfico 7. Rasgos de Personalidad: porcentaje de sujetos que sí tenía cada rasgo.



Una vez realizado el análisis de forma independiente de los distintos trastornos de personalidad, se procedió al **estudio de los mismos de manera agrupada o conjunta**, siguiendo la clasificación descrita anteriormente (es decir, en los denominados **Cluster A, Cluster B y Cluster C**).

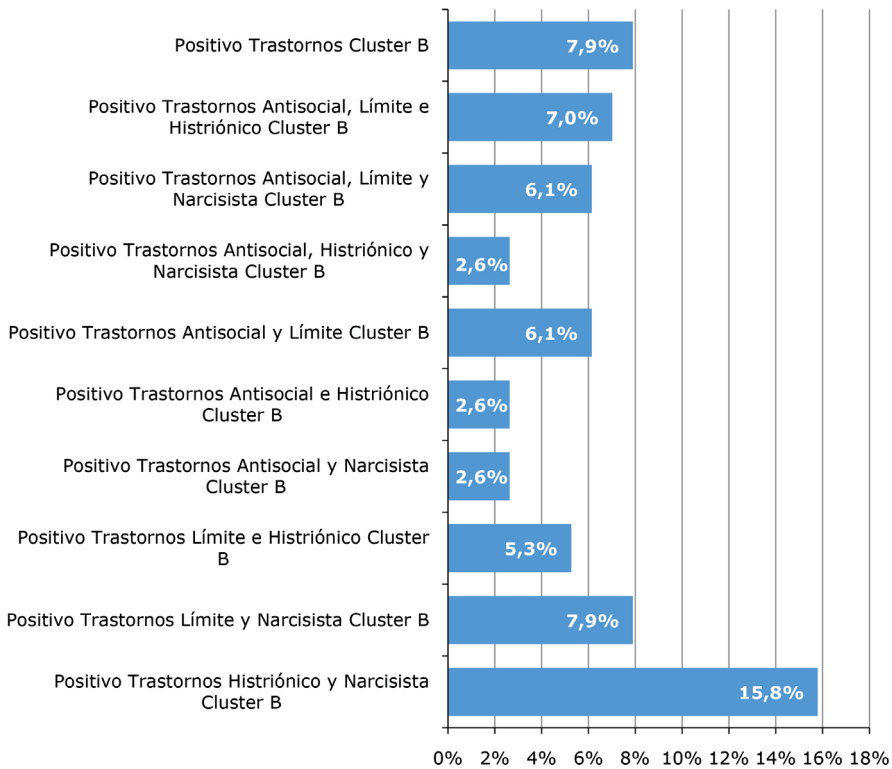
Los resultados relativos al **Cluster A** aparecen recogidos en el Gráfico 8. Previamente, aunque esta información no se presenta en dicho Gráfico, es importante señalar que el **64,5%** de los sujetos fue clasificado en la categoría de **negativo** en este Cluster. Dentro de los que sí fueron categorizados dentro de alguna de las condiciones de positivo, el **16,1%** fue diagnosticado simultáneamente de los **tres trastornos que componen el Cluster A**, un 9,7% lo fue de trastorno paranoide y esquizotípico, mientras que un 4,8% lo fue de trastorno paranoide y esquizoide o de trastorno esquizoide y esquizotípico.

Gráfico 8. Porcentaje de sujetos con positivo en el Cluster A.



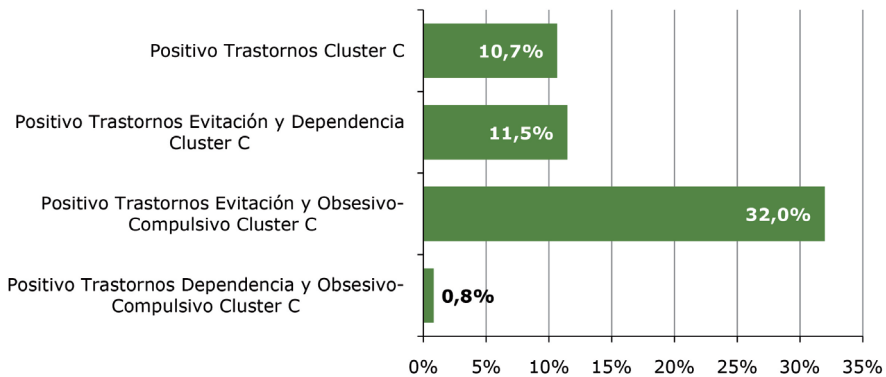
En cuanto al Cluster B, el **36%** puntuó **negativo** en los cuatro trastornos que lo integran. El porcentaje de internos que puntuaron positivo aparece en el Gráfico 9. Destaca que el **15,8%** presentaba trastorno **histriónico y narcisista**, un 7,9% trastorno **límite y narcisista** y un 7% presentaba a la vez **trastorno antisocial, trastorno límite y trastorno histriónico**. El resto de combinaciones de trastornos del Cluster B registró porcentajes comprendidos entre el 6,1%, en los casos positivos en los trastornos antisocial, límite y narcisista y en los trastornos antisocial y límite, y el 2,6%, en los trastornos antisocial, histriónico y narcisista, en los trastornos antisocial e histriónico y en los trastornos antisocial y narcisista.

Gráfico 9. Porcentaje de sujetos con positivo en el Cluster B.



En relación con el **Cluster C**, un **45,1%** fue clasificado en la categoría de negativo en los tres trastornos del mismo. Entre los diagnosticados de varios trastornos de este Cluster, el porcentaje más elevado correspondió a los que tenían simultáneamente un trastorno **evitativo y trastorno obsesivo-compulsivo** de la personalidad (**32%**), seguido de los que presentaban un trastorno de evitación combinado con dependencia (11,5%) y de los que presentaban los tres trastornos que componen el Cluster C simultáneamente (10,7%). Únicamente el 0,8% fue diagnosticado de trastorno de dependencia y obsesivo-compulsivo.

Gráfico 10. Porcentaje de sujetos con positivo en el Cluster C.



4. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL PERFIL PSICOPATOLÓGICO DEL ENFERMO MENTAL EN PRISIÓN

A partir del cruce de los dos ejes anteriores (trastorno mental y trastornos de personalidad) fue posible extraer información sobre el perfil psicopatológico del enfermo mental en prisión.

En primer lugar, se analizó en el **Eje I - Trastorno Mental** el porcentaje de internos que no sufría ningún trastorno mental (9,8%), el que sufría **un** trastorno mental (12,5%) o **dos o más** (77,7%). En cuanto al **Eje II - Trastorno de personalidad**, un 9,2% no tenía ningún trastorno de personalidad, un 10,3% tenía uno y el **80,4% dos o más**. Por tanto, se observó que en ambos casos era **muy habitual la concurrencia de dos o más trastornos mentales o de personalidad** simultáneamente (Tabla 23).

Tabla 23. Ejes I -Trastorno mental y II - Trastorno de personalidad.

Variable (N = 184)	n	%
Eje I		
Ningún trastorno mental	18	9,8%
Un trastorno mental	23	12,5%
Dos o más trastornos mentales	143	77,7%
Eje II		
Ningún trastorno mental	17	9,2%
Un trastorno mental	19	10,3%
Dos o más trastornos mentales	148	80,4%

Adicionalmente, se evaluó en qué medida se combinaban los trastornos del Eje I con los del Eje II. Los resultados presentados en la Tabla 24 fueron realmente ilustrativos, ya que se observó que el **83,2%** de los sujetos con **algún trastorno mental también fueron diagnosticados de al menos un trastorno de personalidad**. Únicamente un 2,2% de los sujetos que formaban parte de la muestra no sufrían ningún trastorno mental ni de personalidad.

Tabla 24. Combinación del Eje I y II.

Combinación del Eje I y II ((N = 184)	n	%
No Trastorno Mental - No trastorno de personalidad	4	2,2%
No Trastorno Mental - Si trastorno de personalidad	14	7,6%
Si Trastorno Mental - No trastorno de personalidad	13	7,1%
Si Trastorno Mental - Sí trastorno de personalidad	153	83,2%

5. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL CONSUMO, ABUSO Y DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS

En este apartado se presenta un análisis descriptivo del consumo, abuso y dependencia de sustancias. En los dos últimos casos, es decir, para el abuso y la dependencia, se exponen los resultados tanto para toda la vida como para el último mes.

Comenzando por el **consumo de sustancias a lo largo de la vida**, los resultados se muestran en la Tabla 25. Lo primero que se puede destacar es que el **64,1%** afirmó haber consumido **algún tipo de sustancia** (excluido el alcohol) **a lo largo de su vida**. Otros datos dignos de comentar son los referentes a la existencia de experiencia previa con el consumo de las distintas sustancias consideradas (sedantes, cannabis, estimulantes, opioides, cocaína, alucinógenos y otras sustancias). De forma concreta, el porcentaje de internos que indicó sí haber consumido **cannabis o cocaína** en alguna ocasión a lo largo de su vida, se situó en el 59,2% y 57,1% respectivamente. El 33,7% había consumido sedantes en alguna ocasión, el 33,2% opioides y el 32,1% alucinógenos. Los porcentajes para estimulantes y otras sustancias se situaron por debajo del 30% en ambos casos.

En cuanto al **abuso de sustancias**, los resultados de la Tabla 26 muestran que el porcentaje de sujetos que afirmó haber abusado de alguna sustancia (excluido el alcohol) **a lo largo de su vida y en el último mes se situó en el 9,2% y 2,2%**, respectivamente. El abuso de sustancias a lo largo de su vida se relacionó principalmente con la cocaína (5,4%) y el cannabis (4,9%), mientras que en el último mes se vinculó casi exclusivamente al cannabis (2,2%). En cuanto al **alcohol**, el **8,2%** señaló haber abusado del mismo **a lo largo de su vida** y un 0,5% afirmó haberlo hecho en el último mes.

Tabla 25. Consumo de sustancias (excluido alcohol).

Variable (N = 184)	n	%
Consumo de sedantes		
No	122	66,3%
Sí	62	33,7%
Consumo de cannabis		
No	75	40,8%
Sí	109	59,2%
Consumo de estimulantes		
No	133	72,3%
Sí	51	27,7%
Consumo de opioides		
No	123	66,8%
Sí	61	33,2%
Consumo de cocaína		
No	79	42,9%
Sí	105	57,1%
Consumo de alucinógenos		
No	125	67,9%
Sí	59	32,1%
Consumo de otras sustancias		
No	138	75,0%
Sí	46	25,0%
Consumo de cualquier sustancia excluido alcohol		
No	66	35,9%
Sí	118	64,1%

Tabla 26. Abuso de sustancias a lo largo de la vida o en el último mes: porcentaje de sujetos que sí ha abusado.

Variable (N = 184)	%
Abuso a lo largo de su vida de...	
Cannabis	4,9%
Cocaína	5,4%
Alucinógenos	0,0%
Inhalantes	0,0%
Opioides/sedantes	0,0%
Otras sustancias	0,0%
Cualquier sustancia excluido alcohol	9,2%
Alcohol	8,2%

(continúa en la página siguiente)

Tabla 26. Abuso de sustancias a lo largo de la vida o en el último mes: porcentaje de sujetos que sí ha abusado. *continuación*

Variable (N = 184)	%
Abuso en el último mes de...	
Cannabis	2,2%
Cocaína	0,0%
Alucinógenos	0,0%
Inhalantes	0,0%
Opioides/sedantes	0,0%
Otras sustancias	0,0%
Cualquier sustancia excluido alcohol	2,2%
Alcohol	0,5%

Finalmente, en los Gráficos 11 y 12 se muestra el porcentaje de sujetos que sí ha tenido dependencia a lo largo de la vida y en el último mes, respectivamente.

Comenzando por los datos presentados en el Gráfico 11, un **50,5%** declaró haber tenido **dependencia de alguna sustancia a lo largo de su vida**. En concreto, el 37% declaró haber sido dependiente del **alcohol** y un 34,2% de la **cocaína**. La tasa de dependencia de inhalantes a lo largo de la vida se situó en el 18,5%, mientras que la del cannabis fue de 11,4%. En el resto de casos, las tasas de dependencia se encontraban por debajo del 2%.

Los datos de dependencia de sustancias en el último mes (Gráfico 12) difieren sustancialmente de los comentados en el párrafo anterior. Lógicamente, el porcentaje de internos que sí ha tenido **dependencia de alguna sustancia en el último mes** era mucho más bajo, situándose en el **12%**. Las tasas de dependencia más altas se relacionaban con el **cannabis** y el **alcohol**, siendo el porcentaje en ambos casos del 7,6%.

Gráfico 11. Dependencia de sustancias a lo largo de la vida: porcentaje de sujetos que sí ha tenido dependencia.

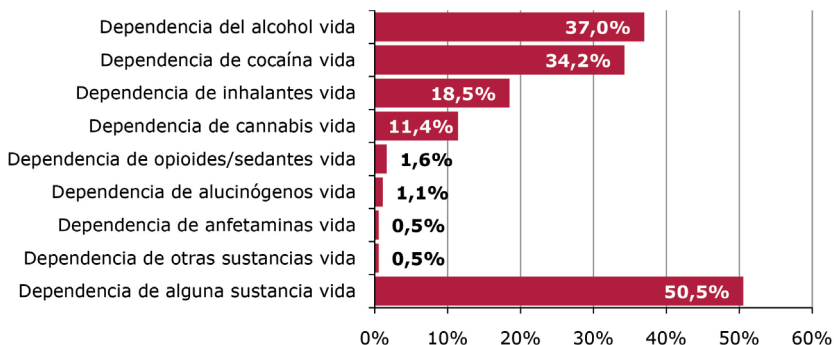
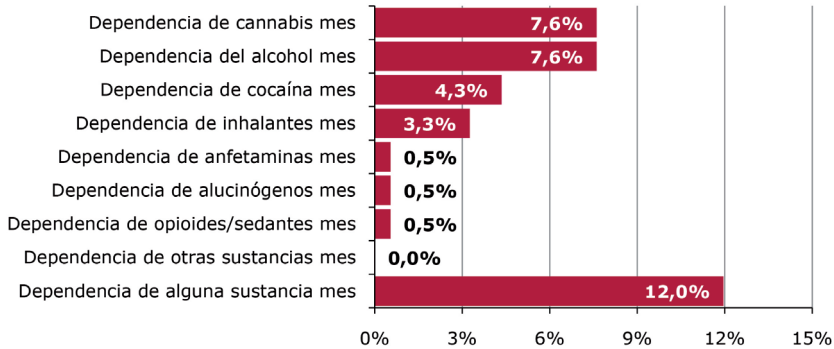


Gráfico 12. Dependencia de sustancias en el último mes: porcentaje de sujetos que sí ha tenido dependencia.



6. ANÁLISIS DE LA RELACIÓN DEL TRASTORNO MENTAL Y DE PERSONALIDAD CON EL TIPO DE DELITO Y LA REINCIDENCIA DELICTIVA

En este apartado se presentan desglosados en **cuatro sub-epígrafes** diferentes los resultados relativos al **análisis bivariante** de la relación entre el trastorno mental y las variables tipo de delito (Apartado 6.1) y reincidencia delictiva (Apartado 6.2), así como entre el trastorno de personalidad y tipo de delito (Apartado 6.3) y reincidencia delictiva (Apartado 6.4). En todos estos casos se recurre al uso de **tablas de contingencia o tabulaciones cruzadas**, empleándose **la prueba de independencia Chi-cuadrado, el Chi-cuadrado corregido o la prueba exacta de Fisher** (dependiendo de la magnitud de las frecuencias esperadas) para testar la posible existencia de relación estadística entre las variables consideradas. En todas estas pruebas, la hipótesis nula que se somete a contrastación es la ausencia de relación entre las variables. Si el **nivel de significación** asociado a la prueba en cuestión es **inferior a 0,05**, se rechaza la hipótesis nula y se concluye que **ambas variables no son independientes**. Si, por el contrario, el nivel de significación es superior a 0,05, no es posible rechazar la hipótesis nula y se concluye que ambas variables no están estadísticamente relacionadas.

Los dos últimos sub-epígrafes se dedican al **análisis multivariado** del tipo de delito (Apartado 6.5) y de la reincidencia delictiva (Apartado 6.6). En ellos se estiman **regresiones logísticas binarias** para explicar los factores asociados a estas dos variables. La elección de este tipo de regresión se debe a la naturaleza dicotómica (Sí/No ha cometido el delito – Sí/No es un sujeto reincidente) de las variables dependientes o de respuesta objeto de estudio.

6.1. Relación entre trastorno mental y tipo de delito

Los resultados relativos a la **existencia o no de relación estadística entre trastorno mental y tipo de delito** aparecen recogidos en la Tabla 27. Antes de comenzar a explicar con detalle los principales hallazgos obtenidos, es importante matizar que no fue posible relacionar absolutamente todos los delitos (detallados en el Apartado 1.2) con los diferentes trastornos mentales (detallados en el Apartado 2). En este sentido, en aquellos casos en los que el número de sujetos en alguna de las categorías de res-

puesta de las variables implicadas en el análisis era muy bajo, la tabulación cruzada de cada par de variables arrojaba frecuencias nulas o muy bajas. Esta circunstancia mermaba la potencia estadística de la prueba de independencia utilizada (Chi-cuadrado, Chi-cuadrado corregido o prueba exacta de Fisher, dependiendo de la magnitud de las frecuencias esperadas) e imposibilitaba extraer conclusiones sólidas desde el punto de vista estadístico.

Atendiendo a lo descrito en el párrafo anterior, **sólo fue posible relacionar estadísticamente los siete delitos más frecuentes en la muestra** (que fueron los de violencia doméstica, robo con violencia, robo con intimidación, robo sin intimidación, robo sin violencia, delito contra la salud pública y otros) **con los trastornos mentales más prevalentes** (los trece que aparecen recogidos por columnas en la Tabla 27).

A partir de los resultados presentados en la Tabla 27, se comprobó que el hecho de haber sufrido a lo largo de la vida un **episodio maniaco**, un **trastorno dístimico**, **esquizofrenia**, un **trastorno depresivo mayor**, un **trastorno obsesivo-compulsivo**, un **trastorno por estrés postraumático**, un **trastorno de ansiedad inducido por sustancias**, una **fobia específica** o un **trastorno de ansiedad generalizada** no se relacionaba estadísticamente con haber cometido ninguno de los siete tipos de delitos considerados ($p > 0,05$). Sin embargo, si se encontró una **asociación estadísticamente significativa** entre las variables: episodio depresivo mayor y delito contra la salud pública ($p = 0,03$); trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias y robos con violencia ($p < 0,001$) e intimidación ($p = 0,003$); trastorno psicótico inducido por sustancia y robo con violencia ($p = 0,03$); y agorafobia sin historia de trastorno de angustia y delito contra la salud pública ($p = 0,03$). En todos estos casos, se presentan las correspondientes tablas de contingencia (Tablas 28-31) para explicar detalladamente el sentido de dicha relación.

En la Tabla 28 se observa que haber sufrido un **episodio depresivo mayor** a lo largo de la vida se relacionaba con un menor riesgo en la comisión **de los delitos contra la salud pública**. En concreto, se comprobó que el porcentaje de condenados por delitos contra la salud pública era menor entre los que sí han tenido un episodio depresivo mayor a lo largo de su vida (22,1%) que entre los que no han tenido este tipo de trastorno mental (38,7%).

Tabla 27. Pruebas de independencia para la relación entre Trastorno Mental y tipo de delito.

Tipo de delito	Valor <i>p</i> (a)											
	Episodio depresivo mayor vida	Episodio maníaco vida	Trastorno distímico vida	Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias vida	Esquizofrenia vida	Trastorno psicótico inducido por sustancias vida	Trastorno depresivo mayor vida	Trastorno obsesivo-compulsivo vida	Trastorno por estrés posttraumático vida	Agorafobia sin historia de trastorno de angustia vida	Fobia específica vida	Trastorno de ansiedad generalizada vida
Violencia doméstica	0,59	0,15	0,75	1,00	0,70	0,65	0,37	0,15	0,22	0,37	0,60	0,55
Robo con violencia	0,33	0,69	<0,001	0,70	0,03	0,36	0,20	0,87	0,53	0,84	0,08	0,10
Robo con intimidación	0,49	0,68	0,003	0,27	0,16	0,63	0,38	0,32	0,24	0,86	0,14	0,15
Robo sin intimidación	0,51	1,00	0,47	1,00	0,38	0,36	0,60	0,49	0,63	0,74	0,60	0,42
Robo sin violencia	0,77	1,00	0,29	0,37	0,68	0,76	0,29	0,08	0,14	0,49	1,00	0,35
Delito contra la salud pública	0,03	0,26	0,09	0,14	0,66	0,44	0,58	0,73	0,03	0,36	0,76	0,43
Otro	0,67	1,00	0,52	0,38	0,58	0,57	0,73	0,13	0,38	0,89	0,46	0,45

Nota: (a) Chi-cuadrado, Chi-cuadrado corregido o Prueba exacta de Fisher, dependiendo de la magnitud de las frecuencias esperadas. **Negrita:** valor $p < 0,05$.

Tabla 28. Relación entre episodio depresivo mayor a lo largo de la vida y delito contra la salud pública.

Tipo de delito	Episodio depresivo mayor vida (% columna)			Valor <i>p</i> (a)
	No (<i>n</i> = 119)	Sí (<i>n</i> = 65)	Total	
Delito contra la salud pública				0,03
No	61,3%	76,9%	66,8%	
Sí	38,7%	22,1%	33,2%	

Nota: (a) Chi-cuadrado, Chi-cuadrado corregida o Prueba exacta de Fisher, dependiendo de la magnitud de las frecuencias esperadas.

En la Tabla 29 se analiza la relación entre el trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias a lo largo de la vida y los robos con violencia e intimidación. En ambos casos, se verificó que entre los que sí han tenido un trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias a lo largo de la vida había un mayor porcentaje de condenados por robo con violencia (42,1%) y con intimidación (26,3%) que entre los que no han tenido este tipo de trastorno mental (cuyos porcentajes eran 15,1%, para el robo con violencia y 7,5% para el robo con intimidación). En otras palabras, **el trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias resultaba ser un factor de mayor riesgo en la comisión de los delitos por robos con violencia e intimidación.**

Tabla 29. Relación entre trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias a lo largo de la vida y robos con violencia e intimidación.

Tipo de delito	Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias vida (% columna)			Valor <i>p</i> (a)
	No (<i>n</i> = 146)	Sí (<i>n</i> = 38)	Total	
Robo con violencia				<0,001
No	84,9%	57,9%	79,3%	
Sí	15,1%	42,1%	20,7%	
Robo con intimidación				0,003
No	92,5%	73,7%	88,6%	
Sí	7,5%	26,3%	11,4%	

Nota: (a) Chi-cuadrado, Chi-cuadrado corregida o Prueba exacta de Fisher, dependiendo de la magnitud de las frecuencias esperadas.

Los resultados que se obtuvieron para el caso del trastorno psicótico fueron similares o análogos a los descritos para el caso del trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias. De hecho, en la Tabla 30 se comprueba que el **trastorno psicótico inducido por sustancias** actuaba también como un elemento de mayor riesgo en la comisión **de los robos con violencia**. Es decir, entre los sujetos que sí han sufrido un trastorno de este tipo había un mayor porcentaje que cometió robos con violencia (37,5%) que entre los que no han tenido nunca este tipo de trastorno mental (18,1%).

Finalmente, como se observa en la Tabla 31, que presentar un trastorno por **agorafobia sin historia de trastorno de angustia** a lo largo de la vida era un factor de **menos riesgo o menos probable** en la comisión **de los delitos contra la salud pública**, ya que el porcentaje de condenados por este tipo de delitos era menor entre los que sí han tenido este trastorno mental que entre los que no (10,5% frente a 35,8%).

Tabla 30. Relación entre trastorno psicótico inducido por sustancias a lo largo de la vida y robo con violencia.

Tipo de delito	Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias vida (% columna)			Valor <i>p</i> (a)
	No (<i>n</i> = 160)	Sí (<i>n</i> = 24)	Total	
Robo con violencia				0,03
No	81,9%	62,5%	79,3%	
Sí	18,1%	37,5%	20,7%	

Nota: (a) Chi-cuadrado, Chi-cuadrado corregida o Prueba exacta de Fisher, dependiendo de la magnitud de las frecuencias esperadas.

Tabla 31. Relación entre agorafobia sin historia de trastorno de angustia a lo largo de la vida y delito contra la salud pública.

Tipo de delito	Agorafobia sin historia de trastorno de angustia vida (% columna)			Valor <i>p</i> (a)
	No (<i>n</i> = 165)	Sí (<i>n</i> = 19)	Total	
Delito contra la salud pública				0,03
No	64,2%	89,5%	66,8%	
Sí	35,8%	10,5%	33,2%	

Nota: (a) Chi-cuadrado, Chi-cuadrado corregida o Prueba exacta de Fisher, dependiendo de la magnitud de las frecuencias esperadas.

Para realizar un análisis más exhaustivo de la relación entre trastorno mental y tipo de delito, se estudió si existía alguna **relación** entre el **tipo de delito** (agregados en las categorías de contra las personas, la propiedad y la salud pública) y el hecho de haber sufrido alguna **enfermedad mental a lo largo de la vida**. Como se puede observar en la Tabla 32, para los delitos contra la propiedad y la salud pública, la significatividad asociada a la prueba de independencia Chi-cuadrado fue superior a 0,05 ($p = 0,850$ y $p = 0,590$, respectivamente), no rechazándose la hipótesis nula de ausencia de relación entre estas dos variables y el hecho de haber sufrido alguna enfermedad mental a lo largo de la vida. Sin embargo, en el caso de los **delitos contra las personas**, la significatividad asociada a la prueba de independencia Chi-cuadrado se situó en 0,037 ($p < 0,05$), rechazándose la hipótesis nula de ausencia de relación entre este tipo de delitos y la **enfermedad mental**, y concluyéndose que ambas variables estaban **relacionadas estadísticamente**. En concreto, se observó que el porcentaje de sujetos condenados por delitos contra las personas era mayor entre los que sí habían sufrido alguna enfermedad mental a lo largo de su vida (53,6%) que entre los que no la habían sufrido (27,8%). En otras palabras, la prevalencia de enfermedades mentales a lo largo de la vida se relacionó con una mayor probabilidad de estar condenado por un delito contra las personas.

Tabla 32. Relación entre Trastorno Mental a lo largo de la vida y tipo de delito.

Tipo de delito	Trastorno Mental vida (% columna)			Chi-cuadro (p)
	No (n = 119)	Sí (n = 65)	Total	
Delito contra las personas				0,037
No	72,2%	46,4%	48,9%	
Sí	27,8%	53,6%	51,1%	
Delito contra la propiedad				0,850
No	88,9%	87,3%	87,5%	
Sí	11,1%	12,7%	12,5%	
Delito contra la salud pública				0,590
No	61,1%	67,5%	66,8%	
Sí	38,9%	32,5%	33,2%	

6.2. Relación entre Trastorno Mental y reincidencia delictiva

Al igual que se comentó anteriormente, la escasa prevalencia de algunos trastornos mentales imposibilitó la realización de cruces entre todos ellos y la reincidencia delictiva. Específicamente, sólo fue posible realizar tabulaciones cruzadas para aquellos trastornos mentales con tasas de prevalencia superiores al 6% ($n > 11$). Los resultados que permiten evaluar la existencia o no de asociación estadística entre dichos trastornos mentales y la reincidencia delictiva aparecen recogidos en la Tabla 33.

Como se puede observar, los únicos trastornos mentales que sí **se relacionaron de manera significativa con la reincidencia delictiva** fueron los tres siguientes: **trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias** ($p = 0,003$), **trastorno psicótico inducido por sustancias** ($p < 0,001$) y **agorafobia sin historia de trastorno de angustia** ($p = 0,01$). Para estos tres casos, a continuación se presentan las tablas de contingencia que permiten evaluar con mayor detenimiento el tipo de relación existente con la reincidencia delictiva (Tablas 34-36). Para el resto de trastornos mentales, el nivel de significación asociado a la prueba de independencia aplicada en cada caso (Chi-cuadrado, Chi-cuadrado corregido o prueba exacta de Fisher, dependiendo de la magnitud de las frecuencias esperadas) fue superior a 0,05, no pudiéndose rechazar la hipótesis nula de ausencia de relación entre dichos trastornos mentales y la reincidencia delictiva.

Tabla 33. Pruebas de independencia para la relación entre Trastorno Mental y reincidencia delictiva.

Trastorno Mental	Valor <i>p</i> (a)
Episodio depresivo mayor vida	0,95
Episodio maniaco vida	0,88
Trastorno distímico vida	0,69
Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias vida	0,003
Esquizofrenia vida	0,40
Trastorno psicótico inducido por sustancias vida	<0,001
Trastorno depresivo mayor vida	0,80
Trastorno obsesivo-compulsivo vida	0,35
Trastorno por estrés postraumático vida	0,39
Agorafobia sin historia de trastorno de angustia vida	0,01
Fobia específica vida	0,95
Trastorno de ansiedad generalizada vida	0,22
Trastorno de ansiedad inducido por sustancias vida	0,08

Nota: (a) Chi-cuadrado, Chi-cuadrado corregida o Prueba exacta de Fisher, dependiendo de la magnitud de las frecuencias esperadas. **Negrita:** valor *p* < 0,05.

Los resultados presentados en las Tablas 34-36 son coincidentes en el sentido de que los tres trastornos señalados anteriormente (del **estado de ánimo inducido por sustancias, psicótico inducido por sustancias y agorafobia sin historia de trastorno de angustia**) se relacionaban con unas mayores tasas de reincidencia (63,2%, 79,2% y 68,4% respectivamente). En otras palabras, es posible señalar que el hecho de haber sufrido alguno de estos trastornos mentales era un factor de mayor riesgo **de la reincidencia delictiva**.

Tabla 34. Relación entre trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias a lo largo de la vida y reincidencia delictiva.

Reincidencia	Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias vida (% columna)			Valor <i>p</i> (a)
	No (<i>n</i> = 146)	Sí (<i>n</i> = 38)	Total	
Reincidente				0,003
No	63,7%	36,8%	58,2%	
Sí	36,3%	63,2%	41,8%	

Nota: (a) Chi-cuadrado, Chi-cuadrado corregida o Prueba exacta de Fisher, dependiendo de la magnitud de las frecuencias esperadas.

Tabla 35. Relación entre trastorno psicótico inducido por sustancias a lo largo de la vida y reincidencia delictiva.

Reincidencia	Trastorno psicótico inducido por sustancias vida (% columna)			Valor p (a)
	No ($n = 160$)	Sí ($n = 24$)	Total	
Reincidente				<0,001
No	63,8%	20,8%	58,2%	
Sí	36,3%	79,2%	41,8%	

Nota: (a) Chi-cuadrado, Chi-cuadrado corregida o Prueba exacta de Fisher, dependiendo de la magnitud de las frecuencias esperadas.

Tabla 36. Relación entre agorafobia sin historia de trastorno de angustia a lo largo de la vida y reincidencia delictiva.

Reincidencia	Agorafobia sin historia de trastorno de angustia vida (% columna)			Valor p (a)
	No ($n = 165$)	Sí ($n = 19$)	Total	
Reincidente				0,01
No	61,2%	31,6%	58,2%	
Sí	33,8%	68,4%	41,8%	

Nota: (a) Chi-cuadrado, Chi-cuadrado corregida o Prueba exacta de Fisher, dependiendo de la magnitud de las frecuencias esperadas.

Finalmente, al igual que se hizo con el tipo de delitos, se analizó si la **reincidencia** se relacionaba estadísticamente con el hecho de haber sufrido algún **trastorno mental a lo largo de la vida**. Estos resultados se presentan en las Tabla 37. En este caso, **no existía relación estadísticamente significativa** entre ambas variables ($p = 0,44$).

Tabla 37. Relación entre Trastorno Mental a lo largo de la vida y reincidencia delictiva.

Reincidencia	Trastorno Mental vida (% columna)			Chi-cuadro (p)
	No ($n = 18$)	Sí ($n = 166$)	Total	
Reincidente				0,01
No	61,2%	31,6%	58,2%	
Sí	33,8%	68,4%	41,8%	

Nota: (a) Chi-cuadrado, Chi-cuadrado corregida o Prueba exacta de Fisher, dependiendo de la magnitud de las frecuencias esperadas.

6.3. Relación entre trastorno de personalidad y tipo de delito

Los resultados relativos a la relación entre trastorno de personalidad y tipo de delito aparecen recogidos en la Tabla 38. Como consecuencia de la aplicación de la prueba de independencia correspondiente (Chi-cuadrado, Chi-cuadrado corregido o prueba exacta de Fisher, dependiendo de la magnitud de las frecuencias esperadas) fue posible concluir que el hecho de tener algún **trastorno de personalidad no se relacionaba de manera significativa** con haber cometido delitos de **violencia doméstica, robo** (con/sin violencia o con/sin intimidación) **u otro tipo de delitos** ($p > 0,05$). El único delito que **sí se asociaba significativamente** con la

variable que medía la presencia/ausencia de algún trastorno de personalidad fueron los **delitos contra la salud pública** ($p = 0,01$).

Tabla 38. Pruebas de independencia para la relación entre trastorno de personalidad y tipo de delito.

Trastorno Mental	Valor p (a)
Violencia doméstica	0,37
Robo con violencia	0,44
Robo con intimidación	0,23
Robo sin intimidación	0,37
Robo sin violencia	1,00
Delito contra la salud pública	0,01
Otro	0,55

Nota: (a) Chi-cuadrado, Chi-cuadrado corregida o Prueba exacta de Fisher, dependiendo de la magnitud de las frecuencias esperadas. **Negrita:** valor $p < 0,05$.

Para este último caso, es decir, para los delitos contra la salud pública, se presenta la Tabla 39 con la tabulación cruzada de las frecuencias de esta variable y el trastorno de personalidad. Como se puede observar, el porcentaje de sujetos que sí ha cometido un delito contra la salud pública era mayor entre los que no tenían ningún trastorno de personalidad (61,1%) que entre los que sí lo tenían (30,3%). A la vista de estos hallazgos, se puede afirmar que el hecho de tener un trastorno de personalidad se relacionó en menor grado con la probabilidad de cometer delitos contra la salud pública.

Tabla 39. Relación entre trastorno de personalidad y delito contra la salud pública.

Tipo de delito	Trastorno de personalidad (% columna)			Valor p (a)
	No ($n = 18$)	Sí ($n = 165$)	Total	
Delito contra la salud pública				0,01
No	38,9%	69,7%	66,7%	
Sí	61,1%	30,3%	33,3%	

Nota: (a) Chi-cuadrado, Chi-cuadrado corregida o Prueba exacta de Fisher, dependiendo de la magnitud de las frecuencias esperadas.

Para realizar un análisis más exhaustivo de la relación entre trastorno de personalidad y tipo de delito, se estudió si existía alguna **relación** entre el **tipo de delito** (agregados en las categorías de contra las personas, la propiedad y la salud pública) y el hecho de tener algún **trastorno de la personalidad**. Como se puede observar en la Tabla 40, para los **delitos contra las personas** y la salud pública, la significatividad asociada a la prueba de independencia Chi-cuadrado fue inferior a 0,05 ($p = 0,04$ y $p = 0,01$, respectivamente), rechazándose la hipótesis nula de ausencia de relación entre estas dos variables y el hecho de tener algún trastorno de personalidad. En el caso de los delitos contra la salud pública, el sentido de la relación con el trastorno de personalidad ya se presentó en la Tabla 39. Por tanto, a continuación se analizó, únicamente, la relación entre los delitos contra las personas y el trastorno de personalidad. Así, se observó el porcentaje de sujetos condenados por delitos contra las personas era mayor entre los que sí tenían algún trastorno de personalidad (53,3%)

que entre los que no lo tenían (27,8%). En otras palabras, el trastorno de personalidad se relacionó con una mayor probabilidad de estar condenado por un delito contra las personas.

Tabla 40. Relación entre trastorno de personalidad y tipo de delito.

Tipo de delito	Trastorno de personalidad (% columna)			Chi-cuadro (<i>p</i>)
	No (<i>n</i> = 18)	Sí (<i>n</i> = 165)	Total	
Delito contra las personas				0,04
No	72,2%	46,7%	49,2%	
Sí	27,8%	53,3%	50,8%	
Delito contra la propiedad				0,47
No	94,4%	86,7%	87,4%	
Sí	5,6%	13,3%	12,6%	
Delito contra la salud pública				0,01
No	38,9%	69,7%	66,7%	
Sí	61,1%	30,3%	33,3%	

6.4. Relación entre trastorno de personalidad y reincidencia delictiva

Los resultados presentados en la Tabla 41 muestran la tabulación cruzada de las frecuencias para las variables **trastorno de personalidad y reincidencia delictiva** (en este caso, medida a través de si se trataba o no del primer ingreso en un centro penitenciario, de si tenía o no procesos judiciales previos y de si había sido arrestado o no con anterioridad). Los datos de esta tabla de contingencia parecían sugerir que el trastorno de personalidad se relacionaba con una mayor propensión a reincidir, ya que las tasas de reincidencia, procesos judiciales previos y arrestos anteriores tendían a ser mayores entre los que sí fueron diagnosticados de algún trastorno de personalidad (44,2%, 55,2% y 56,7%, respectivamente) que entre los que no (22,2%, 38,9% y 38,9%, respectivamente). No obstante, la magnitud de tales diferencias **no fue lo suficientemente intensa como para arrojar resultados estadísticamente significativos** ($p > 0,05$), no siendo posible concluir que tales variables estuvieran relacionadas u asociadas entre sí.

Tabla 41. Relación entre trastorno de personalidad y reincidencia delictiva.

Tipo de delito	Trastorno de personalidad (% columna)			Chi-cuadro (<i>p</i>)
	No (<i>n</i> = 18)	Sí (<i>n</i> = 165)	Total	
Primer ingreso en un centro penitenciario				0,07
No	22,2%	44,2%	41,8%	
Sí	77,8%	55,8%	58,2%	
Procesos judiciales previos				0,19
No	61,1%	44,8%	46,7%	
Sí	38,9%	55,2%	53,3%	
Arrestos anteriores				0,15
No	61,1%	43,3%	45,7%	
Sí	38,9%	56,7%	54,3%	

Adicionalmente, como también se disponía de información sobre el número de ingresos, juicios y arrestos previos, se decidió realizar un análisis adicional para evaluar si existían **diferencias en el número medio de ingresos, juicios y arrestos previos** entre sujetos diagnosticados con algún trastorno de personalidad ($n = 165$) y sin ningún trastorno de este tipo ($n = 18$). Teniendo en cuenta las enormes diferencias entre el tamaño de ambos grupos de sujetos, se consideró más apropiado recurrir a una comparación no paramétrica para dos muestras independientes. En concreto, se utilizó la **U de Mann-Whitney** que es el equivalente no paramétrico a la prueba de la T para la comparación de medias de dos muestras independientes.

En la Tabla 42 se presenta la media y desviación estándar para las puntuaciones en estas tres variables entre los dos grupos (con y sin trastorno de personalidad), así como la significatividad asociada a la prueba U de Mann-Whitney. **No fue posible concluir que existieran diferencias estadísticamente significativas** entre internos con trastorno de personalidad e internos sin trastorno de personalidad ni para el número de ingresos previos ($p = 0,09$), ni para el de procesos judiciales previos ($p = 0,11$), ni para el número de arrestos previos ($p = 0,44$).

Tabla 42. Comparación del número de ingresos, juicios y arrestos previos entre sujetos con y sin trastorno de personalidad.

Reincidencia	Trastorno de personalidad				U de Mann-Whitney (p)
	No ($n = 18$)		Sí ($n = 165$)		
	M	DE	M	DE	
Número de ingresos previos	0,78	2,37	1,38	3,09	0,09
Número de procesos judiciales previos	6,17	11,69	11,08	22,87	0,11
Número de arrestos previos	4,14	3,53	12,55	22,47	0,44

6.5. Análisis multivariado del tipo de delito

Una vez estudiada de manera independiente la relación entre el trastorno mental a lo largo de la vida y el tipo de delito, por un lado, y el trastorno de personalidad y tipo de delito, por el otro, se propone un análisis conjunto para conocer el impacto que estas dos variables tenían sobre el hecho de haber cometido un tipo de delito concreto. En este caso, se emplearon regresiones logísticas binarias. Antes de comenzar a presentar los resultados, es preciso matizar que únicamente fue posible estimar dichas regresiones para los delitos de **robo con violencia y delito contra la salud pública**. En el resto de delitos, se observaba que, en unos casos, el porcentaje de sujetos que lo había cometido no era lo suficientemente alto como para poder estimar el modelo con suficiente robustez estadística y, en otros casos, había *odds-ratios* (en español, razones de oportunidades) que no podían ser calculadas.

Comenzando por el **robo con violencia**, los resultados de la estimación de los parámetros del modelo aparecen recogidos en la Tabla 43. Como se puede observar, los coeficientes asociados al trastorno mental a lo largo de la vida ($B = 1,52; p = 0,15$) y trastorno de personalidad ($B = 0,68, p = 0,39$) no fueron significativamente distintos de cero. Únicamente la constante del modelo resultó ser significativa. En otras pala-

bras, haber sufrido un **trastorno mental** a lo largo de la vida o tener un **trastorno de personalidad no eran variables explicativas o predictores del robo con violencia**. En consecuencia, el poder explicativo de este modelo era bastante reducido, como muestran los valores obtenidos en los distintos pseudo- R^2 considerados (R^2 de Cox y Snell = 0,024; R^2 de Nagelkerke = 0,038).

Tabla 43. Regresión logística binaria para el robo con violencia.

Variable explicativa	B	SE	Wald			Exp(B)	IC 95% para Exp(B)	
			Valor	gl	p		LI	LS
Trastorno Mental vida	1,52	1,05	2,10	1	0,15	4,58	0,59	35,77
Trastorno de personalidad	0,68	0,78	0,75	1	0,39	1,97	0,43	9,10
Constante	-3,39	1,23	7,57	1	0,01	0,03		

Notas: SE: error estándar; IC: intervalo de confianza; LI: limite inferior; LS: limite superior.

A continuación, en la Tabla 44 se presentan los resultados para el **delito contra la salud pública**. En este caso, el parámetro asociado al trastorno mental a lo largo de la vida ($B = -0,09$; $p = 0,87$) tampoco resultó ser significativamente distinto de cero. Sin embargo, sí fue significativo el parámetro estimado para el caso del trastorno de personalidad ($B = -1,27$; $p = 0,01$), ya que el nivel de significación asociado al estadístico de Wald se encontraba por debajo del 0,05. Para la interpretación del sentido de la relación en el caso de las regresiones logísticas no se debe hacer uso, directamente, de los coeficientes B , sino del $\text{Exp}(B)$. Así, el valor del $\text{Exp}(B)$ para el caso del **trastorno de personalidad** fue de 0,28, lo que indicaba que estar condenado por un **delito contra la salud pública era 0,28 veces menos probable que ocurriera cuando el sujeto tenía un trastorno de personalidad** en comparación con aquellos individuos que no tenían ningún trastorno de este tipo. Estos hallazgos vienen a confirmar lo que ya se comentó en el análisis bivalente realizado en el Apartado 6.3.

Tabla 44. Regresión logística binaria para el delito contra la salud pública.

Variable explicativa	B	SE	Wald			Exp(B)	IC 95% para Exp(B)	
			Valor	gl	p		LI	LS
Trastorno Mental vida	-0,09	0,53	0,03	1	0,87	0,91	0,32	2,60
Trastorno de personalidad	-1,27	0,52	6,06	1	0,01	0,28	0,10	0,77
Constante	0,52	0,64	0,67	1	0,41	1,69		

Notas: SE: error estándar; IC: intervalo de confianza; LI: limite inferior; LS: limite superior.

A pesar de que en este último caso, el trastorno de personalidad sí resultó ser significativo, el poder explicativo de este modelo también era bajo (R^2 de Cox y Snell = 0,035; R^2 de Nagelkerke = 0,049). En cualquier caso, esta circunstancia es completamente lógica, ya que, como se ha comentado en la revisión de la literatura de este estudio, existen una gran cantidad de factores que inciden sobre la propensión a cometer un delito que no estaban siendo considerados dentro de las variables explicativas.

6.6. Análisis multivariado de la reincidencia delictiva

Procediendo de manera análoga a la descrita en el Apartado 6.5, en este apartado se estimó una regresión logística para la **reincidencia delictiva**. Los resultados de esta primera estimación aparecen en la Tabla 45. Como se puede observar, ni el parámetro asociado con el **trastorno mental a lo largo de la vida** ($B = 0,30$; $p = 0,57$), ni el del trastorno de personalidad ($B = 0,98$; $p = 0,1$) fueron significativamente distintos de cero. Esta circunstancia vino a refrendar que **ninguna de estas dos variables tenía gran importancia a la hora de predecir la reincidencia delictiva**. Para esta primera estimación el R^2 de Cox y Snell se situó en 0,02, mientras que el R^2 de Nagelkerke alcanzó el valor de 0,028.

Tabla 45. Regresión logística binaria para la reincidencia delictiva.

Variable explicativa	B	SE	Wald			Exp(B)	IC 95% para Exp(B)	
			Valor	gl	p		LI	LS
Trastorno Mental vida	0,30	0,53	0,32	1	0,57	1,35	0,47	3,85
Trastorno de personalidad	0,98	0,59	2,76	1	0,10	2,68	0,84	8,57
Constante	1,49	0,71	4,37	1	0,04	0,23		

Notas: *SE*: error estándar; *IC*: intervalo de confianza; *LI*: límite inferior; *LS*: límite superior.

A la vista de estos resultados, y con el objetivo de plantear un modelo multivariado realmente explicativo de la reincidencia delictiva, se decidió ampliar el número de variables explicativas consideradas. De este modo, se incluyeron como **variables adicionales** al trastorno mental a lo largo de la vida y al trastorno de personalidad las siguientes: edad, lugar de nacimiento, nivel de estudios, situación laboral antes del ingreso, antecedente familiar de enfermedad mental, abuso de sustancias a lo largo de la vida, dependencia de sustancias a lo largo de la vida, delito contra las personas, delito contra la propiedad y delito contra la salud pública. A partir de la significatividad asociada a la **odds-ratio ajustada** que se presenta en la Tabla 46, se comprobó que los **factores más importantes a la hora de predecir la reincidencia delictiva** eran: lugar de nacimiento ($p = 0,01$), nivel de estudios ($p = 0,04$), dependencia de sustancias a lo largo de la vida ($p = 0,04$) y delito contra la propiedad ($p = 0,003$).

Atendiendo a lo descrito en el párrafo anterior, se decidió estimar una **regresión logística final** para la reincidencia delictiva que incorporase como variables explicativas el lugar de nacimiento, el nivel de estudios, la dependencia de sustancias a lo largo de la vida y el hecho de estar cumpliendo condena por un delito contra la propiedad. Los resultados de esta estimación aparecen en la Tabla 47.

Tabla 46. Odds-ratio cruda y ajustada para las distintas variables explicativas consideradas para la reincidencia delictiva.

Variable	OR cruda			OR ajustada		
	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p
Edad						
No	1,00			1,00		
Sí	1,68	(0,92 ;3,03)	0,09	1,45	(0,73 ;2,86)	0,28
Lugar de nacimiento						
No	1,00			1,00		
Sí	4,08	(2,15 ;7,73)	<0,001	2,7	(1,29 ;5,60)	0,01
Nivel de estudios						
No	1,00			1,00		
Sí	0,31	(0,16 ;0,58)	<0,001	0,47	(0,22 ;1,00)	0,04
Situación laboral antes del ingreso						
No	1,00			1,00		
Sí	1,86	(0,98 ;3,53)	0,06	1,46	(0,72 ;2,96)	0,29
Trastorno Mental vida						
No	1,00			1,00		
Sí	1,5	(0,53 ;4,20)	0,44	0,91	(0,29 ;2,90)	0,88
Trastorno Personalidad						
No	1,00			1,00		
Sí	2,78	(0,89 ;8,80)	0,08	1,7	(0,48 ;6,05)	0,41
Antecedente familiar de enfermedad mental						
No	1,00			1,00		
Sí	1,47	(0,8 ;2,68)	0,21	1,13	(0,54 ;2,33)	0,75
Abuso sustancias vida						
No	1,00			1,00		
Sí	0,4	(0,12 ;1,27)	0,12	1,17	(0,31 ;4,36)	0,81
Dependencia sustancias vida						
No	1,00			1,00		
Sí	3,35	(1,80 ;6,20)	<0,001	2,1	(1,03 ;4,33)	0,04
Delito contra las personas						
No	1,00			1,00		
Sí	2	(1,10 ;3,60)	0,02	1,43	(0,71 ;2,80)	0,31
Delito contra la propiedad						
No	1,00			1,00		
Sí	4,78	(1,78 ;12,76)	0,002	5,70	(1,79 ;18,5)	0,003
Delito contra la salud pública						
No	1,00			1,00		
Sí	0,28	(0,14 ;0,57)	<0,001	0,51	(0,22 ;1,16)	0,11

Notas: OR: odds-ratio; IC: intervalo de confianza.

Como se puede observar en la Tabla 47, las cuatro variables consideradas fueron significativamente distintas de cero ($p < 0,05$) y, por tanto, podían considerarse **factores explicativos de la reincidencia delictiva**. Si se presta atención al $\text{Exp}(B)$ se observa que, en primer lugar, el hecho de volver a reincidir era 2,48 veces **más probable** que ocurra entre los internos **nacidos en España** que entre los extranjeros. En cuanto al nivel de estudios, la reincidencia delictiva era 0,48 veces **menos probable** entre los internos con **estudios secundarios o superiores** que entre los que contaban con estudios primarios o inferiores. En relación con la dependencia de sustancias, la reincidencia delictiva es **superior** en 2,18 veces cuando el interno **sí ha tenido algún tipo de dependencia** a lo largo de su vida. Por último, la reincidencia era 4,30 veces **mayor** entre los **condenados por delitos contra la propiedad** que entre los que no estaban cumpliendo condena por este tipo de delitos.

Tabla 47. Regresión logística binaria final para la reincidencia delictiva.

Variable explicativa	B	SE	Wald			Exp(B)	IC 95% para Exp(B)	
			Valor	gl	p		LI	LS
Lugar de nacimiento	0,91	0,37	6,07	1	0,014	2,48	1,20	5,11
Nivel de estudios	-0,74	0,37	4,03	1	0,045	0,48	0,23	0,98
Dependencia sustancias vida	0,78	0,35	5,05	1	0,025	2,18	1,10	4,29
Delito contra la propiedad	1,46	0,55	6,97	1	0,008	4,30	1,46	12,71
Constante	1,13	0,38	8,76	1	0,003	0,32		

Notas: SE: error estándar; IC: intervalo de confianza; LI: límite inferior; LS: límite superior.

En este caso, el **poder explicativo del modelo fue mucho más elevado** que en los anteriores (R^2 de Cox y Snell = 0,20; R^2 de Nagelkerke = 0,26). Además, la Prueba de Hosmer y Lemeshow (Chi-cuadrado = 4,62; $gl = 7$; $p = 0,71$) también indicó que el modelo ajustaba bien a los datos.

CAPÍTULO VII

Discusión general

En líneas generales el objetivo principal de esta investigación ha sido cuantificar la prevalencia vida y prevalencia mes de los trastornos mentales en la población reclusa española, internada en tres centros penitenciarios de la Comunidad de Madrid y la Comunidad de Castilla La Mancha.

Los resultados encontrados y que se comentarán a continuación pretenden ampliar el conocimiento sobre la prevalencia de las personas con trastorno mental que están en situación de cumplimiento de pena en los centros penitenciarios españoles. Para ello se ha replicado el estudio PRECA (Vicens et al., 2011), primer estudio epidemiológico más grande y completo en nuestro país en la actualidad.

A la hora de comparar los resultados con otros estudios nacionales e internacionales, hay que tener en cuenta la variabilidad en los mismos, debida a factores como la combinación de factores biológicos (diferencias étnicas y raciales), factores sociales, económicos, culturales (exposición a estresores, hábitos protectores culturales de la salud mental), la existencia de políticas públicas que repercuten en la salud mental de las poblaciones y las diferencias metodológicas respecto al uso de diferentes instrumentos de evaluación utilizados (Gabilondo, 2011), la selección de la muestra y la longitud del periodo estudiado (Andersen, 2004; Fazel & Danesh, 2002). Todo ello hace necesario presentar los resultados de este estudio y sus comparaciones con la cautela necesaria, debido a la heterogeneidad de los mismos.

A continuación se expone el orden de presentación de los resultados obtenidos:

A) Prevalencia vida y prevalencia mes de trastorno mental

En relación con el primero, sexto y séptimo objetivo los resultados del análisis descriptivo de los datos corroboran que la prevalencia de los trastornos mentales en las prisiones españolas es muy elevada con una prevalencia vida de un 90,2%, es decir, nueve de cada 10 internos han sufrido un trastorno mental a lo largo de su vida, siendo superior a otros estudios europeos cuyas prevalencias oscilan entre el 27% y 78% (Bulten et al., 2009; Dressing, Kief & Salize, 2009; Fazel, Parveen & Doll, 2006; Fotiadou et al., 2006; Kjelsberg & Hartvig 2005; Lafortune, 2010, Mundt et al., 2013; Rutherford & Duggan, 2008) y más similares a las tasas encontradas en Alemania en torno al 85%, donde se utilizó como herramienta la SCID-I (Dudeck et al., 2009) y en Italia en torno al 85,2% (Zoccali et al., 2008), Canadá con un 84% (Brink et al.,

2001) y Connecticut, donde utilizando también la SCID-I, encontraron que dos de cada tres internos cumplían los criterios de al menos un trastorno a lo largo de su vida (Trestman et al., 2007).

En relación al resto de continentes nuestros datos son superiores a los encontrados Canadá, donde encuentran una prevalencia entre el 15%-41% (Brown et al., 2015; Simpson et al., 2013), Brasil con un 68,9% (Andreoli et al, 2014), Japón con un 6,6% (Nomura, 2009), Irán con un 43,4% (Sepehrmanesh et al., 2014) y países africanos como Durban con un 55,4% (Naidoo & Mkize, 2012). Como se puede observar las menores tasas de prevalencia son las de los países asiáticos, con gran diferencia respecto, sobre todo, a los países occidentales y países como Brasil.

A nivel nacional se hace una comparativa con los estudios que han utilizado la misma metodología que este estudio y vemos que los resultados son más homogéneos, estando las tasas de prevalencia entre el 84% y el 91%, aunque nuestros resultados son ligeramente superiores a la prevalencia encontrada en el estudio PreCa (84,4%) y en el estudio realizado por la Fundación FAISEM (82,6%). Volvemos a comprobar nuevamente que otros estudios con metodología diferente han encontrado prevalencias inferiores del 41,6% (Marín-Basallote & Navarro-Repiso., 2012).

Estos datos ponen de manifiesto la adecuación de la Entrevista SCID-I para la evaluación de los trastornos mentales de una manera más fiable y precisa, estando las prevalencias en unos rangos más homogéneos.

Llama la atención el incremento observado en la prevalencia de la población penitenciaria española desde el año 2006, que ascendía a un 25,6% (SGIP, 2006). Como posible explicación, a parte de los motivos expuestos en el marco teórico de este trabajo pueden apuntarse, una falta de suficientes recursos comunitarios para las personas con trastorno mental, con insuficientes servicios sanitarios para la atención y hospitalización de la salud mental y estando poco desarrollados los servicios sociales especializados como marca la Ley General de Sanidad de 1986 (Art.20), siendo desigual los recursos entre las Comunidades Autónomas. Otra posible explicación es que España es uno de los países con mayor tasa de población penitenciaria respecto a otros países europeos, aunque el índice delictivo es inferior a la media de los países de Europa, y en el que se contempla una menor aplicación de las medidas y penas alternativas a la prisión. Autores como Brink et al (2001) ponen de manifiesto la hipótesis de la criminalización de la enfermedad mental, según la cual existe una tendencia a encarcelar a personas con enfermedad mental que cometen delitos menores y a aplicar conceptos psiquiátricos a personas condenadas por cuestiones éticas y sociales.

Respecto a las tasas de prevalencia penitenciaria en comparación con la población general (objetivo 6) los estudios, indican ser más elevada en la población penitenciaria que en la población general. Haro et al. (2006) estimaron una prevalencia del 15,7% en varones en población general. Estudios epidemiológicos señalan que las tasas de población penitenciaria con trastornos mentales comunes duplican las de la población general y cuadruplican las de trastorno mental grave (Arroyo, 2011), tendiendo, en general, a mostrar formas más severas de psicopatología y mayor comorbilidad que las personas que están en la comunidad (de Carvalho et al., 2012). Los datos del estudio PreCa muestran una prevalencia cinco veces más alta que en la población general, resultado similar con este estudio que fue de 5,3 veces superior. En este sentido nues-

tros resultados son similares a otros estudios que valoraron la prevalencia en ambas poblaciones (Assasadi et al., 2006; Brinded et al., 2001; Brink et al., 2001; Butler et al., 2006; Fazel & Danesh, 2002; Macció et al., 2015).

En cuanto a la prevalencia mes, se observa que más de la mitad de los internos presentaban un trastorno mental (52,2%), es decir, dos de cada cuatro, siendo superior a las estimaciones de otros estudios europeos que estudiaron el mismo periodo de tiempo (Brink et al., 2001; Brown et al., 2015; Trestman et al., 2007) pero ligeramente inferior a un estudio muy actual donde la prevalencia mes fue de 58,7% (Macció et al. 2015). Respecto a nuestro país, los datos también son superiores a los obtenidos en el estudio PreCa y el doble que los obtenidos en el estudio de FAISEM.

A la hora de analizar los **tipos de trastornos**, en aras de facilitar la comprensión de los datos debido a que la Entrevista SCID-I es muy extensa, se han agrupado por trastornos con el fin de ofrecer una mayor claridad de los mismos que contribuya a un mejor entendimiento para el lector. Así, en primer lugar, se han analizado los datos de los episodios afectivos, trastornos del estado de ánimo y trastornos psicóticos; en segundo lugar los trastornos de ansiedad; y en tercer lugar los trastornos somatomorfos, de la conducta alimentaria y el trastorno adaptativo.

Los datos de los **episodios afectivos, trastornos del estado de ánimo y trastornos psicóticos** ponen de manifiesto que los trastornos de la esfera afectiva son más prevalentes en su conjunto que los trastornos psicóticos. El episodio depresivo mayor presentó una tasa de prevalencia vida más elevada. La mayoría de los internos al ser entrevistados contaban cómo al ingresar en prisión, pasaron alrededor de 2-3 semanas con sintomatología depresiva que fue remitiendo. Estos datos son coherentes con la situación de encarcelamiento señalada por Arroyo y Ortega (2009) quienes destacan los efectos sobre la salud mental que tiene la entrada en prisión para muchas personas, debido tanto al ingreso como a las características del medio penitenciario, dando lugar a desajuste en las conductas o comportamientos patológicos. Llama la atención la elevada prevalencia de los trastornos mentales graves como la esquizofrenia y los episodios maníacos. Estudios muy actuales (Jarrett et al., 2015) advierten también del elevado riesgo de trastorno psicótico en prisión, lo que nos hace pensar que entre los motivos puedan encontrarse que la enfermedad mental pueda pasar inadvertida en el proceso penal, las características del propio entorno penitenciario como entorno generador de una salud mental precaria y la falta de recursos adecuados a su patología en la comunidad para el cumplimiento de las penas, convirtiendo a las prisiones en “un repositorio de los enfermos mentales graves” (Teplin, 1990). Los trastornos psicóticos inducidos por sustancias (patología dual) ocupan un lugar destacable en nuestra muestra.

En cuanto a la prevalencia mes, el episodio depresivo mayor es también el más prevalente, seguido de la esquizofrenia, lo que indica que la presencia de este trastorno mental grave en los centros penitenciarios es elevada. Llama la atención el importante descenso del trastorno depresivo mayor, lo cual es consistente con las aportaciones de Dettbarn (2012), quien señala que con el tiempo se produce una estabilización en los rasgos depresivos tales como la inestabilidad emocional y la hostilidad. Señalar la aparición del trastorno delirante, que aunque presenta una prevalencia muy baja (3,3%), no es frecuente que aparezca en los estudios.

En cuanto a la población general estudios en todo el mundo coinciden en que la población penitenciaria presenta una probabilidad entre cuatro y seis veces más, de sufrir un trastorno psicótico y depresión severa y diez veces más de sufrir un trastorno antisocial de la personalidad (Andersen, 2004; Bruga et al., 2006; Fazel et al., 2002).

Los datos de los **trastornos de ansiedad** revelan que los trastornos más prevalentes fueron el trastorno por estrés post-traumático y las fobias (las de tipo animal y las de sangre-inyecciones-daño, fobias comunes en la población general). Estos datos son congruentes con los estudios que ponen de manifiesto la frecuencia en la población penitenciaria del trastorno por estrés post-traumático, con tasas entre el 4% y el 21% y siendo mayor que la encontrada en población general. Este trastorno condiciona el afrontamiento de la situación de encarcelamiento, sus estresores y demandas y agrava los episodios ansiosos y depresivos que se producen en los momentos iniciales del ingreso (Altamirano, 2013). En cuanto a los trastornos por ansiedad inducidos por sustancias, la prevalencia fue menor y ésta se incrementó con el consumo exclusivo de cocaína o en combinación con otras sustancias, acompañándose en una alta proporción de crisis de angustia.

Los trastornos más prevalentes en el último mes fueron el trastorno obsesivo-compulsivo y el estrés post-traumático. Este resultado del trastorno obsesivo-compulsivo es interesante. Durante la realización de las entrevistas, algunos internos comentaban que desde su entrada en prisión notaban haber desarrollado una “serie de manías” o haberse agudizado “las manías que ya tenía de antes”, tales como el miedo a contagiarse por enfermedades (lo cual puede ser racional por las características de las relaciones en el medio penitenciario), pero no las conductas que hacían para evitarlo (fregar con lejía la ducha entera incluidos azulejos antes de utilizarla y después de hacerlo, restregarse con lejía el cuerpo después de ducharse, rociar con lejía las sábanas antes de dormir etc...). Este resultado coincide con el estudio de Bulten et al. (2009) encontrando una tasa similar.

En este estudio también se ha hallado la prevalencia del consumo, abuso y dependencia de sustancias. El consumo de sustancias es habitual entre las personas que están en los centros penitenciarios tanto antes del ingreso, durante el mismo e incluso durante la estancia en prisión. Estudios llevados a cabo con internos en Europa (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA, 2009) han demostrado que el consumo habitual de drogas ilegales antes de entrar en prisión afecta aun rango de entre un tercio y la mitad de internos. En Estados Unidos, la tasa se elevan más del triple respecto a la población general (Rafaiiee *et al.*, 2013). Una vez en prisión, la mayoría reduce o abandona su consumo pero otros pueden iniciarse en ellas (EMCDDA, 2012). En la condición de consumo de sustancias no se ha introducido el alcohol porque la Entrevista SCID-I contempla los criterios de abuso y dependencia de alcohol pero no el consumo. Los datos obtenidos revelan que más de la mitad de la muestra afirma haber consumido sustancias a lo largo de su vida, siendo las más consumidas el cannabis y la cocaína. También se encuentra una elevada tasa de dependencia de sustancias, siendo las más dependientes el alcohol y la cocaína, cuya prevalencia mes descendió mucho, siendo las sustancias más dependientes el cannabis y el alcohol. En los hallazgos de este estudio es interesante destacar la baja tasa de la condición de abuso de sustancias. Esta condición de abuso de sustancias aparece en la mayoría de los estudios más elevada. Una posible explicación puede ser

que los internos puedan tener alguna dificultad en diferenciar entre abuso y dependencia (durante la realización de las entrevistas sí tenían muy claro el haber consumido sustancias o no y también si habían sido dependientes de alguna sustancias) pero otra explicación puede ser también que en los estudios midan el abuso de sustancias y no la dependencia.

Estos datos de prevalencia del consumo de sustancias y de dependencia fue coinciden con estudios noruegos (Casares-López., et al, 2010; Værøy, 2011), siendo las sustancias más consumidas el alcohol y la cocaína. Otros autores (OEDT, 2009; Fazel & Danesh, 2002; Fazel et al., 2006; Marín-Ballasote & Navarro-Repiso, 2012) encuentran tasas de consumo inferiores a nuestros datos, pero superiores al 50%, siendo las sustancias más consumidas el cannabis y la heroína, aunque el consumo de esta última ha disminuido (OEDT, 2013). Si bien es cierto que el consumo de alcohol y drogas se produce con mucha frecuencia en el entorno penitenciario (Rowell, Wu, Hart, Haile & Nabila, 2012) es también un hábito asociado a variables sociodemográficas, características del encarcelamiento y comorbilidad psiquiátrica (Lukasiewicz, 2007). Respecto a la población general las personas ingresadas en los centros penitenciarios tienen un riesgo de consumo de dos a tres veces mayor (Fraser et al., 2009).

En cuanto a la comorbilidad psiquiátrica entre el trastorno mental y el consumo o la dependencia de sustancias (la patología dual), los datos coinciden con otros estudios internacionales (Eytan et al., 2011; Fazel & Danesh, 2002; Fazel & Seewald, 2012) que los sitúan entre los más frecuentes.

Los datos de que disponemos para comparar provienen en su mayoría de otros países en los que los investigadores alertan sobre el elevado número de internos con trastorno mental y la falta de seguimiento (Shaw, Baker, Hunt, Moloney & Appleby, 2004). En España existe una escasa literatura al respecto. Destaca un estudio longitudinal encontrándose una alta tasa de comorbilidad por consumo de sustancias, trastornos de personalidad, cuadros ansiosos, depresivos y psicóticos (Arnau-Peiró, 2012). Nuestros datos son también similares al estudio PreCa con una alta prevalencia de trastorno por consumo de sustancias y trastornos afectivos y psicóticos.

Prevalencia de trastorno de personalidad

Como ya se ha puesto de manifiesto en el apartado de metodología de este trabajo, la interpretación de los resultados obtenidos en la prevalencia de los trastornos de personalidad se hacen con la cautela que conllevan dichas observaciones.

En estos trastornos, por sus propias características, se estima la prevalencia vida y no la prevalencia mes, ya que los trastornos de personalidad responden a patrones de comportamiento y experiencias internas, permanentes, inflexibles, duraderas y estables en el tiempo y muy arraigadas en la persona, apartándose de los modos culturales y relacionales normalizados, conllevando dificultades de adaptación.

Los datos obtenidos en este estudio muestran una prevalencia, al igual que los trastornos mentales, muy elevada con un 90,8% y también superior a otros estudios internacionales, cuyo rango se encuentra entre el 53%-65% (Fazel & Danesh, 2002; Fraser et al., 2009; Von Schönfeld et al., 2006). En España las prevalencias están en rangos

mayores y en consonancia con nuestros datos, presentando más homogeneidad entre los estudios que utilizaron el Cuestionario IPDE, con resultados entre 69,3 % (López-Barrachina et al., 2007;) 80% (Vicens et al., 2011) y el 79,7% (FAISEM, 2012). Otros dos estudios realizados con metodología diferente mostraron prevalencias menores (Marín-Basallote & Navarro-Repiso, 2012; Arnau-Peiró, 2012).

En cuanto a los tipos de trastornos de personalidad más frecuentes en el medio penitenciario, la mayoría de los estudios han encontrado el trastorno antisocial de la personalidad como el más prevalente, seguido del trastorno límite (Andreoli et al., 2014; Bulten, 1998; Bulten et al., 2009; Drapalski et al., 2009; Fazel & Danesh, 2002; Fotiadou et al., 2006; Naidoo & Mkize, 2012; Piselli et al., 2009; Sepehrmanesh et al., 2014; Von Schönfeld et al. 2006; Zoccali et al., 2008). Autores como Núñez y Rodríguez (2011) ponen de manifiesto que el trastorno antisocial, al caracterizarse, por la violación de las normas sociales, entre otras características, es considerado judicialmente como una conducta delictiva y violenta, pudiendo dar lugar a un sobrediagnóstico en los ámbitos forenses y criminales. En España estudios también han encontrado estos mismos trastornos pero con un porcentaje mucho menor (Arroyo y Ortega., 2009), utilizando el Cuestionario IPDE, pero también se han encontrado otros trastornos, como los más prevalentes, como el trastorno límite de la personalidad y el narcisista en el Estudio PreCa y el trastorno evitativo en el estudio FAISEM. En nuestro estudio nos hemos encontrado como el trastorno más prevalente, el trastorno evitativo de la personalidad (Cluster A), seguido del trastorno histriónico y narcisista (Cluster B) y el trastorno paranoide (Cluster C) y López-Barrachina et al., (2007) utilizando el Cuestionario IPDE encontraron como el trastorno más frecuente, el trastorno obsesivo-compulsivo, seguido del trastorno narcisista y del trastorno paranoide.

Ante estas diferencias es plausible la explicación de las limitaciones del instrumento utilizado, ya explicadas anteriormente y el posible sobrediagnóstico del trastorno antisocial de la personalidad señalado anteriormente. Los autores ponen de manifiesto que sea cual fuere el trastorno de personalidad, éstos constituyen un problema de difícil abordaje en el medio penitenciario siendo generadores de conductas y relaciones interpersonales desadaptativas en el medio penitenciario, lo que contribuye a la distorsión del clima social en la prisión, estando muchos de ellos sin diagnosticar y con una evolución desfavorable en dicho medio (López-Barrachina et al., 2007).

En una misma persona puede darse la coexistencia de más de un trastorno de personalidad. En nuestra muestra la comorbilidad más alta fue para el trastorno evitativo y el trastorno obsesivo-compulsivo.

En función de los datos obtenidos tanto de la prevalencia de los trastornos mentales como de los trastornos de personalidad, se puede establecer **el perfil psicopatológico** de la muestra de este estudio que se caracteriza por la coexistencia o comorbilidad, bien entre trastornos mentales (77%), entre trastornos de la personalidad (80,4%) o entre ambos (83,2%). Como ya se ha mencionado anteriormente, otra comorbilidad frecuente es la de estos trastornos con el consumo de sustancias, siendo la tasa hasta seis veces mayor que en la población general (Abram et al., 2015). Estos datos de comorbilidad son similares a los encontrados en el estudio PreCa (dos tercios de la muestra) y casi el doble a los encontrados en el estudio FAISEM.

B) El trastorno mental y variables sociodemográficas, variables de salud, consumo de sustancias y variables penales

En la revisión de la literatura la mayoría de los estudios señalan como variables sociodemográficas relacionadas con el ingreso en los centros penitenciarios el ser varón, joven, soltero, con estudios incompletos, sin formación ni empleo y con arrestos previos. En la muestra que compone este estudio se han encontrado internos con tasas de estudios primarios completos y estudios secundarios muy similares entre sí y en situación de empleo en el momento del ingreso en prisión. Los datos acerca del porcentaje considerable de internos con estudios secundarios y empleados, antes del ingreso en el centro penitenciario, puede reflejar la tendencia que se está produciendo en el perfil de los internos, debido a la tipificación de delitos como los delitos contra la seguridad vial y el uso recreativo de las drogas en personas integradas socialmente, lo que supone a la vez un cambio en el consumo hacia las drogas recreativas como la cocaína, cannabis y drogas de síntesis (Moreno-Rincón et al., 2008). Otro factor a tener en cuenta es la crisis económica que atraviesa nuestro país, lo cual ha llevado a una parte de los internos entrevistados (que tenían empleo) a cometer delitos contra la salud pública “para sacarse un dinero extra y poder hacer frente a todos los gastos y llegar a fin de mes”. El tiempo de condena fue de 7,8 años. Altamirano (2013) ha encontrado que los internos con un tiempo de condena a partir de 9 años viven el fenómeno del presentismo caracterizado por el deseo y necesidad de vivir el momento presente sin pensar en el futuro, alejándose más todavía del entorno exterior al que pertenecían.

En cuanto al tipo de delito los más frecuentes fueron el delito contra la salud pública y el delito por robo con violencia, resultados coincidentes con el estudio PreCa y con otros estudios donde los delitos contra la salud pública son los más frecuentes en varones encarcelados (González-Sánchez, 2012). En nuestro estudio se realizó un análisis agregado de los distintos delitos agrupados en las categorías de delitos contra las personas, delitos contra la propiedad y delitos contra la salud pública y los resultados muestran que son los delitos contra las personas los que registran una tasa mayor, seguidos de los delitos contra la salud pública.

En cuanto a la posible relación entre el consumo de sustancias con el tipo de delito y la reincidencia, los resultados encontrados son muy interesantes. Así se ha visto que el consumo de sustancias está relacionado con los delitos contra la propiedad, el abuso está relacionado con los delitos contra la salud pública y la dependencia de sustancias con los delitos contra las personas. Respecto a la reincidencia se relacionó de manera significativa con la dependencia en una proporción de más del doble respecto a los que no presentaban dependencia de sustancias. Por tanto podemos concluir que la reincidencia es más elevada entre las personas que consumen y dentro de éstos es mayor entre los que presentan dependencia en una proporción de más del doble. En cuanto a los delitos más reincidentes, los datos encontrados reflejan que hay una asociación estadística con los delitos de robo con violencia, robo con intimidación y el delito contra la salud pública, siendo las tasas más altas en los primeros que en el último. Esto parece indicar que aunque los delitos contra la salud pública son los más frecuentes, no son los más reincidentes. También se realizó el análisis de conglomerados en las tipologías delictivas y se vió que aunque el delito contra las personas fue el más elevado, no era el más reincidente.

En cuanto al perfil clínico o de salud general conformado por los antecedentes psiquiátricos familiares en primera línea y los antecedentes clínicos personales, llama la atención que más de la mitad de los internos indicó no conocer con exactitud la existencia de antecedentes psiquiátricos familiares. Una explicación plausible puede ser que estos datos no reflejen la realidad ya que al ser preguntados, sus respuestas eran imprecisas “no lo tengo muy claro” “no lo sé, mi madre siempre ha padecido de los nervios” “yo creo que tenía algo de depresión o algo así”. En cambio el trastorno por consumo de sustancias fue el más fácil de identificar. Respecto a los trastornos ansiosos y depresivos lo identificaban fácilmente pero no porque realmente reconocieran la sintomatología del mismo, sino porque incluían bajo el paraguas de la depresión y la ansiedad toda sintomatología, tendencia que ocurre en la actualidad cuando las personas no profesionales de la salud mental desconocen con exactitud una sintomatología o nadie se la explica. Hay que decir también que algunos de ellos decían que su familiar oía voces o hablaba sólo pero no sabían que eso era un trastorno psicótico, aún así el porcentaje de antecedentes es considerable.

En cuanto a la prevalencia de trastornos o enfermedades crónicas, los problemas nerviosos/depresiones fueron los más frecuentes, presentándolos la mitad de la muestra, seguido de problemas de visión, los cuales, posiblemente, fueran identificados por primera vez en prisión. Otros trastornos como el SIDA tenían un porcentaje menor. Estos datos están en consonancia con los estudios que ponen de manifiesto que los trastornos mentales son el problema de salud más prevalente y acuciante en el medio penitenciario, desbancando a otros como el SIDA y el HIV. Vera-Remartínez (2014), señala que uno de cada dos internos sufre algún tipo de patología crónica y entre los factores que contribuyen a ello se encuentran el consumo de tabaco, el sedentarismo, la obesidad, el consumo de cocaína y la edad.

Antes de pasar a la discusión de los resultados acerca de la relación entre el trastorno mental, la comisión de delito y la reincidencia es necesario hacer las siguientes aclaraciones: en primer lugar el delito no es algo universal, sino que está sujeto al modelo de legislación de cada país, especialmente en el caso de las drogas, y en segundo lugar la conducta criminal no siempre implica un componente violento, a pesar de que la mayoría de la población penitenciaria está formada en líneas generales por la comisión de un delito violento (Vicens, 2006). Por otra parte es necesario comentar que se utilizarán las cifras de prevalencia vida como indicador ya que no podemos deducir una posible relación de la prevalencia mes.

C) Trastorno mental, delito y reincidencia

En relación al objetivo cuatro, se relacionan los siete delitos más frecuentes de la muestra con los trastornos mentales más prevalentes. Los resultados muestran que tener un trastorno mental no se relaciona estadísticamente con ninguno de los delitos señalados, pero sí la comorbilidad del trastorno mental y el consumo de sustancias. Así, el trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias se relacionó con el robo con violencia y el robo con intimidación, el trastorno psicótico inducido por sustancias con el robo con violencia y el trastorno de agorafobia sin historia de pánico con el delito contra la salud pública. El episodio depresivo mayor se relacionaba negativamente con el delito contra la salud pública, es decir, las personas con episodio depre-

sivo mayor tienen menos probabilidad de cometer un delito contra la salud pública. Si se realiza el análisis de conglomerados de las tipologías de delito, casi la mitad de las personas con trastorno mental están condenadas por delitos contra las personas. Resultado consistente con los estudios que ponen de manifiesto que las personas con trastorno mental tienen dos veces más posibilidades de ser condenadas por estos delitos (Vicens, 2006). En cuanto a la reincidencia los datos revelan que es el trastorno psicótico inducido por sustancias el más reincidente, seguido del trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias. Lo cual pone de manifiesto y coincidiendo con la mayoría de los estudios que es la comorbilidad con el trastorno por consumo de sustancias el factor que conduce a la reincidencia.

Estos resultados aportan luz a la controversia suscitada ante la idea de si el trastorno mental en sí mismo aumenta el comportamiento violento o no, coincidiendo con la mayoría de los estudios que no han establecido una relación causal entre los trastornos mentales y el comportamiento violento. Así, Nederlof et al. (2013), muestra que el trastorno psicótico no conlleva por sí sólo un riesgo de violencia elevado. En general se acepta que la asociación entre los trastornos mentales y consumo de drogas aumenta el riesgo de comportamiento violento (Bennet et al., 2008; Sacks et al., 2009). Así, el riesgo de violencia en trastornos mentales graves como la esquizofrenia y el trastorno bipolar se incrementa por la presencia de un trastorno de consumo de sustancias comórbido (Volavka, 2013). En un estudio de seguimiento de 10 años después del primer episodio psicótico Langeveld et al. (2014) comprobaron que tras el inicio del tratamiento, la prevalencia de violencia es muy similar a la de la población general, sin embargo, el abuso continuado de drogas ilícitas, aumentaba el riesgo de conducta violenta, convirtiéndose en un factor grave de riesgo, incluso bastante tiempo después de iniciar el tratamiento.

Por otra parte se pone de manifiesto que la reincidencia penal está relacionada también con el consumo de sustancias y no sólo el hecho de tener un trastorno mental.

Aunque los delincuentes con trastornos mentales están excesivamente representados en el sistema penal, los síntomas psiquiátricos se relacionan débilmente con comportamientos criminales, estando el 4% relacionado con psicosis, y el 10% con trastorno bipolar (Peterson et al., 2014). Relativamente pocos actos delictivos son directamente motivados por los síntomas de la enfermedad, aunque si hay que tener en cuenta, como señalan otros estudios, que si los síntomas positivos de la enfermedad como son las alucinaciones y los delirios no son adecuadamente tratados pueden ser un factor de riesgo.

Como se ha expuesto en el marco teórico de este trabajo factores como el consumo de sustancias, la personalidad pre-mórbida, factores sociodemográficos, la no adherencia a los tratamientos psiquiátrico y psicológico y tener antecedentes penales mediaban en la comisión de los delitos violentos en las personas con trastornos psicóticos (Witt et al., 2013).

A pesar de la alta prevalencia de trastornos mentales en la muestra de este estudio, se pone de manifiesto que el trastorno mental, como factor único, no tiene una estrecha relación con la comisión del delito y dentro de la población penitenciaria, autores como (Chalub & Tellez, 2006; Volavka, 2013) nos muestran que aquellos internos que

presentan un trastorno comórbido de esquizofrenia y consumo de sustancias tienen un mayor riesgo de cometer un delito y aumenta la posibilidad de un delito violento.

D) Trastorno de personalidad, delito y reincidencia

En relación al objetivo cinco, los datos informan que los trastornos de personalidad estaban relacionados con una mayor probabilidad con la comisión de delitos contra las personas y aunque existen diferencias que apuntan a que las personas con trastorno de personalidad parecían ser más propensas a reincidir, esta relación no es significativa, lo que nos lleva a no poder concluir en este estudio que las personas con trastornos de personalidad sean más reincidentes, aunque sí tenían más arrestos y juicios.

En nuestra muestra la reincidencia estaba asociada a variables como lugar de nacimiento, según el cual reincidir era 2,48 veces más probable en los nacidos en España, 0,48 veces menos probable en aquellos con estudios secundarios o superiores, 2,18 veces mayor si existe dependencia de sustancias y 4,30 veces más para los internos condenados por delitos contra la propiedad.

Un dato que resulta muy curioso en nuestra muestra es el que el trastorno evitativo sea el más prevalente. La mayoría de los estudios ponen de manifiesto que los trastornos de la personalidad se relacionan con algún tipo de delito. Precisamente Stone (2007) señala que todos los trastornos de personalidad pueden relacionarse con los delitos violentos, excepto el evitativo. Este como se ha señalado en el marco teórico se relaciona más con delitos sexuales acompañado de un sentimiento de venganza hacia la mujer, lo cual hace que también lo podamos considerar como un delito violento, aunque Stone no lo considere como tal.

CAPÍTULO VIII

Conclusiones

En el presente trabajo se ha observado que la prevalencia de los trastornos mentales en prisión es muy elevada, constituyendo a día de hoy el principal y más preocupante problema de salud y ante el que la administración penitenciaria tiene que dar una respuesta, articulando estrategias de evaluación e intervención especializada que permitan identificar las necesidades de estas personas.

Las personas con enfermedad mental entran en contacto con el sistema penal y penitenciario, entre otras causas, debido a la falta de recursos de salud mental en la comunidad adecuados a su patología para el cumplimiento de su condena (contemplado en la ley pero no aplicado), lo cual hace que los centros penitenciarios se sobreocupen por encima de su capacidad. Los servicios de atención psiquiátrica penitenciaria deberían formar parte de la red de salud mental y social comunitaria para poder abordar este problema tan complejo y específico como son los trastornos mentales en un entorno penitenciario que ya por sus características y dinámicas, no es el lugar apropiado para las personas con trastorno mental.

De los resultados obtenidos en este estudio se pueden establecer las siguientes conclusiones generales:

1. La prevalencia de los trastornos mentales en las prisiones españolas es elevada con una **prevalencia vida** de un 90,2%, es decir, **nueve de cada 10 internos** han sufrido un trastorno mental a lo largo de su vida, siendo los **trastornos más prevalentes el trastorno por consumo de sustancias, los trastornos afectivos y los trastornos psicóticos.**

En cuanto a la **prevalencia mes**, se observa que más de la mitad de los internos presentaban un trastorno mental (52,2%), es decir, **dos de cada cuatro**, siendo superior a las estimaciones de otros estudios europeos que estudiaron el mismo periodo de tiempo. Los **trastornos más prevalentes** son el **episodio depresivo mayor y la esquizofrenia.**

2. La tasa de **prevalencia de trastorno mental en población reclusa** encontrada en este estudio es de **5,3 veces superior** a la población general.
3. La **prevalencia vida** de los trastornos de personalidad fue también muy elevada con un 90,8%, **nueve de cada 10 internos**, siendo los **trastornos más preva-**

lentes los pertenecientes al Cluster C y en concreto el trastorno evitativo de la personalidad.

4. El **perfil psicopatológico** de la muestra de este estudio se caracteriza por internos que presentan en su gran mayoría comorbilidad entre dos o más trastornos, siendo la más frecuente la coexistencia de trastorno mental y trastorno de personalidad. En cuanto al **perfil delictivo** los delitos más frecuentes fueron el delito contra la salud pública y el delito por robo con violencia. El **consumo de sustancias** está relacionado con los **delitos contra la propiedad, el abuso** está relacionado con los **delitos contra la salud pública** y la **dependencia de sustancias** con los **delitos contra las personas**. Respecto a la **reincidencia** se relacionó de manera significativa con la dependencia de sustancias en una proporción de más del doble respecto a los que no presentaban dependencia de sustancias, siendo los **delitos más reincidentes los delitos de robo con violencia, robo con intimidación, y el delito contra la salud pública**, siendo las tasas más altas en los primeros que en el último. Esto parece indicar que aunque los delitos contra la salud pública y contra las personas son los más frecuentes, no son los más reincidentes. El **perfil clínico** se caracteriza por una prevalencia más elevada de problemas nerviosos/depresiones y problemas de visión. El 40% tenían antecedentes psiquiátricos en primera línea de consanguinidad.
5. La **relación entre el trastorno mental y el tipo de delito** no es muy intensa. Los trastornos del estado del ánimo y los trastornos psicóticos inducidos por sustancias presentan un mayor riesgo de comisión de determinados tipos de robos y el trastorno depresivo mayor y la agorafobia sin historia de trastorno de angustia presentan un menor riesgo de comisión de delitos contra la salud pública. Se pone de manifiesto la estrecha relación entre el consumo de drogas, la comisión de un delito y el trastorno mental.

La relación entre **trastorno mental y reincidencia** delictiva tampoco es muy intensa. Ahora bien, sí se puede concluir que este riesgo de reincidencia se incrementa con el policonsumo de sustancias y otros factores como variables socio-demográficas, arrestos previos, antecedentes penales, personalidad premórbida y falta de adherencia al tratamiento psiquiátrico y psicológico.

6. El hecho de tener un **trastorno de personalidad** incrementa el riesgo de estar condenado por **delitos contra las personas** y en un menor grado los delitos contra la salud pública. Asimismo, tener un trastorno de personalidad no influye sobre la reincidencia delictiva. Al menos no se ha encontrado una relación lo suficientemente fuerte como para que sea estadísticamente significativa.

Este trabajo no está exento de limitaciones que hay que tener en cuenta de cara a la generalización de los resultados obtenidos y a la realización de futuras investigaciones: por un lado, el tamaño de la muestra del estudio es pequeño, se excluye a las mujeres, a los presos preventivos y a las personas mayores, por lo que los resultados no pueden generalizarse a estos grupos. Por otro lado la utilización de un instrumento de screening autoaplicado para estimar la prevalencia de los trastornos de personalidad no es el más adecuado ya que identifica rasgos y conductas relevantes para la evaluación de los criterios diagnósticos de los distintos trastornos de la personalidad, y probables trastornos de personalidad más que diagnósticos en firme, lo cual lleva a

pensar que los resultados pueden estar sobrerrepresentados. También el hecho de ser autoaplicada puede reflejar la percepción que tiene el interno de su conducta sin más. Aún siendo conscientes de esta importante limitación, se optó por su uso por la finalidad del mismo y porque alteraba menos el ritmo de la prisión.

El conocer la prevalencia de personas que sufren trastornos mentales y están en los centros penitenciarios es muy relevante para identificar las necesidades tanto clínicas como jurídicas y sociales que tienen estas personas. Asimismo, permitiría una adecuada planificación de los servicios de atención, asegurando su continuidad y mejorando la calidad de la misma. Por otra parte es necesario identificar a la población consumidora para poder prevenir la comisión de delitos y la entrada en prisión, siendo fundamental políticas sanitarias y sociales preventivas, así como políticas que propicien la reinserción para los internos que consumen y están dentro de los centros penitenciarios, siendo necesaria una coordinación entre la administración penitenciaria y los recursos de la comunidad. Finalmente, es necesario avanzar en la investigación sobre los trastornos mentales en la población penitenciaria y los factores de riesgo asociados para para el fenómeno que convierte a las personas con trastornos mentales en internos de puerta giratoria: exclusión social-delito-prisión-estigmatización-rechazo-exclusión social.

Sería interesante que los estudios futuros sobre salud mental en prisiones tuvieran una misma metodología al igual que el proyecto de las Encuestas de salud mental que creó la OMS para obtener resultados más homogéneos y poder establecer comparaciones entre los centros penitenciarios a nivel nacional y entre los países a nivel internacional.

Referencias bibliográficas

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdalla-Filho, E., De Souza, P. A., Tramontina, J. F. & Tabora, J. G. (2010). Mental disorders in prisons. *Current Opinion in Psychiatry*, 23(5), 463-466. doi: 10.1097/YCO.0b013e32833bb32f
- Abracen, J., Langton, C. M., Looman, J., Gallo, A., Ferguson, M., Axford, M. & Dichey, R. (2014). Mental health diagnoses and recidivism in paroled offenders. *International Journal of Offenders Therapy and Comparative Criminology*, 58(7), 765-779. doi: 10.1177/0306624X13485930
- Abram, K. M., Zwickler, N. A., Welty, L. J., Hershfield, J. A., Dulcan, M. K. & Teplin, L. A. (2015). Comorbidity and continuity of psychiatric disorders in youth after detention: a prospective longitudinal study. *Journal of the American Medical Association, Psychiatry*, 72(1), 84-93. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2014.1375
- Aguilar-Gaxiola & Deeb-Sossa. (2009). La investigación en epidemiología psiquiátrica y la encuesta mundial de salud mental de la organización mundial de la salud en 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 35-53). Washington, D.C: OPS.
- Alegria, M., Canino, G., Shrout, P. E., Woo, M., Duan, N., Vila, D., Torres, M. & Meng, X. L. (2008). Prevalence of mental illness in immigrant and non-immigrant U.S. Latino groups. *American Journal of Psychiatry*, 165(3), 359-369. doi: 10.1176/appi.ajp.2007.07040704
- Alhasnawi, S., Sadik, S., Rasheed, M., Baban, A., Al-Alak, M. M., Othman, A. Y., Othman, Y. & Kessler, R. C. Iraq Mental Health Survey Study Group (2009). The prevalence and correlates of DSM-IV disorders in the Iraq Mental Health Survey (IMHS). *World Psychiatric*, 8(2), 97-109. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2694515/pdf/wpa020097.pdf>
- Alonso, J. & Lépine, J. P. ESEMeD/MHEDEA 2000 Scientific Committee. (2007). Overview of key data from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, Suppl 2:3-9. Recuperado de <http://www.psychiatrist.com/JCP/article/Pages/2007/v68s02/v68s0201.aspx>
- Alonso, J., Angermeyer, M. C, Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S, Bryson, H., de Girolamo, G. & Vollebergh, W. A. (2004). ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. 12-Month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavia Suppl*, 420, 28-37.
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Bruga, T. S., Bryson, H., de Girolamo, G. & Vollebergh, W. A. (2004). ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators. European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Pro-

- ject. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED) Project. *Acta Psychiatrica Scandinavica Suppl*, 420, 21-7.
- Alonso, J., Ferrer, M., Romera, B., Vilagut, G., Anyermeyer, M., Bernert, S., Brugha, T. & Bruffaerts, R. (2002). The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED/MHEDEA 2000) Project: Rationale and methods. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 11, 55-67.
- Altamirano Agudo, Z. (2013). *El bienestar psicológico en prisión: antecedentes y consecuencias* (Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Madrid). Recuperada de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=39129>
- Álvarez, M. J., Roura, P., Foguet, Q., Osés, A., Solá, J. & Arrufat, F. X. (2012). Post-traumatic stress disorder comorbidity and clinical implications in patients with severe mental illness. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 200(6), 549-52. doi: 10.1097/NMD.0b013e318257cdf2
- Álvarez, E., López-Fernández, J. M., Zabala, M. C. y Vegue, M. (2014). *Personas con trastorno mental grave en el CIS Victoria Kent. Análisis de resultados del programa puente*. Trabajo presentado en el X Congreso Nacional y XVIII Jornadas de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria, Barcelona, E. Resumen recuperado de http://www.sanipe.es/datos/RESP_CONGRESO_COMPLETA.pdf
- Álvarez-Brun, E. & Vegue-González, M. (2008). Validez del Cuestionario Internacional Personality Disorder Examination (IPDE) en una muestra de población penitenciaria. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 10(2), 35-40. Recuperado de <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/73>
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Texto revisado. Barcelona: Elsevier Masson.
- Amigo, I. (2012). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Andersen, H. S. (2004). Mental health in prison populations. A review with special emphasis on a study of Danish prisoners on remand. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110 (Suppl. 424), 5-59. doi: 10.1111/j.1600-0447.2004.00436_2.x
- Andrade, L. H., Alonso, J., Mneimneh, Z., Wells, J. E., Al-Hamzawi, A., Borges, G., Bromet, E. & Kessler, R. C. (2014). Barriers to mental health treatment: results from the WHO World Mental Health surveys. *Psychological Medicine*, 44(6), 1303-1317. doi: 10.1017/S0033291713001943
- Andrade, L. H., Wang, Y. P., Andreoni, S., Silveira, C. M., Alexandrino-Silva, C., Siu, E. R., Nishimura, R. & Viana, M. C. (2012). Mental disorders in megacities: findings from the São Paulo megacity mental health survey, Brazil. *PLoS One*, 7(2). doi: 10.1371/journal.pone.0031879
- Andreoli, S. B., Dos Santos, M. M., Quintana, M. I., Ribeiro, W. S., Blay, S. L, Tabora, J. G. & De Jesús Mari, J. (2014). Prevalence of mental disorders among

- prisoners in the state of Sao Paulo, Brazil. *PLoS One*, 9(2). doi: 10.1371/journal.pone.0088836
- Andrews, D. A. & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct*, (5^a. ed.). New Providence, NJ: Lexis-Nexis.
- Andrews, G., Peters, L., Guzman, A. M. & Bird, K. (1995). A comparison of two structured diagnostic interviews: CIDI and SCAN. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 29(1), 124-132. <http://anp.sagepub.com/content/29/1/124.long>
- Angst, J., Cui, L., Swendsen, J., Rothen, S., Cravchik, A., Kessler, R. C. & Merikangas K. R. (2010). Major depressive disorder with subthreshold bipolarity in the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*, 167(10), 1194-1201 doi: 10.1176/appi.ajp.2010.09071011
- Anselmi, N., & Mirigliani, A. (2010). Personality disorders self-inflicted woundings in detention. *Rivista di Psichiatria*, 45(1), 58-60.
- Aragonés, E., Salvador-Carulla, L., López-Muntaner, J., Ferrer, M. & Piñol, J. L. (2013). Registered prevalence of borderline personality disorder in primary care databases. *Gaceta Sanitaria*, 27(2), 171-174. doi: 10.1016/j.gaceta.2011.12.006
- Arango, C. (2012). Investigación en salud mental en España: algo más que brotes verdes. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(4), 211-213. doi: 10.1016/j.rpsm.2012.06.005
- Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesias, B., Basurte, I., Morant, C., Ochoa, E. & Babín, F. (2013). Madrid study on the prevalence and characteristics of outpatients with dual pathology in community mental health and substance misuse services. *Adicciones*, 25(2), 118-127.
- Arboleda-Flórez, J. (1994). An epidemiological study of mental illness in a remanded population and the relationship between mental condition and criminality. PhD dissertation, University of Calgary, Calgary, Alberta.
- Arboleda-Flórez, J. (2009). Mental patients in prisons. *World Psychiatry*, 8, 187-189.
- Arboleda-Flórez, J. & Sartorius, N. (2008). *Understanding the stigma of mental illness: theory and interventions*. Chichester: Wiley.
- Arillo, A., Aguinaga, I. & Guillén, F. (1998). Prevalencia de enfermedades mentales en mujeres de una zona urbana. *Atención Primaria*, 21(5), 265-269.
- Arnau-Peiró, F., García-Guerrero, J., Herrero-Matías, A., Castellano-Cervera, J. C., Vera-Remartínez, E. J., Jorge-Vidal, V. & Iranzo-Tatay, C. (2012). Descripción de la consulta psiquiátrica en centros penitenciarios de la Comunidad Valenciana. *Revista Española Sanidad Penitenciaria*, 14(2), 50-61. <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/103/708>

- Arroyo, J. M. (2002). *Los trastornos de personalidad en reclusos como factor de distorsión del clima social de la prisión*. Trabajo presentado en el IV Congreso Nacional de Trastornos de la Personalidad, Bilbao. Resumen recuperado de <http://www.seetp.com>
- Arroyo, J. M. (2005). El Grupo de trabajo sobre Salud Mental en prisiones (GSMP). Actividades y funcionamiento *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 7(3), 86-91. Recuperado de <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/292/642>
- Arroyo, J. M. & 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. Recuperado de: <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/49>
- 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. Recuperado de: <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/13>
- Assadi, S. M., Noroozian, M., Pakravannejad, M., Yahyazadeh, O., Aghayan, S., Shariati, S. V. & Fazel, S. (2006). Psychiatric morbidity among sentenced prisoners: Prevalence study in Iran. *The British Journal of Psychiatry*, 188(2), 159-164. doi: 10.1192/bjp.188.2.159
- Autonell, J., Vila, F., Pinto-Meza, A., Vilagut, G., Codony, M., Almansa, J., Muñoz, P. & Almansa, J. (2007). Prevalencia-año de la comorbilidad de los trastornos mentales y factores de riesgo sociodemográficos asociados en la población general de España. Resultados del Estudio ESEMeD España. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35 (suppl. 2), 4-11. Recuperado de: <http://public-files.prbb.org/publicacions/3c4bfbf0-0b5e-012e-a84a000c293b26d5.pdf>
- Axinn, W. G., Ghimire, D. J., Williams, N. E., & Scott, K. M. (2013). Gender, traumatic events, and mental health disorders in a rural Asian setting. *Journal of Health and Social Behavior*, 54(4), 444-461. doi: 10.1177/0022146513501518
- Ayuso-Mateos, J. L., Vázquez-Barquero, J. L., Dowrick, C., Lehtinen, V., Dalgard, O. S., Casey, P., Wilkinson, C. & ODIN Group (2001). Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *British Journal Psychiatry*, 179(4), 308-316. doi: 10.1192/bjp.179.4.308
- Baillargeon, J., Penn, J. V., Knight, K., Harzke, A. J., Baillargeon, G., & Becker, E. A. (2010). Risk of Reincarceration Among Prisoners with Co-occurring Severe Mental Illness and Substance Use Disorders. *Administration and Policy in Mental Health*, 37(4), 367-74. doi: 10.1007/s10488-009-0252-9
- Baladón, L., Fernández, A., Rubio-Valera, M., Cuevas-Estebán, J., Palao, D. J., Bellón, J. A., & Serrano-Blanco, A. (2015). Prevalence of mental disorders in non-demented elderly people in primary care. *International Psychogeriatrics*, 27(5), 757-68. doi: 10-1017/S1041610214002841

- Banerjee, A., Sengupta, P., & Ray, T. K. (2009). Persons with major psychiatric illness in prisons – a three years study. *Journal of the Indian Medical Association*, 107(1), 14-16.
- Barbaglia G., Vilagut G., Artazcoz L., Haro J. M., Ferrer M., Forero C. G., Alonso J. (2012). Association between annual earnings and mental disorders in Spain: individual and societal-level estimates. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 47(11), 1717-25. doi: 10.1007/s00127-012-0485-x.
- Barrachina, J., Pascual, J. C., Ferrer, M., Soler, J., Rufat, M. J., Andi6n, O., Tiana, T... & P6rez, V. (2011). Axis II comorbidity in borderline personality disorder is influenced by sex, age, and clinical severity. *Comprehensive Psychiatry*, 52(6), 725-30. doi: 10.1016/j.comppsy.2010.11.009
- Baxter, J., Kingi, T. K., Tapsell, R., Durie, M. & McGee, M. A; New Zealand Mental Health Survey Research Team. (2006). Prevalence of mental disorders among M6ori in Te Rau Hinengaro: the New Zealand Mental Health Survey. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(10).
- Baxter J., Kokaua J., Wells J. E., McGee M. A., Oakley Browne M. A.; New Zealand Mental Health Survey Research Team. (2006). Ethnic comparisons of the 12 month prevalence of mental disorders and treatment contact in Te Rau Hinengaro: the New Zealand Mental Health Survey. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(10).
- Beaufr6re, A., & Chariot, P. (2015). The health of older arrestees in police cells. *Age Ageing*, 44(4), 662-667. doi: 10.1093/ageing/afv022
- Ben6itez, M. J. (2007). Poblaci6n penitenciaria: evoluci6n, volumen y caracter6sticas demogr6ficas, En: AI. Cerezo y E. Garc6a (Coords). *La prisi6n en espa6a una perspectiva criminol6gica*. (pp. 41-74). Granada: Comares.
- Benjet, Borges. & Medina-Mora. (2008). DSM-IV personality disorders in Mexico: results from a general population survey. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(3), 227-234. doi: 10.1590/S1516-44462008000300009
- Bennet, T. & Holloway, K. (2005). The Association between multiple Drug Misuse and Crime. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 49, 63-81. doi: 10.1177/0306624X04269003
- Bennet, T., Holloway, K. & Farrington, D. (2008). The statistical association between drug misuse and crime: A meta-analysis. *Aggression and Violent Behaviour*, 13, 107-111. doi:10.1016/j.avb.2008.02.001
- Bernert, S., Matschinger, H., Alonso, J., Haro, J. M, Brugha, T. S. & Angermeyer, M. C; ESEMeD / MHEDEA 2000 investigators. (2009). Is it always the same? Variability of depressive symptoms across six European countries. *Psychiatry Research*, 168(2) doi: 10.1016/j.psychres.2008.04.008

- Bijl, R. V., de Graaf, R., Hiripi, E., Kessler, R. C., Kohn, R., Offord, D. R., Ustun, T. B. & Wittchen, H. U. (2003). The prevalence of treated and untreated mental disorders in five countries. *Health Affairs Millwood*, 22(3), 122-133. doi: 10.1377/hlthaff
- Birmingham, L., Mason, D. & Grubin, D. (1996). Prevalence of mental disorder in remand prisoners: consecutive case study. *British Medical Journal*, 313(7071), 1521-1524. doi: 10.1136/bmj.313.7071.1521
- Blitz, C. L., Wolff, N. & Shi, J. (2008). Physical victimization in prison: the role of mental illness. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31(5), 385-393. doi: 10.1016/j.ijlp.2008.08.005
- Bones, K., Pérez, K., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C. & Obiols, J. E. (2010). Prevalence of mental health problems and their association with socioeconomic, work and health variables: Findings from the Spain National Health Survey. *Psicothema*, 22(3), 389-95. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/PDF/3742.pdf>
- Borges, G., Medina-Mora, M. E. & López-Moreno, S. (2004). El papel de la epidemiología en la investigación de los trastornos mentales. *Salud Pública de México*, 46(5), 451-463. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v46n5/a10v46n5.pdf>
- Bradley-Engen, M. S., Cuddeback, G. S., Gayman, M. D., Morrissey, J. P. & Mancuso, D. (2010). Trends in state prison admission of offenders with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 61(12), 1263-1265. doi: 10.1176/appi.ps.61.12.1263
- Breslau, J., Aguilar-Gaxiola, S., Kendler, K. S., Su, M., Williams, D. & Kessler, R. C. (2006). Specifying race-ethnic differences in risk for psychiatric disorder in a USA national sample. *Psychological Medicine*, 36(1), 57-68. doi: 10.1017/S0033291705006161
- Breslau, J., Miller, E., Jin, R., Sampson, N. A., Alonso, J., Andrade, L. H., Bromet, E. J. & Kessler, R. C. (2011). A multinational study of mental disorders, marriage and divorce. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124(6), 474-486. doi: 10.1111/j.1600-0447.2011.01712.x
- Bringas, C., Rodríguez, F. J. & Moral, M. D. L. V. (2010). Consumo de drogas en población reclusa. Relación diferencial entre abuso de sustancias psicoactivas y reincidencia. *Health and addictions*, 10(2), 67-90. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10651/9960>
- Brink, J. H., Doherty, D. & Boer, A. (2001). Mental disorder in federal offenders: A Canadian prevalence study. *International Journal of Law and Psychiatry*, 24(4-5), 339-356. doi: 10.1016/S0160-2527(01)00071-1
- Bromet, E., Andrade, L. H., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., de Girolamo, G., de Graaf, R. & Kessler, R. C. (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BioMedCentral Medicine*, 26, 9-90. doi: 10.1186/1741-7015-9-90

- Bromet, E. J., Gluzman, S. F., Paniotto, V. I., Webb, C. P., Tittle, N. L., Zakhozha, V., Havenaar, J. M. & Schwartz, J. E. (2005). Epidemiology of psychiatric and alcohol disorders in Ukraine: findings from the Ukraine World Mental Health survey. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 40(9), 681-690.
- Brooke, D., Taylor, C., Gunn, J. & Maden, A. (1996). Point prevalence of mental disorder in unconvicted male prisoners in England and Wales. *British Medical Journal*, 313(7071), 1524- 1527. doi:10.1136/bmj.313.7071.1524
- Brown, G. P., Hirdes, J. P. & Fries, B. E. (2015). Measuring the prevalence of current, severe symptoms of mental health problems in a canadian correctional population: implications for delivery of mental health services for inmates. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 59(1), 27-50. doi: 10.1177/0306624X13507040
- Brown, T. A., Di Nardo, P. A., Lehman, C. L. & Campbell, L. A. (2001). Reliability of DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for the classification of emotional disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(1), 49-58. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.110.1.49>
- Bruffaerts, R. P., Bonnewyn, A. & Demyttenaere, K. (2010). Associations between early-onset mental disorders and educational attainment in Belgium; a population study. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 52(3), 133-142. Recuperado de http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/articles_2924pdf.pdf
- Bruffaerts, R. P., Bonnewyn, A., Van Oyen, H., Demarest, S. & Demyttenaere, K. (2003). Prevalence of pure and comorbid mental disorders in Belgium. *Revue Medicale de Liège*, 58(12), 741-750.
- Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Kessler, R. C., Tachimori, H., Bunting, B., Hu, C., Florescu, S... & Scott, K. M. (2015). The associations between pre-existing mental disorders and subsequent onset of chronic headaches: A worldwide epidemiological perspective. *The Journal of Pain*, 16(1), 42-52. doi: 10.1016/j.jpain.2014.10.002
- Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., Al-Hamzawi, A. O., Gureje, O., Huang, Y., Hu, C., Bromet, E. J. & Kessler, R. C. (2015). Proportion of patients without mental disorders being treated in mental health services worldwide. *British Journal of Psychiatry*, 206(2), 101-109. doi: 10.1192/bjp.bp.113.141424
- Brugha, T., Singleton, N., Mezler, H., Bebbington, P., Farrell, M., Jenkins, R., & Coid, J., Lewis, G. (2006). Psychosis in the community and in prisons: a report from the British National Survey of Psychiatric Morbidity. *The American Journal of Psychiatry*, 162(4), 774-780. doi:10.1176/appi.ajp.162.4.774
- Brunner, E. J. & Marmot, M. G. (2005). Social organization, stress, and health. En: M. G. Marmot and R. G. Wilkinson (Eds.), *Social determinants of health* (pp. 17-43). Oxford: Oxford University Press.
- Bulten, B. H. (1998). Gevangen tussen straf en zorg [Captured between punishment and care]. Ph. D. thesis, Vrije Universiteit, Amsterdam.

- Bulten, E., Nijman, H. & Van der Staak, C. (2009). Psychiatric disorders and personality characteristics of prisoners at regular prison wards. *International Journal of Law and Psychiatry*, 32, 115-119. doi: 10.1016/j.ijlp.2009.01.007
- Bunting, B. P., Ferry, F. R., Murphy, S. D., O'Neill, S. M., & Bolton, D. (2013). Trauma associated with civil conflict and posttraumatic stress disorder: evidence from the Northern Ireland study of health and stress. *Journal of Traumatic Stress*, 26(1), 134-141. doi: 10.1002/jts.21766
- Bunting, B. P., Murphy, S. D., O'Neill, S. M. & Ferry, F. R. (2012). Lifetime prevalence of mental health disorders and delay in treatment following initial onset: evidence from the Northern Ireland study of health and stress. *Psychological Medicine*, 42(8), 1727-1739. doi: 10.1017/S0033291711002510
- Butler, T., Indig, D., Allnutt, S. & Mamoon, H. (2011). Co-occurring mental illness and substance use disorder among Australian prisoners. *Drug and Alcohol Review*, 30, 188-194. doi: 10.1111/j.1465-3362.2010.00216.x
- Cabrera, P. (2002). Cárcel y Exclusión. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, 35, 83- 120. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Recuperado de: http://www.empleo.gob.es/es/publica/pub_electronicas/destacadas/revista/numeros/35/estudio5.pdf
- Calvo, P., Soler, C., Día, J. L. & Ventura, T. (2008). Prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes ingresados por el Servicio de Psiquiatría en el Módulo Penitenciario del H.U.M.S. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 10(3), 69-72. Recuperado de <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/80>
- Cano, M. C. & Contreras, L. (2009). Valoración penal de los trastornos de personalidad. En F. Expósito y S. Peña (Eds.). *Procesos judiciales. Psicología jurídica de la familia y del menor* (pp 21-28). Murcia: Sociedad Española de Psicología Jurídica y Forense.
- Cañas, M. A., Cañas, J. & Torre, M. A. (2001). Estudio de utilización de psicofármacos en el Centro Penitenciario de León. Análisis comparativo. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 3(3), 106-110. Recuperado de <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/216>
- Capdevilla, M., Parés, R., Ferrer, M., Luque, E. & Torrecillas, M. (2006). *La Clasificación inicial en régimen abierto de los condenados a prisión*. Documento inédito. Barcelona: Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada.
- Caravaca-Sánchez, F., Falcón-Romero, M. & Luna-Maldonado, A. (2014). Agresiones físicas en prisión, la enfermedad mental como factor de riesgo asociado. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 16(3), 84-90. Recuperado de <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/364>
- Casares-López, M. J., González, A., Torres, M., Secades, R., Fernández-Hermida, J. R. & 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(2), 225-243. Recuperado de http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-348.pdf
- Casares-López, M. J., González-Menéndez, A., Bobes-Mascarán, M. T., Secades, R., Martínez-Cordero, A. & Bobes, J. (2010). Necesidad de evaluación de la patología dual en contexto penitenciario. *Adicciones* (23)1, 37-44. Recuperado de <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/165/165>.
- Castejón, M. A., Pallarés, J. y López-Fernández, J. M. (2010). Las personas con trastorno mental grave en el ámbito penal y penitenciario. Situación actual y propuestas de intervención psicosocial. *Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental*. Boletín primavera 2010. Madrid. Asociación Madrileña de Salud Mental. Recuperado de <http://amsmblog.files.wordpress.com/2012/05/2010-primavera.pdf>
- Cerezo Domínguez, A. I. (2007). Origen y evolución histórica de la prisión. En A. I. Cerezo Domínguez & E. García España (Coords.), *La prisión en España una perspectiva criminológica* (pp 8-18). Granada: Comares.
- CERMI (2008). *Las personas con discapacidad en el medio penitenciario en España*. Madrid. Ediciones Cinca.
- Cervera, G., Bolinches, F., Valderrama, J. C., De Vicente, P. (2004). Trastornos de la personalidad del grupo B (DSM IV) y trastornos relacionados con sustancias. En F. Giner & G. Cervera (Coord.), *Drogodependencias: clínica y tratamientos psicobiológicos*. Generalitat Valenciana.
- Chalub, M., & Telles, L. E. (2006). Alcohol, drugs and crime. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28, 69-73. doi: 10.1590/S1516-44462006000600004
- Chen, E. (2007). Impact of socioeconomic status on physiological health in adolescents: An experimental manipulation of psychosocial factors. *Psychosomatic Medicine*, 69(4), 348-355. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Impact+of+socioeconomic+status+on+physiological+health+in+adolescents%3A+An+experimental+manipulation+of+psychosocial+factors>
- Chondraki, P., Madianos, M. & Papadimitriou, G. N. (2012). Studies of psychopathology of homeless individuals in European countries. *Psychiatriky*, 23(4), 334-43. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Studies+of+psychopathology+of+homeless+individuals+in+European+countries>
- Cloyes, K. G., Wong, B., Latimer, S. & Abarca, J. (2010). Time to prison return for offenders with serious mental illness released from prison a survival analysis. *Criminal Justice and Behavior*, 37(2), 175-187. doi:10.1177/0093854809354370
- Coid, J. & Ullrich, S. (2010). Antisocial personality disorder is on a continuum with psychopathy. *Compr. Psychiatry*, 51(4), 426-33. doi: 10.1016/j.comppsy.2009.09.006

- Coid, J. & Ullrich, S. (2011). Prisoners with psychosis in England and Wales: diversion to psychiatric inpatient services? *International Journal of Law and Psychiatry*, 34(2), 99-108. doi: 10.1016/j.ijlp.2011.02.003
- Constitución Española. (1978). Recuperado de: <http://www.boe.es/buscar/pdf/1978/BOE-A-1978-31229-consolidado.pdf>
- Consyns, P., D'Hont, C., Janssen, D., Maes, E. & Verellen, R. (2007). Geïnterneerden in België. *De cijfers. Panopticon*, 28(1), 46-61.
- Corrigan, P. W. & Watson, A. C. (2005). Mental illness and dangerousness: Factor misperception, and implications for stigma. En P. W. Corrigan (Ed.), *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change* (pp. 165-179). Washington, D.C. American Psychological Association.
- Corrigan, P. W. & Kleinlein, P. (2005). The impact of mental illness stigma. In: Corrigan P. W. (Ed). *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change* (11-44). Washington D.C. American Psychological Association.
- Crisanti, A. S. & Fruech, B. C. (2011). Risk of trauma exposure among persons with mental illness in jails and prisons: what do we really know? *Current Opinion in Psychiatry*, 24(5), 431-435. doi:10.1097/YCO.0b013e328349bbb8
- Cross-National Collaborative Group. (1992). The changing rate of major depression. Cross-national comparisons. *Journal of the American Medical Association*, 268(21), 3098-3105. doi:10.1001/jama.1992.03490210080039
- Cunningham, M. D. (2008). Forensic psychology evaluations at capital sentencing. In R. Jackson (Ed.). *Learning Forensic Assessment* (pp. 211-238). New York, NY. Routledge, Taylor & Francis Group.
- Dalstra, J. A., Kunst, A. E., Borrell, C., Breeze, E., Cambois, E., Costa, G., Geurts, J. J. & Mackenbach, J. P. (2005). Socioeconomic differences in the prevalence of common chronic diseases: an overview of eight European countries. *International Journal Epidemiology*, 34 (2), 316-326. doi: 10.1093/ije/dyh386
- De Carvalho, H. W., Andreoli, S. B., Vaidyanathan, U., Patrick, C. J., Quintana, M. I. & Jorge, M. R. (2012). The structure of common mental disorders in incarcerated offenders. *Comprehensive Psychiatry*, 54(2), 111-116. doi: 10.1016/j.comppsy.2012.07.006
- Defensor del pueblo andaluz. (1997). *Informe especial sobre la situación de los enfermos mentales internados en centros penitenciarios andaluces*. Sevilla. BOPA n-193. Recuperado de: http://www.defensordelpuebloandaluz.es/sites/default/files/txt_enf_mentales.pdf
- Degenhardt, L., Chiu, W. T., Sampson, N., Kessler, R. C., Anthony, J. C., Angermeyer, M., Bruffaerts, R. & Wells, J. E. (2008). Toward a global view of alcohol, tobacco, cannabis, and cocaine use: findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Medicine*, 5(7), 141. doi:10.1371/journal.pmed.0050141

- De Girolamo, G., Polidori, G., Morosini, P., Scarpino, V., Reda, V., Serra, G., Mazzi, F. & Warner, R. (2006). Prevalence of common mental disorders in Italy: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiologic*, 41(11), 853-861.
- De Girolamo, G., Alonso, J. & Vilagut, G. (2006). The ESEMeD-WMH project: strengthening epidemiological research in Europe through the study of variation in prevalence estimates. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 15(3), 167-173. doi: 10.1017/S1121189X00004401
- De Lisi, M., Dansby, T., Peters, D. J., Vaughn, M. G., Shook, J. J. & Hochstetler, A. (2014). Fledgling Psychopathic Features and Pathological Delinquency: New Evidence. *American Journal of Criminal Justice*, 39(3), 411-424. doi:10.1007/s12103-013-9218-2
- De Santiago, A., Vázquez, J. L. & Díez, J. F. (1993). El rol femenino como determinante de la salud mental de las mujeres de la población general de Cantabria. *Actas Luso Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 21(5), 168-80.
- Dettbarn, E. (2012). Effects of long-term incarceration: a statistical comparison of two expert assessments of two experts at the beginning and the end of incarceration. *International Journal of Law and Psychiatry*, 35(3), 236-239. doi: 10.1016/j.ijlp.2012.02.014
- Diccionario de la Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la lengua española*. (23ra. Ed). Recuperado de <http://www.rae.es>
- Drapalski, A., Youman, K., Stuewig, J. & 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: 10.1002/cbm.733
- Dressing, H., Kief, C. & Salize, H. J. (2009). *Prisoners with mental disorders in Europe*, 194(1), 88. doi: 10.1192/bjp.194.1.88
- Dudeck, M., Koop, D., Kuwert, P., Drenkhahn, K., Orlob, S., Lüth, H. J., Freyberger, H. J. & 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
- Durcan, G. (2008). From the inside; experiences of prison mental health care. London. Sainsbury Centre for Mental Health.
- Earthrowl, M., O'Grady, J. & Birmingham, L. (2003). Selective literatura review and expert consultation exercise. *The British Journal of Psychiatry*, 182(4), 299-302. doi: 10.1192/bjp.182.4.299
- Esan, O. B., Kola, L. & Gureje, O. (2012). Mental disorders and earnings: results from the Nigerian National Survey of Mental Health and Well-Being (NSMHW). *Journal Mental Health Policy and Economics*, 15(2), 77-82. Recuperado de <http://www.icmpe.org/test1/journal/issues/v15i2toc.html>

- Esbec, E. & Echeburúa, E. (2010). Violence and personality disorders: clinical and forensic implications. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(5), 249-261. Recuperado de <http://www.actaspsiquiatria.es/repositorio//11/67/ENG/11-67-ENG-249-261-364828.pdf>
- Espinosa, M. I., & Laliga, A. (2005). Evolución del gasto farmacéutico en centros penitenciarios de Cataluña. Comunicaciones V Congreso Nacional de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 7, 49.
- Esteban, M. M., Puerto, M. I., Fernández, X., Jiménez, R., Gil de Miguel, A. & Hernández, V. (2012). Determinants of poor mental health in people aged 16 to 64 residing in a large city. *Anales del Sistema Sanitario Navarro*, 35(2), 229-40. Recuperado de: <http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/15245/10900>
- Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013. Madrid. Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad. Centro de publicaciones; 2011.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2009). Recuperado de <http://www.emcdda.europa.eu/index.cfm>.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2013). Recuperado de <http://www.emcdda.europa.eu/index.cfm>.
- Eytan, A., Haller, D. M., Wolff, H., Cerutti, B., Sebo, P., Bertrand, D. & Niveau, G. (2011). Psychiatric symptoms, psychological distress and somatic comorbidity among remand prisoners in Switzerland. *International Journal of Law and Psychiatry*, 34(1), 13-19. doi: 10.1016/j.ijlp.2010.11.003
- Falissard, B., Loze, J. Y., Gasquet, I., Duburc, A., de Beaurepaire, C., Fagnani, F. & Rouillon, F. (2006). Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *Bio Med Central*, 21, 6-33. doi:10.1186/1471-244X-6-33
- Fatoye, F. O., Fatoye, G. K., Oyebanji, A. O. & Ogunro, A. S. (2006). Psychological characteristics as correlates of emotional burden in incarcerated offenders in Nigeria. *East African Medical Journal*, 83(10), 545-552.
- Fazel, S. & Baillargeon, J. (2011). The health of prisoners. *Lancet*, 377(9769), 956-965. doi: 10.1016/S0140-6736(10)61053-7
- Fazel, S., Bains, P. & Doll, H. (2006). Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. *Addiction*, 101(2), 181-191. doi: 10.1111/j.1360-0443.2006.01316.x
- Fazel, S. & Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The Lancet*, 359(9306), 545-550. doi: 10.1016/S0140-6736(02)07740-1

- Fazel, S. & Grann, M. (2002). Older criminals: a descriptive study of psychiatrically examine offenders in Sweden. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, (17), 907-913.
- Fazel S. & Grann, M. (2006). The population impact of severe mentl illness on violent crime. *The American Journal of Psychiatry*, 163(8) 1397-1403.
- Fazel, S., Gulati, G., Linsell, L., Geddes, J. R. & Grann, M. (2009). La esquizofrenia y violencia: revisión sistemática y meta-análisis. *PLoS Medicine*, 6(8). doi: 10.1371/journal.pmed.1000120
- Fazel, S, Khosla, V, Doll, H. & Geddes, J. (2008). La prevalencia de los trastornos mentales entre las personas sin hogar en los países occidentales: revisión sistemática y meta-análisis de regresión. *PLoS Medicine* 5(12). doi: 10.1371/journal.pmed.0050225
- Fazel, S., Parveen, B. & Doll, H. (2006). Substance abuse and dependence in prisoners: A systematic review. *Addiction*, 101, 181-191. doi: 10.1111/j.1360-0443.2006.01316.x
- Fazel, S. & Seewald, K. (2012). Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. *British Journal of Psychiatric*, 200, 364-373. doi: 10.1192/bjp.bp.111.096370
- Fazel, S, Singh, J. P., Doll, H. & Grann, M. (2012). The use of risk assessment tools to predict violence and antisocial behavior in 73 samples involving 24 827 people: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 345. doi: 10.1136/bmj.e4692
- Fazel, S., Xeniditis, K. & Powell, J. (2008). The prevalence of intelectual disabilities among 12,000 prisoners - a systematic review. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31(4), 369-373. doi: 10.1016/j.ijlp.2008.06.001
- Fazel, S. & Yu, R. (2011). Psychotic Disorders and Repeat Offending: Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 37(4), 800-810. doi:10.1093/schbul/sbp135
- Fernández-Montalvo, J. & Echeburúa, E. (2008). Trastornos de personalidad y psicopatía en hombres condenados por violencia grave contra la pareja. *Psicothema*, 20(2), 193-198. Recuperado de <http://www.unioviado.net/reunido/index.php/PST/article/view/8641>
- First, M. B., Spitzer, R. L, Gibbon, M. & Williams, J. B. W. (1999). Guía del Usuario para la entrevista clínica estructurada para los trastornos del Eje I del DSM-IV. Versión clínica. SCID.I. Barcelona. Masson.
- First, M. B. & Gladis, M. M. (1993). Diagnosis and differential diagnosis in dal patients. En J. Solomon, S. Zimberg y E. Schollar (Eds.). *Dual diagnosis: Evaluation, treatment, training and program development* (pp, 123-143). New York. Plenum Press.

- Forrester, A., Exworthy, T., Olumoroti, O., Sessay, M., Parrott, J., Spencer, S. J. & Whyte, S. (2013). Variations in prison mental health services in England and Wales. *International Journal of Law and Psychiatry*, 36(3-4), 326-332. doi: 10.1016/j.ijlp.2013.04.007
- Fotiadou, M., Livaditis, M., Manou, I., Kaniotou, E. & Xenitidis, K. (2006). Prevalence of mental disorders and deliberate self-harm in Greek male prisoners. *International Journal of Law and Psychiatry*, 29(1), 68-73. doi: 10.1016/j.ijlp.2004.06.009
- Frankenburg F. R. & Zanarini, M. C. (2004). The association between borderline personality disorder and chronic medical illnesses, poor health-related lifestyle choices, and costly forms of health care utilization. *J Clin Psychiatry*, 65, 1660-65.
- Fraser, A., Gatherer, A. & Hayton, P. (2009). Mental health in prisons: great difficulties but are there opportunities? *Public Health*, 123(6), 410-414. doi: 10.1016/j.puhe.2009.04.005
- Fryers, T., Melzer, D., Jenkins, R. & Brugha, (2005). The distribution of the common mental disorders: social inequalities in Europe. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 5. doi: 10.1186/1745-0179-1-14
- Fullana, M. A., Vilagut, G., Rojas-Farreras, S., Mataix-Cols, D., de Graaf, R., Demyttenaere, K., Haro, J. M. & Alonso, J. ESEMeD/MHEDEA 2000 investigators. (2010). Obsessive-compulsive symptom dimensions in the general population: results from an epidemiological study in six European countries. *Journal of Affective Disorders*, 124(3),291-9. doi: 10.1016/j.jad.2009.11.020
- Fundación Abogacía Española. (2012). *Los enfermos mentales en el sistema penitenciario. Un análisis jurídico*. Madrid. Recuperado de: <http://www.abogacia.es/wp-content/uploads/2012/10/INFORME-Enfermedad-mental-e-instituciones-penitenciarias.pdf>
- Fundación Manantial. (2009). *Plan de atención integral a personas con trastorno mental grave y persistente en el ámbito penal y penitenciario*. Madrid. Fundación Manantial. Recuperado de: http://www.fundacionmanantial.org/pdf/PLAN_AMBITO_PENAL_FUNDACION_MANANTIAL.pdf
- Fundación Pública Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental. (2012). *Prevalencia de problemas de salud mental en centros penitenciarios andaluces. Informe general*. Sevilla. FAISEM.
- Gabilondo, A. (2011). *Epidemiología del episodio depresivo mayor en España. Estudio descriptivo y análisis de resultados en el contexto europeo. Proyecto Essemad España* (Tesis doctoral, Universidad Pompeu Fabra, Barcelona). Recuperado de <http://www.tdx.cat/handle/10803/77785>
- Gabilondo, A., Rojas-Farreras, S., Vilagut, G., Haro, J. M., Fernández, A., Pinto-Meza, A., Alonso, J. (2010). Epidemiology of major depressive episode in a southern European country: results from the ESEMeD-Spain project. *Journal of Affective Disorders*, 120(1-3),76-85. doi: 10.1016/j.jad.2009.04.016

- Gabilondo, A., Vilagut, G., Pinto-Meza, A., Haro, J. M. & Alonso, J. (2012). Comorbidity of major depressive episode and chronic physical conditions in Spain, a country with low prevalence of depression. *General Hospital Psychiatry*, 34(5), 510-517. doi:10.1016/j.genhosppsych
- Galanek, J. D. (2013). The Cultural Construction of Mental Illness in Prison: A Perfect Storm of Pathology. *Culture Medicine Psychiatry*, 37, 195-225. doi: 10.1007/s11013-012-9295-6
- Gale, C. K., Wells, J. E., McGee, M. A. & Browne, M. A. (2011). A latent class analysis of psychosis-like experiences in the New Zealand Mental Health Survey. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124(3), 205-213. doi: 10.1111/j.1600-0447.2011.01707.x
- Gallo, L. C., Penedo, F. J., Espinosa de los Monteros, K. & Argüelles, W. (2009). Resiliency in the face of disadvantage: do Hispanic cultural characteristics protect health outcomes? *Journal of Personality*, 77(6), 1707-1746. doi: 10.1111/j.1467-6494.2009.00598.x
- García-Guerrero, J. & Marco, A. (2012). Sobreocupación en los centros penitenciarios y su impacto en la salud. *Revista Española Sanidad Penitenciaria*, 14, 106-113. Recuperado de <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/317>
- Gázquez, J. J., Pérez, M. C., Lucas, F. & Yuste, N. (2008). Prevalencia de los trastornos mentales en la población mayor. *Anales de Psicología*, 24(2), 327-333. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10201/8161>
- Ghimire, D. J., Chardoul, S., Kessler, R. C., Axinn, W. G. & Adhikari, B. P. (2013). Modifying and validating the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) for use in Nepal. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 22(1), 71-81. doi: 10.1002/mp.1375
- Ghoreishi, A., Kabootvand, S., Zangani, E., Bazargan-Hejazi, S., Ahmadi, A. & Khaizaie, H. (2015). Prevalence and attributes of criminality in patients with schizophrenia. *Journal Injury & Violence Research*, 7(1), 7-12. doi: 10.5249/jivr.v7i1.635
- Gili, M., Roca, M., Basu, S., McKee, M. & Stuckler, D. (2013). The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *European Journal of Public Health*, 23(1):103-8. doi: 10.1093/eurpub/cks035
- Girolamo, G., Reich, J. H. (1996). *Tratado de la Personalidad y de la Conducta*. Madrid. Méditor.
- Goff, A., Rose, E., Rose, S. & Purves, D. (2007). Does PTSD occur in sentenced prison populations? A systematic literature review. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 17(3), 152-162. doi: 10.1002/cbm.653
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs. New Jersey. Prentice Hall.

- Goldberg, D. P, Lecrubier, Y. (1995). Form and frequency of mental disorders across centres. In: T. B. Üstün & N. Sartorius (Eds.). *Mental illness in general health care: an international study* (pp 323-334). Chichester Wiley.
- Goldstein, P. J. (1985). The drugs/violence nexus: a tripartite conceptual framework. *Journal of Drug Issues*, 39, 143-174.
- González, I. (2011). Aumento de presos y Código Penal: Una explicación insuficiente. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*. RECPC, 13, 1-22. Recuperado de <http://criminet.ugr.es/recpc> – ISSN 1695-0194
- Gracia, R., Henry, M. & Luis, A. (2006). Conducta suicida en trastornos de personalidad. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 8, 108-111. Recuperado de: <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/issue/view/23>
- Graña, J. L., Garrido, V., González, L. (2007). Evaluación de las características delictivas de menores infractores de la Comunidad de Madrid y su influencia en la planificación del tratamiento. *Psicopatología Clínica y Legal*, 7, 7-18. Recuperado de <http://151.236.42.157/pdf/2007/2007art1.pdf>
- Grubaugh, A. L., Zinzow, H. M., Paul, L., Egede, L. E. & Frueh, B. C. (2011). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in adults with severe mental illness: A critical review. *Clinical Psychology Review* 31(6), 883-899. doi: 10.1016/j.cpr.2011.04.003
- Gutiérrez-Fraile, M., García-Calvo, C., Prieto, R. & Gutiérrez-Garitano, I. (2011). Mental disorders in psychiatric outpatients in Spain. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(6), 349-55. Recuperado de: <http://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/13/74/ENG/13-74-ENG-349-355-332409.pdf>
- Gunn, J. (2000). Future directions for treatment in forensic psychiatry. *The British Journal of Psychiatry*, 176(4), 332-338. doi: 10.1192/bjp.176.4.332
- Gunter, T. D., Chibnall, J. T., Antoniak, S. K., McCormick, B. & 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 of the Law*, 30(5), 615-630. doi: 10.1002/bsl.2037
- Guo, W. J., Tsang, A., Li, T., & Lee, S. (2011). Psychiatric epidemiological surveys in China 1960-2010: how real is the increase of mental disorders? *Current Opinion in Psychiatry*, 24(4), 324-330. doi: 10.1097/YCO.0b013e3283477b0e
- Gureje, O., Uwakwe, R., Oladeji, B., Makanjuola, V. O., Esan, O. (Jan, 2010). Depression in adult Nigerians: results from the Nigerian Survey of Mental Health and Well-being. *J Affect Disord*, 120(1-3) doi: 10.1016/j.jad.2009.04.030
- Gureje, O., Lasebikan, V. O., Kola, L. & Makanjuola, V. A. (2006). Lifetime and 12-month prevalence of mental disorders in the Nigerian Survey of Mental Health and Well-Being. *The British Journal of Psychiatry*, 188(5), 465-471. doi: 10.1192/bjp.188.5.465

- Gureje, O., Olowosegun, O., Adebayo, K. & Stein, D. J. (2010). The prevalence and profile of non-affective psychosis in the Nigerian Survey of Mental Health and Wellbeing. *World Psychiatry*, 9(1), 50-55. doi: 10.1002/j.2051-5545.2010.tb00269.x
- Hackney, C. H. & Sanders, G. S. (2003). Religiosity and mental health: a meta-analysis of recent studies. *Journal for the scientific study of religion*, 42(1), 43-55. doi: 10.1111/1468-5906.t01-1-00160
- Haggard-Grann, U. (2007). Assessing violence risk: A review and clinical recommendations. *Journal of Counseling and Development*, 85(3), 294-301. doi: 10.1002/j.1556-6678.2007.tb00477.x
- Hakansson, A. & 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-12-111
- Hall, D. L., Miraglia, R. P., Lee, L.-W. G., Chard-Wierschem, D., Sawyer, D. (2012). Predictors of general and violent recidivism among SMI prisoners returning to communities in new york state. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 40(2), 221-231. Recuperado de: <http://www.jaapl.org/content/40/2/221.full.pdf+html>
- Haro, J. M., Arbabzadeh-Bouchez, S., Brugha, T. S., de Girolamo, G., Guyer, M. E., Jin, R., Lepine, J. P. & Kessler, R. C. (2006). Concordance of the Composite International Diagnostic Interview Version 3.0 (CIDI 3.0) with standardized clinical assessments in the WHO World Mental Health surveys. *International Journal of Methods Psychiatric Research*, 15(4)
- Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., Codony, M. & Alonso, J. Grupo ESEMeD-España. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*, 126(12). Recuperado de <http://www.doyma.es>
- He, X.Y., Felthous, A. R., Holzer, C.E., Nathan, P. & Veasey, S. (2001). Factors in prison suicide: one year study in Texas. *Journal of Forensic Sciences*, 46(4), 896-901.
- Heffernan, E. B., Andersen, K. C., Dev, A. & Kinner, S. (2012). Prevalence of mental illness among Aboriginal and Torres Strait Islander people in Queensland prisons Research. *Medical Journal of Australia*, 197(1), 37-41. doi: 10.5694/mja11.11352
- Herrera, R. (2000). Salud mental y prisiones. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 2(2), 138-140. Recuperado de <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/198/438>
- Herrera, R., Autonell, J., Spagnolo, E. & Gispert, R. (1990). Estudio epidemiológico en salud mental de la comarca del Baix Llobregat (Barcelona). *Informaciones Psiquiátricas*, 120, 111-131.

- Hinton, M. (2014). Mentally ill offenders impact on the prison system. *Disease-a-Month*, 60(5), 213-214. doi: 10.1016/j.disamonth.2014.04.003
- Hodgins, S. & Muller-Isberner, R. (2004). Preventing crime by people with schizophrenic disorders: The role of psychiatric services. *The British Journal of Psychiatry*, 185(3), 245-250. doi: 10.1192/bjp.185.3.245
- Huang, G., Zhang, Y., Momartin, S., Cao, Y. & Zhao, L. (2006). Prevalence and characteristics of trauma and posttraumatic stress disorder in female prisoners in China. *Comprehensive Psychiatry*, 47(1), 20-29. doi: 10.1016/j.comppsy.2005.04.004
- Huang, Y., Kotov, R., de Girolamo, G., Preti, A., Angermeyer, M., Benjet, C., Demyttenaere, K. & Kessler, R. C. (2009). DSM-IV personality disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *British Journal of Psychiatry*, 195(1), 45-63. doi:10.1192/bjp.bp.108.058552
- Hunt, I. M., Swinson, A. B. N., Flynn, S., Hayes, A. J., Roscoe, A., Rodway, C., Amos, T. & Shaw, J. (2010). Homicide convictions in different age-groups: a national clinical survey. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 21(3), 321-335. doi:10.1080/14789940903513195
- Instituto Nacional de Derechos Humanos (2011). Situación de los derechos humanos en Chile. En INDH (Ed.). *Informe anual 2011* (pp. 21-32). Santiago de Chile: INDH.
- International Center for Prison Studies (2015). *World prison brief*. Recuperado de: <http://www.prisonstudies.org/country/spain>
- Iñigo, C., Pérez-Cárceles, M. D., Osuna, E., Cabrero, E. & Luna, A. (1999). Perfil clínico y delictivo de los enfermos ingresados en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 2(1), 25-31. Recuperado de <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/134>
- Jaka, D., Roshi, E. & Burazeri, G. (2014). Prison health in transitional Albania. *Medical Archives*, 68(3), 188-90. doi: 10.5455/medarh.2014.68.188-190
- Jarret, M., Valmaggia, L., Parrott, J., Forrester, A., Winton-Brown, T., Maguire, H., Ndegwa, D. & Craig, T. K. J. (2015). Prisoners at ultra-high-risk for psychosis: a cross-sectional study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 3, 1-10. doi: 10.1017/S2045796015000062
- Jones, E., Farina, A., Hastorf, A., Markus, H., Miller, DT., Scott, R. (1984). Social stigma: The psychology of marked relationships. New York. Freeman.
- Karam, E. G., Mneimneh, Z. N., Dimassi, H., Fayyad, J. A., Karam, A. N., Nasser, S.C., Chatterji, S. & Kessler, R. C. (2008) Lifetime prevalence of mental disorders in Lebanon: first onset, treatment, and exposure to War. *PLoS Medicine*, 5(4). doi:10.1371/journal.pmed.0050061

- Karam, E. G., Mneimneh, Z. N., Karam, A. N., Fayyad, J. A., Nasser, S. C., Chatterji, S., & Kessler, R. C. (2006). Prevalence and treatment of mental disorders in Lebanon: a national epidemiological survey. *Lancet*, 367(9515). doi: 10.1016/S0140-6736(06)68427-4
- Karam, E. G., Sampson, N., Itani, L., Andrade, L. H., Borges, G., Chiu, W. T., Florescu, S. & Akiskal, H. (2014). Under-reporting bipolar disorder in large-scale epidemiologic studies. *Journal of Affective Disorders*, 159, 147-154. doi: 10.1016/j.jad.2014.01.011
- Kaszynski, K., Kallis, D. L., Karnik, N., Soller, M., Hunter, S., Haapanen, R., Blair, J. & Steiner, H. (2014). Incarcerated youth with personality disorders: prevalence, comorbidity and convergent validity. *Personality and Mental Health*, 8(1), 42-51. doi: 10.1002/pmh.1241
- Kawakami N. (2007). Epidemiology of depressive disorders in Japan and the world. *Nihon Rinsho*, 65(9), 1578-1584.
- Kawakami, N., Takeshima, T., Ono, Y., Uda, H., Hata, Y., Nakane, Y., Nakane, H. & Kikkawa T. (2005). Twelve-month prevalence, severity, and treatment of common mental disorders in communities in Japan: preliminary finding from the World Mental Health Japan Survey 2002-2003. *Psychiatric and Clinical Neurosciences* 59(4). doi/10.1111/j.1440-1819.2005.01397.x/pd
- Kawakami, N., Tsuchiya, M., Umeda, M., Koenen, K. C., Kessler, R. C. (2014). World Mental Health Survey Japan. Trauma and posttraumatic stress disorder in Japan: results from the World Mental Health Japan Survey. *Journal of Psychiatric Research*, 53. doi: 10.1016/j.jpsychires.2014.01.015
- Kerridge, B. T. (2008). Comparison of U.S. jail inmates and the U.S. general population with Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV alcohol use disorders: sociodemographic and symptom profiles. *Alcohol*, 42(1), 55-60. doi: 10.1016/j.alcohol.2007.10.002
- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Chatterji, S., Lee, S., Ormel, J., Ustün, T. B. & Wang, P. S. (2009). The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 18(1), 23-33. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3039289/pdf/nihms264248.pdf>
- Kessler, R. C., Amminger, G. P., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S. & Ustün, T. B. (2007). Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Current of Opinion Psychiatry*, 20(4). doi: 10.1097/YCO.0b013e32816ebc8c
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., Rush, A. J. & Wang, P. S. (2003). National Comorbidity Survey Replication. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Journal of the American Medical Association*, 289(23), 3095-3105. doi:10.1001/jama.289.23.3095

- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6). doi:10.1001/archpsyc.62.6.593.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R. & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617-627. doi:10.1001/archpsyc.62.6.617
- Kessler, R. C., Chiu, W., T, Jin, R., Ruscio, A. M, Shear, K. & Walters, E. E. (2006). The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 63(4). doi: 10.1016/j.genhosppsych
- Kessler, R. C., Crum, R. M., Warner, L. A., Nelson, C. B., Schulenberg, J. & Anthony J. C. (1997). Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 54, 313-321. doi:10.1001/archpsyc.1997.01830160031005
- Kessler, R. C., Gruber, M., Hettema, J. M., Hwang, I., Sampson, N. & Yonkers, K. A. (Mar, 2008). Co-morbid major depression and generalized anxiety disorders in the National Comorbidity Survey follow-up. *Psychological Medicine*, 38(3). Recuperado de [http:](http://)
- Kessler, R. C., Haro, J. M., Heeringa, S. G., Pennell, B. E. & Ustün, T. B. (2006). The World Health Organization World Mental Health Survey Initiative. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 15(3), 161-166. doi:10.1017/S1121189X00004395
- Kessler, R. C., McGongale, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshelman, S., Wittchen, H. U. & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51(1), 8-19. doi:10.1001/archpsyc.1994.03950010008002
- Kessler, R. C., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M. & Wittchen, H. U. (2012). Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 21(3), 169-184. doi: 10.1002/mpr.1359
- Kessler, R. C. & Wang, P. S. (2008). The descriptive epidemiology of commonly occurring mental disorders in the United States. *Annual Review of Public Health*, 29, 115-129. doi: 10.1146/annurev.publhealth.29.020907.090847
- Kinyanjui, D. & Atwoli, L. (2013). Substance use among inmates at the Eldoret prison in Western Kenya. *Bio Med Central Psychiatry*, 13, 53. doi: 10.1186/1471-244X-13-53

- Kjelsberg, E. & Hartvig, P. (2005). Can morbidity be inferred from prescription drug use? Results from a nation-wide prison population study. *European Journal of Epidemiology*, 20(7), 587-592. doi: 10.1007/s10654-005-8156-9
- Kohn, R., Saxena, S., Levav, I. & Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(11), 858-866. doi: 10.1590/S0042-96862004001100011
- Kokaua, J., Schaaf, D., Wells, J. E. & Foliaki, S. A. (2009). Twelve-month prevalence, severity, and treatment contact of mental disorders in New Zealand born and migrant Pacific participants in Te Rau Hinengaro: The New Zealand Mental Health Survey. *Pacific Health Dialog*, 15(1), 9-17-
- Komarovskaya, I. (2009). *Trauma, PTSD, and the cycle of violence among incarcerated men and women* (Tesis doctoral, University of Virginia). Recuperada de <http://libra.virginia.edu/catalog/libra-oa:4956>
- Kooyman, I., Walsh, E., Stevens, H., Burns, T., Tyrer, P., Tattan, T. & Dean, K. (2012). Criminal offending before and after the onset of psychosis: examination of an offender typology. *Schizophrenia Research*, 140(1-3), 198-203. doi: 10.1016/j.schres.2012.06.041.
- Kopp, D., Spitzer, C., Kuwert, P., Barnow, S., Orlob, S., Lüth, H., Freyberger, H. J. & Dudeck, M. (2009). Psychiatric disorders and childhood trauma in prisoners with antisocial personality disorder. *Fortschritte Neurologie-Psychiatrie*, 77(3), 152-159. doi: 10.1055/s-0028-1109150
- Kovaszny, B., Miraglia, R., Beer, R. & Way, B. (2004). Reducing suicides in New York State correctional facilities. *Psychiatric Quarterly*, 75(1), 61-70.
- Kovess-Masfety, V., Alonso, J., de Graaf, R., & Demyttenaere, K. (2005). A European approach to rural-urban differences in mental health: the ESEMED 2000 comparative study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(14), 926-936.
- Kovess-Masfety, V., Boyd, A., Van de Velde, S., de Graaf, R., Vilagut, G., Haro, J. M., Florescu, S. & Alonso, J., EU-WMH investigators. (2014). Are there gender differences in service use for mental disorders across countries in the European Union? Results from the EU-World Mental Health survey. *Journal Epidemiological Community Health*, 68(7), 649-656. doi: 10.1136/jech-2013-202962
- Kranzler, H. R., Ronald, M. N. & Bursleson, J. A. (1995). Validity of psychiatric diagnoses in patients with substance use disorders: is the interview more important than the interviewer? *Comprehensive Psychiatry* 36(4), 278-288. doi.org/10.1016/S0010-440X(95)90073-X
- Krueger, R. F., Caspi, A., Moffitt, T. E. & Silva, P. A. (1998). The structure and stability of common mental disorders (DSM-III-R): A longitudinal-epidemiological study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(2), 216-227. doi: 10.1037/0021-843X.107.2.216

- Kupers, T. A. (1996). Trauma and its sequelae in male prisoners: effects of confinement, overcrowding, and diminished services. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66(2), 189-96.
- Lafortune, D. (2010). Prevalence and screening of mental disorders in short-term correctional facilities. *International Journal of Law and Psychiatry*, 33(2), 94-100. doi: 10.1016/j.ijlp.2009.12.004
- Lamb, H. R., Weinberger, L. E. Marsh, J. S. & Gross, B. H. (2007). Treatment prospects for persons with severe mental illness in an urban county jail. *Psychiatric Services*, 58(6), 782-786.
- Langeveld, J., Bjorkly, S., Auestad, B., Barder, H., Evensen, J., Ten Velden Hegelstad, W., Joa, I. & Friis, S. (2014). Treatment and violent behavior in persons with first episode psychosis during a 10-year prospective follow-up study. *Schizophrenia Research*, 156(2-3), 272-276. doi: 10.1016/j.schres.2014.04.010
- Lee, S., Tsang, A., Breslau, J., Aguilar-Gaxiola, S., Angermeyer, M., Borges, G., Bromet, E. & Kessler, R. C. (2009). Mental disorders and termination of education in high-income and low- and middle-income countries: epidemiological study. *British Journal of Psychiatry*, 194(5), 411-417. doi: 10.1192/bjp.bp.108.054841
- Lee, S., Tsang, A., Huang, Y. Q, He, Y. L., Liu, Z. R., Zhang, M. Y., Shen, Y. C. & Kessler, R. C. (2009). The epidemiology of depression in metropolitan China. *Psychological Medicine*, 39(5), doi: 10.1017/S0033291708004091
- Lee, S., Tsang, A., Kessler, R. C., Jin, R., Sampson, N., Andrade, L., Karam, E. G. & Mora, M.E., Petukhova, M. (2010). Rapid-cycling bipolar disorder: cross-national community study. *British Journal Psychiatry*, 196(3), 217-225. doi: 10.1192/bjp.bp.109.067843
- Lenzenweger, M. F., Lane, M. C., Loranger, A. W. & Kessler, R. C. (2007). DSM-IV personality disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 62(6), 553-64. doi: 10.1016/j.biopsych.2006.09.019
- Lépine J. P., Gasquet, I., Kovess, V., Arbabzadeh-Bouchez, S., Nègre-Pagès, L., Nachbaur, G. & Gaudin, A. F. (2005). Prevalence and comorbidity of psychiatric disorders in the French general population. *Encephale*, 31(2).
- Lépine, J. P., Gastpar, M., Mendlewicz, J. & Tylee, A. (1997). Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). *International Clinical Psychopharmacology*, 12(1), 19-29.
- Levav, I., Al-Krenawi, A., Ifrah, A., Geraisy, N., Grinshpoon, A., Khwaled, R., Levinson, D. (2007). Common mental disorders among Arab-Israelis: findings from the Israel National Health Survey. *Isr J Psychiatry Relat SCI*, 44(2).
- Levinson, D., Zilber, N., Lerner, Y., Grinshpoon, A., Levav, I. (2007). Prevalence of mood and anxiety disorders in the community: results from the Israel National

- Health Survey. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 44(2). Recuperado de http://doctorsonly.co.il/wp-content/uploads/2011/12/2007_2_4.pdf
- Ley 16/2003 de 28 de mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Recuperado de: <http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715>
- Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria. Recuperado de: <http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1979-23708>
- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre del Código Penal. Recuperado de: <https://www.boe.es/boe/dias/1995/11/24/pdfs/A33987-34058.pdf>
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter Personal. Recuperado de <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1999-23750>
- Loinaz, I. (2013). Psicopatología y delincuencia. En: M. Ortiz-Tallo (Coord.), *Psicopatología clínica. Adaptado al DSM-5*. (pp 153-165). Madrid. Ediciones Pirámide.
- Loinaz, I., Echeburúa, E. & Irureta, M. (2011). Trastornos mentales como factor de riesgo de victimización violenta. *Psicología Conductual*, 19(2), 421-438. Recuperado de <http://www.ehu.es/echeburua/pdfs/TM%20y%20victimizaci%C3%B3n.pdf>
- López, R., Lafuente, O. & García, J. L. (2007). Del mito de Narciso a los trastornos de la personalidad en las cárceles aragonesas. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 9.
- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A. M. & Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(101), 43-83. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v28n1/v28n1a04.pdf>
- López-Barrachina, R., Lafuente, O. & García, 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. Recuperado de <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/93>
- Loranger, A. W., Sartorius, N., Andreoli, A., Berger, P., Buchheim, P., Channabasavanna, S. M. & Regier, D. A. (1994). Personality disorder screening questions from the International Personality Disorder Examination (IPDE). OMS.
- Lorant, V., Deliege, D., Eaton, W., Robert, A., Philippot, P. & Anseau, M. (2003). Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*, 157(2), 98-112. doi: 10.1093/aje/kwf182
- Lukasiewicz, M., Falissard, B., Michel, L., Neveu, X., Reynaud, M. & Gasquet I. (2007). Prevalence and factors associated with alcohol and drug-related disorders

- in prison: a French national study. *Substances Abuse Treatment Prevention Policy*, 2(1). doi:10.1186/1747-597X-2-1
- Luque, E., Ferrer, M. & Capdevilla, M. (2005). *La Reincidencia penitenciaria a Catalunya*. Barcelona: Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada.
- Lurigio, A. J. & Swartz, J. A. (2000). Changing the contours of the criminal justice system to meet the needs of persons with serious mental illness. *Criminal Justice*, 3, 45-108. Recuperado de: https://www.ncjrs.gov/criminal_justice2000/vol_3/03c.pdf
- Macció, A., Meloni, F. R., Sisti, D., Rocchi, M. B., 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
- Maghsoodloo, S., Ghodousi, A. & Karimzadeh, T. (2012). The relationship of anti-social personality disorder and history of conduct disorder with crime incidence in schizophrenia. *Journal of Research in Medical Sciences: The Official Journal of Isfahan University of Medical Sciences*, 17(6), 566-571. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3634297/>
- Marín-Basallote, N. & Navarro-Repiso. (2012). Estudio de 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. Recuperado de <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/311/692>
- Marino, S., Gallo, J. J., Ford, D., Anthony, J. C. (1995). Filters on the pathway to mental health care. I. Incident mental disorders. *Psychological Medicine*, 25(6), 1135-1148. doi.org/10.1017/S0033291700033122
- Markides, K. S. & Coreil, J. (1986). The health of Hispanics in the south western United States: An epidemiologic paradox. *Public Health Reports*, 101(3), 253- 265. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1477704/>
- Marmot, M. G. & Wilkinson, R. G. (Eds.). *Social Determinants of Health*. Oxford. Oxford University Press.
- Marset, M. & Ritter, C. (2004). Características de la personalidad del drogodependiente: implicaciones para nuestra relación profesional. Un modelo de intervención en medio penitenciario. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 6(3), 86-89. Recuperado de <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/270/590>
- Marteau, D. & Pallás, J. R. (2006). Manejo clínico del abuso de drogas. Situación actual en las prisiones de Inglaterra y Gales. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 8(2), 55-60. Recuperado de: <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/114>

- Martín, P., Pedrosa, R., Herrero, J. J., Luna del Castillo, J., Ramírez, P. & Sáez, J. M. (2003). Prevalencia de psicopatías en un centro de salud rural. *Atención Primaria*, 31(1), 39-46. doi: 10.1016/S0212-6567(03)70658-1
- Martínez, A. (2000). Perfil patológico del interno ingresado en la Enfermería de un Centro Penitenciario. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 2(2), 41-47. Recuperado de <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/issue/view/49>
- Matcheswalla, Y., De Sousa, A. (2015). Crime and Psychiatry. *Mens Sana Monographs*, 13(1), pp. 143-149. doi:10.4103/0973-1229.153325
- McCarthy, M. (2014). US jails hold 10 times more mentally ill people than state hospitals, report finds. *British Medical Journal*, 10, 348. doi: 10.1136/bmj.g2705
- McCay, V. (2010). The horror of being deaf and in prison. *American Annals of the Deaf*, 155(3), 311-321.
- McMurrin, M. & Howard, R. C. (2009). *Personality, personality disorder and violence*. Chichester, UK. John Wiley and Sons.
- McNiel, D. E., Binder, R. L. & Robinson, J. C. (2005). Incarceration associated with homelessness, mental disorder, and co-occurring substance abuse. *Psychiatric Services*, 56(7), 840-846. doi: 10.1176/appi.ps.56.7.840
- Medina-Mora M. E., Borges, G., Benjet, C., Lara, C., Berglund, P. (2007). Psychiatric disorders in Mexico: lifetime prevalence in a nationally representative sample. *British Journal of Psychiatry*, 190(6), 521-528. doi: 10.1192/bjp.bp.106.025841
- Mendes, D. D., Mari, J. D. J., Singer, M., Barros, G. M. & Mello, A. F. (2009). Estudo de revisão dos factores biológicos, sociais e ambientais associados com o comportamento agressivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31 (Supl II), 77-85. doi: 10.1590/S1516-44462009000600006
- Mental Health Promotion in Prisons: Report on a WHO Meeting; 1998 nov 18-21; The Hague, Netherlands. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe; 1998.
- Mental health: facing the challenges, building solutions: report from the WHO European Ministerial Conference of Helsinki. Copenhagen: WHO; 2005. Disponible en:http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96452/E87301
- Merikangas, K. R., Akiskal, H. S., Angst, J., Greenberg, P. E., Hirschfeld, R. M., Petukhova, M. & Kessler, R. C. (2007). Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 64(5), 543-552. doi:10.1001/archpsyc.64.5.543
- Merikangas, K. R., Jin, R., He, J. P., Kessler, R. C., Lee, S., Sampson, N. A., Viana, M. C. & Zarkov, Z. (2011). Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Archives of General Psychiatry*, 68(3), 241-251. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.12.

- Mesa, P. J., Rodríguez, J. F. & Senin, M. C. (2011). Introducción a la psicopatología clínica. En J. Rodríguez y P. Mesa (Coords.), *Manual de psicopatología clínica* (pp, 19-33). Madrid. Ediciones Pirámide.
- Mezzich, J. E., Snaedal, J., Van Well, C., Botbol, M. & Salloum, I. (2011). Introduction to person-centred medicine: from concepts to practice. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(2), 330-332. doi: 10.1111/j.1365-2753.2010.01606.x
- Millon, T. & Davis, R. (2006). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Barcelona. Masson.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011). Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Centro de publicaciones. Recuperado de: <http://publicacionesoficiales.boe.es>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2011). *Encuesta sobre salud y consumo de drogas a los internados en instituciones penitenciarias, ESDIP*. Recuperado de http://www.pnsd.mssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESDIP_2011.pdf
- Ministerio del Interior. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2014). *El Sistema penitenciario español*. Madrid. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Recuperado de http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/publicaciones/Sistema_Penitenciario_Espaxol_2011completo.pdf
- Moreno, B., & Ortiz-Tallo, M. (2013). Concepto de psicopatología clínica. Objeto, criterios y causas. En: M. Ortiz-Tallo (Coord.). *Psicopatología clínica. Adaptado al DSM-5* (pp 23-32). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Moreno-Rincón, S., Vera-Remartínez, E., García-Guerrero, J. & Planelles-Ramos, M. V. (2008). Consumo de drogas al ingreso en prisión: comparación entre población española y extranjera. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 10, 41-48. Recuperado de: <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/74>
- Mundt, A. P., Alvarado, R., Fritsch, R., Poblete, C., Villagra, C., Kastner, S. & Priebe, S. (2013). Prevalence rates of mental disorders in Chilean prisons. *PLoS One*, 8(7). doi: 10.1371/journal.pone.0069109
- Muntaner, C., Borrell, C., Benach, J., Pasarín, M. I. & Fernández, E. (2003). The associations of social class and social stratification with patterns of general and mental health in a Spanish population. *International Journal of Epidemiology*, 32(6), 950-958. doi: 10.1093/ije/dyg170
- Muñoz, M., Guillén, A. I. & Pérez-Santos, E. (2013). La lucha contra el estigma de la enfermedad mental: razones para la esperanza. *Rehabilitación Psicosocial*, 10(2), 10-19. Recuperado de: <http://www.fearp.org/revista/publicados/10b/1019.pdf>

- Murray, C. J. & López, A. D. (1996). *Global burden of disease (Vol.1)*. Cambridge, MA. Harvard University Press.
- Naidoo, S. & Mkize, D. L. (2012). Prevalence of mental disorders in a prison population in Durban South Africa. *African Journal of Psychiatry*, 15(1), 30-35. doi: 10.4314/ajpsy.v15i1.4
- National Institute of Mental Health. (1987). *Towards a model for a comprehensive community based mental health system*. Washington DC. NIMH; 1987.
- Nederlof, A. F., Muris, P., Hovens, J. E. (2013). The epidemiology of violent behavior in patients with a psychotic disorder: A systematic review of studies since 1980. *Aggression and Violent Behavior*, 18(1), 183-189. doi: 10.1016/j.avb.2012.11.018
- Nielssen, O. & Misrachi, S. (2005). Prevalence of psychoses on reception to male prisons in New South Wales. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(6), 453-459. Recuperado de: <http://anp.sagepub.com/content/39/6/453.long>
- Nomura, T. (2009). Current Situation and Future Tasks for Psychiatric Services in Japanese Prisons. *Journal of Nippon Medical School*, 76(4), 182-187. doi: org/10.1272/jnms.76.182
- Núñez Gaitán, M. C. & Rodríguez Testal, J. F. (2011). Trastornos de personalidad. En J. F. Rodríguez Testal & P. J. Mesa Cid (Coords). *Manual de psicopatología clínica* (pp. 380). Madrid. Ediciones Pirámide.
- Obiols, J. E. (2008). *Manual de Psicopatología general*. Madrid. Biblioteca Nueva.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. (2009). Informe Anual 2009: El problema de la drogodependencia en Europa. <http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att>
- Ochoa, S., Haro, J. M., Torres, J. V., Pinto-Meza, A., Palacín, C., Bernal, M., Brugha, T. & Autonell, J. (2008). What is the relative importance of self reported psychotic symptoms in epidemiological studies? Results from the ESEMeD-Catalonia Study. *Schizophrenia Research*, 102(1-3), 261-269. doi:10.1016/j.schres.2008.04.010
- Ohayon, M. M., Schatzberg, A. F. (2002). Prevalence of depressive episodes with psychotic features in the general population. *American Journal of Psychiatry*, 159(11), 1855-1861. doi: 10.1176/appi.ajp.159.11.1855
- Okasha, A. (2004). Mental patients in prisons: Punishment versus treatment? *World Psychiatry*, 3(1), 1-2. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1414650/>
- Olaya, B., Alonso, J., Atwoli, L., Kessler, R. C., Vilagut, G. & Haro, J. M. (2015). Association between traumatic events and post-traumatic stress disorder: results from the ESEMeD-Spain study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 24(2), 172-183. doi:10.1017/S2045796014000092

- Olivera, J., Benabarre, S., Lorente, T., Rodríguez, M., Pelegrín, C., Calvo, J. M., Leris, J. M. & Arnal, S. (2008). Prevalence of psychiatric symptoms and mental disorders detected in primary care in an elderly Spanish population. The PSICOTARD Study: preliminary findings. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(9), 915-921. doi: 10.1002/gps.2004.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Ginebra. OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra. OMS. Recuperado de http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Informe mundial sobre violencia y salud*. Ginebra. OMS. Recuperado de http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/Violencia_2003.htm
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *La promoción de la salud mental: conceptos, evidencia emergente y práctica*. Ginebra. OMS. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/evidence/promoción_de_la_salud_mental.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Informe sobre la salud en el mundo 2013. Investigaciones para una cobertura sanitaria universal*. Ginebra. OMS. En: <http://www.who.int/whr/2013/report/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de Acción sobre salud mental 2013-2017*. Ginebra. OMS. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf?ua=1
- Organización Panamericana de la Salud. (2007). *Agenda de salud para las Américas 2008-2017*.
- Ortega, M. A., Seva, A. & Pérez, A. (1995). Morbilidad psíquica diagnosticada en la población general de La Rioja. *Anales de Psiquiatría*, 11(9), 306-326.
- Ortiz-Tallo, M. & Cardenal, V. (2013). Trastornos de la personalidad. En M. Ortiz-Tallo (Coord.). *Psicopatología clínica adaptado al DSM-5* (pp, 75-84). Madrid. Ediciones Pirámide.
- Palijan, T. Z., Muzinic, L. & Radeljak, S. (2009). Psychiatric comorbidity in forensic psychiatry. *Psychiatria Danubina*, 21(3), 429-36. Recuperado de http://www.hdbp.org/psychiatria_danubina/pdf/dnb_vol21_no3/dnb_vol21_no3_429.pdf
- Pelechano, V. (2008). *Enfermedades crónicas y psicología*. Madrid. Klinik, S.L.
- Peng, E. Y., Lee, M. B., Morisky, D. E., Yeh, C. Y., Farabee, D., Lan, Y. C., Chen, Y. M. & Lyu, S. Y. (2010). Psychiatric morbidity in HIV-infected male prisoners. *Journal Formosan Medical Association*, 109(3), 177-184. doi: 10.1016/S0929-6646(10)60040-X

- Perales, J., Olaya, B., Fernández, A., Alonso, J., Vilagut, G., Forero, C. G., San, L. & Haro, J. M. (2013). Association of childhood adversities with the first onset of mental disorders in Spain: results from the ESEMeD Project. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(3), 371-384. doi: 10.1007 / s00127-012-0550-5
- Peterson, J. K., Skeem, J., Kennealy, P., Bray, B. & Zvonkovic, A. (2014). How Often and How Consistently do Symptoms Directly Precede Criminal Behavior Among Offenders With Mental illness? *Law and Human Behavior*. doi: 10.1037/lhb0000075
- Pflueger, M. O., Franke, I., Graf, M. & Hachtel, H. (2015). Predicting general criminal recidivism in mentally disordered offenders using a random forest approach. *Bio-Med Central Psychiatry*, 15(62). doi: 10.1186 / s12888-015-0447-4
- Pinto-Meza, A., Moneta, M.V., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bruffaerts, R., Caldas de Almeida, J. M., de Girolamo, G. & Haro, J. M. (2013). Social inequalities in mental health: results from the EU contribution to the World Mental Health Surveys Initiative. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(2), 173-181. doi: 10.1007/s00127-012-0536-3
- Piquero, A. R., Jennings, W. G., Diamond, B. & Reingle, J. M. (2015). A systematic review of age, sex, ethnicity, and race as predictors of violent recidivism. *International Journal of Offender therapy and Comparative Criminology*, 59(1), 5-26. doi: 10.1177/0306624X13514733
- Piselli, M., Elisei, S., Murgia, N., Quartesan, R. & Abram, K. (2009). Co-occurring psychiatric and substance use disorders among male detainees in Italy. *International Journal of Law and Psychiatry*, 32(2009) 101-107. doi: 10.1016/j.ijlp.2009.01.006
- Ploubidis, G. B., Grundy, E. (2009). Later-life mental health in Europe: a country level comparison. *Journal of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 64(5), 666-676. doi: 10.1093/geronb/gbp026
- Pondé, M. P., Caron, J., Mendoza, M. S., Freire, A. C., & Moreau, N. (2014). The relationship between mental disorders and types of crime in inmates in a Brazilian prison. *Journal of Forensic Sciences*, 59(5), 1307-1314. doi: 10.1111/1556-4029.12462
- Pondé, M. P., Freire, A. C. & Mendonça, M. S. (2011). The prevalence of mental disorders in prisoners in the city of Salvador, Bahia, Brazil. *Journal of Forensic Sciences*, 56(3), 679-82. doi: 10.1111/j.1556-4029.2010.01691.x
- Ponterotto, J. G., Utsey, S. O. & Pedersen, P. B. (2006). *Preventing prejudice*. Thousand Oaks, CA. Sage.
- Preti, A. & Cascio, M. T. (2006). Prison suicides and self-harming behaviours in Italy, 1900-2002. *Medicine, Science and the Law*, 46(2), 127-134.

- Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M. R. & Rahman, A. (2007). Global mental health 1: No health without mental health. *Lancet*, 370(9590), 859-877. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61238-0
- Qureshi, A., Collazos, F., Sobradiel, N., Eiroa-Orosa, F. J., Febrel, M., Revollo-Escudero, H. W., Andrés, E. & García-Campayo, J. (2013). Epidemiology of psychiatric morbidity among migrants compared to native born population in Spain: a controlled study. *General Hospital Psychiatry*, 35(1), 93-99. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2012.09.010
- Rafaiee, R., Olyae, S. & Sargolzaiee, A. (2013). The relationship between the type of crime and drugs in addicted prisoners in Zahedan central prison. *International Journal of High Risk Behaviors & Addiction*, 2(3), 139-140. doi: 10.5812/ijhr-ba.13977
- Ramajo, J. (en prensa). Enfermedad mental y prisión, un doble estigma rebatido por un bajo nivel de reincidencia. Recuperado de <http://www.grupotortuga.com/Enfermedad-mental-y-prision-un>
- Ramos, J. La atención a la salud mental en los diferentes ámbitos de la ejecución penal: ¿qué modelo necesitamos? [Editorial]. (2012). *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 14, 38-40.
- Real Decreto 190/1996 de 9 de febrero. Recuperado de: <http://www.boe.es/buscar/pdf/1996/BOE-A-1996-3307-consolidado.pdf>
- Real Decreto 515/2005, de 6 de mayo. Recuperado de: <https://www.boe.es/boe/dias/2005/05/07/pdfs/A15660-15664.pdf>
- Redondo, S., Funes, J. & Luque, E. (1994). *Justicia penal y reincidencia*. Lleida. Fundación Jaime Callís.
- Requena, M. L., Suárez, M. & Pérez, O. (2013). Current situation of health surveys in Spain. *Revista Española de Salud Pública*, 87(6), 549-573. doi: 10.4321/S1135-57272013000600002
- Retolaza, A. (2007). Resultados del estudio ESEMeD: ¿Estamos preparados? *Norte de Salud Mental*, 7(29), 44-50. Recuperado de <http://revistanorte.es/index.php/revista/article/view/501/495>
- Ricci-Cabello, I., Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J. & Montero-Pinar, I. (2010). Morbilidad psíquica, existencia de diagnóstico y consumo de psicofármacos: Diferencias por comunidades autónomas según la Encuesta Nacional de Salud de 2006. *Revista Española de Salud Pública*, 84(1), 29-41. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v84n1/original2.pdf>
- Richard-Devantoy, S., Bouyer-Richard, A. L., Jollant, F., Mondoloni, A., Voyer, M. & Senon, J. L. (2013). Homicide, schizophrenia and substance abuse: a complex interaction. *Revue D'épidémiologie et de Santé Publique*, 61(4), 339-50. doi: 10.1016/j.respe.2013.01.096

- Richard-Devantoy, S., Olie, J. P. & Gourevitch, R. (2009). Risk of homicide and major mental disorders: a critical review. *Encephale*, 35(6), 521-30. doi: 10.1016/j.encep.2008.10.009
- Robins, L. N. & Regier, D. A. (1991). *Psychiatric disorders in America: The epidemiologic Catchment Area Study*. New York. The Free Press.
- Robins, L. N., Helzer, J. E., Croughan, J. L. & Ratchliff, K. S. (1981). National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: Its history, characteristics and validity. *Archives of general psychiatry*, 38(4), 381-389 doi:10.1001/archpsyc.1981.01780290015001
- Roca, M., Gili, M., Ferrer, V., Bernardo, M., Montaña, J. J., Salvá, J. J., Flores, I. & Leal, S. (1999). Mental disorders on the island of Formentera: prevalence in general population using the Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN). *Social Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 34(8), 410-415.
- Rodríguez, J. J. (2009). Introducción. En: J. J. Rodríguez, R. Kohn & S. Aguilar-Gaxiola (Eds.). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Washington. Organización Panamericana de la Salud.
- Rodríguez, J. M. & Lanzarote, M. D. (2011). Psicopatología y Delincuencia. En: J. F. Rodríguez y P. J. Mesa (Coords.). *Manual de psicopatología clínica* (pp 595-605). Madrid. Ediciones Pirámide.
- Rongqin, Y., Geddes, J. R. & 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: 10.1521/pedi.2012.26.5.775
- Rosenthal, D. (1970). *Genetic theory and abnormal behavior*. New York. McGraw-Hill.
- Rowell, T. L., Wu, E., Hart, C.L., Haile, R. & Nabila El-Bassel. (2012). Predictors of drug use in prison among incarcerated black men. *American Journal Drug Alcohol Abuse*, 38(6), 593-597. doi: 10.3109/00952990.2012.694536
- Ruscio, A. M., Brown, T. A., Chiu, W. T., Sareen, J., Stein, M. B. & Kessler, R. C. (2008). Social fears and social phobia in the USA: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychol Med*, 38(1), 15-28. doi: 10.1017/S0033291707001699
- Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T. & Kessler, R. C. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, 15(1), 53-63. doi: 10.1038/mp.2008.94
- Rutherford, M. & Duggan, S. (2008). El Centro Sainsbury de Salud Mental. Los Servicios Forenses de Salud Mental en Inglaterra y el País de Gales. *Revista Española Sanidad Penitenciaria*, 10(1), 11-22. Recuperado de: <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/67>

- Sacks, S., Cleland, M., Melnick, C., Flynn, P. M., Knight, K., Friedmann, P. D., Prendergast, M. L. & Coen, C. (2009). Violent offenses associated with co-occurring substance use and mental health problems: evidence from CJDATS. *Behaviour Sciences & the Law*, 27(1), 51-69. doi: 10.1002/bsl.850
- Salize, H. J., Dressing, H. & Kief, C. (2007). Mentally Disordered Persons in European Prison System: needs, programmes and outcome (EUPRIS). Mannheim: European Comission. Central Institute of Mental Health. Recuperado de: http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2004/action1/docs/action1_2004_frep_17_en.pdf
- Sánchez, O. (2013). Historia de la enfermedad mental y su atención. En: O. Sánchez Rodríguez, B. Polonio López y M. Pellegrini Spangenberg (Eds.). *Terapia ocupacional en salud mental. Teoría y técnicas para la autonomía personal*. (pp 3-17). Madrid: Editorial Médica Panaamericana, S.A.
- Sanz, J., Gómez-Pintado, P., Ruiz, A., Pozuelo, F. & 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, 91-102. http://scielo.isciii.es/pdf/sanipe/v16n3/05_original12.pdf
- Schenk, A. M. & Fremouw, W. J. (2012). Individual characteristics related to prison violence: A critical review of the literatura. *Aggression and Violent Behavior*, 17, 430-442.
- Scott, K. M., Oakley, M. A. & Wells, E. J. (2010). Prevalence, impairment and severity of 12-month DSM-IV major depressive episodes in Te Rau Hinengaro: New Zealand Mental Health Survey 2003/4. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(8), 750-758. doi: 10.3109/00048671003781780
- Scott, K. M., Wells, J. E., Angermeyer, M., Brugha, T. S., Bromet, E., Demyttenaere, K., de Girolamo, G. & Kessler, R. C. (2010). Gender and the relationship between marital status and first onset of mood, anxiety and substance use disorders. *Psychology Medical*, 40(9) 1495-1505. doi: 10.1017/S0033291709991942
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (1998). *Estudio transversal sobre sanidad penitenciaria*. Madrid. Ministerio del Interior - Subdirección General de Instituciones Penitenciarias.
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (2006). *Estudio sobre salud mental en el medio penitenciario*. Madrid. Ministerio del Interior - Subdirección General de Sanidad Penitenciaria.
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (2009). *Protocolo de aplicación del programa marco de atención integral a enfermos mentales en centros penitenciarios (PAIEM)*. Recuperado de: http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/descargas/Protocolo_PAIEM.pdf
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2010). *El sistema penitenciario español*. Madrid. Ministerio del Interior - Secretaría General Técnica.

- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (2013). *Informe general*. Madrid. Ministerio del Interior. Secretaría General Técnica. Recuperado de http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/publicaciones/Informe_General_2013_Web_acc.pdf
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (2014). *El sistema penitenciario español*. Madrid. Ministerio del Interior. Secretaría General Técnica.
- Sepehrmanesh, Z., Ahmadvand, A., Akasheh, G. & Saei, R. (2014). Prevalence of psychiatric disorders and related factors in male prisoners. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 16(1). doi: 10.5812/ircmj.15205
- Seva, A., Magallón, R., Sarasola & Merino, J. A. (1992). Investigación epidemiológica psiquiátrica en dos fases en la ciudad de Zaragoza (proyecto SAMAR-89). *Anales de Psiquiatría*, 8(2), 45-55.
- Sharon, A., Levav, I., Brodsky, J., Shemesh, A. A., Kohn, R. (Oct, 2009). Psychiatric disorders and other health dimensions among Holocaust survivors 6 decades later. *British Journal of Psychiatry*, 195(4), 331-5. doi: 10.1192/bjp.bp.108.058784
- Shaw, J., Baker, D., Hunt, I. M., Moloney, A. & Appleby, L. Suicide by prisoners: National clinical survey. *British Journal of Psychiatry*, 184(3), 263-267, doi: 10.1192/bjp.184.3.263
- Shen, Y. C., Zhang, M. Y., Huang, Y. Q., He, Y. L., Liu, Z. R., Cheng, H., Tsang, A. & Kessler, R. C. (2006). Twelve-month prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in metropolitan China. *Psychological Medicine*, 36(2), 257-267. doi: 10.1017/S0033291705006367
- Simpler, A. H. & Langhinrichsen-Rohling, J. (2005). Substance use in prison: how much occurs and is it associated with psychopathology? *Addiction Research & Therapy*, 13(5). 503-511. doi: 10.1080/16066350500151739
- Simpson, A. I., McMaster, J. J. & Cohen, S. N. (2013). Challenges for Canada in meeting the needs of persons with serious mental illness in prison. *Journal of American Academy of Psychiatry and the Law*, 41(4), 501-9. Recuperado de: <http://www.jaapl.org/content/41/4/501.full.pdf+html>
- Stall, N. (2013). Imprisoning the mentally ill. *Canadian Medical Association Journal*, 185(3), 201-202. doi: 10.1503/cmaj.109-4390
- Stein, D. J., Ruscio, A. M., Lee, S., Petukhova, M., Alonso, J., Andrade, L. H., Benjet, C. & Kessler, R. C. (2010). Subtyping social anxiety disorder in developed and developing countries. *Depress Anxiety*, 27(4). doi: 10.1002/da.20639
- Stein, D. J., Seedat, S., Herman, A., Moomal, H., Heeringa, S. G, Kessler, R. C. & Williams, D. R. (2008). Lifetime prevalence of psychiatric disorders in South Africa. *British Journal Psychiatry*, 192(2), 112-117. doi: 10.1192/bjp.bp.106.029280

- Stewart, D. (2009). Drug use and perceived treatment need among newly sentenced prisoners in England and Wales. *Addiction*, 104(2), 243–247. doi: 10.1111/j.1360-0443.200802439x
- Stone, M. H. (2007). Violent crimes and their relationship to personality disorders. *Personality and Mental Health*, 1(2), 138-153. doi: 10.1002/pmh.18
- Sue, D. W. & Sue, D. (2008a). *Counseling the culturally diverse: Theory and practice* (5ª. ed). Hoboken, NJ. Wiley.
- Sue, D., Sue D. W. & Sue, S. (2010). *Psicopatología comprendiendo la conducta anormal*. Mexico. Cengage Learning.
- Swartz, J. A. & Lurigio, A. J. (1999). Psychiatric illness and comorbidity among adult male jail detainees in drug treatment. *Psychiatric Services*, 50(12), 1628-1630. doi:10.1176/ps.50.12.1628
- Szerman, N., Arias, F., Vega, P., Babin, F., Mesias, B., Basurte, I., Morant, C. & Poyo, F. (2011). Pilot study on the prevalence of dual pathology in community mental health and substance misuse services in Madrid. *Adicciones*, 23(3), 249-55.
- Temmingh, H., Stein, D. J., Seedat, S. & Williams, D. R. (2011). The prevalence and correlates of hallucinations in a general population sample: findings from the South African Stress and Health Study. *African Journal of Psychiatry*, 14(3), 211-217. doi: 10.4314/ajpsy.v14i3.4
- Teplin, L. A. (1990). The prevalence of severe mental disorder among male urban jail detainees: comparison with the Epidemiologic Catchment Area Program. *American Journal of Public Health*, 80(6), 663-669. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1404724/pdf/amjph00219-0015.pdf>
- Torrens, M., Gilchrist, G. & Domingo-Salvany, A. PsyCoBarcelona Group. (2011). Psychiatric comorbidity in illicit drugs users: substance-induced versus independent disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 113(2-3), 147-56. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2010.07.013
- Torrey, E. F., Kenn, S. A. D., Eslinger, S. D., Lamb, R., & Pavle, J. (2010). *More mentally ill persons are in jails and prisons than hospitals: A survey of the state*. Recuperado de: http://coos.or.networkofcare.org/library/final_jails_v_hospitals_study1.pdf
- Tortajada, S., Herrero, M. J, Domingo-Salvany, A., Molist, G., Barrio, G., de la Fuente, L. & Brugal, M. T. Grupo de Investigación ITINERE. (2012). Psychiatric morbidity among cocaine and heroin users in the community. *Adicciones*, 24(3), 201-10. Recuperado de http://www.adicciones.es/ficha_art_new.php?art=760
- Trestman, R. L., Ford, J., Zhang., W. & Wiesbrock, V. (2007). Current and lifetime psychiatric illness among inmates not identified as acutely mentally ill at intake in Connecticut's jails. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 35(4), 490-500. Recuperado de: <http://www.jaapl.org/content/35/4/490.long>

- Tyrer P., Reed G. M. & Crawford M. J. (2015). Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *Lancet*, 385(9969), 717-726. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61995-4
- Unión Europea. Libro Verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. Bruselas. Comisión de las Comunidades Europeas, 2005.
- United Nations. Basic Principles for the Treatment of Prisoners 45/111. Ginebra. General Assembly; 1998.
- Urbaniok, F., Endrass, J., Noll, T., Vetter, S. & Rossegger, A. (2007). Posttraumatic stress disorder in a Swiss offender population. *Swiss Medical Weekly*, 137(9-10), 151-156. Recuperado de <http://www.smw.ch/docs/pdf200x/2007/09/smw-11518.pdf>
- Üstün, T. B., Sartorius, N. (1995). Mental illness in general health care: an international study. Chichester, JohnWiley & Sons on behalf of the World Health Organization.
- Værøy, H. (2011). Depression, anxiety, and history of substance abuse among Norwegian inmates in preventive detention: Reasons to worry? *BioMed Central Psychiatry*, 11(40), 1-7. doi: 10.1186/1471-244X-11-40
- Van Horn, J. E., Eisenberg, M. J., Van Kuik, S. & Van Kinderen, G. M. (2012). Psychopathology and recidivism among violent offenders with a dual diagnosis. A comparison with other subgroups of violent offenders. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 54(6), 497-507. Recuperado de <http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/TvP12-06-p497-507.pdf>
- Vandevelde, S., Soyoz, V., Vander Beken, T., De Smet, S., Boers, A. & Broekaert, E. (2011). Mentally ill offenders in prison: The Belgian case. *International Journal of Law and Psychiatry*, 34(1), 71-78. doi: 10.1016/j.ijlp.2010.11.011
- Varela-González, O., Algora-Donoso, I., Gutiérrez-Blanco, M., Larraz-Pascual, M. E., Barreales-Tolosa, L. & Santamaría-Morales, A. (2007). Uso de Psicofármacos en prisión (CP Madrid III). *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 9(2), 38-46. Recuperado de <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/92>
- Vázquez, F. L. & Blanco, V. (2008). Prevalence of DSM-IV major depression among Spanish university students. *Journal of American College Health*, 57(2), 165-171. doi: 10.3200/JACH.57.2.165-172
- Vazquez, C., Muñoz, M. & Sanz, J. (1997). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R mental disorders among the homeless in Madrid: a European study using the CID. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95(5), 523-530. doi: 10.1111/j.1600-0447.1997.tb10141.x
- Vázquez-Barquero, J. L., Díez-Manrique, J. F., Peña, C., Aldama, J., Samaniego, C., Menéndez, J. & Mirapeix, C. (1987). A community mental health survey in Canta-

- bria: a general description of morbidity. *Psychological Medicine*, 17(1), 227-241. doi: 10.1017/S0033291700013118
- Vázquez-Barquero, J. L., Muñoz, P. E. & Madoz, V. (1981). The interaction between physical illness and neurotic morbidity in the community. *British Journal of Psychiatry*, 139(4), 328-335. doi: 10.1192/bjp.139.4.328
- Vázquez-Barquero, J. L., Muñoz, P. E. & Madoz, V. (1982). The influence of the process of urbanisation on the prevalence of neurosis. A community survey. *Actas Psychiatrica Scandinavica*, 65(3), 161-170. doi: 10.1111/j.1600-0447.1982.tb00837.x
- Vera-Remartínez, E. J., Borraz- Fernández, J. R., Domínguez- Zamorano, J. A., Mora-Parra, L. M., Casado- Hoces, S. V., González- Gómez, J. A., Blanco- Quiroga, A. & Garcés-Pina, E. (2014). Prevalencia de patologías crónicas y factores de riesgo en población penitenciaria española. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 16(2), 38-47. Recuperada de: <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/356>
- Vicens, E. (2006). Violencia y enfermedad mental. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 8(3), 95-99. Recuperado de: <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RES/article/view/119>
- Vicens-Pons, E., Grupo PRECA. (2009). Aproximación a la Metodología para el estudio de los Trastornos mentales en población penitenciaria. El estudio PreCa. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 11(1), 17-25. Recuperado de <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/issue/view/9>
- Vicens, E. & Tort, V (2005). El cumplimiento de la medicación y las implicaciones clínicas a largo plazo en la esquizofrenia en el ámbito penitenciario. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 7(2), 68-76. Recuperado de <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/288>
- Vicens, E., Tort, V., Dueñas R. M., Muro, A., Pérez-Arnau, F., Arroyo, J. M., Acín, E. & Sardá, P. (2011). The prevalence of mental disorders in Spanish prisons. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 21(5), 321-332. doi: 10.1002/cbm.815
- Villagrà, P., Fernández, P., García-Vega, E. & González-Menéndez, A. (2013). Dual Diagnosis in Prisoners: Childhood Sexual and Physical Abuse as Predictors in Men and Women. *International Journal of offender therapy and comparative criminology*, 27. doi: 10.1177/0306624X13513560
- Villaverde, M. L., García, R., De la Fuente, J., González de Rivera, J. L. & Rodríguez-Pulido, F. (1993). Estudio comunitario de salud mental en población urbana de Tenerife. En: J. L. González de la Rivera, F. Rodríguez Pulido & A. Sierra López (Eds.). *El método epidemiológico en salud mental*. Barcelona. Masson-Salvat.
- Vinkers, D. J., de Beurs, E., Barendregt, M., Rinne, T. & Hoek, H. W. (2011). The relationship between mental disorders and different types of crime. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 21(5), 307-320. doi: 10.1002/cbm.819

- Volavka, J. (2013). Violencia en la Esquizofrenia y el Trastorno Bipolar. *Psiquiatria Danubina*, 25(1), 24-33. Recuperado de http://www.hdbp.org/psiquiatria_danubina/pdf/dnb_vol25_no1/dnb_vol25_no1_24.pdf
- Volavka, J. & Swanson, J. (2010). Violent behavior in mental illness: the role of substance abuse. *Journal of the American Medical Association*, 304(5), 563-564. doi: 10.1001/jama.2010.1097
- Von Schönfeld, C. E., Schneider, F., Schröder, T., Widmann, B., Botthof, U. & Driesen, M. (2006). Prevalence of psychiatric disorders, psychopathology, and the need for treatment in female and male prisoners. *Nervenarzt*, 77(7), 830-41. doi: 10.1007/s00115-005-1946-1
- Vos, T. & Mathers, C. D. (2000). The burden of mental disorders: a comparison of methods between the Australian burden of disease studies and the Global Burden of Disease study. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(4), 427-438. doi: 10.1590/S0042-96862000000400004
- Walker, J., Illingworth, C., Canning, A., Garner, E., Woolley, J., Taylor, P. & Amost, T. (2014). Changes in mental state associated with prison environments: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 129(6), 427-436. doi: 10.1111/acps.12221
- Walmsley, R. (2013). World Prison Population List. London. Essex. International centre for prison studies.
- Walmsley, R. (2011). World prison population list International Centre for Prison Studies. (9th ed.). Essex. University of Essex.
- Walter, M., Wiesbeck, G. A., Dittmann, V. & Graf, M. (2011). Criminal recidivism in offenders with personality disorders and substance use disorders over 8 years of time at risk. *Psychiatry Research*, 186(2-3), 443-445. doi: 10.1016/j.psychres.2010.08.009
- Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Faravelli, C., Greenwald, S, Hwu, H.G., Joyce, P. R., Yeh, E. K. (1996). Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *Journal of the American Medical Association*, 276(4), 293-299. doi:10.1001/jama.1996.03540040037030
- Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Faravelli, C., Greenwald, S., Hwu, H. G., Joyce, P. R. & Wittchen, H. U. (1997). The crossnational epidemiology of panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 54(4), 305-309. doi:10.1001/archpsyc.1997.01830160021003
- Williams, D. R., Herman, A., Stein, D. J., Heeringa, S. G., Jackson, P. B., Moomal, H. & Kessler, R. C. (2008). Twelve-month mental disorders in South Africa: prevalence, service use and demographic correlates in the population-based South African Stress and Health Study. *Psychological Medicine*, 38(2), 211-220. doi: 10.1017/S0033291707001420

- Williams, J. B. W., Gibbon, M. & First, M. B (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID), II: multi-site test-retest reliability. *Archives of General Psychiatry* 49(8), 630-636. doi:10.1001/archpsyc.1992.01820080038006
- Williams, J. B. W., Gibbon, M., First, M. B., Spitzer, R. L., Davies, M., Borus, J., Howes, M. J., Kane, J., Pope, H. G., Rounsaville, B. & Wittchen, H.-U. (1982). The structured clinical interview for DSM-III-R (SCID) II: multisite test-retest reliability. *Archives of General Psychiatry*, 49(8), 630-636. doi:10.1001/archpsyc.1992.01820080038006.
- Wilson, A. B. & Draine, J. (2006). Collaborations between criminal justice and mental health systems for prisoner reentry. *Psychiatric Services*, 57(6), 875-878. doi: 10.1176/ps.2006.57.6.875
- Wilson, S. (2004). The principle of equivalence an the future of mental health care in prisons. *The British Journal of Psychiatry*, 184(1), 5-7. doi: 10.1192/bjp.184.1.5
- Wing, J. K., Cooper, J. E. & Sartorius, N. (1974). *The measurement and classification of psychiatric symptoms*. London. Cambridge University Press.
- Witt, K., Van Dorn, R. & Fazel, S. (2013). Risk Factors for Violence in Psychosis: Systematic Review and Meta-Regression Analysis of 110 Studies. *PLoS ONE*, 8(2). doi:10.1371/journal.pone.0055942
- Wittchen, H. U., Robins, L. N., Cottler, L. B., Sartorius, N., Burke, J. D., Regier, D. (1991). Participants in the Multicentre WHO/ADAMHA Field Trials. *British Journal of Psychiatry*, 159, 645-653.
- Wolff, N., Blitz, C. L, Shi, J., Bachman, R. & Siegel, J. A. (2006). Sexual violence inside prisons: rates of victimization. *Journal of Urban Health*, 83(5), 835-848. doi:10.1007/s11524-006-9065-2
- World Health Organization. (1960). Epidemiología de los trastornos mentales: octavo informe del Comité de Expertos en Salud Mental [reunión en Ginebra del 8 al 13 de junio de 1959]. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/38084/1/WHO_TRS_185_spa.pdf
- World Health Organization. Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud, 21 de octubre de 2011. Río de Janeiro, 2011.
- Zahari, M. M., Bae, W. H., Zainal, N. Z., Habil, H., Kamarulzaman, A. & Altice, F. L (2010). Psychiatric and Substance Abuse Comorbidity among HIV Seropositive and HIV Seronegative Prisoners in Malaysia. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36(1), 31-38. doi: 10.3109/00952990903544828
- Zlotnick, C., Clarke, J. G., Friedmann, P. D., Roberts, M. B., Sacks, S. & Melnick, G. (2008). Gender differences in comorbid disorders among offenders in prison substance abuse treatment programs. *Behavioral Sciences of the Law*, 26(4), 403-412. doi: 10.1002/bsl.831

- Zoccali, R., Muscatello, M. R., Bruno, A., Cambria, R., Cavallaro, L., D'Amico, G., Isgro S, Romeo, V. & Meduri, M. (2008). Mental disorders and request for psychiatric intervention in an Italian local jail. *International Journal of Law and Psychiatry* , 31(5), 447-450. doi: 10.1016/j.ijlp.2008.08.004
- Zulaika, D., Etxeandía, P., Bengoa, A., Caminos, J. y Arroyo-Cobo, J. M. (2012). Un nuevo modelo asistencial penitenciario: la experiencia del País Vasco. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 14(3), 91-98. Recuperado de <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/315>

Anexos

ANEXO I. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del entrevistador: _____

Nombre del participante: _____

El área de psiquiatría penitenciaria de Sant Joan de Déu. Serveis de Salut Mental, la Secretaría General de Serveis Penitenciaris i Rehabilitació de la Generalitat de Catalunya y la Subdirección General de Instituciones Penitenciarias del Ministerio del Interior realizan un estudio para conocer y analizar las personas que sufren algún trastorno mental internadas en centros penitenciarios en las Comunidades Autónomas de Catalunya, Aragón y Madrid. Se le hará una entrevista de aproximadamente 60 minutos de duración sobre su salud, antecedentes médicos y tratamientos que está recibiendo por una persona acreditada. Posteriormente algunos de los datos registrados serán contrastados con su historia clínica.

Participar en el estudio en ningún caso influirá en su estancia en la cárcel ni en las circunstancias judiciales ni tampoco en el tratamiento habitual que tenga prescrito por su médico. Su participación es voluntaria y en cualquier momento puede abandonar la entrevista sin que ello afecte en modo alguno a sus cuidados médicos habituales.

Su colaboración ayudará al conocimiento y a la mejora de los servicios de atención sanitaria del medio penitenciario.

Las respuestas de su entrevista permanecerán en la más estricta confidencialidad. Se tratará anónimamente de acuerdo con la Ley Orgánica del Tratamiento de Datos de carácter personal 15/99 (LORTAD). En conformidad con la LORTAD, en cualquier momento se le permitirá ejercer su derecho a negarse a contestar cualquier pregunta, así como su derecho a acceder y rectificar sus propios datos a través de los investigadores (en este caso su médico de cabecera).

PARTICIPANTE

He leído la información anterior, el entrevistador ha respondido a todas mis preguntas y acepto participar en el estudio.

Firma:

Fecha:

EVALUADOR:

He explicado en detalle el estudio al paciente y contestado a todas sus preguntas sobre el mismo.

Firma:

Fecha:

ANEXO II. PROTOCOLO

Iniciales del paciente
(nombre, apell 1, apell 2)

--	--	--

Módulo
penitenciario

--	--	--	--	--	--	--	--

Fecha realización encuesta
(dd/mm/aaaa)

--	--	--

Nombre del entrevistador: _____

1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1.1. Fecha nacimiento (dd/mm/aaaa): ____ / ____ / _____

1.2. Lengua materna

___ Español

___ Catalán

___ Inglés

___ Francés

___ Árabe

___ Otro

Especificar: _____

1.3. Lugar de nacimiento:

___ En Cataluña

___ En el resto de España

___ En el extranjero

Especificar:

___ África del Norte

___ África Subsahariana

___ América Latina y Caribe

___ Este Asiático y Pacífico

___ Asia Meridional

- Oriente Medio
 - Europa Central y del Este
 - Europa Comunitaria
 - Otros países de renta alta (USA, Canadá....)
 - Otros (especificar): _____
- Año de llegada a España (aaaa):** _____

1.4. Situación de residencia en España

- Permiso de residencia y trabajo
- Permiso de residencia
- Permiso de estudiante
- Situación irregular

1.5. Tipo de delito por el que cumple condena actualmente

- Homicidio
- Tentativa homicidio
- Asesinato
- Delito sexual
- Violencia doméstica
- Lesiones
- Robo con violencia
- Robo sin violencia
- Delito contra la salud pública
- Quebrantamiento de condena
- Incendios
- Amenazas / coacciones
- Otro **Especificar:** _____
- Más de un delito **Especificar:** _____

1.6. Tiempo transcurrido desde la condena (especificar años y meses): _____

1.7. Tiempo restante para la libertad (años y meses): _____

1.8. Estado civil antes del ingreso al centro penitenciario

- Soltero
- Casado o emparejado
- Separado o divorciado
- Viudo

1.9. Estado civil actual (atención a los delitos relacionados con violencia doméstica)

- Soltero
- Casado o emparejado
- Separado o divorciado
- Viudo

1.10. Nivel máximo de estudios finalizados

- No sabe leer ni escribir
- No ha cursado estudios pero sabe leer y escribir
- Estudios primarios incompletos (6° EGB, ingreso o similar)
- Estudios primarios completos (EGB, graduado escolar, bachillerato elemental)
- Educación secundaria obligatoria (ESO, FPI)
- Estudios secundarios (BUP, bachillerato superior, COU, PREU, bachillerato plan nuevo)
- Estudios secundarios (FIP, ciclos formativos)
- Estudios universitarios de grado medio
- Estudios universitarios de grado superior
- Otros **Especificar:** _____

1.11. Situación laboral antes del ingreso al centro penitenciario

- Estudiante
- Ama de casa
- Empleado
- Empleado pero tenía una baja laboral
 - de menos de 3 meses
 - de 3 a 6 meses
 - de 7 a 18 meses

- de más de 18 meses
- Desempleado
 - con subsidio
 - sin subsidio
- Jubilado
 - por razones de edad
 - de forma anticipada
- Incapacitado o invalidez permanente
 - por enfermedad física
 - por enfermedad psíquica
- Otros **Especificar:** _____

1.12. (preguntar sólo a los que estaban empleados antes del ingreso) Tipo de contrato en el lugar de trabajo

- Funcionario
- Contrato indefinido
- Contrato temporal de más de 6 meses
- Contrato temporal de menos de 6 meses
- Contrato temporal sin especificar la duración (obra o servicio o similar)
- Trabajador de una empresa de trabajo temporal
- Trabaja sin contrato
- Trabaja por su cuenta (autónomos, empresarios, profesionales liberales)
- Otra relación contractual **Especificar:** _____

1.13. Situación laboral actual (dentro del centro penitenciario)

- Tiene algún destino
- Trabaja actualmente
- No trabaja actualmente

1.14. Régimen penitenciario

- Primer grado
- Segundo grado
- Tercer grado

1.15. ¿Es este su primer ingreso en un centro penitenciario?

_____ Sí

_____ No

Descontando el ingreso actual: ¿Cuántas veces ha estado ingresado en un centro penitenciario en su vida? _____**Especificar fecha, duración y tipo de delito de los ingresos previos (sin contar el actual)**

Fecha	Duración (años)	Tipo de delito ¹

¹ [Homicidio, Tentativa homicidio, Asesinato, Delito sexual, Violencia doméstica, Lesiones, Robo con violencia, Robo sin violencia, Delito contra la salud pública, Quebrantamiento de condena, Incendios, Amenazas / coacciones, Otro (especificar)].

1.16. ¿Ha estado sometido a procesos judiciales previos?

_____ Sí

_____ No

Sin contar el actual: ¿Cuántos? _____**Especificar fecha y motivo de los procesos judiciales previos (sin contar el actual)**

Fecha	Motivo ¹

¹ [Homicidio, Tentativa homicidio, Asesinato, Delito sexual, Violencia doméstica, Lesiones, Robo con violencia, Robo sin violencia, Delito contra la salud pública, Quebrantamiento de condena, Incendios, Amenazas / coacciones, Otro (especificar)].

1.17. ¿Ha sido arrestado con anterioridad al ingreso actual?

___ Sí

___ No **¿Cuántas veces?** _____

Especificar fecha y motivo de los arrestos

Fecha	Motivo ¹

¹ [Homicidio, Tentativa homicidio, Asesinato, Delito sexual, Violencia doméstica, Lesiones, Robo con violencia, Robo sin violencia, Delito contra la salud pública, Quebrantamiento de condena, Incendios, Amenazas / coacciones, Otro (especificar)].

1.18. Antecedentes psiquiátricos familiares (en la primera línea: padre, madre, hijos, hermanos)

___ No

___ No lo sabe, duda

___ Sí (especificar)

___ Depresivo

___ Ansioso

___ Trastorno de la personalidad

Especificar: _____

___ Trastorno psicótico

Especificar: _____

___ Trastorno por uso de sustancias

Especificar: _____

2. ANTECEDENTES CLÍNICOS: MORBILIDAD CRÓNICA

	NO	SÍ
Alergias crónicas		
Artrosis o reumatismo		
Bronquitis crónica		
Asma		
Enfisema pulmonar		
Diabetes		
Trastorno de próstata		
Dolor de espalda (lumbar) crónico		
Dolor cervical		
Mala circulación		
Varices		
Trastornos cardiacos / cardiovasculares		
Hemorroides (almorranas)		
Problemas nerviosos / depresiones		
Embolia cerebral		
Cataratas		
Angina de pecho / infarto		
Presión alta		
Úlcera de estómago o de duodeno		
Colon irritable		
Estreñimiento crónico		
Problemas de visión		
Problemas de audición		
Problemas tiroideos (hipo / hiper tiroidismo)		
Epilepsia		

	NO	SÍ
Parkinson		
Esclerosis múltiple		
Migrañas o dolores de cabeza continuos		
Artritis / Artrosis		
Fibromialgia		
Hepatitis B / C		
HIV		
SIDA		

¿Tiene algún otro trastorno crónico, aparte de los mencionados?

___ NO ___ SÍ

Especificar: _____

3. SCID-I (DSM-IV)

Puntuación:

?= Información inadecuada; -= Ausente (o subumbral); += Presente

A. EPISODIOS AFECTIVOS

CRITERIOS DEL EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

		Inicio del episodio: _____ Comprobar si: actual _____ anterior _____	
	Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre su estado de ánimo A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un periodo de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.		
A1	¿Ha habido alguna vez en su vida un periodo de tiempo en el que se sintiera deprimido o desanimado la mayor parte del día casi todos los días? ¿cómo fue? SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE: ¿Cuánto tiempo duró? (¿hasta 2 semanas?) (1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (ej. se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (ej. llanto).	?-+	A1
A2	¿Perdió interés o placer en cosas que habitualmente le gustaban? SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE ¿Ocurrió casi cada día? ¿Cuánto tiempo duró (¿Hasta 2 semanas?) (2) disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)	?-+ Si ni A1 ni A2 son + pasar a A16 p.12	A2
A3	PARA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS, CENTRARSE EN EL PEOR PERIODO DE 2 SEMANAS: Durante (periodo de dos semanas) ¿Ganó o perdió peso? (¿Cuánto? ¿Estaba intentando adelgazar?) SI CONTESTA NEGATIVAMENTE: ¿Cómo estaba de apetito? (¿Cómo estaba en comparación con su apetito habitual? ¿Se tenía que esforzar para comer? ¿Comía más/menos de lo habitual? ¿Ocurría casi cada día?) (3) pérdida importante del peso sin hacer régimen o aumento de peso (ej. un cambio de más del 5% del peso corporal en 1 mes), o pérdida/aumento del apetito casi cada día.	?-+ <input type="checkbox"/>	A3
A4	¿Cómo dormía? (¿dificultades para conciliar el sueño, despertarse con frecuencia, dificultades para permanecer dormido, despertar demasiado pronto O dormir demasiado? ¿Cuántas horas en comparación con lo habitual? ¿Ocurría casi cada noche?) (4) insomnio o hipersomnia casi cada día	?-+	A4

A5	<p>¿Se encontraba tan nervioso o inquieto que no podía dejar de moverse? (¿Era tan acusado como para que los demás se dieran cuenta? ¿De qué se dieron cuenta? ¿Ocurría casi cada día?) Si contesta negativamente: ¿Y al contrario, esto es, hablar o moverse más lentamente de lo normal? (¿Hasta el punto de que los demás se daban cuenta? ¿Casi cada día?).</p> <p>(5) agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)</p>	?-+	A5
A6	<p>¿Qué tal se encontraba de energía? (¿Estaba todo el día cansado? ¿Casi cada día?).</p> <p>(6) fatiga o pérdida de energía casi cada día</p>	?-+	A6
A7	<p>¿Qué pensaba de sí mismo? (¿se sentía inútil? ¿casi cada día?)</p> <p>SI CONTESTA NEGATIVAMENTE ¿Y sentirse culpable por cosas que había hecho o dejado de hacer? ¿Casi cada día?).</p> <p>NOTA: codifique negativamente si se trata tan sólo de escasa opinión de sí mismo,</p> <p>(7) sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)</p>	?-+	A7
A8	<p>¿Tenía dificultades para pensar o concentrarse? (¿con qué interferían? ¿casi cada día?). SI CONTESTA NEGATIVAMENTE: ¿Le costaba mucho tomar decisiones sobre asuntos cotidianos?</p> <p>(8) disminución de la capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)</p>	?-+	A8
A9	<p>¿Estaban tan mal las cosas que pensaba mucho en la muerte o en que sería mejor estar muerto? ¿Pensaba en hacerse daño a sí mismo?</p> <p>SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE: ¿Hizo algo para hacerse daño?</p> <p>(9) pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.</p>	?-+	A9
A10	<p>COMO MÍNIMO CINCO DE A(1) – A(9) SON «+» Y COMO MÍNIMO UNO DE ELLOS ES A(1) O A(2)</p>	<p>?-+</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p>A16 p.12</p> </div>	A10
A11	<p>Si no está claro: La depresión (propias palabras) le hizo más difícil trabajar, atender las tareas de la casa o relacionarse con otras personas?</p> <p>C Los síntomas provocan deterioro social, laboral o de otras áreas importantes del individuo o malestar clínicamente significativos.</p>	<p>?-+</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p>A16 p.12</p> </div>	A11

A12	<p>Justo antes de que esto empezara, ¿estaba tomando algún medicamento?</p> <p>SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE: ¿Hubo algún cambio en la cantidad que estaba tomando?</p> <p>Justo antes de que esto empezara, ¿estaba usted bebiendo o tomando alguna droga?</p> <p>Justo antes de que esto empezara, ¿se encontraba físicamente enfermo?</p> <p>D. No debido a una sustancia o a una enfermedad médica.</p> <p><i>ATENCIÓN: Una respuesta «Sí» a la pregunta de la entrevista equivale a una puntuación de «-».</i></p> <p>Las enfermedades médicas etiológicas incluyen: las enfermedades neurológicas degenerativas (ej. Parkinson), patología vascular cerebral (ej. accidente vascular cerebral), enfermedades metabólicas (ej. deficiencia de vitamina B12), enfermedades endocrinas (ej. hiper e hipotiroidismo, hiper e hipoparatiroidismo, hiper e hipofunción corticosuprarrenal), enfermedades autoinmunes (ej. lupus eritematoso sistémico), infecciones víricas o de otro tipo (ej. hepatitis mononucleosis, VIH) y algunos tipos de cáncer (ej. carcinoma de páncreas).</p> <p>Las sustancias etiológicas incluyen; alcohol, alucinógenos, anfetaminas, cocaína, fenciclidina, inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos. Los medicamentos incluyen antihipertensivos, anticonceptivos orales, corticoesteroides, esteroides anabolizantes, agentes anticancerosos, analgésicos, anticolinérgicos y medicamentos cardíacos.</p>	<p>?-+</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p>A61 p.21</p> </div>	A12
A13	<p>En caso desconocido: ¿Empezó justo después de que falleciera un ser querido?</p> <p>E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (es decir, después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.</p> <p><i>ATENCIÓN: Una respuesta «Sí» a la pregunta de la entrevista equivale a una puntuación de «-».</i></p>	<p>?-+</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p>A16 p.12</p> </div>	A13
A14	<p>LOS CRITERIOS A, C, D Y E SON «+»</p> <p>¿Ha tenido (síntomas puntuados + anteriormente) en el último mes?</p> <p>Marcar aquí ____ si los criterios se han cumplido en el último mes.</p>	<p>+</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p>Episodio depresivo mayor</p> </div>	A14
A15	<p>¿Cuántas veces ha estado Ud. (deprimido/ propias palabras) casi cada día un mínimo de 2 semanas, experimentando varios de los síntomas que acaba de describir tales como (síntomas del peor episodio)</p> <p>Número total de episodios depresivos mayores (incluyendo actual)</p>	<p>— —</p>	A15

CRITERIOS DEL EPISODIO MANÍACO

		Inicio del episodio: _____ Comprobar si: actual _____ anterior _____ si anterior, compensación: _____	
A16	<p>¿Alguna vez en su vida, ha experimentado algún periodo en que se sentía bien, animado, exaltado o eufórico que otras personas pensaron que no era el de siempre o acabó metiéndose en problemas? (¿Le dijo alguien que estaba maniaco? ¿Se trataba de algo más que un simple bienestar?)</p> <p>SI CONTESTA NEGATIVAMENTE: ¿Tuvo alguna época en que estaba tan irritable que gritaba a los demás o comenzaba peleas o discusiones? (¿Se ponía a gritar a personas que apenas conocía?)</p> <p>A. Un periodo diferenciado de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable ...</p>	<p>?-+</p> <p>A45 p.18</p>	A16
A17	<p>¿Cuánto tiempo le duró? (¿Hasta 1 semana? ¿Tuvo que ir al hospital?)</p> <p>... que dura como mínimo 1 semana (o cualquier duración si es necesaria la hospitalización).</p> <p>¿Ha estado así más de una vez? ¿Cuál fue la vez que estuvo más (eufórico, irritables, propias palabras)?</p> <p>Para los ítems A18 a A27 céntrate en el episodio más extremo.</p> <p>En caso desconocido: Durante este tiempo, ¿cuándo estuvo más (propias palabras para describir la euforia o la irritabilidad)?</p>	<p>?-+</p> <p>A30 p.15</p>	A17
	<p>Durante (el periodo de los peores síntomas maniacos)</p> <p>B. Durante el período de alteración del estado de ánimo han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) y ha habido en un grado significativo:</p>		
A18	<p>¿Qué pensaba de sí mismo? (¿Se sentía más seguro de sí mismo de lo habitual? ¿Creía tener poderes o habilidades especiales?)</p> <p>(1) autoestima exagerada o grandiosidad</p>	<p>?-+</p>	A18
A19	<p>¿Necesitaba dormir menos de lo habitual?</p> <p>SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE: ¿Aún así se sentía cansado?</p> <p>(2) disminución de la necesidad de dormir (ej. se siente descansado tras 3 horas de sueño)</p>	<p>?-+</p>	A19
A20	<p>¿Hablaba más de lo habitual? (¿Los demás tenían problemas para pararlo o para entenderlo? ¿Los demás tenían dificultades para intervenir?)</p> <p>(3) más hablador de lo habitual o verborreico</p>	<p>?-+</p>	A20
A21	<p>¿Sus pensamientos se aceleraban?</p> <p>(4) fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado</p>	<p>?-+</p>	A21
A22	<p>¿Se distraía tan fácilmente con las cosas de su alrededor que experimentaba dificultades para concentrarse o seguir el hilo?</p> <p>(5) distraibilidad (ej. la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes)</p>	<p>?-+</p>	A22

A23	<p>¿Cómo pasaba el tiempo? (¿Trabajo, amigos, aficiones? ¿Estaba tan activo que sus amigos o su familia se preocupaban por Ud.?)</p> <p>SI NO EXISTE AUMENTO DE LA ACTIVIDAD: ¿Se encontraba físicamente inquieto? (¿Hasta qué punto?)</p> <p>(6) aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo, los estudios, o sexualmente) o agitación psicomotora</p>	? - +	A23
A24	<p>¿Ha hecho algo que podía haberles causado problemas a Ud. O a su familia? (¿Comprar cosas que no necesitaba? ¿Cualquier conducta sexual que no fuera habitual en Ud.? ¿Conducción temeraria?)</p> <p>(7) implicación excesiva en actividades placenteras implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (ej. enzarzarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas)</p>	? - +	A24
A25	<p>COMO MÍNIMO TRES DE B(1) a B(7) SON «+» (O CUATRO SI EL ESTADO DE ÁNIMO ES IRRITABLE Y NO ELEVADO)</p>	<p>? - +</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p>A45 p.18</p> </div>	A25
A26	<p>En caso desconocido: En esa época, ¿tuvo serios problemas en casa o en el trabajo (estudios), debido a que estaba (síntomas) o tuvo que ir al hospital?</p> <p>D. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave como para provocar un marcado deterioro laboral o de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.</p>	<p>? - +</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p>Si A25 es “-”, diríjase a A39 p.16</p> </div>	A26
A27	<p>Justo antes de que esto empezara, ¿estaba tomando algún medicamento? Si contesta afirmativamente: ¿Hubo algún cambio en la cantidad que estaba tomando?</p> <p>Justo antes de que esto empezara, ¿estaba usted bebiendo o tomando alguna droga?</p> <p>Justo antes de que esto empezara, ¿se encontraba físicamente enfermo?</p> <p>E. No debido a una sustancia o a una enfermedad médica.</p> <p><i>ATENCIÓN: Una respuesta «Sí» a la pregunta de la entrevista equivale a una puntuación de «-».</i></p> <p>Nota: los episodios parecidos a la manía que están claramente causados por un tratamiento somático antidepresivo (ej. un medicamento, terapéutica electroconvulsiva, terapéutica lumínica) no deben ser diagnosticados como Trastorno bipolar I</p> <p>Las enfermedades médicas etiológicas incluyen: las enfermedades neurológicas degenerativas (ej. Parkinson), patología vascular cerebral (ej. accidente vascular cerebral), enfermedades metabólicas (ej. deficiencia de vitamina B12), enfermedades endocrinas (ej. hiper e hipotiroidismo, hiper e hipoparatiroidismo, hiper e hipofunción corticosuprarrenal), enfermedades autoinmunes (ej. lupus eritematoso sistémico), infecciones víricas o de otro tipo (ej. hepatitis mononucleosis, VIH) y algunos tipos de cáncer (ej. carcinoma de páncreas).</p> <p>Las sustancias etiológicas incluyen: alcohol, alucinógenos, anfetaminas, cocaína, fenciclidina, inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos. Los medicamentos incluyen antihipertensivos, anticonceptivos orales, corticosteroides, esteroides anabolizantes, agentes anticancerosos, analgésicos, anticolinérgicos y medicamentos cardíacos.</p>	? - +	A27

A28	<p>En caso desconocido: ¿Ha tenido (síntomas puntuados +) anteriormente (último mes)?</p> <p>LOS CRITERIOS A, C, D Y E SON «+»</p> <p>Marcar aquí ____ si los criterios se han cumplido en el último mes.</p>	<p style="text-align: center;">+</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p style="text-align: center;">Episodio maníaco</p> </div>	A28
A29	<p>¿Cuántas veces estuvo (eufórico/irritable/propias palabras) y tuvo (síntomas hipomaniacos reconocidos) como mínimo durante 1 semana (o fue hospitalizado)?</p> <p>Número total de episodios maníacos</p>	<p style="text-align: center;">— —</p>	A29

CRITERIOS DEL EPISODIO HIPOMANIÁCO

CRITERIOS DEL EPISODIO HIPOMANIÁCO		Inicio del episodio: _____ Comprobar si: actual _____ anterior _____	
A30	En caso desconocido: Cuando estuvo (eufórico/irritable/propias palabras) ¿Duró hasta 4 días? ¿Estuvo más de una vez así? (¿En qué ocasión estuvo más eufórico/irritable/propias palabras?) A. Un período diferenciado durante el que el estado de ánimo es persistentemente elevado, expansivo durante al menos 4 días y que es claramente diferente del estado de ánimo habitual.	?-+ A45 p.18	A30
	Durante (período de síntomas hipomaniacos más extremos) B. Durante el período de alteración del estado de ánimo han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) y ha habido en un grado significativo:		
A31	¿Qué pensaba de sí mismo? (¿Se sentía más seguro de sí mismo de lo habitual? ¿Creía tener poderes o habilidades especiales?) (1) autoestima exagerada o grandiosidad	?-+	A31
A32	¿Necesitaba dormir menos de lo habitual? SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE: ¿Aún así se sentía cansado? (2) disminución de la necesidad de dormir (ej. se siente descansado tras 3 horas de sueño)	?-+	A32
A33	¿Hablaba más de lo habitual? (¿Los demás tenían problemas para pararlo o para entenderlo? ¿Los demás tenían dificultades para intervenir?) (3) más hablador de lo habitual o verborreico	?-+	A33
A34	¿Sus pensamientos se aceleraban? (4) fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado	?-+	A34
A35	¿Se distraía tan fácilmente con las cosas de su alrededor que experimentaba dificultades para concentrarse o seguir el hilo? (5) distraibilidad (ej. la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes)	?-+	A35
A36	¿Cómo pasaba el tiempo? (¿Trabajo, amigos, aficiones? ¿Estaba tan activo que sus amigos o su familia se preocupaban por Ud.? SI NO EXISTE AUMENTO DE LA ACTIVIDAD: ¿Se encontraba físicamente inquieto? (¿Hasta qué punto?) (6) aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo, los estudios, o sexualmente) o agitación psicomotora	?-+	A36
A37	¿Ha hecho algo que podía haberles causado problemas a Ud. O a su familia? (¿Comprar cosas que no necesitaba? ¿Cualquier conducta sexual que no fuera habitual en Ud.? ¿Conducción temeraria?) (7) implicación excesiva en actividades placenteras implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (ej. enzarcarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas)	?-+ A45 p.18	A37
A38	COMO MÍNIMO TRES DE B(1) a B(7) SON «+» (O CUATRO SI EL ESTADO DE ÁNIMO ES IRRITABLE Y NO ELEVADO)	?-+	A38

<p>A39</p>	<p>En caso desconocido: ¿Es diferente a la forma que es usted habitualmente? (¿Cómo es de diferente? ¿En el trabajo? ¿Con los amigos?) C. El episodio está asociado a un cambio inequívoco de la actividad que no es característico del sujeto cuando está asintomático.</p>	<p>?-+ A45 p.18</p>	<p>A39</p>
<p>A40</p>	<p>En caso desconocido: ¿Los demás se dieron cuenta del cambio producido en Ud. (¿Qué dijeron?). D. La alteración del estado de ánimo y el cambio de la actividad son observable por los demás</p>	<p>?-+ A45 p.18</p>	<p>A40</p>
<p>A41</p>	<p>En caso desconocido: En esa época, ¿tuvo serios problemas en casa o en el trabajo (estudios), debido a que estaba (síntomas) o tuvo que ir al hospital? E. El episodio no es suficientemente grave como para provocar un deterioro laboral o social o para necesitar hospitalización, ni hay síntomas psicóticos. <i>ATENCIÓN: Una respuesta «Sí» a la pregunta de la entrevista equivale a una puntuación «-»</i></p>	<p>?-+ Regrese a A26 (p.13), codifique «+» este ítem y continúe con A27 (p. 13)</p>	<p>A41</p>
<p>A42</p>	<p>Justo antes de que esto empezara, ¿estaba tomando algún medicamento? Si contesta afirmativamente: ¿Hubo algún cambio en la cantidad que estaba tomando? Justo antes de que esto empezara, ¿estaba usted bebiendo o tomando alguna droga? Justo antes de que esto empezara, ¿se encontraba físicamente enfermo? F. No debido a una sustancia o a una enfermedad médica. <i>ATENCIÓN: Una respuesta «Sí» a la pregunta de la entrevista equivale a una puntuación de «-».</i> Nota: los episodios parecidos a los hipomaniacos que están claramente causados por un tratamiento somático antidepresivo (ej. un medicamento, terapéutica electroconvulsiva, terapéutica lumínica) no deben ser diagnosticados como Trastorno bipolar II, sino que son considerados Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias. Consulte la lista de posibles enfermedades médicas y sustancias incluida en el ítem A27. (pág. 13).</p>	<p>?-+ A31 p.21</p>	<p>A42</p>
<p>A43</p>	<p>¿Ha tenido (síntomas puntuados +) anteriormente (último mes)? LOS CRITERIOS A, C, D, E Y F SON «+» ¿Ha tenido (síntomas puntuados + anteriormente) durante el último mes? Marcar aquí ____ si los criterios se han cumplido en el último mes.</p>	<p>+ Episodio Hipomaniaco</p>	<p>A43</p>
<p>A44</p>	<p>¿Cuántas veces estuvo (eufórico/irritable/propias palabras) y tuvo (síntomas hipomaniacos reconocidos) durante un tiempo determinado? Número total de Episodios hipomaniacos</p>	<p>— —</p>	<p>A44</p>

CRITERIOS DEL TRASTORNO DISTÍMICO

A45	¿Alguna vez en su vida ha tenido un periodo de al menos dos años en que estuviera deprimido la mayor parte del día, la mayoría de los días? (¿más de la mitad del tiempo?) Si contesta afirmativamente: ¿Cómo fue? A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años.	?-+ B1 p.24	A45
	B. Presencia, mientras está depresivo, de dos (o más) de los siguientes síntomas:		
A46	Durante estos periodos (propias palabras para la depresión crónica), ¿Cree que la mayor parte del tiempo ...pierde el apetito? (¿O come más de la cuenta?) (1) Pérdida o aumento de apetito	?-+	A46
A47	...tiene problemas para dormir o duerme demasiado? (2) Insomnio o hipersomnia	?-+	A47
A48	...tiene pocas energías para hacer las cosas o se siente muy cansado? (3) Falta de energía o fatiga	?-+	A48
A49	...se infravalora (¿se siente inútil o fracasado?) (4) Baja autoestima	?-+	A49
A50	...tiene problemas para concentrarse o tomar decisiones? (5) Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones	?-+	A50
A51	... se siente desesperanzado? (6) sentimientos de desesperanza	?-+	A51
A52	COMO MÍNIMO DOS SÍNTOMAS «B» SON «+»	?-+ B1 p.24	A52
A53	Durante este periodo de depresión duradera, ¿cuánto ha durado el mayor intervalo en que se ha sentido bien? (sin síntomas de distimia) C. Durante el periodo de 2 años de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos	?-+ B1 p.24	A53
A54	¿Cuánto tiempo ha estado en esta situación? (¿Cuándo empezó?). Edad al inicio de Trastorno distímico actual	—————	A54
A55	En caso desconocido: ¿Empezó gradualmente o con una época de depresión? D. No ha habido ningún Episodio depresivo mayor durante los 2 primeros años de la alteración; por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o de un Trastorno depresivo mayor en remisión parcial. Nota: Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un Episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativo durante 2 meses). Además tras los primeros dos años de Trastorno distímico, puede haber episodios de Trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un Episodio depresivo mayor.	?-+ B1 p.24	A55

A56	E. Nunca ha habido un Episodio maniaco, un Episodio mixto o un Episodio hipomaniaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico	<p style="text-align: center;">? - +</p> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; margin: auto; padding: 2px; text-align: center;"> B1 p.24 </div>	A56
A57	(puede ser necesario posponer este ítem hasta haber descartado los trastornos psicóticos) F. No aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la Esquizofrenia o el trastorno delirante.	<p style="text-align: center;">? - +</p> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; margin: auto; padding: 2px; text-align: center;"> B1 p.24 </div>	A57
A58	<p>Justo antes de que esto empezara, ¿estaba tomando algún medicamento? Si contesta afirmativamente: ¿Hubo algún cambio en la cantidad que estaba tomando?</p> <p>Justo antes de que esto empezara, ¿estaba usted bebiendo o tomando alguna droga?</p> <p>Justo antes de que esto empezara, ¿se encontraba físicamente enfermo?</p> <p>G. No debido a una sustancia o a una enfermedad médica</p> <p><i>ATENCIÓN: Una respuesta «SÍ» a la pregunta de la entrevista equivale a una puntuación de «-».</i></p> <p>Las enfermedades médicas etiológicas incluyen: las enfermedades neurológicas degenerativas (ej. Parkinson), patología vascular cerebral (ej. accidente vascular cerebral), enfermedades metabólicas (ej. deficiencia de vitamina B12), enfermedades endocrinas (ej. hiper e hipotiroidismo, hiper e hipoparatiroidismo, hiper e hipofunción corticosuprarrenal), enfermedades autoinmunes (ej. lupus eritematoso sistémico), infecciones víricas o de otro tipo (ej. hepatitis mononucleosis, VIH) y algunos tipos de cáncer (ej. carcinoma de páncreas).</p> <p>Las sustancias etiológicas incluyen: alcohol, alucinógenos, anfetaminas, cocaína, fenciclidina, inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos. Los medicamentos incluyen antihipertensivos, anticonceptivos orales, corticoesteroides, esteroides anabolizantes, agentes anticancerosos, analgésicos, anticolinérgicos y medicamentos cardíacos.</p>	<p style="text-align: center;">? - +</p> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; margin: auto; padding: 2px; text-align: center;"> A61 p.21 </div>	A58
A59	Si no está claro: ¿hasta qué punto los síntomas (de A y B) interfieren en su vida? H. Malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.	<p style="text-align: center;">? - +</p> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; margin: auto; padding: 2px; text-align: center;"> B1 p.24 </div>	A59
A60	LOS CRITERIOS A, C, D, E, F, G, Y H SON «+»	<p style="text-align: center;">+</p> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; margin: auto; padding: 5px; text-align: center;"> 300.4 Trastorno distímico </div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; margin: auto; padding: 2px; text-align: center;"> B1 p.24 </div>	A60

CONSIDERAR EL PAPEL ETIOLÓGICO DE UNA ENFERMEDAD MÉDICA O EL CONSUMO DE UNA SUSTANCIA.

Si los síntomas afectivos NO están temporalmente asociados a una enfermedad médica, dirijase a **A65** (p. 22) (Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias).

CRITERIOS DEL TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO DEBIDO A ENFERMEDAD MÉDICA

Si síntomas afectivos NO están temporalmente asociados a una enfermedad médica:

A65
p.22

A61	<p>Codificar según la información ya obtenida.</p> <p>A. En el cuadro clínico predomina una notable y persistente alteración del estado de ánimo, caracterizada por uno (o ambos) de los siguientes estados:</p> <p>(1) Estado de ánimo depresivo o notable disminución de interés o del placer en todas o casi todas las actividades.</p> <p>(2) Estado de ánimo expansivo, elevado o irritable.</p>	<p>?-+</p>	A61
A62	<p>¿Cree que sus (síntomas afectivos) estuvieron de algún modo relacionados con (enfermedad médica comórbida)</p> <p>SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE: Explíqueme de qué manera.</p> <p>¿(los síntomas afectivos) empiezan o empeoran sólo después de que empiece la (enfermedad médica comórbida)?</p> <p>SI HA CONTESTADO AFIRMATIVAMENTE Y SE HA SUPERADO LA ENFERMEDAD MÉDICA: ¿Los (síntomas afectivos) mejoraron una vez superada la (enfermedad médica comórbida)?</p> <p>B/C La alteración es la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica, y la alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (ej. un Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo en respuesta al estrés de tener una enfermedad médica).</p>	<p>?-+</p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;">A65 p.22</p>	A62
A63	<p>Si no está claro: ¿Cuánto interfirieron (los síntomas) en su vida?</p> <p>E. Malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p>	<p>?-+</p>	A63
A64	<p>CRITERIOS A, B/C, Y E SON «+»</p> <p>Especificar la enfermedad médica etiológica: _____</p> <hr style="border: 1px solid black;"/> <p>En caso desconocido: ¿Ha tenido (síntomas puntuados + anteriormente) durante el último mes?</p> <p>Marcar aquí ____ si se han cumplido los criterios en el último mes</p>	<p>-+</p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;">293.83 Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica</p>	A64

Si los síntomas afectivos NO se relacionan temporalmente con el consumo de sustancias, regrese al episodio que se está evaluando:

A12, para Episodio depresivo mayor p. 11
 A27, para Episodio maniaco p. 13
 A42, para Episodio Hipomaniaco p. 17
 A58, para Trastorno distímico p. 19

CRITERIOS PARA EL TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO INDUCIDO POR SUSTANCIAS

A65	<p>Codificar según la información ya obtenida.</p> <p>A. En el cuadro clínico predomina una notable y persistente alteración del estado de ánimo, caracterizada por uno (o ambos) de los siguientes estados:</p> <p>(1) Estado de ánimo depresivo o notable disminución de interés o del placer en todas o casi todas las actividades.</p> <p>(2) Estado de ánimo expansivo, elevado o irritable.</p>	?-+	A65
A66	<p>En caso desconocido: ¿Cuándo empezaron (los síntomas afectivos)? ¿Ya estaba tomado la (sustancia) o acababa de eliminar o reducir su consumo?</p> <p>B. A partir de la historia clínica, la exploración física y los exámenes de laboratorio hay pruebas de que (1) o (2):</p> <p>(1) Los síntomas del Criterio A aparecen durante o en el mes siguiente a una intoxicación o abstinencia.</p> <p>(2) el empleo de un medicamento está etiológicamente relacionado con la alteración.</p>	?-+	A66
<p>Regrese al episodio que se está evaluando:</p> <p>A12, para Episodio depresivo mayor p. 11 A27, para Episodio maniaco p. 13 A42, para Episodio Hipomaniaco p. 17 A58, para Trastorno distímico p. 19 D11, para otros Trastornos bipolares p. 37</p>			
A67	<p>¿Cree que sus (síntomas afectivos) están de alguna manera relacionados con su (consumo de sustancias). Realizar preguntas hasta descartar una etiología NO debida al consumo de sustancias.</p> <p>C. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno del estado de ánimo que no sea inducido por sustancias. Las pruebas de que los síntomas no son atribuibles a un trastorno del estado de ánimo no inducido por sustancias pueden ser las siguientes:</p> <p>(1) Los síntomas afectivos preceden al inicio del consumo de la sustancia (o al consumo del medicamento)</p> <p>(2) Los síntomas afectivos persisten durante un periodo sustancias de tiempo (ej. alrededor de 1 mes) después del final de la abstinencia aguda o la intoxicación grave</p> <p>(3) Los síntomas afectivos son claramente excesivos respecto a lo que sería esperable dado el tipo o la cantidad de la sustancia utilizada o la duración de su uso</p> <p>(4) Hay otros datos que sugieren la existencia independiente de un Trastorno del estado de ánimo no inducido por sustancias (ej. una historia de episodios depresivos mayores recidivantes no inducidos por sustancias)</p>	?-+	A67
<p>Regrese al episodio que se está evaluando:</p> <p>A12, para Episodio depresivo mayor p. 11 A27, para Episodio maniaco p. 13 A42, para Episodio Hipomaniaco p. 17 A58, para Trastorno distímico p. 19</p>			
A68	<p>Si no está claro: ¿Cuánto interfirieron (los síntomas) en su vida?</p> <p>E. Malestar o deterioro clínicamente significativos</p>	?-+	A68

<p>A69</p>	<p>En caso desconocido: ¿Ha tenido (síntomas puntuados +) durante el último mes?</p> <p>LOS CRITERIOS A, B, C Y E SON «+»</p> <p>Codificar 291.8 para Alcohol, 292.84 para el resto de sustancias.</p> <p>Especificar la sustancia: _____</p> <p>Indicar el tipo de síntomas afectivos:</p> <p>___ con síntomas depresivos</p> <p>___ con síntomas maníacos</p> <p>___ con síntomas mixtos</p> <p>Marcar aquí ___ si se han cumplido los criterios en el último mes.</p>	<p style="text-align: center;">?-+</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p>291.8/292.84 Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias</p> </div>	<p>A69</p>
-------------------	---	--	-------------------

Regrese al episodio que se está evaluando:

- A12, para Episodio depresivo mayor p. 11
- A27, para Episodio maniaco p. 13
- A42, para Episodio Hipomaniaco p. 17
- A58, para Trastorno distímico p. 19

B. SÍNTOMAS PSICÓTICOS Y ASOCIADOS

Le voy a preguntar sobre experiencias inusuales que a veces tiene la gente

B1	¿Le ha parecido que la gente estuviera hablando de Ud. O prestando-le una especial atención? SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE: ¿Estaba convencido de que estaban hablando de Ud., o pensó que podía ser fruto de su imaginación? Ideas delirantes de autorreferencia	?-+	B1
B2	¿Ha habido alguien que se haya dedicado a hacerle la vida imposible, o a intentar hacerle daño? Idea delirante de persecución	?-+	B2
B3	¿Ha sentido alguna vez que de alguna manera Ud. Era especialmente importante, o que tenía poderes especiales para hacer cosas que los demás no podían hacer? Idea delirante de grandiosidad	?-+	B3
B4	¿Ha pensado alguna vez que tenía alguna dolencia física incluso a pesar de que su doctor le decía que no le pasaba nada malo... como un cáncer o cualquier otra enfermedad grave? ¿Alguna vez ha estado convencido de que había algún problema con el aspecto de alguna o algunas partes de su cuerpo? (¿alguna vez ha tenido la sensación de que algo extraño estaba pasando con partes de su cuerpo?) Idea delirante somática	?-+	B4
B5	(¿Alguna vez ha tenido alguna experiencia religiosa inusual?) (¿ha pensado alguna vez que había cometido un crimen o que había hecho algo terrible por lo que debía recibir un castigo?) (¿alguna vez ha tenido la sensación de que alguien o algo externo a Ud. Estaba controlando sus pensamientos o sus actos contra su voluntad?) (¿alguna vez ha creído que alguien podía leer su mente?) (¿alguna vez ha tenido la sensación de que determinados pensamientos que no eran propios de Ud. Eran introducidos en su cabeza, ¿o que eran extraídos de su cabeza?) Otras ideas delirantes	?-+	B5
B6	¿Alguna vez ha oído cosas que otras personas no podía oír, como ruidos o voces de gente cuchicheando o hablando? ¿Qué oyó? ¿Cuántas veces lo oyó? Alucinaciones auditivas	?-+	B6
B7	¿Alguna vez ha tenido visiones o ha visto cosas que otras personas no podían ver? (¿estaba despierto en esas ocasiones?) Alucinaciones visuales	?-+	B7
B8	¿Y sensaciones extrañas en el cuerpo o en la piel? Alucinaciones táctiles	?-+	B8
B9	¿Y oler o percibir mediante el gusto cosas que otras personas no podían oler o notar? Otras alucinaciones	?-+	B9
B10	El resto de los ítems de esta sección son observacionales o se codifican según los antecedentes. Comportamiento catatónico	?-+	B10
B11	Comportamiento gravemente desorganizado <i>Describir:</i>	?-+	B11

C. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LOS TRASTORNOS PSICÓTICOS

Si nunca se han hallado presentes ítems del módulo B, diríjase a:

D1
p. 36

C1	Los síntomas psicóticos NO aparecen durante un Episodio depresivo mayor, maniaco o mixto.	no sí	C1	
		<table border="1"> <tr> <td>Estado de ánimo psicótico. Ir a: D1 p. 36</td> </tr> </table>	Estado de ánimo psicótico. Ir a: D1 p. 36	
Estado de ánimo psicótico. Ir a: D1 p. 36				

CRITERIOS DE ESQUIZOFRENIA

C2	<p>Síntomas característicos: Dos (o más) de los siguientes síntomas característicos, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un periodo de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):</p> <p>Ideas delirantes</p> <p>Alucinaciones</p> <p>Lenguaje desorganizado (ej. descarrilamientos frecuentes o incoherencia)</p> <p>Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado</p> <p>Síntomas negativos (ej. aplanamiento afectivo, alogia o abulia)</p> <p>NOTA: sólo se requiere un síntoma del criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.</p> <p>A. Un mes con síntomas de fase activa</p>	no sí	C2	
		<table border="1"> <tr> <td>C21 p. 31</td> </tr> </table>	C21 p. 31	
C21 p. 31				
C3	<p>B. El Trastorno esquizoafectivo y el Trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a:</p> <p>(1) No ha habido ningún episodio depresivo mayor, maniaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa (es decir los síntomas de A relacionados en C2). Para clarificar se puede preguntar: ¿Ha habido alguna época en que experimentara (síntomas psicóticos) al mismo tiempo que se sentía (depresivo/eufórico/irritable/propias palabras)?</p> <p>(2) Si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los periodos activo y residual. Pregunta aclaratoria: ¿Qué parte del tiempo durante el que experimentó (síntomas psicóticos) se sintió también (depresivo/eufórico/irritable/propias palabras)?</p> <p>NOTA: Conteste afirmativamente si nunca ha existido un Episodio depresivo mayor, maniaco o mixto, si todos estos episodios ocurrieron durante la fase prodrómica o residual, o si los síntomas afectivos fueron breves en relación con la alteración total. Conteste negativamente si cualquiera de los episodios afectivos se superponen a los síntomas psicóticos Y el estado de ánimo es una parte significativa de la alteración total.</p>	no sí	C3	
		<table border="1"> <tr> <td>C16 p. 30</td> </tr> </table>	C16 p. 30	
C16 p. 30				

C4	C. Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este periodo de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los periodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos periodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por 2 o más síntomas de la lista del criterio A, presentes de forma atenuada (ej. creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).	<p style="text-align: center;">no sí</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: auto;">C13 p. 29</div>	C4
C5	D. Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad (trabajo, relaciones interpersonales, cuidado de uno mismo, rendimiento académico) están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno.	<p style="text-align: center;">no sí</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: auto;">C13 p. 29</div>	C5
C6	E. No debido a una sustancia o a una enfermedad médica Entre las enfermedades médicas etiológicas se incluyen: enfermedades neurológicas (ej. neoplasias, enfermedad vascular cerebral, enfermedad de Huntington, epilepsia, lesión del nervio auditivo, sordera, migraña, infecciones del sistema nervioso central), enfermedades endocrinas (ej. hiper hipotiroidismo, hiper hipoparatiroidismo, hipofunción suprarrenal), enfermedades metabólicas (ej. hipoxia, hipercapnia, hipoglucemia), alteraciones del equilibrio hidroelectrolítico, enfermedades hepáticas o renales y trastornos autoinmunes con afectación del sistema nervioso central (ej. lupus eritematoso sistémico). Entre las sustancias etiológicas se incluyen: alcohol, alucinógenos, anfetaminas y sustancias de acción similar, cannabis, cocaína, fenciclidina y sustancias de acción similar, inhalantes, opiáceos (meperidina), sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, y otras sustancias desconocidas.	<p style="text-align: center;">no sí</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;">Regrese a C2 (p. 27) si existen otros síntomas psicóticos no debidos a una sustancia o a una enfermedad médica; en caso contrario dirijase a C33 (p. 33)</div>	C6
C7	LOS CRITERIOS A, B, C, D, Y E SE CUMPLEN Marcar aquí ____ si se han cumplido los criterios en el último mes.	ESQUIZOFRENIA	C7
C8	Considerar el tipo paranoide: Si durante el período de más síntomas estaba presente: A. Preocupación por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes. B. No hay lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad aplanada o inapropiada. 295.30 Esquizofrenia, tipo paranoide	<p style="text-align: center;">no sí</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: auto;">D1 p. 36</div>	C8
C9	Considerar el tipo catatónico: Si durante el período de más síntomas habían al menos 2 de los siguientes síntomas: 1) Inmovilidad motora manifestada por catalepsia (incluida flexibilidad cérica) o estupor. 2) Actividad motora excesiva (que aparentemente carece de propósito y no está influida por estímulos externos) 3) Negativismo extremo (resistencia aparentemente inmotivada a todas las órdenes o mantenimiento de una postura rígida en contra de los intentos de ser movido) o mutismo. 4) Peculiaridades del movimiento voluntario manifestadas por la adopción de posturas extrañas, movimientos estereotipados, manierismos marcados o muecas llamativas. 5) Ecolalia o ecopraxia. 295.20 Esquizofrenia, tipo catatónico	<p style="text-align: center;">no sí</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: auto;">D1 p. 36</div>	C9

C10	<p>Considerar el tipo desorganizado: Si durante el período de más síntomas estaba presente:</p> <p>1) lenguaje desorganizado</p> <p>2) comportamiento desorganizado</p> <p>3) afectividad aplanada o inapropiada.</p> <p>B. No se cumplen los criterios para el tipo catatónico.</p> <p>295.10 Esquizofrenia, tipo desorganizado</p>	<p>no sí</p> <p>D1 p. 36</p>	C10
C11	<p>Considerar el tipo indiferenciado: Si durante el período de más síntomas estaban presentes los síntomas del criterio A de Esquizofrenia, pero no se cumplen los criterios del tipo paranoide, desorganizado o catatónico.</p> <p>295.90 Esquizofrenia, tipo indiferenciado</p>	<p>no sí</p> <p>D1 p. 36</p>	C11
C12	<p>Considerar el tipo residual: Si se cumplen los criterios siguientes:</p> <p>a. Ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado y comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.</p> <p>b. Hay manifestaciones continuas de la alteración, como lo indica la presencia de síntomas negativos o de dos o más síntomas de los enumerados en el criterio A de Esquizofrenia, presentes de una forma atenuada (ej, creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).</p> <p>295.60 Esquizofrenia, tipo residual</p>	<p>no sí</p> <p>D1 p. 36</p>	C12

CRITERIOS DEL TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME

C13	<p>¿Cuánto tiempo duraron los (síntomas psicóticos)?</p> <p>B. Un episodio del trastorno (incluidas las fases prodrómica, activa y residual) duró al menos 1 mes, pero menos de 6 meses</p>	<p>no sí</p> <p>C27 p. 32</p>	C13
C14	<p>¿Estuvo tomando alguna droga o medicamento durante este tiempo?</p> <p>¿Tuvo alguna enfermedad médica durante este tiempo?</p> <p>Consulte la lista de enfermedades médicas y sustancias del ítem C6 (p. 28)</p> <p>A. La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (es decir, una droga de abuso, una medicación) o una enfermedad médica.</p>	<p>no sí</p> <p>Regrese a C2 (p. 27) si existen otros síntomas psicóticos no debidos a una sustancia o a una enfermedad médica; en caso contrario dirijase a C33 (p. 33)</p>	C14
C15	<p>SE CUMPLEN LOS CRITERIOS A y B</p> <p>Marcar aquí ____ si se han cumplido los criterios en el último mes.</p>		C15

295.40 Trastorno esquizofreniforme

D1
p. 36

CRITERIOS DEL TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO

C16	A. Un periodo continuo de enfermedad durante el que se presenta en algún momento un episodio depresivo mayor (que debe incluir el criterio A1: estado de ánimo depresivo), maniaco o mixto, simultáneamente con síntomas que cumplen el criterio «A» de la Esquizofrenia.	no sí C39 p. 35	C16
C17	B. Durante el mismo periodo de enfermedad ha habido ideas delirantes o alucinaciones durante al menos 2 semanas en ausencia de síntomas afectivos acusados	no sí C39 p. 35	C17
C18	C. Los síntomas que cumplen los criterios para un episodio de alteración del estado de ánimo están presentes durante una parte sustancial del total de la duración de las fases activa y residual de la enfermedad.	no sí C39 p. 35	C18
C19	D. La alteración no es debida a una sustancia o a una enfermedad médica. Consúltese la lista de enfermedades médicas y sustancias del ítem C6 (p. 28).	no sí Regrese a C2 (p. 27) si existen otros síntomas psicóticos no debidos a una sustancia o a una enfermedad médica; en caso contrario dirijase a C33 (p. 33)	C19
C20	SE CUMPLEN LOS CRITERIOS A, B, C Y D Marcar aquí ____ si se han cumplido los criterios en el último mes.		C20

295.70 Trastorno esquizoafectivo

D1
p. 36

CRITERIOS DEL TRASTORNO DELIRANTE

C21	A. Ideas delirantes no extrañas (ej. implican situaciones que ocurren en la vida real, como ser seguido, envenenado, infectado, amado a distancia o engañado por el cónyuge o amante, o tener una enfermedad) de por lo menos 1 mes de duración.	no sí C39 p. 35	C21
C22	B. Nunca se ha cumplido el criterio «A» para la esquizofrenia. NOTA: en el Trastorno delirante puede haber alucinaciones táctiles u olfatorias si están relacionadas con el tema delirante.	no sí C39 p. 35	C22
C23	C. Excepto por el impacto directo de la(s) idea(s) delirante(s) o sus ramificaciones, el funcionamiento psicosocial no está deteriorado de forma significativa y el comportamiento no es raro ni extraño.	no sí C39 p. 35	C23
C24	D. Si se han producido Episodios afectivos simultáneamente a las ideas delirantes, su duración total ha sido breve en relación a la duración de los periodos delirantes. Nota: Responda afirmativamente si: 1) nunca han existido episodios afectivos; 2) los episodios afectivos no ocurrían durante los periodos delirantes; o 3) los episodios afectivos fueron breves en relación con la duración total de los periodos delirantes. Responda negativamente si los síntomas que cumplen criterios de los episodios afectivos han estado presentes durante una parte considerable de la duración total de la alteración.	no sí C39 p. 35	C24
C25	D. No debido a una sustancia o a una enfermedad médica. Consulte la lista de enfermedades médicas y sustancias del ítem C6 (p. 28).	no sí Regrese a C2 (p. 27) si existen otros síntomas psicóticos no debidos a una sustancia o a una enfermedad médica; en caso contrario dirijase a C33 (p. 33)	C25
C26	SE CUMPLEN LOS CRITERIOS A, B, C, D Y E Marcar aquí ___ si se han cumplido los criterios en el último mes.		C26

297.1 Trastorno delirante

D1
p. 36

CRITERIOS DEL TRASTORNO PSICÓTICO BREVE

C27	A. Uno o más de los síntomas siguientes: 1) ideas delirantes 2) alucinaciones 3) lenguaje desorganizado 4) comportamiento catatónico o gravemente desorganizado	no sí C39 p. 35	C27
C28	B. La duración de un episodio de la alteración es de al menos 1 día pero inferior a 1 mes, con retorno completo al nivel premórbido de actividad.	no sí C39 p. 35	C28
C29	C(1). La alteración no es atribuible a un Trastorno del estado de ánimo, a un Trastorno esquizoafectivo o a Esquizofrenia.	no sí C39 p. 35	C29
C30	C(2). La alteración no es debida a una sustancia o a una enfermedad médica. Consúltese la lista de enfermedades médicas y sustancias del ítem C6 (p. 28).	no sí Regrese a C2 (p. 27) si existen otros síntomas psicóticos no debidos a una sustancia o a una enfermedad médica; en caso contrario dirijase a C33 (p. 33)	C30
C31	SE CUMPLEN LOS CRITERIOS A, B, Y C Marcar aquí ____ si se han cumplido los criterios en el último mes.		C31

298.8 Trastorno psicótico breve

D1
p. 36

CRITERIOS DEL TRASTORNO PSICÓTICO DEBIDO A ENFERMEDAD MÉDICA

Si los síntomas psicóticos NO están temporalmente asociados a una enfermedad médica, diríjase a **C35** (p. 34) (trastorno psicótico inducido por sustancias)

C32	Codificar según la información ya obtenida A. Alucinaciones o ideas delirantes acusadas	?-+ C35 p. 34	C32
C33	¿Cree que sus (ideas delirantes, alucinaciones) estuvieron de algún modo relacionadas con (enfermedad médica comórbida)? SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE: Explíqueme de qué manera. ¿Las (ideas delirantes, alucinaciones) empiezan o empeoran sólo después del inicio de la (enfermedad médica comórbida)? SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE Y HA SUPERADO LA ENFERMEDAD MEDICA: Las (ideas delirantes, alucinaciones) mejoraron junto con la (enfermedad médica comórbida)? B/C. La alteración es un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica, y la alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.	?-+ C35 p. 34	C33
C34	En caso desconocido: Ha experimentado (síntomas puntuados +) durante el último mes? SE CUMPLEN LOS CRITERIOS A Y B/C Especificar la enfermedad médica: _____ Marcar aquí <input type="checkbox"/> si se han cumplido los criterios en el último mes.	-+	C34

Trastorno psicótico debido a enfermedad médica

Si los síntomas psicóticos NO se asocian temporalmente con el consumo de sustancias, regrese al trastorno que se está evaluando:

- C6**, para esquizofrenia p. 28
- C14**, para Trastorno esquizofreniforme p. 29
- C19**, para Trastorno esquizoafectivo p. 30
- C25**, para Trastorno delirante p. 31

CRITERIOS DEL TRASTORNO PSICÓTICO INDUCIDO POR SUSTANCIAS

C35	<p>Codificar según la información ya obtenida.</p> <p>A. Alucinaciones o ideas delirantes acusadas.</p> <p>NOTA: no incluir las alucinaciones si el sujeto es consciente que son provocadas por la sustancia.</p>	? - +	C35
C36	<p>En caso desconocido: ¿Cuándo empezaron las (ideas delirantes, alucinaciones)? ¿Ya estaba consumiendo la (sustancia) o acababa de eliminar o reducir su consumo?</p> <p>A. A partir de la historia clínica, la exploración física o los exámenes de laboratorio, hay pruebas de (1) o (2):</p> <p>(1) Los síntomas del Criterio A aparecen durante o en el mes siguiente a una intoxicación o abstinencia de la sustancia.</p> <p>(2) El consumo de un medicamento está etiológicamente relacionado con la alteración</p>	? - +	C36
<p>Regrese al episodio que se está evaluando:</p> <p>C62, para esquizofrenia p. 28</p> <p>C14, para Trastorno esquizofreniforme p. 29</p> <p>C19, para Trastorno esquizoafectivo p. 30</p>			
C37	<p>¿Cree que sus (ideas delirantes, alucinaciones) están de alguna manera relacionadas con su (consumo de sustancias)?</p> <p>SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE: Explíqueme de qué manera.</p> <p>Realice cualquiera de las siguientes preguntas necesarias para descartar una etiología NO debida a una sustancia:</p> <p>¿Qué apareció primero, el (consumo de la sustancia) o las (ideas delirantes, alucinaciones)?</p> <p>¿Ha habido algún periodo en que dejara de consumir la (sustancia)?</p> <p>SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE: Después de que dejara de consumir la (sustancia), ¿las (ideas delirantes, alucinaciones) mejoraron?</p> <p>¿Cuánta (sustancia) consumía cuando empezó a tener (ideas delirantes, alucinaciones)?</p> <p>¿Ha tenido otros episodios de (ideas delirantes, alucinaciones)?</p> <p>SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE: ¿Cuántos? ¿Estaba consumiendo la (sustancia) en esas ocasiones?</p> <p>C. La alteración no se explica mejor por la presencia de un Trastorno psicótico que no sea inducido por sustancia. Las pruebas de que los síntomas no son atribuibles a un trastorno psicótico no inducido por sustancias pueden ser las siguientes:</p> <p>1) los síntomas preceden al inicio del consumo de la sustancia o medicamento.</p> <p>2) los síntomas persisten durante un periodo sustancial de tiempo (ej. 1 mes tras la abstinencia aguda o la intoxicación grave).</p> <p>3) Los síntomas son claramente excesivos en relación con lo que cabría esperar por el tipo o la cantidad de la sustancia utilizada o la duración del consumo.</p> <p>4) Hay otros datos que sugieren la existencia de un Trastorno psicótico no inducido por sustancias (ej. una historia de episodios recidivantes no relacionados con sustancias)</p>	? - +	C37
<p>Regrese al episodio que se está evaluando:</p> <p>C62, para esquizofrenia p. 28</p> <p>C14, para Trastorno esquizofreniforme p. 29</p> <p>C19, para Trastorno esquizoafectivo p. 30</p>			

C38	<p>En caso desconocido: ¿Ha tenido (síntomas codificados +) durante el último mes?</p> <p>SE CUMPLEN LOS CRITERIOS A, B Y C</p> <p>Marcar aquí ___ si se han cumplido los criterios en el último mes.</p>	<p>-+</p>	C38
		<p>C6, para esquizofrenia p. 28</p> <p>C14, para Trastorno esquizofreniforme p. 29</p> <p>C19, para Trastorno esquizoafectivo p. 30</p> <p>C25, para Trastorno delirante p. 31</p>	<p>Trastorno psicótico inducido por sustancias</p>

Trastorno psicótico no especificado

C39	<p>Esta categoría debería emplearse para diagnosticar una sintomatología psicótica (ej. ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado) sobre la cual no se dispone de una información adecuada para establecer un diagnóstico específico o acerca de la cual existen informaciones contradictorias, o trastornos con síntomas psicóticos que no cumplen los criterios para alguno de los trastornos psicóticos específicos definidos antes.</p> <p>298.9 Trastorno psicótico no especificado</p> <p>Marcar aquí ___ si el diagnóstico ha estado presente en el último mes</p>	<p>+</p>	C39
		<p>D1 p. 36</p>	

D. TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

Si NUNCA ha habido ningún síntoma clínicamente significativo, diríjase a:

E1
p. 40**CRITERIOS DEL TRASTORNO BIPOLAR I**

D1	Antecedentes de uno o más episodios maníacos o mixtos (ver A28, p. 14) NOTA: en un episodio mixto, se cumplen tanto los criterios para un Episodio maniaco como para un Episodio depresivo mayor (excepto en la duración), casi cada día durante 1 semana como mínimo	no sí D5 p. 37	D1
D2	Como mínimo un Episodio maniaco o mixto no es debido a una enfermedad médica ni al consumo de sustancias NOTA: los episodios parecidos a los maníacos que son claramente causados por un tratamiento biológico antidepressivo (ej. medicación, terapia electroconvulsiva, fototerapia) no deben tenerse en cuenta para el diagnóstico de Trastorno bipolar I).	no sí A61 p. 21	D2
D3	Como mínimo un Episodio maniaco o mixto no se explica mejor por la presencia de un Trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una Esquizofrenia, un Trastorno esquizofreniforme, un Trastorno delirante o un Trastorno psicótico no especificado.	no sí D5 p. 37	D3
D4	TRASTORNO BIPOLAR I: Seleccionar el código diagnóstico según el episodio actual o el más reciente (el quinto dígito indica la severidad). Marcar aquí <input type="checkbox"/> si los criterios se han cumplido en el último mes. Marcar uno: <input type="checkbox"/> 296.40 Episodio más reciente hipomaniaco <input type="checkbox"/> 296.0x Episodio maniaco único <input type="checkbox"/> 296.4x Episodio más reciente maniaco <input type="checkbox"/> 296.6x Episodio más reciente mixto <input type="checkbox"/> 296.5x Episodio más reciente depresivo Marcar el quinto dígito: <input type="checkbox"/> 1 – Leve <input type="checkbox"/> 2 – Moderado <input type="checkbox"/> 3 – Grave, sin síntomas psicóticos <input type="checkbox"/> 4 – Grave, con síntomas psicóticos <input type="checkbox"/> 5 – En remisión parcial <input type="checkbox"/> 6 – En remisión total <input type="checkbox"/> 0 – Inespecificado <input type="checkbox"/> 296.7 Episodio más reciente no especificado	Ir a: E1 p. 40	D4

CRITERIOS DEL TRASTORNO BIPOLAR II

D5	Como mínimo un Episodio hipomaniaco no es debido a una enfermedad médica ni al consumo de sustancias (incluyendo tratamientos antidepresivos biológicos) (ver A43, p. 17).	no sí D10 debajo	D5
D6	Como mínimo un Episodio depresivo mayor no es debido a una enfermedad médica ni al consumo de sustancias (ver A14, p. 11)	no sí A61 p. 21	D6
D7	Nunca ha habido un Episodio maniaco o mixto	no sí D10 debajo	D7
D8	No se explica mejor por la presencia de un Trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una Esquizofrenia, un Trastorno esquizofreniforme, un Trastorno delirante o un Trastorno psicótico no especificado.	no sí D10 debajo	D8
D9	<p>Marcar uno en base al episodio actual (o el más reciente):</p> <p>___ 296.89 Trastorno bipolar II, con Episodio hipomaniaco</p> <p>___ 296.89 Trastorno bipolar II, con Episodio depresivo mayor</p> <p>Marcar aquí ___ si los criterios se han cumplido en el último mes.</p>	<p>Ir a:</p> <p>E1 p. 40</p>	D9

OTROS TRASTORNOS BIPOLARES

D10	Síntomas maniacos o hipomaniacos clínicamente significativos	no sí D13 p. 38	D10
D11	No debido a una sustancia o a una enfermedad médica (incluyendo tratamientos antidepresivos biológicos)	no sí A61 p. 21	D11

D12	<p>En caso desconocido: ¿Ha experimentado (síntomas maníacos o depresivos) durante el último mes?</p> <p>Indicar tipo: ____ 301.13 Trastorno ciclotímico (debe cumplir todos los criterios siguientes)</p> <p>A. Presencia, durante al menos 2 años, de numerosos síntomas hipomaniacos y numerosos periodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un Episodio depresivo mayor.</p> <p>B. Durante el periodo de más de 2 años la persona no ha dejado de presentar los síntomas del criterio A durante un tiempo superior a los 2 meses.</p> <p>C. Durante los primeros 2 años de la alteración no se ha presentado ningún Episodio depresivo mayor, maniaco o mixto.</p> <p>____ 296.80 Trastorno bipolar no especificado (para trastornos con síntomas bipolares que no cumplen los criterios de ningún Trastorno bipolar específico).</p> <p>Marcar aquí ____ si presente en el último mes.</p>	<p>Ir a:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>E1 p. 40</p> </div>	D12
------------	--	--	------------

CRITERIOS DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

D13	<p>Como mínimo un Episodio depresivo mayor no es debido a una enfermedad médica ni al consumo de sustancias (ver A14, p. 11)</p>	<p>no sí</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>D17 p. 39</p> </div>	D13
D14	<p>Como mínimo un Episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un Trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una Esquizofrenia, un Trastorno esquizofreniforme, un Trastorno delirante o un Trastorno psicótico no especificado.</p>	<p>no sí</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>D17 p. 39</p> </div>	D14
D15	<p>Nunca se ha producido un Episodio maniaco, mixto o hipomaniaco NOTA: En un Episodio mixto se cumplen los criterios para un Episodio maniaco como para un Episodio depresivo (excepto por lo que hace a la duración) casi cada día durante como mínimo un periodo de 1 semana.</p>	<p>no sí</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>D17 p. 39</p> </div>	<p>D15</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR</p> </div>

D16	<p>En caso desconocido: ¿Ha experimentado (síntomas depresivos) durante el último mes?</p> <p>TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR: Seleccionar los primeros cuatro dígitos del código diagnóstico en base al número de episodios (el quinto dígito indica la severidad).</p> <p>Marcar aquí ___ si los criterios se han cumplido en el último mes.</p> <p>Marcar uno:</p> <p>___ 296.2x Trastorno depresivo mayor, episodio único</p> <p>___ 296.3x Trastorno depresivo mayor, recidivante (recurrente). Para ser considerados episodios separados, tiene que existir un intervalo de al menos 2 meses seguidos durante los cuales no se cumplan los criterios de un Episodio depresivo mayor.</p> <p>Marcar el quinto dígito:</p> <p>__ 1 – Leve</p> <p>__ 2 – Moderado</p> <p>__ 3 – Grave, sin síntomas psicóticos</p> <p>__ 4 – Grave, con síntomas psicóticos</p> <p>__ 5 – En remisión parcial</p> <p>__ 6 – En remisión total</p> <p>__ 0 – Inespecificado</p>	Ir a:	D16
		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> E1 p. 40 </div>	

TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR NO ESPECIFICADO

D17	Síntomas depresivos clínicamente significativos que no cumplen los criterios para un Trastorno depresivo o adaptativo específicos y no se explican mejor por un duelo.	no sí <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> E1 p. 40 </div>	D17
D18	No debido a una sustancia o a una enfermedad médica (revisar p.24)	no sí <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> A61 p. 21 </div>	D18
D19	<p>En caso desconocido: Ha experimentado (síntomas depresivos) durante el último mes?</p> <p>311 Trastorno depresivo no especificado</p> <p>Marcar aquí ___ si presente en el último mes.</p>	no sí <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> E1 p. 40 </div>	D19

E. TRASTORNO POR CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS SUSTANCIAS

¿Cuáles son sus hábitos de bebida? ¿Cuánto bebe? ¿Con qué frecuencia? ¿La bebida la causa /causó problemas? ¿Alguien le reprocha su hábito de beber?

Si parece probable la dependencia del alcohol, diríjase a:

E7 p. 42

E1	Ha experimentado alguna vez un período de excesivo consumo de alcohol o ha tenido alguna vez problemas relacionados con el alcohol.	?-+ <table border="1"><tr><td>E17 p. 44</td></tr></table>	E17 p. 44	E1
E17 p. 44				

CRITERIOS DE ABUSO DE ALCOHOL

	Déjeme hacerle algunas preguntas más sobre (el tiempo en que estuvo bebiendo más/ el tiempo en que tuvo más problemas). Durante ese tiempo... A. Un patrón desadaptativo de consumo de alcohol que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un periodo de 12 meses:			
E2	¿Alguna vez faltó al trabajo o a clase porque estaba intoxicado, eufórico o muy resacoso? (¿Con qué frecuencia? ¿Y hacer mal las cosas en su trabajo o suspender asignaturas debido a la bebida?). SI CONTESTA NEGATIVAMENTE: ¿Y descuidar la limpieza de la casa o no atender al cuidado adecuado de los hijos debido a la bebida? (¿con qué frecuencia?). (1) consumo recurrente de alcohol que da lugar a incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (ej. ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de alcohol; ausencias, suspensiones o expulsiones de clase relacionadas con el alcohol; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa).	?-+	E2	
E3	¿Alguna vez bebió en situaciones en las que podría haber resultado peligroso? (¿alguna vez condujo mientras estaba demasiado bebido para hacerlo?). SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE: ¿Cuántas veces? (2) consumo recurrente de alcohol en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (ej. conducir automóvil o accionar una máquina bajo los efectos del alcohol).	?-+ <table border="1"><tr><td>E7 p. 42</td></tr></table>	E7 p. 42	E3
E7 p. 42				
E4	¿La bebida le llevó a tener problemas con la ley? (cuénteme más sobre ello). SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE: ¿cuántas veces? (3) problemas legales repetidos relacionados con el alcohol (ej. arrestos por comportamiento escandaloso debido al alcohol).	?-+	E4	

E5	<p>Si no se conoce todavía: ¿la bebida le causó problemas con otras personas, como miembros de su familia, amigos o compañeros de trabajo? (¿Alguna vez se enzarzó en peleas mientras estaba bebido? ¿Y en discusiones fuertes sobre su consumo de alcohol?).</p> <p>SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE: ¿Siguió bebiendo a pesar de todo</p> <p>(4) consumo continuado del alcohol a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos del alcohol (ej. discusiones con la esposa a cerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física).</p>	?-+	E5
E6	AL MENOS UN ÍTEM DE ABUSO ES «+»	?-+	E6

Si **E6** es codificado “-“ (es decir, ningún ítem de abuso es “+”), diríjase a **E17**, p. 44 (trastornos por consumo de sustancias no alcohólicas).

Si **E6** es codificado “+” (es decir, como mínimo un ítem de abuso es “+”) Y ya ha examinado la presencia de Dependencia (es decir, ya ha evaluado los ítems E7-E13 de las pp. 42-43. Y menos de tres son “+”, diríjase a E16 (p. 43) y establezca un diagnóstico de Abuso de alcohol.

DEPENDENCIA DEL ALCOHOL

Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas más sobre su consumo de alcohol (durante ese tiempo)

	Un patrón desadaptativo de consumo de alcohol que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:		
E7	¿A menudo termina bebiendo mucho más de lo que tenía previsto? SI CONTESTA NEGATIVAMENTE: ¿Y beber durante más tiempo del que tenía previsto? (3) A menudo se toma alcohol en cantidades mayores O durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía.	?-+	E7
E8	¿Ha intentado reducir o eliminar el consumo de alcohol? SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE: ¿Ha dejado de beber del todo alguna vez? (¿Cuántas veces ha intentado reducir o eliminar su consumo de alcohol?) SI CONTESTA NEGATIVAMENTE: ¿Quiere eliminarlo o reducirlo? (¿Es algo que le preocupe?) (4) Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de alcohol.	?-+	E8
E9	¿Ha empleado mucho tiempo en beber o en sentirse eufórico o resacasos? (5) Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención del alcohol, en el consumo de alcohol o en recuperarse de sus efectos.	?-+	E9
E10	¿Ha habido períodos en que bebía con tanta frecuencia que empezaba a beber en vez de ir a trabajar, dedicar tiempo a su familia o a sus amigos, u ocuparse de otras actividades importantes, como practicar deportes, dedicarse a la jardinería o tocar un instrumento musical? (6) Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de alcohol.	?-+	E10
E11	Si no se conoce todavía: ¿su consumo de alcohol le ha causado alguna vez problemas psicológicos como hacerle sentir deprimido o ansioso, dificultándole el sueño o causándole “blackouts”? Si no se conoce todavía: ¿su consumo de alcohol le ha causado alguna vez problemas físicos significativos o ha empeorado problemas físicos ya existentes? SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE A ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES: ¿a pesar de todo, siguió bebiendo? (7) Se continúa el consumo de alcohol a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes que parecen causados o exacerbados por el consumo de alcohol (ej. continuar bebiendo a pesar de reconocer que una úlcera empeoró por el consumo de alcohol).	?-+	E11

E12	<p>¿Ha comprobado que necesitaba beber mucho más para conseguir las sensaciones que quería que cuando empezó a beber por primera vez?</p> <p>SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE: ¿Cuánto más?</p> <p>SI CONTESTA NEGATIVAMENTE: ¿Ha comprobado que cuando bebía la misma cantidad obtenía un efecto mucho menor que antes?</p> <p>(1) Tolerancia definida por cualquiera de los siguientes ítems:</p> <p>a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.</p> <p>b) el efecto de las mismas cantidades de alcohol disminuye claramente con su consumo continuado.</p>	?-+	E12
E13	<p>¿Ha tenido alguna vez síntomas de abstinencia cuando reducía o interrumpía el consumo de alcohol tales como:...</p> <p>...sudoración o aceleración del corazón?</p> <p>...temblor de manos?</p> <p>...sensación de náuseas o vómitos?</p> <p>...sensación de agitación?</p> <p>...sentirse ansioso?</p> <p>(¿Y sufrir crisis epilépticas o ver, percibir u oír cosas que no existían realmente?).</p> <p>SI CONTESTA NEGATIVAMENTE: ¿Ha empezado alguna vez el día con una copa, o a menudo bebía o tomaba alguna droga o medicamento para evitar los temblores o el malestar?</p> <p>(2) Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:</p> <p>a) DOS o MAS de los siguientes síntomas desarrollados horas o días después de la interrupción (o disminución) del consumo de alcohol después de su consumo prolongado y en grandes cantidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - hiperactividad autonómica (ej. Sudoración o más de 100 pulsaciones) - temblor distal de las manos - insomnio - náuseas o vómitos - agitación psicomotora - ansiedad - crisis comiciales de grand mal (crisis epilépticas) - alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones <p>b) se toma alcohol (o una sustancia de la clase de los sedantes/hipnóticos/ansiolíticos) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia</p>	?-+	E13
E14	<p>En caso desconocido: ¿Cuándo ocurrieron (los síntomas puntuados anteriormente) (¿ocurrieron todos durante el mismo periodo)</p> <p>COMO MÍNIMO TRES ÍTEMS DE DEPENDENCIA (E7 a E13) SON «+» Y OCURREN DURANTE EL MISMO PERIODO DE 12 MESES</p>	<p>?-+</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> <p>Si E14 es (-) y se han omitido E2-E5: regrese a E2, p. 40</p> </div>	E14

E15	<p>En caso desconocido: ¿Ha experimentado (síntomas puntuados + anteriormente) durante el último mes?</p> <p>303.90 Dependencia del alcohol</p> <p>Marcar aquí ____ si los criterios se han cumplido en el último mes.</p>	<p style="text-align: center;">+</p>	E15
		<p>Dependencia del alcohol</p>	
		<p>E17 p. 44</p>	

E16	<p>En caso desconocido: ¿Ha experimentado (síntomas de abuso puntuados + anteriormente) durante el último mes?</p> <p>305.00 Abuso de alcohol</p> <p>Marcar aquí ____ si los criterios se han cumplido en el último mes.</p>	<p style="text-align: center;">+</p>	E16
		<p>Abuso de alcohol</p>	
		<p>E17 p. 44</p>	

TRASTORNOS POR CONSUMO DE OTRAS SUSTANCIAS NO ALCOHÓLICAS		
<p>¿Ha tomado alguna vez alguna de estas sustancias para estar eufórico, dormir mejor, perder peso o cambiar su estado de ánimo? (lista a continuación)</p>		
E17	<p>¿Cuál le causó más problemas? Si niega haber tenido problemas: ¿cuál consumió en mayor cantidad?</p> <p>REGISTRAR LA CLASE DE DROGAS DE CONSUMO MÁS FUERTE/CON MAYORES PROBLEMAS O ANOTAR “NINGUNA” SI NO HAY CONSUMO FUERTE DE DROGAS Y NO SE PRESENTAN PROBLEMAS RELACIONADOS CON LAS DROGAS (EDAD O FECHA Y DURACIÓN) Y DESCRIBIR EL PATRÓN DE CONSUMO</p>	E17

<p><i>Sedantes-hipnóticos-ansiolíticos:</i> Tranxilium, Rohipnol, Valium, Trankimazin, Huberplex, barbitúricos, Dapaz, Orfidal, Dormodor, Halción u otros:</p> <p>_____</p>	
<p><i>Cannabis:</i> marihuana, hachís, THC, u otros:</p> <p>_____</p>	
<p><i>Estimulantes:</i> anfetaminas, «speed», Rubifen, dexadrina, Katovit, u otros:</p> <p>_____</p>	
<p><i>Opioides:</i> heroína, morfina, opio, metadona, Darvon, Deprancol, Buprex, codeína, Metasedin, inespecíficos u otros:</p> <p>_____</p>	
<p><i>Cocaína:</i> intranasal, ev, «coca», «nieve», «freebase», crack, «speedball», inespecíficos, u otros:</p> <p>_____</p>	
<p><i>Alucinógenos/PCP:</i> LSD, mescalina, peyote, psiclocibes, hongos, PCP («polvo de ángel»), «tripis», «ácidos», «Special K» (ketamina), «éxtasis», MDMA, u otros:</p> <p>_____</p>	

<p>Otros: esteroides, «cola», pintura, inhalantes, óxido nitroso («gas de la risa»), amil o butil nitrato («poppers»), pastillas para dormir o para adelgazar sin receta, desconocidos u otros:</p> <hr/>	
--	--

CLASE DE DROGA MÁS
 CONSUMIDA / QUE DIO MÁS
 PROBLEMAS:

Si registra «NINGUNA» en **E17**,
 diríjase a
F1, p.49

Si parece probable la existencia
 de Dependencia de sustancias no
 alcohólicas salte hasta **E23**
 p. 46

CRITERIOS DEL ABUSO DE SUSTANCIAS NO ALCOHÓLICAS

	<p>Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre su consumo de (droga más consumida o que ha causado más problemas)</p> <p>Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un periodo de 12 meses:</p>		
E18	<p>¿Alguna vez faltó al trabajo o a clase porque estaba eufórico o muy colocado? (¿Con qué frecuencia? ¿Y hacer mal las cosas en su trabajo o suspender asignaturas debido a que consumía (droga)?).</p> <p>SI CONTESTA NEGATIVAMENTE: ¿Y descuidar la limpieza de la casa o no atender al cuidado adecuado de los hijos debido a que consumía (droga)? (¿con qué frecuencia?).</p> <p>(1) consumo recurrente de sustancias, que da lugar a incumplimiento de obligaciones en el trabajo, en los estudios o en casa (ej. ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de clase relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa).</p>	?-+	E18
E19	<p>¿Alguna vez ha consumido (droga) en situaciones en las que podría haber resultado peligroso? (¿alguna vez condujo mientras estaba demasiado colocado para hacerlo?). Si contesta afirmativamente: ¿Cuántas veces?</p> <p>(2) consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (ej. conducir automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia).</p>	?-+	E19
E20	<p>¿Su consumo de (droga) le llevó a tener problemas con la ley?</p> <p>SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE: ¿cuántas veces? (¿cuándo?).</p> <p>(3) problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (ej. arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia).</p>	?-+	E20
E21	<p>Si no se conoce todavía: ¿su consumo de (droga) le causó problemas con otras personas, como miembros de su familia, amigos o compañeros de trabajo? (¿Alguna vez se enzarzó en peleas mientras estaba consumiendo (droga)? ¿Y en discusiones violentas sobre su consumo de drogas?).</p> <p>SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE: ¿siguió consumiendo (droga) a pesar de todo?</p> <p>(4) consumo continuado de la sustancia a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (ej. discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física).</p>	?-+	E21

E22	AL MENOS UN ÍTEM DE ABUSO ES «+»	?-+	E22
		<p>Si E22 es “-”, regrese a E17 p.44, si el consumo de alguna otra clase de drogas también ha sido problemático o excesivo. En caso contrario dirijase a F1 p. 49</p>	<p>Si E22 es “+” y ya ha examinado la presencia de dependencia, es decir ya ha evaluado E23 a E29): dirijase a E32 p. 47 y establezca un diagnóstico de abuso de sustancias no alcohólicas</p>

CRITERIOS DE DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS NO ALCOHÓLICAS

	<p>Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre su consumo de (droga)</p> <p>Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:</p>		
E23	<p>¿A menudo ha comprobado que cuando empieza a consumir (droga) termina consumiendo mucho más de lo que tenía previsto? Si contesta negativamente: ¿Y consumir durante más tiempo del que tenía previsto?</p> <p>(3) La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores O durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía</p>	?-+	E23
E24	<p>¿Ha intentado controlar o interrumpir el consumo de (droga)?</p> <p>SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE: ¿ha dejado de consumir (droga) del todo alguna vez? (¿Cuántas veces ha intentado reducir o interrumpir definitivamente el consumo?).</p> <p>SI CONTESTA NEGATIVAMENTE: ¿Quiere eliminarlo o reducirlo (¿es algo que le preocupe?)</p> <p>(4) Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.</p>	?-+	E24
E25	<p>¿Ha empleado mucho tiempo consumiendo (droga) o haciendo todo lo necesario para conseguirla? ¿le lleva mucho tiempo volver a su estado normal?</p> <p>(5) Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (ej. visitar varios médicos o desplazarse grandes distancias), en el consumo de la sustancia, o en recuperarse de sus efectos</p>	?-+	E25
E26	<p>¿Ha habido períodos en los que consumía (droga) con tanta frecuencia que empezaba a beber en vez de ir a trabajar, dedicar tiempo a su familia o a sus amigos, u ocuparse de otras actividades importantes como los deportes, la jardinería o la música?</p> <p>(6) Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia</p>	?-+	E26
E27	<p>Si no se conoce todavía: ¿su consumo de drogas le ha causado alguna vez problemas psicológicos como hacerle sentir deprimido o ansioso, dificultándole el sueño o causándole "blackouts"?</p> <p>Si no se conoce todavía: ¿su consumo de drogas le ha causado alguna vez problemas físicos significativos o ha empeorado problemas físicos ya existentes?</p> <p>SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE A ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES: ¿a pesar de todo, siguió consumiendo?</p> <p>(7) Consumo continuado de la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (ej. consumo recurrente de cocaína a pesar de saber que provoca depresión).</p>	?-+	E27

<p>E28</p>	<p>¿Ha comprobado que necesitaba consumir mucha más (droga) para conseguir las sensaciones que quería que cuando empezó a consumir por primera vez?</p> <p>SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE: ¿Cuánto más? Si contesta negativamente: ¿Ha comprobado que cuando consumía la misma cantidad obtenía un efecto mucho menor que antes?</p> <p>(1) Tolerancia definida por cualquiera de los siguientes ítems:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado. b) el efecto de las mismas cantidades de la sustancia disminuye claramente con su consumo continuado. 	<p>?-+</p>	<p>E28</p>
<p>E29</p>	<p>Las siguientes preguntas pueden no ser aplicables al cannabis, los alucinógenos y la fenciclidina.</p> <p>¿Ha experimentado alguna vez síntomas de abstinencia cuando reducía o interrumpía el consumo de (droga)?</p> <p>SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE: ¿qué síntomas tenía? (consultar lista de síntomas de abstinencia de la p. 48)</p> <p>Si tuvo síntomas de abstinencia: Después de no consumir (droga) durante unas horas o más, ¿a menudo tenía que volver a hacerlo para evitar los (síntomas de abstinencia)? ¿Y consumir (otra droga de la misma clase) cuando experimentaba (síntomas de abstinencia) para encontrarse mejor?</p> <p>(2) Abstinencia manifestada por:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) el síndrome de abstinencia característicos de la sustancia (ver p. 48) b) se toma la misma sustancia (u otra muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia. 	<p>?-+</p>	<p>E29</p>
<p>E30</p>	<p>En caso desconocido: ¿Cuándo ocurrieron los (síntomas puntuados + anteriormente? ¿ocurrieron todos durante el mismo periodo?)</p> <p>COMO MÍNIMO TRES ÍTEMS DE DEPENDENCIA (E23 a E29) SON «+» Y PRESENTES DURANTE EL MISMO PERÍODO DE 12 MESES</p>	<p>?-+</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>si E30 es “-” y previamente se han omitido E18-E21 regrese a E18 p. 45</p> <p>(si E30 es “-” y E22 (p. 45) es “+”) dirijase a E32, abajo.</p> </div>	<p>E30</p>
<p>E31</p>	<p>En caso desconocido: ¿Ha tenido (síntomas puntuados + anteriormente) durante el último mes?</p> <p>Marcar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ___ 304.40 Dependencia de anfetaminas ___ 304.30 Dependencia de cannabis ___ 304.20 Dependencia de cocaína ___ 304.50 Dependencia de alucinógenos ___ 304.60 Dependencia de inhalantes ___ 304.00 Dependencia de opioides ___ 304.60 Dependencia de fenciclidina ___ 304.10 Dependencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos ___ 304.90 Dependencia de otras sustancias (o desconocidas) <p>Marcar aquí ___ si se han cumplido los criterios en el último mes</p>	<p>+</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>Dependencia de sustancias</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>F1 p. 49</p> </div>	<p>E31</p>

E32	<p>En caso desconocido: ¿Ha tenido (síntomas de abuso puntuados +) durante el último mes?</p> <p>Marcar:</p> <p>___ 305.70 Abuso de anfetaminas</p> <p>___ 305.20 Abuso de cannabis</p> <p>___ 305.60 Abuso de cocaína</p> <p>___ 305.30 Abuso de alucinógenos</p> <p>___ 305.90 Abuso de inhalantes</p> <p>___ 305.50 Abuso de opioides</p> <p>___ 305.90 Abuso de fenciclidina</p> <p>___ 305.40 Abuso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos</p> <p>___ 305.90 Abuso de otras sustancias (o desconocidas)</p> <p>Marcar aquí ___ si se han cumplido los criterios en el último mes.</p>	+	E32
		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p style="text-align: center;">Abuso de sustancias</p> </div> <div style="margin: 5px auto;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;"> <p style="text-align: center;">F1 p. 49</p> </div> </div>	

LISTA DE SÍNTOMAS DE ABSTINENCIA (CRITERIOS DSM-IV)

Sedantes / hipnóticos / ansiolíticos: Dos (o más) de los siguientes síntomas, que aparecen horas o días después de la interrupción (o disminución) de un consumo abundante y prolongado de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos:

1. hiperactividad autonómica (sudoración o más de 100 pulsaciones)
2. aumento del temblor de manos
3. insomnio
4. náuseas o vómitos
5. alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones
6. agitación psicomotora
7. ansiedad
8. crisis comiciales de grand mal (crisis epilépticas)

Estimulantes / Cocaína: Estado de ánimo disfórico y dos (o más) de los siguientes cambios fisiológicos, que aparecen horas o días después de la interrupción (o disminución) de un consumo abundante y prolongado de cocaína:

1. fatiga
2. sueños vívidos, desagradables
3. insomnio o hipersomnias
4. aumento del apetito
5. retraso o agitación psicomotores

Opiáceos: Tres (o más) de los siguientes síntomas, que aparecen de pocos minutos a varios días después de la interrupción (o disminución) de un consumo abundante y prolongado (varias semanas o más) de opiáceos o después de la administración de un antagonista opiáceo después de un período de consumo de opiáceos:

1. humor disfórico
2. náuseas o vómitos
3. dolores musculares
4. lagrimeo o rinorrea
5. dilatación pupilar, piloerección o sudoración
6. diarrea
7. bostezos
8. fiebre
9. insomnio

F. TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y OTROS TRASTORNOS

CRITERIOS DEL TRASTORNO DE ANGUSTIA

F1	<p>¿Alguna vez en la vida ha experimentado crisis de angustia en las que de repente se ha sentido asustado o ansioso o de repente manifestó gran cantidad de síntomas físicos?</p> <p>SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE: ¿Alguna vez han aparecido estas crisis completamente por sorpresa en situaciones en que no esperaba encontrarse nervioso o incómodo?</p> <p>Si no está claro: ¿Cuántas crisis de este tipo ha tenido? (¿cómo mínimo dos?).</p> <p>A. (1) crisis de angustia inesperadas recidivantes</p>	<p>?-+</p> <p>F25 p. 52</p>	F1
F2	<p>Después de alguna de estas crisis...</p> <p>¿le preocupaba que algo malo le pudiese estar ocurriendo, como que hubiese tenido un ataque de corazón o se hubiese vuelto loco? (¿cuánto tiempo le preocupó eso? ¿cómo mínimo un mes?).</p> <p>SI CONTESTA NEGATIVAMENTE: ¿Estuvo preocupado por padecer otra crisis? (¿durante cuánto tiempo estuvo preocupado por ello? ¿como mínimo un mes?).</p> <p>SI CONTESTA NEGATIVAMENTE: ¿Hizo algo diferente debido a las crisis, como evitar determinados lugares o no salir solo? (¿Y evitar determinadas actividades como el ejercicio? ¿Y cosas como asegurarse siempre de tener cerca unos aseo o una salida?)</p> <p>(2) al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:</p> <p>a) preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (ej. perder el control, sufrir un infarto de miocardio, volverse loco)</p> <p>b) inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis</p> <p>c) cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis</p>	<p>?-+</p> <p>F25 p. 52</p>	F2
F3	<p>¿Cuándo tuvo la última crisis grave? ¿Qué fue la primera cosa que notó? ¿Luego qué?</p> <p>En caso desconocido: ¿Los síntomas aparecieron todos de golpe?</p> <p>SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE: ¿Cuánto tiempo pasó desde que empezó hasta que se encontró realmente mal? (¿menos de 10 minutos?).</p> <p>Los síntomas de las crisis de angustia se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos.</p>	<p>?-+</p> <p>F25 p. 52</p>	F3
F4	<p>Durante esta crisis...</p> <p>¿su corazón se aceleró, palpitéo o saltó?</p> <p>(1) Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca.</p>	<p>?-+</p>	F4
F5	<p>¿tuvo sudoración?</p> <p>(2) sudoración</p>	<p>?-+</p>	F5
F6	<p>¿tuvo temblores o sacudidas?</p> <p>(3) temblores o sacudidas</p>	<p>?-+</p>	F6
F7	<p>¿tuvo sensación de falta de aliento? (¿tenía dificultades para contener la respiración?)</p> <p>(4) sensación de ahogo o falta de aliento</p>	<p>?-+</p>	F7
F8	<p>(5) sensación de atragantarse</p>	<p>?-+</p>	F8
F9	<p>¿tuvo opresión o dolor torácico?</p> <p>(6) opresión torácica</p>	<p>?-+</p>	F9

F10	¿tuvo náuseas o molestias abdominales o la sensación de que iba a tener diarrea? (7) náuseas o molestias abdominales	?-+	F10
F11	¿tuvo mareos, sensación de inestabilidad o le pareció como si fuese a desmayarse? (8) Inestabilidad, mareo o desmayo	?-+	F11
F12	¿las cosas de su alrededor le parecía irreales o tuvo la sensación de estar separado de lo que le rodeaba o de partes de su cuerpo? (9) desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)	?-+	F12
F13	¿tuvo miedo a volverse loco o a perder el control? (10) miedo a perder el control o a volverse loco	?-+	F13
F14	¿tuvo miedo a morir? (11) miedo a morir	?-+	F14
F15	¿tuvo parestesias o entumecimiento de partes de su cuerpo? (12) Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)	?-+	F15
F16	¿tuvo escalofríos o sofocaciones? (13) escalofríos o sofocaciones	?-+	F16
F17	COMO MÍNIMO CUATRO DE (F4)-(F16) SON «+»	?-+ F25 p. 52	F17
F18	Justo antes de que esto empezara, ¿se encontraba físicamente enfermo? Justo antes de que esto empezara, ¿estaba tomando algún medicamento? SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE: ¿hubo algún cambio en la cantidad que tomaba? Justo antes de que esto empezara, ¿estaba bebiendo o tomando alguna droga? C. Las crisis de angustia no se deben a una sustancia o a una enfermedad médica Las enfermedades médicas etiológicas incluyen: hipertiroidismo, hiperparatiroidismo, feocromocitoma, disfunciones vestibulares, trastornos epilépticos y enfermedades cardíacas (ej. arritmias, taquicardia supraventricular). Las sustancias etiológicas incluyen: intoxicación por estimulantes del sistema nervioso central (ej. cocaína, anfetaminas, cafeína) o cannabis o abstinencia de depresores del sistema nervioso central (ej. alcohol, barbitúricos) o de cocaína. <i>ATENCIÓN: Una respuesta de «SÍ» a la pregunta de la entrevista equivale a una puntuación de «-».</i> Si F18 es “-”, pregunte lo siguiente: ¿Ha habido algún otro periodo en que tuviera crisis de angustia que no fueran debidas a (enfermedad médica/consumo de sustancias).	?-+ F83 p. 64	F18

F19	D. Las crisis de angustia no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo Fobia específica (ej. exponerse a situaciones fóbicas específicas), Trastorno obsesivo-compulsivo (ej. al exponerse a la suciedad cuando la obsesión versa sobre el tema de la contaminación), Trastorno por estrés postraumático (ej. en respuesta a estímulos asociados a situaciones altamente estresantes), Trastorno por ansiedad de separación (ej. al estar lejos de casa o de los seres queridos) o Fobia social (ej. aparecen al exponerse a situaciones sociales temidas).	-+ F25 p. 52	F19
------------	---	--------------------------------	------------

TRASTORNO DE ANGUSTIA CON AGORAFOBIA

F20	Si no es evidente a partir de la visión general: ¿existen situaciones que le ponen nervioso porque tiene miedo de sufrir una crisis de angustia? SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE: Hábleme sobre ello. Si no puede dar detalles: ¿y que me dice de... ... sentirse incómodo si se aleja a cierta distancia de casa? ... estar en un lugar con mucha aglomeración, como una tienda con muchos clientes, un cine o un restaurante? ... hacer cola? ... cruzar un puente? ... utilizar el transporte público (como el autobús, el tren o el metro) o conducir un coche? B. Presencia de Agorafobia: (1) Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia inesperada o más o menos relacionada con una situación, o bien síntomas similares a la angustia, puede no disponerse de ayuda. Los temores agorafóbicos suelen estar relacionados con un conjunto de situaciones características, entre las que se incluyen estar solo fuera de casa, mezclarse con gente o hacer cola, pasar por un puente, o viajar en autobús, tren o automóvil	?-+ F24 p. sig.	F20
F21	¿evita usted estas situaciones? SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE: Cuando se encuentra en una de estas situaciones ¿se siente muy incómodo o como si fuera a sufrir una crisis de angustia? (¿sólo puede sobrellevar una de estas situaciones si está acompañado?) (2) Las situaciones agorafóbicas se evitan (ej. se limita el número de viajes), se resisten a costa de un malestar o ansiedad significativos por temor a que aparezca una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia, o se hace indispensable la presencia de un conocido para soportarlas.	?-+ F24 p. sig.	F21
F22	(3) Esta ansiedad o comportamiento de evitación no puede explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental como Fobia social (ej. evitación limitada a situaciones sociales por miedo a ruborizarse), Fobia específica (ej. evitación limitada a situaciones aisladas como los ascensores), Trastorno obsesivo-compulsivo (ej. evitación de todo lo que pueda ensuciar en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), Trastorno por estrés postraumático (ej. evitación de estímulos relacionados con una situación altamente estresante o traumática) o Trastorno de ansiedad por separación (ej. evitación de abandonar el hogar o la familia).	?-+ F24 p. sig.	F22

F23	<p>En caso desconocido: ¿Ha tenido (crisis de angustia o síntomas de agorafobia) durante el último mes?</p> <p>LA AGORAFOBIA ESTÁ PRESENTE EN EL TRASTORNO DE ANGUSTIA</p> <p>Marcar aquí ____ si se han cumplido los criterios en el último mes.</p>	+	F23
------------	---	---	------------

300.21 Trastorno de angustia con agorafobia

F25
p. 52

F24	<p>En caso desconocido: ¿Ha tenido alguna crisis de angustia durante el último mes?</p> <p>LA AGORAFOBIA NO ESTÁ PRESENTE EN EL TRASTORNO DE ANGUSTIA</p> <p>Marcar aquí ____ si se han cumplido los criterios en el último mes.</p>	+	F24
------------	--	---	------------

300.01 Trastorno de angustia sin agorafobia

F25
p. 52

TRASTORNO DE ANGUSTIA CON AGORAFOBIA

F25	<p>Ahora me gustaría preguntarle si alguna vez en la vida ha estado preocupado por pensamientos que no tenían sentido y que se repetían una y otra vez aunque intentara evitarlos.</p> <p>(¿sobre qué eran?)</p> <p>Si el sujeto no está seguro a qué se hace referencia: ¿eran pensamientos como dañara a alguien sin querer o contaminarse por gérmenes o suciedad?</p> <p>Las Obsesiones se definen por (1), (2), (3) y (4):</p> <p>(1) pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos.</p>	? - +	F25
		F30 p. sig.	
F26	(2) los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real	? - +	F26
		F30 p. sig.	
F27	<p>Cuando tenía estos pensamientos ¿se esforzaba en quitárselos de la cabeza? (¿Qué había intentado hacer?)</p> <p>(3) la persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos.</p>	? - +	F27
		F30 p. sig.	
F28	<p>Si no está claro: ¿de dónde cree que proceden estos pensamientos?</p> <p>(4) la persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento)</p>	? - +	F28
		F30 p. sig.	

F29	LAS OBSESIONES (1), (2), (3), Y (4) SON CODIFICADAS «+»:	?-+	F29
F30	<p>¿Hubo alguna vez en la vida algo que tuviera que hacer repetidamente y que no podía dejar de hacer, como lavarse las manos una y otra vez, contar hasta un número determinado o examinar algo varias veces para asegurarse de que lo había hecho bien?</p> <p>(¿qué es lo que tenía que hacer?)</p> <p>Las Compulsiones se definen por (1) y (2):</p> <p>(1) comportamientos (ej. lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (ej. rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o según ciertas reglas que debe seguir estrictamente.</p>	<p>?-+</p> <p>↓</p> <p>F33 debajo</p>	F30
F31	<p>Si no está claro: ¿por qué tenía que hacer (conducta compulsiva)? ¿qué hubiese ocurrido si no lo hubiese hecho?</p> <p>Si no está claro: ¿Cuántas veces hacía (conducta compulsiva)? ¿cuánto tiempo del día dedicaba a hacerlo?</p> <p>(2) el objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos.</p>	<p>?-+</p> <p>↓</p> <p>F33 debajo</p>	F31
F32	LAS COMPULSIONES (1) Y (2) SON CODIFICADAS «+»	?-+	F32
F33	<p>O F29 ES «+» O F32 ES «+»</p> <p>A. Obsesiones o compulsiones</p>	<p>?-+</p> <p>↓</p> <p>F39 p. 54</p>	F33
F34	<p>¿Ha tenido que (ideas obsesivas) hacer (actos compulsivos) más de lo debido (o de lo razonable)?</p> <p>SI CONTESTA NEGATIVAMENTE: ¿Y cuándo empezó a tener este problema por primera vez?</p> <p>B. En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales.</p>	<p>?-+</p> <p>↓</p> <p>F39 p. 54</p>	F34
F35	<p>¿Qué efecto ha tenido esta (obsesión o compulsión) en su vida? (¿la (obsesión o compulsión) le preocupó mucho? ¿cuánto tiempo ha dedicado a la (obsesión o compulsión)?)</p> <p>C. Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínicamente significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de 1 hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria de individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.</p>	<p>?-+</p> <p>↓</p> <p>F39 p. 54</p>	F35
F36	<p>D. Si hay otro trastorno del Eje I, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (ej. preocupaciones por la comida en un Trastorno alimentarios, arranques de cabello en la tricotilomanía, inquietud por la propia apariencia en el Trastorno dismórfico corporal, preocupación por las drogas en un Trastorno por consumo de sustancias, preocupación por estar padeciendo una grave enfermedad en la hipocondría, preocupación por las necesidades o fantasías sexuales en una Parafilia no sentimientos repetitivos de culpabilidad en el Trastorno depresivo mayor).</p>	<p>?-+</p> <p>↓</p> <p>F39 p. 54</p>	F36

<p>F37</p>	<p>Justo antes de que empezara a tener (obsesiones o compulsiones) ¿estaba tomando alguna droga o algún medicamento?</p> <p>Justo antes de que empezara a tener (obsesiones o compulsiones) ¿se encontraba físicamente enfermo?</p> <p>E. No debido a una sustancia o a una enfermedad médica</p> <p>Las enfermedades médicas etiológicas incluyen: ciertas neoplasias del sistema nervioso central.</p> <p>Las sustancias etiológicas incluyen: intoxicación por estimulantes del sistema nervioso central (ej. cocaína, anfetaminas).</p> <p><i>ATENCIÓN: Una respuesta de «SÍ» a la pregunta de la entrevista equivale a una puntuación de «-».</i></p>	<p style="text-align: center;">? - +</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 60px; text-align: center;"> <p>F84 p. 64</p> </div>	<p>F37</p>
<p>F38</p>	<p>En caso desconocido: ¿ha tenido (obsesiones o compulsiones) durante el último mes?</p> <p>LOS CRITERIOS A, B, C, D Y E DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO SON «+»</p> <p>Marcar aquí ____ si se han cumplido los criterios en el último mes.</p>	<p style="text-align: center;">? - +</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 160px; text-align: center;"> <p>300.3 Trastorno obsesivo - compulsivo</p> </div>	<p>F38</p>

TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

A veces a la gente le ocurren cosas que pueden ser extremadamente traumáticas, como encontrarse en situaciones que amenazan la vida como un desastre importante, un accidente grave o un incendio; agresiones físicas o secuestros; ver matar o ver muerta o gravemente herida a otra persona, u oír que le ha ocurrido algo terrible a un ser querido. En algún momento de su vida, ¿le ha ocurrido a Ud. alguna de estas cosas?

Registrar acontecimientos en la lista que sigue.

Si se registra algún acontecimiento: A veces estos acontecimientos siguen regresando en forma de pesadillas, flashbacks o pensamientos insistentes ¿Alguna vez le ha ocurrido alguno de estos acontecimientos a Ud.?

SI CONTESTA NEGATIVAMENTE: ¿Y encontrarse muy mal en situaciones que le recordaban alguno de estos acontecimientos terribles?

Si no ha registrado acontecimientos o la respuesta a las dos preguntas anteriores es negativa, dirijase a **F65**, p. 57

F39	LISTA DE ACONTECIMIENTOS TRAUMÁTICOS	Fecha	Edad	F39
	Breve descripción	(mes/año)		
	_____	____ / ____	_____	
	_____	____ / ____	_____	
	_____	____ / ____	_____	
	_____	____ / ____	_____	
	_____	____ / ____	_____	
	_____	____ / ____	_____	
	_____	____ / ____	_____	

Para las preguntas siguientes debe centrarse en los acontecimientos mencionados en la anterior pregunta de sondeo.

	A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2):		
F40	Si se refiere a más de un trauma: ¿Cuál de ellos cree que le afectó más? (1) la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás	? - + F65 p. 57	F40
F41	Si no está claro: ¿cómo reaccionó cuando ocurrió el (acontecimiento traumático)? (¿tuvo mucho miedo o se sintió horrorizado o desesperanzado?). (2) la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos	? - + F65 p. 57	F41
	Ahora me gustaría formularle algunas preguntas sobre las diferentes formas en que le haya podido afectar. Por ejemplo... B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:		
F42	Pensó sobre el (acontecimiento traumático) cuando no quería hacerlo o de repente le venían pensamientos sobre el (acontecimiento traumático) cuando Ud. No quería? (1) recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.	? - +	F42
F43	¿tenía sueños sobre el (acontecimiento traumático)? (2) sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar.	? - +	F43
F44	¿se veía a sí mismo actuando o sintiendo como si volviera a hallarse en esa situación? (3) El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse).	? - +	F44
F45	¿se sentía mal cuando algo le recordaba el acontecimiento traumático? (4) malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.	? - +	F45
F46	¿sufría síntomas físicos como ponerse a sudar, respirar con dificultad o de forma irregular, o experimentar palpitaciones o aceleraciones del corazón? (5) respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.	? - +	F46

F47	COMO MÍNIMO UN SÍNTOMA «B» ES «+»	<p style="text-align: center;">? - +</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: auto;"> <p style="text-align: center;">F65 p. 57</p> </div>	F47
	Desde el (acontecimiento traumático)		
	C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:		
F48	¿ha hecho algún esfuerzo por evitar pensar o hablar sobre lo que pasó? (1) esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.	? - +	F48
F49	¿ha evitado cosas o personas que le recordaran el (acontecimiento traumático)? (2) esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma	? - +	
F50	¿ha sido incapaz de recordar algún aspecto importante de lo que pasó? (3) incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma	? - +	
F51	¿ha estado menos interesado por hacer cosas que habitualmente eran importantes para Ud. Como ver a sus amigos, leer libros o ver la televisión? (4) reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas	? - +	
F52	¿se ha sentido distante o aislado de los demás? (5) sensación de desapego o enajenación frente a los demás	? - +	
F53	¿se ha sentido “insensible” o como si ya no tuviera sentimientos intensos hacia nada o sentimientos de amor hacia nadie? (6) restricción de la vida afectiva (p. ej., incapaz para tener sentimientos de amor)	? - +	
F54	¿ha notado un cambio en su forma de pensar o planificar el futuro? (7) sensación de un futuro limitado (ej. no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o tener esperanza de una vida normal).	? - +	
F55	COMO MÍNIMO TRES SÍNTOMAS «C» SON «+»	<p style="text-align: center;">? - +</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: auto;"> <p style="text-align: center;">F65 p. 57</p> </div>	
	Desde el (acontecimiento traumático)		
	D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:		
F56	¿ha tenido problemas para dormir? (¿Qué tipo de problemas?) (1) dificultad para conciliar o mantener el sueño	? - +	F56
F57	Ha estado más irritable que de costumbre? ¿ha tenido ataques de ira? (2) irritabilidad o ataques de ira	? - +	F57
F58	¿ha tenido dificultades para concentrarse? (3) dificultades para concentrarse	? - +	F58
F59	¿ha estado alerta o en guardia aunque no hubiera razón para ello? (4) Hipervigilancia	? - +	F59

F60	¿ha estado asustadizo o se sobresaltaba fácilmente por cosas como ruidos repentinos? (5) respuestas exageradas de sobresalto	?-+	F60
F61	COMO MÍNIMO DOS SÍNTOMAS «D» SON «+»	?-+ F65 debajo	F61
F62	¿Cuánto tiempo aproximadamente duraron estos problemas, como (síntomas del TEPT)? E. Las alteraciones (síntomas de los criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.	?-+ F65 debajo	F62
F63	F. Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.	?-+ F65 debajo	F63
F64	En caso desconocido. ¿ha experimentado (síntomas codificados +) durante el último mes? LOS CRITERIOS A, B, C, D, E Y F DEL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO SON «+» Marcar aquí ___ si se han cumplido los criterios en el último mes.	+ 309.81 Trastorno por estrés postraumático	F64

OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

F65	SI NO SE HA DIAGNOSTICADO TODAVÍA TRASTORNO DE ANGUSTIA: ¿alguna vez ha tenido miedo a salir de casa solo, de estar solo, de hallarse en una aglomeración o en una cola, o de viajar en autobuses o trenes? SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE CONSIDÉRESE: 300.22 Agorafobia sin historia de trastorno de angustia (agorafobia relacionada con el miedo a desarrollar síntomas parecidos a las crisis de angustia (ej. mareo o diarrea) sin historia de trastorno de angustia).	?-+	F65
------------	---	-----	------------

FOBIA SOCIAL

F66	<p>¿Hay algo que le haya dado miedo hacer o que le haga sentirse incómodo frente a otras personas, como hablar, comer o escribir?</p> <p>¿Me podría hablar de eso? ¿Qué temió que fuese a suceder?</p> <p>SI SÓLO TEME A HABLAR EN PÚBLICO: (¿Cree usted que se siente más incómodo de lo que se siente la mayoría de la gente en situaciones parecidas?).</p> <p>A. Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso.</p> <p>SITUACIONES FÓBICAS (marcar las que correspondan):</p> <p>___ Hablar en público</p> <p>___ comer frente a otros</p> <p>___ escribir frente a otros</p> <p>___ generalizada (la mayoría de las situaciones sociales)</p> <p>___ otra (especificar) _____</p>	<p>?-+</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>F67 p. 59 fobia específica</p> </div>	F66
F66.1	<p>¿Se sintió nervioso cada vez que enfrentó (estímulo fóbico)?</p> <p>B. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con la situación.</p>	<p>?-+</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>F67 p. 59 fobia específica</p> </div>	F66.1
F66.2	<p>¿Le parecía que su miedo a (actividad fóbica) iba más allá de lo debido (o de lo razonable)?</p> <p>C. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional.</p>	<p>?-+</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>F67 p. 59 fobia específica</p> </div>	F66.2
F66.3	<p>Si no está claro: ¿Hacia todo lo posible por evitar (actividad fóbica)?</p> <p>SI CONTESTA NEGATIVAMENTE: ¿Cuán difícil se le hace enfrentar la (actividad fóbica)?</p> <p>D. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.</p>	<p>?-+</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>F67 p. 59 fobia específica</p> </div>	F66.3
F66.4	<p>¿Cuántos problemas le ha causado la (actividad fóbica) en su vida?</p> <p>¿Hay algo que haya evitado por su temor a (actividad fóbica)?</p> <p>SI NO INTERFIEREN CON LA VIDA DIARIA: Cuánto le ha afectado el hecho de temer (actividad fóbica)?</p> <p>E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.</p>	<p>?-+</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>F67 p. 59 fobia específica</p> </div>	F66.4

<p>F66.5</p>	<p>Justo antes de que comenzaran estos miedos ¿estaba tomando alguna droga o algún medicamento? SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE ¿hubo algún cambio en la cantidad que estaba tomando?</p> <p>Antes de que esto comenzara ¿bebía o consumía drogas?</p> <p>Justo antes de que comenzaran estos miedos ¿se encontraba físicamente enfermo?</p> <p>F El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (ej. trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal).</p> <p><i>Atención: Una respuesta "si" a la pregunta equivale a una puntuación "-"</i></p> <p>Las enfermedades médicas etiológicas incluyen: hiper e hipotiroidismo, hipoglucemia, hiperparatiroidismo, feocromocitoma, insuficiencia cardíaca congestiva, arritmias, embolismo pulmonar, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, neumonía, hiperventilación, déficit de vitamina B12, porfirias, neoplasias del sistema nervioso central, trastornos vestibulares y encefalitis,</p> <p>Las sustancias etiológicas incluyen: intoxicación por estimulantes del sistema nervioso central (ej. cocaína, anfetaminas, cafeína) o cannabis, alucinógenos, fenciclidina, o alcohol, o abstinencia de depresores del sistema nervioso central (ej. alcohol, sedantes, hipnóticos).</p>	<p style="text-align: center;">? - +</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p style="text-align: center;">F84 P. 64</p> </div>	<p>F66.5</p>
<p>F66.6</p>	<p>G. Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el criterio A no se relaciona con estos procesos (ej. miedo no es debido a la tartamudez, a los temblores de la enfermedad de Parkinson o a la exhibición de conductas alimentarias anormales en la anorexia nerviosa o en la bulimia nerviosa).</p>	<p style="text-align: center;">? - +</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p style="text-align: center;">F67 p. 59 fobia específica</p> </div>	<p>F66.6</p>
<p>F66.7</p>	<p>LOS CRITERIOS A, B, C, D, E, G, Y H SON "+"</p> <p>¿Cuántos años tenía cuando comenzó a tener temor a (actividad fóbica)?</p> <p>Indicar edad de inicio: _____</p>	<p style="text-align: center;">? - +</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 40%;"> <p style="text-align: center;">F67 p. 59 fobia específica</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 40%;"> <p style="text-align: center;">Fobia social</p> </div> </div>	<p>F66.7</p>

FOBIA ESPECÍFICA

F67	<p>¿Hay otras cosas a las que tenga mucho miedo, como viajar en avión, ver sangre, ponerse una inyección, las alturas, lugares cerrados, o determinados tipos de animales o insectos?</p> <p>¿Me podría hablar de eso? ¿Qué temió que fuese a suceder cuando (confrontado con el estímulo fóbico)?</p> <p>A. Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (ej. volar, precipicios, animales, administración de inyecciones, visión de sangre).</p>	<p>?-+</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p>F68 p. 60 Trastorno de ansiedad generalizada</p> </div>	F67
F67.1	<p>¿Se sintió asustado cada vez que (confrontado con el estímulo fóbico)?</p> <p>B. La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada</p>	<p>?-+</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p>F68 p. 60 Trastorno de ansiedad generalizada</p> </div>	F67.1
F67.2	<p>¿Le parecía que su miedo a (estímulo fóbico) iba más allá de lo debido (o de lo razonable)?</p> <p>C. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional.</p>	<p>?-+</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p>F68 p. 60 Trastorno de ansiedad generalizada</p> </div>	F67.2
F67.3	<p>Si no está claro: ¿Hacia todo lo posible por evitar (estímulo fóbico)?</p> <p>SI CONTESTA NEGATIVAMENTE: ¿Cuán difícil se le hace enfrentar el (estímulo fóbico)?</p> <p>D. La(s) situación(es) fóbica(s) se evita(n) o se soporta(n) a costa de una intensa ansiedad o malestar.</p>	<p>?-+</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p>F68 p. 60 Trastorno de ansiedad generalizada</p> </div>	F67.3
F67.4	<p>¿Cuántos problemas le ha causado el (estímulo fóbico) en su vida?</p> <p>¿Hay algo que haya evitado por su temor a (estímulo fóbico)?</p> <p>SI NO INTERFIEREN CON LA VIDA DIARIA: ¿Cuánto le ha afectado el hecho de temer a (estímulo fóbico)?</p> <p>D. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocado por la(s) situación(es) temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.</p>	<p>?-+</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p>F68 p. 60 Trastorno de ansiedad generalizada</p> </div>	F67.4
F67.5	<p>F. La ansiedad, las crisis de angustia o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicos no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, por ejemplo trastorno obsesivo compulsivo (miedo a la suciedad en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés posttraumático (evitación de estímulos relacionados con un acontecimiento altamente estresante), trastorno de ansiedad por separación, fobia social (evitación de situaciones sociales por miedo a que resulten embarazosas), trastorno de angustia con agorafobia, o agorafobia sin historia de trastorno de angustia).</p>	<p>?-+</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p>F68 p. 60 Trastorno de ansiedad generalizada</p> </div>	F67.5

F67.6	<p>LOS CRITERIOS DE FOBIA ESPECÍFICA A, B, C, D, E, Y G SON “+”.</p> <p>Especificar tipo:</p> <p>___ Tipo animal</p> <p>___ Tipo ambiental (alturas, tormentas, agua)</p> <p>___ Tipo sangre-inyecciones-daño</p> <p>___ Tipo situacional (evitación fóbica de situaciones que pueden provocar atragantamiento, vómito o adquisición de una enfermedad).</p>	<p style="text-align: center;">? - +</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>F68 p. 60 Trastorno de ansiedad generalizada</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>Fobia específica</p> </div> </div>	F67.6
--------------	--	--	--------------

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

F68	<p>¿Ha habido algún periodo en su vida en que se ha sentido especialmente nervioso o ansioso? ¿Ha durado como mínimo 6 meses?</p> <p>¿Se preocupa mucho de que vayan a pasar cosas malas?</p> <p>SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE: ¿De qué se preocupa (¿cuánto se preocupa por (situaciones o actividades)?).</p> <p>Durante ese periodo de cómo mínimo 6 meses: ¿diría usted que se ha pasado la mayor parte del tiempo preocupándose por algo? (¿son más los días que se preocupa que los que no se preocupa?).</p> <p>A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral), que se prolongan más de 6 meses.</p>	<p style="text-align: center;">? - +</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>F69 p. 61 Trastorno de ansiedad no específica</p> </div>	F68
F68.1	<p>Cuando se preocupa de esta forma ¿le resulta difícil dejar de preocuparse?</p> <p>B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.</p>	<p style="text-align: center;">? - +</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>F69 p. 61 Trastorno de ansiedad no específica</p> </div>	F68.1

F68.2	<p>Ahora le voy a hacer unas preguntas acerca de otros síntomas que a menudo se sienten cuando uno está nervioso:</p> <p>Cuando se ha sentido nervioso o ansioso en este periodo de 6 meses...</p> <p>... ¿a menudo se ha sentido inquieto? ¿no podía permanecer sentado por mucho tiempo?</p> <p>... ¿a menudo se ha sentido alterado o con los nervios de punta?</p> <p>... ¿a menudo se ha cansado fácilmente?</p> <p>... ¿se le ha hecho difícil concentrarse o se le ha quedado la mente en blanco?</p> <p>... ¿a menudo se ha sentido de tan mal humor que cualquier cosa le molestaba?</p> <p>... ¿a menudo ha sentido los músculos tensos?</p> <p>... ¿a menudo se le ha hecho difícil dormirse o permanecer dormido?</p> <p>C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses):</p> <p>Inquietud o impaciencia</p> <p>Fatigabilidad fácil</p> <p>Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco</p> <p>Irritabilidad</p> <p>Tensión muscular</p> <p>Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)</p>	<p style="text-align: center;">? - +</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p style="text-align: center;">F69 p. 61 Trastorno de ansiedad no específica</p> </div>	F68.2
F68.3	<p>Evaluar de acuerdo a la información recogida.</p> <p>D. El centro de la ansiedad y la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno del eje I; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas múltiples de síntomas físicos (como en el trastorno de somatización), o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.</p>	<p style="text-align: center;">? - +</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p style="text-align: center;">F69 p. 61 Trastorno de ansiedad no específica</p> </div>	F68.3
F68.4	<p>Si no está claro: ¿Qué efecto ha tenido la ansiedad, la preocupación o (los síntomas físicos) en su vida? (a causa de esto ¿se le ha hecho difícil hacer su trabajo o estar con sus amigos?).</p> <p>E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p>	<p style="text-align: center;">? - +</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p style="text-align: center;">F69 p. 61 Trastorno de ansiedad no específica</p> </div>	F68.4

<p>F68.5</p>	<p>Justo antes de que comenzara esta ansiedad ¿estaba tomando alguna droga o algún medicamento? SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE ¿hubo algún cambio en la cantidad que estaba tomando?</p> <p>Antes de que esto comenzara ¿bebía o consumía drogas?</p> <p>Justo antes de que comenzara esta ansiedad ¿se encontraba físicamente enfermo?º</p> <p>Las enfermedades médicas etiológicas incluyen: hiper e hipotiroidismo, hipoglucemia, hiperparatiroidismo, feocromocitoma, insuficiencia cardíaca congestiva, arritmias, embolismo pulmonar, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, neumonía, hiperventilación, déficit de vitamina B12, porfirias, neoplasias del sistema nervioso central, trastornos vestibulares y encefalitis,</p> <p>Las sustancias etiológicas incluyen: intoxicación por estimulantes del sistema nervioso central (ej. cocaína, anfetaminas, cafeína) o cannabis, alucinógenos, fenciclidina, o alcohol, o abstinencia de depresores del sistema nervioso central (ej. alcohol, sedantes, hipnóticos).</p> <p><i>Atención: Una respuesta "sí" a la pregunta equivale a una puntuación "-"</i></p> <p>F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (ej. drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (ej. hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.</p>	<p style="text-align: center;">? - +</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p style="text-align: center;">F84 P. 64</p> </div>	<p>F68.5</p>
<p>F68.6</p>	<p>LOS CRITERIOS DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA A, B, C, D, E Y F SON "+".</p>	<p style="text-align: center;">? - +</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>F69 debajo Trastorno de ansiedad no especificado</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>Trastorno de ansiedad generalizada</p> </div> </div>	<p>F68.6</p>

TRASTORNO DE ANSIEDAD NO ESPECIFICADO

F69	Ansiedad o evitación fóbica clínicamente significativas que no cumplen los criterios de trastorno de ansiedad, Trastorno adaptativo con ansiedad, Trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo específicos.	<p style="text-align: center;">? - +</p> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; margin: 0 auto; padding: 5px; text-align: center;"> F72 P. 62 </div>	F69
F70	<p>Justo antes de que esto empezara, ¿se encontraba físicamente enfermo?</p> <p>Justo antes de que esto empezara ¿estaba tomando algún medicamento?</p> <p>Si contesta afirmativamente ¿hubo algún cambio en la cantidad que estaba tomando?</p> <p>Antes de que esto comenzara ¿bebía o consumía drogas?</p> <p>No debido a una sustancia o a una enfermedad médica</p> <p>Las enfermedades médicas etiológicas incluyen: hiper e hipotiroidismo, hipoglucemia, hiperparatiroidismo, feocromocitoma, insuficiencia cardíaca congestiva, arritmias, embolismo pulmonar, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, neumonía, hiperventilación, déficit de vitamina B12, porfirias, neoplasias del sistema nervioso central, trastornos vestibulares y encefalitis,</p> <p>Las sustancias etiológicas incluyen: intoxicación por estimulantes del sistema nervioso central (ej. cocaína, anfetaminas, cafeína) o cannabis, alucinógenos, fenciclidina, o alcohol, o abstinencia de depresores del sistema nervioso central (ej. alcohol, sedantes, hipnóticos).</p> <p><i>ATENCIÓN: Una respuesta de «SÍ» a la pregunta de la entrevista equivale a una puntuación de «-»</i></p>	<p style="text-align: center;">? - +</p> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; margin: 0 auto; padding: 5px; text-align: center;"> F84 P. 64 </div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; margin: 10px auto; padding: 5px; text-align: center;"> 300.0 Trastorno de ansiedad no especificado </div>	F70
F71	<p>En caso desconocido: ¿ha experimentado (síntomas de ansiedad) durante el último mes?</p> <p>Marcar aquí ___ si presente en el último mes.</p>	<p style="text-align: center;">? - +</p>	F71
F72	<p>En general en su vida ¿cómo ha sido su salud física?</p> <p>¿Cuántas veces ha tenido que ir al médico porque no se encontraba bien? (¿por qué?).</p> <p>Si ha ido a menudo: ¿el médico siempre era capaz de explicar lo que le pasaba? (hábleme de ello) ¿hubo ocasiones en que el médico decía que no ocurría nada, pero Ud. Seguía convencido de que algo no iba bien?</p> <p>Si han existido síntomas somáticos considerar:</p> <p>300.81 Trastorno de somatización</p> <p>(como mínimo ocho síntomas físicos no explicados que ocurren durante un periodo de varios años, empezando antes de los 30 años)</p> <p>O BIEN</p> <p>300.82 Trastorno somatomorfo indiferenciado</p> <p>(síntomas físicos no explicados que no cumplen los criterios de un trastorno de somatización)</p>	<p style="text-align: center;">? - +</p>	F72
F73	<p>¿Se preocupa mucho por su salud física? ¿su médico cree que se preocupa demasiado?</p> <p>300.7 Hipocondría</p> <p>(preocupación por padecer una enfermedad grave que persiste a pesar de las exploraciones y explicaciones médicas apropiadas)</p>	<p style="text-align: center;">? - +</p>	F73

F74	Algunas personas se preocupan por su aspecto físico. ¿Esto es un problema para Ud? 300.7 Trastorno dismórfico corporal (preocupación por un defecto imaginado del aspecto físico)	?-+	F74
------------	---	------------	------------

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

F75	¿Hubo alguna época en que pesara mucho menos de lo que otras personas creían adecuado? 307.1 Anorexia nerviosa (Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal, acompañado de un miedo intenso a ganar peso).	?-+	F75
F76	¿Ha tenido épocas en que comiera descontroladamente? 307.51 Bulimia nerviosa (Episodios recurrentes de atracones con una conducta compensatoria inapropiada).	?-+	F76
	LISTA DE ACONTECIMIENTOS ESTRESANTES Breve descripción _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	Fecha (mes/año) ____/____ ____/____ ____/____ ____/____ ____/____ ____/____ ____/____	Edad _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

TRASTORNOS ADAPTATIVOS

F77	¿Sufrió cambios en su humor, en su conducta...que pueda relacionar con algún acontecimiento de la lista anterior? Si contesta afirmativamente: ¿Cree que el (estresante) tuvo algo que ver con sus (síntomas)? A. La aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable tiene lugar dentro de los 3 meses siguientes a la presencia del estresante.	?-+ FIN DE LA SCID	F77
F78	(¿Qué efectos han tenido los (síntomas) en Ud. Y en su capacidad para hacer cosas? ¿Hasta qué punto estaba Ud. Alterado? ¿Le causaron problemas en su trabajo o en su relación con sus amigos? B. Estos síntomas o comportamientos se expresan clínicamente del siguiente modo: (1) malestar mayor del esperable en respuesta al estresante. (2) Deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica)	?-+ FIN DE LA SCID	F78

F79	<p>¿Había tenido este tipo de reacción muchas veces anteriormente? ¿tenía (síntomas) incluso antes del (estresante)?</p> <p>C. La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico del Eje I y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente del Eje I o el Eje II.</p>	<p>?-+</p> <p>FIN DE LA SCID</p>	F79
F80	<p>En caso desconocido: ¿Falleció alguien cercano a Ud. Justo antes de (inicio de la alteración actual)?</p> <p>D. Los síntomas no responden a una reacción de duelo.</p> <p><i>ATENCIÓN: Una respuesta de «SÍ» a la pregunta de la entrevista equivale a una puntuación de «-»</i></p>	<p>?-+</p> <p>FIN DE LA SCID</p>	F80
F81	<p>¿Cuánto tiempo hace desde (estresante y complicaciones derivadas del estresante)?</p> <p>E. Una vez ha cesado el estresante (o sus consecuencias), los síntomas no persisten más de 6 meses.</p>	<p>?-+</p> <p>Realice un diagnóstico No especificado, es decir dirijase a D17 p. 39 (si existen síntomas depresivos) o a F69 p.61 (si existen síntomas de ansiedad)</p>	F81
F82	<p>Hacer el diagnóstico de Trastorno adaptativo en base a los síntomas predominantes:</p> <p>Marcar uno:</p> <p><input type="checkbox"/> 309.0 Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo</p> <p><input type="checkbox"/> 309.24 Trastorno adaptativo con ansiedad</p> <p><input type="checkbox"/> 309.28 Trastorno adaptativo mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo</p> <p><input type="checkbox"/> 309.3 Trastorno adaptativo con trastorno del comportamiento</p> <p><input type="checkbox"/> 309.4 Trastorno adaptativo con alteración mixta de las emociones y el comportamiento</p> <p><input type="checkbox"/> 309.9 Trastorno adaptativo no especificado</p>	<p>Trastorno psicótico inducido por sustancias</p>	F82

TRASTORNO DE ANSIEDAD DEBIDO A ENFERMEDAD MÉDICA

Considerar el papel etiológico de una enfermedad médica o consumo de sustancias.

Si las crisis de angustia, obsesiones, compulsiones y otros síntomas de ansiedad NO están temporalmente asociados con una enfermedad médica, diríjase a:

F87
P. 65

F83	Codificar según la información ya obtenida. A. La ansiedad prominente, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico.	?-+	F83
F84	¿Cree Ud. Que sus (crisis de angustia/obsesiones/compulsiones/síntomas de ansiedad) estaban de alguna manera relacionados con su (enfermedad médica comórbida)? Si contesta afirmativamente: Cuénteme de qué manera. (¿Las (crisis de angustia/obsesiones/compulsiones/síntomas de ansiedad) empezaron o empeoraron sólo después del inicio de la (enfermedad médica comórbida)?). Si contesta afirmativamente y la enfermedad se superó: ¿Las (crisis de angustia/obsesiones/compulsiones/síntomas de ansiedad) mejoraron al mismo tiempo que la (enfermedad médica comórbida)? B/C. Las alteraciones son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica, y las alteraciones no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (ej. Trastorno adaptativo con ansiedad en el que el agente estresante es una enfermedad médica grave).	?-+ F87 P. 65	F84
F85	Si no está claro: ¿Hasta qué punto las (crisis de angustia/obsesiones/compulsiones/síntomas de ansiedad) interfirieron en su vida? D. Las alteraciones provocan un malestar o deterioro clínicamente significativos	?-+	F85
F86	En caso desconocido: ¿Ha experimentado (síntomas de ansiedad) durante el último mes? LOS CRITERIOS A, B/C, Y E SON «+» Especificar la enfermedad médica etiológica: Indicar el tipo de síntomas de ansiedad: ___ Con ansiedad generalizada ___ Con crisis de angustia ___ Con síntomas obsesivo-compulsivos Marcar aquí ___ si se han cumplido los criterios en el último mes.	-+ 293.84 Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica	F86

Si las crisis de angustia, obsesiones, compulsiones u otros síntomas de ansiedad NO están temporalmente asociados al consumo de sustancias, regrese al trastorno que estaba evaluando:

F18, para Trastorno de angustia p. 50
F37, para Trastorno obsesivo-compulsivo p. 53
F 66.5 para Trastorno fobia social p. 58

TRASTORNO DE ANSIEDAD INDUCIDO POR SUSTANCIAS

F87	Codificar según la información ya obtenida. A. La ansiedad de carácter prominente, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico.	?-+	F87
F88	En caso desconocido: ¿Cuándo empezaron las (crisis de angustia/obsesiones/compulsiones/síntomas de ansiedad)? ¿Ya estaba consumiendo la sustancia) o había finalizado o reducido su consumo? B. Los síntomas del Criterio A aparecen durante o en el mes siguiente a una intoxicación o abstinencia de la sustancia, o (2) el empleo de un medicamento está etiológicamente relacionado con la alteración	<p style="text-align: center;">?-+</p> <p style="text-align: center;"> </p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Regrese al trastorno que estaba evaluando:</p> <p>F18, para Trastorno de angustia p. 50</p> <p>F37, para Trastorno obsesivo-compulsivo p. 53</p> <p>F 66.5 para Trastorno fobia social p. 58</p> <p>F68.5 Trastorno ansiedad generalizada p. 61</p> </div>	F88

<p>F89</p>	<p>¿Cree que sus (crisis de angustia/obsesiones/compulsiones/síntomas de ansiedad) están de alguna manera relacionados con su (consumo de sustancias).</p> <p>Si contesta afirmativamente: Explíqueme de qué manera.</p> <p>Realice cualquiera de las siguientes preguntas necesarias para descartar una etiología no debida a una sustancia</p> <p>En caso desconocido: ¿Qué apareció primero, el (consumo de sustancias) o las (crisis de angustia/obsesiones/compulsiones/síntomas de ansiedad)?</p> <p>En caso desconocido: ¿Ha habido algún periodo en que dejara de consumir la (sustancia)?</p> <p>Si contesta afirmativamente: Después de que dejara de consumir la (sustancia), las (crisis de angustia/obsesiones/compulsiones/síntomas de ansiedad) mejoraron?</p> <p>En caso desconocido: ¿Cuánta (sustancia) consumía cuando empezó a tener (crisis de angustia/obsesiones/compulsiones/síntomas de ansiedad)?</p> <p>En caso desconocido: ¿Ha tenido otros episodios de (crisis de angustia/obsesiones/compulsiones/síntomas de ansiedad)?</p> <p>Si contesta afirmativamente: ¿Cuántos? ¿Estaba consumiendo la (sustancia) en esas ocasiones?</p> <p>C. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias. Entre las pruebas que demuestran que los síntomas pueden atribuirse más correctamente a un Trastorno de ansiedad no inducido por sustancias se incluyen las siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) La aparición de los síntomas precede al consumo de la sustancia (o medicamento). 2) Los síntomas persisten durante un tiempo considerable (ej. alrededor de 1 mes) después del final del periodo agudo de intoxicación o de abstinencia. 3) Los síntomas son claramente excesivos en comparación con los que cabría esperar teniendo en cuenta el tipo o la cantidad de sustancia consumida o la duración del consumo. 4) Existen otras pruebas que sugieren la existencia de un Trastorno de ansiedad independiente no inducido por sustancias ej. una historia de episodios de carácter recidivante no relacionados con sustancias). 	<p style="text-align: center;">? - +</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p>Regrese al trastorno que estaba evaluando:</p> <p>F18, para Trastorno de angustia p. 50</p> <p>F37, para Trastorno obsesivo-compulsivo p. 53</p> <p>F 66.5 para Trastorno fobia social p. 58</p> <p>F68.5 Trastorno ansiedad generalizada p. 61</p> </div>	<p>F89</p>
<p>F90</p>	<p>En caso desconocido: ¿Hasta qué punto las (crisis de angustia/obsesiones/compulsiones/síntomas de ansiedad) interfirieron en su vida?</p> <p>E. Los síntomas causan malestar o deterioro clínicamente significativos.</p>	<p style="text-align: center;">? - +</p>	<p>F90</p>

<p>F91</p>	<p>En caso desconocido: ¿Ha experimentado (síntomas de ansiedad) durante el último mes?</p> <p>LOS CRITERIOS A, B, C, D Y E SON «+»</p> <p>Codificar 291.8 para Alcohol, 292.89 para todas las demás sustancias</p> <p>Especificar la sustancia: _____</p> <p>Indicar el tipo de síntomas de ansiedad:</p> <p>___ Con ansiedad generalizada</p> <p>___ Con crisis de angustia</p> <p>___ Con síntomas obsesivo-compulsivos</p> <p>Marcar aquí ___ si se han cumplido los criterios en el último mes.</p>	<p style="text-align: center;">?-+</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p>293.84 Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica</p> </div>	<p>F91</p>
-------------------	---	--	-------------------

Regrese al trastorno que estaba evaluando:

- F18, para Trastorno de angustia p. 50
- F37, para Trastorno obsesivo-compulsivo p. 53
- F 66.5 para Trastorno fobia social p. 58
- F68.5 Trastorno ansiedad generalizada p. 61

**4. CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN IPDE
MÓDULO DSM-IV**

(instrucciones modificadas para que sea administrada por un evaluador)

1. El propósito de este cuestionario es conocer qué tipo de persona ha sido usted en los últimos 5 años.
2. Frente a cada frase que yo le diga, por favor dígame la respuesta que le parezca más correcta. Puede decirme VERDADERO o FALSO. No hay respuestas buenas o malas.

1. Normalmente me divierto y disfruto de la vida	V	F
2. Confío en la gente que conozco	V	F
3. No soy minucioso con los detalles pequeños	V	F
4. No puedo decidir qué tipo de persona quiero ser	V	F
5. Muestro mis sentimientos a todo el mundo	V	F
6. De lo que los demás tomen decisiones importantes por mí	V	F
7. Me preocupo si oigo malas noticias sobre alguien que conozco	V	F
8. Ceder a algunos de mis impulsos me causa problemas	V	F
9. Mucha gente que conozco me envidia	V	F
10. Doy mi opinión general sobre las cosas y no me preocupo por los detalles	V	F
11. Nunca me han detenido	V	F
12. La gente cree que soy frío y distante	V	F
13. Me meto en relaciones muy intensas pero poco duraderas	V	F
14. La mayoría de la gente es justa y honesta conmigo	V	F
15. La gente tiene una gran opinión sobre mí	V	F
16. Me siento molesto o fuera de lugar en situaciones sociales	V	F
17. Me siento fácilmente influido por lo que me rodea	V	F
18. Normalmente me siento mal cuando hago daño o molesto a alguien	V	F
19. Me resulta muy difícil tirar las cosas	V	F

20. A veces he rechazado un trabajo, incluso aunque estuviera esperándolo	V	F
21. Cuando me alaban o critican manifiesto mi reacción a los demás	V	F
22. Uso a la gente para lograr lo que quiero	V	F
23. Paso demasiado tiempo tratando de hacer las cosas perfectamente	V	F
24. A menudo, la gente se ríe de mí, a mis espaldas	V	F
25. Nunca he amenazado con suicidarme, ni me he autolesionado a propósito	V	F
26. Mis sentimientos son como el tiempo, siempre están cambiando	V	F
27. Para evitar críticas prefiero trabajar solo	V	F
28. Me gusta vestirme para destacar entre la gente	V	F
29. Mentiría o haría trampas para lograr mis propósitos	V	F
30. Soy más supersticioso que la mayoría de la gente	V	F
31. Tengo poco o ningún deseo de mantener relaciones sexuales	V	F
32. La gente cree que soy demasiado estricto con las reglas y normas	V	F
33. Generalmente me siento incómodo o desvalido si estoy solo	V	F
34. No me gusta relacionarme con gente hasta que no estoy seguro de que les gusto	V	F
35. No me gusta ser el centro de atención	V	F
36. Creo que mi cónyuge [amante) me puede ser infiel	V	F
37. La gente piensa que tengo muy alto concepto de mí mismo	V	F
38. Cuido mucho lo que les digo a los demás sobre mí	V	F
39. Me preocupa mucho no gustar a la gente	V	F
40. A menudo me siento vacío por dentro	V	F
41. Trabajo tanto que no tengo tiempo para nada más	V	F
42. Me da miedo que me dejen solo y tener que cuidar de mí mismo	V	F

43. Tengo ataques de ira o enfado	V	F
44. Tengo fama de que me gusta "flirtear"	V	F
45. Me siento muy unido a gente que acabo de conocer	V	F
46. Prefiero las actividades que pueda hacer por mí mismo	V	F
47. Pierdo los estribos y me meto en peleas	V	F
48. La gente piensa que soy tacaño con mi dinero	V	F
49. Con frecuencia busco consejos o recomendaciones sobre decisiones de la vida cotidiana	V	F
50. Para caer bien a la gente me ofrezco a realizar tareas desagradables	V	F
51. Tengo miedo de ponerme en ridículo ante gente conocida	V	F
52. A menudo confundo objetos o sombras con gente	V	F
53. Soy muy emocional y caprichoso	V	F
54. Me resulta difícil acostumbrarme a hacer cosas nuevas	V	F
55. Sueño con ser famoso	V	F
56. Me arriesgo y hago cosas temerarias	V	F
57. Todo el mundo necesita uno o dos amigos para ser feliz	V	F
58. Descubro amenazas ocultas en lo que me dicen algunas personas	V	F
59. Normalmente trato de que la gente haga las cosas a mi manera	V	F
60. Cuando estoy estresado las cosas que me rodean no me parecen reales	V	F
61. Me enfado cuando la gente no quiere hacer lo que le pido	V	F
62. Cuando finaliza una relación, tengo que empezar otra rápidamente	V	F
63. Evito las actividades que no me resulten familiares para no sentirme molesto tratando de hacerlas	V	F
64. A la gente le resulta difícil saber claramente qué estoy diciendo	V	F
65. Prefiero asociarme con gente de talento	V	F
66. He sido víctima de ataques injustos sobre mi carácter o mi reputación	V	F

67. No suelo mostrar emoción	V	F
68. Hago cosas para que la gente me admire	V	F
69. Suelo ser capaz de iniciar mis propios proyectos	V	F
70. La gente piensa que soy extraño o excéntrico	V	F
71. Me siento cómodo en situaciones sociales	V	F
72. Mantengo rencores contra la gente durante años	V	F
73. Me resulta difícil no estar de acuerdo con las personas de las que dependo	V	F
74. Me resulta difícil no meterme en líos	V	F
75. Llego al extremo para evitar que la gente me deje	V	F
76. Cuando conozco a alguien no hablo mucho	V	F
77. Tengo amigos íntimos	V	F

NOTAS

NOTAS

NOTAS

NOTAS

NOTAS

NOTAS

NOTAS
