



UNIVERSIDAD DE OTAVALO

**MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA
MENCIÓN EN JURÍDICA Y FORENSE**

**PSICOPATOLOGÍA Y AGRESIÓN EN LA POBLACIÓN
PENITENCIARIA ECUATORIANA**

**TRABAJO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA
MENCIÓN EN JURÍDICA Y FORENSE**

**FABRICIO HERNÁN PERALTA BRAVO
MARÍA GABRIELA GAVIRIA HIDALGO**

TUTORA: MSc. Sofía López Vallejo

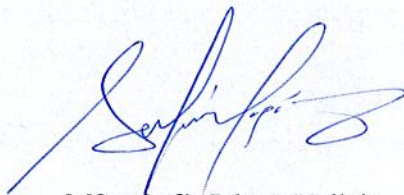
OTAVALO, OCTUBRE 2020

CERTIFICACIÓN DE LA TUTORA

Certifico que el trabajo de investigación titulado “**Psicopatología y agresión en la población penitenciaria ecuatoriana**”, desarrollado por los estudiantes Fabricio Hernán Peralta Bravo y María Gabriela Gaviria Hidalgo bajo mi dirección y supervisión, para aspirar al título de Magíster en Psicología Mención en Jurídica y Forense, cumple con las condiciones requeridas por el programa de maestría.

En Otavalo, a los 07 días del mes de octubre de 2020.

Tutora del Trabajo de Titulación



MSc. Sofia López Vallejo
C.C.:0103786273

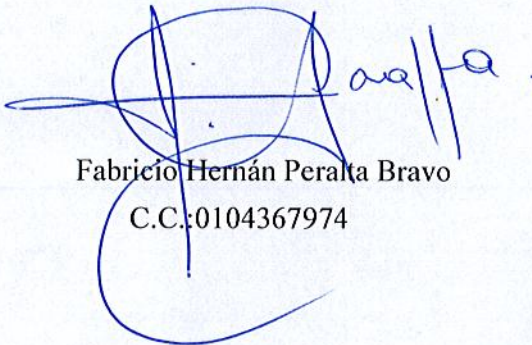
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Nosotros, Fabricio Hernán Peralta Bravo y María Gabriela Gaviria Hidalgo, declaramos que el trabajo denominado **“Psicopatología y agresión en la población penitenciaria ecuatoriana”** es de nuestra total autoría y no ha sido previamente presentado para grado alguno o calificación profesional.

La Universidad de Otavalo puede hacer uso de los derechos correspondientes, según lo establecido por el Código Orgánico de la economía social de los conocimientos, por su reglamento y por la normativa institucional vigente.

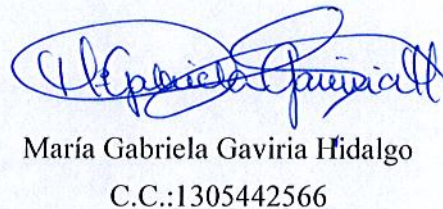
En Otavalo, a los 07 días del mes de octubre de 2020.

Estudiante



Fabricio Hernán Peralta Bravo
C.C.:0104367974

Estudiante



María Gabriela Gaviria Hidalgo
C.C.:1305442566

DEDICATORIAS

Yo, Fabricio Hernán Peralta Bravo, dedico este Trabajo de Titulación a mis padres y hermanos, por tanto y por todo.

Fabricio Hernán Peralta Bravo

Yo, María Gabriela Gaviria Hidalgo, dedico este Trabajo de Titulación a la memoria de mi padre. No ha sido nada fácil desde que no estás físicamente a mi lado, pero este logro es por ti y para ti. Te amo y te amaré por siempre.

María Gabriela Gaviria Hidalgo

AGRADECIMIENTOS

Yo, Fabricio Hernán Peralta Bravo, agradezco a quienes hicieron posible el cumplimiento de este sueño y me apoyaron desde el comienzo de mis estudios de posgrado, a la Universidad de Otavalo, en especial a Carlos Burneo, quién alumbró de sabiduría y conocimiento cada paso, a Sofía López, pues siempre estuvo predispuesta a orientar el presente trabajo y a mi señor padre por impulsarme a ser mejor.

Fabricio Hernán Peralta Bravo

Yo, María Gabriela Gaviria Hidalgo, agradezco a Carlos por su apoyo, por su ánimo, por su paciencia, porque sin su soporte este reto personal no habría sido posible. Y gracias porque a su lado sigo creciendo cada día. A mi madre y a mis hijos, quienes han seguido de cerca la ilusión de este sueño y me dieron el apoyo suficiente para no decaer cuando todo parecía complicado e imposible. ¡Gracias de corazón!

María Gabriela Gaviria Hidalgo

Psicopatología y agresión en la población penitenciaria ecuatoriana

1. Introducción

Las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad en el ámbito de la rehabilitación social deben estar orientadas, como objetivo primordial, hacia la reeducación y la reinserción integral del individuo en la sociedad (UN, 2016). Este enfoque concilia el carácter preventivo de la pena, mediante el cual se aísla al infractor de la sociedad, con finalidad resocializadora, convirtiendo su permanencia en prisión en un periodo de desarrollo personal, que le permita afrontar de modo productivo el cumplimiento de su condena y desarrollar una vida en libertad con suficientes garantías de éxito (UN, 2010). En este sentido, las estrategias de clasificación y seguridad en un centro penitenciario deben garantizar el cumplimiento de la sentencia, de acuerdo con el perfil del infractor, la integridad de los reclusos y de quienes desempeñan distintas funciones directivas, administrativas, técnicas y operativas (Sorensen, Cunningham, Vigen y Woods, 2006). Cada estado, como garante de los derechos fundamentales de las personas privadas de la libertad, tiene la obligación de ordenar su sistema de rehabilitación social con esta perspectiva, cuyo principal indicador de eficacia será el grado de cumplimiento del objetivo resocializador del infractor.

Al aumento de la criminalidad le corresponde un número creciente de población penitenciaria, que alcanza, en la actualidad, un total aproximado de 12 000 000 de personas en todo el mundo, distribuido de modo desigual (ICPR, 2020). La lista de las siete naciones con mayor población reclusa la encabeza los Estados Unidos de Norteamérica (2 121 600), seguido de China (1 710 000), Brasil (773 151), Rusia (511 030), India (466 084), Tailandia (375 148) y Turquía (286 000). En el ámbito hispanoamericano, México (198 384), Colombia

(112 864) y Argentina (103 209) registran el mayor número de personas privadas de libertad, mientras que Ecuador (39 251) se encuentra en la zona intermedia, considerando los 13 países sudamericanos, en esta materia. Respecto a los delitos por lo que cumple condena la mayoría de la población reclusa, en términos universales, están, por orden de mayor a menor prevalencia, los delitos contra la propiedad, los delitos relacionados con posesión y tráfico de drogas y delitos violentos de diversa índole (UN, 2017). Estas cifras revelan la dimensión del reto que representa para cada estado la aplicación de un proceso de rehabilitación eficaz.

El proceso de rehabilitación social se ve modulado negativamente por la presencia de diversos factores de riesgo (p. ej., condiciones inadecuadas de la infraestructura de los centros, hacinamiento, deficiente atención sanitaria, malnutrición, ausencia de privacidad, convivencia forzada, inactividad física, limitado apoyo social, fácil acceso a sustancias y violencia) que son inherentes al confinamiento penitenciario (Bhugra, 2020). El impacto de estos factores en la salud mental de los internos se ve reflejado en la presencia de patologías, cuya prevalencia ha sido estudiada exhaustivamente (Baranyi et al., 2019; Burneo-Garcés y Pérez-García, 2018; Fazel, Hayes, Bartellas, Clerici y Trestman, 2016; Fazel y Seewald, 2012; Vicens et al., 2011). En síntesis, estos autores refieren varias patologías como las más prevalentes en población penitenciaria de países con ingresos bajos, medios y altos (p. ej., ansiedad, depresión mayor, manía, trastornos psicóticos, trastornos por consumo de sustancias y quejas somáticas). Otros estudios mencionan los trastornos de la personalidad antisocial, límite y paranoide (Molina-Coloma, Salaberría y Pérez, 2018; Rotter, Bruce, Steinbacher, Sawyer y Smith, 2002) y las expresiones de violencia como problemas de salud y seguridad prioritarios (para una revisión, ver Schenk y Fremouw, 2012).

El alcance de la violencia dentro de prisión y su repercusión en términos de seguridad ha generado interés por establecer su etiología, desarrollo y expresión (Nwaopara y Stanley, 2015; Fazel et al., 2016; Scarpa y Raine, 1997). En esta materia, ciertos autores (Baskin,

1991; Facer-Irwin et al., 2019; Hodgins, 1992; Schenk y Fremouw, 2012) relacionan las expresiones más graves de agresión y violencia con características psicopatológicas de diversa índole (p. ej., trastorno por estrés postraumático, trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar, esquizofrenia, paranoia, uso de sustancias, síntomas de confusión, alta autoestima, tendencias agresivas y poco apoyo social). Las conductas violentas contra terceros se darían como reacción defensiva ante la percepción de riesgo inminente, en particular en individuos que padecen trastornos mentales como esquizofrenia, trastorno bipolar, ansiedad o depresión (Harris y Lurigio, 2007; Stimmel, Cruise, Ford y Weiss, 2014). Además, la normalización de estas conductas pone en serio riesgo la integridad del recluso y la de terceros (Trajtenberg y Sánchez de Ribera, 2019) e incide negativamente en el desarrollo de programas de trabajo, educación y tratamiento (Auty, Cope y Liebling, 2017).

Aunque no existe una definición unívoca de agresión, se han propuesto clasificaciones que intentan facilitar su estudio, como la perspectiva motivacional o funcional de la agresión de Dodge (1991), quien la divide en reactiva y proactiva. La agresión reactiva puede ser entendida como la respuesta a una amenaza o provocación real/percibida, caracterizada por activación emocional intensa, impulsividad, hostilidad, autocontrol reducido y limitaciones en el procesamiento de la información (Raine et al., 2006; Andreu, 2009). La agresión proactiva, en cambio, es una acción premeditada, utilizada como medio para alcanzar un objetivo específico, sin la presencia de sentimientos de culpa (Amor, 2005) y con una elevada capacidad de planificación. Esta clasificación no descarta la presencia conjunta de características de estos dos tipos de conducta agresiva.

Desde un enfoque diferente, orientado a entender las formas de expresión de la conducta agresiva, Riley y Treiber (1989) presentan una estructura factorial compuesta por tres formas de manifestar agresividad: actitud agresiva u hostilidad, agresión verbal y agresión física. Al centrarse en la modalidad de agresión más que en la motivación o

funcionalidad de ésta, este modelo puede resultar particularmente útil para identificar la tendencia predominante de un individuo a expresar la agresión de una determinada forma. En todo caso, la evaluación psicológica de la agresión en el entorno penitenciario reviste especial complejidad, debido a la interacción de factores que intervienen en su génesis, desarrollo y expresión (Anderson y Bushman, 2002; Carrasco y González, 2006).

Así, el estudio de la psicopatología de la población penitenciaria y su relación con la agresión resulta particularmente útil para optimizar los procesos fundamentales del sistema de rehabilitación social, como son la clasificación, la seguridad y la intervención en todas sus modalidades y fases. En la dimensión clínica, la psicología penitenciaria no ha conseguido establecer modelos de atención integral que generen resultados consistentes en materia de rehabilitación y, de modo particular, en la reducción de los costos asociados a las conductas violentas (Arbach-Lucioni, Martínez-García y Andrés-Pueyo, 2012). La falta de información sobre las particularidades psicopatológicas del recluso y su relación con la agresión, considerando el delito por el que cumple condena, parece ser un vacío importante en la literatura (Burneo-Garcés, Marín-Morales y Pérez García, 2020; Burneo-Garcés, Fernández-Alcántara, Marín-Morales y Pérez-García, 2018; Trajtenberg y Sánchez de Ribera, 2019).

Por lo tanto, el objetivo del presente estudio fue explorar la relación entre psicopatología y agresión en una muestra de reclusos ecuatorianos que cumplen condena por primera vez, considerando individualmente los cuatro delitos más frecuentes por lo que se cumple condena en el plano internacional (UNODC, 2016). Para esta finalidad, se emplearán las escalas clínicas y la escala Agresión, estructurada de acuerdo con el modelo factorial de Riley y Treiber (1989), del Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI; Morey, 2007). Aunque se trata de un estudio exploratorio, se espera encontrar resultados específicos para cada delito (Burneo-Garcés et al., 2018).

2. Método

2.1. Participantes

Se seleccionó un conjunto de 228 individuos, de edades comprendidas entre los 20 y los 74 años ($M = 36,06$; $DT = 10,866$), mediante muestreo aleatorio, utilizando la lista oficial de hombres que cumplen condena, por primera vez, en los dos centros penitenciarios ecuatorianos más poblados: Centro de Rehabilitación Social Regional Guayas (CRSRG) y Centro de Rehabilitación Social Guayaquil (CRSG). La muestra fue agrupada según los cuatro delitos más frecuentes (UNODC, 2016), según la tipificación empleada en el Código Orgánico Integral Penal de la República del Ecuador (COIP; 2014): Delitos contra la propiedad ($n = 47$; 20,6%), Delitos contra la inviolabilidad de la vida ($n = 75$; 32,9%), Delitos contra la integridad sexual y reproductiva ($n = 65$; 28,5%) y Delitos por la producción o tráfico ilícito de sustancias catalogadas sujetas a fiscalización ($n = 41$; 18%). La distribución de la muestra por centros fue la siguiente: CRSRG = 149 (65%) y CRSG = 79 (35%).

2.2. Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión fueron: (a) cumplir condena, por primera vez, en el CRSRG o el CRSG, y (b) participar voluntariamente en el estudio. Los criterios de exclusión fueron: (a) tener conocimiento insuficiente del idioma español, (b) estar en un estado físico o mental inadecuado para ser evaluado, y (c) mostrar un comportamiento que impide el desarrollo de la evaluación. Los criterios de exclusión se tuvieron en cuenta desde el primer contacto con el recluso hasta el final de la evaluación. Así, la proporción de participantes excluidos (5%) estuvo compuesta por individuos que no declararon interés en el estudio, tuvieron dificultades en la comprensión del lenguaje o, al iniciar la evaluación, mostraron mal comportamiento o falta de motivación para continuar en el estudio. Para estos casos, la información proporcionada por los participantes fue eliminada de inmediato.

2.3. Instrumentos y medidas

1. *Cuestionario sociodemográfico ad hoc*. Los participantes fueron entrevistados utilizando un cuestionario *ad hoc* para recopilar información sobre edad, país de origen, estado civil actual, años de instrucción académica, nivel de educación completado, estatus laboral antes de ingresar a prisión (considerando cualquier trabajo o actividad profesional, formal o informal, con ingresos estables y regulares) y el tipo de delito por el que cumple condena, tipificado según el COIP (2014).
2. *Personality Assessment Inventory* (PAI; Morey, 2007). Se utilizó la adaptación española del PAI (Inventario de Evaluación de la Personalidad), desarrollada por Ortiz-Tallo, Santamaría, Cardenal y Sánchez (2011). El PAI es un autoinforme que mide el efecto de pensamientos, actitudes, comportamientos, hechos y circunstancias pasadas y presentes en el desarrollo de síntomas, las características de la personalidad y el comportamiento del individuo en el momento de la evaluación. Se compone de 4 escalas de validez, 11 escalas clínicas, 5 escalas relacionadas con el tratamiento, 2 escalas de relación interpersonal, 31 subescalas y 10 índices complementarios (los contenidos de las 22 escalas no se superponen). Las escalas clínicas representan los síndromes clínicos de mayor significación en la práctica diagnóstica, mientras que las escalas relacionadas con el tratamiento aportan información complementaria que podría ser relevante para una posible intervención. Finalmente, las escalas de relación interpersonal miden el estilo de relación interpersonal, mientras que los índices complementarios pueden utilizarse para obtener una interpretación más precisa de algunas de las puntuaciones obtenidas en el resto de las escalas. Para el presente estudio, se utilizaron las 11 escalas clínicas (Quejas somáticas = SOM; Ansiedad = ANS; Trastornos relacionados con la ansiedad = TRA; Depresión = DEP; Manía = MAN; Paranoia = PAR; Esquizofrenia = ESQ; Rasgos límites = LIM; Rasgos antisociales = ANT; Problemas con el alcohol = ALC; Problemas con las drogas

= DRG) y una escala relacionada con el tratamiento (AGR = Agresión), que mide actitud agresiva, agresiones verbales y agresiones físicas. Esta herramienta está compuesta por 344 ítems y utiliza una escala Likert con cuatro alternativas de respuesta: 1 = Falso, 2 = Ligeramente verdadero, 3 = Bastante verdadero y 4 = Completamente verdadero. Completar el cuestionario requiere un nivel de lectura de cuarto grado de educación primaria y toma entre 45 y 60 minutos.

La adaptación española del PAI posee adecuadas propiedades psicométricas (Ortiz-Tallo et al., 2011). La mediana de los coeficientes alfa de Cronbach obtenida fue .78 para las escalas y .70 para las subescalas. Al analizar la consistencia temporal, la mediana de las correlaciones test-retest obtenida fue .84 para las escalas y .79 para las subescalas. La comparación de las puntuaciones T medias de la muestra típica de la adaptación española con el baremo estadounidense del PAI (Morey, 2007) arrojó diferencias en los tamaños de efecto que no eran significativas para 17 de las 21 escalas y pequeñas para las 4 escalas restantes. En general, los resultados obtenidos fueron consistentes con los encontrados en los estudios originales (Morey, 1991, 2007). Finalmente, el PAI ha revelado propiedades psicométricas aceptables en la población carcelaria ecuatoriana (Burneo-Garcés, Fernández-Alcántara, Aguayo-Extremera y Pérez-García (2018). Estos autores informaron que la estructura interna de la adaptación española de este instrumento era consistente con la estructura de tres componentes invariantes descrita por Hoelzle y Meyer (2009), con coeficientes alfa de Cronbach que van de .49 a .89.

Dada la ausencia de baremos específicos para poblaciones latinoamericanas de habla hispana al momento de la evaluación, en el presente estudio se utilizaron los baremos españoles. Respecto a los criterios de validez, Ortiz-Tallo et al. (2011) han indicado dos estrategias con alta sensibilidad y especificidad para detectar respuesta

aleatoria en poblaciones generales y clínicas utilizando dos escalas de validez: (1) Inconsistencia (INC) 75T o Infrecuencia (INF) 75T, y (2) INC 64T e INF 60T. Sin embargo, ellos también destacaron la utilidad limitada de la escala INF en entornos penitenciarios, ya que las puntuaciones altas en esta escala parecen estar más relacionadas con las características de la situación de los reclusos que con un patrón de respuesta aleatoria. Dadas estas consideraciones, preferimos aplicar el punto de corte INC 75T. Para las escalas de validez Impresión Negativa (IMN) e Impresión Positiva (IMP), se tomaron en cuenta los puntos de corte 101T y 65T respectivamente (Ortiz-Tallo et al., 2011). La aplicación secuencial de estos tres puntos de corte arrojó como resultado 228 protocolos válidos.

2.4. Procedimiento

La Subsecretaría de Rehabilitación, Reinserción y Medidas Cautelares para Adultos (Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos de Ecuador) otorgó los permisos necesarios. Se solicitó a los directores de los dos centros penitenciarios información estadística y apoyo para la coordinación del trabajo de campo en los dos centros penitenciarios según las normas de seguridad exigidas. Un equipo de nueve psicólogos del Ministerio de Salud Pública de Ecuador (MSP) realizó las evaluaciones entre febrero y abril de 2015, ninguno de los cuales tenía autoridad ni influencia dentro del contexto penitenciario. Además, los nueve evaluadores recibieron capacitación en psicopatología forense, investigación en salud mental, aplicación del protocolo de investigación y gestión de la información. Las normas disciplinarias de las prisiones, las características individuales (físicas y psicológicas) de los participantes, y el tiempo disponible para el trabajo de campo, sugirió un procedimiento de evaluación lo más breve y útil posible. El cuestionario *ad hoc* se administró inmediatamente después del PAI. En total, la evaluación individual tomó entre 70

y 90 minutos. No se presentaron inconvenientes durante la aplicación del protocolo de evaluación a la muestra de estudio.

2.5. Aspectos éticos

La Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención en Salud (MSP) revisó los aspectos técnicos del estudio, mientras que la Coordinación Zonal 8 - Salud (CZ8-S, MSP) gestionó tanto la revisión ética como la aprobación del estudio. Los reclusos seleccionados fueron contactados en su pabellón, donde se les brindó, tanto individualmente como en grupo, información sobre las características del estudio, pudiendo decidir libremente su participación, siendo conocedores de que ésta no implica ningún tipo de beneficio a corto, mediano o largo plazo, y de que pueden abandonar el estudio en cualquier momento. Todos firmaron el Consentimiento Informado después de conocer las características del estudio y los derechos que la Constitución de la República del Ecuador (2008) garantiza a quienes participan en una investigación. Este estudio observó los principios éticos de la Declaración de Helsinki y las Directrices para la buena práctica clínica de la Unión Europea.

2.6. Análisis

Se utilizaron estadísticos descriptivos para presentar las características sociodemográficas, judiciales y clínicas de la muestra total y las submuestras de cuatro delitos, y se llevaron a cabo análisis de regresión lineal para cada uno de los cuatro delitos analizados, tomando como variable criterio las puntuaciones directas de la escala AGR y como variables predictoras las puntuaciones directas de las escalas SOM, ANS, TRA, DEP, MAN, PAR, ESQ, LIM, ANT, ALC y DRG. Se establecieron niveles de significancia de $p < .05$ y $p < .001$. Los datos fueron procesados utilizando el paquete estadístico SPSS.22 para Windows (IBM, 2013).

3. Resultados

Dado que no se encontraron diferencias estadísticas significativas entre ambos centros, respecto a las variables sociodemográficas analizadas, los datos fueron procesados y presentados como una sola muestra.

En cuanto a datos sociodemográficos se refiere, las condiciones que obtienen mayor prevalencia, por delito y variable analizada, son los DPTIS y los DCIV, en el intervalo de edad de 31-45 años, superando el 50% en cada caso; en los cuatro delitos, los ecuatorianos; los DCIV, en Unión libre; los DPTIS, en total de años de instrucción; los DCISR, en nivel de educación primaria finalizada, si bien los DPTIS obtienen el mayor porcentaje (casi un 37%) en nivel de instrucción secundaria finalizada. Finalmente, los DCISR y los DCP tienen los mayores porcentajes de empleo antes de ingresar en prisión (ver Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas y judiciales de la muestra

Variable	Muestra (N = 228)	DCP (n = 47)	DCIV (n = 75)	DCISR (n = 65)	DPTIS (n = 41)
	f o M (% o DT)	f o M (% o DT)	f o M (% o DT)	f o M (% o DT)	f o M (% o DT)
Edad	36,06 (10,866)	29,32 (6,653)	34,83 (12,903)	39,82 (12,903)	40,10 (10,148)
Rango de edad					
18-30 años	87 (38,16)	35 (74,47)	27 (36,00)	18 (27,70)	7 (17,07)
31-45 años	99 (43,42)	11 (23,40)	40 (53,33)	25 (38,46)	23 (56,10)
46-60 años	36 (15,80)	1 (02,13)	7 (09,33)	18 (27,70)	10 (24,39)
61-75 años	6 (02,63)	0 (00,00)	1 (01,33)	4 (06,15)	1 (02,44)
País de origen					
Ecuador	214 (93,86)	46 (97,87)	70 (93,33)	65 (100,00)	33 (80,49)
Otros países	14 (06,14)	1 (02,13)	5 (06,66)	0 (00,00)	8 (19,51)
Estado civil					
Soltero/Viudo	67 (29,39)	20 (42,55)	17 (22,67)	20 (30,77)	10 (24,39)
Unión libre	105 (46,05)	17 (36,17)	48 (64,00)	24 (36,92)	16 (36,02)
Casado	30 (13,16)	6 (12,77)	3 (04,00)	12 (18,46)	9 (21,95)
Separado/Divorciado	26 (11,40)	4 (08,51)	7 (09,33)	9 (13,85)	6 (14,63)
Años de instrucción	8,66 (2,003)	8,74 (3,541)	8,04 (3,474)	8,63 (4,033)	9,76 (3,992)
Nivel de educación¹					
Ninguno ²	37 (16,23)	7 (14,89)	16 (21,33)	9 (13,85)	5 (12,20)
Primaria	136 (59,65)	27 (57,45)	45 (60,00)	44 (67,69)	20 (48,78)
Secundaria	50 (21,93)	13 (27,66)	13 (17,33)	9 (13,85)	15 (36,59)
Superior	5 (02,19)	0 (00,00)	1 (01,33)	3 (04,62)	1 (02,44)
Estatus laboral³					
Desempleado	32 (14,04)	4 (08,51)	12 (16,00)	5 (07,69)	11 (26,83)
Empleado	196 (85,96)	43 (91,49)	63 (84,00)	60 (92,31)	30 (73,17)

Nota. Muestra = protocolos del PAI que cumplen los criterios de validez para el presente estudio. DCP = Delitos contra la propiedad; DCIV = Delitos contra la inviolabilidad de la vida; DCISR = Delitos contra la integridad sexual y reproductiva; DPTIS = Delitos por la producción o tráfico ilícito de sustancias catalogadas sujetas a fiscalización.

¹Finalizado.

²Esta condición no implica analfabetismo.

³Antes de ingresar en prisión.

La Tabla 2 indica las medias de las puntuaciones directas obtenidas por los participantes en cada delito para las 12 escalas del PAI incluidas en el presente estudio. En las escalas clínicas SOM, ANS, TRA, DEP, ESQ y LIM, los DCIV muestran los valores más elevados, mientras que los DCP obtienen las puntuaciones directas más altas en MAN, PAR, ANT, ALC, DRG y AGR. Considerando que la variable criterio es AGR, conviene señalar que los DCP y DCISR presentan los valores medios más elevados en los constructos que mide esta escala, respectivamente.

Tabla 2. Media y desviación típica de las puntuaciones directas en 12 escalas del PAI, para la muestra y para cuatro delitos

Variable	Muestra (N = 228)	DCP (n = 47)	DCIV (n = 75)	DCISR (n = 65)	DPTIS (n = 41)
	f o M (% o DT)	f o M (% o DT)	f o M (% o DT)	f o M (% o DT)	f o M (% o DT)
SOM	19,80 (10,259)	18,43 (09,593)	21,17 (09,825)	20,72 (10,723)	17,41 (10,768)
ANS	23,67 (10,049)	23,85 (10,110)	25,61 (09,272)	23,05 (10,406)	20,88 (10,366)
TRA	28,63 (09,262)	29,04 (08,743)	30,20 (08,821)	28,00 (09,624)	26,27 (09,775)
DEP	22,18 (09,368)	22,02 (09,444)	24,13 (08,845)	21,80 (09,901)	19,37 (08,851)
MAN	29,29 (08,640)	30,40 (08,594)	28,89 (08,747)	29,60 (08,198)	28,24 (09,308)
PAR	30,59 (07,595)	31,51 (06,043)	31,23 (07,663)	29,65 (08,205)	29,88 (08,081)
ESQ	21,52 (08,484)	22,28 (08,914)	22,39 (07,359)	21,42 (08,076)	19,24 (10,254)
LIM	25,41 (08,947)	26,36 (09,142)	26,59 (08,665)	24,14 (09,095)	24,17 (08,888)
ANT	22,31 (08,460)	25,87 (09,038)	21,59 (08,383)	21,18 (07,919)	21,34 (07,933)
ALC	07,29 (06,766)	09,38 (07,312)	06,57 (06,420)	07,83 (07,097)	05,37 (05,576)
DRG	06,39 (07,473)	08,30 (07,570)	06,01 (07,346)	06,09 (07,458)	05,37 (07,516)
AGR	14,16 (07,543)	16,53 (07,392)	13,69 (07,628)	14,05 (07,402)	12,49 (07,406)

Nota. Muestra = protocolos del PAI que cumplen los criterios de validez para el presente estudio. DCP = Delitos contra la propiedad; DCIV = Delitos contra la inviolabilidad de la vida; DCISR = Delitos contra la integridad sexual y reproductiva; DPTIS = Delitos por la producción o tráfico ilícito de sustancias catalogadas sujetas a fiscalización. Escalas del PAI: SOM = Quejas somáticas, ANS = Ansiedad, TRA = Trastornos relacionados con la ansiedad, DEP = Depresión, MAN = Manía, PAR = Paranoia, ESQ = Esquizofrenia, LIM = Rasgos límites, ANT = Rasgos Antisociales, ALC = Problemas con el alcohol, DRG = Problemas con las drogas, AGR = Agresión.

El modelo de regresión lineal para cada una de las 11 escalas clínicas del PAI como variables predictoras de AGR, en los DCP, indica que las escalas LIM, MAN y ANT explican los mayores porcentajes de la varianza de las puntuaciones en la escala AGR (ver Tabla 3).

Tabla 3. Modelo de regresión lineal utilizando las puntuaciones directas de la escala Agresión del PAI como variable criterio y las puntuaciones directas de las escalas clínicas del PAI como variables predictoras, para los delitos contra la propiedad

Variables	β estandarizada	t	p	Inferior 95% CI	Superior 95% CI	R ²	R ² ajustada
SOM	.278	1.945	.058	-.008	.437	.078	.057
ANS	.357	2.560	.014*	.056	.466	.127	.108
TRA	.170	1.156	.254	-.107	.394	.029	.007
DEP	.304	2.143	.038*	.014	.462	.093	.072
MAN	.491	3.778	.000**	.197	.647	.241	.224
PAR	.011	-0.074	.941	-.381	.354	.000	-.022
ESQ	.366	2.635	.012*	.710	.535	.134	.114
LIM	.505	3.925	.000**	.199	.618	.255	.238
ANT	.454	3.421	.001*	.153	.590	.206	.189
ALC	.199	1.364	.179	-.096	.499	.040	.018
DRG	.360	2.588	.013*	.078	.625	.130	.110

Nota. Escalas clínicas del PAI: SOM (Quejas somáticas), ANS (Ansiedad), TRA (Trastornos relacionados con la ansiedad), DEP (Depresión), MAN (Manía), PAR (Paranoia), ESQ (Esquizofrenia), LIM (Rasgos límites), ANT (Rasgos antisociales), ALC (Problemas con el alcohol), Problemas con las drogas (DRG).

* $p < .05$, ** $p < .001$.

El modelo de regresión lineal para cada una de las 11 escalas clínicas del PAI como variables predictoras de AGR, en los delitos contra la inviolabilidad de la vida, indica que las escalas LIM, MAN, ANT y PAR explican los mayores porcentajes de la varianza de las puntuaciones en la escala AGR (ver Tabla 4).

Tabla 4. Modelo de regresión lineal utilizando las puntuaciones directas de la escala Agresión del PAI como variable criterio y las puntuaciones directas de las escalas clínicas del PAI como variables predictoras, para los delitos contra la inviolabilidad de la vida

Variables	β estandarizada	<i>t</i>	<i>p</i>	Inferior 95% CI	Superior 95% CI	R2	R2 ajustada
SOM	-.053	-0.457	.649	-.222	.139	.003	-.011
ANS	.374	3.443	.001**	.129	.485	.140	.128
TRA	.277	2.464	.016*	.046	.433	.077	.064
DEP	.316	2.845	.006*	.082	.463	.100	.087
MAN	.513	5.100	.000**	.272	.622	.263	.253
PAR	.513	5.107	.000**	.311	.710	.263	.253
ESQ	.408	3.818	.000**	.202	.644	.166	.155
LIM	.685	8.024	.000**	.453	.752	.469	.461
ANT	.637	7.069	.000**	.417	.744	.406	.398
ALC	.341	3.103	.003*	.145	.666	.117	.104
DRG	.352	3.212	.002*	.139	.592	.124	.112

Nota. Escalas clínicas del PAI: SOM (Quejas somáticas), ANS (Ansiedad), TRA (Trastornos relacionados con la ansiedad), DEP (Depresión), MAN (Manía), PAR (Paranoia), ESQ (Esquizofrenia), LIM (Rasgos límites), ANT (Rasgos antisociales), ALC (Problemas con el alcohol), Problemas con las drogas (DRG).

* $p < .05$, ** $p < .001$.

El modelo de regresión lineal para cada una de las 11 escalas clínicas del PAI como variables predictoras de AGR, en los delitos contra la integridad sexual y reproductiva, indica que las escalas LIM, ESQ, ANT, PAR y ANS explican los mayores porcentajes de la varianza en las puntuaciones de la escala AGR (ver Tabla 5).

Tabla 5. Modelo de regresión lineal utilizando las puntuaciones directas de la escala Agresión del PAI como variable criterio y las puntuaciones directas de las escalas clínicas del PAI como variables predictoras, para los delitos contra la integridad sexual y reproductiva

Variables	β estandarizada	<i>t</i>	<i>p</i>	Inferior 95% CI	Superior 95% CI	R2	R2 ajustada
SOM	.368	3.142	.003*	.092	.416	.135	.122
ANS	.449	3.985	.000**	.159	.479	.201	.189
TRA	.303	2.521	.014*	.048	.417	.092	.077
DEP	.384	3.306	.002*	.114	.461	.148	.134
MAN	.385	3.316	.002*	.138	.558	.149	.135
PAR	.472	4.250	.000**	.226	.626	.223	.211
ESQ	.625	6.358	.000**	.393	.753	.391	.381
LIM	.755	9.149	.000**	.481	.749	.571	.564
ANT	.623	6.322	.000**	.398	.766	.388	.378
ALC	.202	1.641	.106	-.046	.468	.041	.026
DRG	.291	2.416	.019*	.050	.528	.085	.070

Nota. Escalas clínicas del PAI: SOM (Quejas somáticas), ANS (Ansiedad), TRA (Trastornos relacionados con la ansiedad), DEP (Depresión), MAN (Manía), PAR (Paranoia), ESQ (Esquizofrenia), LIM (Rasgos límites), ANT (Rasgos antisociales), ALC (Problemas con el alcohol), Problemas con las drogas (DRG).

* $p < .05$, ** $p < .001$.

Tabla 6. Modelo de regresión lineal utilizando las puntuaciones de la escala Agresión del PAI como variable criterio y las puntuaciones de las escalas clínicas del PAI como variables predictoras, para los delitos por la producción o tráfico ilícito de sustancias catalogadas sujetas a fiscalización

Variables	β estandarizada	<i>t</i>	<i>p</i>	Inferior 95% CI	Superior 95% CI	R2	R2 ajustada
SOM	.185	1.177	.246	-.092	.346	.185	.010
ANS	.529	3.896	.000**	.182	.574	.280	.262
TRA	.381	2.574	.014*	.062	.516	.145	.123
DEP	.352	2.348	.024*	.041	.548	.124	.101
MAN	.375	2.526	.016*	.059	.537	.141	.119
PAR	.606	4.755	.000**	.319	.791	.367	.351
ESQ	.480	3.417	.001**	.141	.552	.230	.211
LIM	.697	6.079	.000**	.388	.775	.486	.473
ANT	.613	4.843	.000**	.333	.811	.376	.359
ALC	.339	2.254	.030*	.046	.856	.115	.093
DRG	.461	3.245	.002*	.171	.738	.213	.192

Nota. Escalas clínicas del PAI: SOM (Quejas somáticas), ANS (Ansiedad), TRA (Trastornos relacionados con la ansiedad), DEP (Depresión), MAN (Manía), PAR (Paranoia), ESQ (Esquizofrenia), LIM (Rasgos límites), ANT (Rasgos antisociales), ALC (Problemas con el alcohol), Problemas con las drogas (DRG).

* $p < .05$, ** $p < .001$.

El modelo de regresión lineal para cada una de las 11 escalas clínicas del PAI como variables predictoras de AGR, en los delitos por la producción o tráfico ilícito de sustancias catalogadas sujetas a fiscalización, indica que las escalas LIM, ANT, PAR, ANS, ESQ y DGR explican los mayores porcentajes de la varianza en las puntuaciones de la escala AGR (ver Tabla 6).

4. Discusión

El objetivo del presente estudio fue explorar la relación entre psicopatología y agresión en una muestra de reclusos ecuatorianos que cumplen condena por primera vez, considerando individualmente los cuatro delitos más frecuentes por lo que se cumple condena en el plano internacional y en el Ecuador (Burneo-Garcés y Pérez-García, 2018; UNODC, 2016), según la tipificación empleada en el COIP (2014): Delitos contra la propiedad, Delitos contra la inviolabilidad de la vida, Delitos contra la integridad sexual y reproductiva y Delitos por la producción o tráfico ilícito de sustancias catalogadas sujetas a fiscalización. Para esta finalidad, se llevaron a cabo análisis de regresión lineal, empleando las puntuaciones directas de la escala Agresión, como variable criterio en cada delito, y las puntuaciones directas de cada una de las 11 escalas clínicas del PAI, como variables predictoras.

Variables sociodemográficas

Los resultados obtenidos en el análisis de las variables sociodemográficas son consistentes con los referidos en estudios previos realizados con población penitenciaria ecuatoriana (Burneo-Garcés y Pérez-García, 2018).

Predictores clínicos relevantes y comunes de la agresión

Las escalas Agresión, que mide diferentes formas de expresión de la agresión (actitud agresiva, agresiones verbales y agresiones físicas), y clínicas del PAI, que miden los síndromes clínicos más habituales, son bastante útiles para el propósito del presente estudio, cuyo enfoque exploratorio. Esto significa que no existe literatura sobre la materia de estudio que nos pueda orientar sobre la posible dirección de los hallazgos, de modo que podamos plantear una hipótesis de partida. Sin embargo, un estudio previo (Burneo-Garcés et al., 2018) nos permite esperar la presencia de características diferenciadas en cuanto a la relación de los principales y más relevantes predictores clínicos de la agresión, que explican los porcentajes más elevados de la varianza en la escala Agresión, en cada uno de los cuatro delitos analizados.

Los hallazgos sugieren, en coherencia con lo que refiere la literatura, dos predictores comunes (LIM y ANT) de la agresión para los cuatro delitos y un predictor común (PAR) de la agresión para tres delitos. La presencia conjunta del trastorno de la personalidad límite y el trastorno de la personalidad antisocial es, al parecer, un predictor importante de conductas violentas (para una revisión, ver Allen y Links, 2011). Se considera que los reclusos con trastorno de personalidad límite presentan dos veces más conductas agresivas, que aquellos que no padecen este trastorno (Moore et al., 2018). Además, aunque no existen investigaciones previas sobre la relación del trastorno de la personalidad antisocial con la agresión en población penitenciaria sin antecedentes penales, otros estudios confirman esta asociación en reclusos con antecedentes penales (Comai et al., 2019), debido a la baja maduración del carácter y a la elevada búsqueda de experiencias novedosas y desafiantes (Falk et al., 2017). Respecto a la presencia de PAR como predictor de la agresión en tres de los cuatro delitos estudiados (DCIV, DCISR, DPTIS), su presencia podría deberse a que los reclusos tienden a reaccionar agresivamente ante amenazas reales o percibidas (Tiegreen y Combs, 2017), motivados por la sensación de inseguridad, expectativas de represalias, deficiencias en el control de los impulsos y a los efectos del hacinamiento (Toch y Kupers, 2007). El nivel de alerta podría verse acentuado en reclusos que por primera vez experimentan el confinamiento penitenciario, la presencia de ANS con PAR, en los DPTIS y los DCISR, puede explicar los problemas de contenido del pensamiento, la angustia y la persistencia, aumentando la probabilidad de interpretaciones amenazantes en individuos con rasgos paranoides (Freeman, 2016).

Predictores clínicos relevantes y específicos de la agresión en delitos contra la propiedad

En este tipo de delitos, LIM, MAN y ANT presentan los valores de explicación de la varianza en las puntuaciones de la escala Agresión más altos, respectivamente, si bien estos valores son inferiores a los observados para el resto de los delitos estudiados. Sin embargo, este tipo de reclusos puntúa, de media, más alto que los demás en ANT y AGR (ver Tabla 2). Que MAN

tenga más fuerza predictora que ANT puede deberse a los efectos de las condiciones de vida dentro de prisión, que generan mayores niveles de actividad, irritabilidad, impaciencia y exigencia, pues los individuos en fase maniaca son generalmente más violentos (para una revisión, ver Volavka, 2013).

Predictores clínicos relevantes y específicos de la agresión en delitos contra la inviolabilidad de la vida

En este tipo de delitos, LIM, ANT, MAN y PAR presentan los valores de explicación de la varianza en las puntuaciones de la escala Agresión más elevados, respectivamente, siendo el valor de ANT superior en los cuatro tipos de delitos, posiblemente por la relación entre la naturaleza de este tipo de delitos y las características del delincuente (p.ej., egoísmo, crueldad y falta de empatía y remordimientos). Además, la fuerza predictora de MAN es mayor que en los DCP, hallazgo que puede tener fundamento en lo referido por Graz, Etschel, Schoech y Soyka (2009), quienes sugieren que la manía, entre todos los trastornos afectivos, es la que mejor predice la conducta violenta en población general.

Predictores clínicos relevantes y específicos de la agresión en delitos contra la integridad sexual y reproductiva

En este tipo de delitos, LIM, ESQ, ANT, PAR y ANS presentan los valores de explicación de la varianza en las puntuaciones de la escala Agresión más elevados, respectivamente, siendo el valor de LIM superior en este tipo de delitos. ESQ y ANS se presentan como indicadores no referidos en los dos tipos de delitos anteriores. La presencia de ESQ y PAR puede influir en el comportamiento agresivo de estos reclusos por el déficit de control de impulsos (Sahota y Chesterman, 1998), los problemas de contenido del pensamiento y la interpretación distorsionada de situaciones percibidas como amenazantes (Freeman, 2016). Si bien no existen estudios que vinculen las características psicopatológicas de este tipo de reclusos con la agresión, la literatura menciona que éstos presentan niveles bajos en agresividad, pero altos en ansiedad

(Bismpas et al., 2020), siendo los agresores sexuales de mujeres más violentos que los agresores sexuales de niños (Castro, López-Castedo y Sueiro, 2009).

Predictores clínicos relevantes y específicos de la agresión en delitos por la producción o tráfico ilícito de sustancias catalogadas sujetas a fiscalización

En este tipo de delitos, LIM, ANT, PAR, ANS, ESQ y DRG presentan los valores de explicación de la varianza en las puntuaciones de la escala Agresión más elevados, respectivamente, siendo DRG indicador específico de este tipo de delitos. De los tres tipos de delitos donde PAR es considerado como indicador principal de la agresión, es en éste donde obtiene el más alto valor. Algo similar sucede con ANS, cuya fuerza predictiva es superior a la que muestra en el los DCISR. Es posible que los rasgos paranoides, la ansiedad y el consumo de sustancias podrían explicar la conducta violenta en este tipo de reclusos, debido a que son considerados, con independencia de la dirección de su interacción y repercusión, factores predisponentes de la conducta violenta en la población penitenciaria general (Friedman, 1998), aunque el consumo de sustancias, por sí solo, guarda una relación directa con diversas expresiones de violencia (Alevizopoulos e Igoumenou, 2016).

Implicaciones clínicas

Los principales cuestionamientos a la eficacia del sistema de rehabilitación giran en torno a los resultados insuficientes en materia de reinserción del recluso, en diversas fases de su estancia en prisión: al ingresar, durante el cumplimiento de su condena, cuando se prepara para salir en libertad y una vez que sale de prisión. Si uno de los elementos esenciales de la rehabilitación del recluso es su salud integral, parece necesario optimizar los procesos de evaluación e intervención individual y grupal, considerando su perfil clínico y delincencial. Los hallazgos del presente estudio apuntan a la existencia de perfiles clínicos específicos de los reclusos según el tipo de delito cometido, especialmente cuando no tienen antecedentes, donde la relación con la violencia, como problema prioritario dentro de prisión, tiene un papel fundamental.

Consideramos que es indispensable fomentar esta perspectiva de análisis de la salud mental de la población penitenciaria, dada su utilidad para optimizar los procesos, procedimientos y toma de decisiones en la clasificación, en la seguridad y en las diversas formas de intervención, considerados componentes esenciales de cualquier modelo de reinserción social.

Fortalezas y limitaciones

Este estudio compara, por primera vez, la relación entre las características psicopatológicas y la agresión en población penitenciaria que cumple condena por primera vez, considerando cada uno de los cuatro delitos más frecuentes en el plano nacional e internacional, según la tipificación empleada en el COIP (2014) y utilizando la adaptación española del *Personality Assessment Inventory* (PAI; Morey, 2007), desarrollada por Ortiz-Tallo, Santamaría, Cardenal y Sánchez (2011). Sin embargo, no se ha podido contar con una muestra más amplia, lo que hubiese permitido llevar a cabo un análisis minucioso por delito, no por tipo de delitos, y, en consecuencia, mejorar la precisión y la utilidad de los hallazgos.

Conclusión

En conclusión, los resultados del presente estudio indican que existen predictores clínicos relevantes de la agresión en población penitenciaria, comunes a los cuatro delitos más frecuentes y específicos de cada uno de ellos, considerando su fuerza predictora y su papel en el perfil clínico de cada delito. Por una parte, Rasgos límites y Rasgos antisociales se presentan como predictores de la agresión para los cuatro delitos, mientras que Paranoia se presenta como predictor de la agresión para Delitos contra la inviolabilidad de la vida, Delitos contra la integridad sexual y reproductiva y Delitos por la producción o tráfico ilícito de sustancias catalogadas sujetas a fiscalización. Por otra parte, Manía se presenta como predictor relevante y específico en Delitos contra la propiedad; Rasgos antisociales y Manía se presentan como predictores relevantes y específicos en Delitos contra la inviolabilidad de la vida; Esquizofrenia y Ansiedad se presentan como predictores relevantes y específicos en Delitos contra la integridad

sexual y reproductiva; y Problemas con las drogas se presentan como predictor relevante y específico en Delitos por la producción o tráfico ilícito de sustancias catalogadas sujetas a fiscalización. Futuros estudios deberán profundizar, con metodologías más complejas y exhaustivas, en el análisis de los predictores clínicos más potentes de la agresión, por delito, en reclusos con y sin antecedentes penales.

5. Referencias

- Alevizopoulos, G. e Igoumenou, A. (2016). Psychiatric disorders and criminal history in male prisoners in Greece. *International Journal of Law and Psychiatry*, 47, 171-175. doi: 10.1016/j.ijlp.2016.04.003.
- Allen, A. y Links, P. S. (2011). Aggression in Borderline Personality Disorder: Evidence for Increased Risk and Clinical Predictors. *Current Psychiatry Reports*, 14, 62-69. doi: 10.1007/s11920-011-0244-9.
- Amor, P. J. (2005). Personalidades violentas. *Revista Crítica*, 925, 24-28.
- Anderson, C. A. y Bushman, B. J. (2002). Human Aggression. *Annual Review of Psychology*, 53, 27-51. doi: 10.1146/annurev.psych.53.100901.135231.
- Andreu, J. (2009). Propuesta de un Modelo Integrador de la Agresividad Impulsiva y Premeditada en función de sus Bases Motivacionales y Sociocognitivas. *Psicología Clínica Legal y Forense*, 9, 85-98.
- Arbach-Lucioni, K., Martínez-García, M. y Andrés-Pueyo, A. (2012). Risk Factors for Violent Behavior in Prison Inmates. *Criminal Justice and Behavior*, 39, 1219-1239. doi: 10.1177/0093854812445875.
- Auty, K., Cope, A. y Liebling, A. (2017). Psychoeducational programs for reducing prison violence: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 33, 126-143. doi: 10.1016/j.avb.2017.01.018.

- Baranyi, G., Scholl, C., Fazel, S., Patel, V., Priebe, S. y Mundt, A. P. (2019). Severe mental illness and substance use disorders in prisoners in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis of prevalence studies. *The Lancet Global Health*, 7, e461–e471. doi: 10.1016/S2214-109X(18)30539-4.
- Baskin, D. R., Sommers, I. y Steadman, H. J. (1991). Assessing the impact of psychiatric impairment on prison violence. *Journal of Criminal Justice*, 19, 271-280. doi: 10.1016/0047-2352(91)90006-h.
- Bhugra, D. (2020). Imprisoned bodies, imprisoned minds. *Forensic Science International: Mind and Law*, 1. 100002. doi: 10.1016/j.fsimpl.2019.100002.
- Bismpas, L., Athanasiadis, L., Nestor, P., Dimitrios, P., Anastasia, K. y Ioannis, D. (2020). Psychopathology, psychosocial factors and sexuality of incarcerated sexual offenders in Greek prison. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 74, 102031. doi:10.1016/j.jflm.2020.102031.
- Burneo-Garcés, C. y Pérez-García, M. (2018). Prevalence of psychopathological features in South American prisons using the Personality Assessment Inventory. *Behavioral Psychology*, 26, 177-194.
- Burneo-Garcés, C., Fernández-Alcántara, M., Aguayo-Extremera, R. y Pérez-García, M. (2018). Psychometric properties of the Spanish adaptation of the Personality Assessment Inventory in correctional settings. *Journal of Personality Assessment*, 1-13. doi:10.1080/00223891.2018.1481858.
- Burneo-Garcés, C., Fernández-Alcántara, M., Marín-Morales, A. y Pérez-García, M. (2018). Are psychological measures and actuarial data equally effective in discriminating among the prison population? Analysis by crimes. *PLoS ONE*. doi: 10.1371/journal.pone.0198251.

- Burneo-Garcés, C., Marín-Morales, A. y Pérez-García, M. (2020). Relationship between expressions of aggression and individual characteristics in correctional settings: A Path Analysis. *Journal of personality and social psychology* (en revisión).
- Castro, M. E., López-Castedo, A. y Sueiro, E. (2009). Sintomatología asociada a agresores sexuales en prisión. *Anales de Psicología*, 25, 55-51.
- Comai, S., Bertazzo, A., Vachon, J., Daigle, M., Toupin, J., Côté, G. y Gobbi, G. (2019). Trace elements among a sample of prisoners with mental and personality disorders and aggression: correlation with impulsivity and ADHD indices. *Journal of trace elements in medicine and biology*, 51, 123-129. doi: 10.1016/j.jtemb.2018.10.008.
- Carrasco, M. A. y González, M. J. (2006). Aspectos conceptuales de la agresión: definición y modelos explicativos. *Acción psicológica*, 4, 7-38.
- Código Orgánico Integral Penal de la República del Ecuador (2014). Registro Oficial. Suplemento. Año I, nº 180. Disponible en: <http://www.registroficial.gob.ec>.
- Constitución de la República del Ecuador (2008). Registro Oficial nº 449. Recuperado de: http://www.corteconstitucional.gob.ec/images/contenidos/quienessomos/Constitucion_politica.pdf.
- Dodge, K. A. (1991). The structure and function of reactive and proactive aggression. En D. J. Pepler y K. H. Rubin (eds.). *The development and treatment of childhood aggression* (pp. 201-218). New York: Erlbaum.
- Facer-Irwin, E., Blackwood, N. J., Bird, A., Dickson, H., McGlade, D., Alves-Costa, F. y MacManus, D. (2019). PTSD in prison settings: A systematic review and meta-analysis of comorbid mental disorders and problematic behaviors. *PLoS ONE*, 14, e0222407. doi: 10.1371/journal.pone.0222407.

- Falk, Ö., Sfendla, A., Brändström, S., Anckarsäter, H., Nilsson, T. y Kerekes, N. (2017). Personality and trait aggression profiles of male and female prison inmates. *Psychiatry research*, 250, 302-309. doi: 10.1016/j.psychres.2016.12.018.
- Fazel, S., Hayes, A. J., Bartellas, K., Clerici, M. y Trestman, R. (2016). Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions. *The Lancet Psychiatry*, 3, 871-881. doi: 10.1016/s2215-0366(16)30142-0.
- Fazel, S. y Seewald, K. (2012). Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 200, 364-373. doi: 10.1192/bjp.bp.111.096370.
- Freeman, D. (2016). Persecutory delusions: A cognitive perspective on understanding treatment. *The Lancet Psychiatry*, 3, 685-692. doi:10.1016/S2215-0366(16)00066-3.
- Friedman, A. S. (1998). Substance use/abuse as a predictor to illegal and violent behavior: A review of the relevant literature. *Aggression and Violent Behavior*, 3, 339-355. doi:10.1016/S1359-1789(97)00012-8.
- Graz, C., Etschel, E., Schoech, H. y Soyka, M. (2009). Criminal behaviour and violent crimes in former inpatients with affective disorder. *Journal of Affective Disorders*, 117, 98-103. doi: 10.1016/j.jad.2008.12.007.
- Harris, A. y Lurigio, A. J. (2007). Mental illness and violence: A brief review of research and assessment strategies. *Aggression and Violent Behavior*, 12, 542-551. doi: 10.1016/j.avb.2007.02.008.
- Hodgins, S. (1992). Mental Disorder, Intellectual Deficiency, and Crime. *Archives of General Psychiatry*, 49, 476-483. doi: 10.1001/archpsyc.1992.01820060056009.
- Hoelzle, J. B. y Meyer, G. J. (2009). The invariant component structure of the personality assessment inventory (PAI) full scales. *Journal of Personality Assessment*, 91, 175-186. doi:10.1080/00223890802634316.

- IBM Corp. (2013). *IBM SPSS Statistics for Windows* (version 22.0) [Computer software]. Armonk, NY: IBM Corp.
- Institute for Criminal Policy Research, ICPR (2020). World prison brief database. Disponible: <http://www.prisonstudies.org/world-prison-brief-data>.
- Molina-Coloma, V., Salaberría, K. y Pérez, J. I. (2018). La personalidad en población carcelaria: Un estudio comparativo en Ecuador. *Anuario de Psicología Jurídica*, 28, 1-7. doi: 10.5093/apj2018a5.
- Moore, K., Gobin, R., McCauley, H., Kao, C.-W., Anthony, S., Kubiak, S., Zlotnick, C. y Johnson, J. (2018). The relation of borderline personality disorder to aggression, victimization, and institutional misconduct among prisoners. *Comprehensive Psychiatry*, 84, 15-21. doi: 10.1016/j.comppsy.2018.03.007.
- Morey, L. C. (2007). *Personality Assessment Inventory professional manual* (2nd ed.). Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.
- Nwaopara, U. y Stanley, P. (2015). Prevalence of depression in Port Harcourt prison. *Journal of Psychiatry*, 18. doi: 2378-5756.1000340.
- Ortiz-Tallo, M., Santamaría, P., Cardenal, V. y Sánchez, M.P. (2011). *Adaptación española del Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI)*. Madrid: Tea Ediciones.
- Raine, A., Dodge, D., Loeber, R., Gatzke-Kopp, L., Lynam, D., Reynolds, C., Stouthamer-Loeber, M. y Liu, J. (2006). The Reactive – Proactive Aggression Questionnaire: Differential correlates of reactive and proactive aggression in adolescent boys. *Aggressive Behavior*, 32, 159-171. doi: 10.1002/ab.20115.
- Riley, W. T. y Treiber, F. A. (1989). The validity of multidimensional self-report anger and hostility measures. *Journal of Clinical Psychology*, 45, 397-404. doi: 10.1002/1097-4679(198905)45:3<397::aid-jclp2270450308>3.0.co;2-4.

- Rotter, M., Way, B., Steinbacher, M., Sawyer, D. y Smith, H. (2002). Personality Disorders in Prison: Aren't they all antisocial? *Psychiatric Quarterly*, 73, 337-349. doi: 10.1023/A:1020468117930.
- Sahota, K. y Chesterman, P. (1998). Sexual offending in the context of mental illness. *The Journal of Forensic Psychiatry*, 9, 267-280. doi:10.1080/09585189808402196.
- Scarpa, A. y Raine, A. (1997). Psychophysiology of anger and violent behavior. *Psychiatric Clinics of North America*, 20, 375-394. doi: 10.1016/s0193-953x(05)70318-x.
- Schenk, A. M. y Fremouw, W. J. (2012). Individual characteristics related to prison violence: A critical review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 17, 430-442. doi: 10.1016/j.avb.2012.05.005.
- Sorensen, J. R., Cunningham, M. D., Vigen, M. P. y Woods, S. O. (2011). Serious assaults on prison staff: A descriptive analysis. *Journal of Criminal Justice*, 39, 143-150. doi: 10.1016/j.jcrimjus.2011.01.002.
- Stimmel, M. A., Cruise, K. R., Ford, J. D. y Weiss, R. A. (2014). Trauma exposure, posttraumatic stress disorder symptomatology, and aggression in male juvenile offenders. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6, 184-91. doi: 10.1037/a0032509.
- Tiegreen, J. A. y Combs, D. R. (2017). An examination of sub-clinical paranoia in a correctional setting. *Journal of Experimental Psychopathology*, 8, 320-331. doi:10.5127/jep.045014.
- Toch, H. y Kupers, T. A. (2007). Violence in Prisons, Revisited. *Journal of Offender Rehabilitation*, 45, 1-28. doi:10.1300/j076v45n03_01.
- Trajtenberg, N. y Sánchez de Ribera, O. (2019). Violencia en instituciones penitenciarias definición, la medición y la explicación del fenómeno. *Revista de Ciencias Sociales*, 32, 147-175. doi: 10.26489/rvs.v32i45.6.

United Nations, UN (2010). *Medidas privativas y no privativas de la libertad. El Sistema Penitenciario. Manual de instrucciones para la evaluación de la justicia penal.*

Disponible en: https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/crimeprevention/The_Prison_System_Spanish.pdf.

United Nations, UN (2016). *Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos* (Reglas Nelson Mandela). Resolución aprobada por la Asamblea General el 17 de diciembre de 2015. Disponible en: <http://research.un.org/es/docs/ga/quick/regular/70>.

United Nations, UN (2017). *World crime trends and emerging issues and responses in the field of crime prevention and criminal justice*. E/CN. 15/2017/10. Commission on Crime Prevention and Criminal Justice, Economic and Social Council.

United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC (2016) World drug report 2016. United Nations Publications. Disponible en: <http://www.unodc.org/wdr2016/>.

Vicens, E., Tort, V., Dueñas, R. M., Muro, A., Pérez-Arnau, F., Arroyo, J. M., Acín, E., De Vicente, A., Guerrero, R., Lluch, J., Planella, R. y Sarda, P. (2011). The prevalence of mental disorders in Spanish prisons. *Criminal Behavior and Mental Health*, 21, 321-332. doi:10.1002/cbm.815.

Volavka, J. (2013). Violence in schizophrenia and bipolar disorder. *Psychiatria danubina*, 25, 0-33.