



**DIAGNÓSTICO DE LOS FACTORES CLÍNICOS ASOCIADOS CON LA  
SALUD MENTAL EN PERSONAS CONDENADAS EN EL  
ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO Y CARCELARIO DE SANTA MARTA.  
UN ESTUDIO PILOTO**

**ISAURA MARCELA BENÍTEZ ACOSTA  
ANGÉLICA MARÍA CANTILLO MANRIQUE  
JOHANIS SOFÍA DE LA HOZ CARO**

**UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA  
SANTA MARTA D.T.C.H**

**2009**



**DIAGNÓSTICO DE LOS FACTORES CLÍNICOS ASOCIADOS CON LA SALUD MENTAL EN PERSONAS CONDENADAS EN EL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO Y CARCELARIO DE SANTA MARTA. UN ESTUDIO PILOTO**

**Proyecto de investigación para optar por el título de Psicólogo**

**ISAURA MARCELA BENÍTEZ ACOSTA**

**ANGÉLICA MARÍA CANTILLO MANRIQUE**

**JOHANIS SOFÍA DE LA HOZ CARO**

**ANDREA LILIANA ORTIZ GONZALES**

**Directora**

**UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA**

**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**

**PROGRAMA DE PSICOLOGÍA**

**SANTA MARTA D.T.C.H**

**2009**

**DIAGNOSTIC OF THE CLINICAL FACTORS ASSOCIATED WITH THE  
MENTAL HEALTH IN CONDEMNED PEOPLE IN THE ONE  
ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO Y CARCELARIO DE SANTA MARTA.  
A STUDY PILOT**

**NOTA DE ACEPTACIÓN**

---

---

---

---

---

---

---

**Firma del Jurado**

---

**Firma del Jurado**

*En Homenaje a todas aquellas personas que dejaron de soñar solos para soñar a mi lado, a quienes hicieron mi sueño el de ellos.*

*A mi mami, por inculcarme el amor y la dedicación por el estudio en la infancia, por las tardes a mi lado vigilando mis tareas, por enseñarme la obsesión por el éxito y la perfección, por ser mí apoyo, por dedicarme tus años y tu esfuerzo.*

*A mi papi, por honrarme al ser el orgullo de tu vida, vivo cada día para serlo.*

*A mi hermana por que en silencio me has prestado el esfuerzo y la lucha de nuestros padres.*

*A July, mi amiga del alma, por la serenidad en los momentos de crisis, por una sonrisa afectuosa sin palabras, a Laio, por ser mi Compinche, y por supuesto a Angie y Nany, por la compañía, por la comprensión, por los días de sana locura, ante todo, por la AMISTAD.*

*A Andrea Liliana Ortiz, por orientarnos y acompañarnos en todo el proceso de investigación, a todos los docentes que me hicieron adorar la clínica y la jurídica.*

**Isaura**

**Dame un punto de apoyo y moveré el Universo entero. Ustedes son mi punto...**

**Arquímedes**

*Es hora de reconciliarme contigo y agradecerte lo maravilloso que has sido conmigo. A ti DIOS... Gracias por el nuevo amanecer.*

*Mi Mami... ¡Las mujeres valientes son intocables, pero Tú a todas has superado! Prov. 31-29*

*Dacho muere todo aquello que se olvida, y Tú sigues viva a mi lado invadiendo minuto a minuto de amor, esperanza y berraquera mi vida. Se que no es tiempo de tristeza, es tiempo de recoger los frutos que sembraste en mí, Mami estoy hecha tu imagen. Este triunfo es mas tuyo que mío; Gracias por enseñarme desde niña la lucha constante de la vida, a soñar a vencer a luchar y tener la valentía para arriesgarse por la realización de sus sueños... Este Logro está dedicado A mi Luz... A mi Guía... Mi Maestra... Mi Faro... A mi MADRE...*

*Vera eres el reflejo de Dios y Mi Mami en mi vida. Amin aun en silencio se que nos amas y que estarías dispuesto a todo por nosotras, lo se cuando te sonríes, cuando nos miras, cuando te acercas aunque te sientas distantes.*

*A pesar de los miles de obstáculos y de los sacrificios que hemos tenido... Estamos ahí... Juntos... Unidos... Luchando. Hermanitos este logro es para Ustedes... La razón de mi vivir...*

*Mis viejitos del alma Chichima y Papi, este logro también es de ustedes, por que todo el tiempo estuvieron ahí, en silencio pero ahí dándome fuerzas para continuar. Hoy mis viejitos les agradezco el inmenso sacrificio que han hecho por nosotros... Porque sus sacrificios y sufrimiento también son los míos. A ustedes con orgullo.*

*A usted... por tener los brazos abiertos para un caluroso abrazo, el cariño, la mirada, la paciencia de una madre, por su dedicación, por su fidelidad por su amor incondicional. Tía Yadira este triunfo también es suyo... Gracias por estar siempre ahí...*

*A ti Amiga por el sacrificio de la distancia en estos 5 años y por la paciencia ante mis errores. Blanca gracias por enseñarme el verdadero sentido de la amistad.*

*A mis compañeras, colegas, hermanas y amigas. Nany por su silencio, su ternura su comprensión por su amistad. A Isa por exigirme día a día ser mejor profesional, mejor persona y por permitirme conocer un poco mas de lo que es. Gracias amigas!!!*

*A la Profe Andrea Ortiz Gonzales porque sin conseguirlo se convirtió en mi guía profesional a seguir.*

*A toda mi familia porque aún en silencio estuvieron siempre Ahí...*

**Angélica**

*En estos momentos me siento feliz por haber cumplido uno de mis más grande sueño, este sueño que se hizo realidad gracias a Dios todo poderoso y a muchas personas que me apoyaron en este gran camino.*

*La realización de este sueño se lo dedico más que a nadie a mis padres que siempre me ayudaron y lucharon conmigo para llegar hasta este momento.*

*Papi, mami son las personas que más admiro en la vida, ya que a pesar de los momentos difíciles por los que pasamos siempre me dieron una voz de aliento para luchar y vencer las adversidades que se presentaron.*

*Mami a ti te dedico este triunfo porque eres mi punto de apoyo y de inspiración para salir adelante y llegar hacer la persona que quisiste que fuera, llena de principios y valores y sobre todo una mujer que debe luchar por lo que quiere.*

*Papi, que puedo decir de ti...eres mi mayor orgullo y también quiero serlo yo para ti, nunca me cansare de agradecerte los sacrificios que hiciste por mi para que pudiera llegar a cumplir este sueño.*

*Este triunfo no es solo mío es de ustedes también, los ADORO.*

*Damis...Gracias por ser ese rayo de luz que alumbra día a día el camino por el que debo recorrer, este logro también quiero compartirlo contigo, ya que muchas veces aguantaste mis pataletas y me aconsejaste en los momentos en los que me sentí perdida y sin aliento para seguir luchando, eres una de las personas que más me ayudo en este sendero; solo con tu presencia y con tu hermosa mirada sentía que debía luchar por la meta que me había propuesto.*

*Isa y Angi...mis amigas del alma, aunque parezca mentira son las únicas amigas que he tenido, para ustedes también es este logro, ya que no se que hubiera sido de mi si no las hubiera conocido, con ustedes aprendí el verdadero significado de la amistad, además me tendieron la mano en los momentos que mas las necesitaba...nunca me olvidare de ustedes y a pesar de las distancias siempre seremos...las chicas súper poderosas.*

**Johanis.**

## **AGRADECIMIENTOS**

*Agradecemos a la Psicóloga Andrea Liliana Ortiz Gonzáles por haber depositado en nosotras su confianza, por acompañarnos y guiarnos en la estructuración y elaboración de esta investigación y por habernos inculcado la avaricia del conocimiento.*

*A los docentes del Programa de Psicología de la Universidad del Magdalena, por mostrarnos el camino de la academia y develar el amor a la psicología.*

*A nuestras familias por habernos dado la fortaleza y el apoyo incondicional para la elaboración de esta investigación. Su fortaleza hizo que nuestro camino fuera más fácil de recorrer.*

*Al Establecimiento Penitenciario y Carcelario de Santa Marta por permitirnos trabajar desde sus instalaciones, por permitir conocer a los internos y trabajar con ellos, por brindarnos su apoyo y darnos su confianza para la realización de esta investigación. Ahí a todo el personal que nos brinda su apoyo y su voto de confianza para llevar a cabo este gran triunfo.*

## TABLA DE CONTENIDO

### RESUMEN

<b>1. JUSTIFICACION .....</b>	<b>19</b>
<b>2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>21</b>
<b>3. OBJETIVOS.....</b>	<b>24</b>
3.1 . OBJETIVO GENERAL.....	24
3.2 . OBJETIVO ESPECIFICOS.....	24
<b>4. ESTADO DEL ARTE .....</b>	<b>25</b>
<b>5. METODOLOGÍA.....</b>	<b>34</b>
5.1 . TIPO DE DISEÑO .....	34
5.2 . POBLACION Y MUESTRA .....	34
5.3 . INSTRUMENTO .....	35
5.4 . VARIABLES.....	38
5.5 . OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.....	38
5.5.1. PATRONES CLINICOS DE PERSONALIDAD.....	39
5.5.2. PATRONES GRAVES DE PERSONALIDAD.....	52
5.5.3. SINDROMES CLINICOS.....	57
5.5.4. SINDROMES CLINICOS GRAVES.....	64
5.6 . PROCEDIMIENTO.....	67
<b>6. RESULTADOS .....</b>	<b>71</b>
<b>7. DISCUSION.....</b>	<b>117</b>
<b>8. CONCLUSIÓN.....</b>	<b>112</b>

**9. RECOMENDACIÓN..... 127**

**10.REFERENCIAS ..... 128**

**ANEXOS**

**Anexo A. consentimiento Informado**

**Anexo B. Encuesta Sociodemográfica**

**Anexo C. Hoja de Respuesta**

## TABLA DE GRAFICOS

<b>6.1 DATOS SOCIODEMOGRAFICOS.....</b>	<b>72</b>
<b>TABLA Y GRAFICA N° 1. LUGAR DE NACIMIENTO.....</b>	<b>72</b>
<b>TABLA Y GRAFICA N° 2. ZONA DE RESIDENCIA.....</b>	<b>74</b>
<b>TABLA Y GRAFICA N° 3. ESTADO CIVIL.....</b>	<b>75</b>
<b>TABLA Y GRAFICA N° 4. NIVEL EDUCATIVO.....</b>	<b>76</b>
<b>TABLA Y GRAFICA N° 5. NIVEL ECONÓMICO.....</b>	<b>77</b>
<b>TABLA Y GRAFICA N° 6. PROFESIÓN.....</b>	<b>78</b>
<b>TABLA Y GRAFICA N° 7. ESTRUCTURA FAMILIAR DE ORIGEN... </b>	<b>80</b>
<b>TABLA Y GRAFICA N° 8. EDAD PRIMER DELITO.....</b>	<b>81</b>
<b>TABLA Y GRAFICA N° 9. FAMILIAR DETENIDO.....</b>	<b>82</b>
<b>TABLA 6.2. PATRONES DE PERSONALIDAD Y SINDROMES CLINICOS... </b>	<b>83</b>
<b>TABLA Y GRAFICA N° 10. EDAD.....</b>	<b>87</b>
<b>TABLA Y GRAFICA N° 11. TIPO DELITO.....</b>	<b>88</b>
<b>TABLA Y GRAFICA N° 12. REINCIDENCIA.....</b>	<b>89</b>
<b>TABLA Y GRAFICA N° 13. PERSONALIDAD ESQUIZOIDE.....</b>	<b>90</b>
<b>TABLA Y GRAFICA N° 14. PERSONALIDAD EVITATIVA.....</b>	<b>91</b>
<b>TABLA Y GRAFICA N° 15. PERSONALIDAD DEPRESIVA.....</b>	<b>92</b>
<b>TABLA Y GRAFICA N° 16. PERSONALIDAD DEPENDIENTE....</b>	<b>93</b>
<b>TABLA Y GRAFICA N° 17. PERSONALIDAD HISTRIÓNICA....</b>	<b>94</b>
<b>TABLA Y GRAFICA N° 18. PERSONALIDAD NARCISISTA.....</b>	<b>95</b>
<b>TABLA Y GRAFICA N° 19. PERSONALIDAD ANTISOCIAL.....</b>	<b>96</b>

<b>TABLA Y GRAFICA N° 20. PERSONALIDAD AGRESIVA (SÁDICA)...</b>	<b>97</b>
<b>TABLA Y GRAFICA N° 21. PERSONALIDAD COMPULSIVA.....</b>	<b>98</b>
<b>TABLA Y GRAFICA N° 22. PERSONALIDAD NEGATIVISTA.....</b>	<b>99</b>
<b>TABLA Y GRAFICA N° 23. PERSONALIDAD AUTODESTRUCTIVA....</b>	<b>100</b>
<b>TABLA Y GRAFICA N° 24. PERSONALIDAD ESQUIZOTÍPICA.....</b>	<b>101</b>
<b>TABLA Y GRAFICA N° 25. PERSONALIDAD LÍMITE.....</b>	<b>102</b>
<b>TABLA Y GRAFICA N° 26. PERSONALIDAD PARANOIDE.....</b>	<b>103</b>
<b>TABLA Y GRAFICA N° 27. TRASTORNO DE ANSIEDAD.....</b>	<b>104</b>
<b>TABLA Y GRAFICA N° 28. TRASTORNO SOMATOMORFO.....</b>	<b>105</b>
<b>TABLA Y GRAFICA N° 29. TRASTORNO BIPOLAR.....</b>	<b>106</b>
<b>TABLA Y GRAFICA N° 30. TRASTORNO DISTÍMICO.....</b>	<b>107</b>
<b>TABLA Y GRAFICA N° 31. DEPENDENCIA DEL ALCOHOL.....</b>	<b>108</b>
<b>TABLA Y GRAFICA N° 32. DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS.....</b>	<b>109</b>
<b>TABLA Y GRAFICA N° 33. TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO</b>	<b>110</b>
<b>TABLA Y GRAFICA N° 34. TRASTORNO DEL PENSAMIENTO.....</b>	<b>111</b>
<b>TABLA Y GRAFICA N° 35. DEPRESION MAYOR.....</b>	<b>112</b>
<b>TABLA Y GRAFICA N° 36. TRASTORNO DELIRANTE.....</b>	<b>113</b>
<b>TABLA Y GRAFICA N° 37. SINCERIDAD.....</b>	<b>114</b>
<b>TABLA Y GRAFICA N° 38. DESEABILIDAD SOCIAL.....</b>	<b>115</b>
<b>TABLA Y GRAFICA N° 39. DEVALUACIÓN.....</b>	<b>116</b>

## RESUMEN

*Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal cuyos objetivos fueron identificar patrones de personalidad, trastornos clínicos y patrones de conductas, describir variables sociodemográficas en condenados del Establecimiento Penitenciario y Carcelario de Santa Marta.*

*Mediante una muestra no probabilística se selecciono a 111 condenados, utilizando el Inventario Clínico Multiaxial de Millon – III, instrumento que evalúa trastornos del Eje I de la clasificación del DSM-IV (Presencia y Prominencia de Síndromes Clínicos), y trastornos del Eje II (Trastornos y Rasgos Clínicos de Personalidad) y que ya ha sido aplicado en el ámbito penitenciario, y la aplicación de una encuesta Sociodemográfica.*

*La tasa de prevalencia encontrada en cuanto a los a Trastornos de Personalidad corresponde a Personalidad Narcisista 62.1%, Compulsiva 32.4% y Paranoide ubicándose esta ultima en los Patrones Graves de personalidad con un 58.5%. En cuanto Síndromes Clínicos el Trastorno de Ansiedad con un 58.5%, Trastorno Bipolar 29.7%, Dependencia de Alcohol 31.5%, Dependencia de Sustancias 18.9% y el los Síndromes Graves se encuentra Trastorno del Pensamiento 20.7% y Trastorno Delirante con un 62.1%. En el Perfil Sociodemográfico los resultados indican que los sujetos en su mayoría comprenden edades entre 20 y 29 años, conviven en Unión Libre, de estrato socioeconómico bajo, procedentes de la zona urbana con una escolaridad de secundaria incompleta.*

*Palabras claves: trastorno de personalidad, síndromes clínicos, perfil sociodemográfico, delito, salud mental.*

## ABSTRACT

*One carries out a descriptive study of traverse court whose objectives were to identify patterns of personality, clinical dysfunctions and patterns of behaviors, to describe variable sociodemográficas in convicts of Santa Marta's Penitentiary and Prison Establishment.*

*By means of a sample non probabilística you selects 111 convicts, using the Clinical Inventory Multiaxial of Million - III, I orchestrate that evaluates dysfunctions of the Axis I of the classification of the DSM-IV (he/she Witnesses and Prominence of Clinical Syndromes), and dysfunctions of the Axis II (Dysfunctions and Clinical Features of Personality) and that it has already been applied in the penitentiary environment, and the application of a survey Sociodemográfica.*

*The rate of opposing prevalencia as for those to Dysfunctions of Personality corresponds to Personality Narcisista 62.1%, Compulsive 32.4% and Paranoid being located this it finishes in the Serious Patterns of personality with 58.5%. Een as much as Clinical Syndromes the Dysfunction of Anxiety with 58.5%, I Overturn Bipolar 29.7%, Dependence of Alcohol 31.5%, Dependence of Substances 18.9% and the the Serious Syndromes meet Dysfunction of the Thought 20.7% and Delirious Dysfunction with 62.1%. as for the Profile Sociodemográfico the results indicate that the fellows in its majority understand ages between 20 and 29 years, they cohabit in Free Union, of socioeconomic stratum under, coming from the urban area with an escolaridad of secondary incomplete.*

*Key words: dysfunction of personality, clinical syndromes, profile sociodemográfico, crime, mental health.*

## **1. JUSTIFICACIÓN**

Dentro de los derechos fundamentales de todo ciudadano de la república de Colombia se encuentra el derecho a la salud, entendido como un bien tutelable y de obligatorio cumplimiento, que es de carácter independiente a la condición jurídica de la persona, según lo estipulado en los mandatos constitucionales (Constitución Nacional de Colombia, 1991).

No solo en nuestro país, sino en el mundo entero, el derecho a los servicios de salud constituyen un eje transversal dentro de los programas de políticas públicas diseñados por los gobiernos para garantizar unas condiciones dignas a todo ser humano, incluyendo a la población reclusa, al reconocerse en ellos la igualdad dentro de la población, por lo cual en nuestro país la ley 65 de 1993 estipula los lineamientos mínimos que deben existir dentro de todo establecimiento penitenciario para la garantía del acceso a los servicios de salud, en este caso llamados servicios de sanidad, los cuales incluyen el área de psicología.

Sin embargo, la Defensoría del pueblo en su estudio “Situación de salud en las cárceles Colombianas” (2003) , halló que en la gran mayoría de los establecimiento carcelarios no existe servicio de Psicología o Psiquiatría o no lo

han utilizado, ya que el 66.4% dijo no saber del servicio, mientras que el 28.3% lo cataloga como malo, el 2.2% lo percibe como regular, el 2.1% como bueno, y el 1% restante lo considera aceptable, por lo que concluye que en el país no existen las condiciones adecuadas para el cumplimiento de los anteriores mandatos.

Para una adecuada rehabilitación, en cumplimiento de la función positiva de la pena, resulta indispensable la realización de un adecuado diagnóstico de las condiciones de salud de los internos, haciendo énfasis en los niveles de salud mental dentro del ámbito penitenciario dada la posible relación existente entre patrones de comportamiento y trastornos de personalidad y la comisión de delitos, que permita el diseño de políticas Criminales y Post penitenciarias que respondan a las necesidades de la población carcelaria y al cumplimiento de lo estipulado en los mandatos constitucionales y en el código de procedimiento penal (Cano, 2003; Constitución Nacional de 1991; Defensoría del pueblo, 2003; Ley 906 de 2004 Código de Procedimiento Penal, 2004; Mouriño, 2006).

Así, la realización de estudios e investigaciones al respecto pueden constituir un punto de partida en el diseño de programas encaminado a la mejora de las condiciones de vida de los internos, y a una reducción en la comisión de delitos asociados a las problemáticas de cada sujeto (Cano, 2003).

## **2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Las actuales condiciones de los sistemas carcelarios en América Latina y el resto del mundo, arrojan evidencia acerca del constante y creciente problema de salud que en estos lugares se vive, encontrándose en la población penitenciaria un mayor índice de problemas psiquiátricos graves en comparación con los que hay en la población general, podría decirse que la enfermedad mental no predispone al delito, pero sí que ciertos delitos violentos son los más cometidos por enfermos mentales (Defensoría del pueblo, 2003; Problemas carcelarios de América latina s. f.; Hernández, Herrera, Iñigo, Markez, Martínez, Ortega, Ortega, Rubio, Vicens, Arroyo, 2004).

Hernández, et al, en su investigación sobre patología psiquiátrica dual en prisión, dicen que el ingreso en prisión es favorecedor de la morbilidad en salud mental, hallándose frecuentemente en las prisiones las patologías adaptativas y los trastornos ansiosos y del estado de ánimo. En consecuencia, los casos de internos en los que se asocian ambos diagnósticos y por tanto presentan patología dual, son un problema de salud mental creciente para la sanidad penitenciaria por su frecuencia y gravedad.

Existe amplia evidencia de la relación Positiva entre drogodependencia y conducta delictiva, y el uso de alcohol al momento de la comisión del ilícito, hallándose proporciones del 39% al 50% en participantes de algunas investigaciones, mientras que otras muestran tasas de 24.3% para drogadicción y 19.8% para alcoholismo, destacándose así, la importancia de las drogas y el alcohol como factores predisponentes y desencadenantes para llevar a cabo los delitos (Rodríguez, Paíno, Herrero y González, 1997; Ortiz-Tallo, Fierro, Blanca, Cardenal y Sánchez 2006).

De igual forma la comorbilidad de la drogadicción y otros trastornos en el contexto penitenciario ha sido conformada por múltiples investigaciones, Ortiz, Martínez, Amaya, Soto, Reyes, (1999), hallaron una tasa global de prevalencia de posibles trastornos mentales del 43.7%, y comorbilidad de probable patología psiquiátrica en 41.9% de los casos.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha señalado la importancia de realizar estudios epidemiológicos previos a la puesta en práctica de programas de salud mental.

Teniendo en cuenta lo anteriormente citado, y por la inexistencia de datos al respecto en nuestro país, es de nuestro interés establecer ¿Cuáles son

los factores clínicos asociados al estado de salud mental en los condenados en la cárcel Rodrigo de Bastidas de Santa Marta?, cuyos resultados podrán guiar la estructuración de un programa de acción encaminado a la mejora en la calidad de vida de los internos, así como establecer las posibles relaciones existentes entre los diversos trastornos mentales y la conducta delictiva, dado que las reformas del ámbito penal no solo deben contemplar nuevas alternativas de penalización, y sobrecriminalización, sino una procura por una política criminal democrática que incluya la incorporación de programas de salud que puedan resultar complementarias a la función positiva de la pena, así como la búsqueda dentro de un marco multidisciplinario de la resocialización, teniendo en cuenta las afectaciones mentales que puedan presentar los condenados (Cano y Martín, 2003).

Una evaluación específica puede proporcionar una mejor clasificación diagnóstica que puede resultar en tratamientos más individualizados y adecuados y esto a su vez llevaría a mejores resultados del tratamiento.

Por lo tanto, es de vital importancia la realización de estudios valorativos y diagnósticos en la búsqueda de la mejora de las condiciones de salud de los internos, y dando cumplimiento a los deberes del estado para con estos (Cano, 2003).

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. OBJETIVO GENERAL**

- Identificar los factores clínicos asociados al estado de Salud Mental de las personas en condición de condenados en el Establecimiento Penitenciario y Carcelario de Santa Marta a partir de la aplicación del MCMI III para contribuir a la función positiva de la pena

#### **3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar los patrones de personalidad, trastornos clínicos y patrones de conductas presentes en la población de condenados en la cárcel Rodrigo de Bastidas de la ciudad de Santa Marta.
- Describir variables socio demográficas de los condenados en la cárcel Rodrigo de Bastidas de la ciudad de Santa Marta.

#### **4. ESTADO DEL ARTE**

La Organización Mundial de la Salud (2001) define la salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”, esto dentro de la definición de la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Según el Ministerio de Protección Social (2003) , en el estudio Nacional de Salud Mental realizado en el Colombia, dos de cada cinco personas presenta al menos un trastorno mental en algún momento de su vida, de los cuales solo uno de cada diez recibió atención.

La salud, según la constitución colombiana de 1991 es uno de lo derechos fundamentales de todo ser humano, independientemente de las condiciones judiciales dentro de las que este se encuentre, en virtud del reconocimiento de su humanidad, e igualdad dentro del marco legal global, de lo cual se desprende la obligación del estado para garantizar el cuidado, protección, prevención y recuperación de la salud de las personas que se encuentran dentro de las distintas instituciones carcelarias, tal como está igualmente estipulado en el código penal y carcelario del país, y citado por la defensoría del

pueblo en su estudio sobre la situación de salud en las cárceles colombianas (Constitución Nacional De Colombia, 1991).

Según el Código de Procedimiento Penitenciario, garantizar el acceso a los servicios de salud, incluye recibir ayuda psicológica y psiquiátrica en el momento en que así lo requieran los reclusos, como lo indican los artículos 61, 105 y 107 del Código Penitenciario y Carcelario vigente (Ley 906 de 2004 Código de Procedimiento Penal).

Dando cumplimiento a lo estipulado en la constitución de 1991, ley 65 de 1993, Acuerdo 0011 de 1995, ley 504 de 1999, Reglas Mínimas para el Tratamiento de Reclusos, Resolución N° 5795 de septiembre de 2005, se creó la Resolución de Atención Integral y Tratamiento Penitenciario N° 7302 de 2005, el cual debe realizarse conforme a la dignidad humana y a las necesidades particulares de la personalidad de cada sujeto, y tiene la finalidad de alcanzar la resocialización del infractor(a) de la Ley Penal (Ley 65 de 1993; Instituto Nacional Penitenciario Y Carcelario, 2007).

Para la prestación de los servicios de Atención Integral a los internos(as) en general (sindicados/as o imputados/as y condenados/as) y el Tratamiento Penitenciario a los Condenados/as se requiere fijar directrices y organizar la labor de los equipos interdisciplinarios en los diferentes Establecimientos

Penitenciarios y Carcelarios del país, teniendo en cuenta las necesidades particulares de cada población, y de cada individuo, por lo que es imprescindible una adecuada valoración y diagnóstico de las posibles alteraciones existentes en la población carcelaria, permitiendo el diseño e implementación de programas terapéuticos de índole individual como fundamentales en el Tratamiento Penitenciario (Ley 504 de 1999; Ley 733 de 2002, artículo 11; Resolución de Atención Integral y Tratamiento Penitenciario N° 7302 del 23 de noviembre de 2005 (INPEC); Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos s.f.).

El tratamiento penitenciario se concibe como una construcción paulatina y secuencial está dada por el sistema del tratamiento progresivo, se integra por fases que, estas a su vez serán cumplidas a cabalidad por la disponibilidad del centro penitenciario y los recursos que este obtenga a nivel disciplinar. Según la ley 65 de 1993 en el Art N° 144 el tratamiento penitenciario esta comprendido por las siguientes fases:

1. Observación, diagnóstico y clasificación del interno.
2. Alta seguridad que comprende el período cerrado.
3. Mediana seguridad que comprende el período semiabierto.
4. Mínima seguridad o período abierto.
5. De confianza, que coincidirá con la libertad condicional.

Es de suma importancia el papel que desempeña la psicología en el tratamiento penitenciario, durante la primera etapa de este, clasifica al interno según las características de personalidad, basado en el estudio científico de esta, será progresivo, programado e individualizado hasta donde sea posible (Ley 7302 de 2005).

Constituyéndose el trabajo psicológico en un eje transversal de valoración de todo el proceso de los reclusos durante el tiempo de encarcelamiento, concepto que se tendrá en cuenta con el comité de evaluación de tratamiento para la toma de decisiones concernientes a la ejecución de la pena (Zeñas, 2006).

La Atención Integral para los internos(as) se orienta a ofrecer acciones protectoras mediante los servicios de salud, alimentación, habitabilidad, comunicación familiar, desarrollo espiritual, asesoría jurídica y uso adecuado del tiempo libre, que prevengan o minimicen, hasta donde sea posible los efectos del proceso de prisionalización (Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario, 2006).

En la investigación realizada por la Defensoría del Pueblo (2003), situación del servicio de salud en las cárceles de Colombia Investigaciones realizadas han demostrado que tanto a nivel nacional como internacional, la ineficacia de los sistemas penitenciarios en la garantía de los mandatos constitucionales al respecto (Cano, 2003; Defensoría del Pueblo, 2003; Diario la Información de

Alicante, 2004). En Colombia la Defensoría del Pueblo demuestra que el servicio de psicología y psiquiatría es deficiente, ya que el 66.4% de la población carcelaria dijo no conocer la existencia de estos servicios (Defensoría del Pueblo, 2003).

Según Kupers (2005), citado por Martínez (2005), en declaraciones acerca de su trabajo *La orgía del encarcelamiento en Estado Unidos y la ideología que la sustenta*, concluye que las condiciones de encarcelamiento causan y empeoran el desmoronamiento psíquico de los reclusos. A su vez Mouriño (2004) indica que conviene recordar la importancia del propio centro penitenciario como elemento generador de patología, tanto por su propia función (privación de libertad), como por la marginación y aislamiento asociados a la reclusión. Por lo tanto resulta indispensable la valoración de la población carcelaria después del establecimiento de la sentencia, para poder tomar las medidas correctivas necesarias. Vizqueta (2007), plantea como posibles soluciones la suspensión de la pena, hasta tanto se restablezca un óptimo estado de salud mental del condenado, que le permita conocer el sentido de la pena.

Los hallazgos de salud mental en cuanto a patologías y rasgos de la personalidad asociadas a la conducta delictiva son amplios y en muchos casos similares. La evidencia confirma una asociación marcada aunque no una

relación de causalidad directa entre drogodependencia, alcoholismo y la comisión de delitos (Rodríguez, et al 1997).

Según, Ortiz-Tallo, Fierro, Blanca, Cardenal y Sánchez (2006), resaltan la importancia de las drogas y el alcohol como factores predisponentes y desencadenantes para llevar a cabo los delitos, dadas las elevadas puntuaciones en estas escalas. Echeverry y colaboradores en su investigación sobre Trastorno de personalidad antisocial en condenados por homicidio en Pereira, concluyen que un 17% de los sujetos presentan antecedentes de abuso de alcohol en la comisión de delito. Por su parte Mouriño (2006), halló que el 60% de la población presidiaria era toxicómano. Reyes y Vergara (2000) en una muestra de condenados de 70 encontraron que el 92,9% presenta trastornos por abuso y/o dependencia de sustancias; y un 88,6% presenta trastornos en comorbilidad con abuso/dependencia de sustancias.

Cano (2003), con su investigación trastornos mentales y responsabilidad penal apuntan a que la drogodependencia o toxicomanía siempre esta asociada a otro tipo de patología, actualmente conocido como patología dual, relacionada con la elevada tasa de delincuencia.

Así mismo, la Patología Dual es la causante de cuadros que con frecuencia producen comportamiento desadaptativo (Hernández, Herrera, Iñigo, Markez, Martínez, Ortega, Ortega, Rubio, Vicens, Arroyo, 2004). Irías y cols

(1999) encontraron; que la tasa de prevalencia global de los posibles trastornos mentales fue de 43.7% encontrándose dos o más patologías en 41.9%. La prevalencia por probable trastorno mental correspondió a: drogadicción, psicosis, alcoholismo, epilepsia, depresión y ansiedad.

El número de internos que padecen Trastornos por Uso de Sustancias Psicoactivas, según estudios recientes, no parece descender sino todo lo contrario. Igualmente, en las prisiones son muy frecuentes las patologías adaptativas y los trastornos ansiosos y del estado de ánimo. En consecuencia, los casos de internos en los que se asocian ambos diagnósticos y por tanto presentan patología dual, son un problema de salud mental creciente para la sanidad penitenciaria por su frecuencia y gravedad. (Hernández, et al 2004).

Dentro de los trastornos psiquiátricos hallados en población penitenciaria se encuentran trastornos de personalidad, trastornos afectivos, trastornos psicóticos, trastornos de ansiedad. Según el Diario la Información de Alicante en su edición de Noviembre del 2004 de las enfermedades psiquiátricas en la actualidad ocupan el tercer lugar en nivel de prevalencia por detrás de las toxicomanías y las enfermedades infecciosas, y son las que registran un mayor déficit asistencial.

Folino (2003) en cuanto al Trastorno de Personalidad halló que el 53% de la muestra de su investigación satisfacía los criterios diagnósticos del DSM IV para el Trastorno Antisocial de Personalidad (TAP). Por su parte Echeverry y

otros (2002) obtuvieron una prevalencia de rasgos de personalidad antisocial cercana al 50% en los condenados por homicidio.

Enríquez (2003) señala en su investigación que el 28% de la población penitenciaria nacional Venezolana es estimada con posible trastorno de personalidad. En la muestra estudiada, un 15% se diagnosticó con TPA.

Además de TPA se han observado en menor proporción trastornos como esquizofrenia, delirium, trastornos afectivos, retraso mental (Cote, Lesage, Chawky & Loyer, 1997; Iñigo, Pérez, Osuna, Cabrero y Luna 1999;). En su investigación Quanbeck, McDermott, Lam, Eisenstark, Sokolov & Scott, (2007) concluyeron que el 54% de la población reunía los criterios para psicopatía de tipo organizado.

Las escasas investigaciones halladas sobre los efectos de programas de salud mental aplicados en el ámbito penitenciario muestran un efecto positivo de reducción en la reincidencia en la conducta delictiva en comparación a grupos que han participado en los programas tradicionales de encarcelamiento (McNiel & Binder, 2007).

Así mismo, Rowe, Bellamy, Baranoski, Wieland, O'Connell, Benedict, Davidson, Buchanan & Sells (2007) en un estudio compararon la efectividad de

dos intervenciones en la reducción de uso de alcohol y droga cuyos resultados demostraron una disminución en la tasa de reincidencia.

## **5. METODOLOGÍA**

### **5.1. TIPO DE ESTUDIO**

Descriptivo, de corte transversal, con el cual se recolectaron datos en un solo momento, en un tiempo único, con el propósito de describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Se sustenta bajo los principios metodológicos del Positivismo. (Hernández, Fernández, Baptista, 2000)

### **5.2. POBLACIÓN Y MUESTRA**

En el interior del Establecimiento Penitenciario de Mediana Seguridad y Carcelario de Santa Marta (EPMSCSM) se encuentran reclusos 339 condenados.

La muestra es no probabilística intencional, teniendo en cuenta las siguientes condiciones:

- Género: Masculino
- Tiempo de captura: Tiempo de captura no mayor a tres años hasta la fecha.

Número Total de la muestra: 111

### **5.3. INSTRUMENTO**

El Inventario Clínico Multiaxial de Millón – III, se trata de un instrumento de evaluación en psicología clínica y psicopatología, construido en función de la formulación teórica de los patrones de personalidad de Millon, sobre la idea de la personalidad como un continuo entre normalidad y anormalidad. El Inventario Clínico Multiaxial de Millón – III (MCMI III), resulta, en principio, una prueba adecuada para la evaluación de la personalidad y sus trastornos. Se trata de un eficaz instrumento psicométrico que permite establecer, con precisión y economía, un continuo entre aspectos funcionales y disfuncionales de la personalidad. Así, el MCMI III permite un acercamiento a los estilos. En adición, el MCMI permite medir también la presencia de síndromes clínicos tales como ansiedad, depresión, hipomanía, abuso de sustancias entre otros (Ortiz, et al).

El MCMI III contiene cinco tipos de escalas: escalas de validez y de tendencia de respuesta, escalas de trastornos de personalidad de gravedad leve, escalas de trastornos de personalidad más patológica, escalas de síndromes clínicos de gravedad moderada, y escalas de síndromes clínicos de gravedad acentuada. Las diferentes características de la personalidad son recogidas en las siguientes escalas

- Patrones clínicos de personalidad
  - ✓ Escala 1 Esquizoide
  - ✓ Escala 2A Evitativo
  - ✓ Escala 2B Depresivo
  - ✓ Escala 3 Dependiente
  - ✓ Escala 4 Histriónico
  - ✓ Escala 5 Narcisista
  - ✓ Escala 6A Antisocial
  - ✓ Escala 6B Agresivo (Sádico)
  - ✓ Escala 7 Compulsivo
  - ✓ Escala 8A Negativista (Pasivo-Agresivo)
  - ✓ Escala 8B Autodestructivo
  
- Patología grave de la personalidad
  - ✓ Escala S Esquizotípico
  - ✓ Escala C Límite
  - ✓ Escala P Paranoide
  
- Síndromes clínicos
  - ✓ Escala A Trastorno de Ansiedad
  - ✓ Escala H Trastorno Somatomorfo
  - ✓ Escala N Trastorno Bipolar

- ✓ Escala D Trastorno Distímico
- ✓ Escala B Dependencia de Alcohol
- ✓ Escala T Dependencia de Sustancias
- ✓ Escala R Trastorno de Estrés Pos-trauma

- Síndromes Clínicos Graves

- ✓ Escala S.S Trastorno del Pensamiento
- ✓ Escala C.C Depresión Mayor
- ✓ Escala P.P Trastorno Delirante

- Índices Modificados

- ✓ Sinceridad
- ✓ Deseabilidad social
- ✓ Devaluación
- ✓ Validez

En total son 24 escalas clínicas y 4 escalas de validez y de tendencia de respuestas medidas a través de 175 ítems dicotómicos, con formato de respuesta Verdadero / Falso, y un tiempo relativamente breve de aplicación (15 a 25 minutos).

Además del El Inventario Clínico Multiaxial de Millón – III, se utilizó una encuesta socio-demográfica en donde se recolectó información biográfica de los participantes, la cual incluyó información actual de su vida familiar, vida delictiva, nivel educativo, antecedentes familiares, origen y procedencia, ocupación, datos sociales. Entre otros.

#### **5.4. VARIABLES**

- Patrones Clínicos de Personalidad
- Patología Grave de la Personalidad
- Síndromes Clínicos
- Síndromes Clínicos Graves

## 5.5. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES<sup>1</sup>

### 5.5.1. Patrones Clínicos de Personalidad

#### EZQUIZOIDE

Criterio del DSM - IV	Reactivo del MCMI - III
Definición Conceptual	Definición Operacional (16 reactivos)
<p>- Un patrón general de distanciamiento de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional en el plano interpersonal.</p> <p>Individuos que se caracterizan por su falta de deseo y su incapacidad para experimentar placer o dolor intenso.</p>	<p>92. <i>Estoy solo la mayoría del tiempo y lo paralelo.</i></p> <p>148. <i>Pocas cosas en la vida me dan placer.</i></p>
<p>Tienden ser apáticos, desganados, distantes y asociales.</p>	<p>27. <i>Cuando prefiero elegir, prefiero hacer las cosas solo.</i></p>
<p>No tienen amigos íntimos o personas de confianza, aparte de familiares.</p>	<p>165. <i>No tengo amigos íntimos, al margen de mi familia.</i></p>
<p>Muestra frialdad emocional,</p>	<p>10. <i>Raramente exteriorizo las pocas</i></p>

<sup>1</sup> Basado en el Inventario Clínico Multiaxial de Millon, y Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV)

<b>distanciamiento a aplanamiento en la afectividad.</b>	<i>emociones que suelo tener.</i>
--	-----------------------------------

**EVITATIVO**

<b>Criterio del DSM - IV</b>	<b>Reactivo del MCMI - III</b>
<b>Definición Conceptual</b>	<b>Definición Operacional (16 reactivos)</b>

<b>- Un patrón general de inhibición social, sentimientos de inferioridad y una hipersensibilidad a la evaluación negativa.</b>	<i>40. Soy una persona miedosa e inhibida.</i>
---	--

<b>Los individuos evitativos experimentan pocos refuerzos positivos de si mismo y de los demás.</b>	<i>141. Siento que la mayoría de la gente tiene una mala opinión de mí.</i>
---	---

<b>Evitan trabajos o actividades que impliquen un contacto interpersonal importante debido al miedo a las críticas, desaprobación o rechazo.</b>	<i>69. Evito la mayoría de las situaciones sociales porque creo que la gente va a criticarme.</i>
--	---

<b>Es reacio a implicarse con la gente si no esta seguro de que va agradar.</b>	<i>127. No me involucro con otras personas a no ser que este seguro de que les voy a gustar.</i>
---	--

<b>Esta preocupado por la posibilidad de ser criticado o rechazado en las</b>	
---	--

<p><b>situaciones sociales.</b></p>	<p>99. Cuando estoy en reunión social, en grupo, casi siempre me siento tenso y cohibido.</p>
-------------------------------------	---

Es extremadamente reacio a correr riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades debido a que pueden ser comprometedoras.

84. Me falta confianza en mi mismo para arriesgarme a probar algo.

**DEPRESIVO**

Criterio del DSM - IV

Reactivo del MCMI - III

Definición Conceptual	Definición Operacional (15 reactivos)
-----------------------	---------------------------------------

- Patrón de comportamiento y funciones cognoscitivas que se inicia al principio de la edad adulta.

20. He tenido pensamientos triste gran parte de mi vida desde que era niño.

112. he estado abatido y triste mucho tiempo e mi vida desde que era bastante niño.

<p>El estado de ánimo habitual son sentimientos de abatimiento, tristeza, desanimo, desilusión.</p>	<p>123. Siempre me ha resultado difícil dejar de sentirme triste y deprimido.</p>
---	---

La concepción del sujeto tiene de si mismo se centra en sentimientos de

151. Nunca he sido capaz de librarme de sentir que no valgo nada para los demás.

**impotencia, inutilidad y baja autoestima.**

<b>Se critica, se acusa o se auto-descalifica.</b>	<i>47. Siempre tiendo a culparme a mis mismo cuando las cosas salen mal.</i>
<b>Tiende a preocuparse por todo.</b>	<i>145. Me paso la vida preocupándome por una cosa u otra.</i>
<b>Se muestra pesimista.</b>	<i>133. Incluso en los buenos tiempos, siempre he tenido miedo de que las cosas pronto fuesen mal.</i>
<b>Tiende a sentirse culpable o arrepentido.</b>	<i>25. Me siento culpable muy a menudo sin ninguna razón.</i>

**DEPENDIENTE**

**Criterio del DSM - IV**

**Reactivo del MCMI - III**

**Definición Conceptual**

**Definición Operacional (16 reactivos)**

**Necesidad general y excesiva de que se ocupen de uno, que ocasiona un comportamiento de sumisión y adhesión y temores de separación.**

*16. Soy una persona muy agradable y sumisa.*

**Dificultades en la toma de decisiones cotidianas si no cuenta con mucho**

*94. La gente puede hacerme cambiar de ideas fácilmente, incluso cuando pienso que*

<p><b>consentimientos y excesiva reafirmación por parte de los demás.</b></p>	<p><i>ya había tomado una decisión.</i></p>
<p><b>Necesidad de que otros asuman la responsabilidad en las principales esferas de su vida.</b></p>	<p><i>73. A menudo dejo que los demás tomen decisiones por mí.</i></p>
<p><b>Dificultades para expresar el desacuerdo con los demás debido al temor a la pérdida de apoyo o aprobación.</b></p>	<p><i>169. Siempre estoy dispuesto a ceder e una riña o desacuerdo porque temo al enfado o rechazo de los demás.</i></p>
<p><b>Dificultades para iniciar proyectos o para hacer las cosas a su manera.</b></p>	<p><i>35. A menudo renuncio a hacer cosas porque temo no hacerlas bien.</i></p>
<p><b>Va demasiado lejos llevando deseo de lograr protección y poyo de los demás.</b></p>	<p><i>45. Siempre hago lo posible por complacer a los demás, incluso a quienes no me gustan.</i></p>
<p><b>Se siente incomodo o desamparado cuando esta solo debido a sus temores exagerados de ser incapaz de cuidar de si mismo.</b></p>	<p><i>135. Estar solo, sin la ayuda de alguien cercano del que depender, realmente me asusta.</i></p>
<p><b>HISTRIONICO</b></p>	
<p><b>Criterio del DSM - IV</b></p>	<p><b>Reactivo del MCMI - III</b></p>
<p><b>Definición Conceptual</b></p>	<p><b>Definición Operacional (15 reactivos)</b></p>

<p><b>Patrón general de excesiva motividad y búsqueda de atención.</b></p>	<p>57. <i>Pienso que soy una persona muy sociable y extravertida.</i></p>
<p><b>No se siente cómodo en situaciones en las que no es el centro de atención.</b></p>	<p>88. <i>Cuando estoy en una fiesta nunca me aísto de los demás.</i></p>
<p><b>La interacción con los demás suele estar caracterizada por un comportamiento sexualmente marcado y provocador.</b></p>	<p>21. <i>me gusta coquetear con personas del otro sexo.</i></p>
<p><b>Muestra expresión emocional superficial y rápidamente cambiante.</b></p>	<p>12. <i>Muestro mis emociones fácil y rápidamente.</i></p>
<p><b>Muestra auto-dramatización, teatralidad y exagerada expresión emocional.</b></p>	<p>51. <i>cuando las cosas son aburridas, me gusta provocar algo interesante y divertido.</i></p>
<p><b>Es sugestionable.</b></p>	<p>32. <i>Siempre estoy buscando hacer nuevos amigos y conocer gente nueva.</i></p>
<p><b>Considera sus relaciones más íntimas de lo que son en realidad.</b></p>	<p>80. <i>Para mi es muy fácil hacer muchos amigos.</i></p>
<p><b>NARCISISTA</b></p>	
<p><b>Criterio del DSM - IV</b></p>	<p><b>Reactivo del MCMI - III</b></p>
<p><b>Definición Conceptual</b></p>	<p><b>Definición Operacional (24 reactivos)</b></p>

---

<p>- Patrón general de grandiosidad (imaginación comportamiento), una necesidad de admiración y una falta de empatía.</p>	
<p>Tiene un grandioso sentido de su importancia.</p>	<p>67. Tengo muchas ideas que son avanzadas para los tiempos actuales.</p>
<p>Esta preocupado por fantasías de éxito ilimitado, poder, brillantez, belleza o amor imaginario.</p>	<p>6. La gente nunca ha reconocido suficientemente las cosas que he hecho.</p>
<p>Cree que es especial y único y que solo puede ser comprendido, o relacionarse con otras personas de su status.</p>	<p>159. Alguien tendría que ser bastante excepcional para entender mis habilidades especiales.</p>
<p>Exige una admiración excesiva.</p>	<p>144. Creo que me esfuerzo mucho por conseguir que los demás admiren las cosas que hago o digo.</p>
<p>Es muy pretencioso, tiene expectativas irracionales de recibir un trato de favor especial.</p>	<p>31. Creo que soy una persona especial y merezco que los demás me presten una particular atención.</p>
<p>Es interpersonalmente explotador, saca provecho de los demás para alcanzar sus propios logros.</p>	<p>85. No culpo a quien se aprovecha de alguien que se lo permite.</p>

---

<b>Carece de empatía.</b>	<i>93. Algunos miembros de mi familia dicen que soy egoísta y que solo pienso en mi.</i>
<b>Frecuentemente envidia a los demás o cree que los demás lo envidian a él.</b>	<i>26. Los demás envidian mis capacidades.</i>
<b>Presenta comportamientos o actitudes arrogantes o soberbias.</b>	<i>5. Se que soy superior a los demás, por eso no me importa lo que piense la gente.</i>

#### ANTISOCIAL

<b>Criterio del DSM - IV</b>	<b>Reactivo del MCMI - III</b>
<b>Definición Conceptual</b>	<b>Definición Operacional (17 reactivos)</b>
<b>Patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás que se presentan desde la edad de los 15 años.</b>	<i>53. Los castigos nunca me han impedido hacer lo que yo quiera.</i>
<b>Fracaso por adoptarse a las normas sociales, en lo que respecta al comportamiento legal.</b>	<i>113. Me han metido en problemas con la ley un par de veces.</i>
<b>Deshonestidad, indicada por mentir repetidamente.</b>	<i>139. Se me da muy bien inventar excusas cuando me meto en problemas.</i>
<b>Impulsividad o incapacidad para</b>	<i>166. Casi siempre actuó rápidamente y</i>

<b>planificar el futuro.</b>	<i>no pienso las cosas tanto como debiera.</i>
<b>Irresponsabilidad persistente, indicada por incapacidad de mantener un trabajo con constancia o hacerse cargo de obligaciones.</b>	<i>101. Creo que no me tomo muchas de las responsabilidades familiares tan seriamente como debiera.</i>
<b>Falta de remordimientos.</b>	<i>38. Hago lo que quiero sin preocuparme de las consecuencias que tenga en los demás.</i>
<b>Existen pruebas de un trastorno disocial que comienza antes de los 15 años.</b>	<i>17. Cuando era adolescente, tuve muchos problemas por mi mal comportamiento en el colegio.</i>

### AGRESIVO-SÁDICO

<b>Criterio del DSM – III – R*</b>	<b>Reactivo del MCMI - III</b>
<b>Definición Conceptual</b>	<b>Definición Operacional (20 reactivos)</b>
<b>Patrón patológico de conducta cruel, ofensiva y agresiva, que empieza en la edad adulta.</b>	<i>116. He tenido que ser realmente duro con algunas personas para mantenerlas a raya.</i>
<b>Haber utilizado la crueldad física o la violencia con el fin de establecer una relación dominante.</b>	<i>95. A menudo irrito a la gente cuando les doy órdenes.</i>

<b>Humillar o dar un trato ofensivo a alguien en presencia de otros.</b>	<i>9. Frecuentemente critico mucho a la gente que me irrita.</i>
<b>Tratar castigar con excesiva dureza a algún subordinado.</b>	<i>14. Algunas veces puedo ser bastante duro y desagradable con mi familia.</i>
<b>Divertirse o disfrutar con el sufrimiento físico o psicológico de otros.</b>	<i>14. No se porque pero, a veces, digo cosas crueles solo para hacer sufrir a los demás.</i>
<b>Conseguir que otros hagan la propia voluntad atemorizándoles.</b>	<i>87. A menudo me enfado con la gente que hace las cosas lentamente.</i>
<b>Restringir la autonomía de la gente con la que se tiene una relación mas estrecha.</b>	<i>28. pienso que el comportamiento de mi familia debería ser estrictamente controlado.</i>

\*En el DSM-IV, el trastorno agresivo (sádico) de la Personalidad no esta incluido

### COMPULSIVO

<b>Criterio del DSM – IV*</b>	<b>Reactivo del MCMI - III</b>
<b>Definición Conceptual</b>	<b>Definición Operacional (17 reactivos)</b>
<b>Patrón general de preocupación por el orden, el perfeccionismo, el control mental e interpersonal.</b>	<i>29. La gente normalmente piensa que soy una persona reservada y fría.</i>
<b>Preocupación por los detalles, las normas, las listas, el orden la organización</b>	<i>82. Siempre me aseguro de que mi trabajo este bien planeado y organizado.</i>

o los horarios.

<b>Perfeccionismo que interfiere con la finalización de las tareas.</b>	<i>114. Una buena manera de evitar los errores es tener una rutina para hacer las cosas.</i>
<b>Dedicación excesiva al trabajo y a la productividad con exclusión de las actividades de ocio y amistades.</b>	<i>97. estoy de acuerdo con el refrán: “al que madruga Dios le ayuda”.</i>  <i>137. Siempre compruebo que he terminado mi trabajo antes de tomarme un descanso para actividades de ocio.</i>
<b>Excesiva terquedad, escurpulosidad e inflexibilidad en temas de moral, ética o valores.</b>	<i>172. la gente me dice que soy una persona muy formal y moral.</i>
<b>Adopta un estilo avaro en los gastos para el y para los demás.</b>	<i>59. Controlo muy bien mi dinero para estar preparado en caso de necesidad.</i>
<b>Muestra rigidez y obstinación.</b>	<i>2. Me parece muy bien que halla normas porque son una buena guía a seguir.</i>

\*En el DSM-IV se denomina Trastorno obsesivo-compulsivo personalidad

**NEGATIVISTA-PASIVO/AGRESIVO**

<b>Criterio del DSM – IV*</b>	<b>Reactivo del MCMI - III</b>
<b>Definición Conceptual</b>	<b>Definición Operacional (16 reactivos)</b>
<b>Patrón permanente de actitudes de oposición y respuestas pasivas ante las demandas que exigen un rendimiento adecuado.</b>	
<b>Resistencia pasiva a rendir en la rutina social y en las tareas laborales.</b>	<i>7. Si mi familia me presiona es probable que me enfaden y me resista a hacer lo que ellos quieren.</i>
<b>Quejas de incomprensión y de ser despreciado por los demás.</b>	<i>115. A menudo otras personas me culpan de cosas que no he hecho.</i>
<b>Hostilidad y facilidad para discutir.</b>	<i>79. Con frecuencia estoy irritado y de malhumor.</i>
<b>Critica y desprecio irracionales por la autoridad.</b>	<i>5. No soporto a las personas influyentes que siempre piensan que pueden hacer las cosas mejor que yo.</i>
<b>Muestra envidia y resentimiento hacia los compañeros aparentemente mas afortunados que él.</b>	<i>126. Hoy la mayoría de la gente con éxito ha sido afortunada y deshonesto.</i>
<b>Alternancia de amenazas hostiles y</b>	<i>36. Muchas veces me dejo llevar por mis emociones de ira y luego me siento</i>

<b>arrepentimiento.</b>	<i>terriblemente culpable por ello.</i>
-------------------------	---

\*En el DSM-IV, es llamado Trastorno Pasivo-Agresivo de la Personalidad. (Trastorno Negativista de la personalidad)

### AUTODESTRUCTIVO

<b>Criterio del DSM - IV</b>	<b>Reactivo del MCMI - III</b>
<b>Definición Conceptual</b>	<b>Definición Operacional (15 reactivos)</b>
<b>Patrón patológico de conducta autodestructiva, el sujeto a menudo puede evitar o desestimar las experiencias satisfactorias, dejarse arrastrar por situaciones o relaciones que le van acarrear un sufrimiento o impedir que los demás le presten ayuda.</b>	
<b>Elige personas y situaciones que conducen a la frustración, al fracaso o a ser maltratados.</b>	<i>19. Parece que elijo amigos que terminan tratándome mal.</i>
<b>Rechaza o hace inútiles los intentos de ayuda a los demás.</b>	<i>70. Muchas veces pienso que no merezco las cosas buenas que me pasan.</i>
<b>Después de acontecimientos personales positivos responde con depresión, culpabilidad o con una</b>	<i>43. A menudo me siento triste o tenso, inmediatamente después de que me haya pasado algo bueno.</i>

conducta que ocasiona daño.

<p><b>Suscita respuestas de ira o rechazo en los demás y luego se siente herido, fracasado o humillado.</b></p>	<p>161. Parece que creo situaciones con los demás en las que acabo herido o me siento rechazado.</p>
<p><b>Rechaza las ocasiones de experimentar satisfacción o es reticente a reconocer que se divierte.</b></p>	<p>104. No puedo experimentar mucho placer porque no creo merecerlo.</p>
<p><b>Fracasa en la consecución de etapas cruciales para sus objetivos personales a pesar de poseer una demostrada capacidad para lograrlo.</b></p>	<p>122. Parece que echo a perder las buenas oportunidades que se cruzan en mi camino.</p>
<p><b>Esta desinteresado o rechaza a la gente que le trata habitualmente bien.</b></p>	<p>90. Algunas veces me siento confuso y molesto cuando la gente es amable conmigo.</p>

## 5.5.2. PATOLOGÍA GRAVE DE LA PERSONALIDAD

### ESQUIZOTIPICA

Criterio del DSM – IV	Reactivo del MCMI - III
Definición Conceptual	Definición Operacional (16 reactivos)
Déficit social e interpersonal	148. Pocas cosas en la vida me dan

<b>caracterizado por un malestar agudo y una capacidad reducida para las relaciones personales, así como distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades en el comportamiento.</b>	<i>placer.</i>  <i>162. A menudo me pierdo en mis pensamientos y me olvido de lo que esta pasando a mi alrededor.</i>
<b>Suele comenzar al principio de la edad adulta y se observa en distintos contextos.</b>	<i>102. Desde que era niño he ido perdiendo contacto con la realidad.</i>
<b>Falta de amigos íntimos o desconfianza aparte de los familiares de primer grado.</b>	<i>48. Hace mucho tiempo decidí que lo mejor es tener poco que ver con la gente.</i>
<b>Creencias raras o pensamiento mágico que influye en el comportamiento y no es consistente con las normas subculturales.</b>	<i>117. La gente piensa que, a veces, hablo sobre cosas o extrañas o diferentes a las de ellos.</i>
<b>Experiencias perceptivas inhabituales, incluidas las ilusiones corporales.</b>	<i>76. Tengo una y otra vez pensamientos extraños de los que desearía poder liberarme.</i>
<b>Susplicacia o ideación paranoide.</b>	<i>138. Noto que la gente está hablando de mi cuando paso a su lado.</i>
<b>Suelen sentirse ansiosos en situaciones sociales, sobre todo, cuando se implica a gente desconocida.</b>	<i>69. Evito la mayoría de las situaciones sociales porque creo que la gente va a criticarme o rechazarme.</i>

**LIMITE**

<b>Criterio del DSM - IV</b>	<b>Reactivo del MCMI - III</b>
<b>Definición Conceptual</b>	<b>Definición Operacional (26 reactivos)</b>
<b>Patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad.</b>	
<b>Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado.</b>	<i>120. Haría algo desesperado para impedir que me abandonase una persona que quiero.</i>
<b>Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas, caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.</b>	<i>98. Mis sentimientos hacia las personas importantes en mi vida muchas veces oscilan entre el amor y el odio.</i>
<b>Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de si mismo acusada y persistentemente inestable.</b>	<i>72. Me siento desorientado, sin objetivos, y no se hacia donde voy en la vida.</i>
<b>Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañino para si mismo.</b>	<i>41. He hecho impulsivamente muchas cosas estúpidas que han llegado a causarme grandes problemas.</i>
<b>Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes o comportamiento de automutilación.</b>	<i>154. He intentado suicidarme.</i>
<b>Inestabilidad afectiva debida a una</b>	<i>83. Mis estados de ánimo cambian mucho</i>

<b>notable reactividad del estado de animo.</b>	<i>de un día para otro.</i>
<b>Sentimientos crónicos de vacío.</b>	<i>142. Frecuentemente siento que no hay anda dentro de mí, como si estuviera vacío y hueco.</i>
<b>Ira inapropiada e intensa dificultades para controlarla.</b>	<i>30. Últimamente he comenzado a sentir deseos de destrozar cosas.</i>
<b>Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.</b>	<i>134. Algunas veces, cuando las cosas empiezan a torcerse en mi vida, me siento como si estuviera loco o fuera de la realidad.</i>

## PARANOIDE

<b>Criterio del DSM – IV</b>	<b>Reactivo del MCMI - III</b>
<b>Definición Conceptual</b>	<b>Definición Operacional (17 reactivos)</b>
<b>Desconfianza y suspicacia general desde inicio de la edad adulta, de forma que las intenciones de los demás son interpretadas como maliciosas.</b>	<i>49. Desde niño, siempre he tenido que tener cuidado con la gente que intentaba engañarme.</i>
<b>Sospecha sin base suficiente, que los demás se van aprovechar de ellos, le van hacer daño o les van a engañar.</b>	<i>103. Gente mezquina intenta con frecuencia aprovecharse de lo que he realizado o ideado.</i>
<b>Preocupación por dudas no</b>	<i>175. A algunas personas que se supone</i>

<b>justificadas acerca de la lealtad o la fidelidad de los amigos y socios.</b>	<i>que son mis amigos les gustaría hacerme daño.</i>
<b>Reticencia a confiar en los demás por temor injustificado a que la información que comparta vaya a ser utilizada en su contra.</b>	<i>167. Tengo mucho cuidado en mantener mi vida como algo privado, de manera que nadie pueda aprovecharse de mí.</i>
<b>En las observaciones o los hechos más inocentes vislumbra significados ocultos que son degradantes o amenazadoras.</b>	<i>146. Siempre me pregunto cual es la razón real de que alguien sea especialmente agradable conmigo.</i>
<b>Alberga rencores durante mucho tiempo.</b>	<i>6. La gente nunca ha reconocido suficientemente las cosas que he hecho.</i>  <i>42. Nunca perdono un insulto ni olvido una situación embarazosa que alguien me haya causado.</i>
<b>Percibe ataques a su persona o a su reputación que no son aparentes para los demás y esta predispuesto a reaccionar con ira o contraatacar.</b>	<i>33. Si alguien me criticase por cometer un error, rápidamente le señalaría sus propios errores.</i>
<b>Sospecha, sin justificación, sobre la fidelidad de su esposo o pareja sexual.</b>	<i>89. Observo a mi familia de cerca para saber en quien se puede confiar y en quien no.</i>

### 5.5.3 SÍNDROMES CLÍNICOS

#### TRASTORNO DE ANSIEDAD

Criterio del DSM - IV	Reactivo del MCMI - III
<b>Definición Conceptual</b>	<b>Definición Operacional (14 reactivos)</b>
<b>Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos. Los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real.</b>	<i>58. Me he vuelto muy nervioso en las últimas semanas.</i>
	<i>75. Últimamente sudo mucho y me siento muy tenso.</i>
	<i>61. Algunas ideas me dan vueltas en la cabeza una y otra vez y no desaparecen.</i>
	<i>76. Tengo una y otra vez pensamientos extraños de los que desearía poder liberarme.</i>
	<i>108. Me preocupa mucho que me dejen solo y tenga que cuidar de mi mismo.</i>
	<i>124. Cuando estoy lejos de casa, a menudo comienzo a sentirme tenso y lleno de pánico.</i>

**Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades.** 145. *Me paso la vida preocupándome por una cosa u otra.*

170. *Repito ciertos comportamientos una y otra vez, algunas veces para reducir mi ansiedad y otras para evitar que pase algo malo.*

#### TRASTORNO SOMATOMORFO

Criterio del DSM - IV	Reactivo del MCMI - III
Definición Conceptual	Definición Operacional (12 reactivos)
<p><b>Serie de quejas y síntomas físicos, pero las pruebas médicas realizadas no indican enfermedad orgánica alguna o, si hay alguna enfermedad, no puede explicar sus síntomas, ya que el origen de dichos síntomas es psicológico.</b></p>	<p>4. <i>Gran parte el tiempo me siento débil y cansado.</i></p> <p>55. <i>en las últimas semanas me he sentido agotado sin ningún motivo especial.</i></p> <p>37. <i>Muy a menudo pierdo mi capacidad para percibir sensaciones en partes de mi cuerpo.</i></p> <p>74. <i>No puedo dormirme, y me levanto tan cansado como al acostarme.</i></p> <p>107. <i>He perdido completamente el apetito</i></p>

y la mayoría de las noches tengo problemas para dormir.

111. Parece que he perdido el interés en la mayoría de las cosas que solía encontrar placenteras, como el sexo.

### TRASTORNO BIPOLAR

Criterio del DSM - IV	Reactivo del MCMI - III
Definición Conceptual	Definición Operacional (13 reactivos)
Episodios depresivos se ven interferidos por la aparición de otros episodios caracterizados por un estado de ánimo elevado (euforia excesiva), expansivo (hiperactividad anómala) o irritable.	22. Soy una persona muy variable y cambio de opiniones y sentimientos continuamente.  54. Muchas veces me siento muy alegre y animado sin ninguna razón.
Conductas alocadas, implicándose la persona en actividades más o menos placenteras, pero que suponen alto riesgo.	41. He hecho impulsivamente muchas cosas estúpidas que han llegado a causarme grandes problemas.
Perdida de interés o placer en pasatiempos y actividades que antes se disfrutaban.	96. En el pasado la gente decía que yo estaba muy interesado y apasionado por demasiada cosas.

<b>Ganas de hablar, mucho más de lo que es necesario.</b>	125. <i>A veces las personas se molestan conmigo porque dicen que hablo mucho o demasiado deprisa para ellos.</i>
<b>Sensación de pensamiento acelerado.</b>	166. <i>Casi siempre actuó rápidamente y no pienso las cosas tanto como debiera.</i>

### TRASTORNO DISTIMICO

<b>Criterio del DSM - IV</b>	<b>Reactivo del MCMI - III</b>
<b>Definición Conceptual</b>	<b>Definición Operacional (14 reactivos)</b>
<b>Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días.</b>	55. <i>En las últimas semanas me he sentido agotado sin ningún motivo especial.</i>  86. <i>Desde hace algún tiempo me siento triste y deprimido y no consigo animarme.</i>
<b>Sentimientos de desesperanza.</b>	15. <i>Las cosas que no van bien no duraran mucho tiempo.</i>
<b>Se caracteriza por un abatimiento prolongado del estado de ánimo en que el sujeto distímico se describe a sí mismo como “triste” o “desanimado”.</b>	62. <i>Desde hace unos años, al pensar sobre la vida, me siento muy triste y desanimado.</i>
<b>Perdiendo el interés por las cosas y viéndose a menudo como inútil y poco</b>	24. <i>Hace unos años comencé a sentirme un fracasado.</i>

<p><b>interesante.</b></p>	<p>25. <i>Me siento culpable muy a menudo sin ninguna razón.</i></p> <p>56. <i>Últimamente me he sentido muy culpable porque ya no soy capaz de hacer nada bien.</i></p>
<p><b>Tristeza, ansiedad o sensación de "vacío" persistentes.</b></p>	<p>142. <i>Frecuentemente siento que no hay nada dentro de mi, como si estuviera vacío y hueco.</i></p>

#### DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS

Criterio del DSM - IV	Reactivo del MCMI - III
Definición Conceptual	Definición Operacional (14 reactivos)
<p><b>Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos.</b></p>	<p>13. <i>En el pasado, mis hábitos de tomar drogas me han causado problemas a menudo.</i></p>
<p><b>Se continúa consumiendo la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes.</b></p>	<p>39. <i>Tomar las llamadas "drogas ilegales" puede ser imprudente, pero reconozco que en el pasado las he necesitado.</i></p>
	<p>66. <i>En el pasado, el habito de avisar de las drogas me ha hecho faltar al trabajo.</i></p>

<p><b>Reducción o abandono de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.</b></p>	<p>91. El consumo de "drogas ilegales" me ha causado discusiones con mi familia.</p>
<p><b>La sustancia se consume en cantidades mayores o durante un período más prolongado de lo que originalmente se pretendía.</b></p>	<p>118. Ha habido veces en las que no he podido pasar el día sin tomar drogas.</p>
<p><b>Consumo recurrente de sustancias, que da lugar a incumplimiento de obligaciones en el trabajo, escuela o casa.</b></p>	<p>136. Sé que he gastado mas dinero del que debiera comprando "drogas ilegales".</p>

### TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Criterio del DSM - IV

Reactivo del MCMI - III

**Definición Conceptual**

**Definición Operacional (16 reactivos)**

<p><b>Patrón de síntomas característicos que sigue a la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad</b></p>	<p>129. Años después, todavía tengo pesadillas acerca de un acontecimiento que supuso una amenaza real para mi vida.</p>
---	--

---

física.

<b>Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar.</b>	<i>149. Me siento tembloroso y tengo dificultad para conciliar el sueño debido a dolorosos recuerdos de un hecho pasado que pasan por mi cabeza repetidamente.</i>
<b>Recuerdos del acontecimiento, recurrentes e intrusos, que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.</b>	<i>160. Mi vida actual se ve todavía afectada por imágenes mentales de algo terrible que me paso.</i> <i>109. El recuerdo de una experiencia muy perturbadora de mi pasado sigue apareciendo en mis pensamientos.</i>
<b>La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.</b>	<i>173. Todavía me aterrorizo cuando pienso en una experiencia traumática que tuve hace años.</i>

## 5.5.4 SINDROMES GRAVES CLINICOS

### TRASTORNO DEL PENSAMIENTO

Criterio del DSM - IV	Reactivo del MCMI - III
<b>Definición Conceptual</b>	<b>Definición Operacional (17 reactivos)</b>
<b>Patrón de conductas incongruentes, desorganizadas o regresivas.</b>	78. Aunque este despierto, parece que no me doy cuenta de la gente que esta cerca de mi.
<b>Individuos confusos y desorientados, afecto inapropiado, alucinaciones y delirios.</b>	61. Algunas ideas me dan vuelta en la cabeza una y otra vez y no desaparecen.  102. Desde que era niño he ido perdiendo contacto con la realidad.
<b>Pérdida de las fronteras del sí mismo o un grave deterioro de la evaluación de la realidad.</b>	68. Últimamente tengo que pensar las cosas una y otra vez sin ningún motivo.  168. Con mucha frecuencia oigo las cosas con tanta claridad que me molesta.

## DEPRESIÓN MAYOR

Criterio del DSM - IV	Reactivo del MCMI - III
Definición Conceptual	Definición Operacional (17 reactivos)
Trastorno del estado de ánimo con sentimientos severos y prolongados de tristeza sin causa aparente o síntomas relacionados que dificultan la eficiencia.	128. <i>Me siento profundamente deprimido sin ninguna razón que se me ocurra.</i>
Estado de ánimo triste, disfórico o irritable durante la mayor parte del día y durante la mayor parte de los días.	44. <i>Ahora me siento terriblemente deprimido y triste gran parte del tiempo.</i>
Insomnio, despertarse más temprano o dormir más de la cuenta, Pérdida de peso, apetito.	107. <i>He perdido completamente mi apetito y la mayoría de las noches tengo problemas para dormir.</i>
Fatiga o pérdida de la energía.	1 <i>Últimamente parece que me quedo sin fuerzas, incluso por la mañana.</i>
Sentimientos de desesperanza y pesimismo.	150. <i>Pensar en el futuro al comienzo de cada día me hace sentir terriblemente deprimido.</i>
Pensamientos recurrentes de muerte o ideas suicidas.	171. <i>Recientemente he pensado muy enserio quitarme del medio.</i>

**TRASTORNO DELIRANTE**

**Criterio del DSM - IV**

**Reactivo del MCMI - III**

**Definición Conceptual**

**Definición Operacional (13 reactivos)**

**Ideas delirantes no extrañas (p. ej., que implican situaciones que ocurren en la vida real, como ser seguido, envenenado, infectado, amado a distancia o engañado por el cónyuge o amante.**

*63. Mucha gente ha estado espiando mi vida privada durante años.*

*140. Creo que hay una conspiración contra mí.*

*119. La gente esta intentando hacerme creer que estoy loco.*

**Expresan sentimientos de ser acosados y maltratados.**

*153. Alguien ha estado intentando controlar mi mente.*

## 5.6 PROCEDIMIENTO

FASES	PROCEDIMIENTOS
<b>Fase 1. Revisión y Delimitación del Tema</b>	<p>Definición de la problemática a investigar, lo cual condujo a establecer como objetivo de la presente el Diagnóstico de los Factores Clínicos asociados a la salud mental en los condenados del Establecimiento Penitenciario y Carcelario de la ciudad de Santa Marta.</p> <p>Posteriormente se inició la estructuración del Marco Teórico, para lo cual se realizó una extensa búsqueda bibliográfica de investigaciones recientes que se relacionaran con la problemática a investigar.</p>
<b>Fase 2. Revisión de Instrumentos</b>	<p>El siguiente paso fue la revisión de los posibles instrumentos que tuviera aplicabilidad en el ámbito carcelario y que evaluara Trastornos de Personalidad, Trastornos clínicos y Patrones de conducta, lo cual condujo a la selección del Inventario Clínico Multiaxial de Millón – III como el indicado, ya que este es un instrumento derivado de un modelo integrado de la Psicopatología y la Personalidad y coordinado con el</p>

modelo Multiaxial del DSM. (Millon, Davis y Millon, 2007).

Además del Inventario MCMI III de Millon, se llevo a cabo la recolección de datos sociodemográficos a través de una encuesta semiestructurada.

**Fase 3. Acercamiento y Sensibilización a la Población.**

Luego de haber definido el instrumento se procedió a delimitar la muestra, realizar la sensibilización a la misma, así como al personal administrativo del Establecimiento Penitenciario.

Un mes antes de la aplicación del instrumento se realizo la sensibilización a la muestra, dividiéndose esta en 5 grupos. Además la explicación de las consideraciones éticas de la investigación (Anexo A), donde se le dio a conocer a los participantes el derecho a la no participación en la investigación, la no divulgación de los resultados individual y el consentimiento informado. Inicialmente la muestra representativa era de 172 condenados, de la cual después de la sensibilización 111 consintieron participar en la investigación.

Una vez aprobado y firmado la participación de cada interno se procedió a la aplicación del Instrumento.

**Fase 4. Aplicación del Instrumento y encuesta Sociodemográfica**

Una vez realizada la sensibilización se procedió a la aplicación del inventario y de la encuesta sociodemográficas.

Inicialmente se aplicó la encuesta Sociodemográfica con una duración de 10 minutos, una vez aplicada la encuesta se impartieron las instrucciones de forma verbal y colectiva, se explicaron las instrucciones del Inventario, se realizaron ejemplos de cómo responder a las preguntas. La aplicación del Inventario se llevó a cabo de forma colectiva divididos en dos grupos por día uno en la Biblioteca y el otro en aula educativa del Establecimiento. El Inventario consta de 175 preguntas en forma dicotómica, para responder aproximadamente en 30 minutos, pero debido a la complejidad de algunas preguntas el tiempo máximo en las aplicaciones fue de 45 a 55 minutos. Cabe anotar que la muestra se redujo ya que algunos sujetos eran analfabetas y el inventario solo se aplica a sujetos con capacidad para leer y escribir. La aplicación del instrumento duró aproximadamente dos semanas, dividiendo el total de la muestra en 5 grupos.

Esta fase se divide en dos, la primera al análisis de los resultados dividido en tres etapas, y la segunda en la segmentación de los resultados.

La primera corresponde al análisis de los datos sociodemográficos, el cual se llevo a cabo mediante el programa Microsoft Office Excel 2007.

**Fase 5. Análisis de datos y segmentación de resultados**

La siguiente etapa se apoyo en el Software e-perfil de Tea Ediciones, donde nos permitió un análisis detallado de los resultados, arrojando las prevalencias de los Trastornos de Personalidad y los Síndromes Clínicos.

Finalmente se incluyeron los datos proporcionados por el software e-perfil en el Paquete estadístico SPSS versión 15, dando como resultado el análisis descriptivo apropiado para la investigación.

Una vez analizados los datos en el paquete estadístico SPSS versión 15, se procede a verificar en el manual del

Inventario Clínico Multiaxial los rangos para la interpretación de los resultados.

Las puntuaciones para las interpretaciones de las escalas del Inventario se dan en los siguientes rangos:

<b>Puntuaciones</b>	<b>Rangos</b>
<b>0-69</b>	Puntuación no significativa
<b>70-74</b>	riesgo clínico de patrones de personalidad/Riesgo clínico del síndrome
<b>75-85</b>	Presencia del rasgo clínico de patrones de personalidad/presencia de rasgo clínico del síndrome
<b>85 en adelante</b>	Presencia del Trastorno de personalidad / prominencia del Síndrome clínico

## 6. RESULTADOS

### 6.1. Resultados Datos Sociodemográficos

**TABLA 1. Lugar De Nacimiento**

LUGAR NACIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Magdalena	60	54%
Cesar	11	10%
Atlántico	10	9%
Santander	8	7%
Bolívar	4	4%
Guajira	4	4%
Chocó	3	3%
Antioquia	3	3%
V. Cauca	3	3%
Otros	5	5%
<b>Total</b>	<b>111</b>	<b>100</b>

**GRAFICA 1. Lugar De Nacimiento**

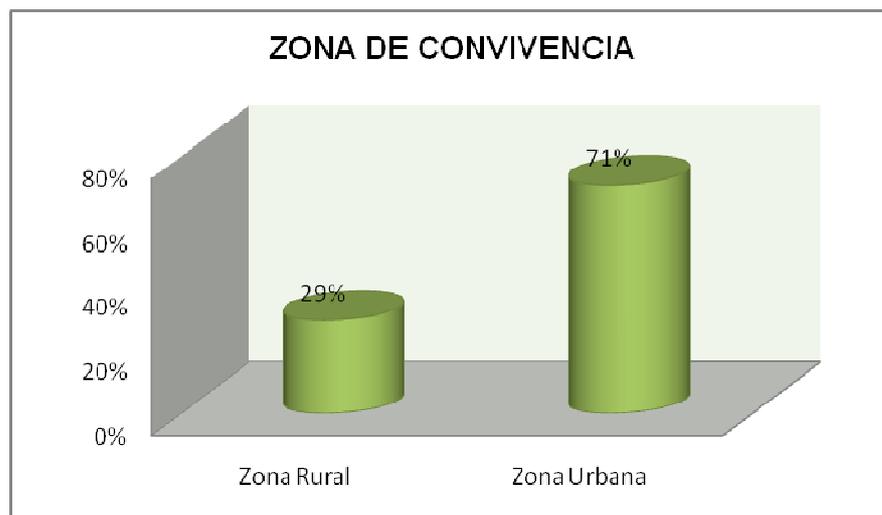


Los resultados indican que el 54% de los sujetos evaluados son de origen del Departamento del Magdalena, el 10% del departamento del Cesar, un 9% del Atlántico, el 7% del departamento de Santander y el 23% restante entre los departamentos de Bolívar, Guajira, Choco entre otros.

**TABLA 2. Zona De Residencia**

ZONA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Zona Rural	32	29
Zona Urbana	79	71
<b>Total</b>	<b>111</b>	<b>100</b>

**GRAFICA 2. Zona De Residencia**

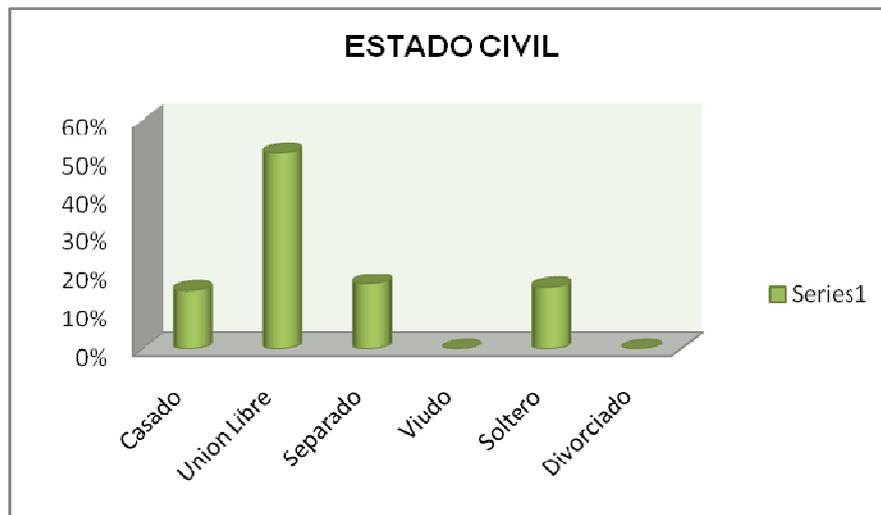


En cuanto a la zona de convivencia el 71% de la muestra estudiada se ubica en la Zona Urbana de los Departamentos y el 29% restante en la zona rural, es decir, en el campo, corregimientos caseríos de los departamentos.

**TABLA 3. Estado Civil**

ESTADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Casado	17	15%
Unión Libre	57	51%
Separado	19	17%
Viudo	0	0%
Soltero	18	16%
Divorciado	0	0%
Total	111	100%

**GRAFICA 3. Estado Civil**

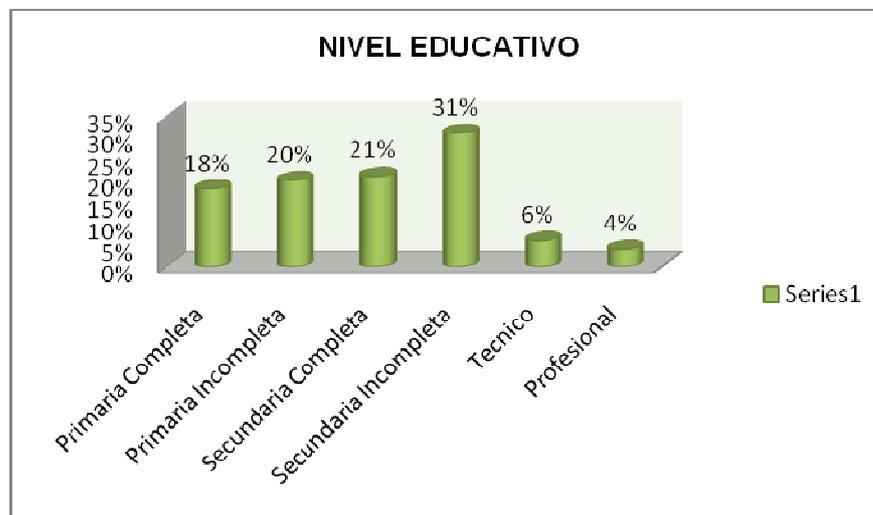


En cuanto al estado civil la investigación muestra que el 51% conviven en unión libre, el 17% son separados, el 16% son solteros y el 15% restante están casados.

**TABLA 4. Nivel Educativo**

NIVEL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primaria Completa	20	18%
Primaria Incompleta	22	20%
Secundaria Completa	23	21%
Secundaria Incompleta	35	31%
Técnico	7	6%
Profesional	4	4%
<b>TOTAL</b>	<b>111</b>	<b>100%</b>

**GRAFICA 4. Nivel Educativo**

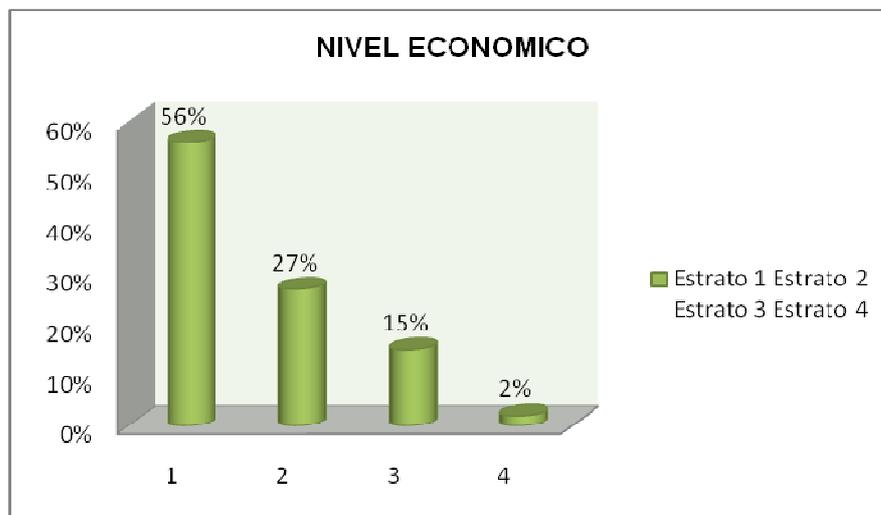


En cuanto al nivel educativo de los sujetos evaluados los resultados muestran que el 20% no culminó la primaria, el 31% no terminó la secundaria, el 6% tienen una carrera técnica y solo el 4% de la muestra son profesionales.

**TABLA 5. Nivel Económico**

ESTRATO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Estrato 1	62	56%
Estrato 2	30	27%
Estrato 3	17	15%
Estrato 4	2	2%
TOTAL	111	100%

**GRAFICA 5. Nivel Económico**

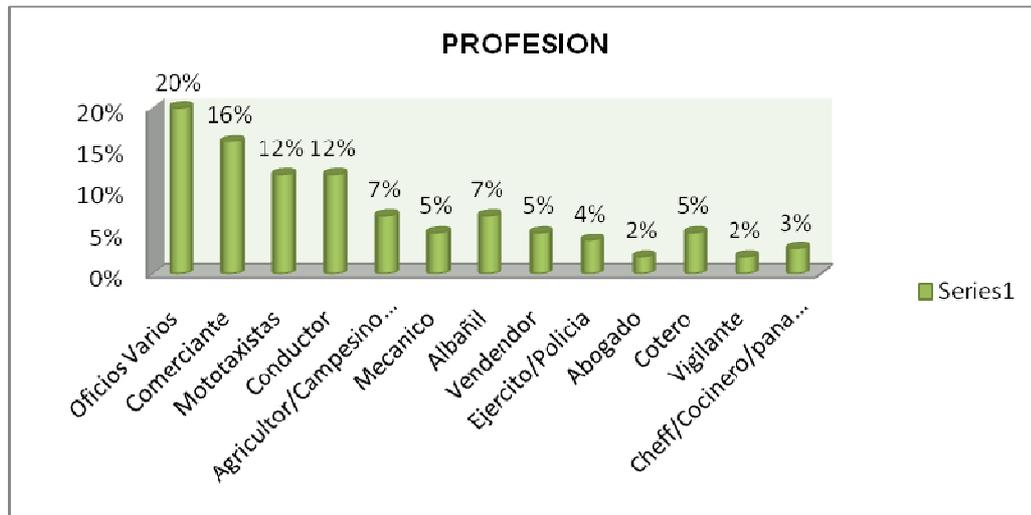


En cuanto al nivel económico los resultados nos indican que el 56% pertenecen al estrato socioeconómico bajo, el 27% al estrato medio y el 17 % entre estrato 3 y 4.

**TABLA 6. Profesión**

OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Oficios Varios	22	20%
Comerciante	18	16%
Mototaxistas	13	12%
Conductor	13	12%
Agricultor/Campesino/Pescador	8	7%
Mecanico	6	5%
Albañil	8	7%
Vendendor	6	5%
Ejercito/Policía	4	4%
Abogado	2	2%
Cotero	6	5%
Vigilante	2	2%
Cheff/Cocinero/panadero	3	3%
<b>TOTAL</b>	<b>111</b>	<b>100</b>

**GRAFICA 6. Profesión**

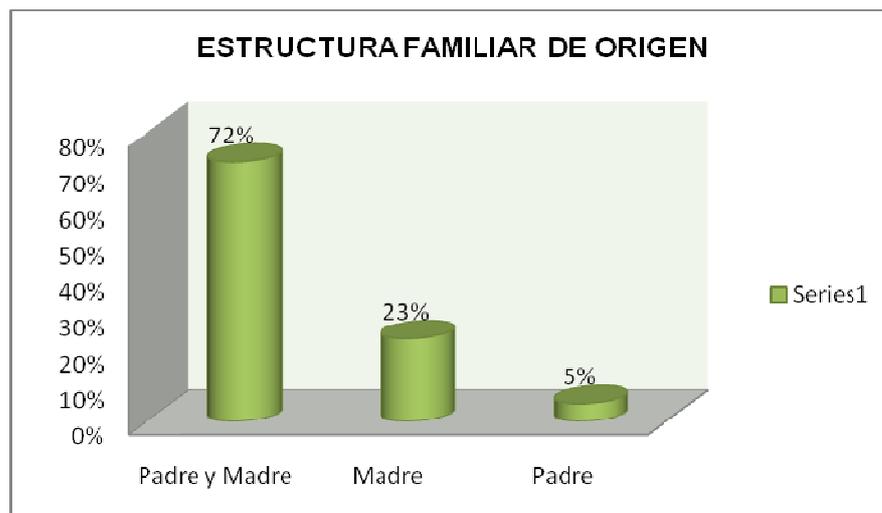


A nivel de profesión los resultados indican que el 20% de la población se desempeñaban en oficios varios, el 16% eran comerciantes, el 24% entre mototaxistas y conductores, el 7% entre agricultores, campesinos y pescadores, un 5% se desempeñaban como mecánicos, un 7% como albañiles y el 21% restante entre vendedores, ejercito7policia, abogados, cotero, vigilante y cocineros.

**TABLA 7. Estructura Familiar De Origen**

CRIADO POR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Padre y Madre	80	72%
Madre	25	23%
Padre	6	5%
<b>TOTAL</b>	<b>111</b>	<b>100%</b>

**GRAFICA 7. Estructura Familiar De Origen**

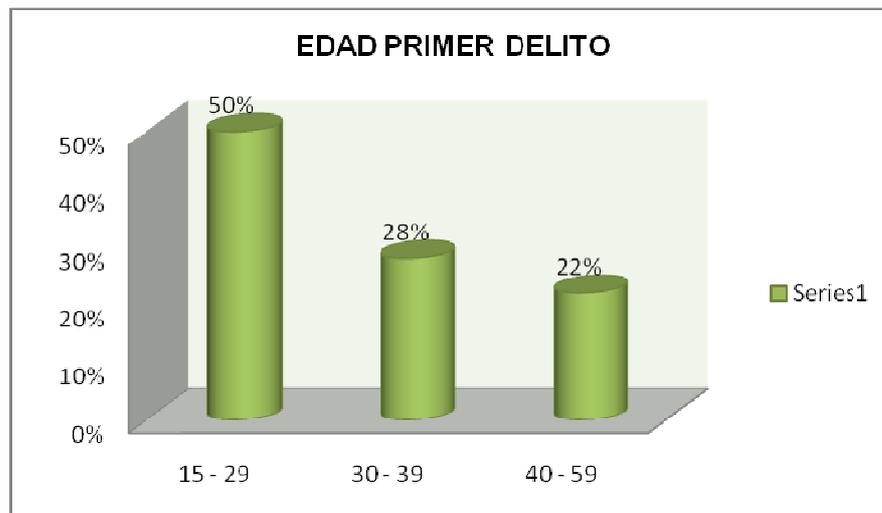


Los resultados indican que a nivel de estructura familiar de origen el 72% de la población fue criado por padre y madre, el 23% solo por la madre y el 5% restante por el padre.

**TABLA 8. Edad Primer Delito**

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
15 - 29	55	50%
30 - 39	31	28%
40 - 59	25	22%
TOTAL	111	100%

**GRAFICA 8. Edad Primer Delito**

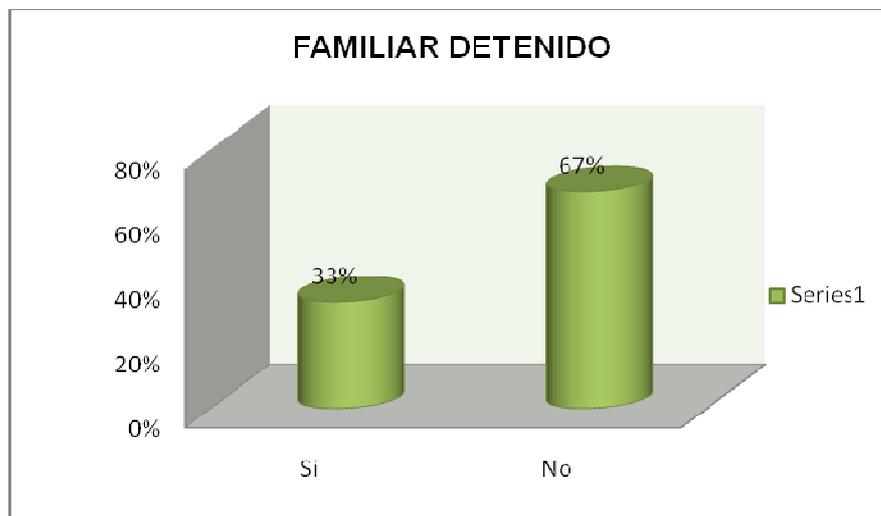


En cuanto a la edad que cometió el primer delito el 50% de la población empezó a delinquir entre edades de 15- 29, el 28% entre los 30 y 39 años y el 22% restante entre 45 y 59 años.

**TABLA 9. Familiar Detenido**

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
15 - 29	55	50%
30 - 39	31	28%
40 - 59	25	22%
<b>TOTAL</b>	<b>111</b>	<b>100%</b>

**GRAFICA 9. Familiar Detenido**



Los resultados indican que el 33% de la población ha tenido un familiar detenido y que el 67% nunca ha tenido familiar detenido en establecimientos carcelarios.

**6.2. Tabla General patrones de Personalidad y syndromes clinicos en condenados del establecimiento penitenciario y carcelario de santa marta.**

		Tipo delito	Reincidencia	edad	Pt_ Esquizoide
N	Válidos	111	111	111	111
	Perdidos	0	0	0	0
Media		6.48	1.77	34.88	52.51
Error típ. de la media		.444	.040	.940	1.592
Mediana		5.00	2.00	33.00	59.00
Moda		1	2	25	53
Desv. típ.		4.677	.425	9.906	16.771
Varianza		21.870	.181	98.123	281.270
Asimetría		.790	-1.272	.461	-1.115
Error típ. de asimetría		.229	.229	.229	.229
Mínimo		1	1	20	0
Máximo		18	2	60	75
Percentiles	25	3.00	2.00	26.00	45.00
	50	5.00	2.00	33.00	59.00
	75	9.00	2.00	42.00	65.00

		Pt Evitativa	Pt Depresiva	Pt_ Dependiente	Pt Histriónica
N	Válidos	111	111	111	111
	Perdidos	0	0	0	0
Media		49.48	45.10	46.59	47.29
Error típ. de la media		1.826	2.201	1.581	1.511
Mediana		58.00	56.00	53.00	48.00
Moda		61	0 <sup>a</sup>	53	60
Desv. típ.		19.236	23.185	16.655	15.923
Varianza		370.034	537.545	277.389	253.552
Asimetría		-1.062	-.660	-.950	-.100
Error típ. de asimetría		.229	.229	.229	.229
Mínimo		0	0	0	7
Máximo		81	76	70	83
Percentiles	25	36.00	23.00	39.00	38.00
	50	58.00	56.00	53.00	48.00
	75	63.00	64.00	60.00	57.00

		Pt_ Narcisista	Pt_ Antisocial	Pt_ Agresiva (Sádica)	Pt_ Compulsiva
N	Válidos	111	111	111	111
	Perdidos	0	0	0	0
Media		76.22	51.21	50.51	61.41
Error típ. de la media		1.455	1.907	1.581	1.788
Mediana		73.00	59.00	57.00	60.00
Moda		72	62	60	60
Desv. típ.		15.329	20.090	16.656	18.835
Varianza		234.989	403.602	277.434	354.771
Asimetría		.459	-.566	-1.094	.042
Error típ. de asimetría		.229	.229	.229	.229
Mínimo		35	0	7	21
Máximo		115	105	75	93
Percentiles	25	65.00	34.00	43.00	46.00
	50	73.00	59.00	57.00	60.00
	75	86.00	64.00	62.00	78.00

		Pt_ Negativista (Pasivo-Agresivo)	Pt_ Autodestructiva	Pt_ Esquizotípica	Pt_ Limite
N	Válidos	111	111	111	111
	Perdidos	0	0	0	0
Media		53.70	44.45	49.36	42.23
Error típ. de la media		1.440	1.847	2.118	2.050
Mediana		59.00	52.00	61.00	51.00
Moda		60	12 <sup>a</sup>	63	17
Desv. típ.		15.169	19.459	22.313	21.600
Varianza		230.102	378.650	497.887	466.581
Asimetría		-1.250	-1.011	-1.133	-.465
Error típ. de asimetría		.229	.229	.229	.229
Mínimo		4	0	0	0
Máximo		95	68	93	89
Percentiles	25	47.00	35.00	36.00	21.00
	50	59.00	52.00	61.00	51.00
	75	63.00	59.00	63.00	60.00

SALUD MENTAL EN PERSONAS CONDENADAS DEL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO Y CARCELARIO DE  
SANTA MARTA

		Pt_ Paranoide	Pt_Trastorno de Ansiedad	Pt_Trastorno Somatomorfo	Pt_Trastorno Bipolar
N	Válidos	111	111	111	111
	Perdidos	0	0	0	0
Media		67.64	64.90	38.17	59.76
Error típ. de la media		1.482	2.711	2.483	1.790
Mediana		72.00	75.00	46.00	65.00
Moda		73 <sup>a</sup>	60	0	40
Desv. típ.		15.610	28.560	26.158	18.863
Varianza		243.669	815.654	684.234	355.804
Asimetría		-2.262	-1.015	-.334	-.971
Error típ. de asimetría		.229	.229	.229	.229
Mínimo		0	0	0	10
Máximo		89	105	74	104
Percentiles	25	64.00	56.00	17.00	50.00
	50	72.00	75.00	46.00	65.00
	75	77.00	84.00	63.00	71.00

		Pt_Trastorno Distímico	Pt_ Dependencia del Alcohol	Pt_ Dependencia de Sustancias	Pt_Trastorno de Estrés Postraumático
N	Válidos	111	111	111	111
	Perdidos	0	0	0	0
Media		37.24	59.47	52.01	39.50
Error típ. de la media		2.272	2.128	2.106	2.314
Mediana		40.00	64.00	59.00	48.00
Moda		20	60	45	12
Desv. típ.		23.942	22.415	22.184	24.377
Varianza		573.222	502.451	492.136	594.252
Asimetría		-.158	-1.130	-.422	-.395
Error típ. de asimetría		.229	.229	.229	.229
Mínimo		0	0	0	0
Máximo		73	109	109	77
Percentiles	25	16.00	54.00	41.00	12.00
	50	40.00	64.00	59.00	48.00
	75	60.00	71.00	66.00	61.00

		Pt_Trastorno del Pensamiento	Pt_Depresión Mayor	Pt_Trastorno Delirante	Pt_Sinceridad
N	Válidos	111	111	111	111
	Perdidos	0	0	0	0
Media		47.14	42.38	69.50	67.05
Error típ. de la media		2.436	2.393	1.449	1.717
Mediana		51.00	48.00	72.00	69.00
Moda		34	12	64	80 <sup>a</sup>
Desv. típ.		25.669	25.213	15.263	18.094
Varianza		658.900	635.692	232.961	327.389
Asimetría		-.274	-.461	-3.221	-.415
Error típ. de asimetría		.229	.229	.229	.229
Mínimo		0	0	0	19
Máximo		95	80	100	96
Percentiles	25	26.00	12.00	64.00	56.00
	50	51.00	48.00	72.00	69.00
	75	68.00	64.00	77.00	82.00

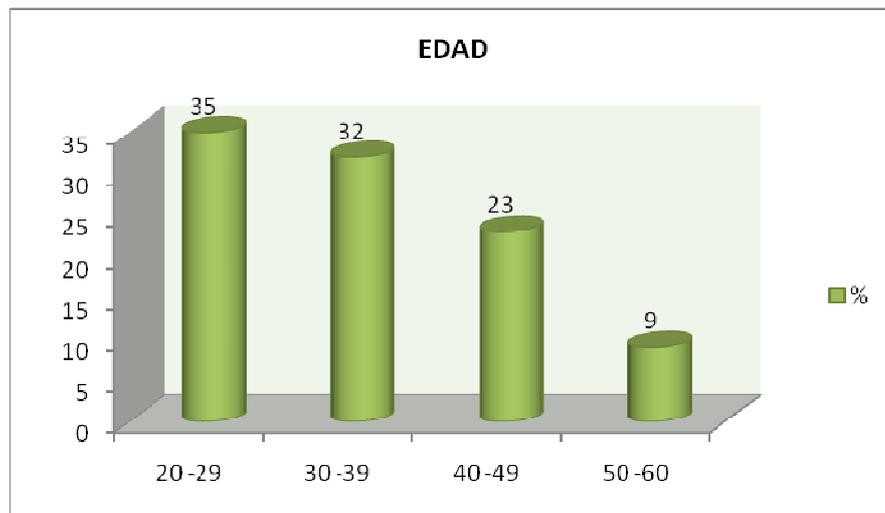
		Pt_Deseabilidad Social	Pt_Devaluación
N	Válidos	111	111
	Perdidos	0	0
Media		77.69	53.32
Error típ. de la media		1.248	1.783
Mediana		80.00	51.00
Moda		85	42 <sup>a</sup>
Desv. típ.		13.150	18.785
Varianza		172.924	352.857
Asimetría		-.308	-.546
Error típ. de asimetría		.229	.229
Mínimo		44	0
Máximo		100	87
Percentiles	25	71.00	42.00
	50	80.00	51.00
	75	85.00	66.00

a. Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.

**TABLA 10. Edad**

RANGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
20 -29	39	35
30 -39	36	32
40 -49	26	23
50 -60	10	9
Total	111	100

**GRAFICA 10. Edad**

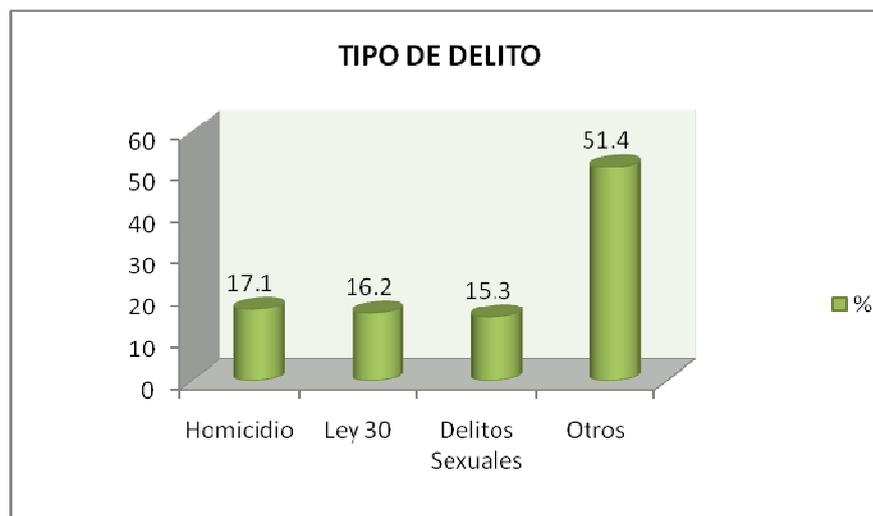


Los resultados indican que el 35% de la población evaluada tiene entre 20 y 29 años de edad, el 32% tiene de 30 a 39 años, el 23% tiene de 40 a 49 años, y el 9% tiene de 50 a 60 años de edad. La media se ubicó en 34.8 años, y la moda fue 25, correspondiente al 7.25 de la población.

**TABLA 11. Tipo Delito**

DELITOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Homicidio	19	17,1
Ley 30	18	16,2
Dilates Sexuales	17	15,3
Otros	57	51,4
<b>TOTAL</b>	<b>111</b>	<b>100</b>

**GRAFICA 11. Tipo de Delito**

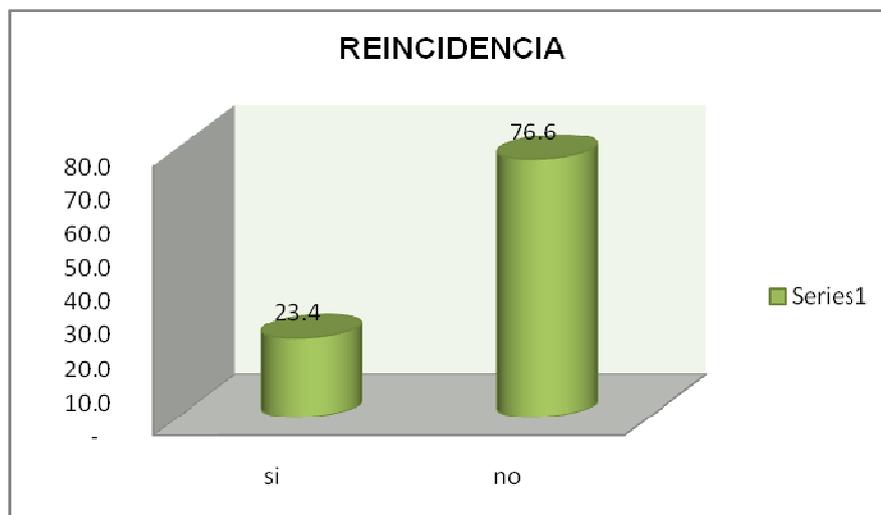


En cuanto al Tipo de Delito presente en la Población evaluada, la gráfica muestra que el 17.1% es condenada por homicidio, el 16.2% por delitos sexuales, el 15.3% por Ley 30, siendo estos tres los de mayor porcentajes, correspondientes al 48.5% de la totalidad de la población. El 51.3% adicional se encuentran distribuidos en las dieciséis categorías adicionales como delitos.

**TABLA 12. Reincidencia**

REINCIDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	26	23,4
NO	85	76,6
TOTAL	111	100

**GRAFICA 12. Reincidencia**

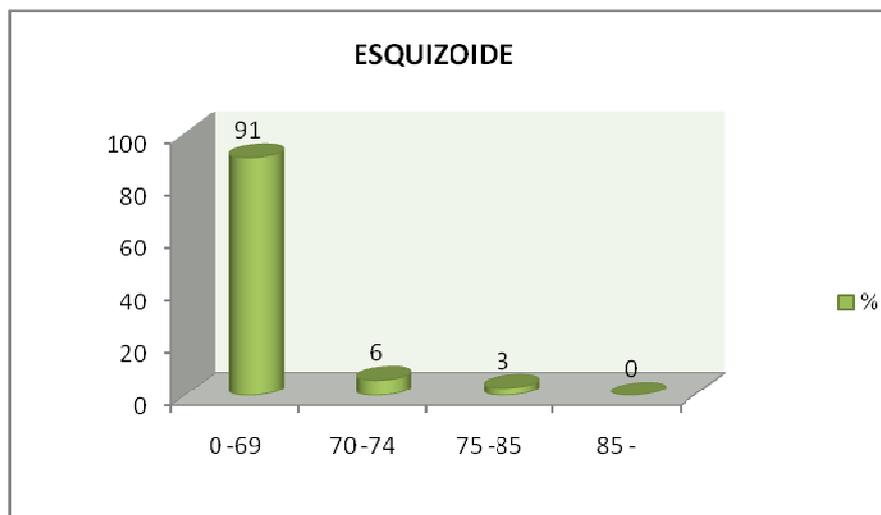


Los resultados indican que el 23.4% de la población han estado previamente recluido en establecimientos penitenciarios y el 76.6% es la primera vez que se encuentran recluidos en establecimientos penitenciarios.

**TABLA 13. Personalidad Esquizoide**

RANGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 -69	101	91
70 -74	7	6
75 -85	3	3
85 -	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>111</b>	<b>100</b>

**GRAFICA 13. Personalidad Esquizoide**

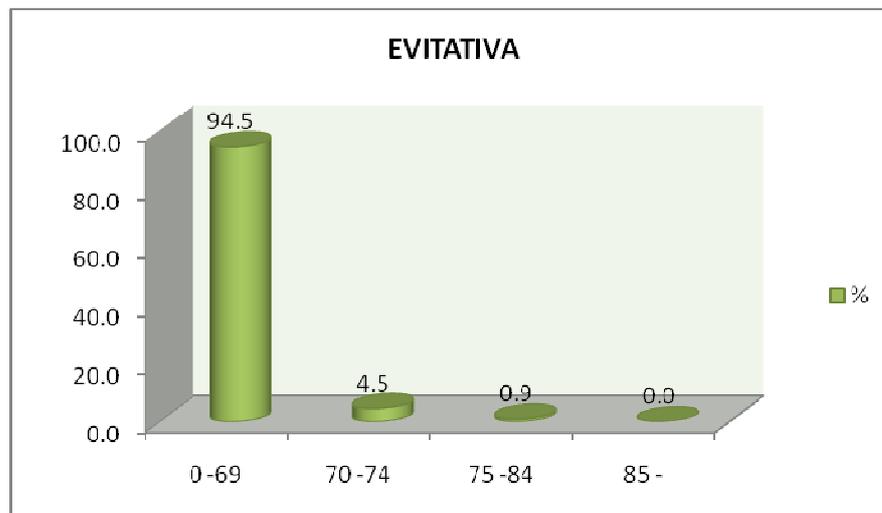


Los resultados muestran que el 9% de la población presenta puntuaciones significativas, que si bien no corresponden a la presencia del rasgo o la prominencia de un síndrome, pueden indicar un riesgo clínico. La moda poblacional en esta escala es de 53, mientras que la media se ubica en 52.1%.

**TABLA 14. Personalidad Evitativa**

RANGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 -69	105	94,5
70 -74	5	4,5
75 -84	1	0,9
85 -	0	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>111</b>	<b>100</b>

**GRAFICA 14. Personalidad Evitativa**

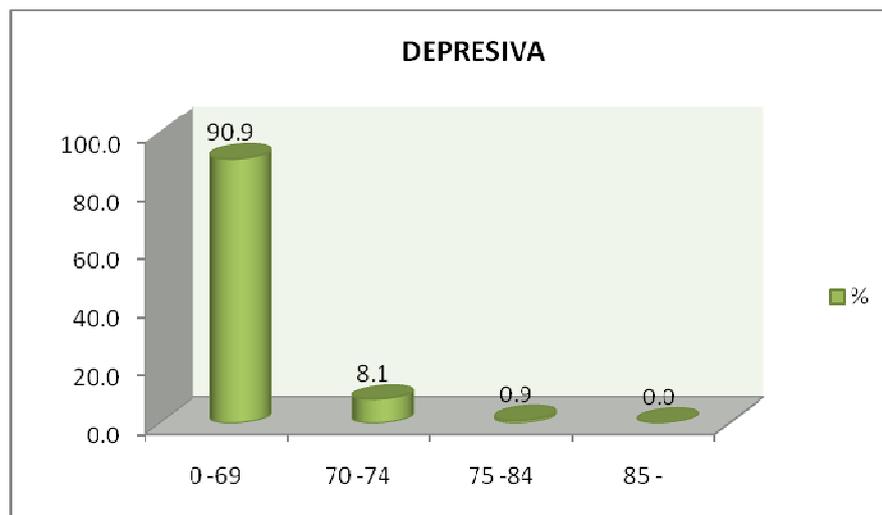


Los resultados indican que el 5.4% de la población presenta puntuaciones significativas en la escala Evitativa, de los cuales el 4.5% presenta riesgo clínico y el .9% Presencia del Rasgo. La moda se ubica en 61, la cual corresponde al 3.6% de la población y la media se ubicó en 49.48.

**TABLA 15. Personalidad Depresiva**

RANGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 -69	101	90,9
70 -74	9	8,1
75 -84	1	0,9
85 -	0	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>111</b>	<b>99,9</b>

**GRAFICA 15. Personalidad Depresiva**

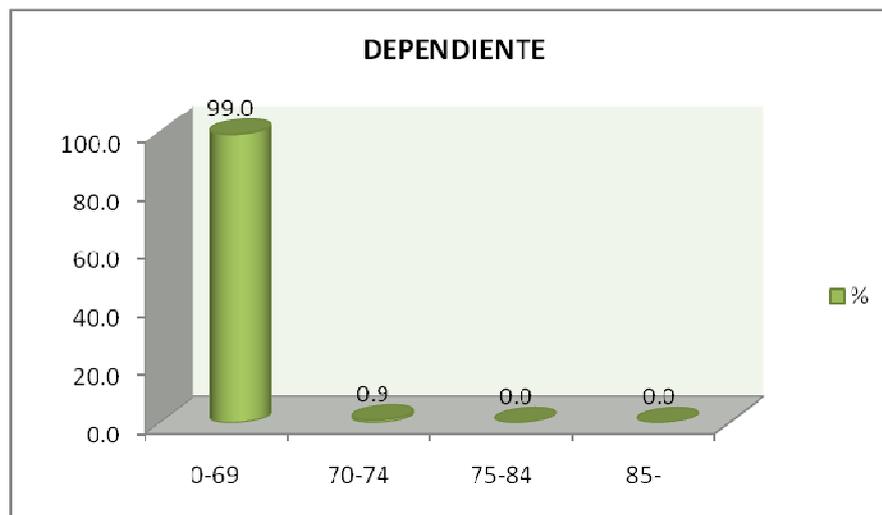


Los resultados indican que el 9% de la población obtuvo puntuaciones significativas clínicamente en la escala Depresiva, correspondientes el 8.1% a la existencia del riesgo clínico y el 0.9% restante a la presencia del rasgo. La media poblacional se ubicó en 45.10, mientras que la moda fue 0, correspondiente al 8.1% de la población total.

**TABLA 16. Personalidad Dependiente**

RANGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 -69	110	99
70 -74	1	1
75 -84	0	0
85 -	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>111</b>	<b>100</b>

**GRAFICA 16. Personalidad Dependiente**

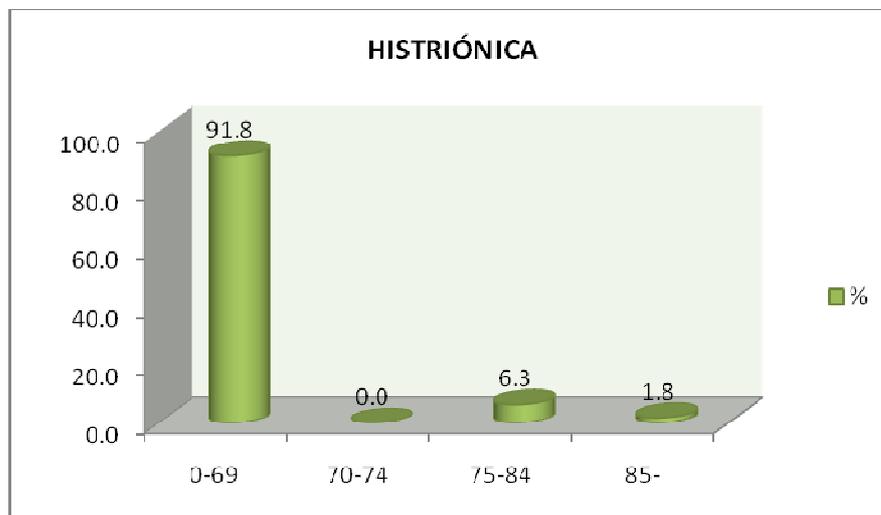


Los resultados muestran que no existen puntuaciones clínicamente significativas, que indiquen la presencia de una alteración, dado que ninguno de los encuestados presentó puntuaciones por encima de 75, la moda en la presente escala fue 53, correspondiente al 13.5% de la población, y la media fue 46.60.

**TABLA 17. Personalidad Histriónica**

RANGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 -69	102	92
70 -74	0	0
75 -84	9	8
85 -	0	0
TOTAL	111	100

**GRAFICA 17. Personalidad Histriónica**



Los resultados indican que el 8.1% de la población obtuvo puntuaciones significativas en la escala Histriónica, del cual el 6.3% corresponde presencia del rasgo, y un 1.8% a la prominencia del síndrome. La moda fue 60, correspondiente al 9.9% de la población total, la media fue 47.49.

**TABLA 18. Personalidad Narcisista**

RANGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 -69	42	37.8
70 -74	16	14.4
75 -84	20	18.0
85 -	33	29.7
<b>TOTAL</b>	<b>111</b>	<b>100.0</b>

**GRAFICA 18. Personalidad Narcisista**

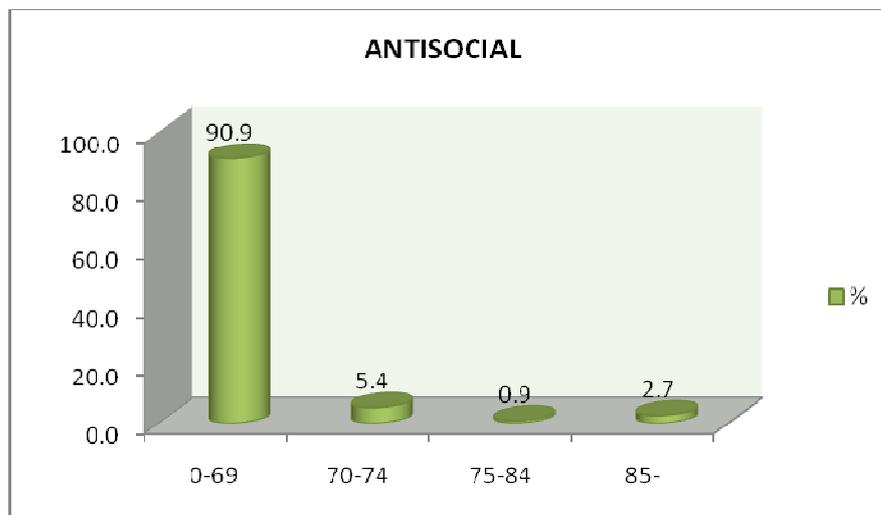


Los resultados indican que el 62.1% de la población presenta puntuaciones clínicamente significativas en la escala narcisista, de los cuales el 14.4% presenta riesgo clínico, el 9.9% denotan la presencia del rasgo clínico, y el 37.8% adicional prominencia del síndrome. La moda para esta escala fue 72, correspondiente al 7.2% de la población total y la media fue 76.22.

**TABLA 19. Personalidad Antisocial**

RANGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 -69	101	90.9
70 -74	6	5.4
75 -84	1	0.9
85 -	3	2.7
<b>TOTAL</b>	<b>111</b>	<b>100</b>

**GRAFICA 19. Personalidad Antisocial**

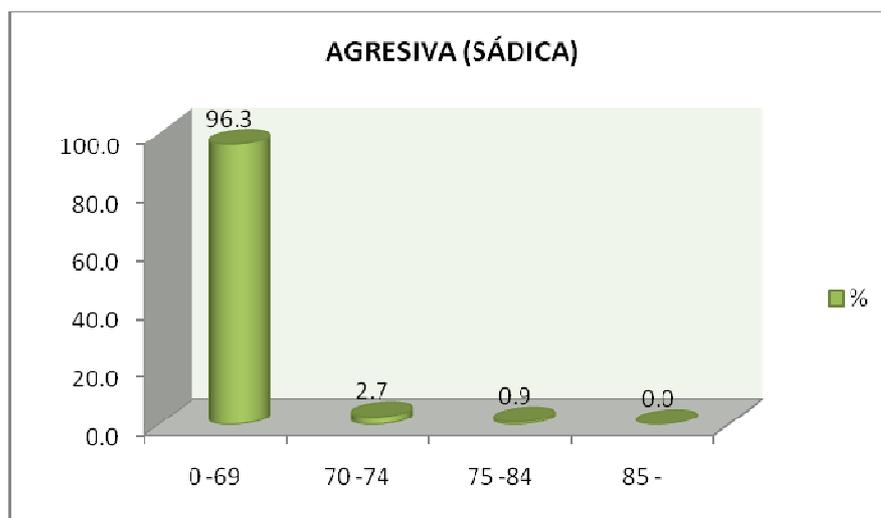


Los resultados indican que el 9% de la población obtuvo puntuaciones significativas en la escala antisocial, de los cuales el 5.4% de la población presenta riesgo clínico, el 0.9% muestra la presencia del rasgo clínico, y el 2.7% muestra prominencia del síndrome. La moda en la presente escala fue 62, correspondiente al 8.1% de la población, mientras que la media fue 51.21

**TABLA 20. Personalidad Agresiva (Sádica)**

RANGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 -69	107	96,3
70 -74	3	2,7
75 -84	1	0,9
85 -	0	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>111</b>	<b>99,9</b>

**GRAFICA 20. Personalidad Agresiva (Sádica)**

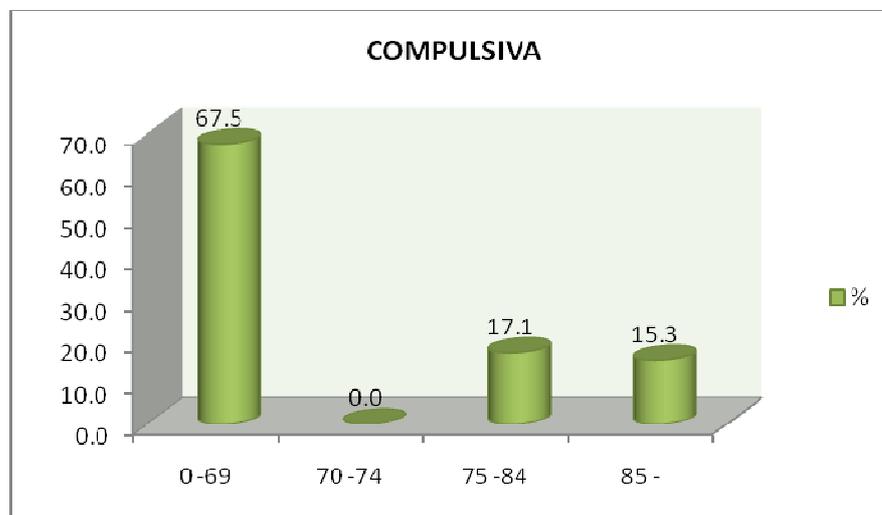


Los resultados indican que el 3.6% de la población obtuvo puntuaciones clínicamente significativas en la escala sádica agresiva, de los cuales el 2.7% se encuentra en el rango de riesgo clínico. La moda poblacional se ubicó en 60 y la media en 50.51.

**TABLA 21. Personalidad Compulsiva**

RANGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 -69	75	67.5
70 -74	0	0.0
75 -84	19	17.1
85 -	17	15.3
TOTAL	111	99.9

**GRAFICA 21. Personalidad Compulsiva**

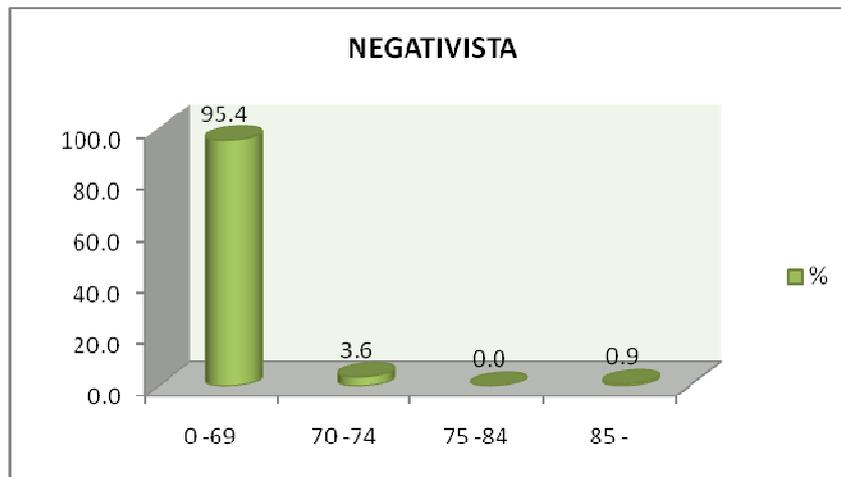


Los resultados indican que el 32.4% de la población obtuvo puntuaciones significativas clínicamente en la escala compulsiva, de los cuales el 17.1% muestran la presencia de rasgo clínico y el 15.3% prominencia del síndrome. La media poblacional se ubicó en 60, correspondiente al 8.1% de la población total, mientras que la media fue 61.41.

**TABLA 22. Personalidad Negativista**

RANGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 -69	106	95.4
70 -74	4	3.6
75 -84	0	0.0
85 -	1	0.9
<b>TOTAL</b>	<b>111</b>	<b>99.9</b>

**TABLA 22. Personalidad Negativista**

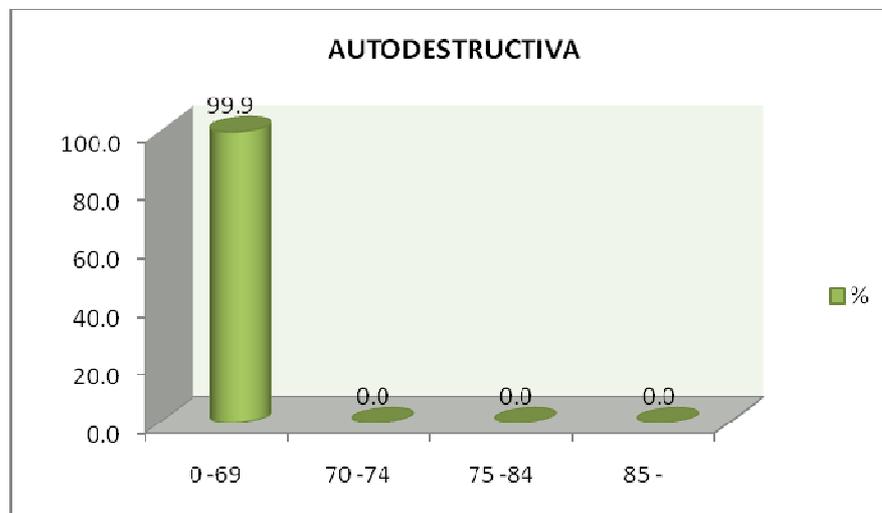


Los resultados indican que el 4.5% de la población obtuvo puntuaciones significativas, de tal forma que el 3.6% presenta riesgo clínico, y el 0.9% prominencia del síndrome. No hubo puntuaciones que indicaran la presencia del rasgo negativista. La moda poblacional fue 60, correspondiente al 10.8% de los evaluados.

**TABLA 23. Personalidad Autodestructiva**

RANGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 -69	111	99.9
70 -74	0	0.0
75 -84	0	0.0
85 -	0	0.0
<b>TOTAL</b>	<b>111</b>	<b>99.9</b>

**GRAFICA 23. Personalidad Autodestructiva**

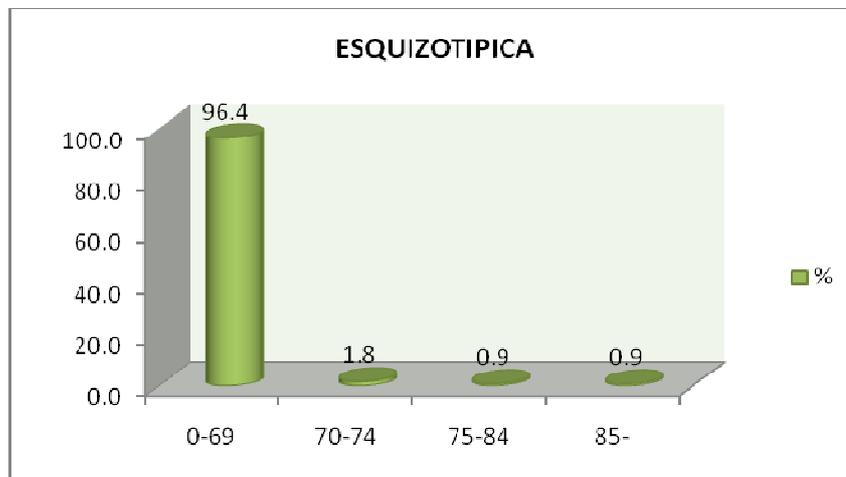


Los resultados indican que ninguno de los evaluados obtuvo puntuaciones significativas clínicamente en la escala autodestructiva. La moda poblacional fue 12, correspondiente al 8.1% del total de los participantes de la investigación.

**TABLA 24. Personalidad Esquizotípica**

RANGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 -69	107	96.4
70 -74	2	1.8
75 -84	1	0.9
85 -	1	0.9
<b>TOTAL</b>	<b>111</b>	<b>100</b>

**GRAFICA 24. Personalidad Esquizotípica**

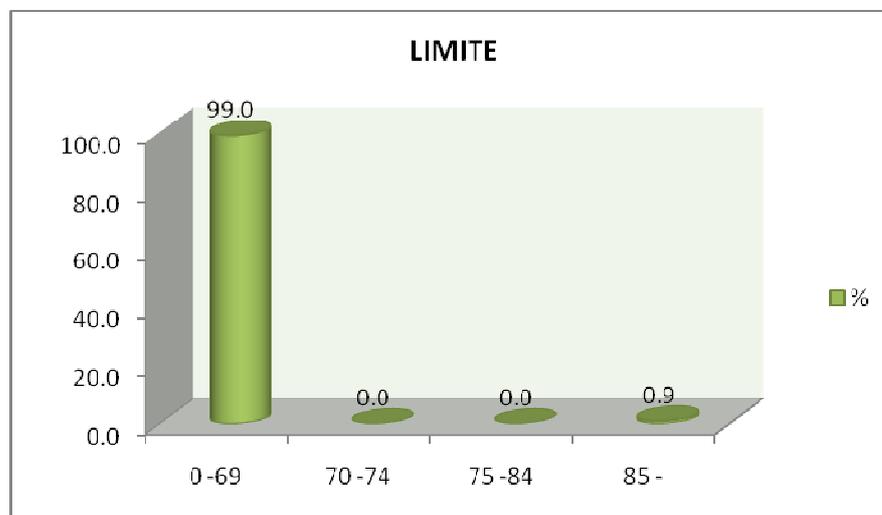


Los resultados indican que el 3.6% de la población obtuvo puntuaciones significativas clínicamente en la escala Esquizotípica, del cual el 1.8% se ubica en el rango de riesgo clínico, mientras que un 0.9% muestra presencia del rasgo y otro 0.9% prominencia del síndrome.

**TABLA 25. Personalidad Límite**

RANGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 -69	110	99.0
70 -74	0	
75 -84	0	
85 -	1	0.9
<b>TOTAL</b>	<b>111</b>	<b>99.9</b>

**GRAFICA 25. Personalidad Límite**

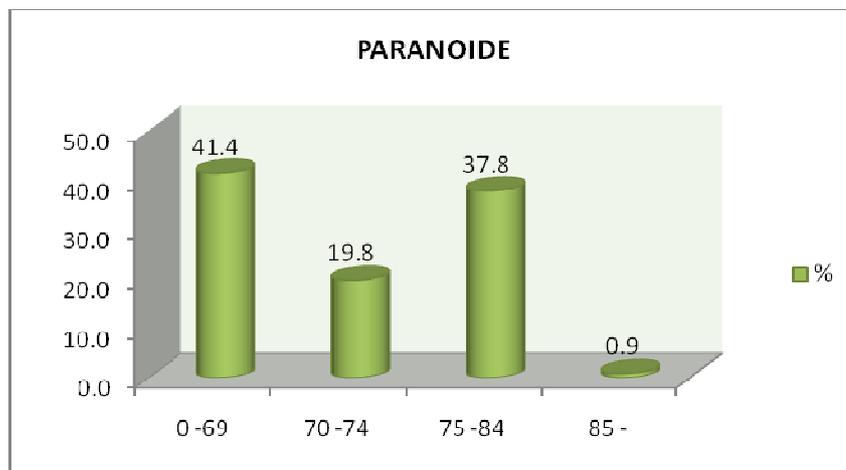


Los resultados muestran que solo el 0.9% de la población, correspondiente a un participante obtuvo puntuación significativa clínicamente, presentando prominencia del síndrome, el 99.0% restante de la población no obtuvo puntuaciones significativas.

**TABLA 26. Personalidad Paranoide**

RANGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 -69	46	41.4
70 -74	22	19.8
75 -84	42	37.8
85 -	1	0.9
<b>TOTAL</b>	<b>111</b>	<b>99.9</b>

**GRAFICA 26. Personalidad Paranoide**

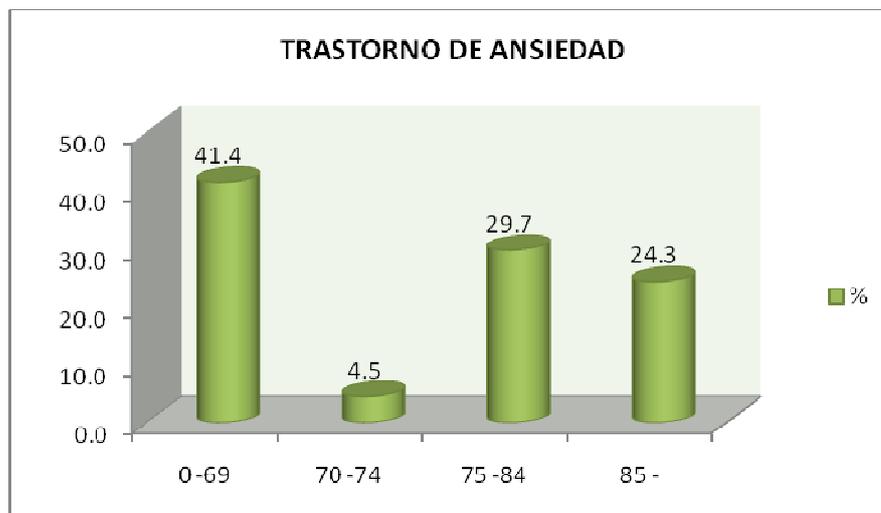


Los resultados indican que 58.5% de los sujetos evaluados obtuvieron puntuaciones significativas en la escala Paranoide, del cual el 19.8% corresponde a el rango de Riesgo Clínico, el 37.8% muestra Presencia del Rasgo y el 0.9% prominencia del Síndrome. La media poblacional fue 67.64, y la moda fue 73, correspondiente al 8.1% del total de los participantes de la investigación, la cual se ubica en el rango de riesgo clínico.

**TABLA 27. Trastorno De Ansiedad**

RANGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 -69	46	41.4
70 -74	5	4.5
75 -84	33	29.7
85 -	27	24.3
<b>TOTAL</b>	<b>111</b>	<b>99.9</b>

**GRAFICA 27. Trastorno De Ansiedad**

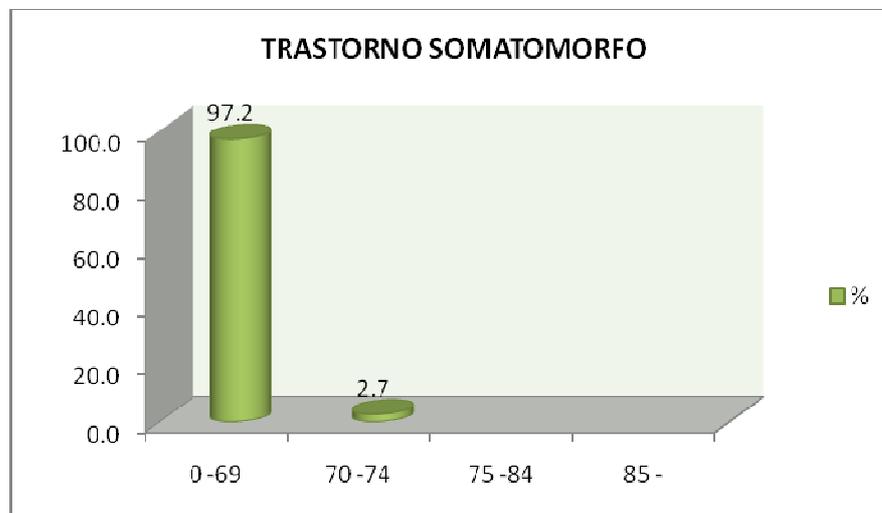


Los resultados muestran que el 58.5% de la población obtuvo puntuaciones significativas clínicamente en la escala Trastorno de Ansiedad, de los cuales el 4.55 presenta riesgo clínico, el 29.7% muestra la presencia del rasgo clínico y el 24.3% presenta prominencia del síndrome. El 41.1% adicional no presenta puntuaciones significativas. La moda poblacional, que fue 60, correspondiente al 9.9% del total de los participantes en la investigación.

**TABLA 28. Trastorno Somatomorfo**

RANGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 -69	109	97.2
70 -74	2	2.7
75 -84	0	
85 -	0	
<b>TOTAL</b>	<b>111</b>	<b>99.9</b>

**GRAFICA 28. Trastorno Somatomorfo**

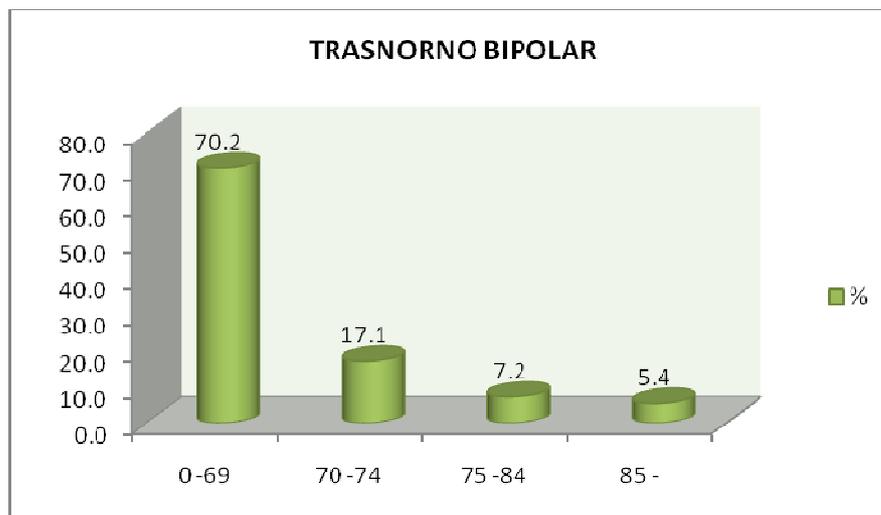


Los resultados indican que el 2.7% de la población obtuvo puntuaciones significativas clínicamente, ubicándose en el rango de riesgo clínico, mientras que el 97.2% no obtuvo puntuaciones de relevancia clínica. La moda poblacional fue 0, correspondiente al 97.2% del total de los evaluados.

**TABLA 29. Trastorno Bipolar**

RANGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 -69	78	70.2
70 -74	19	17.1
75 -84	8	7.2
85 -	6	5.4
<b>TOTAL</b>	<b>111</b>	<b>99.9</b>

**GRAFICA 29. Trastorno Bipolar**

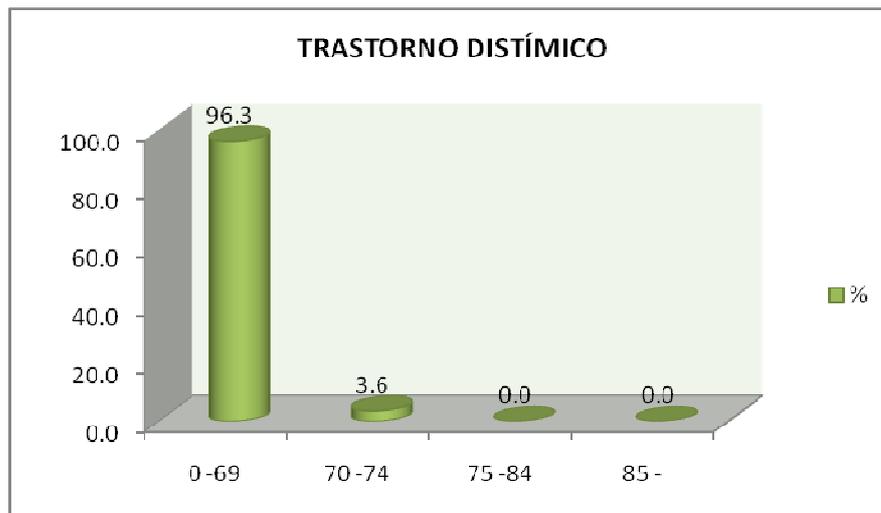


Los resultados indican que el 29.7% de la población obtuvo puntuaciones significativas en la escala trastorno bipolar, del cual el 17.1% se ubicó en el rango de riesgo clínico, el 7.2% muestra presencia del rasgo y el 5.4% prominencia del síndrome. La moda se ubicó en 40 correspondiente al 11.7% de la población.

**TABLA 30. Trastorno Distímico**

RANGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 -69	107	96.3
70 -74	4	3.6
75 -84	0	0.0
85 -	0	0.0
<b>TOTAL</b>	<b>111</b>	<b>99.9</b>

**GRAFICA 30. Trastorno Distímico**

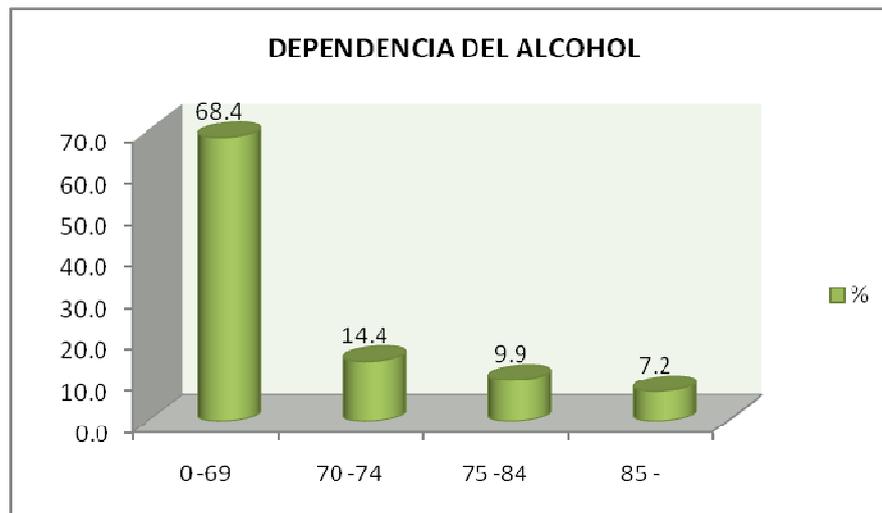


Los resultados indican que solo el 3.6% de la población obtuvo puntuaciones significativas clínicamente en la escala trastorno distímico, el 96.3% adicional no mostró elevaciones significativas. La moda poblacional fue 11, correspondiente al 11.7% del total de sujetos evaluados en la investigación.

**TABLA 31. De Dependencia Del Alcohol**

RANGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 -69	75	68,4
70 -74	16	14,4
75 -84	12	9,9
85 -	8	7,2
<b>TOTAL</b>	<b>111</b>	<b>99,9</b>

**GRAFICA 31. De Dependencia Del Alcohol**

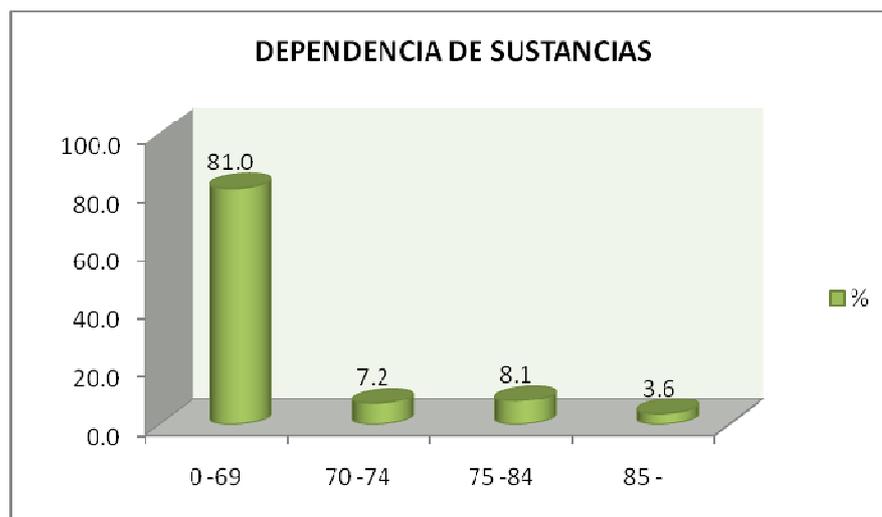


Los resultados indican que el 31.5% de la población evaluada obtuvo puntuaciones significativas en la escala dependencia de alcohol, hallándose que el 14.4% se ubica en el rango de riesgo clínico, el 9.9% muestra presencia del rasgo, y el 7.2% prominencia del síndrome. La moda poblacional fue 60, correspondiente al 12.6% de los participantes de la investigación.

**TABLA 32. Dependencia De Sustancias**

RANGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 -69	90	81,0
70 -74	8	7,2
75 -84	9	8,1
85 -	4	3,6
<b>TOTAL</b>	<b>111</b>	<b>99,9</b>

**GRAFICA 32. De Dependencia De Sustancias**

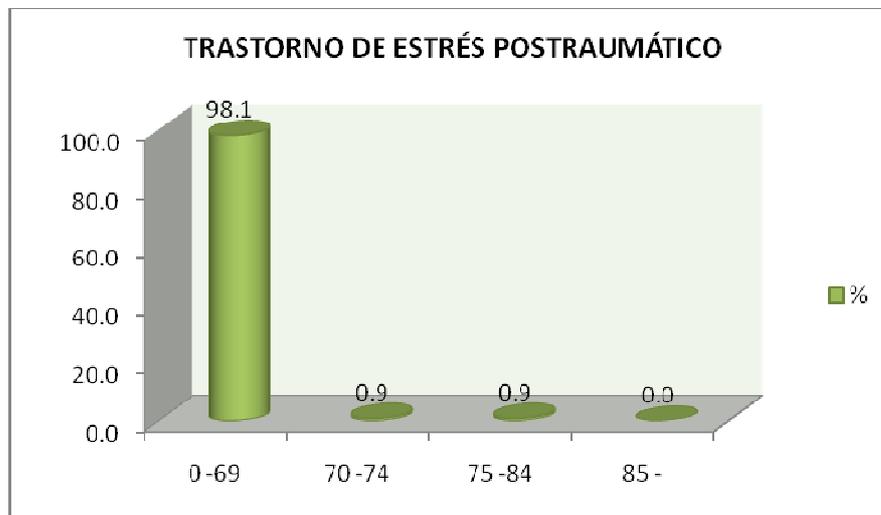


Los resultados indican que el 18.9% de la población evaluada obtuvo puntuaciones significativas en la escala dependencia de sustancias, de los cuales el 7.2% se ubicó en el rango de riesgo clínico, el 8.1% corresponde a la presencia del rasgo, y el 3.6% a la prominencia del síndrome.

**TABLA 33. Trastorno De Estrés Postraumático**

RANGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 -69	109	98,1
70 -74	1	0,9
75 -84	1	0,9
85 -	0	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>111</b>	<b>99,9</b>

**GRAFICA 33. De Trastorno De Estrés Postraumático**



Los resultados indican que solo el 1.8% de la población evaluada obtuvo puntuaciones significativas en la escala Estrés Pos Trauma, de los cuales el 0.9% se ubicó en el rango de riesgo clínico, y el otro 0.9% corresponde a presencia del rasgo.

**TABLA 34. Trastorno Del Pensamiento**

RANGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 -69	88	79.2
70 -74	6	5.4
75 -84	13	11.7
85 -	4	3.6
<b>TOTAL</b>	<b>111</b>	<b>99.9</b>

**GRAFICA 34. De Trastorno Del Pensamiento**

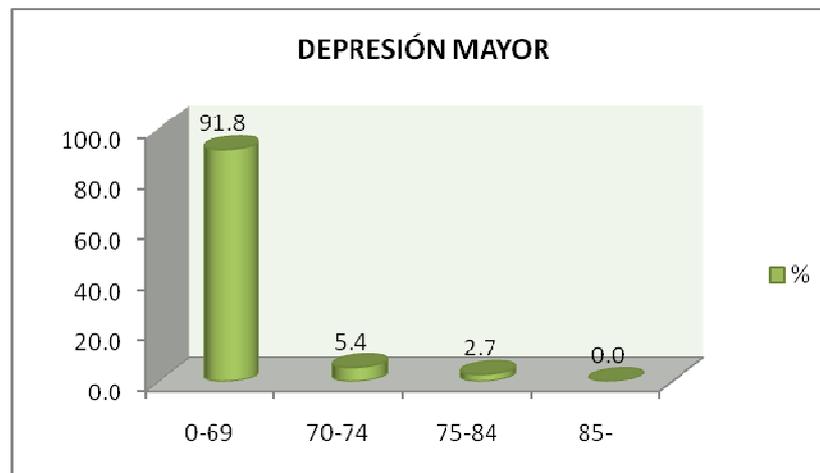


Los resultados indican que el 20.7% de los sujetos evaluados obtuvieron puntuaciones significativas en la escala Trastorno del Pensamiento, del cual el 5.4% se ubicó en el rango de riesgo clínico, el 11.7% muestra presencia del rasgo, y el 3.6% prominencia del síndrome. La moda poblacional fue 34, correspondiente al 9.0% del total de los participantes de la investigación.

**TABLA 35. Depresion Mayor**

RANGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 -69	102	91.8
70 -74	6	5.4
75 -84	3	2.7
85 -	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>111</b>	<b>99.9</b>

**GRAFICA 35. Depresion Mayor**

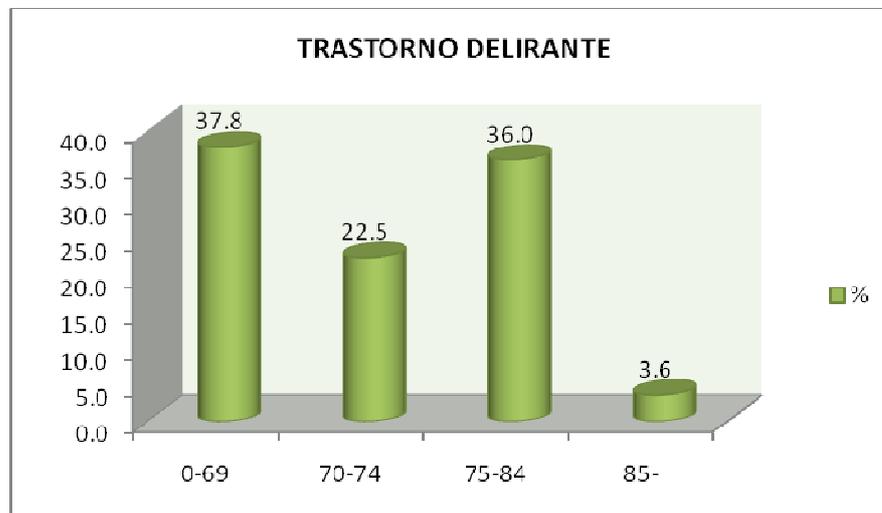


Los resultados indican que el 8.1% de la población obtuvo puntuaciones significativas en la escala Depresión Mayor, de los cuales el 5.4% se ubicó en el rango de riesgo clínico, y el 2.7% muestra presencia del rasgo. No hubo puntuaciones en el rango de mayor severidad, correspondiente a prominencia del síndrome. La moda poblacional fue 12, correspondiente al 12.6% del total de los sujetos evaluados.

**TABLA 36. Trastorno Delirante**

RANGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 -69	42	37.8
70 -74	25	22.5
75 -84	40	36.0
85 -	4	3.6
<b>TOTAL</b>	<b>111</b>	<b>99.9</b>

**GRAFICA 36. Trastorno Delirante**

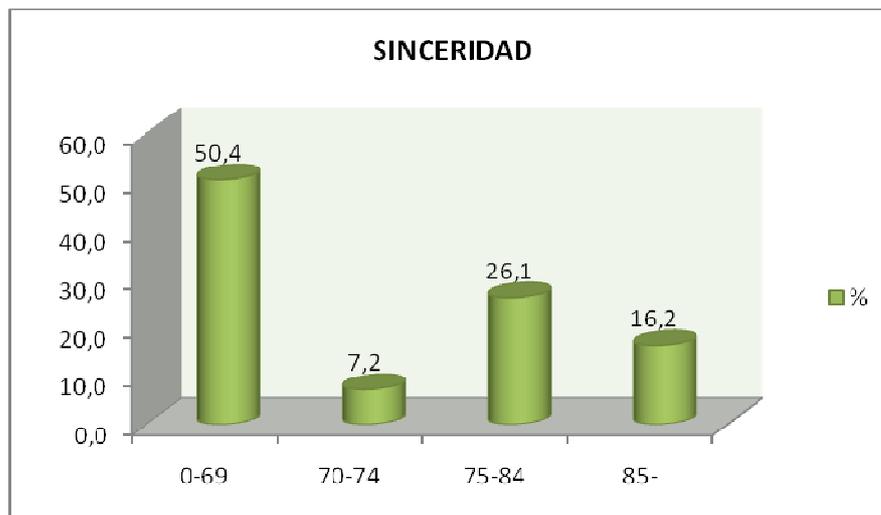


Los resultados muestran un elevado porcentaje de sujetos que presentan puntuaciones significativas clínicamente, correspondiente este al 62.1% , del cual el 22.5% se ubica en el rango de riesgo clínico, el 36.0% muestra presencia del rasgo, y el 3.6% muestra prominencia del síndrome.

**TABLA 37. Sinceridad**

RANGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 -69	56	50.4
70 -74	8	7.2
75 -84	29	26.1
85 -	18	16.2
<b>TOTAL</b>	<b>111</b>	<b>99.9</b>

**GRAFICA 37. Sinceridad**



Los resultados indican que el 50.4% de la población obtuvo puntuaciones bajas en la escala de Sinceridad, mostrando cierta reticencia, mientras que el 49.5% puntúo por encima de 70 lo cual indica un mayor tendencia a ser franco y revelador.

**TABLA 38. Deseabilidad Social**

RANGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 -69	26	23.4
70 -74	12	10.8
75 -84	27	24.3
85 -	46	41.4
<b>TOTAL</b>	111	100.0

**GRAFICA 38. Deseabilidad Social**

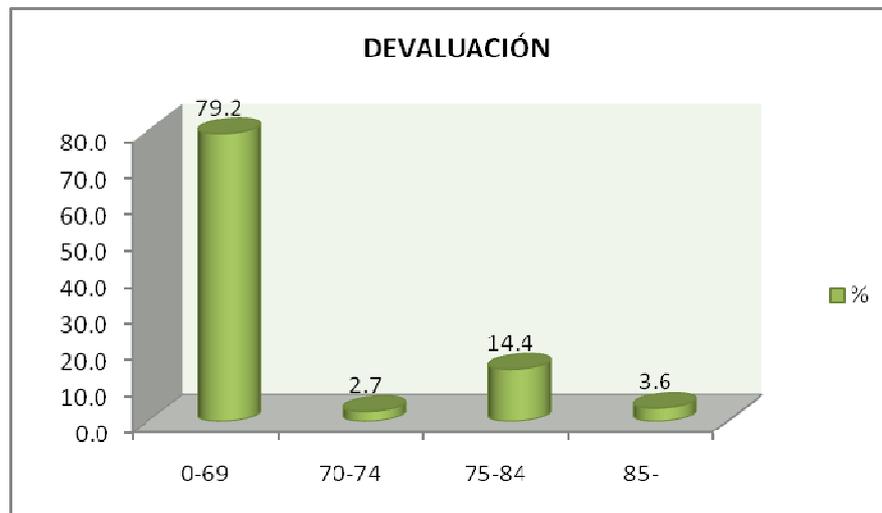


Los resultados indican que el 38.7% obtuvo puntuaciones significativas en la escala deseabilidad social, indicando cierta tendencia a presentarse de forma favorable o personalmente atractiva, siendo el 14.4% del total de la población con mayor probabilidad de haber ocultado sus dificultades psicológicas o interpersonales.

**TABLA 39. Devaluación**

RANGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 -69	88	79.2
70 -74	3	2.7
75 -84	16	14.4
85 -	4	3.6
<b>TOTAL</b>	<b>111</b>	<b>99.9</b>

**GRAFICA 39. Devaluación**



Los resultados indican que el 18% de la población obtuvo puntuaciones significativas en la escala Devaluación, sugiriendo una tendencia a depreciarse o devaluarse presentando dificultades emocionales o personales más problemáticas de las que normalmente se encontraría en una revisión objetiva.

## **7. DISCUSION**

Dando cumplimiento a la normatividad expuesta tanto en la constitución política de 1991, y a la ley 65 de 1993, la salud mental constituye uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, independientemente de las condiciones judiciales dentro de las que este se encuentre, en virtud del reconocimiento de su humanidad, e igualdad dentro del marco legal global, de lo cual se desprende la obligación del estado para garantizar el cuidado, protección, prevención y recuperación de la salud de las personas que se encuentran dentro de las distintas instituciones carcelarias, siendo la intervención psicológica un eje transversal a lo largo del proceso de prisionalización, en búsqueda de la resocialización del infractor de la ley penal, por lo que los resultados obtenidos en la presente investigación contribuyen a la consecución de dicho objetivo. (Constitución Nacional De Colombia, 1991).

A nivel general se encontró que las edades correspondientes de la población son de 35% comprendida entre 20 y 29 años, un 32% tiene de 30 a 39 años, edades entre 40 y 49 años con un porcentaje de 23% y el 6% restante en edades correspondientes de 50 a 60 años. En cuanto al tipo de delito presente en la investigación estos corresponden a un 17.1% por homicidio, delitos sexuales con un 16.2%, por el tráfico o porte de estupefacientes (Ley 30) un 15.3% y el restante distribuidos en otros delitos. En lo referente a la edad

promedio de la comisión del delito el 50% corresponde a edades entre los 15 y 29 años, un 28% comprendidas en edades de 30 a 39 y el 22% restante en edades de 40 a 59 años.

En cuanto al lugar de nacimiento el 54% de la población son de origen del departamento del Magdalena, 10% del departamento del Cesar, 9% del Atlántico, el 7% de Santander y el 23% restante de otros Departamentos (Guajira, Choco, Antioquia, entre otros), el 72% residen en la zona urbana de los departamento con un estrato socioeconómico bajo; el 71% conviven en unión libre, el 16% son solteros y solo el 15% están casados.

A nivel de educación el 18% realizó estudios de primaria completa, el 21% de la población culminó la secundaria y el 4% tiene una profesión universitaria. En cuanto a la profesión desempeñada por los sujetos de la investigación el 17% se desempeñaban en oficios varios, un 16% trabajaban con el comercio, el 24% trabajaban entre conductores y mototaxistas, los trabajos del campo con un 7% y el 37% restantes entre mecánicos, abogados, vendedores, policía /ejercito, panaderos entre otros.

Evaluando la estructura familiar de origen se concluyó que el 72% de la población fue criado por sus padres, y el restante en familias disfuncionales (criados solo por mamá/por papá u otros). El 33% de la población en general

ha tenido en algún momento un familiar detenido en Centros Penitenciarios y Carcelarios y el 67% restante no ha presentado familiar en detención.

El MCMI- III de Millon cuenta con cuatro escalas de validez y tendencia de respuesta, la primera incluye tres ítems extravagantes, los cuales permiten invalidar los protocolos que puntúen verdaderos en dos de los tres. La escala de Sinceridad X es un segundo indicador que muestra si el paciente se inclina por ser franco y revelador o reticente y reservado, en esta escala las puntuaciones bajas son clínicamente interpretables, invalidándose las inferiores a 34 y las superiores a 178. Solo dichas escalas permiten excluir protocolos que evidencian una manipulación del paciente de las respuestas y resultados, por lo que los hallazgos de la presente investigación pueden considerarse válidos, teniendo en cuenta que superaron los rangos de invalidez.

A partir de los resultados presentados, y tal y como lo muestran otras investigaciones (Irías y cols, 1999; Rodríguez, et al 1997), existe un grado significativo de prevalencia en la población reclusa de Consumo de Alcohol y Dependencia de Sustancias. Sin embargo los hallazgos en el presente estudio distan de los presentados en otros, (Cano, 2003; Mouriño, 2006; Ortiz-Tallo, y cols, 2006; Reyes y Vergara, 2006), dado que las puntuaciones en esta investigación fueron mucho menos elevadas, 31.5% y 18.9% respectivamente,

y no permiten establecer una relación directa entre la comisión de delitos y el consumo de dichas sustancias.

Es de anotar que la elevada puntuación en la escala Deseabilidad Social, y las bajas puntuaciones en la escala Sinceridad se pueden relacionar con las bajas puntuaciones en Dependencia de Sustancias, dado que cuanto más elevada la puntuación en Deseabilidad Social, más probable es que el paciente halla ocultado un aspecto de sus dificultades psicológicas o interpersonales, tales como los problemas de drogadicción, tal como lo plantea la teoría de Millon (2007)

En cuanto a la presencia de Trastornos de Personalidad, se observó que a diferencia de las investigaciones realizadas en otros países, (Echeverry, 2002; Folino, 2003;) el Trastorno de Personalidad Antisocial no es elevada, por el contrario, la proporción total de la población evaluada que obtuvo puntuaciones significativas corresponde dentro de los trastornos evaluados por el MCM I-III a uno de los más bajos en igual proporción al Trastorno Agresivo Sádico de Personalidad, con un total del 3.6% de la población participante, por lo que los resultados son contrarios a dichos estudios, pero similares a los obtenidos por Enríquez 2003 en su estudio en población Penitenciaria en Venezuela.

No obstante hay que tener en cuenta que las diferencias halladas en los resultados en el presente estudio con relación al Trastorno de Personalidad Antisocial se puede deber a que la población corresponde a condenados sin distinción alguna en cuanto a delitos, mientras que en dichas investigaciones se limitó la población a Homicidio, y en este caso la población condenada por dicho delito corresponde tan solo al 17.1%, lo cual puede explicar la baja proporción de casos que obtuvieron puntuación significativa en esta escala.

Sin embargo es de destacar que en la presente investigación los hallazgos son particularmente reveladores teniendo en cuenta las elevadas puntuaciones obtenidas en la escala de Trastorno Paranoide de Personalidad, el cual fue de 58.8%, correspondiente a un patrón de personalidad más avanzado de patología, reflejando un deterioro insidioso y lento de dicha estructura, difiriendo de los trastornos básicos de personalidad, especialmente en los déficits en competencia social y los episodios psicóticos frecuentes. (Millon, Davis y Millon, 2007)

De igual forma se observaron puntuaciones elevadas en los Trastornos Narcisista y Compulsivo de Personalidad, siendo el Trastorno Narcisista el de mayor puntuación en toda la investigación, con 62.1% del total de la población evaluada.

Se puede establecer cierta relación entre las elevadas puntuaciones halladas para dicho trastorno y las puntuaciones elevadas en la escala Deseabilidad Social, las cuales fueron 48.7% del total de la población, teniendo en cuenta que tal como lo establece el DSM IV los rasgos Narcisistas corresponden entre otros a un patrón general de grandiosidad, una necesidad de admiración, y esperar ser reconocido como superior, lo cual es congruente con la tendencia a presentarse socialmente atractivo, moralmente virtuoso o emocionalmente estable, correspondiente a elevadas puntuaciones en la escala Deseabilidad Social.

Adicionalmente estas puntuaciones tienen una relación inversamente proporcional con la escala Devaluación, teniendo en cuenta que esta última muestra generalmente las tendencias opuestas a las reflejadas en la escala Deseabilidad Social, lo cual se observó en los resultados, ya que tan solo el 18. % de la población obtuvo puntuaciones significativas en la escala Devaluación frente al 48.7% en deseabilidad social y 62.1% en Trastorno Narcisista de Personalidad como se anotó previamente.

A diferencia de los resultados obtenidos algunas investigaciones, (Cote y cols,1997; Iñigo y Cols, 1999; E iría y Cols, 1999), la presencia de Trastornos Afectivos fue mayor a lo esperado con respecto a los Trastornos de Personalidad, teniendo en cuenta que el Trastorno de Ansiedad fue elevado,

58.5% y el Trastorno Bipolar obtuvo puntuaciones significativas, 29.7%, por encima de los antes mencionados, mientras que Irías y cols (1999) por ejemplo, hallaron solo 1.8% de la población con puntuaciones elevadas en Ansiedad, y 3.5% para Depresión.

Así mismo, se observó que las puntuaciones en las escalas Trastorno Delirante y Trastorno del Pensamiento fueron muy elevadas, a diferencia de las investigaciones realizadas en contextos penitenciarios, como en el caso de Iñigo y cols (1999), e igualmente en la investigación de Ortiz-Tallo y cols (2006), donde no se han reportado hallazgos de mayor consideración al respecto.

Con respecto a estos dos últimos trastornos, el MCMI-III establece ciertas correlaciones con puntuaciones elevadas en los patrones de personalidad más avanzados de patología, lo cual es congruente con los hallazgos de la presente investigación, puesto que como se dijo anteriormente, el Trastorno Paranoide de Personalidad obtuvo puntuación de 58.8%, y el Trastorno Delirante 62.1%. Según la teoría de Millon las personas con puntuaciones delirantes se consideran frecuentemente paranoides agudos, los sentimientos pueden ser de ser acosados perseguidos o maltratados, además de una hipervigilancia y alerta ante una posible traición, puntuaciones significativas en el trastorno Delirante evidencia un marcado rasgo en Trastorno del Pensamiento siendo el puntaje de este de 20.1% mostrando relación con la formulación teórica de Millon.

## **8. CONCLUSION**

Se concluye que los patrones clínicos de personalidad de mayor proporción fueron el Narcisista, con 62% de la población, seguido del Trastorno Compulsivo con 32.4%, mientras que el Trastorno Antisocial obtuvo una de las puntuaciones más bajas con 3.6%, siendo este resultado contrario a los hallazgos en otras investigaciones realizadas en contextos penitenciarios, se presume que dicho resultado tiene su causa en las diferencias existentes en lo referente a las delimitaciones de dichos estudios al delito de Homicidio.

En cuanto a las elevadas puntuaciones en el Trastorno Narcisista de Personalidad, es de destacar que la población carcelaria generalmente tiende a mostrar su mejor cara con motivo de obtener prebendas o beneficios durante el cumplimiento de su condena que le permitan disminuir los años de encarcelamiento, lo que podría explicar las elevadas puntuaciones en las escalas de Deseabilidad Social y la Narcisista, en las cuales ellos han podido intentar parecer mas atractivos e importantes socialmente, sin que esto signifique una invalidez de los resultados obtenidos, al igual que la escala Dependencia de Sustancias.

En lo que respecta a patologías graves de la personalidad, la escala Paranoide mostró una elevada puntuación, constituyéndose así en un aspecto que merece una evaluación más exhaustiva, por cuanto el contexto de evaluación puede contribuir de manera directa en la cronicidad del trastorno, así como por las elevadas puntuaciones obtenidas en los síndromes clínicos graves Trastorno del pensamiento y Trastorno Delirante, los cuales obtuvieron puntuaciones de 20.7% y 39.6% respectivamente, que de igual forma pueden contribuir a la evolución de un cuadro clínico Esquizofrénico, Esquizofreniformes o una breve Psicosis Reactiva, tal como lo plantea Millon.

Dentro de los Síndromes Clínicos de Moderada Severidad, es de resaltar que el Trastorno de Ansiedad y el Trastorno Bipolar, contrario a lo hallado en otras investigaciones puntuaron por encima de lo esperado, lo cual confirma la creciente problemática de salud mental que se presenta en estos lugares, tal como lo plantean Martínez (2005), y Mouriño (2004), por lo que es de mucha importancia establecer de que forma el establecimiento genera o agrava dichas patologías.

Estos hallazgos permiten establecer las necesidades de la población reclusa en el Establecimiento Penitenciario Carcelario de Mediana Seguridad de Santa Marta, a partir de los cuales se puede establecer un programa de intervención

adoptando los resultados como diagnóstico inicial para el mismo, dentro del tratamiento penitenciario, de forma que se priorice la salud mental de los internos como factor primordial para la resocialización.

## **9. RECOMENDACIONES**

Teniendo en cuenta todo lo anteriormente expuesto se recomienda adoptar sistemas de apoyo encaminados a mejorar los niveles de salud mental dentro del establecimiento penitenciario, con base en los resultados obtenidos, de forma que se puedan atender las necesidades específicas de la población reclusa, apoyados en la evaluación psicológica individual del interno, una vez ingrese a prisión, y elaborar el respectivo seguimiento en caso de hallar patrones de personalidad o trastornos clínicos.

De igual forma continuar la investigación en el tema, esta vez usando una metodología de corte longitudinal, de forma que se pueda determinar si son las condiciones propias del encarcelamiento las causantes de las alteraciones en salud mental, y/o si contribuyen a la exacerbación de los síntomas y curso de las alteraciones en caso de detectarse factores predisponentes de las mismas antes del ingreso al establecimiento penitenciario.

## 10. REFERENCIAS

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical manual of mental disorder. (4ª Edición). (DSMV). Washington D.C: APA

Briceño, M. (2006). Mujeres y Prisión en Colombia: análisis desde una perspectiva de derechos humanos y género. Procuraduría delegada en lo preventivo para derechos humanos y asuntos étnicos, grupo de asuntos penitenciarios y carcelarios. Apoyo técnico y financiero del fondo de desarrollo de las Naciones Unidas para la mujer, UNIFEM. Bogotá, octubre de 2006. Recuperado el 14 de septiembre de 2007, del sitio Web Procuraduría General de la Nación: <http://procuraduria.gov.co/html/publicaciones/informesydocumentos.htm> - 24k -

Cano, Mª. (2003). Trastornos Mentales Y Responsabilidad Penal Departamento De Psicología. Universidad De Jaen. España. Recuperado el 14 de septiembre de 2007: <http://criminet.ugr.es/recpc/09/recpc09-04.pdf>.

Cano, M<sup>a</sup> y Martín M<sup>a</sup>. (2003). Perfil delictivo de individuos con trastornos mentales. Departamento de Psicología. Universidad de Jaén. España. Recuperado el 14 de septiembre de 2007, del sitio Web Psicología Jurídica: <http://www.psicologiajuridica.org/psj148.html>.

Constitución Nacional de 1991. Recuperado el 4 de septiembre de 2004, en [http://secretariassenado.gov.co/leyes/CONS\\_P91.HTM - 977k -](http://secretariassenado.gov.co/leyes/CONS_P91.HTM - 977k -)

Cote, Lesage, Chawky & Loyer (1997). Clinical specificity of prison inmates with severe mental disorders. A case-control study. The British Journal of Psychiatry 170, 571-577. The Royal College of Psychiatrists, Recuperado el 13 de Septiembre de 2007: <http://bjp.rcpsych.org/cgi/content/abstract/170/6/571>

Defensoría del Pueblo (2003). Situación del servicio de salud en las cárceles de Colombia. Recuperado el 13 de septiembre de 2007: <http://www.acnur.org/pais/docs/682.pdf>

Echeverri, J., Escobar, F., Martínez, W., Garzón, A., Gómez, G. (2002, agosto). Trastorno de personalidad antisocial en condenados por

homicidio en Pereira, Colombia. Red AL y C. hemeroteca científica en línea de ciencias sociales, Vol. IV, N° (002). Recuperado el 13 de septiembre de 2007, en <http://Redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=14240203&iCveNum=1597>.

Enríquez, E. (s.f.). Características psicosociales de la población de penados de la región oriental Venezolana. Recuperado el 12 de septiembre de 2007, del sitio Web Psicología Jurídica: <http://www.psicologiajuridica.org/psj71.html>

Folino, O. (2003) Trastorno antisocial de la personalidad en prisioneros. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas. Vol.1, N° (1), 7-13. Recuperado el 12 de septiembre de 2007, de [http://www.med.unlp.edu.ar/web\\_revista/septiembre2003/articulo%20original.pdf](http://www.med.unlp.edu.ar/web_revista/septiembre2003/articulo%20original.pdf)

Hernández, M., Herrera, R., Iñigo, C., Marquez, I., Martínez, A., Ortega, L., Ortega, E., Rubio, G., Vicens, E., Arroyo, J. (s.f.). Patología psiquiátrica dual en prisión. Grupo de Trabajo sobre salud mental en

prisión (GSMP) Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP) Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). Recuperado el 12 de septiembre de 2007, en <http://www.sesp.es/publicaciones.htm> -

Hernández, R., Fernández. C., Baptista. P. (2000). Metodología de la investigación. Segunda edición. Mc Graw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V. Pág. 186.

INPEC. (2007). Recuperado el 9 de abril de 2008, de [www.inpec.gov.co/](http://www.inpec.gov.co/) - 40k

Iñigo, C., Pérez, M<sup>a</sup>. Osuna, E., Cabrero, E., y Luna, A. (1999). Perfil clínico y delictivo de los enfermos ingresados en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante. Revista Española de Sanidad Penitenciaria, Vol. 2, 25-31. Recuperado el 11 de septiembre de 2007, en <http://www.ikusbide.net/files/709-0.pdf>

Irías-Ortiz, R., Martínez, G., Amaya, G., Soto, R., Reyes, A. (1999). Prevalencia de Trastornos Mentales en personas privadas de libertad.

Revista med post unah, Vol. 4, N° 2. Recuperado el 11 de septiembre de 2007, de <http://cptrt.org/pdf/Origen%20de%20la%20conducta%20violenta.pdf>.

LEY 906 DE 2004. (2004). Código de Procedimiento Penal. Diario oficial 45.657 martes 31 de agosto de 2004 Rama Legislativa - Poder Público. En [http://www.unifr.ch/derechopenal/legislacion/co/LEY-0906-04\\_CPPcolombia.pdf](http://www.unifr.ch/derechopenal/legislacion/co/LEY-0906-04_CPPcolombia.pdf).

Ley 65 de 1993. Titulo I: art 10-12, Titulo VI: art, 62-63, Titulo XIII: art 142 al 150 concordantes. (1993). Recuperado el 9 de abril de 2008. de [http://www.secretariassenado.gov.co/leyes/L0065\\_93.HTM](http://www.secretariassenado.gov.co/leyes/L0065_93.HTM) - 306k

Ley 504 de 1999. (1999). Recuperado el 9 de abril de 2008, de [http://www.avancejuridico.com/actualidad/documentosoficiales/2004/46476/l\\_inpec\\_504\\_1999.html](http://www.avancejuridico.com/actualidad/documentosoficiales/2004/46476/l_inpec_504_1999.html).

Ley 733 de 2002. Artículo 11. (2002). Recuperado el 9 de abril de 2008, de <http://www.secretariassenado.gov.co/leyes/L0733002.HTM>

Martínez, M. (2005). La orgía del encarcelamiento en Estados Unidos y la ideología que la sustenta en conversaciones Terry Kupers. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*. 07-c1, p. c1:1 -c1:19. Recuperado el 11 de septiembre de 2007, de <http://criminnet.ugr.es/recpc/07/recpc07-c1.pdf>

McNiel, E., & Binder, R. (2007). Eficacia de un tribunal de salud mental en Reducing criminal Recidivism y la violencia. *The American Journal of Psychiatry*. Vol. 164, Iss. 9; Pg. 1395, 9 pgs. Recuperado el 11 de septiembre de 2007 en la base de datos de Proquest.

Millon, Th., Davis, R., Millon, C. *Inventario Clínico Multiaxial de Millon Manual* (2007). Tea Ediciones. Adaptación Española por Cardenal, V., Sánchez. M. (2007).

Mouriño, A. (2006). Problemática psicosocial en VIH: especificidades del paciente ingresado en prisión. Principales problemas de salud en el ámbito penitenciario. Programa psicosocial para prisiones Módulo 3.

Recuperado el 11 de septiembre de 2007, en [http://external.doyma.es/prisiones/to\\_pdf.asp?Id=2](http://external.doyma.es/prisiones/to_pdf.asp?Id=2).

Organización Mundial de la Salud. (2001). Recuperado el 12 de septiembre de 2007 del sitio Web OMS: [www.who.int/whr/2001/es/index.html](http://www.who.int/whr/2001/es/index.html).

Ortiz-Tallo, M., Fierro, M., Blanca, J., Cardenal, V., Sánchez, L. (2006). Factores de personalidad y delitos violentos *Psicothema*. Vol. 18, Nº 3, 459-464. Recuperado el 10 de septiembre de 2007, en <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/727/72718320.pdf>.

Quanbeck, C., McDermott, B., Lam, J., Eisenstark, H., Sokolov, CH., & Scott G.,(2007).Categorization of Aggressive Acts Committed by Chronically Assaultive State Hospital Patients psychiatric services. *ps.psychiatryonline.org*. Vol. 58, Nº. (4). Recuperado el 12 de septiembre de 2007 de la base de datos Proquest, en <http://psychservices.psychiatryonline.org/cgi/content/full/58/4/521>.

Reglas Mínimas para el Tratamiento Penitenciario (s.f.). Recuperado el 4 de abril de 2008, de [http://www.unhchr.ch/spanish/html/menu3/b/h\\_comp34\\_sp.htm](http://www.unhchr.ch/spanish/html/menu3/b/h_comp34_sp.htm)

Resolución de Atención Integral y Tratamiento Penitenciario N° 7302 del 23 de noviembre de 2005. (2005). Recuperado el 9 de abril de 2008, de [http://www.avancejuridico.com/actualidad/documentosoficiales/2006/46476/r\\_inpec\\_7302\\_2005.html](http://www.avancejuridico.com/actualidad/documentosoficiales/2006/46476/r_inpec_7302_2005.html).

Reyes, F., Vergara, S. (2000). Prevalencia de trastornos DSM-IV y dimensiones de personalidad en delincuentes reclusos condenados en el c.d.p. Santiago Sur. Tesis para optar al título de psicólogo. Universidad Santo Tomás. Santiago, Chile. Recuperado el 11 de septiembre de 2007, de <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/paola/Introduccion.htm> - 38k-.

Rodríguez, f., Paíno, S., Herrero, f., González, I. (1997). Drogadicción y delito. Una muestra Penitenciaria. Psicothema, Vol. 9, N° (003). 587-598. Red de revistas científicas de América Latina y del Caribe,

España y Portugal. Recuperado el 9 de septiembre de 2007, de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/727/72709312.pdf>.

Rowe, M., Bellamy, CH., Baranoski, M., Wieland, M., O'Connell, M., Benedict, P., Davidson, L., Buchanan, J., & Sells, P. (2007). A Peer-Support, Group Intervention to Reduce Substance Use and Criminality Among Persons With Severe Mental Illness. *ps.psychiatryonline.org*. Vol. 58, N°. (7). Recuperado el 11 de septiembre de 2007, de <http://psychservices.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/58/7/959>

Salud Mental. (2004, Publicado el 4 de noviembre). El 3% de los presos de Fontcalent sufre enfermedades psicóticas graves. Diario la información de Alicante. Recuperado el 11 de septiembre de 2007, de <http://www.psiquiatria.com/noticias/psicosis/19691/>

Vizueta, J. (2007). El trastorno mental grave apreciado después de dictarse sentencia firme: el art. 60 del Código penal. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*. N° (09-04). Recuperado el 11 de

septiembre de 2007. de <http://criminet.ugr.es/recpc/09/recpc09-04.pdf>.

Zeñas, C., (2006) Rol del Psicólogo en el Tratamiento Penitenciario. Instituto Nacional Penitenciario (INPE) - Penal El Milagro – Trujillo. Recuperado el 5 de abril de 2008, de <http://www.colegiopsicologosperu.org/libertadancash/arealibre2.htm>.

# **ANEXOS**

## **5. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Secreto profesional: Estar en la obligación de dejar en el anonimato y tener en secreto cualquier prescripción o acto que se realice en cumplimiento de tareas específicas, así como de los datos, hechos o nombres que se realicen en cualquiera actividad.

Derecho a la no participación: cualquier individuo esta en su derecho de no participar en actividades o investigaciones que se realicen.

Consentimiento informado: todo individuo debe ser informado de su participación en las actividades o investigaciones en las cuales se necesite de su colaboración.

---

FIRMA



# MCM - III

## INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON-III

### DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS

Nombre y apellidos

Nº identificación         Fecha de nacimiento   /   /   Sexo  V  M

Profesión actual

#### 1. ESTADO CIVIL

- No ha estado casado  Casado en 1<sup>er</sup> matrimonio  Casado (segundas nupcias o más)  
 Separado  Divorciado  Vive en pareja  
 Viudo  Otros (especificar) \_\_\_\_\_

#### 2. NIVEL DE ESTUDIOS CURSADOS (marque con un aspa el nivel más alto que haya cursado)

- Primarios (hasta 6º de Educación Primaria)  3<sup>er</sup> curso de estudios universitarios  
 8º de EGB o Graduado escolar  Estudios universitarios  
 ESO o FP  Otros niveles (indicar) \_\_\_\_\_  
 COU o Bachillerato

#### 3. ENTORNO EN EL QUE CONTESTA A LA PRUEBA (marque con un aspa el que corresponda)

- Centro docente (escuela, universidad, etc.)  Centro de salud (consultas)  
 Ingresado en un centro hospitalario o clínica  Orientación o selección profesional  
 Centros de detención  Otros (indicar)

#### 4. LUGAR DE ORIGEN Y RESIDENCIA

Origen  Residencia

#### 5. INDIQUE CON LOS NÚMEROS 1 Y 2 SUS DOS PRINCIPALES PROBLEMAS

- Matrimonial o familiar  Confianza en sí mismo  Trabajo, estudios o empleo  
 Cansancio o enfermedad  Soledad  Alcohol  
 Drogas  Problemas mentales  Conducta antisocial  
 Otros (especificar) \_\_\_\_\_

#### A CUMPLIMENTAR POR EL EXAMINADOR

¿Paciente internado? Sí  NO

Trastorno Eje I presentado:

- Hace menos de 1 semana  Entre 1 y 4 semanas  Hace más de 4 semanas



Autor: Theodore Millon.  
Adaptación española: Violeta Cardenal y M<sup>a</sup> Pilar Sánchez.  
Copyright © 1997 by DICANDRIEN, INC.  
Copyright © 2006 by TEA Ediciones, S.A. - Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino de Sahagún, 24; 28036 MADRID.  
Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Printed in Spain. Impreso en España.

## HOJA DE RESPUESTAS

Marque con un aspa (X) la respuesta (V = Verdadero; F = Falso) que mejor le describa a usted y a su manera de ser.

1	V	F	26	V	F	51	V	F	76	V	F	101	V	F	126	V	F	151	V	F
2	V	F	27	V	F	52	V	F	77	V	F	102	V	F	127	V	F	152	V	F
3	V	F	28	V	F	53	V	F	78	V	F	103	V	F	128	V	F	153	V	F
4	V	F	29	V	F	54	V	F	79	V	F	104	V	F	129	V	F	154	V	F
5	V	F	30	V	F	55	V	F	80	V	F	105	V	F	130	V	F	155	V	F
6	V	F	31	V	F	56	V	F	81	V	F	106	V	F	131	V	F	156	V	F
7	V	F	32	V	F	57	V	F	82	V	F	107	V	F	132	V	F	157	V	F
8	V	F	33	V	F	58	V	F	83	V	F	108	V	F	133	V	F	158	V	F
9	V	F	34	V	F	59	V	F	84	V	F	109	V	F	134	V	F	159	V	F
10	V	F	35	V	F	60	V	F	85	V	F	110	V	F	135	V	F	160	V	F
11	V	F	36	V	F	61	V	F	86	V	F	111	V	F	136	V	F	161	V	F
12	V	F	37	V	F	62	V	F	87	V	F	112	V	F	137	V	F	162	V	F
13	V	F	38	V	F	63	V	F	88	V	F	113	V	F	138	V	F	163	V	F
14	V	F	39	V	F	64	V	F	89	V	F	114	V	F	139	V	F	164	V	F
15	V	F	40	V	F	65	V	F	90	V	F	115	V	F	140	V	F	165	V	F
16	V	F	41	V	F	66	V	F	91	V	F	116	V	F	141	V	F	166	V	F
17	V	F	42	V	F	67	V	F	92	V	F	117	V	F	142	V	F	167	V	F
18	V	F	43	V	F	68	V	F	93	V	F	118	V	F	143	V	F	168	V	F
19	V	F	44	V	F	69	V	F	94	V	F	119	V	F	144	V	F	169	V	F
20	V	F	45	V	F	70	V	F	95	V	F	120	V	F	145	V	F	170	V	F
21	V	F	46	V	F	71	V	F	96	V	F	121	V	F	146	V	F	171	V	F
22	V	F	47	V	F	72	V	F	97	V	F	122	V	F	147	V	F	172	V	F
23	V	F	48	V	F	73	V	F	98	V	F	123	V	F	148	V	F	173	V	F
24	V	F	49	V	F	74	V	F	99	V	F	124	V	F	149	V	F	174	V	F
25	V	F	50	V	F	75	V	F	100	V	F	125	V	F	150	V	F	175	V	F

