

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.



**Universitat Autònoma
de Barcelona**

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BARCELONA

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y MEDICINA LEGAL

PROGRAMA DE DOCTORADO EN PSIQUIATRÍA

TESIS DOCTORAL

**ADAPTACIÓN AL MEDIO PENITENCIARIO DE HOMBRES CON PSICOSIS.
VALIDACIÓN DE LA ESCALA “PRISON ADJUSTMENT INDEX” EN
POBLACIÓN MASCULINA CON PSICOSIS.**

Doctorando : Gustavo Adolfo Cañete Mena.

Directores de tesis : Dr. Joan de Pablo Rabassó

Dr. Enric Vicens Pons.

Tutor : Dr. Joan de Pablo Rabassó.

Barcelona

2024

RESUMEN

Introducción: se ha observado un alta la prevalencia de trastornos mentales entre los internos de prisiones, con un incremento progresivo y actualmente con alrededor de la mitad de personas con trastornos de salud mental. Esta situación repercute directamente en el orden y la seguridad penitenciarios. Estos trastornos también afectan la adaptación de los internos a la vida en prisión, por lo que resultaría de gran interés disponer de herramientas específicas para evaluar esta adaptación.

Objetivos: Realizar una adaptación transcultural y validación de la escala *Prison Adjustment Index* (PAI) al medio penitenciario español. Evaluar la adaptación de la población masculina española al entorno penitenciario y analizar la influencia de la psicosis en dicha adaptación.

Metodología: La tesis comprende dos estudios principales. El primero involucra la validación de la escala PAI, diseñada para evaluar la adaptación en prisión de pacientes con psicosis. Esta escala, originalmente en inglés, fue traducida, adaptada transculturalmente y validada por un comité de expertos. El segundo estudio es de tipo observacional descriptivo correlacional y se desarrolla con dos grupos: controles y casos. En él, se aplicaron varias escalas para medir síntomas psicóticos según el DSM-5, riesgo e intencionalidad suicida, ansiedad y depresión. Se realizaron pruebas de correlación con los resultados de estas evaluaciones y la escala PAI validada.

Resultados: La escala IAP, adaptada para evaluar la adaptación penitenciaria, demostró alta fiabilidad y relevancia cultural. Con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.724 y una correlación test-retest de 0.990, la escala validada mostró consistencia y estabilidad. Se encontró una correlación significativa entre una mayor severidad de síntomas psicóticos y una mejor adaptación. Con comparaciones entre casos y controles que revelaron situaciones más favorables para los casos (mejor adaptación, menores puntuaciones en depresión, intencionalidad suicida, etc.).

Conclusiones: Los resultados del estudio muestran la validez de la escala IAP en el contexto penitenciario español, mostrando su alta fiabilidad y aplicabilidad tanto en investigación como en intervenciones penitenciarias. El estudio destaca igualmente que una mayor severidad de los síntomas psicóticos está relacionada con la adaptación, ya que en relación a los internos, los casos evidenciaron ciertas situaciones más favorables que los controles y una mejor adaptación, lo que resalta la necesidad de estrategias específicas para este grupo de población penitenciaria.

Palabras clave

Prisiones, internos, psicosis, adaptación

ABSTRACT

Introduction: Recently, a significant increase in the prevalence of mental disorders has been observed among prison inmates, with more than half presenting recent histories of mental health problems or psychiatric symptoms. This situation has a direct impact on prison order and security. These disorders also affect inmates' adaptation to prison life, underscoring the need for specific tools to assess this adaptation.

Objectives: To carry out a cross-cultural adaptation and validation of the Prison Adjustment Index (PAI) scale to the Spanish prison environment. To evaluate the adaptation of the male population to the prison environment and to analyze the influence of psychosis on this adjustment.

Methodology: The thesis comprises two main studies. The first involves the validation of the PAI scale, designed to assess the adjustment in prison of patients with psychosis. This scale, originally in English, was translated, cross-culturally adapted and validated by a committee of experts. The second study is an observational descriptive correlational study developed with two groups: controls and cases. In it, several tests and scales were applied to measure psychotic symptoms according to the DSM-5, suicidal risk and intentionality, anxiety and depression. Correlation tests were performed with the results of these assessments and the validated PAI scale.

Results: The IAP, adapted to assess prison adjustment in Spain, demonstrated high reliability and cultural relevance. With a Cronbach's alpha coefficient of 0.724 and a test-retest correlation of 0.990, the validated scale showed consistency and stability. A significant correlation was found between greater severity of psychotic symptoms and better adjustment. Comparisons between cases and controls revealed more favorable situations for cases (better adjustment, lower depression scores, suicidality, etc.).

Conclusions: The results of the study show the validity of the IAP scale in the prison context of , showing its high reliability and applicability in both research

and prison interventions. The study also highlights that a greater severity of psychotic symptoms is related to adjustment, since in relation to Spanish inmates, the cases showed certain more favorable situations than the controls and better adjustment, which highlights the need for specific strategies for this group of the prison population.

Keywords.

Prisons, inmates, psychosis, adjustment.

RESUM

Introducció: Recentment, s'ha observat un increment significatiu en la prevalença de trastorns mentals entre els interns de presons, amb més de la meitat presentant historials recents de problemes de salut mental o símptomes psiquiàtrics. Aquesta situació repercuteix directament en l'ordre i la seguretat penitenciaris. Aquests trastorns també afecten l'adaptació dels interns a la vida a la presó, la qual cosa subratlla la necessitat d'eines específiques per a avaluar aquesta adaptació.

Objectius: Realitzar una adaptació transcultural i validació de l'escala *Prison Adjustment Index* (PAI) al mitjà penitenciar d'Espanya. Avaluar l'adaptació de la població masculina a l'entorn penitenciar i analitzar la influència de la psicosis en aquesta adaptació.

Metodologia: La tesi comprèn dos estudis principals. El primer involucra la validació de l'escala PAI, dissenyada per a avaluar l'adaptació a la presó de pacients amb psicosis. Aquesta escala, originalment en anglès, va ser traduïda, adaptada transculturalment i validada per un comitè d'experts. El segon estudi és de tipus observacional descriptiu correlacional i es desenvolupa amb dos grups: controls i casos. En ell, es van aplicar diverses proves i escales per a mesurar símptomes psicòtics segons el DSM-5, risc i intencionalitat suïcida, ansietat i depressió. Es van realitzar proves de correlació amb els resultats d'aquestes avaluacions i l'escala PAI validada.

Resultats: L'escala IAP, adaptada per a avaluar l'adaptació penitenciària, va demostrar alta fiabilitat i rellevància cultural. Amb un coeficient alfa de Cronbach de 0.724 i una correlació test-retest de 0.990, l'escala validada va mostrar consistència i estabilitat. Es va trobar una correlació significativa entre una major severitat de símptomes psicòtics i una millor adaptació. Amb comparacions entre casos i controls que van revelar situacions més favorables per als casos (millor adaptació, menors puntuacions en depressió, intencionalitat suïcida, etc.).

Conclusions: Els resultats de l'estudi mostren la validesa de l'escala IAP en el context penitenciari espanyol, mostrant la seva alta fiabilitat i aplicabilitat tant en recerca com en intervencions penitenciàries. L'estudi mostra igualment que una severitat més gran dels símptomes psicòtics està relacionada amb l'adaptació, ja que en relació amb els interns catalans, els casos van evidenciar certes situacions més favorables que els controls i una millor adaptació, cosa que ressalta la necessitat d'estratègies específiques per a aquest grup de població penitenciària.

Paraules clau

Presons, interns, psicosis, adaptació

AGRADECIMIENTOS

A todas las personas e instituciones que colaboraron en la realización de esta tesis.

ÍNDICE

ABREVIATURAS	17
I. INTRODUCCIÓN	19
II. ESTRUCTURA DE LA TESIS	23
CAPÍTULO 1: MARCO TEÓRICO	25
1.1. Definición de los trastornos mentales	25
1.2. Trastornos mentales en la población penitenciaria	28
1.3. Factores que inciden en la prevalencia de los trastornos mentales en la población interna	32
1.4. Problemas de conducta derivados de los trastornos mentales ...	35
1.5. Adaptación de los internos con trastornos mentales	38
1.6. Salud mental en los entornos penitenciarios de Europa	44
1.7. Prevalencia de los trastornos mentales en los sistemas penitenciarios europeos	46
1.7.1. Situación en España	54
1.7.2. Contexto catalán	59
CAPÍTULO 2: MARCO METODOLÓGICO	68
2.1. Estudio A, validación de la escala	68
2.1.1. Definición del estudio	68
2.1.2. Objetivos e hipótesis	68
2.1.2.1. Objetivo general	68

2.1.2.2. Objetivos secundarios	69
2.1.2.3. Hipótesis.....	69
2.1.3. Procedimiento.....	69
2.1.3.1. Fase 1: Traducción y adaptación de la escala Prison Adjustment Index (PAI).....	70
2.1.3.2. Fase 2: Validación de la escala	73
a) <i>Tamaño muestral y criterios de elegibilidad</i>	74
b) <i>Procedimiento</i>	75
c) <i>Aspectos éticos</i>	76
d) <i>Análisis de datos</i>	78
2.2. Estudio B, estudio de correlación de variables.....	78
2.2.1. Definición del estudio.....	78
2.2.2. Objetivos e hipótesis.....	79
2.2.2.1. Objetivo general	79
2.2.2.2. Objetivos secundarios	79
2.2.2.3. Hipótesis.....	79
2.2.3. Población.....	80
2.2.3.1. Tamaño muestral y criterios de elegibilidad.....	80
2.2.4. Variables.....	81
2.2.4.1. Variables independientes	81
2.2.4.2. Variable dependiente.....	82

2.2.4.3. Variables descriptivas sociométricas	82
2.2.5. Instrumentos	83
2.2.5.1. Check list basado en los criterios del DSM -5 (trastornos psicóticos y trastornos no psicóticos)	83
2.2.5.2. Escala de los síndromes positivo y negativo de la esquizofrenia (PANSS).....	84
2.2.5.3. Entrevista neuropsiquiátrica internacional (mini)/riesgo de suicidio.	84
2.2.5.4. Escala de intencionalidad suicida de Beck (SIS).....	85
2.2.5.5. Escala de ansiedad de Hamilton	86
2.2.5.6. Escala de depresión de Hamilton	86
2.2.5.7. Prison Adjustment Index (PAI).....	87
2.2.6. Procedimiento	87
2.2.6.1. Conformación y formación de profesionales y colaboradores ...	87
2.2.6.2. Recogida de variables	88
2.2.7. Aspectos éticos	90
2.2.8. Análisis estadístico	90
2.2.8.1. Estudio descriptivo	90
2.2.8.2. Análisis de correlaciones.....	91
CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	92
3.1. Resultados	92

3.1.1. Resultados descriptivos	92
3.1.2. Resultados validación escala PAI	98
3.1.3. Resultados casos y controles	105
3.1.4. Resultados comparativos entre los adaptados y no adaptados	115
3.1.5. Resultados correlaciones	120
3.2. Discusión	123
CAPÍTULO 4: CONCLUSIONES	129
4.1. Conclusiones de los estudios	129
4.1.1. Conclusiones del estudio 1: Adaptación Transcultural y Validación del IAP	129
4.1.2. Conclusiones del Estudio 2: Adaptación de la Población Masculina y la Influencia de la Psicosis	130
4.2. Limitaciones	131
4.3. Futuras líneas de investigación	133
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	137
ANEXOS	173
Anexo 1. Hoja informativa para participar en el estudio	173
Anexo 2. Check list basado en el DMS -5	179
Anexo 3. Plantilla para la validación de la traducción y retrotraducción de la escala PAI	183

Anexo 4. Plantilla validación nuevos ítems de la escala IAP (grupo de expertos).....	184
Anexo 5. Versión definitiva de la escala IAP	185
Anexo 6. Cuaderno de recogida de datos.....	186

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Personal sanitario en prisiones de Europa en ETC	49
Tabla 2. Evolución de los internos durante los últimos 10 años.....	63
Tabla 3. Distribución de los internos en Cataluña por rango etario.....	64
Tabla 4. Distribución de los internos en Cataluña por nacionalidad.....	64
Tabla 5. Puntuación de las fuentes de argumentación para obtener el "coeficiente de argumentación" (Ka)	72
Tabla 6. Tiempo estimado para la recogida de información.....	89
Tabla 7. Resultados por país de nacimiento y nacionalidad	92
Tabla 8. Ubicación actual dentro del centro de privación de libertad	94
Tabla 9. Resultados escala de depresión Hamilton (puntuación total)	94
Tabla 10. Resultados escala de ansiedad de Hamilton (puntuación total).....	95
Tabla 11. Resultados escala de intencionalidad suicida de Beck	95
Tabla 12. Resultados escala MINI	96
Tabla 13. Medias de todas las escalas PANSS	97
Tabla 14. Resultados ítems 1 y 2 de la escala IAP (primera y segunda aplicación)	97
Tabla 15. Resultados ítems 3 y total de la escala IAP (primera y segunda aplicación)	98
Tabla 16. Resultados correlación de Spearman entre ítems escala IAP	98
Tabla 17. Resultados correlación de Pearson (fiabilidad test – retest)	99

Tabla 18. Resultados correlación intraclase ítems escala IAP	100
Tabla 19. Total Escala IAP (adaptados, no adaptados).....	100
Tabla 20. Resultados rangos escala IAP (1º medición)	101
Tabla 21. Resultados prueba U de Mann-Whitney escala IAP (adaptados, no adaptados)	101
Tabla 22. Resultados correlación biserial puntual (adaptación IAP).....	102
Tabla 23. Resultados área bajo la curva IAP	103
Tabla 24. Coordenadas de la Curva ROC escala IAP	104
Tabla 25. Resultados edad descriptivos casos y controles.....	105
Tabla 26. Resultados por años de escolarización entre los grupos (casos y controles).....	106
Tabla 27. Resultados de la adaptación por grupos (casos y controles)	107
Tabla 28. Resultados escala de ansiedad de Hamilton (casos y controles) ..	107
Tabla 29. Resultados de la prueba U de Mann – Whitney de la escala de ansiedad de Hamilton (casos y controles).....	108
Tabla 30. Resultados escala de intencionalidad suicida de Beck y escala MINI (casos y controles)	109
Tabla 31. Resultados de la prueba U de Mann – Whitney de la escala de intencionalidad suicida y escala MINI (casos y controles).....	110
Tabla 32. Resultados escalas PANSS (casos y controles).....	110
Tabla 33. Resultados de la prueba U de Mann – Whitney de las escalas PANSS e IAP en las dos aplicaciones (casos y controles)	112

Tabla 34. Resultados escala IAP (casos y controles)	112
Tabla 35. Diferencias IAP (casos y controles)	113
Tabla 36. Resultados Holm- Bonferroni para los grupos de casos y controles	114
Tabla 37. Resultados escala Ansiedad psíquica, ansiedad total y depresión de Hamilton e intencionalidad suicida de Beck (adaptados y no adaptados)	116
Tabla 38. Resultados escala MINI, PANSS- N, PANSS compuesto, y Total PANSS-PG (adaptados y no adaptados)	117
Tabla 39. Resultados Holm – Bonferroni (Adaptados y no adaptados)	118
Tabla 40. Resultados correlación de Spearman entre escalas	120

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Acceso a terapia de salud mental en las prisiones de Europa	50
Figura 2. Organigrama del Programa de Salud Penitenciaria	62
Figura 3. Delito principal que ha generado la condena de privación de libertad	93
Figura 4. Curva ROC IAP	103

ABREVIATURAS

CIDI	: Composite International Diagnostic Interview
CPT	: Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes
DGAP	: Direcció General d'Afers Penitenciaris
DGIP	: Dirección General de Instituciones Penitenciarias
DGPNSD	: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas
DSM	: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales
ECV	: Enfermedades cardiovasculares
EM	: Estados Miembros
ESDIP	: Encuesta sobre salud y consumo de drogas en población interna en instituciones penitenciarias
HPP	: Hospitales psiquiátricos penitenciarios
IAP	: Escala Índice de adaptación penitenciaria.
INDESCAT	: Instituto de estadística de Cataluña
IP	: índice de Pertinencia
IR	: índice de Relevancia
IVC	: Índice de Validez de Contenido
MS	: Ministerio de Sanidad
OEDA	: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones

OMS	: Organización Mundial de la Salud
PAEIM	: Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios
PAI	: Prison Adjustment Index
PANSS	: Positive and Negative Syndrome Scale
PEP	: Profilaxis post-exposición.
PRECA	: Grupo de Prevalencia en Cárceles
PrEP	: Profilaxis de pre- exposición
SCID-P	: Structured Clinical Interview for DSM-5 - APA
SGIIPP	: Subdirección General de Sanidad Penitenciaria de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias del Ministerio del Interior
SIS	: Beck Suicide Intent Scale
TCS	: Trastornos por consumo de sustancias
UNODC	: Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito
VIH	: Virus de la inmunodeficiencia humana

I. INTRODUCCIÓN

Diversos expertos han identificado un crecimiento notable de personas con trastornos mentales en las poblaciones privadas de libertad (1–3). Así mismo, estimaciones recientes sugieren que más de la mitad de la población en prisiones tiene un historial de problemas de salud mental o presenta síntomas de trastornos mentales (4). La alta prevalencia de trastornos mentales en el entorno penitenciario tiene implicaciones directas para el orden y la seguridad en las prisiones, aunque la investigación sobre la naturaleza y el alcance de esta relación es limitada. Como consecuencia, los estudios existentes no son exhaustivos, ya que no tiene en consideración una serie de factores que inciden directamente en la salud mental de las personas, como es el caso de su estatus socioeconómico y el tratamiento de salud mental previa (5). Así mismo, los problemas de salud mental pueden derivar en la adaptación que presentan los internos ante este nuevo entorno.

Algunos expertos se han centrado en analizar la relación entre los problemas de salud mental, y la conducta desadaptada o adaptación al sistema penitenciario, proporcionando evidencia de que los problemas de salud mental son predictores consistentes y sólidos de una conducta en prisión (6–8). Los internos con problemas de salud mental tienen infracciones disciplinarias sustancialmente más elevadas que el resto de la población interna. De esta forma, podemos encontrar distintos estudios que analizan los factores que se encuentran detrás de los problemas de conducta en prisiones (9), los cuales han evidenciado una correlación clara entre la conducta y la salud mental. Sin embargo, los estudios han abordado principalmente el problema de la salud mental como una categoría amplia que incluye diversos trastornos mentales (10). Algunos de los mismos han comparado a internos con y sin problemas de salud mental al analizar los riesgos de mala conducta en los centros penitenciarios, evidenciando que la presencia de un trastorno mental agrava el riesgo de conductas negativas (11 –13).

Aunque se desconoce en gran medida cómo los trastornos mentales y sus problemas asociados configuran el riesgo de comportamiento violento, y la falta de cumplimiento de las normas entre los internos con problemas psiquiátricos, son variadas las posturas que han abogado por la necesidad de disponer de enfoques más matizados. Todo ello, con el fin de investigar la heterogeneidad de la población interna y sus experiencias, y para descubrir los mecanismos integrados de la relación entre los trastornos psiquiátricos, la mala conducta, y la carencia de adaptación de los internos (14).

Adaptarse a un entorno donde la libertad está restringida puede resultar estresante y transformarse en un desafío considerable para cualquier individuo que se encuentre en tal situación. Al ingresar en prisión, las personas se enfrentan a múltiples factores estresantes, incluyendo la pérdida de autonomía, posesiones materiales y relaciones afectivas, así como de otras muchas comodidades cotidianas que antes disfrutaban en su vida previa a su ingreso en prisión (15).

Estar privado de libertad, sujeto a numerosas normas y órdenes, y vivir en condiciones de aislamiento, obliga a los internos a adaptarse a entornos y a cumplir con una disciplina a la que no están acostumbrados. Esto a menudo resulta en conductas de incumplimiento de las normas y comportamiento problemático. No obstante, esta situación puede transformarse en un problema sustancial cuando las personas padecen algún tipo de trastorno o problema de salud mental. Este tipo de internos pueden encontrar dificultades adicionales para seguir las reglas y el orden institucional, ya que disponen de mecanismos de afrontamiento deteriorados o mermados, al mismo tiempo que se ven limitados sus recursos disponibles para satisfacer sus necesidades (16–18).

Al comparar internos con y sin problemas de salud mental, podrían pasarse por alto diferencias individuales significativas. Algunos estudios sugieren que las personas privadas de libertad con problemas de salud mental constituyen un subgrupo distintivo dentro de la población penitenciaria general, tanto por sus características como por sus experiencias dentro y fuera de la

prisión (19,20). De hecho, trabajos anteriores han establecido de forma clara las vulnerabilidades de las poblaciones de internos con trastornos mentales (21,22).

Teniendo en cuenta los entornos sociales generales, las personas con problemas de salud mental presentan cualidades diferentes ya que a menudo enfrentan mayores riesgos de pobreza, falta de vivienda, desintegración familiar, adicción a las drogas, suicidio, victimización y delincuencia. Estos factores, a su vez, aumentan el riesgo de que ingresen en centros de privación de libertad (23–25).

Existe un amplio cuerpo académico que se ha centrado en identificar la compleja relación entre criminalidad y trastorno mental, sugiriendo que las personas con trastornos mentales son una población vulnerable que comparte características demográficas comunes con la población general que comete delitos (24). Tanto aquellos que cometen delitos en la población en general como las personas con trastornos mentales suelen ser jóvenes, varones, con niveles educativos bajos, desempleados y enfrentando problemas de consumo de sustancias (23). Es importante destacar que estos factores relacionados con la delincuencia también se han encontrado asociados con el comportamiento de incumplimiento de las normas y los procesos de adaptación en prisión.

Los internos con trastornos mentales pueden experimentar dificultades adicionales, en parte debido a sus características distintivas, como el abuso de sustancias, antecedentes penales y victimización, que pueden estar relacionadas con los riesgos de enfermedad mental. Esto puede manifestarse en comportamientos conflictivos o desadaptados en los centros penitenciarios (21).

Aunque un porcentaje significativo de internos con trastornos mentales puede exhibir un mayor riesgo de problemas conductuales dentro de las instituciones penitenciarias, esto no implica que todos los individuos privados de libertad que sufren trastornos mentales se vean involucrados en conductas de incumplimiento de las normas. La comprensión de este fenómeno en los internos

con trastornos mentales puede resultar compleja debido a sus características y experiencias (16).

La investigación sobre la adaptación al entorno penitenciario de personas con trastornos mentales es limitada en la identificación de factores de riesgo y de protección. Los niveles más elevados de desadaptación y problemas conductuales en prisiones parecen estar vinculados a comportamientos disruptivos, los cuales se superponen con los problemas de salud mental (26).

La evidencia científica se reduce de forma sustancial cuando nos remitimos a los entornos penitenciarios de países de habla hispana, en los que no se dispone de instrumentos específicos que permitan evaluar la adaptación de estas personas a los entornos privativos de libertad. Esta tesis tiene como objetivo principal identificar y comprender las diferencias en la adaptación de los internos en prisión, específicamente aquellos con diagnóstico de psicosis, en comparación con un grupo de control, y para ello se ha considerado llevar a cabo la validación de la versión traducida y adaptada al español del instrumento *Prison Adjustment Index* (PAI) (27). La validación de este instrumento es crucial para poder utilizarla en un estudio de correlaciones sobre una muestra real de internos en centros penitenciarios de Cataluña. Este estudio también pretende contribuir al conocimiento sobre la adaptación de los internos en prisión, especialmente aquellos con trastornos psicóticos, lo que podría tener implicaciones importantes para el desarrollo de estrategias de intervención dirigidas a esta población en el medio penitenciario.

II. ESTRUCTURA DE LA TESIS

Esta tesis se conforma de cuatro capítulos, siendo el primero de ellos el dedicado a la descripción del marco teórico que respalda la investigación. El capítulo comienza definiendo los trastornos mentales, comparando diversas perspectivas y definiciones de organismos competentes en el tema. Luego, analiza la relación entre estos trastornos y la población penitenciaria, así como los factores que influyen en su prevalencia. También examina los problemas de conducta derivados de estos trastornos y la adaptación de los internos al entorno penitenciario. Después, se estudia la salud mental en prisiones europeas para contextualizar la situación local, centrándose en Cataluña. Finalmente, se realiza una revisión bibliográfica de estudios recientes sobre la salud mental en prisiones a nivel nacional, europeo e internacional.

El segundo capítulo de la tesis se enfoca en describir el marco metodológico. Comienza definiendo los estudios propuestos, sus objetivos y las hipótesis correspondientes. Luego, se detallan las muestras requeridas y los criterios de elegibilidad establecidos para ambos estudios. Además, se definen las variables de estudio, tanto independientes como dependientes, y se mencionan los instrumentos seleccionados para cada estudio, como el *check list* basado en los criterios del DSM-5 y la escala PANSS, entre otros.

Posteriormente, se describe el procedimiento llevado a cabo para cada investigación. Se explica el proceso de traducción y adaptación de la escala PAI. También se aborda el procedimiento del segundo estudio, incluyendo la formación del personal y la recopilación de variables para el análisis posterior. El capítulo también aborda los aspectos éticos considerados durante el desarrollo de los estudios y presenta los tipos de análisis estadísticos planteados, incluyendo análisis descriptivos, de correlaciones y multivariados.

En cuanto al capítulo tercero, este se centra en la exposición de los resultados de ambos estudios, así como la discusión de los mismos en base a

los estudios teóricos que hemos abordado en el marco teórico de la tesis, y comprobando las hipótesis formuladas al comienzo de la investigación.

El capítulo cuarto expone las principales conclusiones de la investigación, respondiendo de esta forma a los objetivos planteados, identificando las limitaciones identificadas durante la investigación y las soluciones que se han formulado para solventar las mismas, y, por último, la perspectiva de la investigación contenida en esta tesis.

CAPÍTULO 1: MARCO TEÓRICO

En este capítulo se aborda la comprensión de la influencia de los trastornos mentales en la adaptación de la población penitenciaria. Se comienza definiendo los trastornos mentales y su relación con los internos. Luego, se exploran los factores que contribuyen a la prevalencia de estos trastornos en la población penitenciaria y los problemas de conducta asociados. Además, se examinan los desafíos de adaptación de los internos con trastornos mentales. Para contextualizar esta situación localmente, se analiza la salud mental en las prisiones europeas, evaluando la prevalencia a nivel europeo, español y catalán, revisando los estudios realizados a nivel internacional, nacional y autonómico sobre la salud mental de la población privada de libertad.

1.1. Definición de los trastornos mentales

Acorde con la OMS (28), un trastorno mental se puede definir de la siguiente forma:

“Un trastorno mental se caracteriza por una alteración clínicamente significativa de la cognición, la regulación de las emociones o el comportamiento de un individuo. Por lo general, va asociado a angustia o a discapacidad funcional en otras áreas importantes.

Definición que también es compartida por el DSM-5 (29), por tanto, los trastornos mentales se definen como un síndrome o patrón conductual o psicológico clínicamente significativo que ocurre en un individuo y que se asocia con malestar presente (por ejemplo, un síntoma doloroso) o discapacidad (es decir, deterioro en una o más áreas importantes del funcionamiento) o con un riesgo significativamente mayor de sentir dolor, discapacidad o una pérdida importante de autonomía (30). No obstante, este patrón o síndrome debe ser una disfunción del individuo y no considerarse una respuesta aceptable a un acontecimiento concreto (por ejemplo, la muerte de un ser querido), un

comportamiento errático o un conflicto entre el individuo y la sociedad que no sea resultado de una disfunción (31). Como consecuencia, los trastornos mentales se refieren a las condiciones que afectan el estado de ánimo, las emociones, el pensamiento o el comportamiento. Existen dos categorías principales en esta clasificación: los trastornos mentales y los trastornos mentales graves (32,33). El primer grupo abarca cualquier trastorno mental, conductual o emocional, mientras que los trastornos graves se refieren específicamente a aquellos que causan un deterioro funcional significativo (33).

Los trastornos mentales impactan en las personas de diversas maneras, incluyendo la forma en que piensan, sienten, funcionan y se relaciona con los demás. Sin embargo, los citados trastornos varían en niveles de impacto en un individuo que oscilan entre discapacidades leves, hasta un deterioro grave (34). De esta forma, las personas que padecen trastornos mentales graves son aquellas que experimentan un deterioro grave como resultado de un trastorno mental. El deterioro grave afecta a la capacidad de un individuo para funcionar en una o más actividades importantes de la vida (35).

Entre los diagnósticos que suelen incluirse en la categoría de trastornos mentales graves se encuentran la esquizofrenia y otros trastornos con rasgos psicóticos, el trastorno bipolar y el trastorno depresivo mayor (36). No obstante, los citados trastornos no afectan solo a una parte menor de la población, ya que algunos estudios (28) mencionan que alrededor del 15% de la población padece una enfermedad mental diagnosticable, siendo mayor en las mujeres que en los hombres.

Algunos estudios sugieren que los individuos de nivel socioeconómico más bajo presentan tasas más elevadas de trastornos mentales que aquellos que pertenecen a niveles económicos más elevados (37–39). De hecho, algunos estudios encuentran un vínculo cíclico entre la pobreza y la enfermedad mental, donde la pobreza puede ser tanto la causa como el resultado de la enfermedad mental (40–42).

Algunas investigaciones destacan que las personas en riesgo de exclusión social con enfermedades mentales tienen menos probabilidades de acceder y recibir tratamiento (43–45) y, tienen mayores probabilidades de entrar en contacto por primera vez con los servicios de salud mental en los sistemas penitenciarios (46,47). Esto no es sorprendente, ya que los servicios de salud mental de la comunidad suelen estar sobrecargados y desbordados, lo que conduce a una falta de tratamiento para muchas personas con enfermedades mentales. Así mismo, en algunos países, a estas personas se les pueden negar los servicios o rechazar el tratamiento (47).

Las personas con trastornos mentales a menudo entran en contacto con el sistema de justicia penal y son ingresadas en prisiones como resultado de comportamientos disfuncionales. Estos comportamientos, frecuentemente no tratados de manera clínica adecuada, pueden representar un riesgo para la comunidad. Esta situación subraya la necesidad de abordajes terapéuticos más efectivos dentro de la comunidad para prevenir la criminalización de la enfermedad mental (48,49).

Los individuos con enfermedades mentales tienen aproximadamente el doble de probabilidad de ser detenidos que aquellos que no presentan ningún tipo de trastorno (50–52), sin embargo, las personas con trastornos mentales que cometen delitos a menudo enfrentan una mayor probabilidad de ser ingresados en centros penitenciarios por delitos menores, los cuales pueden parecer más graves debido a la influencia de su condición. Este fenómeno refleja cómo la enfermedad mental puede exacerbar la percepción y las consecuencias de sus acciones dentro del sistema de justicia penal (53–55).

Estos hallazgos están respaldados por investigaciones que sugieren que las personas con enfermedades mentales que cometen delitos son más propensos a ser detenidos por delitos menores en comparación con los delitos graves después de su liberación de la prisión (56,57).

Las personas con enfermedades mentales tienen un contacto desproporcionadamente alto con el sistema de justicia penal en ciertos países, lo que puede deberse en parte a la falta de acceso a servicios de salud en áreas de riesgo social (58,59).

Dentro de la literatura criminológica se han introducido varias explicaciones para este hecho. Algunas investigaciones sugieren que los individuos con enfermedades mentales tienen un mayor riesgo de cometer delitos (60–62), mientras que otros encuentran que este mayor riesgo de criminalidad es el resultado de otros factores de riesgo bien conocidos, como el consumo de sustancias, influencia de terceros, y la falta de apoyo familiar (63–65).

Debido al mayor contacto con el sistema de justicia, en algunos países, la tasa de población en prisiones con enfermedades mentales supera a la de la población general, así como a la población de los hospitales psiquiátricos (66–68). De esta forma, podemos encontrar que los trastornos mentales son una realidad actual dentro de los contextos privativos de libertad, y que los mismos se desarrollan de forma diferente que en contextos normales, tal como se analiza de manera pormenorizada en el siguiente apartado.

1.2. Trastornos mentales en la población penitenciaria

Existe consenso en que el número de internos con trastornos mentales aumenta con el tiempo (69) aunque el número estimado en centros penitenciarios varía según los estudios. Algunos estudios destacan la importancia de comprender los problemas específicos de las personas privadas de libertad con trastornos mentales, ya que muchos internos son incapaces de identificar adecuadamente la presencia de estos problemas de salud mental antes de ingresar en prisión, lo que condiciona su acceso al sistema sanitario y al sistema de justicia penal (70,71).

Los internos con trastornos mentales son frecuentemente más vulnerables a la victimización (72), y tienden a adoptar comportamientos de riesgo, como el abuso de sustancias y las autolesiones (73,74). Además, es posible que algunos cometan delitos, incluidos los violentos, debido a dificultades en comprender completamente la gravedad o las consecuencias de sus actos. Esta situación destaca la necesidad de enfoques de tratamiento y apoyo adaptados en el sistema penitenciario para abordar eficazmente tanto sus necesidades de salud mental como de seguridad (75,76).

Algunos expertos (77,78) sostienen que el contacto frecuente con el sistema de justicia penal, ya sea debido a delitos o victimizaciones, exacerba aún más la enfermedad mental, y viceversa. Las actitudes negativas hacia los internos con trastornos mentales contribuyen al estigma dentro del sistema de justicia penal (79). Teniendo en cuenta estos factores de riesgo, no es de extrañar que los internos con trastornos mentales puedan entrar y salir con mayor frecuencia del sistema de justicia penal (80) y que vuelvan a prisión a un ritmo más rápido que los que no padecen trastornos mentales (81).

Algunos estudios sugieren que una gran parte de las prisiones no se encuentran suficientemente diseñados o adaptados para las personas con trastornos mentales. Igualmente, algunas investigaciones han indicado que las personas privadas de libertad con trastornos mentales son más vulnerables en el entorno penitenciario en comparación con los internos que no los padecen (82,83).

Los internos que sufren de trastornos mentales son más propensos a experimentar dificultades para seguir las normas de la prisión, cumplir con la autoridad impuesta por los funcionarios de prisiones, interactuar con otros internos y controlar sus emociones (84). Este hecho hace que el manejo de los internos con trastornos mentales represente un reto a los que se enfrentan los funcionarios de prisiones (80).

Para los funcionarios de prisiones, enfocarse en aspectos generales como la seguridad, la protección y el control de la institución puede relegar a una menor prioridad el manejo adecuado de los internos con trastornos mentales (85). Es probable que los comportamientos antinormativos de los internos con trastornos mentales suelen controlarse con medidas disciplinarias punitivas (87).

A pesar de que los problemas potenciales y las dificultades para tratar con internos con trastornos mentales han sido un tema ampliamente reconocido, la gran mayoría de los centros penitenciarios no están equipados para satisfacer las necesidades de este tipo de internos (88). En este marco, debemos destacar que existe un amplio cuerpo académico que destaca que las condiciones penitenciarias pueden exacerbar los problemas de salud mental (11). La vida diaria de los internos, especialmente aquellos con trastornos mentales, se ve afectada por varios factores adversos, como el hacinamiento, la violencia, la escasez de programas significativos, la limitada atención médica y el aislamiento social.

Las prisiones superpobladas presentan desafíos adicionales para la gestión y seguridad de los internos. Esto se debe en parte a que los síntomas y condiciones de las enfermedades mentales a menudo no se tratan o pasan desapercibidos (89).

Los escasos recursos disponibles para las personas privadas de libertad con enfermedades mentales tienen graves consecuencias para sus experiencias de privación de libertad. Por ejemplo, al intentar buscar un equilibrio entre el orden y el control institucional, los internos con trastornos mentales a menudo se ven excluidos de la programación institucional o de la asignación de trabajo, ya sea por su tendencia disruptiva o por su confinamiento en un nivel de seguridad más alto como resultado de su comportamiento (84).

Las oportunidades limitadas de participar en programas y tareas no solo crean tensiones adicionales en las personas privadas de libertad, sino que también les impiden obtener méritos por buen comportamiento para la libertad

anticipada y cualquier otro privilegio. De hecho, esto es especialmente problemático, ya que algunas investigaciones han indicado que la participación en programas de este tipo y las oportunidades de asignación de trabajo influyen positivamente en el comportamiento de los internos (11).

El impacto de las experiencias durante la privación de la libertad incluye el empeoramiento de los síntomas y las condiciones de los trastornos mentales y los problemas de comportamiento institucional de las personas privadas de libertad (90). Aunque adaptarse a entornos privativos de libertad estresantes es un proceso difícil para todos los internos, aquellos que presentan trastornos mentales pueden encontrarse con un reto adicional para adaptarse a las exigencias del entorno privado de libertad y cumplir las normas institucionales (80).

Algunas investigaciones han puesto en evidencia que las personas privadas de libertad con trastornos mentales son más propensas a experimentar dificultades para hacer frente a estas experiencias, y, por lo tanto, están mayormente involucrados en comportamientos de mala conducta institucional (91). Ciertos estudios han revelado que los internos con trastornos mentales tienden a estar ubicados en centros durante períodos más largos que el resto de personas privadas de libertad debido a sus problemas de conducta, que incluyen alterar el orden y la seguridad de la institución y cometer agresiones físicas contra otros internos o funcionarios de prisiones (92).

Estos problemas se ven exacerbados por una serie de factores que inciden de forma directa en el desarrollo y prevalencia de los trastornos mentales en la población interna, algunos de los cuales se describen de forma detallada en los siguientes apartados.

1.3. Factores que inciden en la prevalencia de los trastornos mentales en la población interna

Existen muchas teorías sobre los motivos que llevan a ingresar en los sistemas penitenciarios a las personas con trastornos mentales. Algunos expertos consideran que las personas con trastornos mentales ingresan con mayor frecuencia en las prisiones (causa externa), mientras que otros atribuyen los problemas de salud mental a la situación de privación de libertad (causa interna).

Entre las causas externas, podemos destacar que existen varias razones por las que se ha constatado que las personas con trastornos mentales, ingresan en prisión en mayor proporción que las que no padecen ningún tipo de trastorno. Una teoría generalizada en la literatura académica actual es que el movimiento de desinstitucionalización de las personas con trastornos mentales con el progresivo cierre de los centros psiquiátricos de larga estancia (antiguos manicomios), que comenzó en la década de 1950, se correlaciona directamente con el crecimiento del número de personas con trastornos mentales en las prisiones (93). Algunos expertos (94) discrepan de que la teoría de la desinstitucionalización tenga una relación causal significativa con el aumento de los trastornos mentales entre la población interna. En su lugar, afirman que la naturaleza incapacitante del confinamiento y la privación de libertad es la causa de los problemas de salud mental y física (95).

Otra razón por la que algunos expertos consideran que las personas con problemas de salud mental tienen más probabilidades de ser detenidas y condenadas en prisiones se deriva de las políticas creadas durante la expansión de otras medidas (como es el caso de la batalla contra las drogas de los países desarrollados) que tuvieron lugar en la década de 1980 y 1990. Esta serie de acciones gubernamentales fue un intento de frenar el consumo y la venta de drogas ilegales mediante el aumento de las penas de prisión (96).

Algunos expertos sostienen que el aumento de las tasas de personas en prisión no se debe a un aumento de la delincuencia, sino más bien a que las tasas de detención aumentaron, en particular entre los que vendían y consumían drogas ilegales. Como consecuencia, algunos investigadores han establecido una relación directa entre los trastornos por consumo de sustancias (TCS) y los trastornos de salud mental. De esta manera, en algunos países desarrollados, aproximadamente entre el 40% de los detenidos tenían un diagnóstico de trastorno mental o de TCS. Debido a este aumento de la correlación entre las personas con TCS y trastornos mentales, algunos argumentan que las estrictas sentencias basadas en las políticas anti – drogas causaron que muchas personas con TCS y otras enfermedades mentales entraran en el sistema penitenciario (96).

La influencia del estatus socioeconómico es otra causa importante. Según investigaciones previas (5), los adultos en situación de pobreza tienen tres veces más probabilidades de ser arrestados que los que están por encima del umbral de pobreza (97). Además, al menos un tercio de la población penitenciaria en países desarrollados se encontraba por debajo de este umbral en el momento de la detención. Este menor estatus socioeconómico se relaciona con problemas de salud mental debido a factores como experiencias adversas y un mayor estrés (98). También es común que tengan menos acceso a la atención sanitaria o reciban una atención de menor calidad, lo que aumenta el riesgo de problemas de salud mental y físicos no tratados. Estos factores combinados contribuyen a las altas tasas de trastornos y problemas mentales entre las personas antes de su detención y privación de libertad (99).

Es importante destacar que el entorno penitenciario, definido por las características sociales, emocionales, organizativas y físicas de una institución, ejerce una influencia significativa en varios aspectos clave. Esto incluye el comportamiento de los internos, su motivación para participar en programas de tratamiento y su bienestar general. En este contexto, las percepciones de los

internos y del personal penitenciario acerca del entorno pueden afectar considerablemente los resultados mencionados (95,100).

Esta idea del confinamiento como factor estresante para la salud mental puede demostrarse con las consecuencias de las directrices de permanecer en casa durante la pandemia de la COVID-19. Para reducir la propagación del virus, muchas personas de todo el mundo permanecieron en sus casas durante meses en 2020. Algunas poblaciones vulnerables, concretamente las que vivían solas, experimentaron un impacto negativo en su salud mental debido a este periodo de confinamiento en sus hogares (101). Esta relación entre confinamiento, pérdida de libertad y salud mental podría trasladarse a las experiencias de los internos en prisiones.

Algunos expertos argumentan que los centros de internamiento no son la solución definitiva para abordar los trastornos mentales en la población penitenciaria. Consideran que el tratamiento ofrecido en estas instituciones es solo una medida temporal y no abordará de manera efectiva los problemas subyacentes que enfrentan los internos (94).

No existe una respuesta clara sobre si los factores externos (problemas de salud mental preexistentes, abuso de sustancias, traumas, estatus socioeconómico, etc.) o los factores internos (hacinamiento, violencia, falta de intimidad y libertad, aislamiento forzado, falta de actividades significativas, etc.) son los culpables de la diferencia entre el estado de salud mental entre las personas que se encuentran en el sistema de justicia penal y la población general (102).

Dada la complejidad del problema, es evidente que varios factores y sistemas interactúan entre sí. Ya sea que las prisiones agraven o simplemente reflejen los problemas de salud mental, es sugerente que las personas con enfermedades mentales tienen una mayor probabilidad de verse involucradas en el sistema de justicia penal que la población general (103).

Esta situación conlleva un incremento de los problemas de conducta derivados de los trastornos mentales, y al mismo tiempo, facilita la identificación de los mismos dentro del entorno penitenciario, tal como se presenta de forma detallada en los siguientes apartados de la investigación en cuestión.

1.4. Problemas de conducta derivados de los trastornos mentales

Con el constante aumento de la población interna en las últimas décadas en los países desarrollados y en desarrollo, una de las principales preocupaciones y objetivos de los establecimientos penitenciarios se centra en mantener la seguridad y el orden (104,105). Junto con el aumento de la población penitenciaria, el creciente número de internos con trastornos mentales en el sistema de justicia penal genera desafíos adicionales para la gestión de los internos y el mantenimiento de la seguridad y el orden de la institución (106).

En el contexto penitenciario, las normas de conducta están diseñadas no solo para mantener el orden y la seguridad, sino también para facilitar la rehabilitación de los internos. Desde un punto de vista práctico, se evalúa la efectividad de estas normas en función de su capacidad para minimizar conductas indebidas dentro de las instalaciones(106). Para asegurar el orden social y dirigir el comportamiento de las personas privadas de libertad, las prisiones establecen reglas institucionales claras y recurren al uso de sanciones como medios primarios para el control social oficial, siempre orientadas hacia la reintegración de los internos a la sociedad (107).

Los problemas de conducta dentro de las prisiones abarcan una amplia gama de comportamientos que infringen las normas, desde el tipo menos grave, como desobedecer las órdenes de los funcionarios de prisiones, hasta el tipo más grave, como agredir físicamente a otros internos o funcionarios de prisiones. Algunas investigaciones han abordado los problemas de comportamiento en entornos penitenciarios de diversas formas. Algunas estudian los problemas de

comportamiento a través de encuestas de autoinforme realizadas por los propios internos (108,109), mientras que otras se basan en los registros oficiales de infracciones institucionales, los cuales son registrados por el personal penitenciario (110,111).

La mayoría de las investigaciones anteriores se han centrado en los problemas de conducta en general (112,113), mientras que otros han examinado tipos específicos de problemas conductuales, como las infracciones violentas, no violentas o el incumplimiento de los protocolos o políticas sobre drogas (114,115).

El proceso por el cual los internos se adaptan a una institución ha recibido atención en la literatura académica. En general, los problemas de conducta se consideran como un indicador de inadaptación dentro del entorno penitenciario (72,116). Vivir la experiencia de privación de libertad es una situación estresante para la mayoría de los individuos y, tras la estancia en prisión, las personas encuentran dificultades para hacer frente a las limitaciones y presiones del entorno.

Los patrones de infracción de las normas reflejan hasta qué punto una persona se ha adaptado o no a la prisión. De manera análoga a la proporción minoritaria de individuos que cometen delitos en el ámbito exterior de las instituciones correccionales, existe un reducido segmento de internos que experimenta dificultades para adecuarse al ambiente penitenciario, manifestando comportamientos inapropiados dentro de los recintos de la prisión. En este sentido, la comprensión de este subgrupo con mayor riesgo de conductas indebidas tiene importantes implicaciones para el orden social y la seguridad de los centros penitenciarios, la gestión de los internos y el éxito de la reinserción en la sociedad (117,118). Para responder a las necesidades prácticas, se han realizado numerosos estudios empíricos para identificar los factores predictivos de riesgo y de protección de los problemas de conducta de los internos (114,119,120).

La cuestión de los problemas de salud mental de las personas privadas de libertad y los problemas de conducta asociados ha recibido mucha menos atención en la literatura (60,121). Al mismo tiempo, la investigación existente ha revelado que las personas privadas de libertad con enfermedades mentales incurrir desproporcionadamente en conductas inadecuadas (90) y tienen más probabilidades de ser segregados o aislados dentro de los centros (81). Los estudios que analizan los efectos de las enfermedades mentales en los problemas conductuales han cuestionado si los mismos (dentro del ámbito de las personas con trastornos mentales) reflejan sus síntomas y las condiciones de su situación mental (90).

Algunas investigaciones han sugerido que los síntomas de los internos con trastornos mentales pasan más desapercibidos por los funcionarios y gestores de la justicia penal. Esta situación se daría debido a que sus comportamientos disfuncionales se tratan en ocasiones con medidas disciplinarias punitivas, que pueden empeorar sus problemas de salud mental, dados los limitados recursos humanos y físicos de que se dispone (106).

Atendiendo al incipiente número de personas privadas de libertad con trastornos mentales, los problemas de conducta relacionados con los mismos plantean una serie de preocupaciones y retos adicionales al sistema de justicia penal. Los internos con enfermedades mentales son más propensos a involucrarse en conductas disruptivas en prisión, y los tipos de conducta inapropiada en los que estas personas se involucran son probablemente más violentas, obstruyendo la seguridad y el orden institucional (122).

Algunos investigadores han sugerido que la relación entre criminalidad y enfermedad mental puede ser difícil de dilucidar, señalando que la población general que comete delitos y las personas con trastornos mentales suelen compartir características demográficas comunes (4). Por ejemplo, tanto la población general que comete delitos como los individuos con trastornos mentales tienden a ser jóvenes, varones, con escasa formación, desempleados y usuarios de sustancias (57).

Estos mismos factores también pueden utilizarse para comprender los factores de riesgo asociados a los problemas de conducta en prisión. Es decir, los internos con trastornos mentales pueden entrar en el sistema de justicia penal con más factores de riesgo relacionados con la mala conducta penitenciaria en comparación con aquellas personas sin trastornos mentales.

Algunos investigadores destacaron que los internos con trastornos mentales son vulnerables debido a su propia condición de enfermos mentales, a sus experiencias desfavorables (por ejemplo, abuso de sustancias, internamiento previo), y a las estresantes condiciones de la prisión que desafían aún más las habilidades de afrontamiento y superación de los internos (90).

Para comprender mejor los factores de riesgo y de protección de las conductas problemáticas de internos con trastornos mentales en prisión, es necesario indagar en el proceso y las limitaciones que estas personas tienen durante la adaptación dentro de los entornos cerrados, tal como se describe de forma detallada en el siguiente apartado.

1.5. Adaptación de los internos con trastornos mentales

Dentro del marco de investigación de los problemas de conducta en prisión, los trastornos mentales se han considerado en gran medida como un correlato de la teoría de la importación. La teoría de la importación es un marco conceptual utilizado en el ámbito de la criminología y la psicología forense para comprender los factores que contribuyen a los problemas de conducta en entornos penitenciarios. Según esta teoría, los internos no llegan a prisión con una "pizarra en blanco", sino que traen consigo una serie de características, experiencias y problemas que influyen en su comportamiento dentro de la institución. En el ámbito que nos atañe, la teoría de la importación sugiere que los trastornos mentales de los internos pueden ser vistos como factores "importados" a la prisión desde el mundo exterior. Es decir, estos trastornos

pueden haberse desarrollado antes de que los internos ingresen al sistema penitenciario y pueden influir en su adaptación y comportamiento una vez dentro de la prisión (123).

Mientras que la mayoría de los estudios de décadas anteriores, consideraban el problema de salud mental como un constructo único y comparaban internos con y sin problemas de salud mental, algunos estudios actuales han proporcionado importantes discusiones sobre los problemas de adaptación en prisión de internos con problemas de salud mental que merecen una discusión detallada (124).

Algunos estudios de la década de 1980 (125) analizaron si las personas privadas de libertad con problemas de salud mental presentaban un comportamiento más problemático que el resto de internos. Los problemas de conducta en prisión se midieron con los registros disciplinarios oficiales para indicar una tasa media anual de infracciones. Los resultados indicaron que los internos que habían sido hospitalizados varias veces y que presentaban trastornos graves, ostentaban tasas de infracción más elevadas que aquellos sin trastornos mentales. Con respecto a los tipos específicos de infracción, los internos con trastornos graves también eran más propensos a cometer infracciones violentas.

Los resultados (125) indicaban que los internos con trastornos graves que habían cometido infracciones violentas tenían el doble de probabilidades de cometer infracciones no violentas. Sin embargo, entre los internos que no habían sido castigados por infracciones violentas, la tasa de infracciones no violentas no difería en función de los problemas de salud mental. Este hallazgo sugiere que los internos con problemas de salud mental pueden incurrir de forma desproporcionada en conductas indebidas en comparación con los internos sin problemas de salud mental.

Entre las personas privadas de libertad con enfermedades mentales puede haber riesgos diferenciales de problemas conductuales y falta de

adaptación en prisión. Los autores (125) señalaron que los internos con trastornos mentales pueden ser vistos como “conflictivos” o “inadaptados” teniendo en cuenta que a menudo proceden de entornos marginales. Así mismo, algunos factores de prevención para los problemas conductuales y de adaptación en prisión, como el empleo, la educación y el matrimonio, podrían no haber estado disponibles para los internos con problemas de salud mental, lo que a su vez incide sobre su conducta disruptiva.

Algunos estudios (126–128) han revelado que el desempleo previo a la privación de libertad aumentaba la tasa de infracciones institucionales, relación que no se mantenía entre los internos que habían tenido algún tipo de trabajo. Así mismo, ciertos expertos subrayaron además que las características demográficas básicas, como la edad y la raza, también interactúan con los problemas de salud mental e inciden en el comportamiento y adaptación, mencionando la necesidad de llevar a cabo una investigación para comprobar el efecto del "doble estigma" sobre la mala conducta o falta de adaptación en prisión (129–131).

Otros estudios (132,133) han trabajado con muestras de internos que fueron derivados a unidades especializadas de salud mental, comparando los resultados con internos escogidos de forma aleatoria dentro de la población interna. Considerando el tipo más grave de infracción institucional registrado oficialmente, el estudio descubrió que los internos remitidos de las unidades de salud mental, presentaban tasas de infracción más elevadas que los no remitidos. Además, los resultados sugirieron que la mayoría de las infracciones de las normas cometidas por personas privadas de libertad con problemas de salud mental reflejan sus síntomas (72,134).

En comparación con los internos no remitidos, aquellos que fueron remitidos tenían muchas más probabilidades de evidenciar problemas de adaptación y conducta como negarse a salir de su celda, destruir o alterar la propiedad, provocar incendios o provocarse autolesiones. Además, se llevaron a cabo comparaciones dentro del mismo grupo (remitidos desde las unidades de

salud mental) diferenciando la tendencia disruptiva debida a la presencia de un trastorno mental diagnosticable en el momento del ingreso (como es el caso de los problemas emocionales). De esta forma, se comprobó que los internos remitidos (que ostentaban una serie de infracciones y problemas de adaptación y conducta previos), ostentaban tasas de infracción más altas en comparación con los internos remitidos que no tenían infracciones previas (134).

Estos hallazgos plantean cuestiones importantes sobre si el comportamiento inadecuado de los internos con trastornos mentales, es una manifestación de la enfermedad mental, y el afrontamiento y conducta de inadaptación es un resultado de la misma. Además, se ha intentado determinar la forma en que las experiencias de privación de libertad experimentadas por esas personas, interactúan con su problema de salud mental, y terminan afectando o condicionando su adaptación.

El análisis de las estadísticas oficiales de prisiones también ha sido objeto de estudio por algunos autores (135–137) las cuales valoraron el estado de salud mental con diversas variables, aunque tres de ellas se repetían en algunos estudios, como es el caso de las variables categóricas que permitían una agrupación de participantes en base a tres criterios sobre antecedentes relacionados con trastornos mentales:

- a) Internos que nunca habían estado medicados u hospitalizados (fuera y dentro de los centros de privación de libertad).
- b) Internos que habían estado medicados u hospitalizados anteriormente (de forma previa o durante su estancia en los centros)
- c) Estaban recibiendo medicación desde su ingreso en prisión.

Las tasas anuales de infracciones cometidas en los centros de privación de libertad, se utilizaron como variable dependiente con diversos predictores de mala conducta a nivel individual (por ejemplo, edad, raza, matrimonio, hijos a

cargo, educación, empleo, privación de libertad previa, consumo de drogas antes de ser internados en un centro de cumplimiento y tipo de delito) (135–137)

Los resultados de estos estudios (135–137), evidenciaron que los internos sin antecedentes de medicación u hospitalización relacionados con la salud mental tienen diferencias importantes en comparación con aquellos que presentan con algún tipo de trastornos mental y que no recibieran atención alguna. Las personas privadas de libertad con problemas de salud mental, ya sea en la actualidad o con anterioridad, eran adultos, desempleados, con bajo nivel educativo, con antecedentes de internamiento previo y abuso de sustancias. Así mismo, una parte importante había sido privada de libertad por delitos violentos, en comparación con los internos sin antecedentes de medicación u hospitalización.

Los resultados sugirieron además que los índices anuales de problemas disciplinarios eran significativamente más elevados tanto para los internos con antecedentes de medicación u hospitalización como para los que actualmente se encontraban en tratamiento en el centro, en comparación con los internos que no estaban llevando ningún tipo de tratamiento. Sin embargo, al estudiar variables específicas como el género, los antecedentes de medicación u hospitalización por problemas de salud mental, no se detectaron una influencia directa en los problemas de conducta (135–137).

Las investigaciones que analizaban el efecto de los problemas de salud mental y los problemas de conducta o adaptación en las prisiones indicaban que los citados trastornos, pueden no ser necesariamente la causa de las infracciones cometidas en los citados entornos, sino que, el impacto de los trastornos mentales puede complicarse aún más por una estrecha asociación con diversos factores de riesgo que los internos traen a las prisiones. Además, estudios anteriores sugieren que las experiencias en prisión de las personas privadas de libertad con problemas de salud mental y otros factores de riesgo asociados pueden ser diferentes de las de los que no los tienen (138–140). En otras palabras, las diferencias en el comportamiento de los internos y sus

problemas de adaptación pueden estar relacionadas con mecanismos de afrontamiento deteriorados, que a su vez son influenciados por sus antecedentes de trastornos mentales. Además, estos trastornos se ven exacerbados por la privación y el estrés que experimentan en prisión debido a la escasez de recursos. En este contexto, un enfoque que combina las teorías de la privación y la importación ofrece un marco significativo para entender cómo los internos con historiales de trastornos mentales se adaptan a la vida en prisión (138–140).

Aunque tanto la teoría de la privación como la de la importación de la conducta o falta de adaptación en prisiones han recibido un importante apoyo empírico, hay quienes han argumentado que cada teoría adopta un punto de vista estrecho a la hora de entender la adaptación penitenciaria de los internos (141–143). Steiner et al. (138) argumentaron que la teoría de la privación sólo se centraba en el entorno de prisiones y pasaba por alto otros atributos individuales clave, como la raza y el género, que podrían diferir en la forma en que los individuos se adaptaban a la subcultura de privación de libertad.

Otros autores (144–146) argumentaron que, si la subcultura de privación de libertad y el comportamiento de los internos se basaran únicamente en las penas de prisión, todos los internos habrían actuado de manera uniforme. Por lo tanto, algunos investigadores mencionaron que el modelo de privación y el modelo de importación no deben ser considerados como modelos incompatibles o que compiten el uno con el otro (113,125). Es posible afirmar que los componentes de estos dos modelos pueden no sólo conformar directamente, sino también influir interactivamente en la adaptación penitenciaria de las personas privadas de libertad (147,148).

Este modelo combinado puede ser fundamental para comprender la adaptación o inadaptación penitenciaria de los internos con trastornos mentales, en particular, teniendo en cuenta sus características previas a la prisión y el modo en que experimentan el entorno penitenciario. Destacando que no todas las personas privadas de libertad tienen conductas que evidencian una falta de adaptación.

Algunos expertos (149–151) señalan que cada individuo que experimenta un confinamiento prolongado reacciona a esta situación de forma idiosincrásica, ya que, algunos individuos muestran deterioro en respuesta al confinamiento, y otros muestran un mejor funcionamiento, mientras que otros no muestran ningún cambio apreciable. Del mismo modo, Adams (132) postuló que los problemas de salud mental en sí mismos pueden no causar necesariamente problemas de conducta o falta de adaptación en prisión, sino que, más bien, los problemas de adaptación en prisión están relacionados de forma independiente e interactiva con factores de riesgo y de protección tanto individuales como ambientales de la prisión. Tal como se ha mencionado en apartados previos, esta situación está presente en los entornos de privación de libertad a nivel mundial, y también en Europa, tal como se describe en el siguiente apartado.

1.6. Salud mental en los entornos penitenciarios de Europa

La OMS ha publicado un informe sobre la situación de la salud mental en los países de Europa, en el cual se ofrece una visión general del funcionamiento de los sistemas de salud penitenciaria en la zona euro a partir de los datos de encuestas realizadas en casi cuarenta países dirigidas a los internos y funcionarios de prisiones (152). Los datos muestran que la respuesta de los países a la COVID-19 en los centros de privación de libertad fue en general buena, sin embargo, también destaca áreas de preocupación, incluyendo el hacinamiento y la falta de servicios para la salud mental, que representa la mayor necesidad de salud entre las personas en prisión en la región (152). En términos generales, podemos destacar los siguientes hallazgos del estudio en cuestión:

- En 2020, los índices de la población penitenciaria evidenciaron una reducción de más del 6% en comparación con 2019, debido principalmente a las medidas COVID-19.

- Uno de los problemas más habituales y prevalentes entre las personas en prisión fueron los trastornos de salud mental, que afectaron a más del 30% de la población interna.
- La continuidad de la atención que perciben estas personas en los centros, requiere de una mayor inversión, y sólo la mitad de los Estados Miembros (EM) garantizan el acceso a los servicios sanitarios de la comunidad a las personas que salen de prisión.
- La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda un incremento en la participación de los ministerios de salud en la provisión de servicios sanitarios en las prisiones de la región.
- La tasa de psiquiatras que trabajan en prisiones es superior a la media internacional, sin embargo, las tasas de suicidio en prisión son relativamente altas en comparación con la población general.
- En la mayoría de las prisiones, las historias clínicas aún se mantienen en formato papel, lo que limita la planificación sanitaria a un ámbito local y complica la extracción de datos necesarios para la formulación de políticas sanitarias a nivel nacional. Esto también afecta a la continuidad de la atención cuando las personas ingresan o son dadas de alta.

El problema del hacinamiento en las prisiones que pone de manifiesto este informe es un importante recordatorio de la excesiva dependencia de la privación de libertad y de la necesidad de alternativas. Destacando cómo el apoyo a las personas que salen de prisión para reintegrarse en la comunidad y acceder a los servicios sanitarios puede reducir la probabilidad de reincidencia (153).

Los ministerios de sanidad desempeñan un papel fundamental en la protección del derecho humano básico a la salud. Este informe pone de relieve el valor de un enfoque centrado en la salud y los derechos humanos a la hora de tratar a la población general que comete delitos, aportando importantes ideas

sobre las medidas concretas que pueden adoptarse para mejorar las condiciones de vida de las personas privadas de libertad, y para toda la sociedad (154).

Acorde con los datos que maneja la OMS en su informe, se concluye que aproximadamente, un tercio de los internos europeos padece trastornos mentales. Las cifras presentadas por los casi cuarenta países que participaron del informe, evidencian que alrededor del 30% de los internos tienen un diagnóstico de salud mental registrado antes de entrar en prisión, en comparación con sólo el 13% de la población general de esos países (152). El informe elaborado por la región europea de la OMS, califica la salud mental, como la mayor necesidad sanitaria entre los internos de toda la región. No obstante, pese a que la afección más prevalente eran los trastornos mentales, la proporción de psiquiatras disponibles para las personas privadas de libertad, no garantizaba la equidad de la atención y el acceso al tratamiento no era óptimo (152).

1.7. Prevalencia de los trastornos mentales en los sistemas penitenciarios europeos

Atendiendo a lo dispuesto en el citado informe de la OMS (152), y disponiendo también de las estadísticas oficiales de la UE (al igual que de los informes que se han publicado al respecto), en este apartado se presenta un análisis detallado de la prevalencia de los problemas y trastornos mentales de la población europea.

En comparación con la población general, se ha podido apreciar una alta incidencia de trastornos mentales entre las personas privadas de libertad dentro de Europa. Como consecuencia, y a la vista de estos índices, lo más recomendable sería contar con un médico cualificado en psiquiatría adscrito al servicio de atención sanitaria de cada prisión. Además, las enfermeras y personas de apoyo deberían contar con una formación específica en este campo,

siendo esta una recomendación que se repite por los distintos organismos con experiencia en la materia, como es el caso del Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes (CPT) (155):

“En comparación con la población general, hay una alta incidencia de síntomas psiquiátricos entre los internos. Por consiguiente, debería haber un médico especializado en psiquiatría en el servicio de asistencia sanitaria de cada prisión y algunas de las enfermeras empleadas debería haber recibido formación en este campo. El suministro de personal médico y sanitario, así como la distribución de las prisiones deberían ser los adecuados para permitir llevar a cabo programas de terapia farmacológica, psicoterapéutica y ocupacional. El CPT desea subrayar el papel que juega la dirección de la prisión en la detección preventiva de los internos que sufren deficiencias psiquiátricas (por ejemplo, depresión, estado reactivo, etc.), con el fin de permitir que se realicen los ajustes adecuados a su medio ambiente. Esta actividad puede ser promovida facilitando formación sanitaria adecuada a determinados miembros del personal de custodia.” (p. 3)

Algunos de los cuidados vinculados con la salud mental se podrían prestar por un médico de atención primaria, las formas graves de enfermedad mental requieren un tratamiento especializado, por lo que se necesitan mecanismos que garanticen la derivación de los casos graves detectados en los centros de privación de Europa.

Como se ha mencionado en términos generales en el apartado previo, el suicidio sigue siendo la principal causa de mortalidad en las prisiones de todo el mundo, pero las enfermedades no transmisibles (ENT) están aumentando, y, por ende, se ha considerado necesario el análisis general de las mismas de forma breve. Acorde con las estadísticas disponibles, se ha informado que las mismas eran las principales causas de mortalidad en las prisiones de Reino Unido (156).

Si analizamos la disponibilidad del sistema de prestación de servicios sanitarios en el marco europeo (152), podemos apreciar en la tabla 1 la disposición del personal sanitario disponible en las prisiones de la UE, detallando un total y cantidad por tipos de especialistas. Así mismo, se presenta una comparación con el personal disponible para las personas que no se encuentran privadas de libertad, con el fin de llevar a cabo una comparación de los especialistas por cada 1.000 habitantes o internos.

Para comprender la magnitud de los datos que se presentan en la tabla 1, es necesario tener en cuenta las recomendaciones y directrices brindadas por los diversos colectivos y organismos al respecto, con el fin de determinar la suficiencia de la plantilla. Dicho lo cual, según la Asociación para la Prevención de la Tortura (APT) (157):

“El número y la especialidad del personal sanitario disponible dependerá del tamaño de la prisión, pero como mínimo debe haber un médico general y el personal de enfermería suficiente para satisfacer las necesidades diarias. Un o una psiquiatra, psicólogo o psicóloga y personal de enfermería con formación en atención psiquiátrica también deben estar disponibles en una proporción relacionada con el volumen de la población penitenciaria. Una vez más, su papel no debe limitarse simplemente al tratamiento de los trastornos mentales, sino que debe incluir la promoción del bienestar mental de las personas detenidas y del personal, la prevención de las autolesiones y el suicidio, así como todas las formas de violencia física o violencia psicológica, tales como la intimidación. Los servicios dentales básicos también deben estar disponibles dentro de la prisión con una frecuencia que dependerá de la población penitenciaria.”
(n/d)

Un aspecto importante a tener en cuenta al momento de establecer una comparación e interpretación de los índices de personal sanitario por cada 1000 internos y las tasas disponibles para la población común, es el significado del término equivalencia de la atención. De hecho, la equivalencia no implica tanto

la igualdad en la distribución de los recursos, sino que se refiere a la equidad, en el sentido de que los recursos deben asignarse de forma que reflejen equitativamente las diferentes necesidades de la población a la que se destinan (158).

Teniendo en consideración los aspectos antes mencionados, se ha evidenciado que las personas detenidas padecen con mayor frecuencia trastornos mentales y de consumo de drogas, por lo que es necesaria una mayor inversión especialmente focalizada. Esto puede traducirse en la disposición de una mayor cantidad de psiquiatras para poder atender a las personas que han sido detenidas (157). En este orden de cosas, podemos comprobar que la disposición de psiquiatras disponibles para la población interna, es muy similar a los dispuestos para la población normal (solo representa un 0.1% menos).

Tabla 1. Personal sanitario en prisiones de Europa en ETC

Tipo de personal	Nº de EM que disponen de los mismos	Prisiones		Población en general	
		Total	Cantidad por cada 1000 internos	Cantidad por cada 1000 habitantes	
Enfermeros	30	7919.8	20.4	8.3 (50)	
Médicos	31	3561.9	8.0	3.6 (51)	
Dentistas	28	460.2	1.4	6.2 (52)	
Psiquiatras	30	489.9	1.3	1.4 (38)	
Total	31	12.424,3	36.4	-	

Nota. Elaboración propia, adaptado de (152).

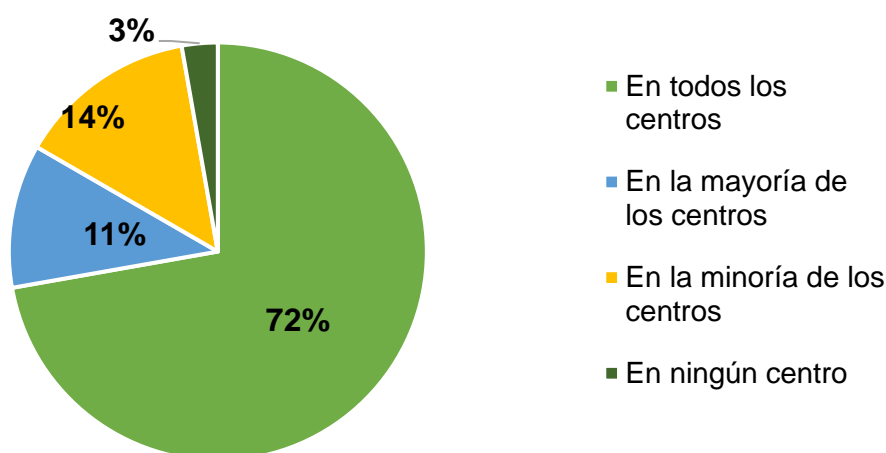
Podemos apreciar que el personal de medicina y enfermería es mayor para la población interna. Parece importante tener en cuenta que, al menos en los países del sur de Europa, la salud mental ha sido una especialidad que no recibe una partida presupuestaria notable, lo que podría justificar los datos

disponibles tanto para la población privada de libertad, como para los ciudadanos en general.

En lo referente al posible acceso que tienen los internos a las consultas o atención de salud mental, apreciamos que alrededor del 70% afirma que existen estos medios en sus centros (aunque también se incluyen las terapias de grupo o de organismos externos que pueden no dedicarse a la prevención o tratamiento de los problemas de salud, pero brindan apoyo para la mejora del bienestar de los internos) (152).

Como podemos observar en la figura 1, solamente un EM (de los más de 35 que contestaron a este ítem) mencionó que este servicio no estaba disponible en sus centros de internamiento.

Figura 1. Acceso a terapia de salud mental en las prisiones de Europa



Nota. Elaboración propia, adaptado de (152).

Resulta fundamental tener en consideración que, las personas con discapacidad tienen derecho al mismo reconocimiento ante la ley (159). Esto incluye a las personas con discapacidad intelectual, deficiencias cognitivas, discapacidades psicosociales y otros trastornos mentales. También existen

principios bien establecidos para proteger a las personas con trastornos mentales, los cuales se han establecido desde hace décadas (160).

La OMS reconoce que algunas personas con trastornos mentales pueden ingresar en prisión por delitos relativamente menores, que potencialmente podrían tratarse con los recursos sanitarios que poseen las comunidades, siempre y cuando se dispusiera del tratamiento y el apoyo adecuados para mitigar los síntomas de estos trastornos (161).

La OMS sostiene que los trastornos mentales que pueden afectar a aquellas personas que cometen delitos más graves (acorde con la severidad del trastorno) podrían ser tratados de forma apropiada en centros de salud especializados y no en centros de privación de libertad (161). Por lo tanto, lo ideal sería que la consideración primordial a la hora de tratar los trastornos mentales fuera el tratamiento más adecuado para la persona.

En aquellos escenarios en los que no existen alternativas para el tratamiento, las evaluaciones médicas o diagnósticas realizadas al momento de ingresar en prisión deberían incluir la detección de trastornos mentales, riesgo de suicidio y autolesiones, los cuales se contemplan dentro del protocolo establecido para esta tesis, y se encuentran también en línea con una serie de directrices mundialmente conocidas, como es el caso de las Reglas Mandela, y específicamente la Regla nº 30 (162):

“Un médico u otro profesional de la salud competente, esté o no a las órdenes del médico, deberá ver a cada interno, hablar con él y examinarlo tan pronto como sea posible tras su ingreso y, posteriormente, tan a menudo como sea necesario. Se procurará, en especial: a) reconocer las necesidades de atención de la salud y adoptar todas las medidas necesarias para el tratamiento; b) detectar los malos tratos que los internos recién llegados puedan haber sufrido antes de su ingreso; c) detectar todo indicio de estrés psicológico o de otra índole causado por la estancia en prisión, incluidos el riesgo de suicidio o autolesión y el

síndrome de abstinencia resultante del uso de drogas, medicamentos o alcohol, y aplicar todas las medidas o tratamientos individualizados que corresponda; d) facilitar a las personas privadas de libertad de quienes se sospeche que sufren enfermedades contagiosas aislamiento médico y un tratamiento apropiado durante el período de infección; e) determinar la capacidad física de cada interno para trabajar, hacer ejercicio y participar en otras actividades, según corresponda.” (p. 11)

Las Reglas también hacen alusión a que, después del diagnóstico planteado, y en aquellos casos que se considere indispensable, es necesario plantear la derivación de los tratamientos a personal altamente cualificado o con competencias en la materia, tal como se recoge de forma detallada en la Regla Mandela 27 (162):

“1. Todos los establecimientos penitenciarios facilitarán a los internos acceso rápido a atención médica en casos urgentes. Las personas privadas de libertad que requieran cuidados especiales o cirugía serán trasladadas a establecimientos especializados o a hospitales civiles. Cuando el establecimiento penitenciario tenga sus propios servicios de hospital, contará con el personal y el equipo adecuados para proporcionar el tratamiento y la atención que corresponda a los internos que les sean remitidos. 2. Solo podrán tomar decisiones médicas los profesionales de la salud competentes, y el personal penitenciario no sanitario no podrá desestimar ni desoír esas decisiones” (p. 9)

Las Reglas también abordan la protección de las personas que sufren de trastornos mentales, determinando que las mismas tienen que estar protegidas de medidas restrictivas, incluido el aislamiento, que inevitablemente agravarían su estado, como se menciona en la Regla Mandela 46 (162):

“1. El personal sanitario no desempeñará ningún papel en la imposición de sanciones disciplinarias u otras medidas restrictivas. Prestará, en cambio, particular atención a la salud de todo interno sometido a cualquier

régimen de separación forzosa, por ejemplo, visitándolo a diario y proporcionándole con prontitud atención y tratamiento médicos si así lo solicita el propio interno o el personal penitenciario. 2. El personal sanitario comunicará al director del establecimiento penitenciario, sin dilación, todo efecto desfavorable en la salud física o mental de la persona privada de libertad de las sanciones disciplinarias u otras medidas restrictivas que se le hayan impuesto, y le hará saber si considera necesario que se interrumpan o modifiquen dichas sanciones o medidas por razones de salud física o mental. 3. El personal sanitario estará facultado para examinar las condiciones de separación forzosa de un interno y recomendar los cambios que correspondan con el fin de velar por que dicha separación no agrave la enfermedad o la discapacidad física o mental del interno.” (p.15)

Tal como se ha observado a lo largo del informe de la OMS (152), el suicidio sigue siendo la principal causa de muerte en prisión. Situación que también es corroborada por Fazel y Danesh (163) quienes afirman que: *“normalmente, alrededor de una de cada siete personas ingresadas en prisión en los países occidentales padece enfermedades psicóticas o depresión grave (trastornos que podrían ser factores de riesgo de suicidio)”* (p. 548). Frente a este hecho, en la UE, la gran mayoría de naciones ha tenido en cuenta las estadísticas aportadas en este tipo de estudio, y casi la totalidad de los EM informaron de que disponían de protocolos normalizados para ayudar a identificar y apoyar a las personas en riesgo de suicidio, especialmente las que tenían antecedentes de trastornos mentales.

Esta situación evidencia que los citados protocolos pueden ser insuficientes y que se necesitan prácticas más eficaces para prevenir el suicidio en las prisiones, con especial énfasis en el diagnóstico y la detección temprana de estos problemas.

El informe (152) menciona la necesidad de invertir en prevenir y tratar los trastornos más comunes que afectan a la población privada de libertad,

especialmente los de salud mental y los relacionados con el consumo de sustancias. Tales medidas deberían incluir garantizar el acceso a vacunas en todas las prisiones, la disponibilidad de PrEP y PEP contra el VIH, el acceso a material de protección sanitaria como agujas, preservativos y lubricantes, así como el acceso a especialistas de salud mental.

También se menciona la necesidad de establecer áreas de tratamiento para personas con trastornos por consumo de estupefacientes, así como la definición y acceso de tratamientos farmacológicos más rentables. Esta situación es particularmente importante, ya que se ha evidenciado que al menos un cuarto de la población interna con trastornos mentales y algo más de la mitad de aquellos que tienen problemas derivados del consumo de drogas, no tienen acceso a tratamientos farmacológicos (152).

Una vez definido el panorama europeo, en el siguiente apartado se establecen las características que definen el plano nacional, identificando y analizando los informes recientes sobre la población privada de libertad y la salud mental de la misma.

1.7.1. Situación en España

Dentro del territorio español, son diversas las personas que sufren de trastornos mentales que se han visto inmersas en delitos y por consecuencia, se encuentran en centros de privación de libertad. No obstante, muchas de ellas se encuentran en un régimen de internamiento ordinario. Así mismo, solo algunas de estas personas (las cuales cumplen con una serie de requisitos previos), se encuentran internas en hospitales de salud mental penitenciarios, o en Unidades de especialización psiquiátrica. Tal como se recoge en el “Libro Blanco sobre la atención sanitaria a las personas con trastornos mentales graves en los centros penitenciarios de España (164):

“El internamiento en los hospitales penitenciarios psiquiátricos tiene el propósito del tratamiento y estabilización del trastorno y del cumplimiento de la medida de seguridad privativa de libertad. Esta combinación de intenciones conlleva que la persona permanezca en los hospitales psiquiátricos más tiempo del necesario, cuando los objetivos terapéuticos ya se han cumplido y cuando otro tipo de recursos de alojamiento serían más adecuados.” (p. 147)

A lo largo de casi toda la geografía española el sistema de atención psiquiátrica en prisiones es competencia del “Ministerio del Interior”. Algunas Comunidades Autónomas ostentan una autonomía sustancial en relación a las competencias y acciones vinculadas con la salud mental. Especialmente Cataluña y País Vasco quienes tienen transferidas las competencias penitenciarias. De esta forma en el caso catalán, la salud mental la llevan Instituciones con la que se ha suscrito un convenio específico por parte del Departament de Salut, y el Departament de Justicia, como es el caso en Barcelona de la Orden Hospitalaria Sant Joan de Déu (165).

Las personas que son consideradas como “penalmente responsables” (lo que se traduce en imputables) son internados en centros de privación de libertad en los que pueden atenerse al “Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios” (PAIEM).

Resulta importante destacar lo recogido en la normativa penal española al respecto, lo que nos lleva a remitirnos al CP, especialmente a lo dispuesto en su artículo 60.1 (166) que menciona lo siguiente:

“1. Cuando, después de pronunciada sentencia firme, se aprecie en el penado una situación duradera de trastorno mental grave que le impida conocer el sentido de la pena, el Juez de Vigilancia Penitenciaria suspenderá la ejecución de la pena privativa de libertad que se le hubiera impuesto, garantizando que reciba la asistencia médica precisa, para lo cual podrá decretar la imposición de una medida de seguridad privativa

de libertad de las previstas en este Código que no podrá ser, en ningún caso, más gravosa que la pena sustituida. Si se tratase de una pena de distinta naturaleza, el Juez de Vigilancia Penitenciaria apreciará si la situación del penado le permite conocer el sentido de la pena y, en su caso, suspenderá la ejecución imponiendo las medidas de seguridad que estime necesarias” (p. 28)

En lo que respecta a todas aquellas personas que se contemplan como exentas de cualquier tipo de responsabilidad de carácter penal (consideradas como inimputables) se verán sometidas a una medida netamente de seguridad. En el territorio español, las mismas cumplen las condenas impuestas en los “hospitales psiquiátricos penitenciarios” (HPP) mientras que, en el caso catalán, los mismos son remitidos a las unidades de hospitalización psiquiátrica penitenciaria ubicadas en las prisiones de Brians 1 y Brians 2, y algunas medidas de seguridad también son ubicadas en las enfermerías o módulos específicos (no sanitarios) para internos que son considerados “vulnerables”.

Para evaluar el contexto en el que residen los internos, todos tienen que responder a una serie de entrevistas que se aplican bajo las directrices del “Plan Nacional sobre Drogas”, estudio que, acorde con lo dispuesto en el ESDIP 2022 (167), esto conlleva una labor conjunta entre el “Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA), la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD), y Ministerio de Sanidad (MS)”, trabajando de forma colaborativa con una serie de organismo de cada CC. AA., para poder realizar las entrevistas que conforman el estudio, como es el caso de la “Subdirección General de Sanidad Penitenciaria de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias del Ministerio del Interior (SGIIPP), Dirección General de Asuntos Penitenciarios de la Generalitat de Cataluña (DGAP) y la Dirección de Justicia de la Consejería de Igualdad, Justicia y Asuntos Sociales a través del Programa de Análisis e Inspección de Centros Penitenciarios del Gobierno Vasco.”

Durante el año 2016, aproximadamente un tercio de la población mencionó que en algún momento de su estancia habían sido diagnosticados con un algún tipo de trastorno mental. En este orden de cosas, la “Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud” considera todos los tipos de trastornos de carácter psicótico y bipolares, como trastornos de carácter mental graves (TMG). De esta forma, se ha corroborado que al menos un 3% de la población interna padece de algún TMG(168).

El CPT, hizo una recomendación a las autoridades españolas para que se tomaran las medidas necesarias para poder salvaguardar que los internos que padecen trastornos mentales, puedan ser trasladados a centros de salud apropiados y especializados. Los internos que sufren de algún tipo de trastorno mental y que forman parte del PAIEM, suelen ser internados en unidades específicas y segregadas. Así mismo, en ciertas circunstancias, se les pueden acomodar en las enfermerías de los centros, como es lo que sucede en el centro de “Mas d’Enric”, en el territorio catalán, además de la red de salud mental penitenciaria que en Barcelona está a cargo de la institución Sant Joan de Deu, con sus unidades de hospitalización en Brians 1 y 2, entre otros.

Dentro de España, el PAIEM que tiene como finalidad el promover la reinserción en la sociedad de estas personas, tiene a su disposición un equipo completo conformado por expertos de diversas disciplinas, y brinda una amplia oferta de terapias y actividades para estas personas, al igual que la formación en la promoción de la autonomía de la persona y el autocontrol.

Además de los trastornos mentales, es recurrente en los centros de privación de libertad los problemas vinculados al abuso de sustancias estupefacientes. Como consecuencia, los internos que tienen problemas de este tipo suelen ser internados en las “Unidades Terapéuticas y Educativas” (UTE). No obstante, prácticamente el 50% de las prisiones disponen de los citados módulos completamente libres de estupefacientes en España, y ya en el año 2016 contaron con la capacidad para recibir a más de 2900 internos (168).

La normativa española contempla el posible internamiento en centros psiquiátricos a personas que tienen que cumplir con algún tipo de medida de seguridad. Aunque, como consecuencia de los problemas de plazas disponibles en los centros en cuestión, algunas personas pueden ingresar en los centros penitenciarios, siendo ubicados en los módulos PAIEM o en la enfermería de cada uno de los centros. No obstante, es importante mencionar que las medidas de seguridad pueden encontrarse también en los módulos ordinarios de las prisiones, disponiendo de un seguimiento de carácter ambulatorio del equipo de salud mental de las mismas.

Los internos reciben visitas de los psicólogos de la prisión, conocidos como psicólogos de tratamiento. Por su parte, los psicólogos clínicos y psiquiatras llevan a cabo evaluaciones con todos aquellos internos que lo necesiten, prescribiendo las medicaciones adecuadas según cada caso. Es importante destacar que, en un entorno donde el consumo de sustancias y la demanda de medicación ansiolítica es alta, estas intervenciones son cruciales, especialmente como forma de mitigar el síndrome de abstinencia de estupefacientes. Los internos que tienen trastornos por consumo de estupefacientes que se encuentran internados en las “Unidades Terapéuticas y Educativas” (UTE) pueden acceder a las terapias grupales y talleres ocupacionales.

Acorde con la norma y las recomendaciones pertinentes, se ha estipulado que cada uno de los centros de privación de libertad tiene la obligación de realizar la contratación de un médico que cuente con formación y conocimientos especializados en psiquiatría.

Se ha determinado que los tratamientos de índole involuntario solamente se pueden aplicar en caso de que se detecte un peligro real sobre la vida de una persona. Dicho lo cual, las medidas urgentes que se llevan a cabo en el caso de los internos, tienen que ser notificadas al juez con competencias en la materia, y disponiendo de un plazo de 24 horas para que el mismo lleve a cabo la emisión de la autorización judicial (168).

En relación a la formación del personal, se ha podido determinar que, toda la información que se brinda a los funcionarios de prisiones, puede variar en relación con la CC. AA., en la que desempeñen sus labores. Así mismo, y en relación a la continuidad del tratamiento de cada uno de los internos, se ha demostrado que las personas que se encuentran privadas de libertad, y que forman parte del PAIEM, podrían acceder a los beneficios del programa “Puente Extendido” una vez cumplan con el tiempo definido en la sentencia.

El mencionado programa se basa en una atención psicosocial que tiene como finalidad la promoción de la reinserción de estas personas en la sociedad. Por tanto, las Unidades Puente están localizadas en los centros especializados, disponiendo de plantillas multidisciplinares para garantizar la atención de las personas.

Estos datos evidencian la situación que podemos encontrar en España en relación a los problemas psiquiátricos que pueden afectar a la población interna. No obstante, y tal como se ha mencionado previamente, la situación puede variar de una CC. AA., a otra, y especialmente si la misma dispone de competencias específicas en la materia, como es el caso de Cataluña que se describe en los siguientes apartados.

1.7.2. Contexto catalán

En el caso catalán, es importante mencionar a la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Penitenciaria (UHPP-C), la cual forma parte de la Xarxa de Salut Mental del Parc Sanitari de Sant Joan de Deu de Barcelona (169), que recibe a internos de todos los centros penitenciarios de toda Cataluña que requieren de un ingreso en hospital psiquiátrico y se encuentran privados de libertad. Además, el modelo se basa en una atención enfocada en la recuperación, tal como recoge Muro Álvarez (169) al respecto:

“El paradigma que vertebra todas las intervenciones es el paradigma de la recuperación. El concepto de recuperación hace referencia al fortalecimiento de las propias capacidades y del desarrollo de nuevas habilidades enfocadas a mejorar la calidad de vida. Dota a la persona de herramientas que faciliten el desarrollo de un proyecto de vida propio, de acuerdo con sus posibilidades, expectativas y valores. Esto, a pesar de que los síntomas persistan, con el objetivo de recuperar el control activo de su propia vida.” (n/d)

El modelo en cuestión es único en todo el territorio español, aunque en la actualidad, el mismo se está integrando en las labores que lleva a cabo el País Vasco al respecto, como consecuencia de las competencias cedidas a las administraciones vascas, en las que se ha optado por transformar a los centros de privación de libertad que fueron transferidos, en centros de atención sanitaria integrales, tal como se menciona en el Libro Blanco sobre la atención sanitaria a las personas con trastornos mentales graves en los centros penitenciarios de España (164):

“La primera decisión adoptada de convertir los centros penitenciarios transferidos en centros de salud para equiparlos asistencial y administrativamente a los centros de salud comunitarios e integrarlos en Osakidetza, ha sido un elemento clave de éxito. Ha aportado igualdad en las condiciones laborales de los profesionales sanitarios que trabajan tanto en centros de salud penitenciarios como en centros de salud comunitarios, mejorando la satisfacción general.” (p. 220)

El modelo cuenta con una serie de características específicas que han permitido un desarrollo favorable y positivo para los pacientes atendidos. Siguiendo con lo dispuesto en el “Libro Blanco sobre la atención sanitaria a las personas con trastornos mentales graves en los centros penitenciarios de España (164), estas características permiten que:

“Todas las intervenciones en salud mental que se realizan en el ámbito psiquiátrico penitenciario en Cataluña se basan en la recuperación centrada en la persona. El concepto de recuperación centrada en la persona hace referencia al fortalecimiento de las propias capacidades y al desarrollo de nuevas habilidades enfocadas a mejorar su calidad de vida. Este abordaje dota a la persona de herramientas que facilitan el desarrollo de un proyecto de vida propio, de acuerdo con sus posibilidades, máximo potencial, expectativas y valores, con el objetivo de que la persona recupere el control activo de su propia vida a pesar de que los síntomas de su trastorno mental persistan.” (p. 249)

Es importante mencionar el Programa de Colaboración con la Primaria (PCP), el cual se lleva a cabo por el Institut Català de la Salut, el programa en cuestión se conforma en el año 2017, siguiendo las directrices estipuladas por el Departament de Salut y Justicia de la Generalitat de Catalunya, desplegándose de forma total en los centros de la CC. AA., desde las primeras semanas del año 2018. Resulta fundamental mencionar que, en el centro de internamiento de Quatre Camins ya se contaba desde hacía un par de años antes, con un modelo muy parecido. Al mismo tiempo, es esencial establecer diferencias claras entre el PCP dentro de los servicios enfocados a las interconsultas por profesionales psiquiatras, la cual siempre ha estado presente en los centros, pero que no contaba con el contexto de carácter multidisciplinar que se estableció con el PCP (170).

La atención de índole ambulatoria se centra en el modelo de atención completa enfocada en cada una de las personas, y que tiene como finalidad la consecución de una autonomía total y recuperación del interno. Por tanto, el programa tiene como base la colaboración y soporte entre los diversos equipos de salud mental en el ámbito penitenciario, los equipos para la atención de carácter primario en los centros de privación de libertad, y los equipos que se centran en el tratamiento en las citadas dependencias. De esta forma, Fernández y Olivé (170) exponen lo siguiente:

“El PCP penitenciario viene determinado por la esencia propia del PCP comunitario, esta nueva filosofía de trabajo se da cuando la atención primaria y la atención especializada crean lazos de unión y de trabajo compartido, es aquí cuando realmente se dan oportunidades de mejora significativa de la atención a las personas con trastorno mental o adicciones.” (n/d)

En la Comunidad Autónoma de Cataluña se sitúan unos 14 centros de privación de libertad(172), las cuales tienen transferidas las competencias en materias penitenciarias (173), siendo gestionadas por la Secretaria de Serveis Penitenciaris, Rehabilitació i Justícia Juvenil del Departament de Justícia i Interior (174), y con un programa de Salut Penitenciaria que sigue el organigrama expuesto a continuación:

Figura 2. Organigrama del Programa de Salut Penitenciaria



Fuente: elaboración propia, adaptado de(175)

Las estadísticas aportadas por el Instituto de estadística de Cataluña (IDESCAT) (176) evidencian una variación importante en la población

penitenciaria en los últimos diez años, tal como podemos observar en la siguiente tabla (tabla 2):

Tabla 2. *Evolución de los internos durante los últimos 10 años*

	Total	Hombres	Mujeres
2021	14.793,00	13.400,00	1.393,00
2020	12.715,00	11.517,00	1.198,00
2019	14.890,00	13.813,00	1.077,00
2018	15.302,00	14.124,00	1.178,00
2017	15.275,00	14.069,00	1.206,00
2016	13.762,00	12.493,00	1.269,00
2015	13.854,00	12.554,00	1.300,00
2014	13.700,00	12.386,00	1.314,00
2013	13.483,00	12.247,00	1.236,00
2012	14.852,00	13.560,00	1.292,00

Fuente: Elaboración propia basado en (176)

El total de internos ha mantenido una tendencia decreciente desde el año 2012 a 2017 (aunque en el caso de las mujeres se ha extendido hasta el año 2019), momento en que los índices vuelven a subir hasta (alrededor de 2.000 internos más), llegando a alcanzar un total de 14.793 para el año 2021, con aumentos en la población de hombres y mujeres.

En cuanto a la distribución por edades, en la siguiente tabla (tabla 3) se describen los diversos grupos etarios, evidenciando que el más cuantioso es el de internos entre 26 y 40 años, mientras que el menos numeroso es el grupo más joven (de 18 a 20 años).

Tabla 3. Distribución de los internos en Cataluña por rango etario

Año	Total	De 18 a 20 años	De 21 a 25 años	De 26 a 40 años	De 41 a 60 años	De 61 años y más
2021	14.793,00	309,00	1.503,00	6.324,00	5.876,00	616,00
2020	12.715,00	211,00	1.362,00	5.557,00	4.817,00	455,00
2019	14.890,00	291,00	1.612,00	6.569,00	5.599,00	488,00
2018	15.302,00	282,00	1.625,00	6.912,00	5.625,00	529,00
2017	15.275,00	290,00	1.592,00	7.029,00	5.569,00	532,00
2016	13.762,00	272,00	1.455,00	6.468,00	4.846,00	721,00
2015	13.854,00	308,00	1.445,00	6.625,00	4.821,00	396,00
2014	13.700,00	332,00	1.530,00	6.635,00	4.584,00	387,00
2013	13.483,00	392,00	1.610,00	6.650,00	4.405,00	385,00
2012	14.852,00	355,00	1.818,00	7.485,00	4.510,00	430,00

Fuente: Elaboración propia basado en (176)

En lo relacionado con la distribución por nacionalidad, podemos observar en la tabla 4 que la población extranjera ha mostrado un descenso importante desde el año 2012 a 2019, aunque en el año 2020 se volvieron a registrar índices que rondaron los 3.200 internos extranjeros, continuando el alza hasta el año 2021.

Tabla 4. Distribución de los internos en Cataluña por nacionalidad

Año	Total	Espanoles	Extranjeros
2021	14.793,00	10.723,00	4.070,00
2020	12.715,00	9.429,00	3.286,00
2019	14.890,00	12.337,00	2.553,00

2018	15.302,00	12.637,00	2.665,00
2017	15.275,00	12.466,00	2.809,00
2016	13.762,00	10.375,00	3.387,00
2015	13.854,00	10.498,00	3.356,00
2014	13.700,00	10.376,00	3.324,00
2013	13.483,00	10.081,00	3.402,00
2012	14.852,00	10.814,00	4.038,00

Fuente: Elaboración propia basado en (176)

Siguiendo con lo dispuesto en el estudio PRECA (174), la Comunidad de Catalunya es la única de toda España que dispone de una red de servicios psiquiátricos dentro de las instalaciones de privación de libertad, los cuales tratan de imitar a los servicios de psiquiatría comunes. Por tanto, la conformación del El Grupo de trabajo sobre Salud Mental en prisiones dentro de los centros se creó en el año 2004 (reconocido por sus siglas GSMP), considerando al mismo como un impulso para el proyecto de investigación que tenía como finalidad el reconocimiento de los trastornos mentales en la población penitenciaria, al mismo tiempo que se analizaban las necesidades que tenían que verse satisfechas en este ámbito, y solventarlas a corto plazo. Así mismo, Muro y Ribas (177) exponen lo siguiente sobre la red de psiquiatría desplegada en todo el entorno penitenciario catalán:

“Cataluña cuenta con la red de psiquiatría penitenciaria más evolucionada de Europa, un referente estatal del trabajo coordinado entre los Departamentos de Salud y Justicia. Se trata de un modelo que se ha desarrollado en los últimos veinte años para garantizar el derecho constitucional y humano de toda persona de ser tratada de su trastorno mental en las mismas condiciones, esté dentro o fuera de un centro penitenciario. El camino ha sido largo. En el año 1998, las personas con trastorno mental que se encontraban dentro de las prisiones catalanas

eran atendidos en unos módulos llamados enfermerías, y sometidos a un régimen casi igual al de los internos ordinarios. En el año 2005, los adolescentes con problemas de salud mental recibían una atención únicamente ambulatoria presentando múltiples dificultades para incorporarse a los programas de rehabilitación y reinserción social.” (n/d)

El estudio PRECA (174), que contó con una muestra de 707 pacientes, siendo 222 provenientes de los centros de privación de libertad de Cataluña, evidenciaron una prevalencia del 10.7% de trastornos psicóticos, mientras que el trastorno afectivo ostentó un 41%, y el trastorno de ansiedad se posicionó en un 45.3%. Estos datos pueden servir como referente para analizar el índice actual de los trastornos psicóticos en la población penitenciaria actual, ya que, si extrapolamos los mismos a los índices expuestos por el INDESCAT, podríamos estar hablando de alrededor de 1.400 internos con trastornos psicóticos. No obstante, en otro estudio llevado a cabo por la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria (178), los trastornos psicóticos se posicionaron por encima del 2.6% y los de carácter afectivo y de personalidad sobre el 6.9%, lo que nos situaría en un universo mucho más reducido que el anterior dispuesto por el estudio PRECA (174) (alrededor de 380 personas en toda la comunidad autónoma), aspectos que se han tenido en cuenta al momento de definir la metodología y seleccionar a la muestra.

Acorde con esta premisa, este proyecto se enfoca en analizar la adaptación al entorno penitenciario de individuos con trastornos mentales. Dada la relevancia de este tema, es crucial investigar los índices de prevalencia de estos trastornos en el contexto penitenciario y examinar cómo se correlacionan con la capacidad de adaptación de los internos a dicho entorno. Tal análisis se detalla en los apartados metodológicos de esta tesis. Este estudio no solo busca identificar las principales barreras que enfrentan estos individuos en su adaptación, sino también evaluar la eficacia de las intervenciones actuales y desarrollar estrategias más efectivas para su manejo. Responder a estas preguntas es esencial, ya que proporcionará una base sólida para mejorar las

políticas y prácticas dirigidas a este colectivo vulnerable, asegurando que reciban el apoyo adecuado para facilitar su reintegración tanto dentro como fuera del sistema penitenciario.

CAPÍTULO 2: MARCO METODOLÓGICO

Este capítulo explica el marco metodológico de los dos estudios que constituyen la presente tesis doctoral. El Estudio A se enfoca en la validación de una escala, incluyendo la definición de objetivos, hipótesis, y la selección de un comité de expertos basado en criterios específicos. Se describen las variables, los instrumentos, los procedimientos, los aspectos éticos y el análisis estadístico usados. El Estudio B investiga la correlación entre variables, detallando objetivos, hipótesis, tamaño de la muestra, criterios de selección, variables, instrumentos, métodos, aspectos éticos y el análisis estadístico aplicado.

2.1. Estudio A, validación de la escala

2.1.1. Definición del estudio

El primer estudio consiste en la validación de la escala Prison Adjustment Index (PAI) que mide la adaptación en la prisión, escala que originalmente se encontraba en inglés, y que ha sido traducido, adaptado transculturalmente y validado por un comité de expertos.

2.1.2. Objetivos e hipótesis

2.1.2.1. Objetivo general

Realizar una adaptación transcultural y validación de la escala *Prison Adjustment Index* (PAI) al español.

2.1.2.2. Objetivos secundarios

- Aplicar la escala PAI adaptada a una muestra representativa de internos del sistema penitenciario español para evaluar su comprensión y fiabilidad.
- Realizar un análisis psicométrico detallado del PAI adaptado para evaluar su validez y consistencia interna en el contexto penitenciario español.

2.1.2.3. Hipótesis

- Hipótesis 1: La adaptación lingüística y cultural de la escala PAI para el contexto penitenciario se espera que ofrezca información fiable sobre la variable a estudio.
- Hipótesis 2: El análisis psicométrico detallado de la escala PAI adaptada revelará una validez y consistencia interna sólidas en el contexto penitenciario español, lo que se manifestará en coeficientes de fiabilidad y validez que cumplan con los estándares psicométricos aceptables.

2.1.3. Procedimiento

El trabajo de campo para la validación de la escala PAI se dividió en dos fases. En la primera, se tradujo y adaptó la escala. En la segunda, se utilizó un cuaderno de recogida de datos para recoger las variables a correlacionar. Durante esta fase, también continuó el proceso de validación de la escala. Se permitió que los participantes completaran ambos estudios al mismo tiempo para enfrentar las dificultades de muestreo y reducir la pérdida de participantes.

Esta decisión se basó en las dificultades asociadas al régimen de vida penitenciaria (179), tales como:

- Se tomaron medidas para asegurar que las entrevistas se programaran en horarios compatibles con las actividades del centro penitenciario.
- Se consideró que los participantes citados podrían estar ausentes por traslados a otros centros, diligencias judiciales o consultas médicas.
- Además, las condiciones de vida en el penitenciario y las variaciones en el estado de ánimo de los internos afectaron la asistencia y la continuidad de las entrevistas, lo que requirió una mayor flexibilidad en los plazos establecidos.

2.1.3.1. Fase 1: Traducción y adaptación de la escala Prison Adjustment Index (PAI)

En la primera fase del estudio, desde septiembre de 2019 hasta abril de 2021, se tradujo y adaptó la escala Prison Adjustment Index (PAI) del inglés al español para el contexto penitenciario (180–184). Este proceso incluyó el método de traducción y retrotraducción. Dos psiquiatras bilingües con experiencia en centros penitenciarios del Reino Unido colaboraron en este proceso. El primer experto realizó la traducción inicial al español, y el segundo, sin conocer el texto original, hizo la retrotraducción al inglés. Luego, el investigador principal y un equipo de un psicólogo clínico, una enfermera de salud mental y una terapeuta ocupacional, todos con experiencia penitenciaria, evaluaron la adecuación de la traducción.

Es crucial destacar que todos los miembros del equipo tienen dominio nativo del español y un nivel avanzado de inglés, lo que fue esencial para comparar cada ítem de la versión original de la escala Prison Adjustment Index (PAI) con la versión retrotraducida. Utilizaron un *check list* específico para analizar el formato, la redacción, la estructura gramatical y la similitud de los ítems. En situaciones donde surgieron discrepancias, el equipo trabajó para

alcanzar un consenso y encontrar alternativas adecuadas en la traducción. Además, se consideró la adición de nuevos ítems para capturar más precisamente el constructo de "adaptación al medio penitenciario". Cabe señalar que, dado que el PAI se originó en 1961 y fue imposible contactar al autor original para su autorización, y sin una escala de referencia disponible, estas decisiones se tomaron con un alto grado de meticulosidad y cuidado.

Todas las actividades relacionadas con la traducción y adaptación de la escala se realizaron fuera del horario laboral del equipo. Una vez completada la traducción y adaptación, se evaluó la validez de contenido usando el Índice de Validez de Contenido de Lawshe (183,185). En abril de 2021, se reunió un comité de expertos, incluyendo educadores, psicólogos, juristas y trabajadores sociales de los equipos de tratamiento de un centro penitenciario en Barcelona, para llevar a cabo esta evaluación.

Para garantizar la idoneidad de los expertos convocados, se establecieron criterios de inclusión específicos, que requerían que los candidatos tuvieran al menos cinco años de experiencia profesional, formaran parte de los equipos de tratamiento en prisiones, contaran con experiencia previa en investigaciones o publicaciones relacionadas con el tema, y demostraran motivación y habilidades comunicativas alineadas con los objetivos de esta fase del estudio. La selección de estos expertos se llevó a cabo por un responsable de un centro penitenciario en Barcelona, quien empleó el Coeficiente de Competencia (K) calculado para cada candidato como principal criterio de selección. Este coeficiente incluyó:

$$K = 0,5 (Kc + Ka)$$

En esta ecuación, se tuvieron en cuenta los siguientes valores (186):

- Kc: Coeficiente de Conocimiento, el cual se define como la valoración propia de los expertos que expresan su nivel de conocimiento con relación al tema que estamos analizando
- Ka: Corresponde al Coeficiente de Argumentación los argumentos (también conocido como fuente), los cuales garantiza el conocimiento de los expertos

Además, en la siguiente tabla se describen las puntuaciones que han facilitado la valoración del Coeficiente de argumentación:

Tabla 5. Puntuación de las fuentes de argumentación para obtener el "coeficiente de argumentación" (Ka)

Fuente de argumentación	Alto	Medio	Bajo
Análisis teóricos que usted ha desarrollado relacionado con el tema estudiado	0.3	0.2	0.1
Su experiencia profesional	0.5	0.4	0.2
Revisión de estudios de investigación sobre el tema de autores españoles/nacional	0.05	0.05	0.05
Revisión de estudios de investigación sobre el tema de autores no españoles/internacional	0.05	0.05	0.05
Su propio conocimiento del estado actual del tema	0.05	0.05	0.05
Su intuición sobre este estudio/tema	0.05	0.05	0.05

Adaptado de Cabero y Barroso (186)

Tras calcular el Coeficiente de Competencia (K), se seleccionaron 11 expertos que ya habían trabajado con las versiones adaptadas por el comité. Estos expertos evaluaron cada afirmación de la escala para determinar su relevancia. La cantidad de expertos fue considerada suficiente para evaluar la validez de contenido, de acuerdo con las normas de estudios anteriores (187).

La evaluación se desarrolló en dos rondas. La primera se enfocó en clasificar cada ítem como "esencial" o "no esencial", buscando un consenso mínimo del 70% entre los expertos. En la segunda ronda, se midieron el Índice de Relevancia (IR) y el Índice de Pertinencia (IP) de cada ítem, utilizando una escala de 0 a 1, donde 0 significa no pertinente o relevante y 1 totalmente pertinente o relevante. Para estos cálculos se utilizó la fórmula específica proporcionada en el estudio:

$$\frac{N^{\circ} \text{ de expertos que puntúan } 1}{\text{total de expertos que evaluaron el ítem}}$$

Una vez calculado el Índice de Validez de Contenido (IVC) para cada ítem de la Escala, se obtuvo el promedio de los índices de Relevancia (IR) y Pertinencia (IP) de todos los ítems. Se consideró adecuado un IVC de 0.8 o superior para cada ítem individual y para el total de ítems, conforme a las normas de estudios previos (187,188). Además, se recogieron observaciones cualitativas de los expertos para cada ítem de la escala original, que fueron clave para identificar áreas de desacuerdo. Con todos los resultados disponibles, se realizaron las modificaciones necesarias o se eliminaron aquellos ítems con mayores discrepancias entre los expertos. Tras analizar todos los resultados, se hicieron modificaciones o se eliminaron las preguntas o ítems que presentaron mayores discrepancias entre los expertos.

2.1.3.2. Fase 2: Validación de la escala

La validación de la escala PAI se llevó a cabo sobre una versión española obtenida de la misma. Se empleó una muestra de 100 participantes, divididos entre 50 individuos diagnosticados con trastornos psicóticos y 50 miembros de la población penitenciaria general sin psicosis, estos últimos actuando como

grupo de control. Este diseño permitió establecer que el tamaño de muestra adecuado para la validación era de 100 participantes.

a) Tamaño muestral y criterios de elegibilidad

Para validar la escala "Prison Adjustment Index", se determinó que se necesitaban 10 participantes por cada ítem (189), resultando en una muestra inicial de 50 participantes con psicosis siguiendo los criterios del DSM-5 (ver Anexo 2). Adicionalmente, se incluyó una muestra igual de 50 individuos de la población penitenciaria general sin psicosis. Por lo tanto, la muestra total requerida para validar la escala PAI se estableció en 100 participantes (190).

Respecto al cálculo muestral, estudios previos utilizando la escala PAI en poblaciones penitenciarias sin antecedentes psiquiátricos han usado muestras similares; por ejemplo, Novo et al. (191) contaron con 112 internos, mientras que el estudio original de la PAI incluyó 44 internos de un universo inicial de 621 participantes del estudio de Wolfgang (192).

Los criterios de elegibilidad para seleccionar a los participantes del estudio fueron definidos como sigue:

- Hombres ingresados en centros penitenciarios de Barcelona.
- Edades entre 18 y 65 años.
- Diagnosticados con trastornos psicóticos según el DSM-5, específicamente en el espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (193).
- Capaces de entender y expresarse en castellano correctamente.

b) Procedimiento

La confiabilidad de la versión adaptada de la escala PAI se evaluó usando el alfa de Cronbach, un método estándar para medir la consistencia interna de un instrumento. Según Quero (194) este coeficiente se calcula a partir de la media de todas las correlaciones entre ítems, y también puede considerarse como el promedio de todas las posibles correlaciones de división por mitades (p. 250). Tras obtener estos resultados, se analizaron para decidir la exclusión o inclusión de ítems según su fiabilidad.

Dado que no existe una escala patrón o "Gold Standard", se convocó a un grupo de 11 expertos de la junta de tratamiento de los centros seleccionados. Utilizando sus registros y sus criterios de uso habitual, determinaron si cada persona evaluada estaba adaptada o no a la prisión, empleando una matriz de clasificación en dos categorías: "adaptado" y "no adaptado". Esta evaluación involucró a un mínimo de 50 participantes con psicosis (189,195) y 50 controles sin psicosis, y los resultados ayudaron a comparar la adaptación de la versión en español de la PAI.

Esta actividad se llevó a cabo, ajustándose a la disponibilidad de los expertos durante un periodo de 30 meses, desde el 3 de mayo de 2021 hasta el 31 de octubre de 2023. El investigador principal presentó la matriz de clasificación a cada experto, realizando esta tarea fuera de su horario laboral, y dedicando una media de 5 minutos por participante evaluado.

Adicionalmente, se realizó un retest una semana después del test inicial, aplicando nuevamente la escala a la misma muestra. Para evaluar la estabilidad de las respuestas se utilizó el coeficiente de correlación intraclase (ICC), descrito por Mandeville (196): "como el índice de concordancia para datos continuos que mide la proporción de la variación total atribuible a las diferencias entre observadores e instrumentos" (p. 414).

Las pruebas empleadas fueron consideradas adecuadas para evaluar la estabilidad intraclase del constructo en el tipo de estudio realizado. Se estableció un nivel de significancia estadística de $p < 0.05$, basado en varios estudios relevantes (180–182).

Para determinar la validez concurrente, se analizó la relación entre la puntuación total de la escala PAI adaptada, convertida en una variable cuantitativa tras la validación intraclase final, y la puntuación asignada por los expertos en la segunda fase del estudio, definida como una variable dicotómica ("adaptación: sí/no"). Para esto se utilizó la prueba de Correlación Biserial Puntual, estableciendo un valor de $p < 0.05$ para determinar la correlación entre las evaluaciones de los expertos y la puntuación media de la escala. Esta metodología es considerada apropiada para este tipo de validación, según Palmer y Montaña (197).

Para la versión a estudio de la escala Prison Adjustment Index, se extrajo toda la información necesaria de los expedientes penitenciarios digitalizados de los internos. Esta práctica fue autorizada por dos comités de ética e investigación de Barcelona, garantizando el cumplimiento de los estándares éticos y de protección de datos personales según la normativa vigente (198).

- *Aspectos éticos*

Los investigadores colaboradores (psiquiatras y psicólogos) y el investigador principal, también psiquiatra, fueron los encargados de reclutar participantes para el estudio. A los pacientes que cumplían los criterios de elegibilidad se les pedía su consentimiento para participar, el cual era formalizado mediante la firma de un consentimiento informado (Anexo 1).

Este consentimiento informado incluía datos específicos como el nombre completo del paciente y la ubicación del centro penitenciario. Para mantener la confidencialidad, a cada participante se le asignaba un código anonimizado que

se usaba para identificar su "cuaderno de recogida de datos". Este código se formaba combinando la última letra del primer apellido y la última letra del primer nombre del participante, seguido de la fecha de firma del consentimiento y el año de nacimiento del paciente. Por ejemplo, para un paciente ficticio llamado José González nacido en 1970 y que firmó el consentimiento el 21/01/2020, el código sería: ze210120201970.

Cada colaborador enviaba los documentos impresos de cada participante, que incluían el consentimiento informado y el "cuaderno de recogida de datos", a un Centro Penitenciario, dirigidos al investigador principal en sobres sellados a través del correo interno de los centros.

El investigador principal utilizaba Microsoft Excel 2010 para crear un listado con acceso restringido, donde asignaba a cada participante un número único conforme recibía sus consentimientos informados. Por ejemplo, si recibía tres sobres, asignaría un número secuencial a cada uno:

1. José García (nombre ficticio) ae220120201980 Brians 1.
2. Ricardo López (nombre ficticio) zo240220201970 Brians 1.
3. Antonio Flores (nombre ficticio) sa300120201973 Brians 2.

Este procedimiento garantizaba un seguimiento organizado y confidencial de los participantes del estudio.

El investigador principal (IP) recolectó y procesó los "cuadernos de recogida de datos" completados por los colaboradores y él mismo. Esta información se transfirió a una base de datos en Microsoft Office Access 2010, accesible solo por el IP y protegida con contraseña. Los datos personales fueron codificados, asignando a cada participante un número único, guardado en un archivo protegido al que solo accedía el IP. Toda la documentación del estudio se almacenó temporalmente en los archivos de la institución hasta su transferencia a la Unidad de Investigación del centro responsable de los datos

según la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales.

d) Análisis de datos

Para evaluar la validez concurrente de la escala, se comparó la puntuación total cuantitativa de la escala con la puntuación dicotómica del cuestionario ("adaptación sí/no") completado por los expertos, utilizando la correlación biserial puntual. La confiabilidad de la escala se midió con el alfa de Cronbach para verificar su consistencia interna. Además, la estabilidad de las respuestas se evaluó con el coeficiente de correlación intraclase en un intervalo de una semana entre el test inicial y el re-test, con un nivel de significancia estadística de $p < 0.05$.

2.2. Estudio B, estudio de correlación de variables

2.2.1. Definición del estudio

El estudio es observacional descriptivo correlacional e incluye dos grupos: controles y casos. Se utilizaron diversas pruebas y escalas para evaluar síntomas psicóticos según el DSM-5, riesgo de suicidio, intencionalidad suicida, ansiedad y depresión. Se realizaron pruebas de correlación entre los resultados de estas escalas y los valores de la escala PAI validada para determinar si las diferencias entre los grupos eran estadísticamente significativas y si la psicosis afecta la adaptación de los internos al entorno penitenciario.

2.2.2. Objetivos e hipótesis

2.2.2.1. Objetivo general

Evaluar la adaptación de la población masculina al entorno penitenciario y analizar la influencia de la psicosis en dicha adaptación. Esto se llevó a cabo mediante la comparación entre un grupo de participantes que presentaban psicosis y otro grupo de control compuesto por participantes sin psicosis

2.2.2.2. Objetivos secundarios

- Evaluar la intensidad de los síntomas psicóticos y su correlación con la adaptación al medio penitenciario
- Identificar las diferencias entre los casos y controles.
- Determinar la adaptación de los casos y los controles.

2.2.2.3. Hipótesis

- *Hipótesis principal (H.P):*

Los hombres con psicosis presentan más síntomas (medidos con las escalas PANSS, ansiedad y depresión de Hamilton, Mini suicidio, intencionalidad suicida de Beck) y peor adaptación al medio penitenciario que los pertenecientes al grupo de control.

- *Hipótesis secundaria (H.S)*

La versión en español de la escala *Prison Adjustment Index* (PAI) permite evaluar la adaptación a las prisiones de hombres con psicosis.

2.2.3. Población

2.2.3.1. Tamaño muestral y criterios de elegibilidad

Para el estudio de correlación de variables, se determinó un tamaño muestral de 100 individuos, divididos equitativamente entre 50 pacientes con esquizofrenia (195) y 50 controles. Este tamaño se calculó usando la fórmula para el coeficiente de correlación lineal de Pearson (199), mediante el software estadístico Ene 3.0 (200). Se estimó que esta muestra permitiría detectar correlaciones mínimas de 0.24 entre diferentes escalas, como PANSS y PAI, con un nivel de significancia del 5% y una potencia del 80%, resultados similares a los obtenidos en estudios anteriores por Bowie et al. (195).

Para calcular el tamaño de la muestra, se consideró la prevalencia de antecedentes psiquiátricos en la población penitenciaria masculina. Según IDESCAT (176), esta población se estima en 13,400 personas. De acuerdo con un estudio de la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria (178), aproximadamente el 2.6% tiene trastornos psicóticos y el 6.9% trastornos afectivos y de personalidad, lo que representa alrededor de 380 personas en la comunidad autónoma. Este análisis respaldó la elección de un tamaño muestral de 100 participantes, divididos en dos grupos para los estudios.

Los criterios de elegibilidad (inclusión) para seleccionar a los participantes del estudio incluyen:

- Hombres ingresados en centros penitenciarios de Barcelona.
- Edades de 18 a 65 años.
- Diagnosticados con trastornos psicóticos según el DSM 5, en el espectro de la esquizofrenia y otros trastornos relacionados (193).
- Capaces de entender y expresarse en castellano adecuadamente.

En cuanto a los criterios de exclusión, se consideraron los siguientes:

- Previsión de liberación en menos de 4 semanas tras firmar el consentimiento informado.
- Pacientes que alcancen un percentil de 60 o superior en la subescala de síntomas positivos de la PANSS (201).
- Exclusión de aquellos con consumo y abuso de sustancias, excepto consumo moderado de tabaco, cannabis (hasta 10 gramos semanales), participación en programas de reducción de daños con metadona o tramadol, y/o prescripción médica de benzodiazepinas.

Durante la verificación de los criterios de elegibilidad, el investigador principal y los colaboradores evaluaron el trastorno psicótico de cada participante usando un *check list* (Anexo 1) basado en el manual DSM-5 (202), traducida al español. Los participantes que no cumplían con los criterios diagnósticos para trastornos psicóticos eran asignados al grupo de control, siguiendo el procedimiento establecido para la aplicación de los criterios de exclusión.

2.2.4. Variables

2.2.4.1. Variables independientes

- a) *Intensidad de la sintomatología psicótica:* Se ha medido la intensidad de la sintomatología psicótica positiva, negativa, general y compuesta, empleando para ello la escala PANSS (201).
- b) *Ansiedad:* En lo que respecta a la ansiedad, se ha medido la presencia de la misma con la Escala de Ansiedad de Hamilton (203,204) teniendo en cuenta que en el estudio PRECA (179,205), el trastorno de ansiedad fue

el segundo más frecuente en prevalencia vida, y el más frecuente en el último mes de los trastornos mentales según criterios DSM-IV (206).

- c) *Depresión*: Se ha medido la depresión con la Escala de Depresión de Hamilton basándose en el estudio PRECA (179,205), donde los trastornos afectivos ocuparon el tercer lugar en prevalencia tanto de vida como en el último mes de los trastornos mentales según criterios DSM-IV (206).
- d) *Riesgo y conducta suicida*: Las variables “riesgo de suicidio” se ha medido con la subescala riesgo de suicidio de la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) (207,208) y “conducta suicida” se ha valorado por medio de la escala de intencionalidad suicida de Beck (209,210).

2.2.4.2. Variable dependiente

- a) *Adaptación al entorno penitenciario*: Para evaluar la adaptación a la prisión, se utilizó la escala "Prison Adjustment Index" (PAI) de Marvin E. Wolfgang, que considera indicadores objetivos como el número y duración de actividades laborales (192,211,212). Esta escala fue traducida del inglés al español, adaptada y validada específicamente para este estudio (180–182).

2.2.4.3. Variables descriptivas sociométricas

- Año de nacimiento.
- Lugar de nacimiento: Se clasifica por continente (África, América, Asia, Europa, Oceanía, y otros) y nacionalidad (española, Unión Europea - otros no española-, extracomunitario).
- Años de escolarización.

- Categoría diagnóstica de trastorno psicótico: Según criterios DSM 5.
- Delito principal: Espacio en blanco para especificar el delito.
- Clasificación en prisión: Cuatro alternativas específicas (primer grado, segundo grado, tercer grado, pendiente de clasificar) y una opción “otros” para especificar.
- Ubicación actual: Cuatro alternativas cerradas (módulo ordinario, especializado, de sancionados, y el DERT) con una opción abierta para otras ubicaciones que deben ser especificadas.

2.2.5. Instrumentos

Aunque el estudio PRECA utiliza instrumentos basados en la Structured Clinical Interview for DSM (SCID) y una escala de adaptación específica, estos fueron desarrollados y validados para el DSM-IV. Sin embargo, este estudio utiliza los criterios del DSM-5, creando una discrepancia metodológica. Debido a la falta de versiones validadas en español del SCID para el DSM-5, ha sido necesario buscar alternativas para la evaluación diagnóstica adecuada al contexto del estudio actual, y se ha utilizado un Check list basado en los criterios del DSM -5.

2.2.5.1. Check list basado en los criterios del DSM -5 (trastornos psicóticos y trastornos no psicóticos)

El instrumento diseñado específicamente por el investigador se basa en los criterios del DSM-5 (202). Este *check list* incluye diversos criterios de trastornos con opciones dicotómicas de respuesta (sí/no) y categorías (A, B, C, D, E) para cada trastorno, incluyendo su respectiva codificación (anexo 1).

2.2.5.2. Escala de los síndromes positivo y negativo de la esquizofrenia (PANSS)

La Escala de los Síndromes Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (PANSS), desarrollada por Kay et al. y traducida y validada al español por Peralta y Cuesta (201), es un instrumento ampliamente utilizado para evaluar la intensidad de síntomas en trastornos psicóticos como la esquizofrenia. La PANSS mide síntomas en tres escalas: positiva, negativa, y psicopatología general, mediante una entrevista semiestructurada de 10 a 15 minutos, y utiliza una escala Likert de 1 (ausente) a 7 (extremo).

La escala incluye 30 ítems: siete en la escala positiva (PANSS-P), siete en la negativa (PANSS-N), y 16 en la de psicopatología general (PANSS-PG). Además, existe una escala compuesta (PANSS-C), calculada restando la puntuación negativa de la positiva, que varía entre -42 y 42, reflejando la predominancia de un síndrome sobre el otro.

La PANSS no solo mide la gravedad de los síntomas sino que también ayuda a monitorizar la respuesta al tratamiento, ya sea farmacológico o psicoterapéutico, y se ha usado para clasificar pacientes con predominio de síntomas positivos o negativos. Su eficacia está bien documentada, justificando su uso en diversos estudios clínicos.

2.2.5.3. Entrevista neuropsiquiátrica internacional (mini)/riesgo de suicidio.

La Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) es una entrevista diagnóstica estructurada y breve que evalúa los principales trastornos psiquiátricos del Eje I según el DSM-IV-TR y la CIE-10. Comparada con instrumentos como el SCID-P para el DSM-III-R y el CIDI de la OMS, estudios han mostrado que la MINI ofrece una validez y confiabilidad alta y puede ser administrada en un tiempo considerablemente más corto, con un promedio de

aproximadamente 15 minutos. Esto permite su uso por clínicos con solo un breve entrenamiento. En este estudio, específicamente se utilizó el módulo "C" de la MINI para evaluar el riesgo de suicidio de los participantes (207,208).

2.2.5.4. Escala de intencionalidad suicida de Beck (SIS)

La Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (SIS) es una herramienta heteroaplicada y semiestructurada diseñada para evaluar diversos aspectos de un intento de suicidio, incluyendo las circunstancias del evento, la actitud hacia la vida y la muerte, y el consumo de sustancias. Esta escala consta de 20 ítems evaluados en una escala Likert de 3 puntos (de 0 a 2).

La escala se divide en tres partes:

- Parte objetiva: Evalúa las circunstancias del intento de suicidio (ítems 1 al 8).
- Parte subjetiva: Examina las expectativas durante el intento (ítems 9 al 15).
- Otros aspectos: Comprende los ítems 16 al 20, que no contribuyen a la puntuación total.

La puntuación total, que indica la gravedad del intento, se calcula sumando las puntuaciones de los ítems 1 al 15. No se establecen puntos de corte específicos, pero una puntuación más alta indica mayor gravedad.

La escala ha sido validada en español con una coherencia interna de 0.8. Un análisis factorial reveló dos factores principales: letalidad esperada y planificación, con una consistencia interna de 0.8 y 0.7 respectivamente. En este estudio, se usaron los primeros 15 ítems de la escala, que abordan aspectos objetivos y subjetivos relevantes para la evaluación (209,210).

2.2.5.5. Escala de ansiedad de Hamilton

Esta escala, que debe ser administrada por un clínico después de una entrevista, permite puntuar cada ítem de 0 a 4, evaluando tanto la intensidad como la frecuencia de los síntomas. La escala ofrece dos puntuaciones diferenciadas: ansiedad psíquica (ítems 1 a 6 y 14) y ansiedad somática (ítems 7 a 13). Basado en los estudios y recomendaciones revisados, se distinguen estas dos categorías al analizar los resultados. Es importante notar que no hay puntos de corte definidos, y que puntuaciones más altas indican mayor intensidad de ansiedad. La escala también es sensible a los cambios a lo largo del tiempo o después de un tratamiento (203,204).

2.2.5.6. Escala de depresión de Hamilton

La Escala de Valoración de Hamilton para la Depresión es una herramienta heteroaplicada que mide cuantitativamente la gravedad y los cambios en los síntomas de la depresión, basándose en entrevistas clínicas y otras fuentes secundarias. Originalmente de 21 ítems, la versión reducida y más utilizada contiene 17 ítems, recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los EE. UU. Esta versión fue validada en español en 1986 por Ramos-Brieva.

La escala ha demostrado validez discriminante, fiabilidad y sensibilidad al cambio en poblaciones tanto hospitalizadas como ambulatorias. Cada ítem tiene de tres a cinco opciones de respuesta, puntuadas entre 0-2 o 0-4, con una puntuación total que varía de 0 a 52. Los puntos de corte utilizados para clasificar la gravedad de la depresión son (213,214):

- No deprimido: 0-7
- Depresión ligera/menor: 8-13

- Depresión moderada: 14-18
- Depresión grave: 19-22
- Depresión muy grave: >23

Para esta tesis, se utilizó la versión en español validada de la escala, aplicando los puntos de corte mencionados.

2.2.5.7. Prison Adjustment Index (PAI)

La *Escala Prison Adjustment Index (PAI)* de Marvin E. Wolfgang mide la adaptación de los internos en prisión desde una perspectiva administrativa. Evalúa factores como el número de actividades laborales, la duración en cada una, los despidos del trabajo y las infracciones registradas. La puntuación total, que puede ser positiva o negativa, indica si la adaptación del interno es buena o mala. La información para estos criterios se obtiene de los expedientes de los internos con ayuda de los técnicos de los centros penitenciarios (192,211,212).

Para este estudio, hemos traducido y validado la escala, siguiendo los mismos procedimientos y parámetros que los autores originales establecieron.

2.2.6. Procedimiento

2.2.6.1. Conformación y formación de profesionales y colaboradores

Para el estudio, se formó el "Grupo INSAMEPEC" con profesionales de distintas funciones:

- IP-1 (Investigador Principal): Psiquiatra encargado de recoger información de 60% de la muestra en dos estudios diferentes (60 participantes en total).
- C1-C4 (Colaboradores 1-4): Psiquiatras y psicólogos clínicos, cada uno recogió información de 10 participantes en sus respectivos centros penitenciarios.
- E1 (Estadístico): Apoyó en el análisis estadístico.
- T1-T4 (Traductores 1-4): Profesionales de la salud mental involucrados en la traducción y adaptación de la escala PAI del inglés al español y viceversa.
- Equipos de Tratamiento del Centro Penitenciario: Evaluaron la validez de contenido y de criterio de la escala PAI.
- CS (Coordinador de Salud Mental): Aprobó la realización del proyecto dentro del horario laboral.
- CTD1 y CTD2: Codirectores de Tesis Doctoral del proyecto.

Se llevaron a cabo tres sesiones de formación en abril de 2021 para los colaboradores, dirigida por el investigador principal, donde se explicaron los criterios de elegibilidad, la firma del consentimiento informado, y la metodología para la recopilación de datos. Cada colaborador recibió una carpeta con diez ejemplares del "cuaderno de recogida de datos" y materiales de escritura necesarios.

2.2.6.2. Recogida de variables

Para los estudios de validación de escala y relación de variables, se necesitaron 100 participantes (50 casos y 50 controles) para cada estudio. Cada

participante dedicó aproximadamente 85 minutos distribuidos de la siguiente manera:

- Una entrevista inicial de 25 minutos para verificar los criterios de elegibilidad.
- Dos entrevistas adicionales de 30 minutos cada una para completar el “cuaderno de recogida de datos”.

El tiempo necesario para la firma del consentimiento informado no se incluyó en el cálculo total, ya que varía según la capacidad de comprensión de cada participante.

Tabla 6. *Tiempo estimado para la recogida de información*

Basal 25 minutos Comprobación de los criterios elegibilidad.	ENTREVISTA 1 30 minutos Cuaderno de recogida de datos. Sesión 1.	ENTREVISTA 2 30 minutos Cuaderno de recogida de datos. Sesión 2
- Aplicación del check list basado en el DSM -5: 20 minutos. - PANSS positiva: 5 minutos.	- Variables descriptivas 5 minutos. - Ansiedad Hamilton: 10 minutos - Depresión Hamilton: 10 minutos. - PAI (Test): 5 minutos.	- PANSS: 10 minutos. - Mini suicidio: 5 minutos. - Intencionalidad suicida Beck 10 minutos. - PAI (retest): 5 minutos.

Fuente: elaboración propia

Para los estudios de validación de escala y relación de variables, se invirtieron aproximadamente 142 horas en la recogida de información a lo largo de 30 meses, desde mayo de 2021 hasta octubre de 2023, distribuidas en 120 semanas. Durante este tiempo, el investigador principal recopiló datos de los participantes en ambos estudios (60 participantes por estudio) empleando dos tardes por semana, fuera de su horario laboral, específicamente los martes y jueves de 16:30 a 19:30 horas, realizando dos entrevistas de 30 minutos cada tarde.

Las entrevistas se llevaron a cabo en los centros penitenciarios donde el investigador también ejerce como psiquiatra. Los 40 participantes restantes fueron distribuidos entre cuatro colaboradores, que recopilaban la información de diez participantes cada uno durante el mismo período de 30 meses. Los colaboradores trabajaron en este proyecto durante su horario laboral, pero de manera flexible, asegurándose de que no interfiriera con sus obligaciones diarias. Esta actividad fue autorizada por la coordinadora de Salud Mental del Área Penitenciaria de Barcelona.

2.2.7. Aspectos éticos

El estudio cumplió con un proceso ético estándar, detallado en el estudio de validación de la escala. Los colaboradores y el investigador principal reclutaron participantes que proporcionaron consentimiento informado, el cual incluía detalles personales y un código anonimizado para su identificación. Los documentos recopilados se enviaron al Centro Penitenciario designado en sobres sellados, y se asignó un número único a cada participante. La información recogida en papel se digitalizó y almacenó en una base de datos protegida con contraseña. Los datos personales se codificaron y almacenaron de forma segura. Al concluir el estudio, toda la documentación se transfirió a la Unidad de Investigación del centro designado, respetando las normas de protección de datos.

2.2.8. Análisis estadístico

2.2.8.1. Estudio descriptivo

Las variables descriptivas fueron medidas con frecuencias y porcentajes para las variables categóricas, y con medias y desviaciones estándar (DE) para las variables continuas, al mismo tiempo que se generaron tablas y gráficos para mejorar la visualización de los resultados.

2.2.8.2. Análisis de correlaciones

Para determinar la correlación entre los resultados de las escalas PANSS, Ansiedad y Depresión de Hamilton, MINI suicidio, Intencionalidad Suicida de Beck, con los resultados de la escala PAI, a nivel exploratorio se utilizó la correlación de Pearson o de Spearman entre ellas, según su distribución.

Al mismo tiempo, con el fin de correlacionar las variables ordinales se utilizó un test no-paramétrico para comparar distribuciones entre grupos independientes. Además, resulta importante mencionar que se consideraron significativos los resultados de los test estadísticos con $p < 0.05$.

CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1. Resultados

3.1.1. Resultados descriptivos

Alrededor del 41% de los participantes nació en África y el 46% en Europa. Respecto a la nacionalidad, el 50% son europeos y el otro 50% posee nacionalidad extracomunitaria.

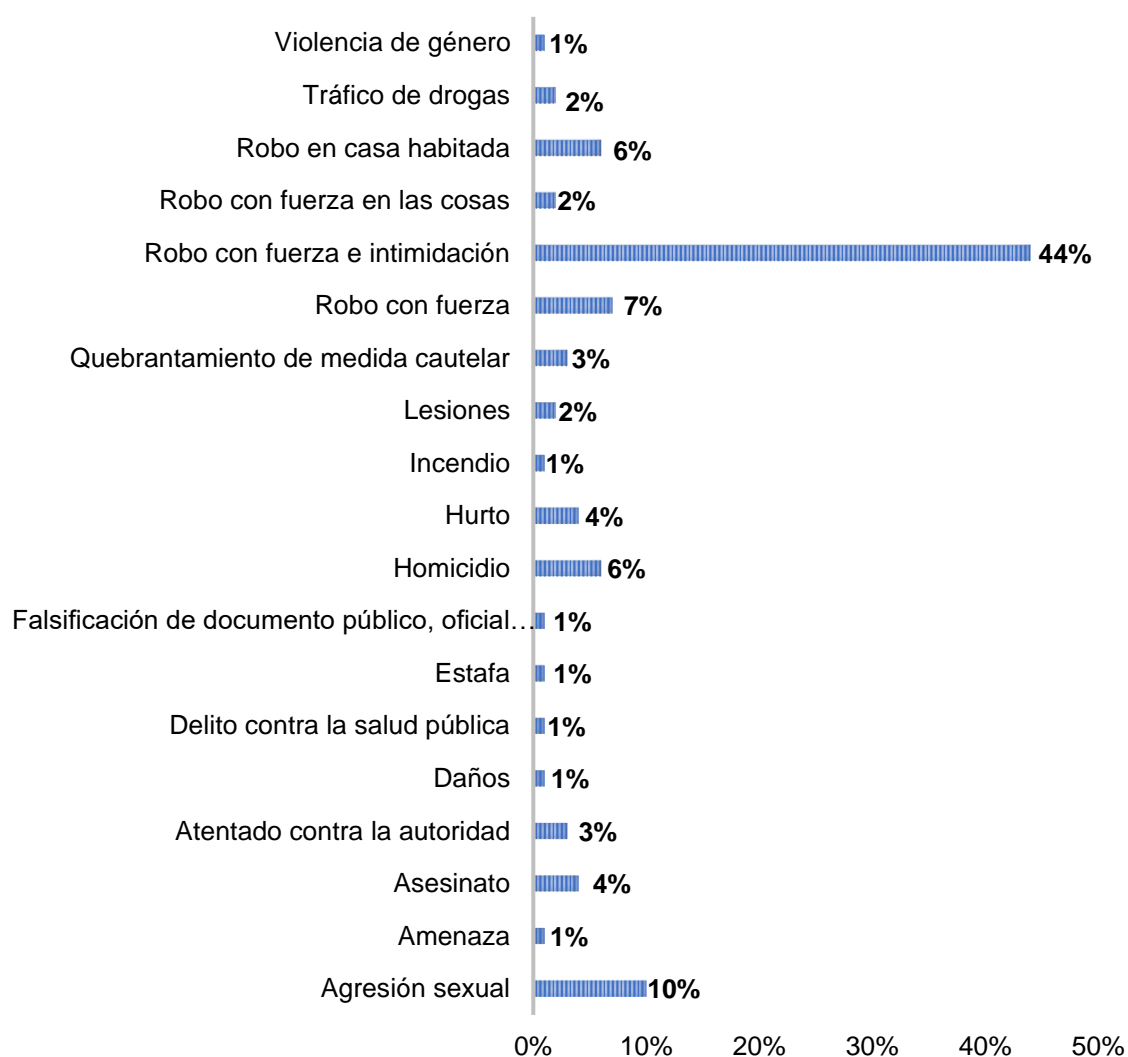
Tabla 7. Resultados por país de nacimiento y nacionalidad

	Número	Porcentaje
África	41	41%
América	13	13%
Europa	46	46%
Total	100	100.0%
<hr/>		
Española	46	46%
UE (no española)	4	4%
Extracomunitario	50	50%
Total	100	100%

De acuerdo con el DSM-5, los trastornos evaluados en el grupo de "casos" mostraron que el "Trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos" fue el más común (25%), seguido por la "esquizofrenia" (14%), y el menos frecuente fue el "trastorno esquizotípico de la personalidad" (1%). La media de años de escolarización de los participantes fue de 7,66 años.

Respecto a la situación judicial, el 78% de los participantes estaban penados, el 20% en prisión preventiva, y el 2% combinaba ambas situaciones. Los delitos más frecuentes incluyeron "robo con fuerza e intimidación" (44%), "agresión sexual" (10%), "robo con fuerza sin intimidación" (7%) y "homicidio" (6%).

Figura 3. Delito principal que ha generado la condena de privación de libertad



En términos de clasificación el 61% de los internos estaban en segundo grado, el 19% en régimen preventivo y el 20% en primer grado. En cuanto a la ubicación dentro de los centros de privación de libertad, el 54% cumplía su condena en un módulo ordinario, el 18% en un módulo especializado, el 25% en el Departamento Especial de Régimen Cerrado (DERT), el 2% en la enfermería, y menos del 1% en un módulo sancionado.

Tabla 8. *Ubicación actual dentro del centro de privación de libertad*

Ubicación	Frecuencia	Porcentaje
Módulo ordinario	54	54%
Módulo especializado	18	18%
Módulos de sancionados	1	1%
DERT	25	25%
Enfermería	2	2%

En cuanto a la adaptación de los internos evaluada por expertos, el 49% están adaptados y el 51% no lo están. Estos porcentajes son la base para la validación de la escala PAI y comparar la fiabilidad de la misma, lo cual se explicará más adelante en la sección 3.1.2.

Respecto a los resultados descriptivos de los instrumentos aplicados, la puntuación media en la Escala de Depresión de Hamilton fue de 3.42, lo cual indica un estado "no deprimido" según los criterios de la escala, que definen este estado para puntuaciones entre 0 y 7.

Tabla 9. *Resultados escala de depresión Hamilton (puntuación total)*

Media		3.42
Mediana		.00
Desviación estándar		4.290
Mínimo		0
Máximo		13
Percentiles	25	.00
	50	.00
	75	7.00

En relación con la Escala de Ansiedad de Hamilton, que mide el estado de ánimo y ansiedad de los participantes en una escala de 0 a 4 (de "Ausente" a "Muy grave/Incapacitante"), la puntuación media en ansiedad psíquica fue de 5, clasificada como leve según la escala (17 puntos o menos). Por otro lado, la ansiedad somática tuvo una media significativamente más baja de 0. Estos resultados se presentan en la tabla 10.

Tabla 10. Resultados escala de ansiedad de Hamilton (puntuación total)

		Puntuación ansiedad Psíquica	Puntuación ansiedad somática	Puntuación total escala ansiedad
Media		4.88	.01	4.89
Mediana		5.00	.00	5.00
Desviación estándar		4.785	.100	4.786
Mínimo		0	0	0
Máximo		15	1	15
Percentiles	25	.00	.00	.00
	50	5.00	.00	5.00
	75	9.00	.00	9.00

Se analizó también la Escala de Intencionalidad Suicida de Beck, que utiliza una escala de 0 a 2 puntos por ítem. La media obtenida en esta escala fue de 4.80. Es relevante mencionar que, según los autores, esta escala no tiene puntos de corte definidos. Los resultados completos se presentan en la tabla 11, ofreciendo un análisis detallado de la intencionalidad suicida en la muestra estudiada.

Tabla 11. Resultados escala de intencionalidad suicida de Beck

Media	4.80
Mediana	1.00
Desviación estándar	5.407
Mínimo	0
Máximo	15

Percentiles	25	.00
	50	1.00
	75	10.75

La Escala MINI, que incluye seis ítems, arrojó una media de 2.93 puntos, como se muestra en la tabla 12. Según las directrices de la escala, esta puntuación corresponde a un riesgo leve de suicidio (de 1 a 5 puntos) en la muestra evaluada. Estos resultados ofrecen un análisis más detallado del riesgo suicida en la población estudiada.

Tabla 12. *Resultados escala MINI*

Media		2.93
Mediana		2.00
Desviación estándar		3.179
Mínimo		0
Máximo		13
Percentiles	25	.00
	50	2.00
	75	7.00

Los resultados de las escalas PANSS positiva y negativa se detallan en la tabla 13, mostrando medias por debajo de 12 puntos para la escala PANSS negativa (media de 10.30) y por debajo de 9 puntos para la escala PANSS positiva (media de 8.34). La escala compuesta registró una media negativa de -1.96, mientras que la puntuación total fue ligeramente superior a 20 puntos, alcanzando un valor de 20.01. Estos datos proporcionan un análisis detallado de los síntomas positivos y negativos en la muestra estudiada.

Tabla 13. *Medias de todas las escalas PANSS*

	PANSS -P	PANSS-N	PANSS COMPUESTO	TOTAL PANSS -PG	
Media	8.34	10.30	-1.96	20.01	
Mediana	7.00	7.00	.00	16.00	
Desviación estándar	2.371	5.970	4.769	6.300	
Mínimo	7	7	-20	16	
Máximo	16	29	6	41	
Percentiles	25	7.00	7.00	-1.00	16.00
	50	7.00	7.00	.00	16.00
	75	9.00	10.00	.00	21.75

Se realizaron dos aplicaciones de la escala validada “Índice de adaptación penitenciaria” (IAP), examinando los descriptivos de sus tres ítems y comparando las puntuaciones obtenidas en ambas ocasiones. Los resultados mostraron que el ítem 1 tuvo puntuaciones idénticas en ambas aplicaciones, mientras que en el ítem 2 se observaron pequeñas variaciones de aproximadamente 0.70 entre las dos mediciones. Estos hallazgos están detallados en la tabla 14.

Tabla 14. *Resultados ítems 1 y 2 de la escala IAP-CAT (primera y segunda aplicación)*

		Ítem 1 (1º medida)	Ítem 1 (2º medida)	Ítem 2 (1º medida)	Ítem 2 (2º medida)
N		100	100	100	100
Media		.1789938	.1784365	.1789938	.0882670
Mediana		.0200000	.0200000	.0200000	.0543050
Desviación estándar		.24475728	.24401366	.24475728	.10815225
Mínimo		.00000	.00000	.00000	.00000
Máximo		1.00000	1.00000	1.00000	.68085
Percentiles	25	.0000000	.0000000	.0010500	.0010475
	50	.0200000	.0200000	.0572100	.0543050
	75	.3260850	.3260850	.1459450	.1450525

Para el ítem 3, se observaron diferencias de 0.007 entre las medias de las dos mediciones. Esta tendencia se mantuvo para el total de la escala, con una media de 0.1272020 en la primera medición y de 0.1340043 en la segunda, lo que resulta en una diferencia de 0.0123. Los detalles de estos resultados se presentan en la tabla 15.

Tabla 15. Resultados ítems 3 y total de la escala IAP-CAT (primera y segunda aplicación)

	Ítem 3 (1º medida)	Ítem 3 (2º medida)	Total escala (1º medida)	Total escala (2º medida)	
N	100	100	100	100	
Media	.1272020	.1340043	.3945175	.4007078	
Mediana	.0000000	.0000000	.1244800	.1216400	
Desviación estándar	.18097914	.19663944	.44869242	.46320429	
Mínimo	.00000	.00000	.00000	.00000	
Máximo	.61947	.78261	1.60249	1.60452	
Percentiles					
	25	.0000000	.0000000	.0046150	.0045925
	50	.0000000	.0000000	.1244800	.1216400
	75	.2492425	.2314925	.7507925	.7458750

3.1.2. Resultados validación escala PAI

Para evaluar la funcionalidad de la escala IAP, se realizaron pruebas estadísticas, incluyendo correlaciones entre los ítems, cuyos resultados se presentan en secciones subsiguientes. Dado que las distribuciones de los ítems no son normales, se utilizó la correlación de Spearman en lugar de Pearson, que es más adecuada para estas condiciones. Las correlaciones de Spearman entre los tres ítems de la escala mostraron relaciones significativas y positivas: 0.70 entre los ítems 1 y 2, 0.816 entre los ítems 1 y 3, y 0.585 entre los ítems 2 y 3. Estos coeficientes indican correlaciones moderadas, adecuadas para el análisis de datos no normales

Tabla 16. Resultados correlación de Spearman entre ítems escala IAP

		Ítem 1 escala IAP	Ítem 2 escala IAP	Ítem 3 escala IAP
Ítem 1 escala IAP	Coef. De correlación	1.000	.700	.816
	Sig. (bilateral)	.	.000	.000
	N	100	100	100
Ítem 2 escala IAP	Coef. De correlación	.700	1.000	.585
	Sig. (bilateral)	.000	.	.000
	N	100	100	100
Ítem 3 escala IAP	Coef. De correlación	.816	.585	1.000
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.
	N	100	100	100

Calculamos el coeficiente alfa de Cronbach, usado para medir la consistencia interna de las escalas, obteniendo un valor de 0.724, considerado aceptable según la literatura, que sugiere que valores entre 0.7 y 0.9 indican una adecuada consistencia de los ítems. Además, aplicamos la escala dos veces para verificar la consistencia entre ambas mediciones. Utilizando la correlación de Pearson entre estas dos aplicaciones, encontramos una correlación significativa y casi perfecta, rozando el valor de 1, lo que demuestra una fuerte relación entre las mediciones.

Tabla 17. Resultados correlación de Pearson (fiabilidad test – retest)

		2ª aplicación escala IAP
1ª aplicación escala IAP	Coef. De correlación	.990
	Sig. (bilateral)	.000
	N	100

Basados en estos resultados, calculamos el coeficiente de correlación intraclase (CCI) para la sección de "Medidas únicas", obteniendo un CCI de 0.990 con un intervalo de confianza del 95% entre 0.985 y 0.993. Este valor, cercano a 1, muestra una fiabilidad muy alta en la consistencia de la escala a lo largo del tiempo.

Tabla 18. Resultados correlación intraclase ítems escala IAP

	Correlación intraclase	95% de intervalo de confianza		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	GI 1	GI 2	Sig.
Medidas únicas	.990	.985	.993	192.526	99	99	.000
Medidas promedio	.995	.992	.997	192.526	99	99	.000

Nos centramos en examinar si las puntuaciones de la escala IAP difieren entre los internos clasificados como adaptados y no adaptados por los expertos. Antes de comparar, es crucial revisar los resultados descriptivos de la adaptación, teniendo en cuenta que los internos considerados adaptados son aquellos clasificados así por al menos 6 expertos, mientras que los no adaptados fueron clasificados de esta manera por menos de 6 expertos.

Tabla 19. Total Escala IAP (adaptados, no adaptados)

	No adaptados	Adaptados
N	49	51
Media	.7776171	.0264414
Mediana	.7521300	.0058600
Desviación estándar	.34622310	.03908955
Mínimo	.10954	.00000
Máximo	1.60249	.16245
Percentiles		
	25	.5028800
	50	.7521300
	75	.9663250

Los resultados muestran que los casos no adaptados tienen valores medios más altos en la escala IAP, lo que respalda la validez de la escala. Para confirmar esto, se realizaron pruebas estadísticas adicionales, como el U de Mann-Whitney. Debido a la falta de normalidad en los datos, esta prueba fue utilizada para identificar diferencias significativas entre los grupos. Los rangos y resultados de esta prueba se detallan en la tabla 20.

Tabla 20. Resultados rangos escala IAP (1^o medición)

	Adaptación	N	Rango promedio	Suma de rangos
Total escala	No	49	75.96	3722.00
IAP (1^a medida IAP)	Sí	51	26.04	1328.00
	Total	100		

Los resultados muestran un rango promedio mayor en el grupo de "no adaptados", lo que sugiere valores más altos en este grupo. Para analizar esta diferencia más a fondo, se aplicó la prueba U de Mann-Whitney, cuyos resultados se presentan en la tabla 21.

Tabla 21. Resultados prueba U de Mann-Whitney escala IAP (adaptados, no adaptados)

Total escala IAP (1^a medida IAP)	
U de Mann-Whitney	2.000
W de Wilcoxon	1328.000
Z	-8.662
Sig. asintótica (bilateral)	.000

Se obtuvo un resultado significativo con un valor de p menor a 0.001, lo que indica que los valores de la escala IAP son significativamente más altos en los internos "no adaptados". Además, se calculó la correlación biserial puntual para cuantificar la relación entre las puntuaciones de la escala IAP y la evaluación de los expertos sobre la adaptación. Este análisis confirmó una correlación entre estas dos variables, permitiendo cuantificar la fuerza de esta relación.

Tabla 22. Resultados correlación biserial puntual (adaptación IAP)

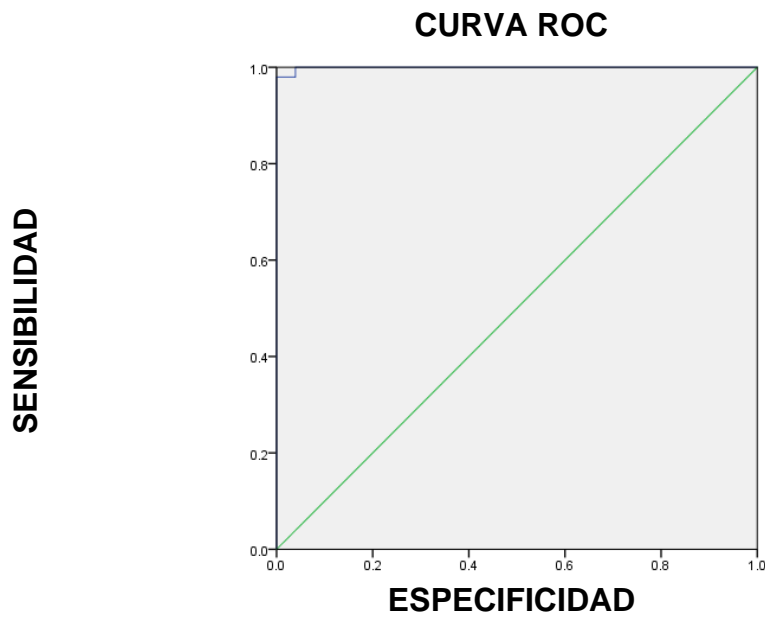
		Total escala IAP (1ª medida IAP)	Adaptación
Total escala IAP (1ª medida IAP)	Correlación de Pearson	1	-.841
	Sig. (bilateral)		.000
	N	100	100
Adaptación	Correlación de Pearson	-.841	1
	Sig. (bilateral)	.000	
	N	100	100

Se obtuvo una correlación significativa de -0.841, con un coeficiente negativo porque, en la escala IAP, los "no adaptados" tienen puntuaciones más altas, mientras que en la evaluación de los expertos (adaptación Sí o No), los "no adaptados" muestran puntuaciones más bajas. Esta relación inversa explica el valor negativo. El valor absoluto, cercano a -1, indica una correlación muy fuerte, lo que respalda la fiabilidad de la escala.

Para evaluar la capacidad de la escala IAP para distinguir entre adaptados y no adaptados, se generó una curva ROC. Esta curva identificó todos los posibles puntos de corte en la escala, evaluando su capacidad para clasificar correctamente a los adaptados y no adaptados mediante la sensibilidad (clasificación correcta de los no adaptados) y la especificidad (clasificación correcta de los adaptados).

El punto de corte ideal separaría completamente a los adaptados y no adaptados, logrando una sensibilidad y especificidad del 100%. Como se muestra en la figura 4, la curva ROC se aproxima a la esquina superior izquierda, siguiendo la trayectoria de los ejes, lo cual es indicativo de que existen puntos de corte muy efectivos para distinguir entre adaptados y no adaptados utilizando la escala IAP.

Figura 4. Curva ROC IAP



La calidad de la curva se cuantifica mediante el área bajo la curva (AUC), que indica qué proporción del área total (1) es cubierta por la escala. El AUC es de 0.999, con un intervalo de confianza del 95% entre 0.997 y 1.000, lo que casi alcanza el valor máximo de 1. Este resultado es muy positivo, mostrando que la escala IAP tiene una excelente capacidad para distinguir entre adaptados y no adaptados.

Tabla 23. Resultados área bajo la curva IAP

Área	Error Estándar	Sig. Asint.	95% de intervalo de confianza asintótico	
			Límite inferior	Límite superior
.999	.001	.000	.997	1.000

Estos resultados pueden interpretarse a partir de los datos descriptivos observados anteriormente. Los casos adaptados tienen valores de hasta 0.16, mientras que los no adaptados comienzan a partir de 0.11. Un punto de corte por

debajo de 0.11 detectaría a todos los adaptados, y uno por encima de 0.16 identificaría a todos los no adaptados, aunque con algunos errores de clasificación.

Al analizar los posibles puntos de corte, dos en particular son importantes. Un punto de corte de 0.105 muestra una sensibilidad del 100%, clasificando correctamente a todos los no adaptados, y una alta especificidad del 96.1%, con solo 2 adaptados por encima de este valor. Este punto de corte sería útil para identificar casos adaptados, ya que aquellos con valores inferiores a 0.105 serían considerados adaptados.

Por otro lado, un punto de corte de 0.196 presenta una especificidad del 100%, asegurando que todos los no adaptados tienen valores superiores a este umbral, y una sensibilidad del 98%, con solo 1 no adaptado por debajo de este valor. Este corte sería ideal para identificar casos no adaptados, ya que ningún adaptado supera este valor.

Los puntos de corte entre 0.105 y 0.196 no alcanzan el máximo en especificidad o sensibilidad, pero ofrecen una mejora significativa en ambos parámetros, con solo dos puntos destacados en este intervalo. Estos hallazgos subrayan la importancia de elegir el punto de corte adecuado según los objetivos específicos del análisis.

Tabla 24. *Coordenadas de la Curva ROC escala IAP*

Positivo si es mayor o igual que	Sensibilidad	Especificidad
.1047350	1.000	.039
.1244800	.980	.039
.1509350	.980	.020
.1960200	.980	.000

3.1.3. Resultados casos y controles

Los resultados detallan la distribución por edad en la muestra, que incluye dos grupos: casos y controles. En el grupo de casos (50 individuos), la edad media es de 33.14 años, lo que sugiere que los afectados tienen una edad promedio cercana a los 33 años. En contraste, el grupo de control (también con 50 individuos) muestra una edad media de 30.38 años, lo que indica que los participantes en este grupo tienden a ser un poco más jóvenes que los del grupo de casos.

Tabla 25. Resultados edad descriptivos casos y controles

Casos	N	Válido	50
			Perdidos
	Media		33.1400
	Mediana		32.5000
	Desviación estándar		11.88553
	Mínimo		19.00
	Máximo		57.00
	Percentiles	25	21.7500
		50	32.5000
		75	42.2500
Controles	N	Válido	50
			Perdidos
	Media		30.3878
	Mediana		31.0000
	Desviación estándar		9.46664
	Mínimo		19.00
	Máximo		53.00
	Percentiles	25	21.0000
		50	31.0000
		75	37.5000

En cuanto a las diferencias de edad entre los grupos, la prueba Kruskal-Wallis muestra un p-valor que se acerca a la significancia estadística pero no alcanza el umbral convencional de 0.05 ($p=0.242$).

El análisis del lugar de nacimiento y la nacionalidad de los participantes no revela diferencias significativas entre los grupos. Sin embargo, un hallazgo importante surge al analizar los años de escolarización, donde se observa una diferencia significativa ($p=0.01$). Esta diferencia indica que el grupo de casos tiene una escolarización más prolongada en comparación con el grupo de control.

Esta disparidad en la duración de la escolarización, detallada en la tabla 26, sugiere la posibilidad de diferencias sustanciales en los antecedentes educativos entre los grupos.

Tabla 26. Resultados por años de escolarización entre los grupos (casos y controles)

	Casos	Controles
Válidos	50	50
Mediana	6.96	8.36
Desviación estándar	7.00	8.00
Mínimo	1.277	2.431
Máximo	5	5
Percentiles		
25	11	16
50	6.00	7.00
75	7.00	8.00

En cuanto a las diferencias en la adaptación entre los dos grupos, los resultados revelan variaciones notables, como se muestra en la tabla siguiente. El grupo de casos presenta una tasa de adaptación del 70% (N=35), significativamente superior al 32% (N=16) observado en el grupo de control (tabla 27).

Tabla 27. Resultados de la adaptación por grupos (casos y controles)

Grupo		No	Sí	Total
Casos	N	15	35	50
	%	30.0%	70.0%	100.0%
Controles	N	34	16	50
	%	68.0%	32.0%	100.0%

El porcentaje de adaptación es significativamente más alto en el grupo de casos, lo que sugiere una diferencia notable en cómo estos grupos se ajustan a las situaciones analizadas. Para evaluar la significancia estadística de estas diferencias, se realizó la prueba de Chi-Cuadrado, la cual arrojó un p-valor inferior a 0.001. Este resultado se debe al alto porcentaje de controles no adaptados (68%) en comparación con el grupo de casos (30%).

En cuanto a las comparaciones de las medias en las diferentes escalas, comenzando con las Escalas de Hamilton (depresión y ansiedad), la distribución de estos datos por grupos se presenta en la Tabla 28.

Tabla 28. Resultados escala de ansiedad de Hamilton (casos y controles)

			Ansiedad Psíquica Hamilton	Total escala de ansiedad Hamilton	Total depresión Hamilton
Casos	N	Válido	50	50	
	Media		3.16	3.16	1.76
	Mediana		.00	.00	.00
	DE		4.132	4.132	2.782
	Mínimo		0	0	0
	Máximo		11	11	9
	Percentiles	25	.00	.00	.00

		50	.00	.00	.00
		75	7.00	7.00	3.25
Control	N	Válido	50	50	50
	Media		6.60	6.62	5.08
	Mediana		7.00	7.00	5.00
	DE		4.811	4.806	4.882
	Mínimo		0	0	0
	Máximo		15	15	13
	Percentiles	25	.00	.00	.00
		50	7.00	7.00	5.00
		75	11.00	11.00	9.25

Los resultados de la prueba U de Mann-Whitney revelaron diferencias significativas en las puntuaciones de la escala de ansiedad psíquica de Hamilton, así como en la puntuación total de la escala ($p < 0.05$). Esto sugiere variaciones notables en la ansiedad clínica entre los grupos analizados.

Se encontraron diferencias significativas al comparar los controles con los casos, en ambas medidas de ansiedad (tabla 29). Los controles presentaron rangos de puntuación más altos (rango 60.51) en comparación con el grupo control (rango 40.49). En resumen, los controles mostraron valores significativamente mayores en estas variables en comparación con los casos.

Tabla 29. Resultados de la prueba U de Mann – Whitney de la escala de ansiedad de Hamilton (casos y controles)

	Psíquica Hamilton	Total Hamilton	Total depresión Hamilton
U de Mann-Whitney	749.500	748.500	788.000
W de Wilcoxon	2024.500	2023.500	2063.000
Z	-3.593	-3.601	-3.473

Sig. asintótica (bilateral)	.000	.000	.001
------------------------------------	------	------	------

En relación con las diferencias en las puntuaciones entre grupos en las escalas de intencionalidad suicida de Beck y puntuación de la escala MINI, los resultados se detallan en la Tabla 30.

Tabla 30. Resultados escala de intencionalidad suicida de Beck y escala MINI (casos y controles)

			Total escala de intencionalidad suicida de Beck	Puntuación escala MINI	
Casos	N	Válido	50	50	
	Media		2.98	1.94	
	Mediana		.00	.00	
	DE		4.984	3.229	
	Mínimo		0	0	
	Máximo		15	13	
	Percentiles	25		.00	.00
		50		.00	.00
		75		6.00	4.00
Controles	N	Válido	50	8	
	Media		6.62	3.92	
	Mediana		7.00	4.00	
	DE		5.241	2.827	
	Mínimo		0	0	
	Máximo		15	7	
	Percentiles	25		.00	.00
		50		7.00	4.00
		75		11.00	7.00

Se encontraron diferencias significativas en varias escalas de evaluación, destacando la escala de intencionalidad suicida de Beck. Los controles presentaron puntuaciones significativamente más altas que el grupo de casos (rango 60.13 frente a 40.87), lo que indica una mayor tendencia hacia la intencionalidad suicida en este segmento de la muestra.

La escala MINI también mostró diferencias significativas entre los controles y el otro de casos. Los controles obtuvieron rangos más altos (59.45 frente a 41.55), reflejando mayores niveles de síntomas clínicos, como se detalla en la Tabla 31 del estudio.

Tabla 31. Resultados de la prueba U de Mann – Whitney de la escala de intencionalidad suicida y escala MINI (casos y controles)

	Intencionalidad suicida	Escala MINI
U de Mann-Whitney	768.500	802.500
W de Wilcoxon	2043.500	2077.500
Z	-3.555	-3.336
Sig. asintótica (bilateral)	.000	.001

Los resultados de las diferentes escalas PANSS (Escala de Síndromes Positivos y Negativos) revelaron diferencias significativas en las subescalas de síntomas positivos y negativos, así como en la puntuación total. Estas diferencias destacan variaciones notables entre los grupos en términos de síntomas psicóticos positivos (como alucinaciones y delirios) y negativos (como aplanamiento afectivo y anhedonia).

Tabla 32. Resultados escalas PANSS (casos y controles)

		Total PANSS-P	Total PANSS-N	Total PANSS- compuesto	Total PANSS- PG
Casos	N	50	50	50	50

	Media		9.68	13.60	-3.92	24.02
	Mediana		9.00	10.00	-1.00	21.50
	DE		2.773	7.057	6.174	6.882
	Mínimo		7	7	-20	16
	Máximo		16	29	6	41
	Percentiles	25	7.00	7.00	-9.00	19.00
		50	9.00	10.00	-1.00	21.50
		75	11.25	19.00	.25	29.25
Controles	N		50	50	50	50
	Media		7.00	7.00	.00	16.00
	Mediana		7.00	7.00	.00	16.00
	DE		.000	.000	.000	.000
	Mínimo		7	7	0	16
	Máximo		7	7	0	16
	Percentiles	25	7.00	7.00	.00	16.00
		50	7.00	7.00	.00	16.00
		75	7.00	7.00	.00	16.00

Siguiendo la metodología aplicada en el análisis de las demás escalas, se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis para identificar diferencias en los rangos obtenidos, y luego se aplicó la prueba U de Mann-Whitney para un análisis más detallado.

En la escala PANSS-P (Síntomas Positivos de la PANSS), se encontraron diferencias significativas entre los grupos, con un rango significativamente mayor para los casos (69.00) en comparación con el grupo de control (33.00). Esto indica que los casos presentan valores notablemente más altos en esta variable.

De manera similar, en la escala PANSS-N (Síntomas Negativos de la PANSS), los casos mostraron un rango de 68.00, mientras que el grupo de control tenía un rango de 33.00. En la PANSS-PG (Puntuación Global de la PANSS), los casos obtuvieron un rango de 74.00 frente a 27.00 de los controles,

lo que sugiere que los casos tienen síntomas significativamente más severos en estas áreas. En contraste, en la escala PANSS-Compuesta, los controles tuvieron rangos superiores (58.00) en comparación con los casos (43.00).

Tabla 33. Resultados de la prueba U de Mann – Whitney de las escalas PANSS e IAP en las dos aplicaciones (casos y controles)

	PANSS-P	PANSS- N	PANSS compuesto	PANSS PG
U de Mann-Whitney	325.000	375.000	875.000	75.000
W de Wilcoxon	1600.000	1650.000	2150.000	1350.000
Z	-7.372	-7.085	-2.941	-8.784
Sig. asintótica (bilateral)	.000	.000	.003	.000

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ambas aplicaciones de la escala IAP, lo que indica variaciones considerables entre los grupos en cuanto al comportamiento adaptativo. La Tabla 34 resume estos hallazgos y ofrece una visión detallada de las comparaciones realizadas.

Tabla 34. Resultados escala IAP (casos y controles)

		Total IAP 1º	Total IAP 2ª	
Casos	N	50	50	
	Media	.2224292	.2173296	
	Mediana	.0435550	.0428800	
	DE	.35060671	.34416810	
	Mínimo	.00000	.00000	
	Máximo	1.53177	1.52948	
	Percentiles	25	.0000000	.0000000
		50	.0435550	.0428800
75		.3915350	.3897475	

Controles	N	50	50
Media		.5666058	.5840860
Mediana		.5475700	.5463850
DE		.47264771	.49640286
Mínimo		.00000	.00000
Máximo		1.60249	1.60452
Percentiles	25	.0382850	.0363450
	50	.5475700	.5463850
	75	.9195550	.9573425

En las dos aplicaciones de la escala IAP, se encontraron diferencias significativas entre los grupos. En la primera aplicación, los controles obtuvieron un rango de 60.81, frente a 40.19 para los casos. Este patrón se mantuvo en la segunda aplicación, con rangos de 60.99 para los controles y 40.01 para los casos. Esto indica que los controles tienen puntuaciones significativamente más altas en la escala IAP en comparación con los casos. La Tabla 35 resume estos resultados y ofrece una visión detallada de las comparaciones realizadas.

Tabla 35. *Diferencias IAP (casos y controles)*

	IAP 1	IAP 2
U de Mann-Whitney	734.500	725.500
W de Wilcoxon	2009.500	2000.500
Z	-3.579	-3.641
Sig. asintótica (bilateral)	.000	.000

Posteriormente, se realizó la prueba de Holm - Bonferroni para ajustar los datos utilizados en las distintas pruebas, como se detalla en la tabla 36. Este ajuste permite obtener resultados más precisos y fiables al controlar el riesgo de errores en las comparaciones múltiples.

Tabla 36. Resultados Holm- Bonferroni para los grupos de casos y controles

Variable		p-valor	Rank	p-valor corte	Significativo
Adaptación		<0.001	1	0,00227273	Diferencia significativa
Ans Hamilton	Psiqui	<0.001	1	0,00227273	Diferencia significativa
Total Hamilton	Ans	<0.001	1	0,00227273	Diferencia significativa
Beck		<0.001	1	0,00227273	Diferencia significativa
PanssP		<0.001	1	0,00227273	Diferencia significativa
PanssN		<0.001	1	0,00227273	Diferencia significativa
PanssPG		<0.001	1	0,00227273	Diferencia significativa
IAP1		<0.001	1	0,00227273	Diferencia significativa
IAP2		<0.001	1	0,00227273	Diferencia significativa
Años escolarización		0,001	10	0,00384615	Diferencia significativa
Total Hamilton	Depr	0,001	10	0,00384615	Diferencia significativa
MINI		0,001	10	0,00384615	Diferencia significativa
PanssC		0,003	13	0,005	Diferencia significativa
Edad		0,242	18	0,01	Diferencia no significativa
Ans Hamilton	Soma	0,317	19	0,0125	Diferencia no significativa
Nacionalidad		0,581	21	0,025	Diferencia no significativa
Lugar nacimiento		0,587	22	0,05	Diferencia no significativa

Las dos primeras columnas indican la variable analizada y el p-valor obtenido en su comparación entre casos y controles. Para ajustar los datos, se ordenaron todos los p-valores de menor a mayor. En algunos casos, el programa SPSS genera p-valores idénticos para diferentes pruebas debido a la precisión del cálculo, por lo que se asigna el mismo "rango" a estos casos, aunque los p-valores no sean exactamente iguales. Esto no afecta los resultados.

Con el nivel de significancia establecido en 0.05 y el número total de pruebas realizadas, se calcula un nuevo punto de corte para cada rango. Este punto de corte reemplaza al 0.05 habitual y determina si un resultado es significativo. Se consideran significativos todos los p-valores que están por debajo de su punto de corte, hasta que se encuentra el primer p-valor que excede su punto de corte en el orden ascendente de p-valores.

3.1.4. Resultados comparativos entre los adaptados y no adaptados

Respecto a las diferencias detectadas entre internos adaptados y no adaptados, se realizó un análisis similar al comparativo entre casos y controles, esta vez centrado en las diferencias entre adaptados y no adaptados. Se utilizaron las mismas pruebas estadísticas: la prueba U de Mann-Whitney para variables numéricas y la prueba de chi-cuadrado para variables categóricas.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la edad ($p = 0.242$), lugar de nacimiento ($p = 0.129$) o nacionalidad ($p = 0.527$). Sin embargo, se observaron diferencias significativas en los diagnósticos según el DSM-5, particularmente en los internos con trastorno psicótico inducido por sustancias o medicamentos, donde el número de no adaptados fue mayor ($X^2 = 0.012$, $p < 0.05$).

La situación judicial de los participantes y el cumplimiento de la condena tampoco mostraron diferencias significativas entre adaptados y no adaptados ($p = 0.331$ y $p = 0.247$, respectivamente). No obstante, hubo diferencias significativas en la ubicación actual de los internos, con un mayor porcentaje de adaptados en el módulo ordinario ($X^2 = 0.000$, $p < 0.05$).

En cuanto a las puntuaciones de las distintas escalas, no se encontraron diferencias significativas en la escala de Ansiedad Somática de Hamilton ($p = 0.308$) ni en la PANSS-P ($p = 0.064$). Sin embargo, el resto de las escalas mostró diferencias estadísticamente significativas, como se detalla en la tabla 37.

Tabla 37. Resultados escala Ansiedad psíquica, ansiedad total y depresión de Hamilton e intencionalidad suicida de Beck (adaptados y no adaptados)

		Ansiedad Psíquica Hamilton	Total escala de ansiedad Hamilton	Total escala de depresión de Hamilton	Total escala de intencionalidad suicida de Beck
N	Válido	49	49	49	49
Media		9.29	9.31	.16	9.76
Mediana		9.00	9.00	.00	11.00
DE		2.458	2.426	.657	3.326
Mínimo		4	4	0	4
Máximo		15	15	3	15
Percentiles	25	7.00	7.00	.00	7.00
	50	9.00	9.00	.00	11.00
	75	11.00	11.00	.00	13.00
N	Válido	51	51	51	51
Media		.65	.65	6.55	.04
Mediana		.00	.00	7.00	.00
DE		1.494	1.494	3.956	.280
Mínimo		0	0	0	0
Máximo		5	5	13	2
Percentiles	25	.00	.00	4.00	.00
	50	.00	.00	7.00	.00
	75	.00	.00	9.00	.00

Las diferencias estadísticas revelan que los internos adaptados tienen rangos significativamente más altos en la escala de depresión de Hamilton (70.84 frente a 29.33 en los no adaptados). Sin embargo, los adaptados muestran rangos menores en varias medidas de ansiedad. En la puntuación de ansiedad psíquica de Hamilton, los adaptados tienen un rango de 26.11, comparado con 75.89 en los no adaptados. De manera similar, en la puntuación total de la escala de ansiedad de Hamilton, los adaptados tienen un rango de

26.08, mientras que los no adaptados tienen 75.95. En la escala MINI, los adaptados tienen un rango de 26.14 frente a 75.86 en los no adaptados.

Estos resultados sugieren que, aunque los internos adaptados presentan mayores niveles de depresión según la escala de Hamilton, experimentan menos ansiedad que los no adaptados. La diferencia en los rangos sugiere que la adaptación está asociada con menor ansiedad global y psíquica, pero con niveles más altos de depresión.

En cuanto a las otras escalas, los internos adaptados muestran rangos mayores en la escala PANSS-N (58.83 frente a 41.83 en los no adaptados) y en la PANSS PG (59.48 frente a 41.15). Por otro lado, los no adaptados tienen rangos significativamente mayores en la escala MINI (75.86 frente a 26.14 en los adaptados) y en la PANSS compuesta (60.89 frente a 40.52 en los adaptados).

Los resultados indican que los internos adaptados tienen rangos mayores en las escalas PANSS-N y PANSS PG, lo que sugiere una mayor presencia de síntomas negativos y psicopatología general. En contraste, los no adaptados presentan mayores puntuaciones en la escala MINI y la PANSS compuesta, reflejando una mayor carga de síntomas generales y comorbilidades.

Tabla 38. Resultados escala MINI, PANSS- N, PANSS compuesto, y Total PANSS-PG (adaptados y no adaptados)

		Puntuación escala MINI	Total PANSS-N	PANSS Compuesto	Total PANSS-PG
N	Válido	49	49	49	49
Media		5.90	8.04	.02	17.86
Mediana		7.00	7.00	.00	16.00
DE		1.699	2.986	2.077	3.606
Mínimo		4	7	-12	16
Máximo		13	22	6	31
Percentiles	25	4.00	7.00	.00	16.00
	50	7.00	7.00	.00	16.00

	75	7.00	7.00	.00	19.00
N	Válido	51	51	51	51
Media		.08	12.47	-3.86	22.08
Mediana		.00	7.00	.00	19.00
DE		.560	7.226	5.776	7.563
Mínimo		0	7	-20	16
Máximo		4	29	5	41
Percentiles	25	.00	7.00	-8.00	16.00
	50	.00	7.00	.00	19.00
	75	.00	18.00	.00	26.00

Finalmente, se aplicó el ajuste de Holm-Bonferroni para sintetizar con precisión las diferencias estadísticamente significativas entre los internos adaptados y no adaptados. Este método de corrección controla el error tipo I en pruebas múltiples, asegurando que los resultados más relevantes se destaquen adecuadamente. El ajuste permitió identificar y resumir las diferencias clave entre ambos grupos, como se muestra en la tabla 39.

Tabla 39. Resultados Holm – Bonferroni (Adaptados y no adaptados)

Variable	p-valor	Rank	p-valor corte	Significativo
Clasificación	<0.001	1	0,00238095	Diferencia significativa
Ubicación Actual	<0.001	1	0,00238095	Diferencia significativa
Depresión Hamilton	<0.001	1	0,00238095	Diferencia significativa
Ans Psiq Hamilton	<0.001	1	0,00238095	Diferencia significativa
Total Ans Hamilton	<0.001	1	0,00238095	Diferencia significativa
Beck	<0.001	1	0,00238095	Diferencia significativa
MINI	<0.001	1	0,00238095	Diferencia significativa
PanssC	<0.001	1	0,00238095	Diferencia significativa

Años escolarización	0,001	9	0,00384615	Diferencia significativa
PanssN	0,001	9	0,00384615	Diferencia significativa
PanssPG	0,001	9	0,00384615	Diferencia significativa
Duración Estancia Actual	0,003	13	0,00555556	Diferencia significativa
Categoría DSM5	0,012	14	0,00625	Diferencia no significativa
PanssP	0,064	15	0,00714286	Diferencia no significativa
Lugar Nacimiento	0,129	16	0,00833333	Diferencia no significativa
Edad	0,242	17	0,01	Diferencia no significativa
Cumplimiento condena	0,247	18	0,0125	Diferencia no significativa
Ans Soma Hamilton	0,308	19	0,01666667	Diferencia no significativa
Situación Judicial	0,331	20	0,025	Diferencia no significativa
Nacionalidad	0,527	21	0,05	Diferencia no significativa

Los resultados muestran que en la escala de Depresión de Hamilton, los internos adaptados tienen rangos significativamente mayores, con una media de 70.84 frente a 29.33 para los no adaptados, lo que sugiere que los adaptados pueden experimentar niveles más altos de depresión clínica. En la puntuación de Ansiedad Psíquica de Hamilton, los adaptados muestran rangos menores (26.11) comparados con los no adaptados (75.89), indicando niveles más altos de ansiedad psíquica en estos últimos.

En la puntuación total de la Escala de Ansiedad de Hamilton, los adaptados presentan rangos menores (26.08) frente a 75.95 en los no adaptados, reflejando una mayor ansiedad general en los no adaptados. En la escala MINI, los no adaptados tienen rangos significativamente mayores (75.86) en comparación con los adaptados (26.14), sugiriendo una mayor prevalencia de síntomas psiquiátricos generales entre los no adaptados. En la escala PANSS-N, los adaptados tienen rangos mayores (58.83) que los no adaptados (41.83), lo que indica una mayor presencia de síntomas negativos en los adaptados.

En la escala PANSS PG, los no adaptados presentan rangos mayores (59.48) comparados con los adaptados (41.15), lo que sugiere una mayor carga de psicopatología general en los no adaptados. Además, en la escala PANSS Compuesta, los no adaptados tienen rangos significativamente mayores (60.89) en comparación con los adaptados (40.52), reflejando una mayor carga total de síntomas psiquiátricos.

Estos hallazgos proporcionan una visión clara de cómo difieren los internos adaptados y no adaptados en términos de depresión, ansiedad y otros síntomas psiquiátricos. El ajuste de Holm-Bonferroni asegura que estas diferencias se destaquen con precisión, ofreciendo una base sólida para futuras investigaciones e intervenciones clínicas para mejorar la adaptación y el bienestar de los internos.

3.1.5. Resultados correlaciones

Dado que la muestra no presentaba una distribución normal, se utilizó la correlación de Spearman para analizar las relaciones entre las distintas escalas y la adaptación medida por la IAP. Este método es adecuado para datos no paramétricos y permite identificar posibles asociaciones, como se detalla en la tabla 40.

Tabla 40. Resultados correlación de Spearman entre escalas

		Dep. Hamilton	Ans. Hamilton	Inten. suicida de Beck	Escala MINI	PANSS- compuesta
IAP	Correlación	-.728	.886	.911	.894	-.334
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.000	.001
	N	100	100	100	100	100
Dep. Hamilton	Correlación	-	-.649	-.740	-.747	.435
	Sig. (bilateral)		.000	.000	.000	.000
	N		100	100	100	100
	Correlación	-	-	.937	.921	-.295

Ans. Hamilton	Sig. (bilateral)			.000	.000	.003
	N			100	100	100
Inten. suicida de Beck	Correlación	-	-	-	.979	-.325
	Sig. (bilateral)				.000	.001
	N				100	100
Escala MINI	Correlación	-	-	-	-	-.308
	Sig. (bilateral)					.002
	N					100

La tabla muestra que todas las correlaciones entre las escalas son significativas ($p < 0.05$), revelando relaciones complejas que ofrecen una comprensión más profunda de cómo se interrelacionan los síntomas evaluados.

La correlación negativa fuerte entre la IAP y la Escala de Depresión de Hamilton (-0.728) indica que mayores niveles de depresión están asociados con una mejor adaptación según la IAP. En contraste, la IAP muestra una fuerte correlación positiva con la Escala de Ansiedad de Hamilton (0.886), sugiriendo que mayores niveles de ansiedad se relacionan con una peor adaptación.

La correlación positiva fuerte entre la IAP y la Puntuación de Intencionalidad Suicida de Beck (0.911) indica que los individuos con mayores pensamientos suicidas tienen una peor adaptación. Esta tendencia también se observa en la correlación positiva entre la IAP y la Puntuación MINI (0.894), que muestra que más síntomas psiquiátricos generales se asocian con una peor adaptación. Por otro lado, la IAP tiene una correlación negativa moderada con la Puntuación PANSS Compuesta (-0.334), lo que sugiere que síntomas más severos de esquizofrenia están relacionados con una mejor adaptación.

Las correlaciones de la Escala de Depresión de Hamilton con otras escalas también son reveladoras. Existe una correlación negativa moderada con la Escala de Ansiedad de Hamilton (-0.649), lo que sugiere que a mayores niveles de depresión, hay menores niveles de ansiedad, lo que podría indicar

manifestaciones diferentes de síntomas. La Depresión de Hamilton también muestra una correlación negativa fuerte con la Puntuación de Intencionalidad Suicida de Beck (-0.740) y con la Puntuación MINI (-0.747), sugiriendo que niveles más altos de depresión se asocian con menores niveles de intencionalidad suicida y síntomas psiquiátricos generales. Sin embargo, hay una correlación positiva moderada entre la Depresión de Hamilton y la Puntuación PANSS (0.435), lo que indica que mayores niveles de depresión están relacionados con más síntomas de esquizofrenia.

La Escala de Ansiedad de Hamilton tiene una correlación extremadamente fuerte con la Puntuación de Intencionalidad Suicida de Beck (0.937) y con la Puntuación MINI (0.921), lo que sugiere que altos niveles de ansiedad están estrechamente relacionados con altos niveles de intencionalidad suicida y síntomas psiquiátricos generales. Sin embargo, la correlación negativa moderada con la Puntuación PANSS (-0.295) sugiere que niveles más altos de ansiedad están asociados con menos síntomas de esquizofrenia.

La Intencionalidad Suicida de Beck también presenta una correlación extremadamente fuerte con la Puntuación MINI (0.979), indicando una relación casi directa entre altos niveles de intencionalidad suicida y síntomas psiquiátricos generales. Por último, la correlación negativa moderada con la Puntuación PANSS (-0.325) indica que mayores niveles de intencionalidad suicida están asociados con menores síntomas de esquizofrenia.

Finalmente, la correlación negativa entre la Escala MINI y la Escala PANSS (-0.308) sugiere que niveles más altos de síntomas psiquiátricos generales se asocian con menos síntomas de esquizofrenia. Estas correlaciones subrayan las complejas interacciones entre los diferentes síntomas y escalas, y su interpretación debe ser considerada en un contexto clínico y de investigación, teniendo en cuenta las manifestaciones específicas de los trastornos estudiados.

3.2. Discusión

En los últimos años, la distribución de la población interna en España ha cambiado significativamente, incluyendo personas de diversos continentes. En nuestro estudio, la población interna más numerosa proviene de África (41%), seguida por europeos (incluidos los españoles) con un 46%, y por personas de América (13%). Estos resultados distan de las estadísticas oficiales del INE (215) que evidencian que el 81% de los internos son españoles, seguidos del 8,5% de africanos, 9,5 de sudamericanos y en menor medida (menos del 1%) de Asia y Oceanía, al igual que acontece con las estadísticas del IDESCAT (176) en el que la población extranjera representa el 28% de los internos.

En relación con los trastornos, nuestros resultados pusieron en evidencia que, el trastorno más común fue el psicótico inducido por sustancias o medicamentos (25%), seguido por la esquizofrenia (14%), y el "trastorno esquizotípico de la personalidad" fue el menos frecuente (1%). Los resultados se muestran en la misma línea que otros estudios similares como el DGIP (216), muestran una prevalencia del 3.4% para trastornos psicóticos y del 12.8% para trastornos afectivos. El estudio PRECA I (217) portó prevalencias del 10.7% para trastornos psicóticos, 41.0% para trastornos afectivos y 45.3% para trastornos de ansiedad. Sin embargo, el estudio PRECA II en Andalucía (218) evidenció una reducción a 9.5%, 33.7% y 30.9%, respectivamente.

En cuanto a los delitos principales por los que los participantes están cumpliendo penas, los resultados del estudio ponen de manifiesto que el delito más común es el "robo con fuerza e intimidación" (44%), seguido por "agresión sexual" (10%), "robo con fuerza sin intimidación" (7%) y "homicidio" (6%). Coincidiendo con las estadísticas del INE (219), que indican que los delitos más frecuentes entre los internos son contra la seguridad vial, hurtos y robos. En nuestra tesis, los resultados son similares: el delito más común es el "robo con fuerza e intimidación" (44%), seguido por "agresión sexual" (10%), "robo con fuerza sin intimidación" (7%) y "homicidio" (6%).

Respecto a los años de escolarización, nuestros resultados exponen que la media de años de escolarización es de 7.66 años, coincidiendo con otros estudios similares como el de Gutiérrez et al. (220), cuya muestra contó con una media de 8 a 10 años de educación formal. De manera similar, Cabrera et al. (221) reportaron que el 7.3% era analfabeta, el 45.2% completó estudios primarios y solo el 15.5% terminó la educación secundaria.

En cuanto a la adaptación penitenciaria, los resultados de esta tesis revelan que más del 49% de los internos se consideran adaptados, mientras que menos del 51% no lo están, según la evaluación de los expertos y la aplicación de la escala IAP. Estos resultados pueden ser comparables a los dispuestos por Kovács et al. (222) o Arroyo (223), quienes encontraron que los trastornos mentales están vinculados con problemas de adaptación.

Respecto al proceso de validación de la escala PAI (rebautizada como IAP), se priorizó la validación de la coherencia interna de sus ítems, tal como proponen otros estudios similares como el de Rodrigues et al. (224), y Canu y Escobar (225). La escala IAP también mostró correlaciones positivas y significativas entre sus ítems (0.70 entre los ítems 1 y 2, 0.816 entre los ítems 1 y 3, y 0.585 entre los ítems 2 y 3), lo que sugiere una sólida coherencia interna en el entorno penitenciario, confirmando que la estructura interna de la escala es adecuada. El coeficiente alfa de Cronbach obtenido fue de 0.724, un valor considerado aceptable según la literatura especializada, lo que indica una buena consistencia interna de la escala. Esto sugiere que la adaptación lingüística y cultural de la escala PAI al contexto penitenciario ha mejorado su adecuación, facilitando su uso e interpretación en la población objetivo. Así, se puede confirmar completamente la hipótesis 1 del primer estudio: *“H1: La adaptación lingüística y cultural de la escala PAI para el contexto penitenciario se espera que ofrezca información fiable sobre la variable a estudio.”*

En relación con los síntomas de trastornos mentales, la depresión es especialmente común en la población penitenciaria debido a factores como el

abuso de sustancias, la vida en prisión y los problemas mentales. Los resultados de nuestro estudio, basados en la escala de depresión de Hamilton, muestran una media de 3.42, lo que indica un estado "no deprimido" (entre 0 y 7 puntos), situándose por debajo de las medias de otros estudios como Fazel y Danesh (163), o el de Osasona y Koleoso (226) quienes encontraron que los internos con enfermedades mentales autodeclaradas tenían diez veces más probabilidades de estar deprimidos que aquellos sin problemas mentales.

La ansiedad en los internos también fue evaluada en esta tesis, evidenciando una ansiedad leve (con una puntuación de 4.89 en ansiedad psíquica y 1.32 en ansiedad somática), situándola por debajo de la prevalencia de otros estudios como el PRECA (174) (que contó con un 45.3% de la muestra con trastorno de ansiedad).

Al analizar el suicidio en la población penitenciaria, los resultados de nuestro estudio evidencian que la media de la escala de suicidio fue de 4.80, lo que indica un riesgo menor de suicidio en comparación con los estudios previos como el de la OMS (152) o Stürup-Tofr et al. (156) en Reino Unido. Esto podría deberse a diferencias en la composición de la muestra, metodologías de evaluación, o variaciones en las condiciones de detención y los programas de apoyo disponibles. Además, la media obtenida a través de la escala MINI fue de 2.93 puntos, lo que también sugiere un riesgo leve de suicidio (1-5 puntos) entre los internos estudiados.

En nuestro estudio, se analizó la prevalencia de la esquizofrenia en la población penitenciaria, encontrando que afecta al 14%, una cifra respaldada por diversos estudios como el de Morgan et al.(227) y Tamburello et al. (228) Steadman et al. (229) señalan que estas cifras reflejan que muchos internos ingresan al sistema con trastornos mentales graves, posiblemente debido al acceso limitado a los servicios de salud mental en la comunidad.

Nuestra muestra fue evaluada con la escala PANSS, mostrando medias de 10.30 puntos en la escala negativa, 8.34 en la positiva, y una media compuesta de -1.96. La puntuación total fue ligeramente superior a los 20 puntos (20.01), resultados que pueden compararse con otros estudios sobre el tema, como acontece con el trabajo de Celinska y Sung (108), quienes han indicado que los trastornos mentales, especialmente los psicóticos, dificultan la adaptación al entorno penitenciario.

Respecto a las diferencias entre casos y controles, hemos utilizado la Escala de Depresión de Hamilton, encontrando que los internos con trastornos psicóticos presentaban puntuaciones significativamente más altas 5,08 (5,08) en comparación con los controles (1,76). Estos resultados van en línea con los dispuestos por Fazel y Danesh (163) quienes sostienen que la depresión es particularmente común entre los internos con trastornos mentales y está asociada con variables como edad, estado civil, ubicación de la prisión y otras comorbilidades.

Se encontraron diferencias significativas en los internos del grupo de control, quienes evidenciaron puntuaciones significativamente más altas en intencionalidad suicida (7.88) en comparación con los casos (2.98). También hubo diferencias significativas en la puntuación total de la escala MINI, siendo más alta en los controles (3.92) en comparación con los casos (1.94). Es importante tener en cuenta que, acorde con la OMS (152) el suicidio es la principal causa de muerte entre los internos, con tasas mucho más altas que en la población general, aunque ninguno de estos estudios ha establecido una diferencia entre internos con trastornos mentales y el resto de la población penitenciaria.

Estos resultados pueden deberse a que los casos en nuestro estudio reciban un tratamiento farmacológico y terapéutico adecuado, lo que podría reducir la intencionalidad suicida. Otro factor a tener presente podría ser la posible presencia de mayor impulsividad en el grupo control. Esta impulsividad

podría reflejar diferencias significativas en la capacidad de respuesta al estrés y la gestión de conflictos dentro del ambiente penitenciario. Dada su relevancia, la impulsividad de estos internos debería ser meticulosamente evaluada en investigaciones futuras. Es crucial comprender cómo estos factores de comportamiento impactan la integración y el bienestar de los internos con psicosis, con el objetivo de desarrollar estrategias de intervención más efectivas que mejoren su adaptación y reduzcan los riesgos asociados con su condición en un entorno tan desafiante como el penitenciario.

Acorde con estos resultados, podemos aceptar parcialmente la hipótesis principal: “Los hombres con psicosis presentan más síntomas (medidos con las escalas PANSS, ansiedad y depresión de Hamilton, Mini suicidio, intencionalidad suicida de Beck) y peor adaptación al medio penitenciario que los pertenecientes al grupo de control sin psicosis.” Estos hallazgos destacan la necesidad de intervenciones específicas y adaptadas para la evaluación y manejo de las características particulares de los internos con trastornos mentales, y subrayan la importancia de un enfoque integrado de salud mental en el sistema penitenciario.

En cuanto al uso de la escala validada IAP para evaluar la adaptación de hombres con psicosis, se encontró una correlación significativa de -0.841 entre los resultados de la escala y la evaluación de los expertos. Este hallazgo, respaldado por estudios anteriores como es el caso de Villavicencio et al. (231) y Echeburúa et al. (232), muestra una fuerte correlación negativa: a medida que aumentan las puntuaciones en la escala IAP (lo que indica una peor adaptación), las evaluaciones de los expertos tienden a clasificar a los individuos como "no adaptados". Por el contrario, puntuaciones más bajas en la escala IAP se corresponden con evaluaciones de "adaptación positiva". Esto demuestra que la escala IAP es una herramienta objetiva y confiable para evaluar la adaptación en entornos penitenciarios. Por lo tanto, podemos aceptar parcialmente la hipótesis secundaria: “La versión en español de la escala *Prison Adjustment Index* (PAI)

permite evaluar la adaptación a las prisiones de hombres con psicosis”, ya que la escala es válida para toda la población interna en general.

CAPÍTULO 4: CONCLUSIONES

4.1. Conclusiones de los estudios

4.1.1. Conclusiones del estudio 1: Adaptación Transcultural y Validación del IAP

El primer estudio permitió llegar a las siguientes conclusiones:

- I. El estudio logró con éxito la adaptación y validación transcultural de la escala Prison Adjustment Index (PAI) en el contexto penitenciario español, resultando en la creación de la IAP. La inclusión de una muestra diversa asegura la relevancia cultural de la escala, mientras que los altos indicadores de fiabilidad (alfa de Cronbach de 0.724 y correlación test-retest de 0.990) confirman su robustez y utilidad para evaluar la adaptación penitenciaria de manera confiable.
- II. La aplicación de la PAI adaptado a una muestra representativa de internos del sistema penitenciario español demostró alta fiabilidad, con una consistencia notable en las respuestas (alfa de Cronbach y correlación test-retest), lo que indica que la escala es comprensible y fiable. El análisis psicométrico de la escala PAI adaptada, confirmó su validez y consistencia interna.
- III. Los resultados del primer estudio demuestran una exitosa adaptación y validación de la PAI al contexto penitenciario español, con sólida evidencia de su fiabilidad y validez psicométrica. Los análisis psicométricos confirmaron la utilidad de la IAP para medir la adaptación penitenciaria. Esta validación refuerza la aplicabilidad de la escala tanto en la investigación como en la implementación de programas de intervención y evaluación, lo que la convierte en una herramienta clave para mejorar las condiciones y la adaptación de los internos durante y después de su estancia en prisión.

4.1.2. Conclusiones del Estudio 2: Adaptación de la Población Masculina y la Influencia de la Psicosis

El segundo estudio permitió llegar a las siguientes conclusiones:

- I. Los resultados muestran diferencias significativas en la adaptación, medida por la IAP, entre los grupos de internos. Aquellos con psicosis exhiben un patrón de adaptación distinto en comparación con el grupo control, lo que sugiere que la presencia de síntomas psicóticos no afectó negativamente su adaptación al entorno penitenciario. Este hallazgo está respaldado por la correlación significativa entre las puntuaciones de la escala PANSS, que mide síntomas psicóticos, y la adaptación según la IAP.

- II. La evaluación mediante la escala PANSS reveló diferencias significativas en la severidad de los síntomas entre los grupos, mostrando que los internos con psicosis obtuvieron puntuaciones más altas en las subescalas de síntomas positivos y negativos. Además, los resultados de la correlación indican que una mayor intensidad de síntomas psicóticos está asociada con una mejor adaptación al medio penitenciario.

- III. Las comparaciones entre los grupos (casos y controles) revelaron que los internos con psicosis obtuvieron puntuaciones más altas en las escalas de síntomas psicóticos (PANSS) y más bajas en las medidas de adaptación (IAP) en comparación con el grupo control. Estos resultados sugieren que los trastornos mentales, como la psicosis, no necesariamente afectan negativamente la adaptación al entorno penitenciario, siempre que se reciban el tratamiento y seguimiento adecuados. Además, se identificó una correlación directa entre la intensidad de los síntomas psicóticos y la capacidad de adaptación de los internos, a mayor intensidad de síntomas psicóticos, mejor adaptación en prisión, e incluso, los casos presentaron una mejor adaptación que los controles. Este hallazgo subraya la importancia del desarrollo e

implementación de estrategias específicas para este grupo de población penitenciaria.

- IV. Estos hallazgos son clave para el diseño de políticas y la implementación de prácticas penitenciarias que atiendan de manera adecuada las necesidades de salud mental de los internos. Un enfoque más especializado e informado no solo podría mejorar el bienestar general de esta población, sino también facilitar su reintegración social, contribuyendo a mejores resultados a largo plazo tanto para los individuos como para la sociedad en su conjunto.

4.2. Limitaciones

Entre las limitaciones identificadas en el presente estudio, una de las más significativas es el tamaño de la muestra. Este aspecto es particularmente crítico dado que, como se señala en el marco teórico, los internos con diagnósticos de psicosis constituyen una fracción minoritaria dentro del contexto penitenciario.

A consecuencia de esto, fue necesario extender el periodo de reclutamiento para lograr una muestra que refleje de manera adecuada la diversidad y características de la población penitenciaria española. Esta prolongación en la fase de selección de la muestra podría introducir sesgos potenciales relacionados con la variabilidad en las condiciones de los internos a lo largo del tiempo, además de limitar la generalización de los resultados. Por tanto, los hallazgos del estudio deben interpretarse con cautela, considerando la posibilidad de que no representen completamente la complejidad y la heterogeneidad de los trastornos psicóticos en el entorno penitenciario.

Una limitación relevante del estudio radica en la diversidad de la muestra. A pesar de que se incluyeron internos de variadas nacionalidades y antecedentes, las proporciones de estos grupos no replican fielmente la

diversidad encontrada en la población penitenciaria general española. Esta discrepancia en la representación puede influir en la extrapolación de los resultados a toda la población penitenciaria, limitando así la aplicabilidad de las conclusiones derivadas del estudio. En consecuencia, se tomó la decisión de excluir la variable de nacionalidad en los análisis de correlación para mitigar potenciales sesgos. Sin embargo, esta exclusión podría también restringir la profundidad y alcance de los hallazgos, particularmente en lo que respecta a entender cómo los diversos orígenes culturales y sociales influyen en la adaptación al entorno penitenciario. Esta limitación subraya la necesidad de futuras investigaciones que integren muestras más representativas que permitan un análisis más inclusivo y detallado de estos factores.

Finalmente, una limitación significativa de este estudio es su enfoque en la población interna española. Dada esta focalización, los resultados obtenidos podrían no ser aplicables o generalizables a contextos penitenciarios en otras regiones o países de habla hispana, donde las condiciones socioeconómicas, culturales y de gestión penitenciaria pueden diferir sustancialmente. Esta particularidad geográfica sugiere una cautela en la interpretación de los hallazgos fuera del contexto español y subraya la importancia de realizar investigaciones adicionales en otros entornos.

Las limitaciones observadas en este estudio ponen de manifiesto la importancia de abordar aspectos metodológicos y contextuales en futuras investigaciones. Además, aunque los resultados proporcionan perspectivas valiosas sobre la adaptación de internos con y sin trastornos psicóticos en España, se requiere precaución en la interpretación de los datos y un impulso hacia investigaciones futuras que aborden estas cuestiones con metodologías que permitan una generalización más amplia y un análisis más inclusivo de factores culturales y sociales.

4.3. Futuras líneas de investigación

Basado en las limitaciones y resultados de este estudio, se evidencia la necesidad de ampliar y profundizar el conocimiento sobre la adaptación penitenciaria y el impacto de trastornos mentales como la psicosis. Una línea de investigación crucial sería el diseño y ejecución de estudios longitudinales que monitoreen la trayectoria de adaptación de los internos y la progresión de sus síntomas psicóticos a lo largo del tiempo. Estos estudios no solo aportarían una perspectiva más clara sobre las dinámicas de causas y efectos en la adaptación penitenciaria, sino que también facilitarían la evaluación longitudinal de la eficacia de diversas intervenciones terapéuticas diseñadas para mejorar la calidad de vida y los resultados de reintegración de estos internos.

Expandir el alcance de futuros estudios sobre la adaptación penitenciaria y la influencia de los trastornos mentales, como se propone, implicaría un esfuerzo significativo para diversificar la muestra. Incluir a mujeres y a internos de diferentes edades, tipos de delito y duraciones de condena no solo enriquecería la base de datos del estudio, sino que también permitiría una exploración más detallada de cómo estos factores pueden influir en la adaptación penitenciaria. Esto es crucial, dado que la experiencia en prisión puede variar considerablemente según el género, la edad, y otros factores sociodemográficos, y comprender estas variaciones es fundamental para desarrollar intervenciones más efectivas y equitativas.

Ampliar la investigación para incorporar una gama más amplia de variables demográficas y de condena permitiría una aplicación más extensa de la escala de adaptación en distintos contextos penitenciarios. Por ejemplo, estudiar la adaptación en diferentes regímenes penitenciarios, como de mínima seguridad versus máxima seguridad, podría revelar cómo las condiciones de vida en prisión impactan en la salud mental y la adaptación de los internos.

Otro aspecto importante sería la realización de estudios comparativos a nivel internacional. Establecer colaboraciones con investigadores en diferentes países permitiría llevar a cabo estudios paralelos que utilicen metodologías consistentes pero que se apliquen en contextos geográficos y culturales variados. Esto no solo enriquecería la robustez de los datos recolectados, sino que también proporcionaría percepciones valiosas sobre cómo el contexto cultural y el marco legal de un país influyen en la adaptación de los internos. Tales estudios podrían identificar prácticas exitosas y desafíos comunes en diferentes sistemas penitenciarios, ofreciendo una base para reformas políticas informadas y para el desarrollo de programas de soporte adaptados culturalmente que atiendan a las necesidades específicas de las poblaciones penitenciarias diversificadas.

Explorar el impacto de diversas intervenciones psicológicas y psiquiátricas sobre la adaptación de internos con psicosis y otros trastornos mentales representa una línea de investigación fundamental para el avance en la rehabilitación penitenciaria. Utilizando la escala IAP, adaptada y validada específicamente para el contexto español, se podrían implementar estudios pre y post-intervención para evaluar la efectividad de distintas estrategias terapéuticas. Esto no solo permitiría medir cambios significativos en la adaptación tras la intervención, sino también identificar qué enfoques son más efectivos para distintos subgrupos de la población penitenciaria.

Para profundizar aún más, se podrían comparar intervenciones individualizadas frente a programas grupales, terapias farmacológicas en contraposición a tratamientos psicológicos, o una combinación de ambos. Investigar la eficacia de diferentes modalidades de intervención, como la terapia cognitivo-conductual, la terapia de aceptación y compromiso, o programas basados en mindfulness, proporcionaría datos valiosos sobre cómo adaptar las prácticas terapéuticas a las necesidades específicas de los internos con trastornos mentales.

Finalmente, sería esencial integrar en el estudio evaluaciones regulares de factores como el bienestar emocional, el comportamiento social y la funcionalidad general de los internos. Esto no solo enriquecería la comprensión del impacto directo de las intervenciones en la adaptación penitenciaria, sino que también permitiría correlacionar los resultados de la escala IAP con otros indicadores de salud mental y bienestar, proporcionando una perspectiva holística sobre la eficacia de las intervenciones psicológicas y psiquiátricas en el entorno penitenciario.

Las líneas de investigación propuestas no solo ofrecerían resultados importantes sobre los desafíos y necesidades específicas de los internos con trastornos mentales, como la psicosis, sino que también facilitarían el desarrollo de intervenciones más efectivas. Al profundizar en el entendimiento de cómo los trastornos mentales afectan la adaptación penitenciaria, se pueden diseñar estrategias terapéuticas más precisas y adaptadas a las particularidades de esta población vulnerable. Estos estudios contribuirían a la formulación de políticas públicas más informadas y sensibles al contexto psicológico y social de los internos. La implementación de políticas basadas en evidencia podría promover no solo el bienestar mental y físico de los internos durante su estancia en prisión, sino también optimizar su proceso de reintegración social tras su liberación. La integración de los hallazgos en la planificación y ejecución de programas penitenciarios permitiría crear un ambiente más rehabilitador y menos punitivo, alineando las prácticas penitenciarias con los principios de justicia restaurativa y apoyo psicosocial.

Este enfoque integral y multidisciplinar aseguraría que las intervenciones y políticas no solo traten los síntomas de los trastornos mentales, sino que también aborden las causas subyacentes y los factores que contribuyen a la criminalidad y dificultan la reintegración. Como consecuencia, estas líneas de investigación que tienen como base la aplicación de la IAP, representan un paso crucial hacia la transformación de los sistemas penitenciarios en herramientas

de cambio social positivo, enfocadas en la rehabilitación y el respeto a los derechos humanos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Al-Rousan T, Rubenstein L, Sieleni B, Deol H, Wallace RB. Inside the nation's largest mental health institution: a prevalence study in a state prison system. *BMC Public Health* [Internet]. 20 de abril de 2017 [citado 20 de marzo de 2023];17(1):342-58. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4257-0>
2. Bebbington P, Jakobowitz S, McKenzie N, Killaspy H, Iveson R, Duffield G, et al. Assessing needs for psychiatric treatment in prisoners: 1. Prevalence of disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 1 de febrero de 2017 [citado 20 de marzo de 2023];52(2):221-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1311-7>
3. Gottfried ED, Christopher SC. Mental Disorders Among Criminal Offenders. *Journal of Correctional Health Care* [Internet]. julio de 2017 [citado 20 de marzo de 2023];23(3):336-46. Disponible en: <https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1177/1078345817716180>
4. Haney C. "Madness" and penal confinement: Some observations on mental illness and prison pain. *Punishment & Society* [Internet]. 1 de julio de 2017 [citado 20 de marzo de 2023];19(3):310-26. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1462474517705389>
5. Baranyi G, Fazel S, Langerfeldt SD, Mundt AP. The prevalence of comorbid serious mental illnesses and substance use disorders in prison populations: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health* [Internet]. 1 de junio de 2022 [citado 20 de marzo de 2023];7(6):e557-68. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2468266722000937>
6. Dalbir N, Wright EM, Steiner B. Mental Illness, Substance Use, and Co-Occurring Disorders among Jail Inmates: Prevalence, Recidivism, and Gender Differences. *Corrections* [Internet]. 28 de junio de 2022 [citado 20 de marzo de 2023];

- 2023];0(0):1-23. Disponible en:
<https://doi.org/10.1080/23774657.2022.2090028>
7. Kuo SY. The Effects of Mental Health and Substance Abuse/Dependence Disorders on Prison Misconduct Among Male Inmates in Taiwan. *Int J Offender Ther Comp Criminol* [Internet]. 1 de julio de 2020 [citado 20 de marzo de 2023];64(9):953-76. Disponible en:
<https://doi.org/10.1177/0306624X19895969>
8. Liu A. The Horseshoe Theory of Mental Illness and Incarceration. *Swarthmore Undergraduate History Journal* [Internet]. 8 de febrero de 2021;2(1):5-16. Disponible en: <https://works.swarthmore.edu/suhj/vol2/iss1/1>
9. Steiner B, Ellison JM, Butler HD, Cain CM. The Impact of Inmate and Prison Characteristics on Prisoner Victimization. *Trauma, Violence, & Abuse* [Internet]. 1 de enero de 2017 [citado 20 de marzo de 2023];18(1):17-36. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1524838015588503>
10. Vize CE, Miller JD, Lynam DR. FFM facets and their relations with different forms of antisocial behavior: An expanded meta-analysis. *Journal of Criminal Justice* [Internet]. 1 de julio de 2018 [citado 20 de marzo de 2023];57:67-75. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0047235218301259>
11. Houser KA, Welsh W. Examining the Association Between Co-Occurring Disorders and Seriousness of Misconduct by Female Prison Inmates. *Criminal Justice and Behavior* [Internet]. 1 de mayo de 2014 [citado 20 de marzo de 2023];41(5):650-66. Disponible en:
<https://doi.org/10.1177/0093854814521195>
12. Semenza DC, Grosholz JM. Mental and physical health in prison: how co-occurring conditions influence inmate misconduct. *Health & Justice* [Internet]. 5 de enero de 2019 [citado 20 de marzo de 2023];7(1):1. Disponible en:
<https://doi.org/10.1186/s40352-018-0082-5>

13. Logan MW, Long J, DeLisi M, Hazelwood AR. Serious, Violent, and Chronic Prison Misconduct: Are the Predictors the Same for Women and Men? *The Prison Journal* [Internet]. 1 de enero de 2023 [citado 20 de marzo de 2023];103(1):23-44. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/00328855221139855>
14. Wooldredge J. Prison Culture, Management, and In-Prison Violence. *Annual Review of Criminology* [Internet]. 2020 [citado 20 de marzo de 2023];3(1):165-88. Disponible en: <https://doi.org/10.1146/annurev-criminol-011419-041359>
15. Schnittker J. The Psychological Dimensions and the Social Consequences of Incarceration. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science* [Internet]. 1 de enero de 2014 [citado 20 de marzo de 2023];651(1):122-38. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0002716213502922>
16. Vogel M, Stephens KD, Siebels D. Mental Illness and the Criminal Justice System. *Sociology Compass* [Internet]. 2014 [citado 20 de marzo de 2023];8(6):627-38. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/soc4.12174>
17. Mulvey EP, Schubert CA. Mentally Ill Individuals in Jails and Prisons. *Crime and Justice* [Internet]. enero de 2017 [citado 20 de marzo de 2023];46:231-77. Disponible en: <https://www.journals.uchicago.edu/doi/abs/10.1086/688461>
18. Wilson RA. Anthropological Studies of National Reconciliation Processes. *Anthropological Theory* [Internet]. 1 de septiembre de 2003 [citado 26 de septiembre de 2022];3(3):367-87. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/14634996030033007>
19. Gallagher JR, Nordberg A, Deranek MS, Ivory E, Carlton J, Miller JW. Predicting Termination from Drug Court and Comparing Recidivism Patterns:

- Treating Substance Use Disorders in Criminal Justice Settings. *Alcoholism Treatment Quarterly* [Internet]. 2 de enero de 2015 [citado 20 de marzo de 2023];33(1):28-43. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/07347324.2015.982451>
20. Turan R, Yargic I. The Relationship Between Substance Abuse Treatment Completion, Sociodemographics, Substance Use Characteristics, and Criminal History. *Substance Abuse* [Internet]. 1 de abril de 2012 [citado 20 de marzo de 2023];33(2):92-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/08897077.2011.630948>
21. Blank Wilson A, Draine J, Barrenger S, Hadley T, Evans A. Examining the Impact of Mental Illness and Substance Use on Time till Re-incarceration in a County Jail. *Adm Policy Ment Health* [Internet]. 1 de mayo de 2014 [citado 20 de marzo de 2023];41(3):293-301. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10488-013-0467-7>
22. Morrissey JP, Cuddeback GS, Cuellar AE, Steadman HJ. The Role of Medicaid Enrollment and Outpatient Service Use in Jail Recidivism Among Persons With Severe Mental Illness. *PS* [Internet]. junio de 2007 [citado 20 de marzo de 2023];58(6):794-801. Disponible en: <https://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/ps.2007.58.6.794>
23. Wood SR, Buttaró A. Co-Occurring Severe Mental Illnesses and Substance Abuse Disorders as Predictors of State Prison Inmate Assaults. *Crime & Delinquency* [Internet]. 1 de junio de 2013 [citado 20 de marzo de 2023];59(4):510-35. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0011128712470318>
24. Sindicich N, Mills KL, Barrett EL, Indig D, Sunjic S, Sannibale C, et al. Offenders as victims: post-traumatic stress disorder and substance use disorder among male prisoners. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* [Internet]. 2 de enero de 2014 [citado 20 de marzo de

- 2023];25(1):44-60. Disponible en:
<https://doi.org/10.1080/14789949.2013.877516>
25. Sadeh N, McNeil DE. Posttraumatic Stress Disorder Increases Risk of Criminal Recidivism Among Justice-Involved Persons With Mental Disorders. *Criminal Justice and Behavior* [Internet]. 1 de junio de 2015 [citado 20 de marzo de 2023];42(6):573-86. Disponible en:
<https://doi.org/10.1177/0093854814556880>
26. Butler E, Prentiss A, Benamor F. Exploring Perceptions of Workplace Bullying in Nursing. *Nursing & Health Sciences Research Journal* [Internet]. 23 de febrero de 2018;1(1):19-25. Disponible en:
<https://scholarlycommons.baptisthealth.net/nhsrj/vol1/iss1/5>
27. Wolfgang ME. Quantitative Analysis of Adjustment to the Prison Community. *The Journal of Criminal Law, Criminology, and Police Science* [Internet]. 1961 [citado 21 de noviembre de 2022];51(6):607-18. Disponible en:
<https://www.jstor.org/stable/1141648>
28. OMS. Organización Mundial de la Salud. 2022 [citado 29 de marzo de 2023]. Trastornos mentales. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
29. American Psychiatric Association, editor. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2014. 438 p.
30. Borges NJ, Manuel RS, Elam CL, Jones BJ. Differences in motives between Millennial and Generation X medical students. *Medical Education* [Internet]. 2010 [citado 20 de noviembre de 2022];44(6):570-6. Disponible en:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2923.2010.03633.x>
31. Ruggeri M, Leese M, Thornicroft G, Bisoffi G, Tansella M. Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *The British Journal of*

- Psychiatry [Internet]. agosto de 2000 [citado 29 de marzo de 2023];177(2):149-55. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/definition-and-prevalence-of-severe-and-persistent-mental-illness/44991EA2B93AD2537AED6383AC730137>
32. Reynoso SF, Dávalos RM, García RR, Agráz FP. Estigma y apego al tratamiento psiquiátrico en los trastornos mentales severos y persistentes. Rev Latinoam Psiquiatría [Internet]. 2012 [citado 29 de marzo de 2023];11(3):82-9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=40544>
33. Lamora Giral O. La asistibilidad in perpetuum: los trastornos mentales severos. Arxiu d'Etnografia de Catalunya [Internet]. 22 de diciembre de 2020 [citado 29 de marzo de 2023];(21):153-78. Disponible en: <https://revistes.urv.cat/index.php/aec/article/view/3007>
34. Wiersma D. Needs of people with severe mental illness. Acta Psychiatrica Scandinavica [Internet]. 2006 [citado 29 de marzo de 2023];113(s429):115-9. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1600-0447.2005.00728.x>
35. Bhugra D. Severe mental illness across cultures. Acta Psychiatrica Scandinavica [Internet]. 2006 [citado 29 de marzo de 2023];113(s429):17-23. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1600-0447.2005.00712.x>
36. de la Fuente-Tomas L, Sánchez-Autet M, García-Álvarez L, González-Blanco L, Velasco Á, Sáiz Martínez PA, et al. Estadificación clínica en los trastornos mentales graves: trastorno bipolar, depresión y esquizofrenia. Revista de Psiquiatría y Salud Mental [Internet]. 1 de abril de 2019 [citado 29 de marzo de 2023];12(2):106-15. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1888989118300739>

37. Ortiz-Hernández L, López-Moreno S, Borges G. Desigualdad socioeconómica y salud mental: revisión de la literatura latinoamericana. *Cad Saúde Pública* [Internet]. junio de 2007 [citado 29 de marzo de 2023];23:1255-72. Disponible en: <http://www.scielo.br/j/csp/a/FfRpzWkf5jXF9cvHY63qQ6D/abstract/?lang=es>
38. Ridley M, Rao G, Schilbach F, Patel V. Poverty, depression, and anxiety: Causal evidence and mechanisms. *Science* [Internet]. 11 de diciembre de 2020 [citado 29 de marzo de 2023];370(6522):1-15. Disponible en: <https://www.science.org/doi/abs/10.1126/science.aay0214>
39. Wei DN, Wang YZ, Deng SY, Cohen A, Luo W, Liu B, et al. Physical illness comorbidity and its influencing factors among persons with severe mental illness in Rural China. *Asian Journal of Psychiatry* [Internet]. 1 de mayo de 2022 [citado 29 de marzo de 2023];71:1-12. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1876201822000739>
40. Faulkner MR, Barker LC, Vigod SN, Dennis CL, Brown HK. Collective impact of chronic medical conditions and poverty on perinatal mental illness: population-based cohort study. *J Epidemiol Community Health* [Internet]. 1 de febrero de 2020 [citado 29 de marzo de 2023];74(2):158-63. Disponible en: <https://jech.bmj.com/content/74/2/158>
41. Narasimhan L, Gopikumar V, Jayakumar V, Bunders J, Regeer B. Responsive mental health systems to address the poverty, homelessness and mental illness nexus: The Banyan experience from India. *Int J Ment Health Syst* [Internet]. 12 de agosto de 2019 [citado 29 de marzo de 2023];13(1):54-66. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13033-019-0313-8>
42. Whitehead M, Taylor-Robinson D, Barr B. Poverty, health, and covid-19. *BMJ* [Internet]. 12 de febrero de 2021 [citado 29 de marzo de 2023];372:1-15. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/372/bmj.n376>

43. Pols H. Poverty, Socioeconomic Status, and Mental Illness. *Am J Public Health* [Internet]. octubre de 2007 [citado 29 de marzo de 2023];97(10):1755-73. Disponible en: <https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.2007.117606>
44. Samouilhan T, Seabi J. University Students' Beliefs about the Causes and Treatments of Mental Illness. *South African Journal of Psychology* [Internet]. 1 de marzo de 2010 [citado 29 de marzo de 2023];40(1):74-89. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/008124631004000108>
45. Thornicroft G. Stigma and discrimination limit access to mental health care. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* [Internet]. marzo de 2008 [citado 29 de marzo de 2023];17(1):14-9. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/epidemiology-and-psychiatric-sciences/article/stigma-and-discrimination-limit-access-to-mental-health-care/2FA22511D1878BA80162D7FDD891C00A>
46. Western B, Davis J, Ganter F, Smith N. The cumulative risk of jail incarceration. *Proceedings of the National Academy of Sciences* [Internet]. 20 de abril de 2021 [citado 29 de marzo de 2023];118(16):1-15. Disponible en: <https://www.pnas.org/doi/abs/10.1073/pnas.2023429118>
47. Anderson A, Esenwein S von, Spaulding A, Druss B. Involvement in the criminal justice system among attendees of an urban mental health center. *Health & Justice* [Internet]. 25 de febrero de 2015 [citado 29 de marzo de 2023];3(1):1-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s40352-015-0017-3>
48. Skeem JL, Manchak S, Peterson JK. Correctional Policy for Offenders with Mental Illness: Creating a New Paradigm for Recidivism Reduction. *Law Hum Behav* [Internet]. 1 de abril de 2011 [citado 29 de marzo de 2023];35(2):110-26. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10979-010-9223-7>
49. Joy M, Osher FC. Collaborative Reduction of Criminal Justice Involvement for Persons with Mental Illness. En: Sowers WE, McQuiston HL, Ranz JM,

- Feldman JM, Runnels PS, editores. Textbook of Community Psychiatry: American Association for Community Psychiatry [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2022 [citado 29 de marzo de 2023]. p. 469-83. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-3-031-10239-4_34
50. Moore ME, Hiday VA. Mental Health Court Outcomes: A Comparison of Re-Arrest and Re-Arrest Severity Between Mental Health Court and Traditional Court Participants. *Law Hum Behav* [Internet]. 1 de diciembre de 2006 [citado 29 de marzo de 2023];30(6):659-74. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10979-006-9061-9>
51. McNiel DE, Binder RL. Effectiveness of a Mental Health Court in Reducing Criminal Recidivism and Violence. *AJP* [Internet]. septiembre de 2007 [citado 29 de marzo de 2023];164(9):1395-403. Disponible en: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.2007.06101664>
52. Dirks-Linhorst PA, Linhorst DM. Recidivism Outcomes for Suburban Mental Health Court Defendants. *Am J Crim Just* [Internet]. 1 de marzo de 2012 [citado 29 de marzo de 2023];37(1):76-91. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s12103-010-9092-0>
53. Redlich AD, Steadman HJ, Monahan J, Robbins PC, Petrila J. Patterns of Practice in Mental Health Courts: A National Survey. *Law Hum Behav* [Internet]. 1 de junio de 2006 [citado 29 de marzo de 2023];30(3):347-62. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10979-006-9036-x>
54. Anestis JC, Carbonell JL. Stopping the Revolving Door: Effectiveness of Mental Health Court in Reducing Recidivism by Mentally Ill Offenders. *PS* [Internet]. septiembre de 2014 [citado 29 de marzo de 2023];65(9):1105-12. Disponible en: <https://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ps.201300305>
55. Goodale G, Callahan L, Steadman HJ. Law & Psychiatry: What Can We Say About Mental Health Courts Today? *PS* [Internet]. abril de 2013 [citado 29

- de marzo de 2023];64(4):298-300. Disponible en:
<https://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ps.201300049>
56. Constantine R, Andel R, Petrila J, Becker M, Robst J, Teague G, et al. Characteristics and Experiences of Adults With a Serious Mental Illness Who Were Involved in the Criminal Justice System. PS [Internet]. mayo de 2010 [citado 29 de marzo de 2023];61(5):451-7. Disponible en:
<https://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/ps.2010.61.5.451>
57. Hall D, Lee LW, Manseau MW, Pope L, Watson AC, Compton MT. Major Mental Illness as a Risk Factor for Incarceration. PS [Internet]. diciembre de 2019 [citado 29 de marzo de 2023];70(12):1088-93. Disponible en:
<https://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ps.201800425>
58. Compton MT, Graves J, Zern A, Pauselli L, Anderson S, Ashekun O, et al. Characterizing Arrests and Charges Among Individuals With Serious Mental Illnesses in Public-Sector Treatment Settings. PS [Internet]. octubre de 2022 [citado 29 de marzo de 2023];73(10):1102-8. Disponible en:
<https://ps.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ps.202000581>
59. Fisher WH, Simon L, Roy-Bujnowski K, Grudzinskas A, Wolff N, Crockett E, et al. Risk of Arrest Among Public Mental Health Services Recipients and the General Public. PS [Internet]. enero de 2011 [citado 29 de marzo de 2023];62(1):67-72. Disponible en:
https://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/ps.62.1.pss6201_0067
60. Morgan RD, Flora DB, Kroner DG, Mills JF, Varghese F, Steffan JS. Treating offenders with mental illness: A research synthesis. *Law and Human Behavior*. 2012;36:37-50.
61. Martin MS, Dorken SK, Wamboldt AD, Wootten SE. Stopping the revolving door: A meta-analysis on the effectiveness of interventions for criminally involved individuals with major mental disorders. *Law and Human Behavior*. 2012;36:1-12.

62. Epperson MW, Wolff N, Morgan RD, Fisher WH, Frueh BC, Huening J. Envisioning the next generation of behavioral health and criminal justice interventions. *International Journal of Law and Psychiatry* [Internet]. 1 de septiembre de 2014 [citado 29 de marzo de 2023];37(5):427-38. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0160252714000260>
63. Ostermann M, Miller J, Matejkowski J. Are “Parole Failures” Parolees When They Fail? Incorporating Supervision Terms and the Timing of Arrest Events into Parolee Recidivism Rates. *Justice Research and Policy* [Internet]. 1 de diciembre de 2013 [citado 29 de marzo de 2023];15(2):1-20. Disponible en: <https://doi.org/10.3818/JRP.15.2.2013.1>
64. McShane MD, Williams FP, Pelz B, Quarles T. The Role of Mental Disorder in Parolee Success. *Southwest Journal of Criminal Justice* [Internet]. 2005 [citado 29 de marzo de 2023];2(1):3-22. Disponible en: <https://web.p.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=1939442X&AN=57275366&h=CiWQFX0Jb0q4VTIKXYd9I0GIRFFjC4cqzoVcjkAeU9Yb0f51JjFMVi30%2fS7blc0pfZy4UW857EBkWsADJwsPA%3d%3d&crl=c&resultNs=AdminWebAuth&resultLocal=ErrCrlNotAuth&crlhashurl=login.aspx%3fdirect%3dtrue%26profile%3dehost%26scope%3dsite%26authtype%3dcrawler%26jrnl%3d1939442X%26AN%3d57275366>
65. Skeem JL, Encandela J, Loudon JE. Perspectives on probation and mandated mental health treatment in specialized and traditional probation departments. *Behavioral Sciences & the Law* [Internet]. 2003 [citado 29 de marzo de 2023];21(4):429-58. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/bsl.547>
66. Eno Loudon J, Skeem JL, Camp J, Vidal S, Peterson J. Supervision practices in specialty mental health probation: What happens in officer–probationer meetings? *Law and Human Behavior*. 2012;36:109-19.

67. Sellers CL, Sullivan CJ, Veysey BM, Shane JM. Responding to persons with mental illnesses: police perspectives on specialized and traditional practices. *Behavioral Sciences & the Law* [Internet]. 2005 [citado 29 de marzo de 2023];23(5):647-57. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/bsl.633>
68. Van Deirse TB, Crable EL, Dunn C, Weis J, Cuddeback G. Probation Officers' and Supervisors' Perspectives on Critical Resources for Implementing Specialty Mental Health Probation. *Adm Policy Ment Health* [Internet]. 1 de mayo de 2021 [citado 29 de marzo de 2023];48(3):408-19. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10488-020-01081-8>
69. Matejkowski J. The Moderating Effects of Antisocial Personality Disorder on the Relationship Between Serious Mental Illness and Types of Prison Infractions. *The Prison Journal* [Internet]. 1 de marzo de 2017 [citado 4 de abril de 2023];97(2):202-23. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0032885517692804>
70. Bonfine N, Wilson AB, Munetz MR. Meeting the Needs of Justice-Involved People With Serious Mental Illness Within Community Behavioral Health Systems. *PS* [Internet]. abril de 2020 [citado 20 de marzo de 2023];71(4):355-63. Disponible en: <https://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ps.201900453>
71. Fisher WH, Silver E, Wolff N. Beyond Criminalization: Toward a Criminologically Informed Framework for Mental Health Policy and Services Research. *Adm Policy Ment Health* [Internet]. 1 de septiembre de 2006 [citado 4 de abril de 2023];33(5):544-57. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10488-006-0072-0>
72. Houser KA, Blasko BL, Belenko S. The effects of treatment exposure on prison misconduct for female prisoners with substance use, mental health, and co-occurring disorders. *Criminal Justice Studies* [Internet]. 2 de enero de 2014

- [citado 4 de abril de 2023];27(1):43-62. Disponible en:
<https://doi.org/10.1080/1478601X.2013.873204>
73. Cain CM, Steiner B, Wright EM, Meade B. Nonstranger Victimization and Inmate Maladjustment: Is the Relationship Gendered? *Criminal Justice and Behavior* [Internet]. 1 de agosto de 2016 [citado 4 de abril de 2023];43(8):992-1017. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0093854816647408>
74. Lahm K. Official incidents of inmate-on-inmate misconduct at a women's prison: using importation and deprivation theories to compare perpetrators to victims. *Criminal Justice Studies* [Internet]. 2 de julio de 2016 [citado 4 de abril de 2023];29(3):214-31. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/1478601X.2016.1154263>
75. Rodway C, Flynn S, While D, Rahman MS, Kapur N, Appleby L, et al. Patients with mental illness as victims of homicide: a national consecutive case series. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 1 de julio de 2014 [citado 4 de abril de 2023];1(2):129-34. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2215036614702214>
76. Flynn S, Ibrahim S, Kapur N, Appleby L, Shaw J. Mental disorder in people convicted of homicide: long-term national trends in rates and court outcome. *The British Journal of Psychiatry* [Internet]. abril de 2021 [citado 4 de abril de 2023];218(4):210-6. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/mental-disorder-in-people-convicted-of-homicide-longterm-national-trends-in-rates-and-court-outcome/54040925495A5C66695E931160CD8117>
77. Huxter MJ. Prisons: the psychiatric institution of last resort? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* [Internet]. 2013 [citado 4 de abril de 2023];20(8):735-43. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jpm.12010>

78. Forrester A, Till A, Shaw J. Mental illness and the provision of mental health services in prisons. *British Medical Bulletin*. 14 de agosto de 2018;127:101-9.
79. Baffour FD, Francis AP, Chong MD, Harris N, Baffour PD. Perpetrators at First, Victims at Last: Exploring the Consequences of Stigmatization on Ex-Convicts' Mental Well-Being. *Criminal Justice Review* [Internet]. 1 de septiembre de 2021 [citado 4 de abril de 2023];46(3):304-25. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0734016820960785>
80. O'Keefe ML, Klebe KJ, Stucker A, Sturm K, Leggett W. One Year Longitudinal Study of the Psychological Effects of Administrative Segregation: (529622011-001) [Internet]. American Psychological Association; 2011 [citado 4 de abril de 2023]. Disponible en: <http://doi.apa.org/get-pe-doi.cfm?doi=10.1037/e529622011-001>
81. Skeem JL, Winter E, Kennealy PJ, Loudon JE, Tatar II JR. Offenders with mental illness have criminogenic needs, too: Toward recidivism reduction. *Law and Human Behavior*. 2014;38:212-24.
82. Lindquist CH. Social Integration and Mental Well-Being Among Jail Inmates. *Sociological Forum* [Internet]. 1 de septiembre de 2000 [citado 4 de abril de 2023];15(3):431-55. Disponible en: <https://doi.org/10.1023/A:1007524426382>
83. Drapalski AL, Youman K, Stuewig J, Tangney J. Gender differences in jail inmates' symptoms of mental illness, treatment history and treatment seeking. *Criminal Behaviour and Mental Health* [Internet]. 2009 [citado 4 de abril de 2023];19(3):193-206. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/cbm.733>
84. Nurse J, Woodcock P, Ormsby J. Influence of environmental factors on mental health within prisons: focus group study. *BMJ* [Internet]. 28 de agosto

- de 2003 [citado 4 de abril de 2023];327(7413):1-15. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/327/7413/480>
85. Birmingham L. Mental disorder and prisons. *Psychiatric Bulletin* [Internet]. noviembre de 2004 [citado 4 de abril de 2023];28(11):393-7. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/psychiatric-bulletin/article/mental-disorder-and-prisons/44D8D14954E5F9FE0C32CC64E7114B64>
86. MacDonald M. Women prisoners, mental health, violence and abuse. *International Journal of Law and Psychiatry* [Internet]. 1 de mayo de 2013 [citado 4 de abril de 2023];36(3):293-303. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0160252713000368>
87. Stewart LA, Wilton G. Correctional outcomes of offenders with mental disorders. *Criminal Justice Studies* [Internet]. 2 de enero de 2014 [citado 4 de abril de 2023];27(1):63-81. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/1478601X.2013.873205>
88. Dellazizzo L, Luigi M, Giguère CÉ, Goulet MH, Dumais A. Is mental illness associated with placement into solitary confinement in correctional settings? A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Mental Health Nursing* [Internet]. 2020 [citado 4 de abril de 2023];29(4):576-89. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/inm.12733>
89. Griffin ML, Hepburn JR. Inmate Misconduct and the Institutional Capacity for Control. *Criminal Justice and Behavior* [Internet]. 1 de marzo de 2013 [citado 4 de abril de 2023];40(3):270-88. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0093854812457920>
90. Adams K, Ferrandino J. Managing Mentally Ill Inmates in Prisons. *Criminal Justice and Behavior* [Internet]. 1 de agosto de 2008 [citado 4 de abril de 2023];35(8):913-27. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0093854808318624>

91. Clark K. The Effect of Mental Illness on Segregation Following Institutional Misconduct. *Criminal Justice and Behavior* [Internet]. 1 de septiembre de 2018 [citado 4 de abril de 2023];45(9):1363-82. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0093854818766974>
92. Walters GD, Crawford G. Major mental illness and violence history as predictors of institutional misconduct and recidivism: Main and interaction effects. *Law and Human Behavior*. 2014;38:238-47.
93. Felson RB, Silver E, Remster B. Mental Disorder and Offending in Prison. *Criminal Justice and Behavior* [Internet]. 1 de febrero de 2012 [citado 4 de abril de 2023];39(2):125-43. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0093854811428565>
94. Ben-Moshe L. Why prisons are not “The New Asylums”. *Punishment & Society* [Internet]. 1 de julio de 2017 [citado 13 de abril de 2023];19(3):272-89. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1462474517704852>
95. Chapman C, Carey AC, Ben-Moshe L. Reconsidering Confinement: Interlocking Locations and Logics of Incarceration. En: Ben-Moshe L, Chapman C, Carey AC, editores. *Disability Incarcerated: Imprisonment and Disability in the United States and Canada* [Internet]. New York: Palgrave Macmillan US; 2014 [citado 13 de abril de 2023]. p. 3-24. Disponible en: https://doi.org/10.1057/9781137388476_1
96. Wooldredge JD, Smith P. *The Oxford Handbook of Prisons and Imprisonment*. Oxford University Press; 2018. 777 p.
97. Brandt ALS. Treatment of Persons With Mental Illness in the Criminal Justice System: A Literature Review. *Journal of Offender Rehabilitation* [Internet]. 1 de noviembre de 2012 [citado 13 de abril de 2023];51(8):541-58. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/10509674.2012.693902>

98. Dennison CR, Demuth S. The More You Have, The More You Lose: Criminal Justice Involvement, Ascribed Socioeconomic Status, and Achieved SES. *Social Problems* [Internet]. 1 de mayo de 2018 [citado 13 de abril de 2023];65(2):191-210. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/socpro/spw056>
99. Liu H, Clark B. Socioeconomic factors in the age-graded effect of incarceration on depressive symptoms in early adulthood. *Social Science Research* [Internet]. 1 de marzo de 2023 [citado 13 de abril de 2023];111:1-15. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0049089X23000261>
100. Rembis M. The New Asylums: Madness and Mass Incarceration in the Neoliberal Era. En: Ben-Moshe L, Chapman C, Carey AC, editores. *Disability Incarcerated: Imprisonment and Disability in the United States and Canada* [Internet]. New York: Palgrave Macmillan US; 2014 [citado 13 de abril de 2023]. p. 139-59. Disponible en: https://doi.org/10.1057/9781137388476_8
101. Husky MM, Kovess-Masfety V, Swendsen JD. Stress and anxiety among university students in France during Covid-19 mandatory confinement. *Comprehensive Psychiatry* [Internet]. 1 de octubre de 2020 [citado 13 de abril de 2023];102:1-12. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010440X2030033X>
102. Crane JT, Pascoe K. Becoming Institutionalized: Incarceration as a Chronic Health Condition. *Medical Anthropology Quarterly* [Internet]. 2021 [citado 13 de abril de 2023];35(3):307-26. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/maq.12621>
103. Gill KJ, Murphy AA. Jail Diversion for Persons with Serious Mental Illness Coordinated by a Prosecutor's Office. *BioMed Research International* [Internet]. 3 de diciembre de 2017 [citado 13 de abril de 2023];2017:1-15. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2017/7917616/>

104. French SA, Gendreau P. Reducing Prison Misconducts: What Works! *Criminal Justice and Behavior* [Internet]. 1 de abril de 2006 [citado 13 de abril de 2023];33(2):185-218. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0093854805284406>
105. Lugo M, Wooldredge J, Pompoco A, Sullivan C, Latessa EJ. Assessing the Impact of Unit Management Programs on Institutional Misconduct and Prison "Returns". *Justice Quarterly* [Internet]. 2 de enero de 2019 [citado 13 de abril de 2023];36(1):59-92. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/07418825.2017.1357741>
106. O'keefe ML, Schnell MJ. Offenders with Mental Illness in the Correctional System. *Journal of Offender Rehabilitation* [Internet]. 1 de octubre de 2007 [citado 13 de abril de 2023];45(1-2):81-104. Disponible en: https://doi.org/10.1300/J076v45n01_08
107. Soderstrom IR. Mental Illness in Offender Populations. *Journal of Offender Rehabilitation* [Internet]. 1 de octubre de 2007 [citado 13 de abril de 2023];45(1-2):1-17. Disponible en: https://doi.org/10.1300/J076v45n01_01
108. Celinska K, Sung HE. Gender Differences in the Determinants of Prison Rule Violations. *The Prison Journal* [Internet]. 1 de junio de 2014 [citado 13 de abril de 2023];94(2):220-41. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0032885514524882>
109. Kuanliang A, Sorensen J. Predictors of self-reported prison misconduct. *Criminal Justice Studies* [Internet]. 1 de marzo de 2008 [citado 13 de abril de 2023];21(1):27-35. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/14786010801972662>
110. Siennick SE, Mears DP, Bales WD. Here and Gone: Anticipation and Separation Effects of Prison Visits on Inmate Infractions. *Journal of Research in Crime and Delinquency* [Internet]. 1 de agosto de 2013 [citado 13 de abril

- de 2023];50(3):417-44. Disponible en:
<https://doi.org/10.1177/0022427812449470>
111. Cochran JC, Mears DP. Social isolation and inmate behavior: A conceptual framework for theorizing prison visitation and guiding and assessing research. *Journal of Criminal Justice* [Internet]. 1 de julio de 2013 [citado 13 de abril de 2023];41(4):252-61. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0047235213000330>
112. Daquin JC, Clipper SJ, Rude A, Daigle LE. Family incarceration and prison adaptation: Investigating the impact of family incarceration history on prison misconduct. *Journal of Criminal Justice* [Internet]. 3 de febrero de 2023 [citado 13 de abril de 2023];102031. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0047235223000028>
113. Blevins KR, Johnson Listwan S, Cullen FT, Lero Jonson C. A General Strain Theory of Prison Violence and Misconduct: An Integrated Model of Inmate Behavior. *Journal of Contemporary Criminal Justice* [Internet]. 1 de mayo de 2010 [citado 13 de abril de 2023];26(2):148-66. Disponible en:
<https://doi.org/10.1177/1043986209359369>
114. Steiner B, Wooldredge J. Individual and Environmental Sources of Work Stress Among Prison Officers. *Criminal Justice and Behavior* [Internet]. 1 de agosto de 2015 [citado 13 de abril de 2023];42(8):800-18. Disponible en:
<https://doi.org/10.1177/0093854814564463>
115. Ellison JM, Caudill JW. Working on local time: Testing the job-demand-control-support model of stress with jail officers. *Journal of Criminal Justice* [Internet]. 1 de septiembre de 2020 [citado 13 de abril de 2023];70:1-15. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0047235220302117>
116. Baillargeon J, Penn JV, Knight K, Harzke AJ, Baillargeon G, Becker EA. Risk of Reincarceration Among Prisoners with Co-occurring Severe Mental

- Illness and Substance Use Disorders. *Adm Policy Ment Health* [Internet]. 1 de julio de 2010 [citado 13 de abril de 2023];37(4):367-74. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10488-009-0252-9>
117. Long J, Logan MW, Morgan MA. Are white-collar prisoners special? Prison adaptation and the special sensitivity hypothesis. *Journal of Criminal Justice* [Internet]. 1 de noviembre de 2021 [citado 13 de abril de 2023];77:1-15. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0047235221000830>
118. Jewkes Y. Identity and adaptation in prison. En: *The Prisoner*. Routledge; 2011.
119. Acevedo KC, Bakken T. Women Adjusting to Prison. *Journal of Health & Social Policy* [Internet]. 1 de octubre de 2003 [citado 13 de abril de 2023];17(4):37-60. Disponible en: https://doi.org/10.1300/J045v17n04_03
120. Jiang S, Winfree LT. Social Support, Gender, and Inmate Adjustment to Prison Life: Insights From a National Sample. *The Prison Journal* [Internet]. 1 de marzo de 2006 [citado 21 de noviembre de 2022];86(1):32-55. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0032885505283876>
121. Edwards AC, Morgan DW, Faulkner LR. Prison Inmates With a History of Inpatient Psychiatric Treatment. *PS* [Internet]. febrero de 1994 [citado 21 de noviembre de 2022];45(2):172-4. Disponible en: <https://ps.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ps.45.2.172>
122. Lovell D, Johnson C, Jemelka R, Harris V, Allen D. Living in Prison After Residential Mental Health Treatment: A Program Follow-Up. *The Prison Journal* [Internet]. 1 de diciembre de 2001 [citado 13 de abril de 2023];81(4):473-90. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0032885501081004004>

123. Trajtenberg N, Sánchez de Ribera O, Trajtenberg N, Sánchez de Ribera O. Violencia en instituciones penitenciarias. Definición, la medición y la explicación del fenómeno. *Revista de Ciencias Sociales* [Internet]. diciembre de 2019 [citado 25 de marzo de 2024];32(45):147-75. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0797-55382019000200147&lng=es&nrm=iso&tlng=es
124. Brown K, Cullen A, Kooyman I, Forrester A. Mental health expertise at prison reception. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* [Internet]. 2 de enero de 2015 [citado 13 de abril de 2023];26(1):107-15. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/14789949.2014.955810>
125. Toch H, Adams K. Pathology and Disruptiveness among Prison Inmates. *Journal of Research in Crime and Delinquency* [Internet]. 1 de febrero de 1986 [citado 13 de abril de 2023];23(1):7-21. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0022427886023001002>
126. Cutcher Z, Degenhardt L, Alati R, Kinner SA. Poor health and social outcomes for ex-prisoners with a history of mental disorder: a longitudinal study. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* [Internet]. 2014 [citado 18 de abril de 2023];38(5):424-9. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1753-6405.12207>
127. Kinner SA. Continuity of health impairment and substance misuse among adult prisoners in Queensland, Australia. *International Journal of Prisoner Health* [Internet]. 1 de enero de 2006 [citado 18 de abril de 2023];2(2):101-13. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/17449200600935711>
128. Denton M, Foster M, Bland R. How the prison-to-community transition risk environment influences the experience of men with co-occurring mental health and substance use disorder. *Australian & New Zealand Journal of Criminology* [Internet]. 1 de marzo de 2017 [citado 18 de abril de 2023];50(1):39-55. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0004865815620703>

129. Chaplin E, McCarthy J, Underwood L, Forrester A, Hayward H, Sabet J, et al. Characteristics of prisoners with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research* [Internet]. 2017 [citado 18 de abril de 2023];61(12):1185-95. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jir.12441>
130. McCarthy J, Chaplin E, Underwood L, Forrester A, Hayward H, Sabet J, et al. Characteristics of prisoners with neurodevelopmental disorders and difficulties. *Journal of Intellectual Disability Research* [Internet]. 2016 [citado 18 de abril de 2023];60(3):201-6. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jir.12237>
131. Chaplin E, McCarthy J, Allely CS, Forrester A, Underwood L, Hayward H, et al. Self-harm and Mental Health Characteristics of Prisoners with elevated rates of autistic traits. *Research in Developmental Disabilities* [Internet]. 1 de julio de 2021 [citado 18 de abril de 2023];114:1-14. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0891422221001360>
132. Adams K. Adjusting to Prison Life. *Crime and Justice* [Internet]. enero de 1992 [citado 18 de abril de 2023];16:275-359. Disponible en: <https://www.journals.uchicago.edu/doi/abs/10.1086/449208>
133. Hedrich D, Alves P, Farrell M, Stöver H, Møller L, Mayet S. The effectiveness of opioid maintenance treatment in prison settings: a systematic review. *Addiction* [Internet]. 2012 [citado 18 de abril de 2023];107(3):501-17. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1360-0443.2011.03676.x>
134. Houser K, Belenko S. Disciplinary responses to misconduct among female prison inmates with mental illness, substance use disorders, and co-occurring disorders. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2015;38:24-34.
135. McCorkle RC. Gender, psychopathology, and institutional behavior: A comparison of male and female mentally ill prison inmates. *Journal of Criminal*

- Justice [Internet]. 1 de enero de 1995 [citado 18 de abril de 2023];23(1):53-61. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0047235294000441>
136. Toch H, Adams K, Greene R. Ethnicity, Disruptiveness, and Emotional Disorder among Prison Inmates. *Criminal Justice and Behavior* [Internet]. 1 de marzo de 1987 [citado 18 de abril de 2023];14(1):93-109. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0093854887014001008>
137. Bonner HS, Rodriguez FA, Sorensen JR. Race, ethnicity, and prison disciplinary misconduct. *Journal of Ethnicity in Criminal Justice* [Internet]. 2 de enero de 2017 [citado 18 de abril de 2023];15(1):36-51. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/15377938.2016.1261058>
138. Steiner B, Butler HD, Ellison JM. Causes and correlates of prison inmate misconduct: A systematic review of the evidence. *Journal of Criminal Justice* [Internet]. 1 de noviembre de 2014 [citado 18 de abril de 2023];42(6):462-70. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0047235214000749>
139. Steiner B, Wooldredge J. Implications of Different Outcome Measures for an Understanding of Inmate Misconduct. *Crime & Delinquency* [Internet]. 1 de diciembre de 2013 [citado 18 de abril de 2023];59(8):1234-62. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0011128709335151>
140. Gendreau P, Goggin C, Law M. Predicting Prison Misconducts. *Criminal Justice and Behavior* [Internet]. 1 de diciembre de 1997 [citado 18 de abril de 2023];24(4):414-31. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0093854897024004002>
141. Goodstein L. Inmate Adjustment to Prison and the Transition to Community Life. *Journal of Research in Crime and Delinquency* [Internet]. 1 de julio de 1979 [citado 18 de abril de 2023];16(2):246-72. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/002242787901600205>

142. Zhao Y, Messner SF, Liu J. The influence of importation and deprivation factors on prison adaptation: Insights from Chinese prisons. *International Journal of Law, Crime and Justice* [Internet]. 1 de diciembre de 2020 [citado 18 de abril de 2023];63:1-15. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1756061620300586>
143. Solinas-Saunders M, Stacer MJ. Prison Resources and Physical/Verbal Assault in Prison: A Comparison of Male and Female Inmates. *Victims & Offenders* [Internet]. 1 de julio de 2012 [citado 18 de abril de 2023];7(3):279-311. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/15564886.2012.685218>
144. Paterline DrBA, Orr DrD. Adaptation to Prison and Inmate Self-Concept. *JPBS* [Internet]. 2016 [citado 18 de abril de 2023];4(2):70-9. Disponible en: <http://jpbsnet.com/vol-4-no-2-december-2016-abstract-6-jpbs>
145. Paterline BA, Petersen DM. Structural and social psychological determinants of prisonization. *Journal of Criminal Justice* [Internet]. 1 de septiembre de 1999 [citado 18 de abril de 2023];27(5):427-41. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0047235299000148>
146. Behravan H. Sociological Explanation of Prison Re-entry Sociological Explanation of Prison Re-entry. *International Journal of Criminal Justice Sciences*. 2010;5(2):286-96.
147. Hochstetler A, DeLisi M. Importation, deprivation, and varieties of serving time: An integrated-lifestyle-exposure model of prison offending. *Journal of Criminal Justice* [Internet]. 1 de mayo de 2005 [citado 18 de abril de 2023];33(3):257-66. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0047235205000164>
148. Cihan A, Davidson M, Sorensen J. Analyzing the Heterogeneous Nature of Inmate Behavior: Trajectories of Prison Misconduct. *The Prison Journal* [Internet]. 1 de septiembre de 2017 [citado 18 de abril de 2023];97(4):431-50. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0032885517711420>

149. Gullone E, Jones T, Cummins R. Coping styles and prison experience as predictors of psychological well-being in male prisoners. *Psychiatry, Psychology and Law* [Internet]. 1 de noviembre de 2000 [citado 18 de abril de 2023];7(2):170-81. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/13218710009524983>
150. Bukstel LH, Kilmann PR. Psychological effects of imprisonment on confined individuals. *Psychological Bulletin*. 1980;88:469-93.
151. McMurrin M, Christopher G. Social problem solving, anxiety, and depression in adult male prisoners. *Legal and Criminological Psychology* [Internet]. 2009 [citado 18 de abril de 2023];14(1):101-7. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1348/135532507X267031>
152. OMS. Status report on prison health in the WHO European Region 2022 [Internet]. 2023 [citado 18 de abril de 2023] p. 502. (European Region). Disponible en: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289058674>
153. Mahase E. One in three prisoners in Europe has a mental health disorder, WHO reports. *BMJ* [Internet]. 15 de febrero de 2023 [citado 18 de abril de 2023];380:1-12. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/380/bmj.p355>
154. Boksán K, Dechant M, Weiss M, Hellwig A, Stemmler M. A meta-analysis on the effects of incarceration-based opioid substitution treatment. *Med Sci Law* [Internet]. 1 de enero de 2023 [citado 18 de abril de 2023];63(1):53-60. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/00258024221118971>
155. Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes (CPT). Servicios de asistencia sanitaria en las prisiones. Extracto del 3er Informe General, publicado en 1993 [Internet]. Consejo de Europa; 1993 [citado 26 de abril de 2023]. Report No.: CPT/Inf(93)12-part. Disponible en: <https://rm.coe.int/16806ce93f>

156. Stürup-Toft S, O'Moore EJ, Plugge EH. Looking behind the bars: emerging health issues for people in prison. *British Medical Bulletin* [Internet]. 1 de marzo de 2018 [citado 26 de abril de 2023];125(1):15-23. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/bmb/ldx052>
157. Asociación para la Prevención de la tortura. Servicios de atención médica | Association for the Prevention of Torture [Internet]. [citado 26 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.apt.ch/es/resources/detention-focus-database/health-care/servicios-de-atencion-medica>
158. Urbanos-Garrido R. La desigualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias. Propuestas para lograr la equidad. *Gaceta Sanitaria* [Internet]. 1 de noviembre de 2016 [citado 26 de abril de 2023];30:25-30. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911116000248>
159. Lang R, Kett M, Groce N, Trani JF. Implementing the United Nations Convention on the rights of persons with disabilities: principles, implications, practice and limitations. *Alter* [Internet]. 1 de julio de 2011 [citado 26 de abril de 2023];5(3):206-20. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1875067211000204>
160. ONU. Resolución 46/119, de 17 de diciembre de 1991, que aprueba los Principios para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención a la salud mental. 46/119 dic 17, 1991.
161. Enggist S, Møller L, Galea G, Udesen C. Prisons and Health [Internet]. UN City, Marmorvej 51: WHO Regional Office for Europe; 2014. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128603/9789289050593-eng.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
162. UNODC. Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (Reglas Nelson Mandela) [Internet]. Centro internacional de Viena: UNODC; 2015 dic [citado 26 de abril de 2023]. (Sección de Justicia, División de Operaciones). Disponible en:

https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Nelson_Mandela_Rules-S-ebook.pdf

163. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The Lancet* [Internet]. 16 de febrero de 2002 [citado 4 de julio de 2023];359(9306):545-50. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(02\)07740-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(02)07740-1/fulltext)
164. Calcedo-Barba A, Antón - Basanta J, Paz Ruiz S. Libro Blanco sobre la atención sanitaria a las personas con trastornos mentales graves en los centros penitenciarios de España. [Internet]. Madrid y Barcelona: SEPL y SESP; 2023. 290 p. Disponible en: https://www.naiz.eus/media/asset_publics/resources/001/010/468/original/20230621-libro-blanco-salud-mental-presos.pdf
165. Berbel S, Sánchez E. Pla de salut mental de Barcelona, 2016-2022. [Internet]. Barcelona: Ajuntament de Barcelona; 2018. Disponible en: Pla de salut mental de Barcelona 2016-2022
166. Jefatura del Estado. Código Penal [Internet]. Ley Orgánica 10/1995 may 24, 1996 p. 206. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-25444>
167. ESDIP. 2022, Encuesta sobre salud y consumo de drogas en población interna en instituciones penitenciarias [Internet]. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad.; 2023. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2022_ESDIP_Informe.pdf
168. Prison insider. Prison Insider. 2022 [citado 3 de mayo de 2023]. España: la locura del encierro. Disponible en: <https://www.prison->

insider.com/es/articulos/espagne-l-enfermement-a-la-folie?referrer=%2Fes%2Farticulos%2FI-enfermement-a-la-folie

169. Muro Álvarez Á. SOM Salud Mental 360. 2023 [citado 29 de mayo de 2023]. Un modelo diferente de atención a la persona con trastorno mental en prisiones | SOM Salud Mental 360. Disponible en: <https://www.som360.org/es/monografico/salud-mental-prision/articulo/modelo-diferente-atencion-persona-trastorno-mental>
170. Fernández Rodríguez JM, Olivé Albiztur AE. La atención ambulatoria en los centros penitenciarios | SOM Salud Mental 360 [Internet]. 2023 [citado 29 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.som360.org/es/monografico/salud-mental-prision/article/atencion-ambulatoria-centros-penitenciarios>
171. Gorospe P. El País. 2021 [citado 11 de mayo de 2023]. El Gobierno vasco asume la competencia de prisiones. Disponible en: <https://elpais.com/espana/2021-10-01/el-gobierno-vasco-asume-la-competencia-de-prisiones.html>
172. GENCAT. Departament de Justícia, Drets i Memòria. [citado 11 de mayo de 2023]. Els centres penitenciaris a Catalunya. Disponible en: http://justicia.gencat.cat/ca/ambits/reinsercio_i_serveis_penitenciaris/serveis_penitenciaris/els_centres_penitenciaris/
173. Martínez García E, Coldeforns M. Una aproximación cuantitativa de las cargas del Estado y de las CCAA. Distribución de competencias y gasto efectuado. Revista de Estudios Regionales. 2003;(66):143-51.
174. Vicens-Pons E, Grupo PRECA. Aproximación a la Metodología para el estudio de los Trastornos mentales en población penitenciaria. El estudio PreCa. Rev Esp Sanid Penit. 2009;(11):17-25.

175. Generalitat de Catalunya. Gencat.cat. 2023 [citado 29 de mayo de 2023]. Organigrama. Generalitat de Catalunya. Disponible en: <http://sac.gencat.cat/sacgencat/AppJava/organigrama.jsp?codi=21437&jq=200001>
176. INDESCAT. Población penitenciaria. Por sexo y provincias. 2023 [citado 11 de mayo de 2023]. Instituto de Estadística de Cataluña. Disponible en: <https://www.idescat.cat/indicadors/?id=aec&n=15858&lang=es>
177. Muro Álvarez Á, Ribas Siñol M. SOM Salud Mental 360. 2023 [citado 29 de mayo de 2023]. Otra forma de hacer las cosas es posible | SOM Salud Mental 360. Disponible en: <https://www.som360.org/es/monografico/salud-mental-prision/blog/otra-forma-hacer-cosas-posible>
178. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Estudio sobre salud mental en el medio penitenciario. Madrid: Ministerio del Interior - Subdirección General de Sanidad Penitenciaria; 2006.
179. Vicens E, Tort V, Dueñas RM, Muro Á, Pérez-Arnau F, Arroyo JM, et al. The prevalence of mental disorders in Spanish prisons. *Criminal Behaviour and Mental Health*. 2011;21(5):321-32.
180. Hambleton R. Issues, Designs, and Technical Guidelines for Adapting Tests Into Multiple Languages and Cultures. En: *Adapting Educational and Psychological Tests for Cross-Cultural Assessment*. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum Publishers; 2004.
181. Muñiz J, Elosua P, Hambleton RK. Directrices para la traducción y adaptación de los tests: segunda edición. *Psicothema*. mayo de 2013;(25.2):151-7.
182. Cassepp-Borges V, Balbinotti MA, Teodoro ML. Tradução e validação de conteúdo: uma proposta para a adaptação de instrumentos. Porto Alegre: Artmed; 2010.

183. Lawshe CH. A Quantitative Approach to Content Validity¹. *Personnel Psychology*. 1975;28(4):563-75.
184. Pedrosa I, Suárez-Álvarez J, García-Cueto E. Evidencias sobre la Validez de Contenido: Avances Teóricos y Métodos para su Estimación [Content Validity Evidences: Theoretical Advances and Estimation Methods]. *Acción psicol*. 6 de junio de 2014;10(2):3-20.
185. Lawshe CH. Statistical theory and practice in applied psychology. *Personnel Psychology*. 1969;22:117-23.
186. Barroso Osuna JM, Cabero Almenara J. La utilización del juicio de experto para la evaluación de TIC: el coeficiente de competencia experta. The Use of Expert Judgment for Assessing ICT: the Coefficient of Expert Competence. 2013;65(2):25-38.
187. Polit DF, Beck CT. The content validity index: Are you sure you know what's being reported? critique and recommendations. *Res Nurs Health*. 2006;29(5):489-97.
188. Almasreh E, Moles R, Chen TF. Evaluation of methods used for estimating content validity. *Res Social Adm Pharm*. 1 de febrero de 2019;15(2):214-21.
189. Martínez Arias MR. *Psicometría. Teoría de los tests psicológicos y educativos*. Madrid, España: Síntesis. Madrid: Síntesis; 1995.
190. Osterlind SJ, editor. What Is Constructing Test Items? En: *Constructing Test Items: Multiple-Choice, Constructed-Response, Performance, and Other Formats* [Internet]. Dordrecht: Springer Netherlands; 1998 [citado 21 de noviembre de 2022]. p. 1-16. (Evaluation in Education and Human Services). Disponible en: https://doi.org/10.1007/0-306-47535-9_1

191. Novo M, Pereira A, Vázquez MJ, Amado BG. Adaptación a la prisión y ajuste psicológico en una muestra de internos en centros penitenciarios. *Accion psicol.* 19 de diciembre de 2017;14(2):113-28.
192. Wolfgang ME. Quantitative Analysis of Adjustment to the Prison Community. *The Journal of Criminal Law, Criminology, and Police Science.* 1961;51(6):607-18.
193. Asociación Psiquiátrica Americana. Manual estadístico y de diagnóstico de trastornos mentales (5ª ed.; DSM-5). Barcelona: Editorial Panamericana; 2018.
194. Quero Virla M. Confiabilidad y coeficiente Alpha de Cronbach. *Telos.* 2010;12(2):248-52.
195. Bowie CR, Reichenberg A, Patterson TL, Heaton RK, Harvey PD. Determinants of Real-World Functional Performance in Schizophrenia Subjects: Correlations With Cognition, Functional Capacity, and Symptoms. *AJP.* marzo de 2006;163(3):418-25.
196. Mandeville PB. Tema 9: El coeficiente de correlación intraclase (ICC). *Ciencia UANL.* 2005;3(3):414-6.
197. Palmer A, Jiménez R, Montaña J. Tutorial sobre coeficientes de correlación con una o dos variables categóricas. *Psicología Revista electrónica de psicología.* 1 de julio de 2000;4(2):1-19.
198. Generalitat de Catalunya. Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada. [citado 21 de noviembre de 2022]. Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada. Disponible en: <http://cejfe.gencat.cat/es/inici/>
199. Pértegas Díaz SP, Pita-Fernández S. Determinación del tamaño muestral para calcular la significación del coeficiente de correlación lineal. *Cadernos de atención primaria.* 2002;9(4):209-11.

200. Universidad Autónoma de Barcelona. Software de interés | Servei d'Estadística Aplicada [Internet]. [citado 21 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://sct.uab.cat/estadistica/es/content/%EF%BB%BFsoftware-de-interes>
201. Peralta V, Cuesta MJ. Psychometric properties of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) in schizophrenia. *Psychiatry Research*. 1 de julio de 1994;53(1):31-40.
202. Nussbaum A, American Psychiatric Association. Guía de Bolsillo del DSM-5 para el examen diagnóstico. Panamericana; 2015.
203. Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Ré R, Badia X, Baró E. Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Medicina Clínica*. 1 de enero de 2002;118(13):493-9.
204. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*. 1959;32:50-5.
205. Vicens-Pons E, Preca G. Aproximación a la Metodología para el estudio de los Trastornos mentales en población penitenciaria. El estudio PreCa. *Rev Esp Sanid Penit*. 2009;1(11):17-25.
206. de Murcia PJ, Association AP. DSM IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: Texto revisado. Barcelona: Masson.(APA); 2002.
207. Ferrando L, Bobes J, Gilbert J. Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI). Versión en Español 5.0.0 DSM-IV [Internet]. American Psychological Association; 2013 [citado 21 de noviembre de 2022]. Disponible en: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/t18597-000>

208. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 1998;59:22-33.
209. Beck AT, Schuyler D, Herman I. Development of suicidal intent scales. En: *The prediction of suicide*. Oxford, England: Charles Press Publishers; 1974. p. xii, 249-xii, 249.
210. Diaz FJ, Baca-Garcia E, Diaz-Sastre C, García Resa E, Blasco H, Braquehais Conesa D, et al. Dimensions of suicidal behavior according to patient reports. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 1 de agosto de 2003;253(4):197-202.
211. Brodsky SL, Smitherman HO. *Handbook of Scales for Research in Crime and Delinquency*. New York: Springer Science & Business Media; 2013. 668 p.
212. Wolfgang ME, Silverman RA, Thornberry TP, Krisberg B, Cohen B. *Crime and Justice at the Millennium: Essays by and in Honor of Marvin E. Wolfgang*. New York: Springer Science & Business Media; 2002. 430 p.
213. Ramos-Brieva JA, Cordero Villafáfila A. [Validation of the Castillian version of the Hamilton Rating Scale for Depression]. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*. agosto de 1986;14(4):324-34.
214. Hamilton M. Development of a Rating Scale for Primary Depressive Illness. *British Journal of Social and Clinical Psychology*. 1967;6(4):278-96.
215. INE. INE. 2022 [citado 4 de septiembre de 2024]. *Condenados según sexo, nacionalidad y número de delitos(25698)*. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=25698>

216. Dirección General de Instituciones Penitenciarias (DGIP). Estudio sobre salud mental en el medio penitenciario [Internet]. 2006. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/boletinAgencia/boletin10/estudio_saludMental_medio_penitenciario.pdf.pdf
217. Vicens E, Tort V, Dueñas RM, Muro Á, Pérez-Arnau F, Arroyo JM, et al. The prevalence of mental disorders in Spanish prisons. *Criminal Behaviour and Mental Health* [Internet]. 2011 [citado 21 de noviembre de 2022];21(5):321-32. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/cbm.815>
218. López M, Saavedra F, López A, Laviana M. Prevalencia de problemas de salud mental en varones que cumplen condena en centros penitenciarios de Andalucía (España). *Rev Esp Sanid Penit.* 2016;18(1):76-85.
219. INE. INE. 2023 [citado 29 de agosto de 2023]. Delitos según tipo(25997). Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=25997>
220. Gutiérrez Brito J, Viedma Rojas A, Callejo Gallego MJ. Estudios superiores en la educación penitenciaria española : un análisis empírico a partir de los actores. *Revista de educación* [Internet]. 2010 [citado 29 de agosto de 2023];(353):443-68. Disponible en: <https://redined.educacion.gob.es/xmlui/handle/11162/79910>
221. Cabrera PJ, Gallego Díaz M. Andar 1 km en línea recta : la cárcel del siglo XXI que vive el preso [Internet]. Madrid: Universidad Pontificia Comillas; 2011 [citado 29 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.torrossa.com/en/resources/an/2485726>
222. Kovács Z, Kun B, Griffiths MD, Demetrovics Z. A longitudinal study of adaption to prison after initial incarceration. *Psychiatry Research* [Internet]. 1 de marzo de 2019 [citado 7 de septiembre de 2023];273:240-6. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178118320699>

223. Arroyo Cobo JM. Los problemas de salud mental en las prisiones, vistos desde la atención primaria. *Norte de Salud Mental* [Internet]. 2006 [citado 7 de septiembre de 2023];6(25):35-43. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830354>
224. Rodrigues RC dos S, Araújo-Monteiro GKN de, Marcolino E de C, Brandão BML da S, Barbosa LA, Moraes RM de, et al. Violencia Contra Los Ancianos: Análisis De La Coherencia Interna De Los Instrumentos. *Cogitare Enferm* [Internet]. 27 de noviembre de 2023 [citado 27 de junio de 2024];28:e90288. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/cef/a/MB4fGFhDNjf8WcNStmzydcG/?lang=es>
225. Canu M, Escobar IMD. Sobre El Coeficiente Alpha De Cronbach Y Su Interpretación En La Evaluación Educativa. *EIEI ACOFI* [Internet]. 6 de septiembre de 2017 [citado 27 de junio de 2024];1(1):1-15. Disponible en: <https://acofipapers.org/index.php/eiei/article/view/608>
226. Osasona SO, Koleoso ON. Prevalence and correlates of depression and anxiety disorder in a sample of inmates in a Nigerian prison. *Int J Psychiatry Med* [Internet]. 1 de agosto de 2015 [citado 7 de septiembre de 2023];50(2):203-18. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0091217415605038>
227. Morgan RD, Fisher WH, Duan N, Mandracchia JT, Murray D. Prevalence of Criminal Thinking among State Prison Inmates with Serious Mental Illness. *Law Hum Behav* [Internet]. 1 de agosto de 2010 [citado 10 de septiembre de 2023];34(4):324-36. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10979-009-9182-z>
228. Tamburello A, Bajgier J, Reeves R. The Prevalence of Delusional Disorder in Prison. *The journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*. 1 de marzo de 2015;43:82-6.

229. Steadman HJ, Osher FC, Robbins PC, Case B, Samuels S. Prevalence of Serious Mental Illness Among Jail Inmates. *PS* [Internet]. junio de 2009 [citado 10 de septiembre de 2023];60(6):761-5. Disponible en: <https://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/ps.2009.60.6.761>
230. Favril L, O'Connor RC. Distinguishing prisoners who think about suicide from those who attempt suicide. *Psychological Medicine* [Internet]. enero de 2021 [citado 11 de septiembre de 2023];51(2):228-35. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/abs/distinguishing-prisoners-who-think-about-suicide-from-those-who-attempt-suicide/9B5D263397DE51B3380EA965BC54472F>
231. Villavicencio E, Castillo D, Llapa M, Jaramillo Z, Coronel P, Pariona M del C. Validación de un instrumento de ansiedad dental EQ-SDAI. *Revista Estomatológica Herediana* [Internet]. octubre de 2019 [citado 27 de junio de 2024];29(4):277-84. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1019-43552019000400004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
232. Echeburúa E, Amor PJ, Loinaz I, de Corral P. Escala de Predicción del Riesgo de Violencia Grave contra la pareja-Revisada-(EPV-R). [Severe Intimate Partner Violence Risk Prediction Scale-Revised.]. *Psicothema*. 2010;22(4):1054-60.

ANEXOS

Anexo 1. Hoja informativa para participar en el estudio

Apreciado Sr.

Le proponemos participar en el estudio:

EFFECTO DE SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS EN LA ADAPTACIÓN PENITENCIARIA DE PACIENTES CON PSICOSIS. VALIDACIÓN DE LA ESCALA “PRISON ADJUSTMENT INDEX”.

Antes de confirmar su participación en el estudio, es importante que entienda en qué consiste. Por favor, lea con atención este documento y haga todas las preguntas que considere oportunas.

Se trata de dos estudios que se realizarán de forma paralela. Se validará una escala que mide la adaptación a las prisiones. Se medirán y correlacionarán síntomas psiquiátricos y la adaptación de pacientes con psicosis y sin psicosis ingresados en prisiones. Se recogerá información sobre los síntomas que presentan los pacientes con psicosis que se encuentran en prisión, y se verá cómo se relaciona estos síntomas con la adaptación.

Su participación es totalmente libre y voluntaria. Si no desea participar en la investigación, no tendrá ninguna repercusión en su tratamiento. En cualquier caso, participe o no en el estudio, seguirá recibiendo las visitas habituales.

Si usted decide participar en este estudio, debe saber que serán utilizados algunos datos suyos sobre su salud.

Se realizarán tres entrevistas en su centro.

Una primera entrevista donde se comprobarán si cumple con unos requisitos que exige el estudio, que se mencionan más abajo (criterios de elegibilidad).

Posteriormente, si se cumple estos requisitos, se realizarán dos entrevistas más.

En la segunda entrevista se pasarán las siguientes escalas: “Escala de los síndromes positivo y negativo de la esquizofrenia”, la “Escala de ansiedad de Hamilton”, la “subescala riesgo de suicidio” de la “Entrevista neuropsiquiátrica internacional”, la “Escala de intencionalidad suicida de Beck”, y se volverá a pasar el “Índice de adaptación a la prisión”.

Si el paciente desea participar en el estudio, y cumple con todos los criterios de elegibilidad, salvo el tercer criterio de inclusión (diagnosticados de trastornos psicóticos), pasarán a formar parte del grupo comparativo de participantes sin psicosis.

La recogida de datos se realizará desde el mes de mayo del año 2021 hasta el mes de octubre del año 2023.

Su psiquiatra o psicólogo/a le informará con más detalles sobre cualquier duda que pueda tener en relación a este estudio, y le solicitará su consentimiento informado.

No podrán firmar este consentimiento informado las personas que presenten cualquier situación clínica que les impida una comprensión suficiente del estudio. Si usted se encuentra incapacitado legalmente, el consentimiento informado lo firmará su representante legal.

Puede ser que en su caso no reciba ningún beneficio directo por el hecho de participar en el estudio. En el caso de que los datos pudieran proporcionarle un potencial beneficio le será comunicado siempre que antes no haya manifestado su deseo de no recibir este tipo de información. Debe saber que del estudio se obtendrá información de gran interés científico para mejorar el diagnóstico y/o tratamiento de pacientes con psicosis y son psicosis ingresados en prisiones.

Usted no corre ningún riesgo esperado derivado de la participación en el estudio.

Se garantiza la confidencialidad de los datos personales. Los resultados del estudio se almacenarán en archivos creados específicamente para este fin, estarán protegidos con las medidas de seguridad exigidas en la legislación vigente, y se conservarán bajo la custodia del PSSJD. Ningún dato médico personal que permita su identificación será accesible a ninguna persona que no sea su médico/a, ni podrán ser divulgados por ningún medio, conservando en todo momento la confidencialidad médico/a-paciente. Los resultados obtenidos podrán ser consultados por los/as investigadores/as del estudio y ser presentados en congresos nacionales e internacionales, así como publicados en revistas científicas, sin que consten los datos personales de los participantes. Si usted desea, y una vez finalizado el estudio, le informaremos sobre los resultados obtenidos, y el significado científico.

En cualquier momento podrá ejercer sus derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación / Supresión, Oposición (derechos ARCO) y cualquier otro derecho reconocido en los términos y condiciones establecidos por la legislación vigente en materia de Protección de Datos (Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales), como por ejemplo solicitar sus datos personales, rectificarlos si fuera necesario, así como revocar la autorización de inclusión en el estudio. Para ejercer estos derechos debe dirigirse, personalmente o por escrito, a la Unidad de Atención al Usuario del Centro, indicando claramente su petición y adjuntando copia de documento identificativo (DNI / NIE). Dirección del Centro: Parc Sanitari San Joan de Déu (PSSJD), Dr. Antoni Pujadas 42. 08830. Sant Boi de Llobregat. El Responsable de Tratamiento (Actividades de Tratamiento del área de "BÚSQUEDA") es PSSJD. En caso de disconformidad con el tratamiento de sus datos o con el ejercicio de sus derechos puede dirigirse por escrito al Delegado de Protección

de Datos de PSSJD (oficina_dpd@pssjd.org) a la dirección indicada antes o reclamar directamente ante de las Autoridades de Control (Autoridad Catalana de Protección de Datos: <http://apdcat.gencat.cat/ca/contacte/apdcat@gencat.cat> o Agencia de Protección de Datos, <http://www.agpd.es/portalwebAGPD/CanalDelCiudadano/index-ides-idphp.php>)

Doy libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Nombre del participante: _____

Documento de identidad: _____ Edad: _____

Firma del participante: _____

Si el paciente es incapaz de dar el consentimiento:

_____, de _____ de edad, con DNI número _____, en calidad de _____ del paciente, y atendiendo la imposibilidad por mí reconocida que el paciente dé su consentimiento, autorizo libre y voluntariamente la mencionada actuación.

Nombre de pila del/la investigador/a y número de identificación penitenciaria:

Firma del/la investigador/a: _____

Lugar y fecha: _____

Criterios de elegibilidad

Criterios de inclusión	SI	NO
1. Hombres ingresados en los centros penitenciarios de Barcelona.		
2. Edades comprendidas entre los 18 y 65 años.		
3. Diagnosticados de trastornos psicóticos según criterios del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM 5 (apartado espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos).		
4. Que entiendan castellano y se expresen correctamente.		

Criterios de exclusión	NO	SI
1. Previsión de libertad en menos de 4 semanas tras la firma del consentimiento informado.		
2. Pacientes que alcancen un percentil de 60 o superior en la subescala de síntomas positivos de la PANSS		
3. Discapacidad intelectual filiada.		
4. Exclusión de aquellos con consumo y abuso de sustancias, excepto consumo moderado de tabaco, cannabis (hasta 10 gramos semanales), participación en programas de reducción de daños con metadona o tramadol, y/o prescripción médica de benzodiazepinas.		

DSM 5 – Apartado espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Diagnóstico psiquiátrico principal inicial:

Diagnóstico psiquiátrico tras comprobación de criterios DSM 5.

ESCALA PANSS POSITIVA							
1. Delirios	1	2	3	4	5	6	7
2. Desorganización conceptual	1	2	3	4	5	6	7
3. Alucinaciones	1	2	3	4	5	6	7
4. Excitación	1	2	3	4	5	6	7
5. Grandiosidad	1	2	3	4	5	6	7
6. Susplicacia/perjuicio	1	2	3	4	5	6	7
7. Hostilidad	1	2	3	4	5	6	7
PANSS POSITVA: puntuación _____ percentil _____							

¿CUMPLE CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD DEL ESTUDIO?

Grupo de participantes con psicosis

SI _____ NO _____

Grupo de participantes sin psicosis

SI _____ NO _____

Hoja de consentimiento informado del paciente

TÍTULO DEL ESTUDIO: EFECTO DE SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS EN LA ADAPTACIÓN PENITENCIARIA DE PACIENTES CON PSICOSIS. VALIDACIÓN DE LA ESCALA “PRISON ADJUSTMENT INDEX”.

Yo,

(Nombre, apellidos y DNI)

He leído la hoja de información que se me ha entregado, y he podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio. He hablado con el/la Sr/a:

(Nombre de pila del/la investigador/a y número de identificación penitenciaria)

Entiendo que mi participación es voluntaria.

Entiendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera.
- Sin dar explicaciones.
- Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

De conformidad con lo que establece la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, declaro haber estado informado de la existencia de un fichero o tratamiento de datos de

carácter personal, de la finalidad de su recogida, y de los destinatarios de la información, de la identidad y dirección del responsable del fichero de datos. De la disponibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndome por escrito al titular del fichero de datos.

Y consiento que los datos clínicos referentes a mi enfermedad sean almacenados en un fichero automatizado, la información del cual podrá se utilizada exclusivamente para finalidades científicas.

Doy libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Firma del participante: _____

Si el paciente es incapaz de dar el consentimiento:

_____, de _____
de edad, con DNI número _____, en calidad de
_____ del paciente, y atendiendo la imposibilidad por mí
reconocida que el paciente de su consentimiento, autorizo libre y
voluntariamente la mencionada actuación.

Firma del/la investigador/a: _____

Lugar y fecha: _____

Anexo 2. Check list basado en el DMS -5

Trastorno esquizotípico (de la personalidad)

CRITERIO	SÍ	NO
A		
B		

¿Cumple criterios diagnósticos?	SÍ	NO
Trastorno esquizotípico de la personalidad		

Trastorno delirante

297.1 (F22)

CRITERIO	SÍ	NO
A		
B		
C		
D		
E		

¿Cumple criterios diagnósticos?	SÍ	NO
Trastorno delirante		

Trastorno psicótico breve

298.8 (F23)

CRITERIO	SÍ	NO
A		
B		
C		

¿Cumple criterios diagnósticos?	SÍ	NO
Trastorno psicótico breve		

Trastorno esquizofreniforme

295.40 (F20.81)

CRITERIO	SÍ	NO
A		
B		
C		
D		

¿Cumple criterios diagnósticos?	SÍ	NO
Trastorno esquizofreniforme		

Esquizofrenia

295.90 (F20.9)

CRITERIO	SÍ	NO
A		
B		
C		
D		
E		
F		

¿Cumple criterios diagnósticos?	SÍ	NO
Esquizofrenia		

Trastorno esquizoafectivo

CRITERIO	SÍ	NO
A		
B		
C		
D		

¿Cumple criterios diagnósticos?	SÍ	NO
Trastorno esquizoafectivo		

Trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos

CRITERIO	SÍ	NO
A		
B		
C		
D		
E		

¿Cumple criterios diagnósticos?	SÍ	NO
Trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos		

Trastorno psicótico debido a otra afección médica

CRITERIO	SÍ	NO
A		
B		
C		
D		
E		

¿Cumple criterios diagnósticos?	SÍ	NO
Trastorno psicótico debido a otra afección médica		

Catatonía

Catatonía asociada a otro trastorno mental (especificador de catatonía)

293.89 (F06.1)

¿Cumple criterios diagnósticos?	SÍ	NO
Catatonía asociada a otro trastorno mental		

Trastorno catatónico debido a otra afección médica

293.89 (F06.1)

¿Cumple criterios diagnósticos?	SÍ	NO
Trastorno catatónico debido a otra afección médica		

Catatonía no especificada

¿Cumple criterios diagnósticos?	SÍ	NO
Catatonía no especificada		

Otro trastorno del espectro de la esquizofrenia especificado y otro trastorno psicótico

298.8 (F28)

¿Cumple criterios diagnósticos?	SÍ	NO
Otro trastorno del espectro de la esquizofrenia especificado y otro trastorno psicótico		

Trastorno del espectro de la esquizofrenia no especificado y otro trastorno psicótico

298.8 (F29)

¿Cumple criterios diagnósticos?	SÍ	NO
Trastorno del espectro de la esquizofrenia no especificado y otro trastorno psicótico		

Anexo 3. Plantilla para la validación de la traducción y retrotraducción de la escala PAI

Original	Traducción	Retrotraducción	Formato		Redacción		Estructura gramatical		Similitud		Decisión del grupo de evaluación
			Adec.	Adec.	Adec.	Adec.	Adec.	Adec.			
1. The number of months an inmate worked, divided by the number of jobs held.	1. La duración (en meses) de cada trabajo por cada interno en prisión dividido por el número de trabajos realizados	1. Duration (in months) of each job by each inmate divided by the number of jobs done.	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	
2. The number of times an inmate was discharged from his job because of misconduct	2. El número de veces que un interno ha sido despedido de su trabajo por conducta inadecuada, dividido por el número total de trabajos	2. Number of times an inmate has been struck off his job for inappropriate behaviour, divided by the total number of jobs.	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	
3. The number of "bad" statements recorded by cell block guards.	3. El número de incidentes registrado por el personal funcionario de seguridad dividido por el número de expedientes disciplinarios.	3. Number of registered incidents by security personnel, divided by the number of disciplinary case files.	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	

Anexo 4. Plantilla validación nuevos ítems de la escala IAP (grupo de expertos).

Ítems	Índice de relevancia	Índice de pertinencia	IVC	Obs.
1. Suma de los días de cada trabajo efectuado por el interno, dividido por el número total de trabajos realizados	Esencial	No esencial	0	1
2. Número de veces que el interno ha cursado extinción laboral por conducta inapropiada, dividido por el número total de trabajos realizados	Esencial	No esencial	0	1
3. Suma de los días de asistencia a cada actividad efectuada por el interno, dividido por la duración en días de los programas realizados	Esencial	No esencial	0	1
4. Número de veces que el interno ha sido dado de baja de un programa por conducta inapropiada, dividido por el número total de programas realizados.	Esencial	No esencial	0	1
5. Suma de los días de sanciones cumplidas, dividido por los días que lleva recluido.	Esencial	No esencial	0	1
6. Suma de los días de permanencia en situación de régimen cerrado de vida, dividido por los días que lleva recluido.	Esencial	No esencial	0	1

Anexo 5. Versión definitiva de la escala IAP

1. Número de veces que el interno ha sido dado de baja de un programa por conducta inapropiada, dividido por el número total de programas realizados.

2. Suma de los días de sanciones cumplidas, dividido por los días que lleva recluso.

3. Suma de los días de permanencia en situación de régimen cerrado de vida, dividido por los días que lleva recluso.

PUNTUACIÓN TOTAL

Anexo 6. Cuaderno de recogida de datos.

Código participante _____ / ____ / ____ - _____

CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS (SESIÓN 1)

EFFECTO DE SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS EN LA ADAPTACIÓN PENITENCIARIA DE PACIENTES CON PSICOSIS. VALIDACIÓN DE LA ESCALA "PRISON ADJUSTMENT INDEX".

DATOS GENERALES

FECHA: _____ / _____ / _____

Nombre de pila investigador/a colaborador/a: _____

NIP: _____

Lugar (Centro Penitenciario)

VARIABLES DESCRIPTIVAS

Año de nacimiento: _____

Lugar de nacimiento (*continente*):

0. África ___ 1. América ___ 2. Asia ___ 3. Europa ___ 4. Oceanía y otros.

Nacionalidad

0. Española ___ 1. UE (otros no española) ___ 2. Extracomunitario ___

Años de escolarización: _____

Categoría de trastorno psicótico según DMS 5 (Especificar):

Situación judicial:

0. Preventivo ___ 1. Penado ___ 2. Preventivo y penado 4. ___ 5. Medida de seguridad ___ 6. Otros (especificar): _____

Delito principal (especificar):

Clasificación:

1. Primer grado ___ 2. Segundo grado ___ 3. Tercer grado ___ 4. Pendiente de clasificar ___ 5. Otros (especificar): _____

Ubicación actual:

1. Módulo ordinario ____ 2. Módulo especializado ____ 3. Módulos de sancionados ____ 4. DERT ____ 5. Otros (especificar): _____

VARIABLES ANALÍTICAS

Escala de depresión de Hamilton

<p>1 – Estado de ánimo deprimido:</p> <p>0. Ausente.</p> <p>1. Ligero: actitud melancólica; el paciente no verbaliza necesariamente el descenso del ánimo.</p> <p>2. Moderado: llanto ocasional, apatía, pesimismo, desmotivación...</p> <p>3. Intenso: llanto frecuente (o ganas); introversión; rumiaciones depresivas; pérdida del gusto por las cosas.</p> <p>4. Extremo: llanto frecuente (o ganas); frecuente tendencia al aislamiento; contenidos depresivos exclusivos en el pensamiento o la comunicación verbal; pérdida de la capacidad de reacción a estímulos placenteros.</p>
<p>2- Sentimientos de culpa:</p> <p>0. Ausente.</p> <p>1. Ligero: autorreproches, teme haber decepcionado a la gente.</p> <p>2. Moderado: ideas de culpabilidad; sentimientos de ser una mala persona, de no merecer atención.</p> <p>3. Intenso: la enfermedad actual es un castigo; meditación sobre errores, malas acciones o pecados del pasado; merece lo que padece.</p> <p>4. Extremo: ideas delirantes de culpa con o sin alucinaciones acusatorias.</p>
<p>3-Suicidio:</p> <p>0. Ausente.</p> <p>1. Ligero: la vida no vale la pena vivirla.</p> <p>2. Moderado: desearía estar muerto o piensa en la posibilidad de morir.</p> <p>3. Intenso: ideas o amenazas suicidas.</p> <p>4. Extremo: serio intento de suicidio.</p>
<p>4-Insomnio inicial (si toma hipnóticos y no puede evaluar, puntúe 1):</p> <p>0. Ausente.</p> <p>1. Ocasional: tarda en dormir entre media y una hora (< 3 noches/semana)</p> <p>2. Frecuente: tarda en dormir más de una hora (3 o más noches/semana)</p>
<p>5-Insomnio medio (si toma hipnóticos y no puede evaluar, puntúe 1):</p> <p>0. Ausente.</p> <p>1. Ocasional: está inquieto durante la noche; si se despierta tarda una hora en dormirse de nuevo (<3 noches/semana).</p> <p>2. Frecuente: está despierto durante la noche, con dificultades para volver a conciliar el sueño; cualquier ocasión para levantarse de la cama (excepto para evacuar), o necesidad de fumar o leer tras despertarse debe puntuar 2 (3 o mas noches seguidas por semana).</p>
<p>6-Insomnio tardío:</p>

<p>0. Ausente.</p> <p>1. Ocasional: se despierta antes de lo habitual (<2 horas antes; <3 días por semana).</p> <p>2. Frecuente: se despierta dos o mas horas antes de lo habitual (3 o más días por semana).</p>
<p>7-Trabajo y actividades:</p> <p>0. Ausente.</p> <p>1. Ligeramente: ideas o sentimientos de incapacidad o desinterés. Distíngalo de la fatiga o pérdida de energía que se puntúan en otra parte.</p> <p>2. Moderado: falta de impulso para desarrollar las actividades habituales, las aficiones o el trabajo (si el paciente no lo manifiesta directamente, puede deducirse por su desatención, indecisión o vacilación ante el trabajo y otras actividades).</p> <p>3. Intenso: Evidente descenso del tiempo dedicado a sus actividades; descenso de su eficacia y/o productividad. En el hospital se puntúa 3 si el paciente no se compromete al menos durante tres horas/día a actividades (trabajo hospitalario o distracciones) ajenas a la propia sala. Notable desatención del aseo personal.</p> <p>4. Extremo: dejó de trabajar por la presente enfermedad. No se asea o precisa de gran estímulo para ello. En el hospital se puntúa 4 si el paciente no se compromete en otras actividades más que a las pequeñas tareas de la sala o si precisa de gran estímulo para que las realice.</p>
<p>8-Inhibición psicomotora:</p> <p>0. Ausente.</p> <p>1. Ligera: ligera inhibición durante la entrevista; sentimientos ligeramente embotados; facies inexpresiva.</p> <p>2. Moderada: evidente inhibición durante la entrevista (voz monótona, tarda en contestar la pregunta).</p> <p>3. Intensa: entrevista difícil y prolongada; lentitud de movimientos al caminar.</p> <p>4. Extrema: estupor depresivo completo; entrevista imposible.</p>
<p>9-Agitación psicomotora:</p> <p>0. Ausente.</p> <p>1. Ligera: mueve los pies; juega con las manos o los cabellos.</p> <p>2. Moderada: se mueve durante la entrevista, se agarra de la silla; se retuerce las manos; se muerde los labios; se tira de los cabellos; mueve ampliamente los brazos, se muerde las uñas, las manos...</p> <p>3. Intensa: no puede estarse quieto durante la entrevista; se levanta de la silla.</p> <p>4. Extrema: la entrevista se desarrolla "corriendo", con el paciente de un lado para el otro, o quitándose la ropa, o arrancándose los cabellos; el paciente parece desconcertado y "desatado".</p>
<p>10-Ansiedad psíquica:</p> <p>0. Ausente.</p> <p>1. Ligera: tensión subjetiva e irritabilidad.</p> <p>2. Moderada: tensión objetiva, evidente; preocupación por trivialidades.</p> <p>3. Intensa: actitud aprensiva evidente en la cara y el lenguaje.</p> <p>4. Extrema: crisis de ansiedad observadas, la ansiedad forma la mayor parte del contenido de su comunicación espontánea, verbal o no verbal.</p>
<p>11-Ansiedad somática:</p> <p>0. Ausente.</p>

<ol style="list-style-type: none"> 1. Ligera: un solo síntoma o síntoma dudoso, o varios síntomas de un mismo sistema. 2. Moderada: varios síntomas de distintos sistemas. 3. Intensa: múltiples síntomas de varios sistemas simultáneamente. 4. Extrema: numerosos síntomas persistentes e incapacitantes la mayor parte de las veces.
<p>12-Síntomas somáticos gastrointestinales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Ausente. 1. Ligeros: pérdida de apetito, pero come sin necesidad de estímulo; sensación de pesadez en el abdomen 2. Intensos: pérdida de apetito, no come aunque se le estimule, o precisa de gran estímulo para comer; precisa o solicita laxantes o medicación para sus síntomas gastrointestinales.
<p>13-Síntomas somáticos generales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Ausentes. 1. Ligeros: fatigabilidad, pérdida de energía, pesadez en extremidades, espalda, cabeza; algias en el dorso, cabeza, músculos. 2. Intensos: fatigabilidad y pérdida de energía la mayor parte del tiempo; cualquier síntoma somático bien definido o expresado espontáneamente.
<p>14-Síntomas genitales (preguntar siempre)</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Ausentes: o información inadecuada o sin información (emplear lo menos posible estas dos últimas) 1. Ligeros: descenso de la libido; actividad sexual alterada (inconstante, poco intensa) 2. Intensos: pérdida completa del apetito sexual; impotencia o frigidez funcionales.
<p>15-Hipocondría:</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Ausente. 1. Ligera: preocupado de sí mismo (corporalmente). 2. Moderada: preocupado por su salud. 3. Intensa: se lamenta constantemente. Solicita ayuda, etc. 4. Extrema: Ideas hipocondriacas delirantes.
<p>16-pérdida de introspección:</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Ausente: se da cuenta de que está enfermo, deprimido. 1. Ligera: reconoce su enfermedad, pero la atribuye a la mala alimentación, a clima, al exceso de trabajo, a una infección viral, a la necesidad de descanso, etc. 2. Moderada: niega estar enfermo o el origen nervioso de su enfermedad.
<p>17-Pérdida de peso:</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Ausente. 1. Ligera: probable pérdida de peso asociada a la enfermedad actual; pérdida superior a 500 gr/semana o 2,5 kg/año (sin dieta). 2. Moderada: pérdida de peso definida según el enfermo; pérdida superior a 1 kg/semana o 4,5 kg/año (sin dieta).
<p>Puntuación total:</p>

Escala IAP (Cañete y Cols, 2024)

1. Número de veces que el interno ha sido dado de baja de un programa por conducta inapropiada, dividido por el número total de programas realizados.	
2. Suma de los días de sanciones cumplidas, dividido por los días que lleva en prisión.	
3. Suma de los días de permanencia en situación de régimen cerrado de vida, dividido por los días que lleva en prisión.	

Código participante _____ / ____ / ____ - _____

CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS (SESIÓN 2)

EFFECTO DE SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS EN LA ADAPTACIÓN PENITENCIARIA DE PACIENTES CON PSICOSIS. VALIDACIÓN DE LA ESCALA “PRISON ADJUSTMENT INDEX”.

DATOS GENERALES

FECHA: _____ / _____ / _____

Nombre de pila investigador/a colaborador/a: _____

NIP: _____

Lugar (Centro Penitenciario –CP-)

Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (PANSS)

1-Escala positiva:

1- Delirios.	1	2	3	4	5	6	7
2- Desorganización conceptual.	1	2	3	4	5	6	7
3- Alucinaciones.	1	2	3	4	5	6	7
4- Excitación.	1	2	3	4	5	6	7
5- Grandiosidad.	1	2	3	4	5	6	7
6- Susplicacia/perjuicio.	1	2	3	4	5	6	7
7- Hostilidad.	1	2	3	4	5	6	7

Total PANSS-P: _____

2-Escala negativa:

1- Embotamiento afectivo.	1	2	3	4	5	6	7
2- Retraimiento emocional.	1	2	3	4	5	6	7
3- Contacto pobre.	1	2	3	4	5	6	7
4- Retraimiento social.	1	2	3	4	5	6	7
5- Pensamiento abstracto.	1	2	3	4	5	6	7
6- Fluidez de la conversación.	1	2	3	4	5	6	7
7- Pensamiento estereotipado.	1	2	3	4	5	6	7

Total PANSS-N: _____

Índice compuesto (Total PANSS-P) – (Total PANSS-N): _____

3-Psicopatología general:

1- Preocupación somática.	1	2	3	4	5	6	7
2- Ansiedad.	1	2	3	4	5	6	7
3- Sentimientos de culpa.	1	2	3	4	5	6	7
4- Tensión motora.	1	2	3	4	5	6	7
5- Manierismos/posturas.	1	2	3	4	5	6	7
6- Depresión.	1	2	3	4	5	6	7
7- Enlentecimiento motor.	1	2	3	4	5	6	7
8- Falta de colaboración.	1	2	3	4	5	6	7
9- Pensamientos inusuales.	1	2	3	4	5	6	7
10- Desorientación.	1	2	3	4	5	6	7
11- Atención deficiente.	1	2	3	4	5	6	7
12- Ausencia de insight.	1	2	3	4	5	6	7
13- Trastornos de la volición.	1	2	3	4	5	6	7
14- Control deficiente de los impulsos.	1	2	3	4	5	6	7
15- Ensimismamiento.	1	2	3	4	5	6	7
16- Evitación social activa.	1	2	3	4	5	6	7

Total PANSS-PG: _____

Escala de Hamilton para la Ansiedad

1- Humor ansioso: Inquietud, espera de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad.	0	1	2	3	4
2- Tensión: Sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar.	0	1	2	3	4
3- Miedos:	0	1	2	3	4

A la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes, etc.					
4- Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos.	0	1	2	3	4
5- Funciones intelectuales: Dificultad de concentración, mala memoria.	0	1	2	3	4
6- Humor deprimido: Falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, depresión, despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día.	0	1	2	3	4
7- Síntomas somáticos generales (musculares): Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz poco firme o insegura.	0	1	2	3	4
8- Síntomas somáticos generales (sensoriales): Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9- Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, extrasístoles.	0	1	2	3	4
10- Síntomas respiratorios: Peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire.	0	1	2	3	4
11- Síntomas gastrointestinales: Dificultad para tragar, meteorismo, dispepsia, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, borborigmos, diarrea, estreñimiento.	0	1	2	3	4
12- Síntomas genitourinarios: Amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes, urgencia, de la micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia.	0	1	2	3	4
13- síntomas del sistema nervioso autónomo: Sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección.	0	1	2	3	4
14- Comportamiento durante la entrevista: - <i>General:</i> el sujeto se muestra tenso, incómodo, agitación nerviosa de las manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad, postura cambiante, temblor de manos, ceño fruncido, facies tensa, aumento del tono muscular, respiración jadeante, palidez facial. - <i>Fisiológico:</i> traga saliva, eructa, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria superior a 20 resp./min., reflejos tendinosos vivos, temblor, dilatación pupilar, exoftalmia, mioclonías palpebrales.	0	1	2	3	4

0. Ausente; 1. Leve; 2. Moderado; 3. Grave; 4. Muy grave/incapacitante.

Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) – Riesgo de Suicidio

Durante este último mes:

1- ¿Ha pensado que estaría mejor estar muerto, o ha deseado estar muerto?	No	Sí: 1 punto.
2- ¿Ha querido hacerse daño?	No	Sí: 2 puntos.
3- ¿Ha pensado en el suicidio?	No	Sí: 6 puntos.
4- ¿Ha planeado cómo suicidarse?	No	Sí: 10 puntos.
5- ¿Ha intentado suicidarse?	No	Sí: 10 puntos.

A lo largo de su vida:

6- ¿Alguna vez ha intentado suicidarse?	No	Sí: 4 puntos.
---	----	---------------

Puntuación Total: _____

Escala de intencionalidad suicida de Beck

Circunstancias objetivas:

<p>1- Aislamiento:</p> <p>0. Alguien presente.</p> <p>1. Alguien próximo o en contacto visual o verbal (p. ej., teléfono).</p> <p>2. Nadie cerca o en contacto.</p>
<p>2- Medición del tiempo:</p> <p>0. La intervención es muy poco probable.</p> <p>1. La intervención es poco probable.</p> <p>2. La intervención es altamente probable.</p>
<p>3- Precauciones tomadas contra el descubrimiento y/o la intervención de otras personas:</p> <p>0. Ninguna.</p> <p>1. Toma precauciones pasivas (p. ej., evita a los otros pero no hace nada para prevenir su intención, estar solo/a en la habitación pero con la puerta sin cerrar, etc.</p> <p>2. Toma precauciones activas (p. ej., cerrando la puerta, etc.</p>
<p>4- Actuación para conseguir ayuda durante o después del intento:</p> <p>0. Avisó a alguien que potencialmente podría prestarle ayuda.</p> <p>1. Colaborador potencial contactado, pero no específicamente avisado.</p> <p>2. No contactó, ni avisó a nadie.</p>
<p>5- Actos finales en anticipación de la muerte (legado, testamento, seguro):</p> <p>0. Ninguno.</p> <p>1. Preparación parcial, evidencia de alguna preparación o planificación para la tentativa.</p> <p>2. Hizo planes definitivos o terminó los arreglos finales.</p>
<p>6- Preparación activa del intento:</p>

<p>0. Ninguna. 1. Mínima o moderada. 2. Importante.</p>
<p>7- Nota suicida: 0. Ninguna. 1. Nota escrita pero rota, no terminada, pensó escribirla. 2. Presencia de nota.</p>
<p>8- Comunicación verbal (ideas, preocupaciones o planes suicidas): 0. No comunicación verbal. 1. Comunicación ambigua (p. ej., “estoy cansado de la vida”, “pienso que estáis mejor sin mí”, “nada tiene objeto”). 2. Comunicación no ambigua (p. ej., “quiero morir”, “siento como si quisiera matarme”, “tomar pastillas”).</p>

Circunstancias subjetivas:

<p>9- Propósito supuesto del intento: 0. Manipular a los otros, efectuar cambios en el entorno, conseguir atención, venganza. 1. Componentes de 0 y 2. 2. Escapar de la vida, buscar finalizar de forma absoluta, buscar solución irreversible a los problemas.</p>
<p>10. Expectativas sobre la probabilidad de muerte: 0. Pensó que era improbable. 1. Posible pero no probable. 2. Probable o cierta.</p>
<p>11. Concepción de la letalidad del método: 0. Hizo menos de lo que pensaba que sería letal. 1. No estaba seguro si lo que hacía era letal. 2. Igualó o excedió lo que pensaba que sería mortal.</p>
<p>12- Seriedad del intento: 0. No intentó seriamente poner fin a su vida. 1. Inseguro. 2. Intentó seriamente poner fin a su vida.</p>
<p>13- Actitud hacia el vivir/morir: 0. No quería morir. 1. Componentes 0 y 2. 2. Quería morir.</p>
<p>14. Concepción de la capacidad de salvamento médico: 0. Pensó que la muerte sería improbable si recibía atención médica. 1. Estaba inseguro si la muerte podía ser impedida por la atención médica. 2. Seguro de morir aunque recibiese atención médica.</p>
<p>15. Grado de premeditación: 0. Ninguno, impulsivo. 1. Suicidio contemplado por 3 horas antes del intento. 2. Suicidio contemplado por más de 3 horas antes del intento.</p>

Escala IAP (Cañete y Cols, 2024)

1. Número de veces que el interno ha sido dado de baja de un programa por conducta inapropiada, dividido por el número total de programas realizados.	
2. Suma de los días de sanciones cumplidas, dividido por los días que lleva en prisión.	
3. Suma de los días de permanencia en situación de régimen cerrado de vida, dividido por los días que lleva en prisión.	
Puntuación total	