

Prevalencia de los trastornos de personalidad de acuerdo con los criterios del CIE-10. Estudio en una muestra penitenciaria.

Prevalence of personality disorders according to ICD-10 criteria. Study on a penitentiary sample.

Beatriz Pérez Sánchez¹, Asunción Fernández-Suarez²,
Carolina Bringas Molleda³ & Francisco Javier Rodríguez-Díaz⁴

Una mejor comprensión de los trastornos de personalidad de los internos en prisión, es necesaria para conseguir el objetivo de toda pena: la reeducación y reinserción del penado. El objetivo de este trabajo es estudiar la prevalencia de los trastornos de personalidad en una muestra de 345 internos en prisión, de acuerdo con los criterios del CIE-10, mediante el instrumento de cribaje IPDE-SQ. El 92.2% (n=317) de los participantes muestran probabilidad de presentar al menos un trastorno, y el 75.4% (n=260) comorbilidad, siendo el trastorno más prevalente es el esquizoide (58.8%), seguido del anancástico (57.7%) y el paranoide (48.7%). Se concluye que el alto nivel de prevalencia global y comorbilidad justifican la necesidad de una mayor atención, sobretodo en el caso de los trastornos más prevalentes, habitualmente inadvertidos en los centros penitenciarios, por ser habitual el uso de instrumentos basados en los criterios del DSM.

Palabras clave: trastornos de personalidad, inventario internacional de los trastornos de personalidad-cuestionario de cribaje, prevalencia y prisión

A better comprehension of personality disorders of inmates in prison is necessary to achieve the objective of a sentence: the rehabilitation and reintegration of the prisoner. The objective of this article is to study the prevalence of personality disorders in a sample of 345 inmates in prison, according to the criteria of ICD-10 by the screening instrument IPDE-SQ. The 92.2% (n = 317) of participants is likely to have at least one disorder, and 75.4% (n = 260) comorbidity, the most prevalent is the schizoid disorder (58.8%), followed by anankastic (57.7%) and paranoid (48.7%). It is concluded that the high level of overall prevalence and comorbidity justify the need for greater attention, especially in the case of the most prevalent disorders, usually unnoticed in prisons, due to the regular use of instruments based on DSM criteria.

Keywords: personality disorder, international personality disorder examination-screening questionnaire, prevalence and prison

Recepción del artículo 1 de septiembre de 2014. Aprobación del artículo 1 de octubre de 2014.

¹ Becaria de FICYT (BP09147). Área de Personalidad, Evaluación y Tratamiento, Departamento de Psicología, Facultad de Psicología, Universidad de Oviedo. Correo electrónico: beatrizpesan@gmail.com

² Becaria de FICYT (BP13134). Área de Personalidad, Evaluación y Tratamiento, Departamento de Psicología, Facultad de Psicología, Universidad de Oviedo. Correo electrónico: fernandezasuncion@uniovi.es

³ Profesora asociada. Área de Psicología Social, Departamento de Psicología, Facultad de Educación y Trabajo Social, Campus Miguel Delibes, Universidad de Valladolid. Correo electrónico: carolbringas@hotmail.com

⁴ Catedrático acreditado de la Universidad de Oviedo, Área de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Departamento de Psicología. Correo electrónico: gallego@uniovi.es

Introducción

La salud mental del interno en prisión se perfila como una de las problemáticas que dificultan la consecución del objetivo de toda pena: La reeducación y la reinserción social del penado (Artículo 25.2, Constitución Española, 1978). La desproporción en la incidencia de problemáticas psiquiátricas entre población comunitaria y penitenciaria, que data de más de dos siglos (Reed, 2003), justifica una atención prioritaria. Son diversas las causas que se han considerado (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2011): un efecto específico de la prisión sobre las personas que se encuentran en ellas; el aumento progresivo de la población penitenciaria en términos generales; el cierre de los manicomios –centros psiquiátricos- que históricamente albergaba a personas socialmente problemáticas; la relación entre la delincuencia, marginación y drogadicción que induce al desarrollo de problemáticas de salud mental; la alarma social que provoca miedo ante la enfermedad mental, favoreciendo el énfasis en la protección de la sociedad, más que en el cuidado y tratamiento del delincuente con problemas psiquiátricos (Arroyo-Cobo, 2011), a pesar de que es más víctima que agresor, por sus escasos recursos de defensa; o el deficiente seguimiento y control por parte de los servicios asistenciales de la comunidad (Loinaz, Echeburúa e Irureta, 2011).

Los trastornos de personalidad no se escapan a esta desproporción de incidencia entre población comunitaria y población encarcelada. Según los criterios de la Organización Mundial de la Salud, para el CIE-10 (Organización mundial de la salud, 1992), estos trastornos incluyen diversas alteraciones y modos de comportamiento que tienen relevancia clínica por sí mismos, tendiendo a ser persistentes y siendo la expresión de un estilo de vida y de la manera característica que el individuo tiene de relacionarse consigo mismo y con los demás. En la actualidad, la polémica sobre su definición y clasificación sigue vigente, siendo numerosas las publicaciones que tratan de aportar luz sobre este desacuerdo en la comunidad científica (Esbec y Echeburúa, 2011; García, Saldivar, Llanes y Sánchez, 2011; Hernández et al., 2009; Livesey, 2003; Tirapu, Pérez, Calvo y Mata, 2005).

Los datos refieren que en población general podemos encontrar una incidencia de entre un 6% y un 10% (Samuels, 2011) para los trastornos de personalidad. En población penitenciaria, los valores sobre la prevalencia son superiores, pero al mismo tiempo encontramos que varían de un estudio a otro de manera sustancial debido a: los criterios diagnósticos en los que se base el

instrumento utilizado para la evaluación; el método utilizado para la identificación de los trastornos de personalidad (encuestas, entrevista, cuestionarios de cribado o expedientes clínicos); o el tipo de población sometida a estudio (Pérez, 2014).

Aquellos trabajos que utilizan instrumentos en base a los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), elaborado por la Asociación de Psiquiatría Americana (APA), presentan una prevalencia que tiende a situarse en valores entre el 60 y el 70% (Álvaro-Brun y Vegue-González, 2008b; Frädrieh y Pfäfflin, 2000; López, Lafuente y García, 2007), en cambio, aquellos estudios que utilizan como criterio la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), obtienen como resultado valores más bajos de prevalencia, como en el trabajo realizado por Marín-Basallote y Navarro-Repiso (2012) que la situó en un 35 %, o en el trabajo realizado por LaFortune (2010), que la situó en un 18%. Por otra parte, la utilización de instrumentos de cribaje que son cubiertos por el propio interno, es una práctica habitual a nivel de investigación, ya que permite facilitar y abaratar en mucho la tarea del investigador, pero lo cierto es que dichos instrumentos, presentan una alta sensibilidad, teniendo como resultado un alto porcentaje de falsos negativos. A nivel clínico, las conclusiones obtenidas mediante estos instrumentos, deben ser consideradas como probabilidades a estudiar en profundidad mediante entrevista y no como diagnósticos en firme (Álvaro-Brun y Vegue-González, 2008a; Álvaro-Brun y Vegue-González, 2008b; López et al., 2007; Slade y Forrester, 2013), por lo que es esperable que los resultados obtenidos mediante ambos métodos, no sean coincidentes. Finalmente, también podemos destacar variaciones en la prevalencia en base a la población utilizada. Variables como el tipo de delito cometido (Frädrieh y Pfäfflin, 2000) o la situación de grado del interno en prisión (Singleton, Meltzer y Gatward, 1998), pueden influir significativamente.

Todas estas cuestiones van a dificultar la equiparación de los resultados alcanzados por los distintos trabajos y la obtención de una visión acertada sobre esta problemática. A pesar de ello podemos destacar el trabajo realizado por Fazel y Danesh (2002), quienes tras una revisión de 62 estudios internacionales situaron la prevalencia en un 65% para hombres encarcelados y en un 42% para mujeres en prisión.

Esta realidad, al mismo tiempo, viene a referir una alta comorbilidad, ya que los individuos evaluados no se ajustan a un único trastorno, sino que cumplen criterios para varios diagnósticos.

Esta situación es achacable, al menos en parte, al solapamiento entre estos criterios, que desvanece las fronteras entre los distintos trastornos de personalidad (Esbec y Echeburúa, 2011). Un ejemplo de ello es el trabajo realizado por Slade y Forrester (2013), quienes midieron la probable presencia de los trastornos de personalidad en una muestra de prisioneros mediante la prueba de cribaje International Personality Disorder Examination (IPDE) ICD-10 version, screening questionnaire (IPDE-SQ, Loranger, Janca y Satrorius, 1997), detectando una comorbilidad superior al 50%. Esto, también sucede con otros trastornos del Eje I que se basan en síntomas más agudos, lo cual complica los diagnósticos, interfiere en la evolución clínica del interno, así como en la efectividad de los tratamientos (McGlashan et al., 2000) y agrava las conductas problemáticas dentro de prisión (Houser y Welsh, 2014).

Siguiendo los criterios del DSM-IV-R (American Psychiatric Association, 2000) aparecen con mayor frecuencia en prisión el trastorno límite y el trastorno antisocial de la personalidad (Frädrieh y Pfäfflin, 2000; Vicens et al., 2011), aunque algunos estudios también sitúan con alta prevalencia al trastorno narcisista (López et al., 2007), el paranoide y el esquizoide (González, 2007; Ullrich et al., 2007). Es esperable que los trastornos de personalidad con mayor incidencia en prisión sean aquellos que, por sus criterios diagnósticos, tengan una mayor relación con un estilo de vida delictivo. Así, el más destacado es el trastorno antisocial de la personalidad, con valores de prevalencia entre el 50-80% (Torrubia, Poy, Moltó Gaystron y Corral, 2010), evaluado en el DSM-V (American Psychiatric Association, 2014) en base a conductas impulsivas, agresivas, disruptivas y criminales.

La comunidad científica ha encontrado una relación más clara entre este y la conducta criminal (Echeburúa, 2000; González, 2007; Martínez, López y Díaz, 2001; Romero, 2006), definiéndolo por el desprecio y trasgresión de los derechos de los demás, convirtiendo la conducta criminal en un estilo de vida; de esta manera se ha llegado a equiparar con el delincuente común. Parte de la comunidad científica considera que el DSM presenta un apoyo excesivo en la conducta delictiva para la definición de este trastorno, lo cual favorece una sobrerrepresentación en prisión, y una infravaloración de su presencia en la comunidad (Coid y Ullrich, 2010; Hare, Hart y Harpur, 1991; Slade y Forrester, 2013).

A pesar de que el CIE, que ya va por su décima edición (Organización Mundial de la Salud, 1992), está diseñado para ser utilizado en todo el mundo -siendo su aplicación popular en el

ámbito penitenciario europeo- y de que refleja los puntos de vista y necesidades de la comunidad psiquiátrica internacional, son escasos los trabajos que han tratado de ofrecer resultados en base a sus criterios. Este sistema de clasificación, prioriza una evaluación basada en rasgos de personalidad frente a los aspectos conductuales, obteniendo resultados de prevalencia en población penitenciaria para el trastorno disocial y el trastorno de inestabilidad emocional límite e impulsivo de la personalidad (análogo al trastorno antisocial y el trastorno límite evaluado por el DSM-V) mucho menores. Podemos destacar el trabajo desarrollado por LaFortune (2010), quien utilizó como referencia los criterios del CIE-9, o el estudio de Slade y Forrester (2013), quienes tomaron el instrumento de cribaje IPDE-SQ módulo CIE-10 para la medida de los trastornos de personalidad en una muestra de 283 hombres penados en el Reino Unido. Este último, que sitúa los valores de prevalencia de estos trastornos de personalidad en los últimos lugares frente al resto, resulta referencia para nuestro estudio.

Este trabajo, con el planteamiento realizado, pretende estudiar la prevalencia de los trastornos de personalidad en una muestra penitenciaria española y latinoamericana, en base a los criterios establecidos por el CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992), con la intención de ofrecer una descripción acorde con la tendencia europea, basada en consistencias de personalidad frente a los aspectos conductuales.

Método

Participantes

La muestra se encuentra conformada por un total de 345 internos en prisión, de los cuales 231 se encontraban en el Centro penitenciario de Villabona (Asturias, España), 65 repartidos entre el Ce. Re. So. Puente Grande de Guadalajara (Jalisco, México) y su sistema de libertad condicional y el Ce. Re. So. Francisco J. Múgica de Morelia (Michoacán, México) y los 49 restantes se encontraban en el Centro Penitenciario de Puente Alto, localizado en el área metropolitana de Santiago de Chile.

Instrumentos

Para la consecución del objetivo planteado, contamos con el instrumento IPDE-SQ módulo CIE-10 (Loranger et al., 1997) derivado del El IPDE módulo CIE-10 (Loranger et al., 1994), Inventario de los trastornos de la Personalidad de acuerdo con los criterios del CIE-10

(Organización Mundial de la Salud, 1992), diseñado en conjunto por la Organización Mundial de la Salud y el Instituto Nacional de Salud Mental en EE. UU, siendo adaptado a población española por López-Ibor y colegas (1996). Este es un instrumento de autoinforme que cuenta con un total de 59 ítems con opciones de respuesta verdadero/falso. Al ser un instrumento de cribado, nos proporciona información sobre la probable presencia de trastornos de personalidad en el individuo evaluado. Los resultados obtenidos, deben ser tomados como una orientación para el sanitario, decidiendo en base a ello como proceder: realizar una entrevista en profundidad si hay una probabilidad alta de presencia del trastorno o descartar al evaluado para dicha tarea (Álvaro-Brun y Vegue-González, 2008a; Álvaro-Brun y Vegue-González, 2008b; López et al., 2007). En cualquier caso, este instrumento resulta útil por sí mismo para el trabajo a nivel de investigación.

De este instrumento no se deriva una puntuación global, sino que ofrece información sobre la posible presencia de los siguientes trastornos de personalidad, como escalas independientes: Paranoide, esquizoide, inestabilidad emocional de tipo impulsivo, inestabilidad emocional de tipo límite, histriónico, anancástico, dependiente y ansioso. Cada una de estos trastornos es evaluado mediante un número distinto de ítems, estimándose en un principio como punto de corte la presencia de 3 ítems, para todos los trastornos. Trabajos posteriores demostraron que la sensibilidad de este instrumento era alta, y la especificidad moderada (Slade, Peters, Schneiden y Andrews, 1998), por lo que se propuso la modificación de este punto de corte para ciertas poblaciones. En población penitenciaria se estimó que responder afirmativamente a 4 ítems para considerar la probable presencia del trastorno en el individuo, reportaba un índice de validez más adecuado en la identificación de los trastornos de personalidad (Fernández, Martínez y Becoña, 2011; Iverach et al, 2009), criterio que fue tomado para el estudio.

Procedimiento

La recogida de información tuvo lugar en conjunto con otros instrumentos durante un periodo aproximado de dos años y medio, invirtiendo en la aplicación del IPDE-SQ módulo CIE-10 una media hora aproximadamente. Los individuos evaluados participaron en esta investigación de manera voluntaria y anónima.

Resultados

Como ya se ha comentado en la introducción de este trabajo, contamos con el estudio realizado por Slade y Forrester (2013) como referencia, motivo por el que presentaremos los resultados en contraste con los obtenidos por estos autores.

Las medias obtenidas quedaron centradas y en algunos casos ligeramente inferiores en relación con los rangos, siendo la dispersión entre ellas suficiente para permitir la discriminación de individuos y grupos. Tanto las medias como las desviaciones típicas son similares a las descritas por Slade y Forrester (2013) en su estudio, aunque ligeramente inferiores, siendo las diferencias más acusadas para el probable diagnóstico de trastorno esquizoide y dependiente (Tabla 1).

Tabla 1

Media (M), desviación típica (DT) y rango, para las escalas del IPDE-SQ en la muestra de este estudio y la utilizada por Slade y Forrester (2013).

Escala	Rango	Muestra de estudio (N=345)		Muestra Slade y Forrester (N=283)	
		M	DT	M	DT
Paranoide	0-7	3.59	1.45	3.32	1.58
Esquizoide	0-8	3.88	1.61	2.95	1.78
Disocial	0-7	2.60	1.27	2.49	1.58
Inestabilidad emocional de tipo impulsivo	0-5	2.01	1.43	1.82	1.52
Inestabilidad emocional de tipo límite	0-5	1.95	1.16	1.59	1.27
Histriónico	0-6	2.18	1.44	2.26	1.35
Anancástico	0-8	3.89	1.86	3.21	1.85
Ansioso	0-6	3.01	1.69	2.19	1.66
Dependiente	0-6	2.60	1.41	1.73	1.51

La fiabilidad de la prueba, en su conjunto, ofrece un valor de Alpha de Cronbach satisfactorio de .810; de la misma manera, y en la línea de resultados obtenidos por Slade y Forrester (2013), podemos considerar que se trata de una prueba fiable, aunque deben tomarse las puntuaciones tipo de cada uno de los trastornos con precaución, debido a los bajos índices de fiabilidad para cada uno de ellos. En la Tabla 2 se presentan los datos de fiabilidad de cada una de las escalas

para la muestra de este estudio y para la muestra de 283 prisioneros utilizada por Slade y Forrester (2013).

Tabla 2

Valores de fiabilidad para las escalas del IPDE-SQ en la muestra de este estudio y la utilizada por Slade y Forrester (2013).

Trastornos de personalidad	Alfa de Cronbach	
	Muestra para este estudio (N=345)	Muestra Slade y Forrester (N=283)
Paranoide	.299	.441
Esquizoide	.301	.439
Disocial	.450	.635
Inestabilidad emocional de tipo impulsivo	.553	.630
Inestabilidad emocional de tipo límite	.240	.421
Histriónico	.438	.314
Anancástico	.533	.561
Ansioso	.597	.622
Dependiente	.419	.596

Los datos recogidos en la muestra de internos participantes, que conforman el estudio, refieren respecto a la posible presencia de los trastornos de personalidad una alta comorbilidad. El 92.2% (n=317) presentan probabilidad de presentar al menos un trastorno, mientras que el 75.4% (n=260) de la muestra tiene probabilidad de presentar al menos dos trastornos de personalidad, es decir, comorbilidad. Lo más habitual es la posibilidad de presentar dos y la media tres (Tabla 3). El estudio de Slade y Forrester (2013) arroja una posible comorbilidad en el 54% de los casos, siendo lo más habitual la posible presencia de uno o ninguno, presentando probabilidad de no presentar ninguno el 23% (n=65).

Finalmente, la Tabla 4 muestra el número de participantes que presentan probabilidad de presentar cada uno de los trastornos de personalidad estudiados, junto con los porcentajes. Los trastornos esquizoide, anancástico y paranoide son los más habituales, mientras que el trastorno disocial y de inestabilidad emocional de tipo límite se encuentran en menor frecuencia de la esperada. El estudio de Slade y Forrester (2013) ofrece también los trastornos esquizoide (35%), anancástico (40.3%) y paranoide (44.4%) como los más habituales, ocupando el trastorno disocial (25.8%) el cuarto puesto en este ranking, mientras que, al igual que para nuestra muestra, el trastorno límite ocupa el último lugar (8.5%).

Tabla 3
Comorbilidad. Número posible de trastornos presentados por los participantes según IPDE-SQ.

Número de trastornos	n	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0	28	8.1	8.1
1	57	16.5	24.6
2	73	21.2	45.8
3	58	16.8	62.6
4	57	16.5	79.1
5	32	9.3	88.4
6	18	5.2	93.6
7	14	4.1	97.7
8	7	2	99.7
9	1	0.3	100

Tabla 4
Resultados del IPDE-SQ módulo CIE-10, sobre la probabilidad de presentar cada uno de los trastornos de la muestra por la totalidad de la muestra.

Trastornos de personalidad	n	Probabilidad de presentarlo
Esquizoide	203	58.8
Anancástico	199	57.7
Paranoide	168	48.7
Ansioso	135	39.1
Dependiente	98	28.4
Disocial	70	20.3
Histriónico	70	20.3
Inestabilidad emocional de tipo impulsivo	58	16.8
Inestabilidad emocional de tipo límite	35	10.1

Discusión y conclusiones

El análisis de los resultados permite constatar que el valor de Alpha de Cronbach para el instrumento IPDE-SQ ($\text{Alpha}=.81$) da cuenta de la fiabilidad de la prueba, aunque si atendemos a la consistencia interna de cada una de las escalas este valor baja, sobre todo para los trastornos paranoide, esquizoide, límite, histriónico y dependiente, situación que se repite en el estudio realizado por Slade y Forrester (2013) –exceptuando el caso del dependiente-. Por ello, cual interpretación que se haga de estas medidas debe ser tomada con cautela.

Siendo conscientes de lo dicho, encontramos que el nivel de prevalencia de los trastornos de personalidad en la muestra estudiada es bastante elevada, ya que el 92.2% de los internos sometidos a estudio se evalúa con probabilidad de presentar al menos un trastorno. Este valor, aunque sigue la tendencia, supera el arrojado por el trabajo realizado por Slade y Foorester

(2013) –77%–. Siguiendo con los estudios de prevalencia global obtenidos por otros autores, encontramos que si bien este resultado se acerca más a los alcanzados mediante instrumentos basados en el DSM –a pesar de las diferencias en los criterios diagnósticos– (Álvaro-Brun y Vegue-González, 2008b; Frädrieh y Pfäfflin, 2000; López et al., 2007), se aleja de los obtenidos por otros trabajos que toman como base al CIE (LaFortune, 2010; Marín-Basallote y Navarro-Repiso, 2012).

Este elevado valor es achacable a la naturaleza de la prueba utilizada. El IPDE-SQ, como instrumento de cribaje no diagnostica por sí mismo la presencia de estos trastornos, sino que identifica a individuos susceptibles de presentar este diagnóstico, con la finalidad de ser sometidos a una evaluación más profunda mediante entrevista. La prevalencia real sería de esperar menor, aunque con unos índices para hablar de problemática a considerar y a tener presente en cualquier intento de intervención en el medio penitenciario que tenga por objetivo crear un clima emocional positivo, donde desarrollar y mejorar la intervención psicosocial orientada a dar cumplimiento al mandato constitucional (Constitución española, 1978, art. 25.2).

Siguiendo la tendencia establecida por Slade y Forrester (2013), los trastornos que presentan mayor prevalencia en este estudio son el esquizoide (58.8%), el anancástico (57.7%) y paranoide (48.7%), mientras que los trastornos disocial (20.3%), histriónico (20.3%) e inestabilidad emocional de tipo impulsivo (16.8%) y límite (10.1%) son los que alcanzan los menores porcentajes. Al comparar estos valores de prevalencia con la literatura existente, debemos considerar que el grueso de las publicaciones, que han tratado de acotar esta realidad, han utilizado instrumentos basados en el sistema de clasificación DSM, lo cual influye inevitablemente en su perfilado. Los estudios que han tomado este sistema de clasificación que prioriza los criterios conductuales y que los definen de manera distinta al CIE, sitúan a los trastornos antisocial y límite como los más prevalentes (Frädrieh y Pfäfflin, 2000; Torrubia et al., 2010; Vicens et al., 2011) y más relacionados con la conducta delictiva (Echeburúa, 2000; González, 2007; Martínez et al., 2001). Esta discrepancia pone de manifiesto la necesidad de la proliferación de estudios en base a trastornos como el anancástico y el esquizoide, discriminados en la investigación en el campo de la psicología penitenciaria por la consideración de una presencia minoritaria. Además, esto demuestra que aunque se pretendan semejantes, los trastornos de personalidad definidos por el DSM y por el CIE distan de serlo.

Siguiendo la tendencia de la literatura, la comorbilidad de la muestra es muy elevada, ya que el 75.4% de los participantes cumplen los criterios necesarios para al menos dos de los trastornos evaluados. Varios trabajos han tratado de desarrollar modelos dimensionales, estableciendo categorías de orden superior que albergan los trastornos afines (Hernández et al., 2009; Livesey, 2003; Tirapu et al., 2005), de manera que solucionen estas deficiencias de los sistemas de clasificación, pero en cambio no han sido recogidos por la reciente quinta edición del DSM. La disyuntiva, pues, continua abierta, siendo difícil discernir hasta qué punto la comorbilidad que reflejan los instrumentos es realidad o resultado del solapamiento de los criterios diagnósticos.

Finalmente, encontramos varias limitaciones en el desarrollo de este estudio. La más importante y destacable, es la baja consistencia interna de algunas de las escalas del IPDE-SQ a pesar de la alta fiabilidad de la prueba total, que limita la generalización de los resultados obtenidos. También encontramos que, debido a la necesidad de trabajar con un tamaño muestral aceptable, hemos obviado algunas variables que pueden estar mediando en la obtención de resultados, como la procedencia de la muestra o el tipo de delitos cometidos. Tales obstáculos, pretenden ser subsanados en estudios posteriores.

Referencias

- Álvaro-Brun, A. y Vegue-González, V. (2008a). Trastornos de personalidad en prisión. Una cuestión compleja. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 10, 29-30. doi: 10.4321/S1575-06202008000100005
- Álvaro-Brun y Vegue-González (2008b). Validez del Cuestionario International Personality Disorder Examination (IPDE) en una muestra de población penitenciaria. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 10(2), 35-40. doi: 10.4321/S1575-06202008000200002
- Arroyo-Cobo, J. M. (2011). Estrategias asistenciales de los problemas de salud mental en el medio penitenciario. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 13, 100-111. doi: 10.4321/S1575-06202011000300005
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

- American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Coid, J. W. y Ullrich, S. (2010). Antisocial personality disorder is on a continuum with psychopathy. *Comprehensive Psychiatry*, 51, 426–433.
- Constitución española. 1978, diciembre 29. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 311, pp. 29313-29424.
- Echeburúa, E. (2000). Trastornos de la personalidad: concepto, clasificación y evaluación. En E. Echeburúa (Coord.), *Personalidades violentas*, (pp. 39-54). Madrid: Ediciones Pirámide
- Esbec, E. y Echeburúa, E. (2011). La reformulación de los trastornos de la personalidad en el DSM-V. *Actas Española de Psiquiatría*, 39(1), 1-11.
- Fazel, S. y Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The Lancet*, 16, 545-550.
- Fernández, E., Martínez, C. y Becoña, E. (2011). Concordancia entre el cuestionario de cribado del IPDE y el diagnóstico de trastornos de la personalidad en fumadores. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual: Revista Internacional Clínica y De La Salud*, 19(2), 303-315
- Frädrich, S., & Pfäfflin, F. (2000). Zur prävalenz von persönlichkeitsstörungen bei strafgefangenen. *Recht & Psychiatrie*, 18(3), 95-104.
- García, G., Saldívar, A. H., Llanes A. y Sánchez, I. G. (2011). El DSM-V. Luces y sombras de un manual no publicado. Retos y expectativas para el futuro. *Salud mental*, 34(4), 367-378.
- González, L. (2007). Características descriptivas de los delitos cometidos por sujetos con trastornos de la personalidad: Motivaciones subyacentes, “Modus Operandi” y relaciones víctima-victimario. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 7, 19-39.
- Hare, R. D., Hart, S. D. y Harpur, T. J. (1991). Psychopathy and the DSM-IV criteria for antisocial personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 391-398.
- Hernández, A., Gutiérrez, F., Valero1, J., Gárriz, M., Labad, A. y Gutiérrez-Zotes, J. A. (2009). Una alternativa genético-conductual a los trastornos de la personalidad: el modelo dimensional de Livesley. *Actas Española de Psiquiatría*, 37(3), 174-183.

- Houser, K. A. y Welsh, W. (2014). Examining the association between co-occurring disorders and seriousness of misconduct by female prison inmates. *Criminal Justice and Behavior*, 41(5), 650-666. doi: 10.1177/0093854814521195
- Lafortune, D. (2010). Prevalence and screening of mental disorders in short-term correctional facilities. *International Journal of Law and Psychiatry*, 33(2), 94-100. doi: 10.1016/j.ijlp.2009.12.004
- Iverach, L., Jones, M., O'Brian, S., Block, S., Lincoln, M., Harrison, E., Hewate S., Menzies, R. G., Packman, A. y Onslow, M. (2009). Screening for personality disorders among adults seeking speech treatment for stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 34(3), 173-186. doi: 10.1016/j.jfludis.2009.09.001
- Loinaz, I., Echeburúa, E. y Irureta, M. (2011). Trastornos mentales como factor de riesgo de victimización violenta. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual: Revista Internacional Clínica y De La Salud*, 19, 421-438.
- Loranger, A., Janca, A. y Satrorius, N. (1997). *Assessment and diagnosis of personality disorders: The International Personality Disorder Examination (IPDE)*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Loranger, A. W., Sartorius, N., Dreoli, A., Berger, P., Buchheim, P., Channabasavanna, S. M., Coid, B., Dahal, A., Diekstra, R. F. W., Ferguson, B., Jacobsberg, L. B., Mombour, W., Pull, C., Ono, Y. y Regier, D. A. (1994). The World Health Organization/Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration International Pilot Study of Personality Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 51, 215-224. doi:10.1001/archpsyc.1994.03950030051005
- Livesey, W. (2003). *Practical management of personality disorder*. London: The Guildford Press.
- López-Ibor, J. J., Pérez, A. y Rubio, V. (1996). *Examen Internacional de los trastornos de la personalidad (IPDE): Modulo DSM-IV y CIE-10*. Madrid: Meditor.
- López, R., Lafuente, O. y García, J. L. (2007). Del mito de Narciso a los trastornos de la personalidad en las cárceles aragonesas: Una aproximación al perfil de estos desórdenes en las personas privadas de libertad. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 9, 28-40. doi: 10.4321/S1575-06202007000200003

- Marín-Basallote, N. y Navarro-Repiso, C. (2012). Estudio de la prevalencia de trastorno mental grave (TMG) en los centros penitenciarios de Puerto I, II y III del Puerto de Santa María (Cádiz): nuevas estrategias en la asistencia psiquiátrica en las prisiones. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 14, 80-85. doi: 10.4321/S1575-06202012000300002
- McGlashan, T. H., Grilo, C. M., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Shea, M. T., Morey, L. C., Zanarini M. C. y Stout, R. L. (2000). The collaborative longitudinal Personality Disorders Study: Baseline Axis I/II and II/II diagnostic co-occurrence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(4), 256–264.
- Martínez, T., López, F. J. y Díaz, M. L. (2001). Los trastornos de la personalidad en el derecho penal: estudio de casos del Tribunal Supremo. *Revista de Psicología Clínica, Legal y Forense*, 1(1), 87-101.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Pérez, B. (2014). Estudio de una muestra penitenciaria española y latinoamericana de la realidad de la psicopatía en prisión. Departamento de Psicología, Universidad de Oviedo: Asturias, España. Tesis doctoral no publicada.
- Reed, J. (2003). Mental health care in prisons. *The British Journal of Psychiatry*, 182, 287-288. doi: 10.1192/bjp.02.316
- Romero, J. (2006). *Nuestros presos. Cómo son, qué delitos cometen y qué tratamientos se les aplican*. Madrid: EOS.
- Samuels, J. (2011). Personality disorders: Epidemiology and public health issues. *International Review of Psychiatry*, 23(3), 223-233. doi: 10.3109/09540261.2011.588200.
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2011). *El Sistema penitenciario español*. Madrid: Secretaría General de Instituciones Penitenciarias.
- Singleton, N., Meltzer, H., & Gatward, R. (1998). Psychiatric morbidity among prisoners in England and Wales. London: The Stationery Office.

- Slade, K. y Forrester, A. (2013). Measuring IPDE-SQ personality disorder prevalence in pre-sentence and early-stage prison populations, with sub-type estimates. *International Journal of Law and Psychiatry*, 36, 207–212. doi: 10.1016/j.ijlp.2013.04.018
- Slade, T., Peters, L., Schneiden, V. y Andrews, G. (1998). The International Personality Disorder Examination Questionnaire (IPDEQ): Preliminary data on its utility as a screener for anxious personality disorder. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 7, 84–88. doi: 10.1002/mpr.37
- Tirapu, J., Pérez, A., Calvo, R. y Mata I. (2005). Propuesta de un modelo dimensional para los trastornos de personalidad. *Actas Española de Psiquiatría*, 33(4), 254-262.
- Torrubia, R., Poy, R., Moltó, J., Grayston, P. R. y Corral, S. (2010). *PCL-R. Escala de Evaluación de Psicopatía de Hare revisada. Manual*. Madrid: TEA Ediciones.
- Ullrich, S. y Marneros, S. (2007). Underlying dimensions of ICD-10 personality disorders: Risk factors, childhood antecedents, and adverse outcomes in adulthood. *Journal of Forensic Psychiatry y Psychology*, 18(1), 44-58. doi: 10.1080/14789940601014769
- Vicens, E., Tort, V., Dueñas, R. M., Muro, A., Pérez-Arnau, F., Arroyo, J. M., Acín, E., De Vicente, A., Guerrero, R., Llunch, J., Planella, R. y Sarda, P. (2011). The prevalence of mental disorders in Spanish prisons. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 21(5), 321-32. doi: 10.1002/cbm.815

Agradecimientos

A los Centros Penitenciarios de Villabona (Asturias, España) y Puente Alto (Santiago de Chile, Chile) y los Ce. Re. So. Puente Grande (Guadalajara, Jalisco) y Ce. Re. So. Francisco J. Múgica (Morelia, Michoacán), por su colaboración, imprescindible para el desarrollo de este trabajo. Por último, agradecemos el apoyo económico prestado por la Fundación para el Fomento en Asturias de la Investigación Científica Aplicada y la Tecnología (FICYT) mediante las Becas Severo Ochoa: BP09147 y BP13134.