

**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ**

**Colegio de Posgrados**

**Salud mental en personas privadas de la libertad del Centro de  
Rehabilitación Social de Varones - Guayas N° 1, 2017**

**Andrés Roberto Benavides Salcedo**

**William Waters, Ph.D.**

**Director de Trabajo de Titulación**

Trabajo de titulación de posgrado presentado como requisito  
para la obtención del título de Magíster en Salud Pública

Quito, 12 de mayo de 2017

**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ**

**COLEGIO DE POSGRADOS**

**HOJA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

**Salud mental en personas privadas de la libertad del Centro de  
Rehabilitación Social de Varones - Guayas N° 1, 2017**

**Andrés Roberto Benavides Salcedo**

Firmas

William Waters,

Ph.D.

Director del Trabajo de Titulación

---

Fadya Orozco,

Ph.D.

Directora del Programa de la Maestría en  
Salud Pública

---

Jaime Ocampo,

Ph.D

Decano del Colegio de Ciencias de la Salud

---

Hugo Burgos,

Ph.D.

Decano del Colegio de Posgrados

---

**Quito, 12 de mayo de 2017**

**© Derechos de Autor**

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: \_\_\_\_\_

Nombre: Andrés Roberto Benavides Salcedo

Código de estudiante: 00127558

C. I.: 171201664-9

Lugar, Fecha Quito, 12 de mayo de 2017

## **DEDICATORIA**

A Enrique y Guadalupe, mis padres;  
porque gracias a la enseñanza de sus valores y virtudes de: esfuerzo, responsabilidad, trabajo  
y dedicación, he logrado cumplir mis metas.

## **AGRADECIMIENTOS**

A las personas privadas de la libertad del Centro de Rehabilitación Social de Varones Guayas N° 1 que participaron en este estudio y que gracias a ese apoyo fue posible su realización.

Al equipo del Ministerio de Salud Pública del centro carcelario que brindó su apoyo durante el desarrollo de la investigación.

A todo el equipo docente de la Universidad San Francisco de Quito.

A Pablo, Marita, Ivonne y demás amigos de la maestría que siempre estuvieron presentes para brindarme su apoyo y confianza.

## RESUMEN

*Antecedentes y objetivos.* La prevalencia de trastornos mentales en personas privadas de la libertad a nivel mundial es elevada y existe evidencia de su relación con factores sociodemográficos, legales y de encarcelamiento. El presente estudio tuvo como objetivo demostrar si la prevalencia de depresión mayor, psicosis, abuso y dependencia de drogas está relacionada con factores sociodemográficos, legales y de encarcelamiento en personas privadas de la libertad del Centro de Rehabilitación Social de Varones - Guayas N°1.

*Metodología.* Se realizó un estudio transversal, con un universo de 8.087 personas privadas de la libertad, la muestra aleatoria estuvo constituida de 265 hombres. Los eventos de salud analizados fueron: trastornos psicóticos, depresión mayor, abuso y dependencia de drogas. Para la colecta de datos se aplicó una encuesta sobre datos sociodemográficos, legales y de encarcelamiento entre ellos: frecuencia de visitas familiares mensuales, antecedentes de encarcelamiento previo y consumo de drogas antes de ingresar a prisión; y además la Escala Mini International Neuropsychiatric Interview, versión español. El análisis de datos incluyó estadística descriptiva e inferencial a través de test de  $X^2$ .

*Resultados.* Se encontraron prevalencias de: 50,9% para depresión mayor, 34,8% para psicosis, 24,2% para abuso de drogas y 39,2% para dependencia de drogas. No existió relación de depresión mayor y psicosis con factores sociodemográficos, pero sí con factores legales y de encarcelamiento como: frecuencia de visitas familiares en los 3 últimos meses depresión y psicosis ( $p<0,05$ ); antecedentes de encarcelamiento y consumo de drogas prearcelario, depresión y psicosis ( $p=0,000$ ). El abuso y dependencia de drogas estuvo significativamente relacionado ( $p<0,01$ ) con factores sociodemográficos, legales y de encarcelamiento: edad, estado civil, situación laboral prearcelaria, antecedentes de encarcelamiento y consumo de drogas prearcelario. La dependencia de drogas se relacionó significativamente con nivel de educación y frecuencia de visitas familiares ( $p<0,05$ ).

*Conclusiones.* Las prevalencias de depresión mayor, psicosis, abuso y dependencia de drogas son elevadas en referencia a estudios a nivel mundial. Se recomienda implementar servicios de salud mental para trastornos mentales graves y fortalecer el servicio de tratamiento de abuso y dependencia de drogas existente.

Palabras clave: Prevalencia, trastorno mental, abuso y dependencia de drogas, privados de libertad.

## ABSTRACT

*Background and objectives.* The prevalence of mental disorders in people deprived of liberty worldwide is high and there is evidence of their association with sociodemographic, legal, and incarceration factors. The present study aimed to demonstrate if the prevalence of major depression, psychosis, abuse and drug dependence is related to sociodemographic, legal and imprisonment factors in persons deprived of liberty of the Center for Social Rehabilitation of Varones - Guayas N ° 1.

*Methodology.* A cross-sectional study was carried out, with a universe of 8,087 people deprived of their liberty. The random sample consisted of 265 men. The health events analyzed were: psychotic disorders, major depression, drug abuse and dependence. A survey of socio-demographic, legal and prison data was used to collect data: frequency of monthly family visits, history of previous incarceration, and drug use prior to admission to prison; And also the Mini International Neuropsychiatric Interview Scale, Spanish version. Data analysis included descriptive and inferential statistics through X<sup>2</sup> test.

*Results.* Prevalence rates were: 50.9% for major depression, 34.8% for psychosis, 24.2% for drug abuse and 39.2% for drug dependence. There was no relationship of major depression and psychosis with sociodemographic factors, but with legal and imprisonment factors such as: frequency of family visits in the last 3 months depression and psychosis ( $p < 0.05$ ); History of incarceration and precarious drug use, depression and psychosis ( $p = 0.000$ ). Drug abuse and dependence were significantly related ( $p < 0.01$ ) to sociodemographic, legal, and incarceration factors: age, marital status, precarious employment status, history of incarceration, and precarious drug use. Drug dependence was significantly related to educational level and frequency of family visits ( $p < 0.05$ ).

*Conclusions.* The prevalences of major depression, psychosis, drug abuse and dependence are high in reference to studies worldwide. It is recommended to implement mental health services for serious mental disorders and strengthen the existing drug abuse and dependency treatment service.

Key words: Prevalence, mental disorder, drug abuse and dependency, deprived of liberty.

## Tabla de contenido

<b>Resumen .....</b>	<b>6</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>7</b>
<b>Introducción .....</b>	<b>11</b>
<b>Antecedentes.....</b>	<b>11</b>
<b>Problema de investigación .....</b>	<b>12</b>
<b>Justificación.....</b>	<b>12</b>
<b>Pregunta de investigación .....</b>	<b>13</b>
<b>Hipótesis .....</b>	<b>14</b>
<b>Objetivo general.....</b>	<b>14</b>
<b>Objetivos específicos.....</b>	<b>15</b>
<b>Revisión de la literatura.....</b>	<b>16</b>
<b>La salud mental en el contexto penitenciario .....</b>	<b>16</b>
<b>La depresión mayor .....</b>	<b>17</b>
<b>La prevalencia de depresión en el contexto penitenciario .....</b>	<b>19</b>
<b>La psicosis.....</b>	<b>19</b>
<b>La prevalencia de psicosis en el contexto penitenciario .....</b>	<b>23</b>
<b>El abuso y dependencia de drogas.....</b>	<b>23</b>
<b>La prevalencia de abuso y dependencia de drogas en el contexto penitenciario .....</b>	<b>24</b>



<b>Factores socioeconómicos y legales relacionados con la salud mental en contextos penitenciarios .....</b>	<b>25</b>
<b>Modelo Ecológico de Desarrollo Humano .....</b>	<b>26</b>
<b>Metodología y diseño de la investigación .....</b>	<b>28</b>
<b>Diseño de estudio .....</b>	<b>28</b>
<b>Población de estudio .....</b>	<b>28</b>
<b>Universo .....</b>	<b>28</b>
<b>Muestra y aplicación de criterios de inclusión y exclusión .....</b>	<b>29</b>
<b>Instrumentos de recolección de datos .....</b>	<b>31</b>
<b>Proceso de reclutamiento y firma de consentimiento informado .....</b>	<b>33</b>
<b>Proceso de recolección de datos .....</b>	<b>33</b>
<b>Operacionalización de variables .....</b>	<b>34</b>
<b>Análisis de datos .....</b>	<b>35</b>
<b>Detalles del análisis .....</b>	<b>35</b>
<b>Resultados .....</b>	<b>35</b>
<b>Discusión .....</b>	<b>42</b>
<b>Conclusiones .....</b>	<b>46</b>
<b>Limitaciones del estudio .....</b>	<b>48</b>
<b>Referencias .....</b>	<b>49</b>
<b>Índice de Anexos .....</b>	<b>54</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Características sociodemográficas de personas privadas de la libertad del Centro de Rehabilitación Social de Varones Guayas 1. N=265.....	38
Tabla 2. Características legales y de encarcelamiento de personas privadas de la libertad del Centro de Rehabilitación Social de Varones Guayas 1. N=265 .....	39
Tabla 3. Prevalencia de trastornos mentales en personas privadas de la libertad del Centro de Rehabilitación Social de Varones Guayas 1. N=265.....	39
Tabla 4. Relación entre trastornos mentales y variables sociodemográficas en personas privadas de la libertad del Centro de Rehabilitación Social de Varones Guayas 1. N=265. ....	40
Tabla 5: Relación entre trastornos mentales y variables legales y de encarcelamiento en personas privadas de la libertad del Centro de Rehabilitación Social de Varones Guayas 1. N=265. ....	41

# INTRODUCCIÓN

## **Antecedentes.**

A nivel mundial, existen más de 10 millones de personas privadas de la libertad y este número se ha ido incrementando un millón desde finales de los años noventa hasta el año 2006 - 2008 (Fazel & Baillargeon, 2011). En Sudamérica, la tasa de encarcelamiento promedio es de 154 por cada 100.000 habitantes, mientras que en El Caribe es de más de 300 por cada 100.000 y en el Ecuador asciende a una tasa de 126 por cada 100.000 habitantes en el año 2011 (Bonilla & Salgado, 2012). En nuestro país el hacinamiento carcelario al igual que en otras partes del mundo ha sido un problema permanente, en enero de 2013 a nivel nacional se evidenció un porcentaje de hacinamiento del 74,42% y posterior a la inversión realizada por parte del gobierno actual en la construcción de nuevos centros carcelarios se logró disminuir este indicador al 21,03% para junio de 2014 (Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos, 2016). Sin embargo, pese a los esfuerzos realizados por parte del Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos como institución encargada de los centros penitenciarios, el problema del hacinamiento así como las dificultades para acceder a más actividades ocupacionales, recreativas, deportivas, artísticas, educativas y a varios bienes y servicios, pueden afectar significativamente la salud de las personas privadas de la libertad. En muchos países se ha documentado altos índices de suicidio dentro de la cárcel y un aumento de la mortalidad por todas las causas al salir de prisión; se desconoce la contribución directa de las cárceles a la enfermedad, aunque las deficiencias en el tratamiento y la

asistencia posterior contribuyen a los resultados adversos en la salud de los prisioneros o ex prisioneros (Fazel & Baillargeon, 2011).

### **Problema de investigación.**

El tema que ha sido tomado como eje de investigación es: la salud mental en personas privadas de la libertad del Centro de Rehabilitación Social de Varones - Guayas N°1. La población penitenciaria a nivel internacional, presenta tasas elevadas de trastornos psiquiátricos comparadas con la población en general (Fazel, Hayes, Bartellas, Clerici & Trestman, 2016), sobre todo en trastornos psicóticos, trastornos depresivos y abuso de sustancias (Fazel & Seewald, 2012). Se ha considerado importante estudiar tanto la prevalencia como su relación con variables sociodemográficas y legales en el contexto penitenciario ecuatoriano; partiendo fundamentalmente de un estudio local y específico en el centro de rehabilitación social de varones más grande del país, estudio a través del cual se logre establecer el inicio de nuevas estrategias y políticas con evidencia científica en favor de la salud de las personas privadas de la libertad.

### **Justificación.**

Existen estudios que muestran que las tasas de población penitenciaria con trastornos mentales comunes, duplican a la población no privada de la libertad y en el caso de los trastornos mentales graves se cuadruplican (Zabala, et al., 2016). Aquellos prisioneros que han sido diagnosticados con trastornos mentales relacionados al consumo de drogas, pocos reciben un programa de desintoxicación, por lo que muchos se quedan con la opción de

continuar con el uso de drogas en la cárcel o frente a la retirada no tratada (Mason, Birmingham & Grubin, 1997).

Las prevalencias de los trastornos mentales en estudio a nivel mundial, oscilan entre: 10,2% para depresión mayor, 5,5% para psicosis en países de bajo y mediano ingreso (Fazel & Seewald, 2012) y de 10 a 48% para abuso y dependencia de drogas (Fazel, Bains & Doll, 2006). Además, existe evidencia de la relación de estos trastornos mentales con factores sociodemográficos y legales (Zabala, et al., 2016).

De esta manera, se ha considerado importante estudiar tanto la prevalencia como su relación con variables sociodemográficas, legales y de encarcelamiento en el contexto penitenciario ecuatoriano; fundamentalmente, por no existir antecedentes de este tipo de estudios en el Ecuador. El estudio realizado podrá ayudar, entre otros aspectos al planteamiento de políticas públicas de prevención y promoción de la salud, así como la planificación e implementación de servicios de salud mental en el contexto penitenciario.

Por otra parte, la investigación contribuirá a contrastar los resultados obtenidos en el Ecuador, con datos existentes en la literatura científica a nivel regional y mundial.

### **Pregunta de investigación**

¿Está relacionada la depresión mayor, la psicosis, el abuso y dependencia de drogas con factores sociodemográficos, legales y de encarcelamiento en personas privadas de la libertad?

## **Hipótesis**

Hipótesis depresión mayor:

Hdm: Existe una relación entre la depresión mayor y factores sociodemográficos, legales y de encarcelamiento en personas privadas de la libertad.

Hipótesis psicosis:

Hps: Existe una relación entre la psicosis y factores sociodemográficos, legales y de encarcelamiento en personas privadas de la libertad.

Hipótesis abuso y dependencia de drogas:

Had: Existe una relación entre el abuso de drogas y factores sociodemográficos, legales y de encarcelamiento en personas privadas de libertad.

Hdd: Existe una relación entre la dependencia de drogas y factores sociodemográficos, legales y de encarcelamiento en personas privadas de libertad.

## **Objetivo general**

Conocer la prevalencia de trastornos mentales y su relación con factores sociodemográficos, legales y de encarcelamiento en personas privadas de la libertad del Centro de Rehabilitación Social de Varones - Guayas N°1.

## **Objetivos específicos**

1. Entender la relación entre la depresión mayor y factores sociodemográficos, legales y de encarcelamiento.
2. Entender la relación entre la psicosis y factores sociodemográficos, legales y de encarcelamiento.
3. Entender la relación entre abuso de drogas y factores sociodemográficos, legales y de encarcelamiento.
4. Entender la relación entre dependencia de drogas y factores sociodemográficos, legales y de encarcelamiento.

## REVISIÓN DE LA LITERATURA

### La salud mental en el contexto penitenciario

Alrededor del mundo, existen más de diez millones de personas privadas de la libertad y este número se ha ido incrementando un millón por cada década. El país en el cual existe la mayor población penitenciaria es Estados Unidos, con una tasa de 756 por cada 100.000 habitantes; a nivel mundial la tasa promedio se ubica en 145 por cada 100.000 (Fazel & Seewald, 2012).

En Sudamérica, la tasa de encarcelamiento promedio es de 154 por cada 100.000 habitantes, mientras que en El Caribe es de más de 300 por cada 100.000 (Bonilla & Salgado, 2012) y en el Ecuador de 126 por cada 100.000 habitantes en el 2011.

En las personas privadas de la libertad se ha evidenciado la existencia de tasas elevadas de trastornos psiquiátricos comparadas con la población en general, sobre todo en trastornos psicóticos, trastornos depresivos, trastornos de personalidad y abuso de sustancias, que se han convertido en factores de riesgo para tasas de suicidio elevadas (Fazel & Seewald, 2012).

Existen estudios que muestran que las tasas de población penitenciaria con trastornos mentales comunes, duplican a la población no privada de la libertad y en el caso de los trastornos mentales graves se cuadruplican (Zabala, et al., 2016). En otro estudio realizado en Chile (Mundt, Alvarado, Fritsch, Poblete, Villagra, Kastner & Priebe, 2013),



se observaron en el análisis comparativo entre la prevalencia en población penitenciaria y población general algunas diferencias significativas, siendo más altas para algunos problemas de salud mental en el contexto penitenciario en varones, entre ellos: depresión mayor 6,1% vs. 3,7%; abuso de drogas 3,3% vs. 0,6% y dependencia de drogas 3,4% vs. 1,1%.

Los servicios de salud mental en las prisiones de países occidentales con altos ingresos, aun no son equivalentes a los de la comunidad en general; además informes sugieren que estos servicios no satisfacen con las necesidades de salud mental de los prisioneros (Mundt, et al., 2013).

Se conoce que las personas que han delinquido y que poseen trastornos mentales y adicionalmente no se someten a un tratamiento adecuado pueden entrar en un ciclo de reincidencia con respecto tanto a los trastornos mentales y los delitos. Además, en aquellos países con nivel de ingresos bajos - medios, tienden a tener tan pocos recursos que las personas privadas de libertad que poseen trastornos mentales tienen un riesgo a tener abusos y violaciones de derechos humanos (Mundt, et al., 2013).

## **La depresión mayor**

Concepto:

Para efectos de este estudio, se tomarán las definiciones de episodio depresivo y de trastorno depresivo recurrente para denominar a la depresión mayor. Estas definiciones a su vez serán tomadas de acuerdo a lo que menciona el Manual de

Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE-10, en el cual se caracterizan de la siguiente manera:

"Episodio depresivo. En los episodios típicos, tanto leves como moderados o graves, el paciente sufre un decaimiento del ánimo, con reducción de su energía y disminución de su actividad. Se deterioran la capacidad de disfrutar, el interés y la concentración, y es frecuente un cansancio importante, incluso después de la realización de esfuerzos mínimos. Habitualmente el sueño se halla perturbado, en tanto que disminuye el apetito. Casi siempre decaen la autoestima y la confianza en sí mismo, y a menudo aparecen algunas ideas de culpa o de ser inútil, incluso en las formas leves. El decaimiento del ánimo varía poco de un día al siguiente, es discordante con las circunstancias y puede acompañarse de los así llamados síntomas "somáticos", tales como la pérdida del interés y de los sentimientos placenteros, el despertar matinal con varias horas de antelación a la hora habitual, el empeoramiento de la depresión por las mañanas, el marcado retraso psicomotor, la agitación y la pérdida del apetito, de peso y de la libido. El episodio depresivo puede ser calificado como leve, moderado o grave, según la cantidad y la gravedad de sus síntomas.

Trastorno depresivo recurrente. Trastorno caracterizado por episodios repetidos de depresión, como los descritos para el episodio depresivo (F32.-), sin ninguna historia de otros episodios distintos en los que hubiera habido elevación del ánimo y aumento de la energía (manía). Sin embargo, puede haber episodios breves de ligera elevación del ánimo y de hiperactividad (hipomanía), inmediatamente después de un

episodio depresivo, los cuales a veces son desencadenados por el tratamiento antidepresivo." (Organización Mundial de la Salud, 1992, p. 320-321).

### **La prevalencia de depresión en el contexto penitenciario.**

En un estudio de revisión sistemática y metanálisis a nivel mundial, se ha encontrado una prevalencia de depresión en el contexto penitenciario de: 10,2% en prisioneros hombres y 14,1% en prisioneras mujeres, sin hallar diferencia significativa entre ambos sexos y no parece haber una mayor prevalencia en los estudios que utilizaron los criterios del DSM y en los países de bajos y medianos bajos de acuerdo a la metaregresión univariada. (Fazel & Seewald, 2012).

Así mismo, en estudios más recientes relacionados con la depresión en cárceles se han observado prevalencias de: 8,7% en hombres privados de libertad en España (Zabala, et al., 2016); 6,3% y 12,3% en hombres y mujeres privados de libertad en Brazil respectivamente (Andreoli, et al., 2014); 6,1% en hombres de Chile (Mundt, et al., 2013) y 38,6% en estudio de screening de depresión en varones de Colombia (Vélez, et al., 2016).

### **La psicosis**

Concepto:

Para efectos de este estudio, todos las siguientes definiciones de eventos de salud serán incluidos para denominar a la psicosis: esquizofrenia, trastorno esquizotípico, trastornos delirantes persistentes, trastornos psicóticos agudos, trastorno delirante

inducido, trastorno esquizoafectivo, trastornos psicóticos de origen no orgánico, episodio depresivo grave con síntomas psicóticos y trastorno depresivo recurrente con síntomas psicóticos. Estas definiciones a su vez serán tomadas de acuerdo a lo que menciona el Manual de Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE-10, en el cual se caracterizan de la siguiente manera:

- Esquizofrenia: "Los trastornos esquizofrénicos se caracterizan, en general, por distorsiones fundamentales y típicas del pensamiento y de la percepción, junto con una afectividad inadecuada o embotada. Habitualmente se mantienen tanto la lucidez de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el transcurso del tiempo pueden desarrollarse ciertas deficiencias intelectuales. Entre sus fenómenos psicopatológicos más importantes se cuentan el pensamiento con eco, la inserción o el robo del pensamiento, la difusión del pensamiento, la percepción delirante y los delirios de control, de influencia o de pasividad, voces alucinatorias que comentan o discuten al paciente en tercera persona, trastornos del pensamiento y síntomas de negativismo." (Organización Mundial de la Salud, 1992, p. 309).
- Trastorno esquizotípico: "Trastorno caracterizado por comportamiento excéntrico y anomalías del pensamiento y del afecto que se asemejan a los observados en la esquizofrenia, aunque en ninguna etapa aparecen anormalidades características y definitivamente esquizofrénicas. Entre sus síntomas puede haber afecto frío o inapropiado, anhedonia, comportamiento peculiar o excéntrico, tendencia al aislamiento social, ideas paranoides o estafalarias que no alcanzan a ser

verdaderos delirios, cavilaciones obsesivas, trastornos del pensamiento y perturbaciones de la percepción, episodios cuasi psicóticos transitorios ocasionales con intensas ilusiones, alucinaciones auditivas o de otra índole e ideas seudo delirantes, todo lo cual ocurre habitualmente sin mediar provocación externa alguna. No hay comienzo definido y su evolución y curso por lo común es la de un trastorno de la personalidad." (Organización Mundial de la Salud, 1992, p. 312).

- Trastornos delirantes persistentes: "Comprende una diversidad de trastornos en los cuales los delirios de larga duración constituyen su única, o la más visible, característica clínica, y que no pueden ser clasificados como trastornos orgánicos, esquizofrénicos o afectivos." (Organización Mundial de la Salud, 1992, p. 313).
- Trastornos psicóticos agudos y transitorios: "Grupo heterogéneo de trastornos caracterizados por el comienzo agudo de síntomas psicóticos, tales como delirios, alucinaciones y perturbaciones de la percepción, y por una grave alteración del comportamiento habitual del paciente. Se define como agudo el desarrollo creciente de un cuadro clínico claramente anormal, en el lapso de dos semanas o menos. No hay evidencias de una causalidad orgánica en estos trastornos. A menudo hay desconcierto y perplejidad, pero la desorientación en tiempo, espacio y persona no es lo suficientemente persistente o severa para justificar el diagnóstico de delirio de causa orgánica. Habitualmente hay recuperación completa en el lapso de unos pocos meses, a menudo en el término de pocas semanas o, incluso, de pocos días. Si el trastorno persiste será necesario hacer un cambio en la clasificación. El trastorno puede o no estar asociado a estrés agudo,

definido como acontecimientos generalmente estresantes que preceden el comienzo de la enfermedad en una o dos semanas." (Organización Mundial de la Salud, 1992, p. 314).

- Trastorno delirante inducido: "Trastorno delirante compartido por dos o más personas, entre las cuales hay vínculos emocionales estrechos. Sólo una de las personas sufre un verdadero trastorno psicótico; en la o las otras, los delirios son inducidos, y habitualmente ceden cuando las personas son separadas." (Organización Mundial de la Salud, 1992, p. 315).
- Trastornos esquizoafectivos: "Trastornos episódicos en los cuales son importantes tanto los síntomas afectivos como los síntomas esquizofrénicos, de manera que no se justifica el diagnóstico de esquizofrenia ni el de episodio depresivo o maníaco. Las otras afecciones, en las cuales los síntomas afectivos se superponen a un mal esquizofrénico preexistente, o bien coexisten o se alternan con trastornos delirantes persistentes de otras clases, se clasifican en F20– F29. Los síntomas psicóticos incongruentes con el estado de ánimo en los trastornos afectivos no justifican el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo." (Organización Mundial de la Salud, 1992, p. 316).
- Trastornos psicóticos de origen no orgánico: "Trastornos delirantes o alucinatorios que no justifican el diagnóstico de cualquier otro trastorno psicótico" (Organización Mundial de la Salud, 1992, p. 316).

## **La prevalencia de psicosis en el contexto penitenciario.**

Según el estudio de revisión sistemática y metanálisis de Fazel & Seewald (2012), la prevalencia agrupada de psicosis a nivel mundial en el contexto penitenciario es de 3,6% para hombres y de 3,9% para mujeres, existiendo una diferencia significativa entre ambos sexos. Por otra parte, el mismo estudio refiere que también existe una diferencia significativa entre la prevalencia de psicosis en personas privadas de libertad que pertenecen a países con ingresos bajos - medios (5,5%) y la de países con ingresos altos (3,5%).

En otros estudios recientes, se ha encontrado los siguientes resultados: una prevalencia de trastorno psicótico de 20,7% en hombres de prisiones en España (Zabala, et al., 2016); posible psicosis de tipo no afectiva con prevalencia de 0,8% en cárceles de Chile (Mundt, et al., 2013); una prevalencia de 1,9% para esquizofrenia y 1,1% para otro tipo de psicosis en prisioneros varones en Brazil (Andreoli, et al., 2014).

## **El abuso y dependencia de drogas**

### *Concepto:*

Para efectos de este estudio, las siguientes definiciones de eventos de salud serán incluidos para denominar al abuso y dependencia de drogas:

- Abuso de drogas: "Patrón de consumo de una sustancia psicoactiva que causa daño a la salud. El daño puede ser físico (como en los casos de hepatitis por la auto administración de sustancias psicoactivas inyectables), o mental (por ejemplo, en

los episodios de trastorno depresivo secundario a una ingestión masiva de alcohol)." (Organización Mundial de la Salud, 1992, p. 305).

- Dependencia de drogas: "Conjunto de fenómenos del comportamiento, cognitivos y fisiológicos, que se desarrollan luego del consumo repetido de la sustancia en cuestión, entre los cuales se cuentan característicamente los siguientes: un poderoso deseo de tomar la droga, un deterioro de la capacidad para auto controlar el consumo de la misma, la persistencia del uso a pesar de consecuencias dañinas, una asignación de mayor prioridad a la utilización de la droga que a otras actividades y obligaciones, un aumento de la tolerancia a la droga y, a veces, un estado de abstinencia por dependencia física. Puede haber síndromes de dependencia de una sustancia específica psicoactiva (por ejemplo tabaco, alcohol o diazepam), de una clase de sustancia (por ejemplo drogas opioides), o de una variedad más amplia de sustancias psicoactivas farmacológicamente diferentes." (Organización Mundial de la Salud, 1992, p. 305).

### **La prevalencia de abuso y dependencia de drogas en el contexto penitenciario.**

En un estudio de revisión sistemática se ha encontrado una prevalencia de abuso y dependencia de drogas que oscila entre 10 y 48% en hombres privados de libertad a nivel mundial, mientras que para las mujeres fue de 10 a 24% (Fazel, Bains & Doll, 2006).

En estudios más recientes se ha observado como resultado una prevalencia de consumo durante encarcelamiento de 7,4% para ambos sexos en México (Nevárez,



Constantino & Castro, 2012); prevalencia de trastornos relacionados con drogas en varones privados de libertad en Brazil de 1,3% (Andreoli, et al., 2014); en prisiones de Chile se observa una prevalencia de 6,6% para ambos sexos, 3,3% para abuso de drogas y 3,4% para dependencia de drogas (Mundt, et al., 2013); una prevalencia de 16,41% para trastornos por consumo de drogas y alcohol en hombres y mujeres en España (Marín & Navarro, 2012); prevalencia de 35,2% para abuso o dependencia de drogas en Francia (Lukasiewicz, Falissard, Michel, Neveu, Reynaud & Gasquet, 2007) y de 18,5% por abuso y dependencia de sustancias en varones prisioneros (Zabala, et al., 2016); en Ecuador el 10,6% de hombres privados de libertad en un determinado centro de privación de libertad admite consumir algún tipo de droga (Bonilla & Salgado, 2012).

### **Factores socioeconómicos y legales relacionados con la salud mental en contextos penitenciarios**

De acuerdo a estudios realizados a nivel mundial, se ha podido observar la existencia de una relación entre algunos factores sociodemográficos y trastornos del estado de ánimo en el contexto penitenciario, encontrando que la edad, nivel de estudios, estado civil y situación laboral pre carcelaria son los principales factores que se relacionan con este tipo de trastornos (Zabala et al., 2016). La psicosis estaría relacionada con: la edad, nivel de estudios y la situación laboral pre carcelaria; mientras que para abuso y dependencia de sustancias existiría una relación con: la edad, el estado civil, el nivel de estudios y la situación laboral pre carcelaria (Zabala et al., 2016). En otro estudio se ha encontrado relación entre algunas variables sociodemográficas y legales con el consumo de sustancias en los últimos seis meses, entre estas variables se mencionan: la edad, el estado

civil, la situación laboral pre carcelaria, el nivel de educación, consumo de sustancias previo a encarcelamiento, primera condena y tiempo mayor en prisión a 24 meses (Caravaca, Falcón & Luna, 2015).

En Egipto, se ha observado en los resultados de una investigación una relación entre trastornos psiquiátricos y los siguientes factores demográficos: edad, sexo, ocupación intracarcelaria, y visitas familiares (El-Gilany, Khater, Gomaa, Hussein & Hamdy, 2016).

### **Modelo Ecológico de Desarrollo Humano.**

Con la evidencia mostrada en los estudios mencionados en la primera parte de este capítulo, se observa varias relaciones entre factores que podrían ubicarse en los que de acuerdo al Modelo ecológico se denominan entornos o ambientes próximos. Es por ello que el presente estudio acogerá a este modelo para intentar explicar las relaciones existentes entre los factores sociodemográficos y legales con cada uno de los eventos de salud mental a investigarse: depresión, abuso y dependencia de drogas y psicosis.

La descripción básica de este modelo podría mencionarse de la siguiente manera:

"La ecología del desarrollo humano comprende el estudio científico de la progresiva acomodación mutua entre un ser humano activo en desarrollo y las propiedades cambiantes de los entornos inmediatos en los que vive la persona en desarrollo, en cuanto este proceso se ve afectado por las relaciones que se establecen entre estos

entornos y por los contextos más grandes en los que están incluidos los entornos."(Bronfenbrenner, 1979, p. 40).

Es así que el modelo ecológico integra tres niveles de análisis teórico: individuo, socio psicológico y sociocultural (Martínez, Robles, Utria & Amar, 2014). Concibe interacciones concéntricas entre diferentes sistemas que afectan el desarrollo de los individuos: a) Microsistema; constituye el nivel más interno de todo sistema y el más próximo a la persona y sus relaciones interpersonales directas; b) Mesosistema; interrelaciones entre dos o más entornos en que la persona participa activamente, se interrelacionan entre otros microsistemas; (Martínez, et al., 2014) c) Exosistema; abarca espacios más amplios que la persona no está incluida como sujeto activo pero que sus acciones o funcionamiento influyen en ella. d) Macrosistema; alude a influencia de factores culturales, estilos de vida, creencias, recursos, oportunidades, entre otros; e) Cronosistema; abarca cambios en el tiempo, no solo en las características de la persona, sino también en el entorno en el que vive como la estructura familiar, nivel socioeconómico, empleo, lugar de residencia, etc. (Bronfenbrnner, 1994).

# METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

## **Diseño de estudio:**

Es un estudio transversal, cuantitativo y descriptivo; realizado durante el mes de febrero de 2017 con personas privadas de la libertad.

## **Población de estudio.**

La población de este estudio son personas privadas de la libertad del Centro de Rehabilitación Social de Varones - Guayas N°1, este centro penitenciario tiene la característica principal de ser el más grande del Ecuador albergando a un total de 8.087 personas en el momento del estudio. Las principales características de esta población penitenciaria son tres: 1) hombres mayores de 18 años de edad en adelante, 2) privados de la libertad y 3) sin clasificación de peligrosidad en sus pabellones o por tipo de delito. Estas características son similares a todos los demás centros penitenciarios de adultos a nivel nacional con excepción de los Centros de Privación de Libertad Regionales (Cotopaxi, Guayas N° 8 y Turi), en los cuales existe clasificación de las personas privadas de libertad por pabellones en diferentes niveles de seguridad, se excluyen de igual manera a los centros de detención provisional.

## **Universo:**

El universo para este estudio fue de 8.087 personas.

### **Muestra y aplicación de criterios de inclusión y exclusión:**

El tipo de muestra para este estudio es aleatoria y el tamaño de la misma se ha calculado a través de la siguiente fórmula (Snedcor & Cochran, 1967):

$$n = \frac{4pq}{L^2}$$

n= muestra

p= probabilidad de éxito

q= probabilidad de fracaso

L= probabilidad de error

La probabilidad de éxito y de fracaso, fueron tomados de uno de los resultados del estudio realizado en el contexto penitenciario por Zabala et al. (2016), en el cual se menciona que la prevalencia en el último mes para psicosis fue de 20,7%, para trastorno por abuso y dependencia de sustancias fue de 18,5% y para trastorno depresivo mayor 8,7%. El dato tomado fue el de la prevalencia de psicosis que resultó ser la más alta de los tres trastornos estudiados. Así mismo, la probabilidad de error fue tomada por un nivel de confianza de 95% para este estudio.

Una vez reemplazados los datos en la ecuación, el resultado del tamaño de la muestra es el siguiente:

$$n = \frac{4(21)(79)}{5^2}$$

$$n = 265$$

El Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos, facilitó el listado de las 8.087 personas privadas de la libertad con 7 días de anterioridad a la recolección de datos, a este primer grupo se aplicaron los siguientes criterios de inclusión: 1) hombres privados de la libertad ingresados al centro de rehabilitación social seleccionado, resultando los 8.087 casos, 2) edad entre 18 y 75 años, permaneciendo 6.437 casos y excluyendo los casos que no tenían registro de edad en el listado, 3) extranjeros castellano parlantes o con un nivel de comunicación y comprensión del castellano suficiente, permaneciendo 6.437 casos, no se obtiene este dato por parte del Ministerio de Justicia, 4) Que hayan permanecido en privación de libertad al menos 12 meses antes de la entrevista, permanecieron 2.375 casos. De igual forma se aplicaron los siguientes criterios de exclusión: 1) Puesta en libertad a 6 meses, no se obtiene esta información a través del Ministerio de Justicia, permaneciendo así los 2.375 casos anteriores, 2) Internos con patologías somáticas graves que imposibiliten la realización de la entrevista, no se reporta este dato de parte del Ministerio de Salud Pública por motivos de confidencialidad del paciente, sin embargo en la muestra final no se encontró ningún caso que pueda ser aplicable este criterio permaneciendo así 2.375 casos, 3) Con medidas de seguridad que imposibiliten la entrevista, el Ministerio de Justicia reportó no tener a ninguna persona privada de la libertad con este tipo de medidas, manteniendo así los 2.375 casos y

finalmente, 4) Con traslado inminente a otro centro de privación de libertad, esta información no fue facilitada por el Ministerio de Justicia por motivos de seguridad, permaneciendo así los 2.375 casos una vez aplicados todos los criterios de inclusión y exclusión planteados para el estudio.

Posteriormente, se realizó una aleatorización de los 2.375 casos usando la herramienta informática SPSS versión 21 para reducir a un listado de 265 casos como muestra final y 335 reemplazos adicionales, estos últimos serían usados en caso de resultar en la no aceptación de participar en el estudio por parte de los primeros 265 casos.

### **Instrumentos de recolección de datos:**

1. Encuesta para datos sociodemográficos, legales y de encarcelamiento.

Es un instrumento que fue elaborado por el investigador y tiene por objetivo recoger datos de 9 variables sociodemográficas, legales y de encarcelamiento de los participantes: 1) edad, 2) nivel de educación, 3) lugar de residencia de la familia, 4) estado civil, 5) frecuencia de visitas familiares en los tres últimos meses, 6) situación laboral precarcelaria, 7) tener hijos, 8) antecedentes de encarcelamiento, 9) consumo de drogas precarcelario. La misma se aplicó a través del encuestador con 9 preguntas; su aplicación está diseñada para un tiempo de 5 minutos.

## 2. Escala "Entrevista MINI International Neuropsychiatric Interview".

La MINI es una escala diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. Consta de 15 módulos que evalúan respectivamente un problema de salud mental específico; para la presente investigación se tomaron en cuenta 3 módulos: A. Episodio depresivo mayor, K. Trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas no alcohólicas y L. Trastornos psicóticos. Cada uno de los módulos tiene ítems con preguntas que realiza el entrevistador haciendo referencia a signos y síntomas del problema de salud mental investigado con instrucciones específicas de aplicación que se deben seguir por parte del entrevistador. Al final los resultados de cada uno de los módulos se procesan a través de instrucciones de sumatoria de respuestas obteniendo como resultado final la confirmación o no de la existencia del problema de salud mental investigado. La aplicación de los 3 módulos del MINI que se usaron para esta investigación fue de una duración de entre 15 y 20 minutos por cada participante.

Ambos instrumentos de recolección de datos fueron validados con 10 hombres reclusos en el Centro de Privación de Libertad Regional Guayas N° 8; a partir de esta validación se modificaron algunas palabras de las preguntas originales de los instrumentos con el objetivo de que sean mejor comprensibles y adaptadas al lenguaje utilizado por los internos del centro carcelario.



**Proceso de reclutamiento y firma de consentimiento informado:**

Se coordinó con el Ministerio de Justicia un cronograma específico de los candidatos a participar en el estudio ordenado por días y de acuerdo a pabellones, estos candidatos voluntariamente fueron trasladados hacia la unidad de salud del centro de rehabilitación social. En la sala de reuniones de la unidad de salud en grupos de 15 candidatos se realizó por parte del investigador la socialización, aclaración de dudas y firma del consentimiento informado a quienes voluntariamente desearon participar de acuerdo al formato aprobado por el Comité de Ética de la Universidad San Francisco de Quito.

**Proceso de recolección de datos:**

Para este proceso se contó con el apoyo de 7 encuestadores y entrevistadores: 3 médicos y 4 psicólogos clínicos, quienes fueron previamente capacitados por parte del investigador en la aplicación de los instrumentos de recolección de datos así como en la calificación de los resultados de la Escala "Entrevista MINI International Neuropsychiatric Interview".

Una vez firmado el consentimiento informado por parte de los participantes, la aplicación de los instrumentos de recolección de datos se realizó de forma individual en consultorios de la unidad de salud del centro de rehabilitación social, en la cual la infraestructura de estos consultorios garantizó la privacidad de la entrevista a puerta cerrada sin la presencia de otra persona; en la parte externa del consultorio se encontraba

un agente de seguridad penitenciaria, el agente que resguarda la seguridad de la unidad de salud no tuvo acceso a ninguna información que se recabó durante la aplicación de los instrumentos de recolección de datos; bajo estas circunstancias se brindó la garantía de la confidencialidad del participante.

### **Operacionalización de variables:**

La operacionalización de variables se realizó de acuerdo a cada uno de los eventos de salud a investigarse y para cada una de las 4 hipótesis planteadas, tomando en cuenta características de las variables dependientes e independientes como: tipo de variable, dimensiones, categorías e instrumento de medición. (Ver Anexo A).

# ANÁLISIS DE DATOS

## Detalles del análisis

Los datos obtenidos con los instrumentos de recolección de datos fueron tabulados en una base y analizados en el programa informático y estadístico SPSS versión 21. Se ha usado estadística descriptiva como medidas de frecuencias y porcentajes para el análisis de cada uno de los factores sociodemográficos, legales y de encarcelamiento, así como para las prevalencias de depresión mayor, psicosis, abuso y dependencia de drogas.

Para el análisis de la relación de variables independientes y dependientes de cada una de las hipótesis se ha usado tablas de contingencia y estadística no paramétrica con la prueba de Chi cuadrado y coeficiente de contingencia, además de sus respectivos niveles de significancia tomando como relación estadísticamente significativa valores de  $p$  menores a 0,05.

## Resultados

En la Tabla N° 1 se muestran las características sociodemográficas de las personas privadas de la libertad en estudio. La categoría de edad con mayor porcentaje fue de 18 a 39 años con un 77,4%. Respecto a la variable nivel de educación, el 50,6% de los prisioneros posee nivel de primaria o ningún tipo de instrucción. En cuanto al estado civil, el 50,2% son solteros con pareja y el 43,8% solteros sin pareja, divorciados o viudos. El 75,1% ha mencionado tener hijos. En referencia a la situación laboral precarcelaria el 87,1% era

empleado o subempleado. El 64,5% de las familias de las persona en estudio residen dentro de la ciudad donde se ubica la prisión, mientras que el 35,5% reside fuera de la ciudad.

Las características legales y de encarcelamiento de las personas privadas de la libertad en estudio se pueden observar en la Tabla N° 2, obteniendo un porcentaje de 55,8% de personas privadas de la libertad que tuvieron de 5 a 12 visitas familiares en los últimos 3 meses y el 44,2% de 1 a 4 visitas familiares. El 51,3% no tiene antecedentes de encarcelamiento y el 59,2% mencionó haber consumido drogas antes de ingresar al centro carcelario.

En cuanto a los resultados de prevalencia de los cuatro trastornos mentales estudiados, se ha obtenido que el trastorno con la prevalencia más alta fue la depresión mayor con un 50,9%, seguido de la dependencia de drogas con un 39,2%, la psicosis con un 34,8% y el abuso de drogas con un 24,2%. (Ver Tabla N° 3).

En la Tabla N° 4 se muestra las relaciones existentes entre las variables sociodemográficas y cada uno de los trastornos mentales en estudio. La depresión mayor y la psicosis no obtuvieron algún tipo de relación estadísticamente significativa con alguna variable sociodemográfica, mientras que el abuso de drogas obtuvo relaciones estadísticamente significativas con las siguientes variables: edad ( $p= 0,004$ ) con una magnitud de relación baja ( $C= 0,176$ ); con el estado civil ( $p= 0,006$ ) con una magnitud de relación baja ( $C= 0,193$ ) y con la situación laboral precarcelaria ( $p= 0,004$ ) con una magnitud de relación baja ( $C= 0,175$ ). La dependencia de drogas estuvo relacionada de forma estadísticamente

significativa con: la edad ( $p= 0,000$ ) con una magnitud de relación moderada ( $C= 0,226$ ); el nivel de educación ( $p= 0,034$ ) con una magnitud de relación baja ( $C= 0,129$ ); el estado civil ( $p= 0,002$ ) con una magnitud de relación moderada ( $C= 0,214$ ) y la situación laboral precarcelaria ( $p= 0,004$ ) con una magnitud de relación baja ( $C= 0,176$ ).

Los resultados de la relación entre los cuatro trastornos mentales investigados y las variables legales o de encarcelamiento se muestran en la Tabla N° 5. La depresión mayor obtuvo relación estadísticamente significativa con: la frecuencia de visitas familiares en los tres últimos meses ( $p= 0,000$ ) con una magnitud de relación moderada ( $C= 0,256$ ); antecedentes de encarcelamiento ( $0,011$ ) con una magnitud de relación baja ( $C= 0,153$ ) y con el consumo de drogas precarcelario ( $p= 0,000$ ) con una magnitud de relación moderada ( $C=0,211$ ). La psicosis está relacionada con: la frecuencia de visitas familiares en los tres últimos meses ( $p= 0,002$ ) con una magnitud de relación baja ( $C= 0,188$ ); antecedentes de encarcelamiento ( $p= 0,006$ ) con una magnitud de relación baja ( $C= 0,168$ ) y con el consumo de drogas precarcelario ( $p= 0,000$ ) con una magnitud de relación moderada ( $C= 0,245$ ). El abuso de drogas se relacionó con las siguientes variables: antecedentes de encarcelamiento ( $p= 0,001$ ) con una magnitud de relación moderada ( $C= 0,205$ ) y consumo de drogas precarcelario ( $p= 0,000$ ) con una magnitud de relación moderada ( $C= 0,354$ ). La dependencia de drogas se relaciona de forma estadísticamente significativa con: la frecuencia de visitas familiares en los tres últimos meses ( $p= 0,000$ ) con una magnitud de relación moderada; antecedentes de encarcelamiento ( $p= 0,000$ ) con una magnitud de relación moderada y el

consumo de drogas precarcelario ( $p= 0,000$ ) con una magnitud de relación moderada ( $C= 0,443$ ).

Tabla 1: Características sociodemográficas de personas privadas de la libertad del Centro de Rehabilitación Social de Varones Guayas 1. N=265

Variables	n	(%)
Edad		
- 18 a 39 años	205	(77,4)
- 40 años en adelante	60	(22,6)
Nivel de educación		
- Ninguna o primaria	134	(50,6)
- Secundaria, superior u otra	131	(49,4)
Estado civil		
- Soltero sin pareja, divorciados y viudos	116	(43,8)
- Soltero con pareja	133	(50,2)
- Casado	16	(6)
Tener hijos		
- Sí	199	(75,1)
- No	66	(24,9)
Situación laboral precarcelaria. n= 263		
- Empleado o subempleado	229	(87,1)
- Desempleado	34	(12,9)
Lugar de residencia de la familia		
- Dentro de la ciudad donde se ubica la prisión	171	(64,5)
- Fuera de la ciudad donde se ubica la prisión	94	(35,5)

Tabla 2. Características legales y de encarcelamiento de personas privadas de la libertad del Centro de Rehabilitación Social de Varones Guayas 1. N=265

Variables	n (%)
Frecuencia de visitas familiares en 3 últimos meses	
- 0 a 4 visitas	117 (44,2)
- 5 a 12 visitas	148 (55,8)
Antecedentes de encarcelamiento	
- Sí	129 (48,7)
- No	136 (51,3)
Consumo de drogas precarcelario	
- Sí	157 (59,2)
- No	108 (40,8)

Tabla 3. Prevalencia de trastornos mentales en personas privadas de la libertad del Centro de Rehabilitación Social de Varones Guayas 1. N=265

Trastorno	n (%)
Depresión mayor	135 (50,9)
Abuso de drogas	64 (24,2)
Dependencia de drogas	104 (39,2)
Psicosis	92 (34,8)

Tabla 4. Relación entre trastornos mentales y variables sociodemográficas en personas privadas de la libertad del Centro de Rehabilitación Social de Varones Guayas 1. N=265.

Variable sociodemográfica	Trastorno mental							
	Depresión mayor		Psicosis		Abuso de drogas		Dependencia de drogas	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
<b>Edad</b>								
- 18 a 39 años	108 (80)	97 (74,6)	54 (77,1)	151 (77,4)	58 (90,6)	147 (73,1)	93 (89,4)	112 (69,6)
- 40 años en adelante	27 (30,6)	33 (29,4)	16 (22,9)	44 (22,6)	6 (9,4)	54 (26,9)	11 (10,6)	49 (30,4)
X <sup>2</sup> valor (p)	0,295		0,960		0,004**		0,000**	
C	0,064		0,003		0,176		0,226	
<b>Nivel de educación</b>								
- Ninguna o primaria	74 (54,8)	60 (46,2)	40 (57,1)	94 (48,2)	30 (46,9)	104 (51,7)	61 (58,7)	73 (45,3)
- Secundaria, superior u otra.	61 (45,2)	70 (53,8)	30 (42,9)	101 (51,8)	34 (53,1)	97 (48,3)	43 (41,3)	88 (54,7)
X <sup>2</sup> valor (p)	0,159		0,199		0,498		0,034*	
C	0,086		0,079		0,042		0,129	
<b>Estado civil</b>								
- Soltero sin pareja, divorciados y viudos.	64 (47,4)	52 (40)	39 (55,7)	77 (39,5)	39 (60,9)	77 (38,3)	59 (56,7)	57 (35,4)
- Soltero con pareja	65 (48,1)	68 (52,3)	27 (38,6)	106 (54,4)	23 (35,9)	110 (54,7)	42 (40,4)	91 (56,5)
- Casado	6 (4,4)	10 (7,7)	4 (5,7)	12 (6,2)	2 (3,1)	14 (7)	3 (2,9)	13 (8,1)
X <sup>2</sup> valor (p)	0,330		0,059		0,006**		0,002**	
C	0,091		0,145		0,193		0,214	
<b>Tener hijos</b>								
- Si	103 (76,3)	96 (73,8)	56 (80)	143 (73,3)	48 (75)	151 (75,1)	74 (71,2)	125 (77,6)
- No	32 (23,7)	34 (26,2)	14 (20)	52 (26,7)	16 (25)	50 (24,9)	30 (28,8)	36 (22,4)
X <sup>2</sup> valor (p)	0,645		0,269		0,984		0,233	
C	0,028		0,068		0,001		0,073	
<b>Situación laboral precarcelaria</b>								
- Empleado o subempleado	113 (83,7)	116 (90,6)	58 (82,9)	171 (88,6)	49 (76,6)	180 (90,5)	82 (79,6)	147 (91,9)
- Desempleado	22 (16,3)	12 (9,4)	12 (17,1)	22 (11,4)	15 (23,4)	19 (9,5)	21 (20,4)	13 (8,1)
X <sup>2</sup> valor (p)	0,094		0,220		0,004**		0,004**	
C	0,103		0,075		0,175		0,176	
<b>Lugar de residencia de la familia</b>								
- Dentro de la ciudad donde se ubica la prisión	89 (65,9)	82 (63,1)	48 (68,6)	123 (63,1)	44 (68,8)	127 (63,2)	69 (66,3)	102 (63,4)
- Fuera de la ciudad donde se ubica la prisión	46 (34,1)	48 (36,9)	22 (31,4)	72 (36,9)	20 (31,3)	74 (36,8)	35 (33,7)	59 (36,6)
X <sup>2</sup> valor (p)	0,628		0,410		0,418		0,619	
C	0,030		0,051		0,050		0,031	

Sig. (\*) <0,05; (\*\*) <0,01



Tabla 5: Relación entre trastornos mentales y variables legales y de encarcelamiento en personas privadas de la libertad del Centro de Rehabilitación Social de Varones Guayas 1. N=265.

Variable legal o de encarcelamiento	Trastorno mental							
	Depresión mayor		Psicosis		Abuso de drogas		Dependencia de drogas	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
<b>Frecuencia de visitas familiares en 3 últimos meses</b>								
- 0 a 4 visitas	77 (57)	40 (30,8)	42 (60)	75 (38,5)	35 (54,7)	82 (40,8)	62 (59,6)	55 (34,2)
- 5 a 12 visitas	58 (43)	90 (69,2)	28 (40)	120 (61,5)	29 (45,3)	119 (59,2)	42 (40,4)	106 (65,8)
- X <sup>2</sup> valor (p)	0,000**		0,002**		0,051		0,000**	
- C	0,256		0,188		0,119		0,243	
<b>Antecedentes de encarcelamiento</b>								
- Si	76 (56,3)	53 (40,8)	44 (62,9)	85 (43,6)	43 (67,2)	86 (42,8)	66 (63,5)	63 (39,1)
- No	59 (43,7)	77 (59,2)	26 (37,1)	110 (56,4)	21 (32,8)	115 (57,2)	38 (36,5)	98 (60,9)
- X <sup>2</sup> valor (p)	0,011*		0,006**		0,001**		0,000**	
- C	0,153		0,168		0,205		0,231	
<b>Consumo de drogas precarcelario</b>								
- Si	94 (69,6)	63 (48,5)	56 (80)	101 (51,8)	59 (92,2)	98 (48,8)	93 (89,4)	64 (39,8)
- No	41 (30,4)	67 (51,5)	14 (20)	94 (48,2)	5 (7,8)	103 (51,2)	11 (10,6)	97 (60,2)
- X <sup>2</sup> valor (p)	0,000**		0,000**		0,000**		0,000**	
- C	0,211		0,245		0,354		0,443	

Sig. (\*) <0,05; (\*\*) <0,01

## Discusión

El perfil de las características sociodemográficas, legales y de encarcelamiento del presente estudio está conformado por varones mayoritariamente jóvenes, con ningún nivel de estudio o nivel de estudios primaria, solteros con pareja, tienen hijos, un gran porcentaje estaba empleado o subempleado antes de ingresar a prisión, sus familias viven en la misma ciudad donde se encuentra la prisión, sus familiares los visitan en un buen porcentaje entre 5 a 12 veces en los últimos tres meses, la mitad de ellos tiene antecedentes de encarcelamiento y la mayoría consumía drogas antes de ingresar al centro penitenciario.

Dentro de los hallazgos encontrados en la investigación, se observa una prevalencia elevada de depresión mayor en el contexto penitenciario del Ecuador con un 50,9%, siendo superior en relación a otras investigaciones realizadas a nivel internacional en donde se ubica en 10,2% en un estudio de revisión sistemática y metanálisis a nivel mundial (Fazel & Seewald, 2012); 8,7% en España (Zabala, et al., 2016); 6,3% en Brazil (Andreoli, et al., 2014) o 6,1% en Chile (Mundt, et al., 2013). En comparación con un estudio realizado en Colombia en donde la prevalencia fue de 38,6% la brecha con el resultado obtenido en Ecuador es menor en comparación a los estudios antes mencionados.

La prevalencia de psicosis en el Ecuador se ubicó en el 34,8%, pudiendo considerarse alta en referencia a la literatura investigada en la cual se halló prevalencias de 5,5% a nivel mundial en países de ingresos medios - bajos a través de revisión sistemática y metanálisis (Fazel & Seewald, 2012); 0,8% en Chile (Mundt, et al., 2013); el resultado más cercano fue a

un estudio realizado en España en el cual se obtuvo una prevalencia de 20,7% (Zabala, et al., 2016).

En cuanto a los trastornos de abuso y dependencia de drogas se encontró prevalencias de 24,2% y 39,2% respectivamente, las mismas que sumadas no se encuentra dentro del rango de 10 y 48% obtenido como resultado en una revisión sistemática realizada a nivel mundial en hombres privados de la libertad (Fazel, Bains & Doll, 2006); de igual manera resulta una prevalencia muy alta al compararla con el resultado obtenido en Francia donde se reflejó una prevalencia de 35,2% y se usó el instrumento MINI para el estudio (Lukasiewicz, et al., 2007); sin embargo, es importante considerar que el contexto social y económico de ambos países son bastante diferentes. De igual forma, difiere en los resultados de otras investigaciones como en México donde se ubicó un porcentaje de 7,4% para ambos sexos (Nevárez, Constantino & Castro, 2012); Chile con 6,6% para ambos sexos (Mundt, et al., 2013); Brazil con 1,3% (Andreoli, et al., 2014); en España se encontraron dos estudios con prevalencias de 16,41% para ambos sexos (Marín & Navarro, 2012) y de 18,5% en varones (Zabala, et al., 2016). Existen estudios que no evaluaron bajo criterios diagnósticos el consumo de drogas al interior de las prisiones, uno de ellos fue realizado en Ecuador en una prisión ya inexistente el Ex penal García Moreno obteniendo un porcentaje de 10,6% (Bonilla & Salgado, 2012), muy por debajo del resultado obtenido en el presente estudio; otro estudio fue el de México donde se encontró una prevalencia de 59,9%, siendo este último el resultado más cercano a nuestro estudio (Caravaca, Falcón & Luna, 2015).

En los resultados del análisis de relaciones entre la depresión mayor y los factores sociodemográficos, legales y de encarcelamiento se ha encontrado relaciones estadísticamente significativas con: la frecuencia de visitas familiares, los antecedentes de encarcelamiento y el consumo de drogas prearcelario. Estos datos son similares a los resultados de un estudio en Egipto en el cual se hace referencia a la relación existente con las visitas familiares para cualquier tipo de trastorno psiquiátrico (El-Gilany, Khater, Gomaa, Hussein & Hamdy, 2016) y de una diferencia de depresión mayor entre prisioneros con encarcelamiento recurrente (Turney, Wildeman & Schnittker, 2012).

Para las relaciones significativas entre la psicosis y los factores sociodemográficos, legales y de encarcelamiento como: la frecuencia de visitas familiares, los antecedentes de encarcelamiento y el consumo de drogas prearcelario se encontró similitud con resultados de estudios similares en Egipto donde se relaciona a cualquier trastorno psiquiátrico con las visitas familiares (El-Gilany, Khater, Gomaa, Hussein & Hamdy, 2016), con una revisión sistemática y metanálisis en la cual se menciona la existencia de un mayor riesgo de reincidencia carcelaria en prisioneros con psicosis en Estados Unidos (Fazel & Yu, 2011) y la comorbilidad entre la psicosis y el uso de sustancias psicoactivas (Fazel & Seewald, 2012).

En cuanto a los resultados derivados de las relaciones entre el abuso y dependencia de drogas con los factores sociodemográficos, legales y de encarcelamiento, se encontró significancia con: la edad, misma que existe evidencia en la literatura española de su relación con este trastorno mental al igual que con el estado civil y la situación laboral prearcelaria (Zabala et al., 2016), con respecto al consumo de sustancias previo encarcelamiento y

antecedentes de encarcelamiento de igual manera se muestra similitud con investigaciones mexicanas (Caravaca, Falcón & Luna, 2015).

Parte de la literatura científica da cuenta de la frecuencia de conductas delictivas de personas que padecen trastornos mentales y su relación estrecha con las condiciones sociales, estas condiciones constituyen un riesgo tanto para padecer un problema de salud mental como para incurrir en comportamientos delictivos. Por lo tanto, recomiendan: a) que las medidas preventivas básicas deben ser de naturaleza social y política, antes que responsabilidad sanitaria, pero aún así, corresponde a las instituciones sanitarias reclamar la adopción de estas medidas. b) Implementar medidas de promoción de la salud mental y tratamiento adecuado como: medidas terapéuticas dirigidas a promover la resistencia emocional, reforzar las habilidades sociales, facilitar la comunicación emocional, terapia familiar y grupal. c) estrategias para la protección de los pacientes con enfermedades mentales graves como la psicosis al interior de la prisión (Hernández & Espinosa, 2000).

Es importante señalar que dentro de la literatura investigada, la metodología de cada uno de los estudios es únicamente similar a la del estudio aquí presentado, difiriendo del tiempo evaluado de prevalencia e instrumentos de recolección de datos principalmente.

El factor de frecuencia de visitas familiares no ha sido encontrado en otros estudios como tal para cualquiera de los tres trastornos pero sí como existencia de visitas familiares en relación a cualquier trastorno psiquiátrico.

## CONCLUSIONES

La pregunta de investigación realizada en el presente estudio fue: ¿Está relacionada la depresión mayor, la psicosis, el abuso y dependencia de drogas con factores sociodemográficos, legales y de encarcelamiento en personas privadas de la libertad?

La depresión mayor está relacionada con factores sociodemográficos, legales y de encarcelamiento como: la frecuencia de visitas familiares, antecedentes de encarcelamiento y el consumo de drogas precarcelario. La psicosis está relacionada con: la frecuencia de visitas familiares, antecedentes de encarcelamiento y el consumo de drogas precarcelario. Mientras que el abuso y dependencia de drogas está relacionada con: la edad, estado civil, situación laboral precarcelaria, frecuencia de visitas familiares, antecedentes de encarcelamiento y el consumo de drogas precarcelario.

En el presente estudio se ha puesto en evidencia que la mayor parte de la población penitenciaria del Centro de Rehabilitación Social de Varones Guayas N° 1 se concentra en los grupos de edad jóvenes, solteros, con un nivel de educación secundaria, que sus familias viven en la misma ciudad donde se ubica la prisión, tienen hijos, se encontraban empleados y consumían drogas antes de ingresar a prisión, su familia los visita de 5 a 12 veces por mes y la mitad de ellos tienen antecedentes de encarcelamiento. Este perfil es muy similar al que se puede observar en la literatura existente.

Las prevalencias de depresión mayor y psicosis encontradas son bastante elevadas en comparación a otros estudios a nivel internacional y debido a los riesgos de autoagresión, suicidio y reincidencia de delitos relacionados con estos trastornos mentales es importante

para el Ministerio de Salud Pública como institución competente del cuidado de la salud de las personas privadas de la libertad en el Ecuador, implementar estrategias de promoción de la salud, prevención y tratamiento encaminadas a reducir estos altos indicadores.

Se sugiere impulsar desde el Estado la investigación de la prevalencia de los trastornos mentales en el contexto penitenciario a nivel nacional para conocer si los resultados del presente estudio son similares con otros centros carcelarios y así establecer políticas públicas que puedan beneficiar a toda la población privada de libertad en el país.

La prevalencia de abuso y dependencia de drogas si bien es similar a la que se encuentra en algunos estudios a nivel internacional, sigue siendo bastante alta a pesar de que el ingreso de todo tipo de sustancia estupefaciente es totalmente prohibido en los centros carcelarios a nivel nacional y la inversión realizada para el control permanente de estas sustancias por parte del Ministerio de Justicia ha sido evidente pero no efectiva.

Al existir ya un Servicio de Tratamiento Ambulatorio Intensivo para Consumo Problemático de Drogas implementado por parte del Ministerio de Salud Pública, el cual cuenta con personal calificado, medicamentos y espacio exclusivo dentro del centro penitenciario, es de suma importancia continuar con su funcionamiento para evitar complicaciones derivadas del abuso y dependencia de drogas tomando en cuenta los factores sociodemográficos, legales y de encarcelamiento que están relacionados con este trastorno.

Es necesario investigar el riesgo existente entre cada una de las categorías de los factores sociodemográficos, legales y de encarcelamiento y los trastornos mentales para establecer intervenciones focalizadas a los grupos de riesgo en las actividades de prevención y promoción de la salud en este ámbito.

## **LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

El presente estudio tiene algunas limitaciones, entre ellas podemos citar las siguientes:

1) La investigación ha sido realizada en un solo centro carcelario de todo el sistema penitenciario a nivel nacional, 2) El centro carcelario seleccionado es de población exclusivamente de hombres y existe menos recursos para implementación de actividades recreativas, educativas y ocupacionales, 3) El instrumento MINI International Neuropsychiatric Interview si bien fue validado con un grupo de 10 personas privadas de la libertad antes de ser aplicado para este estudio, el mismo no ha sido adaptado en población ecuatoriana.



## REFERENCIAS

- Andreoli, S., Mendes dos Santos, M., Quintana, M., Silva, W., Luiz, S., Geraldo, J. & de Jesus, J. (2014). Prevalence of Mental Disorders among Prisoners in the State of Sao Paulo, Brazil. *PlosOne*. 9(2). 1-7. Recuperado de: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0088836>.
- Bonilla, J. & Salgado, J. (2012). *Perfil psiquiátrico en la población carcelaria de género masculino del centro de rehabilitación social de varones N°1 de Quito - Ecuador en octubre del 2011*. Universidad Católica del Ecuador. Quito. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/profile/Esteban\\_Bonilla3/publication/269629737\\_Psychiatric\\_Profile\\_of\\_the\\_population\\_of\\_the\\_Male\\_Social\\_Rehabilitation\\_Center\\_number\\_1\\_of\\_Quito\\_Ecuador\\_on\\_October\\_2011/links/5512ab5c0cf270fd7e332250.pdf?origin=publication\\_detail](https://www.researchgate.net/profile/Esteban_Bonilla3/publication/269629737_Psychiatric_Profile_of_the_population_of_the_Male_Social_Rehabilitation_Center_number_1_of_Quito_Ecuador_on_October_2011/links/5512ab5c0cf270fd7e332250.pdf?origin=publication_detail).
- Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological Models of Human Development. *International Encyclopedia of Education*. 3(2). 37-43. Recuperado de: <http://www.psy.cmu.edu/~sieglar/35bronfenbrenner94.pdf>.
- Caravaca, F. Romero, M. & Luna, A. (2015). Prevalencia y predictores del consumo de sustancias psicoactivas entre varones en prisión. *Gaceta Sanitaria*. 29(5). 358-363. Recuperado de: <http://www.gacetasanitaria.org/es/prevalencia-predictores-del-consumo-sustancias/articulo/S0213911115001235/>.

- El-Gilany, A., Khater, M., Hussein, E. & Hamdy, I. (2016). Psychiatric Disorders among Prisoners: A National Study in Egypt. *East Asian Arch Psychiatry*. 26(1). 30-38. Recuperado de: [http://easap.asia/journal\\_file/1601\\_V26N1\\_p30.pdf](http://easap.asia/journal_file/1601_V26N1_p30.pdf).
- Fazel, S. & Baillargeon, J. (2011). The health of prisoners. *The Lancet* 377(9769). 956-965. DOI:10.1016/S0140-6736(10)61053-7.
- Fazel, S., Bains, P. & Doll, H. (2006). Substance abuse and dependence in prisoners a systematic review. *Addiction*. 101(2). 181-191. doi:10.1111/j.1360-0443.2006.01316.x.
- Fazel, S., Hayes, A., Bartellas, K., Clerici, M. & Trestman, R. (2016). Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions. *The Lancet Psychiatry*. 3(9). 871-881. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30142-0](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30142-0).
- Fazel, S. & Seewald, K. (2012). Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: systematic review and metaregression analysis. *The British Journal of Psychiatry*. 200(5). 364-373. doi: 10.1192/bjp.bp.111.096370.
- Fazel, S. & Yu, R. (2011). Psychotic Disorders and Repeat Offending: Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*. 37(4). 800-810. doi:10.1093/schbul/sbp135.

- Hernández, M. & Espinosa, J. (2000). La atención a pacientes con trastornos mentales en las prisiones. *Revista de la Asociación de Especialistas de Neuropsiquiatría*. 21(75). 93-101. doi: <http://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352000000400008>.
- Lukasiewicz, M., Falissard, B., Michel, L., Neveu, X., Reynaud, M. & Gasquet, I. (2007). Prevalence and factors associated with alcohol and drug - related disorders in prison: a French national study. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*.2(1). <http://doi.org/10.1186/1747-597X-2-1>.
- Marín, N. & Navarro, C. (2012). Study of the prevalence of severe mental disorders in the penitentiaries Puerto I, II y III of Puerto de Santa Maria (Cadiz): new strategies of psychiatric care in prisons. *Revista española de sanidad penitenciaria*. 14(3). 80-85. Recuperado de: <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/311/733>.
- Martínez, M., Robles, C., Utria, L. & Amar, J. (2014). Legitimación de la violencia en la infancia: Un abordaje desde el enfoque ecológico de Bronfenbrenner. *Psicología desde El Caribe*. 31(1). 133-160. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21330429007>.
- Mason, D., Birmingham, L. & Grubin, D. (1997). Substance use in remand prisoners: a consecutive case study. *British Medical Journal*. 315(7099). 18-21. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2127032/pdf/9233320.pdf>.

- Merino, B. (2005). Editorial, Las prisiones: una nueva oportunidad para la salud. *Revista española de sanidad penitenciaria*. 7(1). 1-3. Recuperado de: <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/279/608>.
- Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos, 2016. Informe para la Convención contra la Tortura u Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes. Quito.
- Ministerio de Salud Pública, 2014. Modelo de Gestión de los Servicios de Salud en Contextos Penitenciarios. MSP. Quito.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2016. *Informe de actividades de salud en contextos penitenciarios a nivel nacional, año 2015*. Quito.
- Mitchell, M., Spooner, K., Jia, D. & Zhang, Y. (2016). The effect of prison visitation on reentry success: A meta-analysis. *Journal of Criminal Justice*. 47(2016). 74-83. doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2016.07.006.
- Mundt, A., Alvarado, R., Fritsch, R., Poblete, C., Villagra, C., Kastner, S. & Priebe, S. (2013). Prevalence Rates of Mental Disorders in Chilean Prisons. *PloseOne*. 8(7). 1-8. Recuperado de: [journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0069109](http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0069109).
- Nevárez, A., Constantino, P. & Castro, A. (2012). Socioeconomic factors associated with drug consumption in prison population in Mexico. *BMC Public Health*. 12(33). 1-8. DOI: 10.1186/1471-2458-12-33.

Organización Mundial de la Salud, 1992. Clasificación estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima revisión. OMS. Ginebra.

Snedcor, G. & Cochran, W. (1967). *Statistical Methods*. Iowa, USA: The Iowa state university press.

Turney, K., Wildeman, Ch. & Schnittker, J. (2012). As Fathers and Felons: Explaining the Effects of Current and Recent Incarceration on Major Depression. *Journal of Health and Social Behavior*. 53(4). 465-481. DOI: 10.1177/0022146512462400.

Vélez, C., Barrera, C., Benito, AV., Figueroa, M. & Franco, SM. (2016). Estudio de síntomas depresivos mediante la Escala de autoaplicación de Zung en varones privados de la libertad de una ciudad de Colombia. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*. 18(2). 43-48. Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/pdf/sanipe/v18n2/es\\_02\\_original1.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/sanipe/v18n2/es_02_original1.pdf).

Zabala, M., Segura, A., Maestre, C., Martínez, M., Rodríguez, B., Romero, D. & Rodríguez, M. (2016). Prevalencia de trastorno mental y factores de riesgo asociados en tres prisiones de España. *Revista española de sanidad penitenciaria*. 18(1). 13-24. Recuperado de: <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/397/902>.

## ÍNDICE DE ANEXOS

**ANEXO A: Operacionalización de variables.....55**

**ANEXO B: instrumentos de recolección de datos.....58**

## ANEXO A: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Operacionalización de variables para hipótesis mayor hdm

Hipótesis depresión mayor.

Hdm: Existe una relación entre la depresión mayor y factores sociodemográficos, legales y de encarcelamiento en personas privadas de la libertad.

### VARIABLES INDEPENDIENTES

VARIABLES	TIPO DE VARIABLES	DIMENSIONES	CATEGORÍAS	INSTRUMENTO
Edad	Categórica ordinal	Sociodemográfico	De 18 a 39 años. 40 años en adelante.	Encuesta
Nivel de estudios	Categórica ordinal	Sociodemográfico	Ninguno. Primaria. Secundaria. Superior.	Encuesta
Lugar de residencia de la familia	Categórica nominal	Sociodemográfico	Dentro de la ciudad donde se ubica la prisión. Fuera de la ciudad donde se ubica la prisión.	Encuesta
Estado civil	Categórica nominal	Sociodemográfico	Soltero sin pareja. Soltero con pareja. Casado. Divorciado. Viudo.	Encuesta
Frecuencia de visitas familiares en los últimos 3 meses	Categórica ordinal	Legales y de encarcelamiento	Ninguna, de 1 a 4 visitas. 5 a 12 visitas.	Encuesta
Situación laboral precarcelaria	Categórica nominal	Sociodemográfico	Empleado. Subempleado. Desempleado.	Encuesta
Tener hijos/as	Categórica dicotómica	Sociodemográfico	Si No	Encuesta
Antecedentes de encarcelamiento	Categórica dicotómica	Legales y de encarcelamiento	Si No	Encuesta
Consumo de drogas antes de ingresar a prisión	Categórica dicotómica	Legales y de encarcelamiento	Si No	Encuesta
VARIABLE DEPENDIENTE				
Depresión mayor	Categórica dicotómica	Afectividad, apetito, comportamiento, peso, sueño.	Si No	Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional MINI

## Operacionalización de variables para hipótesis psicosis Hps

Hipótesis psicosis. Hps: Existe una relación entre la psicosis y factores sociodemográficos, legales y de encarcelamiento en personas privadas de la libertad.				
VARIABLES INDEPENDIENTES				
VARIABLES	TIPO DE VARIABLES	DIMENSIONES	CATEGORÍAS	INSTRUMENTO
Edad	Categórica ordinal	Sociodemográfico	De 18 a 39 años. 40 años en adelante.	Encuesta
Nivel de estudios	Categórica ordinal	Sociodemográfico	Ninguno. Primaria. Secundaria. Superior.	Encuesta
Lugar de residencia de la familia	Categórica nominal	Sociodemográfico	Dentro de la ciudad donde se ubica la prisión. Fuera de la ciudad donde se ubica la prisión.	Encuesta
Estado civil	Categórica nominal	Sociodemográfico	Soltero sin pareja. Soltero con pareja. Casado. Divorciado. Viudo.	Encuesta
Frecuencia de visitas familiares en los últimos 3 meses	Categórica ordinal	Legales y de encarcelamiento	Ninguna, de 1 a 4 visitas. 5 a 12 visitas.	Encuesta
Situación laboral precarcelaria	Categórica nominal	Sociodemográfico	Empleado. Subempleado. Desempleado.	Encuesta
Tener hijos/as	Categórica dicotómica	Sociodemográfico	Si No	Encuesta
Antecedentes de encarcelamiento	Categórica dicotómica	Legales y de encarcelamiento	Si No	Encuesta
Consumo de drogas antes de ingresar a prisión	Categórica dicotómica	Legales y de encarcelamiento	Si No	Encuesta
VARIABLE DEPENDIENTE				
Psicosis	Categórica dicotómica	Sensopercepciones Pensamiento Lenguaje Comportamiento Afectividad	Si No	Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional MINI



## Operacionalización de variables para hipótesis abuso de drogas Had

Hipótesis abuso de drogas. Had: Existe una relación entre el abuso de drogas y factores sociodemográficos, legales y de encarcelamiento en personas privadas de la libertad.				
VARIABLES INDEPENDIENTES				
VARIABLES	TIPO DE VARIABLES	DIMENSIONES	CATEGORÍAS	INSTRUMENTO
Edad	Categórica ordinal	Sociodemográfico	De 18 a 39 años. 40 años en adelante.	Encuesta
Nivel de estudios	Categórica ordinal	Sociodemográfico	Ninguno. Primaria. Secundaria. Superior.	Encuesta
Lugar de residencia de la familia	Categórica nominal	Sociodemográfico	Dentro de la ciudad donde se ubica la prisión. Fuera de la ciudad donde se ubica la prisión.	Encuesta
Estado civil	Categórica nominal	Sociodemográfico	Soltero sin pareja. Soltero con pareja. Casado. Divorciado. Viudo.	Encuesta
Frecuencia de visitas familiares en los últimos 3 meses	Categórica ordinal	Legales y de encarcelamiento	Ninguna, de 1 a 4 visitas. 5 a 12 visitas.	Encuesta
Situación laboral precarcelaria	Categórica nominal	Sociodemográfico	Empleado. Subempleado. Desempleado.	Encuesta
Tener hijos/as	Categórica dicotómica	Sociodemográfico	Si No	Encuesta
Antecedentes de encarcelamiento	Categórica dicotómica	Legales y de encarcelamiento	Si No	Encuesta
Consumo de drogas antes de ingresar a prisión	Categórica dicotómica	Legales y de encarcelamiento	Si No	Encuesta
VARIABLE DEPENDIENTE				
Abuso de drogas	Categórica dicotómica	Consumo de drogas, afectividad, tolerancia, abstinencia, compulsión	Si No	Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional MINI

## Operacionalización de variables para hipótesis dependencia de drogas Hdd

Hipótesis dependencia de drogas. Hdd: Existe una relación entre la dependencia de drogas y factores sociodemográficos, legales y de encarcelamiento en personas privadas de la libertad.				
VARIABLES INDEPENDIENTES				
VARIABLES	TIPO DE VARIABLES	DIMENSIONES	CATEGORÍAS	INSTRUMENTO
Edad	Categórica ordinal	Sociodemográfico	De 18 a 39 años. 40 años en adelante.	Encuesta
Nivel de estudios	Categórica ordinal	Sociodemográfico	Ninguno. Primaria. Secundaria. Superior.	Encuesta
Lugar de residencia de la familia	Categórica nominal	Sociodemográfico	Dentro de la ciudad donde se ubica la prisión. Fuera de la ciudad donde se ubica la prisión.	Encuesta
Estado civil	Categórica nominal	Sociodemográfico	Soltero sin pareja. Soltero con pareja. Casado. Divorciado. Viudo.	Encuesta
Frecuencia de visitas familiares en los últimos 3 meses	Categórica ordinal	Legales y de encarcelamiento	Ninguna, de 1 a 4 visitas. 5 a 12 visitas.	Encuesta
Situación laboral precarcelaria	Categórica nominal	Sociodemográfico	Empleado. Subempleado. Desempleado.	Encuesta
Tener hijos/as	Categórica dicotómica	Sociodemográfico	Si No	Encuesta
Antecedentes de encarcelamiento	Categórica dicotómica	Legales y de encarcelamiento	Si No	Encuesta
Consumo de drogas antes de ingresar a prisión	Categórica dicotómica	Legales y de encarcelamiento	Si No	Encuesta
VARIABLE DEPENDIENTE				
Dependencia de drogas	Categórica dicotómica	Consumo de drogas, afectividad, tolerancia, abstinencia, compulsión	Si No	Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional MINI

## ANEXO B: INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### ENCUESTA PARA RECOPIACIÓN DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y LEGALES

Código: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Pabellón N°: \_\_\_\_\_

Consigna: A continuación, le solicito me ayude respondiendo a las siguientes preguntas que le haré, las cuales están relacionadas con sus datos sociodemográficos y de su situación legal:

1. ¿Qué edad tiene? \_\_\_\_\_
2. ¿Cuál es su nivel de educación? (Leer las opciones al evaluado y marcar la respuesta mencionada)
  - Ninguno ( )
  - Primaria ( )
  - Secundaria ( )
  - Superior ( ) Otro ( ) \_\_\_\_\_
3. ¿Dónde vive su familia? (Leer las opciones al evaluado y marcar la respuesta mencionada)
  - Dentro de la ciudad donde se ubica la prisión ( )
  - Fuera de la ciudad donde se ubica la prisión ( )
  - En el exterior del país ( )
4. ¿Cuál es su estado civil? (Leer las opciones al evaluado y marcar la respuesta mencionada)
  - Soltero sin pareja ( )
  - Soltero con pareja ( )
  - Casado ( )
  - Divorciado ( )
  - Viudo ( )
5. ¿Cuántas visitas ha recibido usted por parte de su familia en los últimos 3 meses?  
\_\_\_\_\_
6. ¿Cuál era su situación laboral antes de ingresar a la cárcel? (Leer las opciones al evaluado y marcar la respuesta mencionada)
  - Empleado ( )
  - Subempleado ( )
  - Desempleado ( )
7. ¿Tiene hijos? (Leer las opciones al evaluado y marcar la respuesta mencionada)
  - Si ( ) No ( )
8. ¿Ha sido encarcelado anteriormente? (Leer las opciones al evaluado y marcar la respuesta mencionada)
  - Si ( ) No ( )
9. ¿Consumía drogas antes de ingresar a la cárcel? (Leer las opciones al evaluado y marcar la respuesta mencionada)
  - Si ( ) No ( )

## MINI

### MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW

Código del usuario: \_\_\_\_\_ Fecha de entrevista: \_\_\_\_\_

#### Instrucciones generales

La MINI es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10.

#### ENTREVISTA:

Con el fin de hacer la entrevista lo más breve posible, informe al paciente que va a realizar una entrevista clínica que es más estructurada de lo usual, en la cual se le van a hacer unas preguntas precisas sobre sus problemas psicológicos y las cuales requieren unas respuestas de sí o no.

#### PRESENTACIÓN:

La MINI está dividida en módulos identificados por letras, cada uno corresponde a una categoría diagnóstica.

- Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de los trastornos psicóticos), se presentan en un **recuadro gris**, una o varias preguntas «**filtro**» correspondientes a los criterios diagnósticos principales del trastorno.
- Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos.

#### CONVENIOS:

*Las oraciones escritas en «letra normal»* deben leerse «palabra por palabra» al paciente con el objetivo de regularizar la evaluación de los criterios diagnósticos.

*Las oraciones escritas en «MAYÚSCULAS»* no deben de leerse al paciente. Éstas son las instrucciones para asistir al entrevistador a calificar los algoritmos diagnósticos.

*Las oraciones escritas en «negrita»* indican el período de tiempo que se explora. El entrevistador debe leerlas tantas veces como sea necesario. Sólo aquellos síntomas que ocurrieron durante el período de tiempo explorado deben ser considerados al codificar las respuestas.

*Respuestas con una flecha encima (➡)* indican que no se cumple uno de los criterios necesarios para el diagnóstico. En este caso el entrevistador debe pasar directamente al final del módulo, rodear con un círculo «**NO**» en todas las casillas diagnósticas y continuar con el siguiente módulo.

*Frases entre paréntesis ( )* son ejemplos clínicos de los síntomas evaluados. Pueden leerse para aclarar la pregunta.

#### INSTRUCCIONES DE ANOTACIÓN:

Todas las preguntas deben ser codificadas. La anotación se hace a la derecha de la pregunta enmarcando SÍ o NO.

El clínico debe asegurarse de que cada dimensión de la pregunta ha sido tomada en cuenta por el paciente (p. ej., período de tiempo, frecuencia, severidad, alternativas y/o).

Los síntomas que son mejor explicados por una causa médica o por el uso de alcohol o drogas no deben codificarse sí en la MINI.

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional  
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

**A. Episodio depresivo mayor**

(= SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

A1	¿En las últimas 2 semanas, se ha sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días?	NO	SI	1
A2	¿En las últimas 2 semanas, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban?	NO	SI	2
	¿CODIFICÓ SÍ EN A1 O EN A2?	NO	SI	

A3	<b>En las últimas 2 semanas, cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas:</b>			
a	¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? ¿Perdió o ganó peso sin intentarlo (p. ej., variaciones en el último mes de $\pm 5\%$ de su peso corporal o $\pm 8$ libras o $\pm 3,5$ kg, para una persona de 160 libras/70 kg)? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SI EN ALGUNA	NO	SI	3
b	¿Tenía dificultad para dormir casi todas las noches (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche, se despertaba temprano en la mañana o dormía excesivamente)?	NO	SI	4
c	¿Casi todos los días, hablaba o se movía usted más lento de lo usual, o estaba inquieto o tenía dificultades para permanecer tranquilo?	NO	SI	5
d	¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía?	NO	SI	6
e	¿Casi todos los días, se sentía culpable o inútil?	NO	SI	7
f	¿Casi todos los días, tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones?	NO	SI	8
g	¿En varias ocasiones, deseó hacerse daño, se sintió suicida, o deseó estar muerto?	NO	SI	9

¿CODIFICÓ SÍ EN 5 O MÁS RESPUESTAS (A1-A3)?

NO	SI
<b>EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL</b>	

SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL, CONTINÚE CON A4, DE LO CONTRARIO CONTINÚE CON EL MÓDULO B:

A4 a	¿En el transcurso de su vida, tuvo otros períodos de dos o más semanas, en los que se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas y que tuvo la mayoría de los problemas de los que acabamos de hablar?	NO	SI	10
b	¿Ha tenido alguna vez un período de por lo menos dos meses, sin depresión o sin la falta de interés en la mayoría de las cosas y ocurrió este período entre dos episodios depresivos?	NO	SI	11

NO	SI
<b>EPISODIO DEPRESIVO MAYOR RECIDIVANTE</b>	

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional  
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

**K. Trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas no alcohólicas**

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

Ahora le voy a enseñar/leer una lista de sustancias ilícitas o medicinas.

K1 a ¿En los últimos 12 meses, tomó alguna de estas sustancias, en más de una ocasión, para sentirse mejor o para cambiar su estado de ánimo? NO SÍ

RODEE CON UN CÍRCULO TODAS LAS SUSTANCIAS QUE HAYA USADO:

**Estimulantes:** anfetaminas, *speed*, cristal, dexedrina, ritalina, píldoras adelgazantes.

**Cocaína:** inhalada, intravenosa, crack, *speedball*, base de coca.

**Narcóticos: Droga 'H',** heroína, morfina, Dilaudid, opio, Demerol, metadona, codeína, Percodan, Darvon.

**Alucinógenos:** LSD(ácido), mescalina, peyote, PCP (polvo de ángel, *peacepill*), *psilocybin*, STP, hongos, éxtasis, MDMA, MDMA.

**Inhalantes:** pegamento, éter, óxido nítrico (*laughing gas*), *amyl* o *butyl nitrate* (*poppers*).

**Marihuana:** hachís, THC, pasto, hierba, mota, *reefer*.

**Tranquilizantes:** Qualude, Seconal («reds»), Valium, Xanax, Librium, Ativan, Dalmane, Halción, barbitúricos, «Miltown», Tranquimazin, Lexatin, Orfidal.

**Otras sustancias:** esteroides, pastillas dietéticas o para dormir sin receta. ¿Cualquier otra sustancia?

ESPECIFIQUE LA/S SUSTANCIA/S MÁS USADA/S: \_\_\_\_\_

b. SI EXISTE USO CONCURRENTE O SUCESIVO DE VARIAS SUSTANCIAS O DROGAS, ESPECIFIQUE QUÉ DROGA/CLASE DE DROGA VAA SER EXPLORADA EN LA ENTREVISTA A CONTINUACIÓN:

SÓLO UNA DROGA/CLASE DE DROGA HA SIDO UTILIZADA.

SÓLO LA CLASE DE DROGA MÁS UTILIZADA ES EXPLORADA.

CADA DROGA ES EXAMINADA INDIVIDUALMENTE. (FOTOCOPIAR K2 Y K3 SEGÚN SEA NECESARIO.)

K2 **Considerando su uso de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGAS SELECCIONADA), en los últimos 12 meses:**

a ¿Ha notado que usted necesitaba utilizar una mayor cantidad de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) para obtener los mismos efectos que cuando comenzó a usarla? NO SÍ 1

b ¿Cuándo redujo la cantidad o dejó de utilizar (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) tuvo síntomas de abstinencia? (dolores, temblores, fiebre, debilidad, diarreas, náuseas, sudaciones, palpitaciones, dificultad para dormir, o se sentía agitado, ansioso, irritable o deprimido)? Utilizó alguna/s droga/s para evitar enfermarse (síntomas de abstinencia) o para sentirse mejor? NO SÍ 2

CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA

c ¿Ha notado que cuando usted usaba (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) terminaba utilizando más de lo que en un principio había planeado? NO SÍ 3

d ¿Ha tratado de reducir o dejar de tomar (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) pero ha fracasado? NO SÍ 4

**1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional**  
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

e	¿Los días que utilizaba (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) empleaba mucho tiempo (> 2 horas) en obtener, consumir, recuperarse de sus efectos, o pensando en drogas?	NO	SÍ	5
f	¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de pasatiempos, estando con la familia o amigos debido a su uso de drogas?	NO	SÍ	6
g	¿Ha continuado usando (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) a pesar de saber que esto le causaba problemas mentales o de salud?	NO	SÍ	7
¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE K2? ESPECIFICAR LAS DROGAS: _____		NO	SÍ	
		<b>DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS ACTUAL</b>		
<b>Considerando su uso de (NOMBRE DE LA CLASE DE DROGA SELECCIONADA), en los últimos 12 meses:</b>				
K3 a	¿Ha estado intoxicado o con resaca a causa de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA), en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, en el trabajo o en el hogar? ¿Esto le ocasionó algún problema? (CODIFIQUE SÍ, SÓLO SI LE OCASIONÓ PROBLEMAS)	NO	SÍ	8
b	¿Ha estado intoxicado con (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) en alguna situación en la que corriese un riesgo físico (p. ej., conducir un automóvil, una motocicleta, una embarcación, o utilizar una máquina, etc.)?	NO	SÍ	9
c	¿Ha tenido algún problema legal debido a su uso de drogas, por ejemplo, un arresto o perturbación del orden público?	NO	SÍ	10
d	¿Ha continuado usando (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) a pesar de saber que esto le causaba problemas con su familia u otras personas?	NO	SÍ	11
¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE K3? ESPECIFICAR LAS DROGAS: _____		NO	SÍ	
		<b>ABUSO DE SUSTANCIAS ACTUAL</b>		



### 1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

#### L. Trastornos psicóticos

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

PIDA UN EJEMPLO PARA CADA PREGUNTA CONTESTADA AFIRMATIVAMENTE. CODIFIQUE SI SOLAMENTE PARA AQUELLOS EJEMPLOS QUE MUESTRAN CLARAMENTE UNA DISTORSIÓN DEL PENSAMIENTO O DE LA PERCEPCIÓN O SI NO SON CULTURALMENTE APROPIADOS. ANTES DE CODIFICAR, INVESTIGUE SI LAS IDEAS DELIRANTES CALIFICAN COMO «EXTRAÑAS» O RARAS.

LAS IDEAS DELIRANTES SON «EXTRAÑAS» O RARAS SI SON CLARAMENTE ABSURDAS, IMPROBABLES, INCOMPRESIBLES, Y NO PUEDEN DERIVARSE DE EXPERIENCIAS DE LA VIDA COTIDIANA.

LAS ALUCINACIONES SON «EXTRAÑAS» O RARAS SI UNA VOZ HACE COMENTARIOS SOBRE LOS PENSAMIENTOS O LOS ACTOS DE LA PERSONA, O DOS O MÁS VECES CONVERSAN ENTRE SÍ.

Ahora le voy a preguntar acerca de experiencias poco usuales que algunas personas pueden tener.

				EXTRAÑAS	
L1	a	¿Alguna vez ha tenido la impresión de que alguien le espiaba, o conspiraba contra o que trataban de hacerle daño? NOTA: PIDA EJEMPLOS PARA DESCARTAR UN VERDADERO ACBCHO.	NO SÍ	SÍ	1
	b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO SÍ	SÍ → 16	2
L2	a	¿Ha tenido usted la impresión de que alguien podía leer o escuchar sus pensamientos, o que usted podía leer o escuchar los pensamientos de otros?	NO SÍ	SÍ	3
	b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO SÍ	SÍ → 16	4
L3	a	¿Alguna vez ha creído que alguien o que una fuerza externa haya metido pensamientos ajenos en su mente o le hicieron actuar de una manera no usual en usted? Alguna vez Ha tenido la impresión de que está poseído? ENTREVISTADOR/A: PIDA EJEMPLOS Y DESCARTE CUALQUIERA QUE NO SEA PSICÓTICO.	NO SÍ	SÍ	5
	b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO SÍ	SÍ → 16	6
L4	a	¿Alguna vez ha creído que le envían mensajes especiales a través de la radio, el televisor o el periódico, o que una persona que no conocía personalmente se interesaba particularmente por usted?	NO SÍ	SÍ	7
	b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO SÍ	SÍ → 16	8
L5	a	¿Consideran sus familiares o amigos que algunas de sus creencias son extrañas o poco usuales? ENTREVISTADOR/A: PIDA EJEMPLOS. CODIFIQUE SI SÓLO SI LOS EJEMPLOS SON CLARAMENTE IDEAS DELIRANTES NO EXPLORADAS EN LAS PREGUNTAS L1 A L4, POR EJEMPLO, DELIRIOS SOMÁTICOS, RELIGIOSOS O DE GRANDEZA, CELOS, CULPA, RUINA O DESTITUCIÓN, ETC.	NO SÍ	SÍ	9
	b	Si SÍ: ¿Actualmente, consideran los demás sus ideas como extrañas?	NO SÍ	SÍ	10
L6	a	¿Alguna vez ha escuchado cosas que otras personas no podían escuchar, como voces?	NO SÍ		11
		LAS ALUCINACIONES SON CODIFICADAS COMO «EXTRAÑAS» SOLAMENTE SI EL PACIENTE CONTESTA SI A LO SIGUIENTE:		SÍ	
		Si SÍ: ¿Escuchó una voz que comentaba acerca de sus pensamientos o sus actos, o escuchó dos o más voces conversando entre sí?		SÍ	
	b	Si SÍ: ¿Ha escuchado estas cosas en el pasado mes?	NO SÍ	SÍ → 18b	12



1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional  
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

L7 a	¿Alguna vez, estando despierto, ha tenido visiones o ha visto cosas que otros no podían ver? ENTREVISTADOR/A: INVESTIGUE SI ESTAS VISIONES SON CULTURALMENTE INAPROPIADAS.	NO	SÍ	13
b	<b>Si SÍ:</b> ¿Ha visto estas cosas el pasado mes?	NO	SÍ	14
<b>BAJO EL PUNTO DE VISTA DEL ENTREVISTADOR/a:</b>				
L8 b	¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN LENGUAJE DESORGANIZADO, INCOHERENTE O CON MARCADA PÉRDIDA DE LAS ASOCIACIONES?	NO	SÍ	15
L9 b	¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN COMPORTAMIENTO DESORGANIZADO O CATATÓNICO?	NO	SÍ	16
L10 b	¿HAY SÍNTOMAS NEGATIVOS DE ESQUIZOFRENIA PROMINENTES DURANTE LA ENTREVISTA (UN APLANAMIENTO AFECTIVO SIGNIFICATIVO, POBREZA DEL LENGUAJE [ALOGIA] O INCAPACIDAD PARA INICIAR O PERSISTIR EN ACTIVIDADES CON UNA FINALIDAD DETERMINADA)?	NO	SÍ	17
L11	¿CODIFICÓ <b>SÍ EXTRAÑO</b> EN 1 O MÁS PREGUNTAS «b»? o ¿CODIFICÓ <b>SÍ</b> (EN VEZ DE <b>SÍ EXTRAÑO</b> ) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «b»?  VERIFIQUE QUE LOS DOS SÍNTOMAS OCURRIERAN DURANTE EL MISMO PERÍODO DE TIEMPO o ¿CODIFICÓ <b>SÍ</b> EN <b>L11</b> ?	NO SÍ TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL		
L12	¿CODIFICÓ <b>SÍ EXTRAÑO</b> EN 1 O MÁS PREGUNTAS «a»? o ¿CODIFICÓ <b>SÍ</b> (EN VEZ DE <b>SÍ EXTRAÑO</b> ) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «a»?  VERIFIQUE QUE LOS DOS SÍNTOMAS OCURRIERAN DURANTE EL MISMO PERÍODO DE TIEMPO o ¿CODIFICÓ <b>SÍ</b> EN <b>L11</b> ?	NO SÍ 18 TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA		
L13 a	¿CODIFICÓ <b>SÍ</b> EN 1 O MÁS PREGUNTAS DE <b>L1b</b> A <b>L7b</b> Y CODIFICÓ <b>SÍ</b> EN EPISODIO DEPRESIVO MAÑOR (ACTUAL) o EPISODIO MANÍACO (ACTUAL O PASADO)?	-		
b	SI CODIFICÓ <b>SÍ</b> EN L13a:  Anteriormente me dijo que usted tuvo un período/s en el que se sintió (deprimido(a)/exaltado(a)/particularmente irritable). Estas creencias o experiencias que me acaba de describir (síntomas codificados sí de <b>L1b</b> a <b>L7b</b> ) ¿Se limitaban exclusivamente a los períodos en los que se sintió deprimido(a)/exaltado(a)/irritable?	NO	SÍ	19
TRASTORNO DE ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL				