



Universidad del Azuay

Facultad de Psicología

Carrera de Psicología Clínica

**PREVALENCIA DE PSICOPATOLOGÍA  
EN RECLUSOS DE MÍNIMA SEGURIDAD  
DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN  
SOCIAL AZUAY NO. 1 – TURI**

Autora:

**Daniela Garzón Bermeo.**

Director:

**Fabricio Peralta Bravo.**

**Cuenca – Ecuador**

**2023**

## **DEDICATORIA**

Este trabajo está dedicado a todas las personas que la vida ha puesto en mi camino y que me acompañaron durante mi proceso académico con su comprensión, apoyo y motivación.

En especial a mi madre y abuela que me han brindado todo lo necesario motivando mis sueños para poder superarme y enseñarme a afrontar las dificultades.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a el CRS-Turi N1 y su personal de psicología por brindarme los permisos y el apoyo necesario para la realización de este trabajo de tesis, a mi tutor Fabricio Peralta y a mis docentes por sus aportes profesionales y orientaciones que me brindaron, agradezco a mi madre, familia, amigos y pareja por impulsarme durante este largo camino y que este logro es gracias a su apoyo.

## RESUMEN

Este trabajo investigativo se centró en identificar la prevalencia de trastornos psicopatológicos, en una muestra de varones jóvenes privados de libertad (en adelante PPL'S) del centro de rehabilitación social Azuay N1 – Turi (en adelante CRS-T). El estudio se realizó a través de una encuesta sociodemográfica, para luego continuar con la aplicación del Inventario de Evaluación de la Personalidad (en adelante PAI), además se correlacionaron los datos más significativos. Se encontró variables específicas en cuanto a cuestiones sociodemográficas, y en cuanto a psicopatología con elevada puntuación en manía, paranoia, rasgos antisociales y problemas con drogas, además se encontró que el mayor tipo de delitos de esta población es el delito contra la propiedad junto a el delito de tráfico de sustancias sujetas a fiscalización. Estos datos demuestran la importancia de implementar programas de rehabilitación psicológica con exclusividad a estos grupos etarios.

**Palabras clave:** Psicopatología penitenciaria, presos, manía, paranoia, rasgos antisociales, problemas con drogas.

## ABSTRACT:

This investigative work focused on identifying the prevalence of psychopathological disorders in a sample of young men deprived of liberty (known as PPL'S) from the Azuay NI — Turi social rehabilitation center (known as CRS-T). The study was carried out through a sociodemographic survey. to then continue with the application of the Personality Assessment Inventory (hereinafter PAI), in addition, the most significant data was correlated. Specific variables were found in terms of sociodemographic issues, and terms or' psychopathology with high scores in mania, paranoia, antisocial traits and problems with drugs. It was also found that the largest type of crime in this population is property crime along with the crime of trafficking substances subject to control. These data demonstrate the importance of implementing psychological rehabilitation programs exclusively for these age groups.

**Keywords:** Prison psychopathology. prisoners. mania, paranoia, antisocial traits, and drug problems.

Translated by



A handwritten signature in blue ink, reading 'Daniela', is positioned in the lower-right quadrant of the page.

Daniela Salome Garzón Bermeo

# ÍNDICE

## Índice de contenido

### Contenido

Introducción .....	1
CAPÍTULO 1 .....	2
1.1 PSICOPATOLOGÍA .....	2
1.1.1 VERTIENTE DESCRIPTIVA.....	3
1.1.1.1 Diagnóstico.....	3
1.1.1.2 Clasificación .....	4
1.1.1.3 Síntomas y signos en psicopatología.....	5
1.1.1.4 Prevención de psicopatología .....	6
1.1.1.5 Intervención .....	8
1.1.2 VERTIENTE EXPLICATIVA .....	8
1.1.2.1 Etiopatogenia de la psicopatología .....	8
1.1.2.2 Factores de vulnerabilidad.....	9
1.2 Reclusos en sistema de rehabilitación social .....	11
1.2.1 Datos y población en el sistema penitenciario .....	11
1.2.2 Trastornos mentales en PPL'S .....	13
1.2.3 Factores de riesgo para psicopatologías dentro de prisión.....	16
1.2.4 Requisitos para solicitar la libertad .....	17
CAPÍTULO 2 .....	20
2. METODOLOGÍA.....	20
2.1. Objetivo general.....	20
2.2. Objetivos específicos: .....	20
2.3. Metodología .....	20
2.4. Participantes.....	20
2.6. Instrumentos.....	20

2.8 Procedimiento .....	26
CAPÍTULO 3 .....	27
3. ANÁLISIS Y RESULTADOS .....	27
CAPÍTULO 4 .....	57
DISCUSIÓN.....	57
CAPÍTULO 5 .....	59
Referencias .....	61
ANEXOS.....	65

## Índice de tablas

<b>Tabla 1</b> <i>Resultados encuesta sociodemográfica.</i> .....	27
<b>Tabla 2</b> <i>Escala de validez</i> .....	28
<b>Tabla 3</b> <i>Escalas Clínicas</i> .....	29
<b>Tabla 4</b> <i>Somatización</i> .....	30
<b>Tabla 5</b> <i>Ansiedad</i> .....	31
<b>Tabla 6</b> <i>Trastorno obsesivo compulsivo</i> .....	31
<b>Tabla 7</b> <i>Depresión</i> .....	33
<b>Tabla 8</b> <i>Manía</i> .....	34
<b>Tabla 9</b> <i>Paranoia</i> .....	34
<b>Tabla 10</b> <i>Esquizofrenia</i> .....	34
<b>Tabla 11</b> <i>Límites</i> .....	36
<b>Tabla 12</b> <i>Ansiedad</i> .....	37
<b>Tabla 13</b> <i>Agresividad</i> .....	38
<b>Tabla 14</b> <i>Escala relaciones interpersonales</i> .....	38

## Índice de figuras

<b>Figura 1</b> Correlación edad vs manía.....	39
<b>Figura 2</b> Correlación edad vs paranoia.....	40
<b>Figura 3</b> Correlación edad vs rasgos antisociales.....	41
<b>Figura 4</b> Correlación edad vs problemas con drogas.....	42
<b>Figura 5</b> <i>Correlación estado civil vs manía y paranoia</i> .....	43
<b>Figura 6</b> <i>Correlación estado civil vs rasgos antisociales</i> .....	44
<b>Figura 7</b> <i>Correlación estado civil vs problemas con drogas</i> .....	45
<b>Figura 8</b> <i>Correlación escolaridad vs rasgos antisociales</i> .....	46
<b>Figura 9</b> <i>Correlación escolaridad vs problemas con drogas</i> .....	47
<b>Figura 10</b> <i>Correlación procedencia vs manía</i> .....	48
<b>Figura 11</b> <i>Correlación delito vs manía</i> .....	49
<b>Figura 12</b> <i>Correlación delito vs paranoia</i> .....	50
<b>Figura 13</b> <i>Correlación delito vs rasgos antisociales</i> .....	51
<b>Figura 14</b> <i>Correlación delito vs problemas con drogas</i> .....	52
<b>Figura 15</b> <i>Correlación ayuda psicológica vs manía</i> .....	52
<b>Figura 16</b> <i>Correlación ayuda psicológica vs paranoia</i> .....	54
<b>Figura 17</b> <i>Correlación ayuda psicológica vs rasgos antisociales</i> .....	55
<b>Figura 18</b> <i>Correlación ayuda psicológica vs problemas con drogas</i> .....	56

## Índice de anexos

<b>Anexo 1</b> <i>Consentimiento informado</i> .....	65
<b>Anexo 2</b> <i>Entrevista sociodemográfica</i> .....	66

## **Introducción**

Durante el desarrollo de este capítulo se definirá a profundidad el concepto de psicopatología y su presencia en contextos penitenciarios además de las patologías más frecuentes dentro de la población penitenciaria. Profundizando en temas de diagnóstico e intervención, sintomatología, prevención y factores de vulnerabilidad, analizando los modelos tanto descriptivos como explicativos de la psicopatología y cómo en el contexto penitenciario se puede agravar el estado mental.

Se explicará la clasificación histórica de la psicopatología según el manual diagnóstico utilizado por psicólogos y psiquiatras Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5, que muestran los diferentes trastornos con sintomatología clínica y que afectan a los seres humanos en los diferentes ámbitos de su vida. también se abordará la etiopatogenia es decir las causas y mecanismos de cómo se produce la enfermedad mental en conjunto a los factores de vulnerabilidad que han provocado que se agrave o desarrolle una psicopatología con los diferentes modelos de destacados psicólogos que han desarrollado valiosas teorías para lograr un mejor tratamiento en las afecciones mentales. En base a esto se relacionarán los temas vistos con la población penitenciaria y la prevalencia que tienen ciertas psicopatologías dentro de prisión y el ambiente carcelario.

# CAPÍTULO 1

## 1.1 PSICOPATOLOGÍA

### DEFINICIÓN DE PSICOPATOLOGÍA

La psicopatología es la disciplina científica que estudia los trastornos mentales tanto desde una vertiente descriptiva (diagnóstico, clasificación, sintomatología) como desde una vertiente explicativa (etiopatogenia, factores de vulnerabilidad, modelos y teorías). Además, se considera que la psicopatología es una disciplina básica que pretende aportar fundamentación científica a disciplinas aplicadas, principalmente, a la psicología clínica y a la psiquiatría. En este sentido, se proyecta especialmente a la prevención, diagnóstico e intervención en salud mental (Requena & Sáez, 2009).

Psicopatología etimológicamente proviene del *psyché* (*psyjé*) que significa alma o razón. *Páthos* (*pazos*) que significa enfermedad, *logía* o *lógos*, que significa discernimiento o discurso racional. Entonces se detalla como aquella área de la salud que describe y sistematiza los cambios en el comportamiento que no son explicados, ni por la maduración o desarrollo del individuo, ni como resultado de procesos de aprendizaje también entendidos como trastorno psicológico, enfermedades o trastornos mentales (Restrepo, 2007).

Como fin la psicopatología pretende captar formas de comportamiento y a la vez describirlas, así como también sus vivencias en la vida cotidiana, además de tratar los signos y síntomas de la enfermedad. Sabemos aún muy poco acerca de cómo se originan las múltiples enfermedades mentales de las que se ocupan los psicólogos clínicos y de cómo podemos resolverlas, cómo las podemos aliviar mejor, curar o incluso prevenir. Cuánto más aprendemos a explicar y comprender, más se logrará todo ello. Esto supone que previamente, hemos de captar del modo más exacto posible la vivencia y el comportamiento del hombre a quien designamos como enfermo, en vista de su contexto bibliográfico y sociocultural. Los síntomas psicopatológicos tienen significados que hemos de comprender, como sucede con todo aquello con que nos encontramos. Esta es la meta, pero no puede afirmarse, en modo alguno, que esto se logre siempre en el caso individual. principalmente se deben observar los signos y describirlos en torno a su vida cotidiana más no fijarnos exclusivamente en lo patológico. Se trata de un camino equivocado, ya que la psicopatología nos debería conducir más próximamente al hombre

total y no limitarse a mostrar sus modos anormales de vivenciar y de comportarse (Scharfetter, 1988).

La perspectiva biológica, denominada también biomédica (o médica), fisiológica o neurofisiológica (neurociencia), asume como principio fundamental que el trastorno mental es una enfermedad, al igual que cualquier otra enfermedad física. En consecuencia, las alteraciones psicopatológicas se producen porque existen anormalidades biológicas subyacentes (genéticas, bioquímicas, neurológicas, etc.). Por tanto, según este modelo el tratamiento deberá centrarse en corregir tales anormalidades orgánicas (Belloch, Sandín, & Ramos, 2008).

### **1.1.1 VERTIENTE DESCRIPTIVA**

Mediante esta vertiente se clasifican los conceptos más importantes que nos ayudarán a definir a la psicopatología tales como el diagnóstico, la clasificación, los signos, síntomas, prevención, intervención dentro del área clínica.

#### **1.1.1.1 Diagnóstico**

Para poder definir la psicopatología necesitamos de la ayuda de un proceso diagnóstico donde se puede identificar el tipo de afección gracias a los debidos signos y síntomas que pueda presentar la persona enferma mentalmente. La importancia de la evaluación psicológica es que es el primer paso que nos conduce a la planeación de la intervención y, por otra, nos sirve como punto de comparación para determinar el éxito de la terapia. Como una teoría de la medida en la creación de instrumentos de evaluación psicológica que garanticen su validez científica deben poseer los instrumentos de evaluación psicológica: confiabilidad y validez (Aragón, 2004).

Para establecer un diagnóstico de trastorno mental no basta con la presencia de los síntomas citados en los criterios de diagnóstico. Aunque la comprobación sistemática de la presencia de estos criterios y de la forma en que los presenta cada paciente asegura una evaluación más fiable, la gravedad relativa y la validez de cada criterio individual, así como su contribución al diagnóstico, requieren un juicio clínico. Los síntomas enumerados en los criterios diagnósticos del DSM-5 forman parte de un repertorio relativamente limitado de respuestas emocionales humanas a tensiones internas y externas que, generalmente, se mantienen en un equilibrio homeostático sin interrupción, en condiciones normales. Se necesita formación clínica para decidir cuándo la combinación

de factores predisponentes, desencadenantes, perpetuadores y protectores ha dado lugar a una afección psicopatológica cuyos signos y síntomas rebasan los límites de la normalidad. El objetivo final de la redacción de la historia clínica radica en la utilización de la información disponible sobre el contexto y el diagnóstico, para elaborar un plan de tratamiento integral adecuadamente fundamentado en el contexto cultural y social del individuo (Gómez, 2022)

La Evaluación Psicológica es considerada, en la actualidad, como aquella disciplina de la psicología científica que se ocupa de la exploración y análisis del comportamiento de un sujeto o grupo de sujetos humanos, a los niveles de complejidad que se estime oportunos (motor, fisiológico, cognitivo), con distintos objetivos básicos y aplicados (detección, descripción, diagnóstico, selección, orientación, predicción, explicación, intervención, cambio, valoración, investigación), a través de un proceso de toma de decisiones en el que se conjuntan, utilizan y aplican una serie de dispositivos, test y técnicas de medida y/o evaluación (Muñiz, 2018)

También se reconoce que la evaluación psicológica es un procedimiento de multi-rasgos que pueden evaluar diferentes atributos de la persona; multi-método, puesto que se utiliza más de un método de obtención de información y/o multi-jueces, esto es, lo usual es que participe más de un evaluador a lo largo del proceso; se trata así de un concepto típicamente multidimensional (Garaigordobil, 1998)

### **1.1.1.2 Clasificación**

La ayuda de la clasificación psicopatológica mejora las formas de investigación, diagnóstico y seguimiento. En el proceso para definir la psicopatología se ha visto importante analizar la clasificación de aquellas personas denominadas normales y anormales. En este orden de ideas los normales se entienden como sanos, equilibrados, lúcidos, buenos, con salud mental y a los que se clasifican como anormales se les ha tildado de locos, tontos, atípicos, enfermos mentales, desadaptados, malos (Pulido, 2018).

Por otro lado, según Pérez-Domínguez (2018) la historia y evolución del DSM puede resumirse tal como siguen en los siguientes párrafos que van respecto de las primeras versiones hasta las más actuales, así comenta como sigue:

DSM-I; En 1899 el padre de la clasificación de los trastornos mentales fue Kraepelin quien en su manual de Psiquiatría elaboró un sistema para construir grupos de

pacientes con sintomatología homogénea que constituían un síndrome. Unos 50 años después publican el DMS-I con unos criterios vagos y con baja confiabilidad.

DSM-II; nace 15 años después. Supuso la novedad de aplicar el modelo médico a los síndromes mentales haciendo análisis sintomáticos. Se generaron discusiones en torno a la terminología de la esquizofrenia y parecía que nadie estaba satisfecho. Así que un año después de su publicación, comenzó su revisión.

DSM-III; nace en 1980 con el objetivo de establecer criterios diagnósticos con base empírica. Se produjo una evolución generalizada donde se reemplazó el modelo psicoanalítico con base teórica de la enfermedad por el modelo descriptivo basado en la evidencia. Con este cambio, la “neurosis” pasa a denominarse “trastorno de ansiedad”. Se elimina la homosexualidad como criterio diagnóstico. Este diagnóstico había sido incluido por la APA como una categoría de enfermedad mental en 1952, basándose en teorías sin evidencia científica que proponían una conexión entre la homosexualidad y desajustes psicológicos, y la idea de que ésta era necesariamente el síntoma de una enfermedad mental.

DSM-IV; Aun así, aún quedaban muchas deficiencias que pulir. El DSM-IV nace con la intención de proporcionar una base empírica más sólida abreviando los criterios diagnósticos y con una mayor claridad del lenguaje. Para publicar este nuevo manual, los grupos de trabajo que investigaban trastornos específicos se reunieron para realizar un proceso de tres etapas que implicaba más pruebas de confiabilidad y validez de diagnósticos. Este proceso incluyó revisiones profundas de investigaciones publicadas, análisis exhaustivos de los datos de investigación y ensayos de campo en los que se entrevistaron a miles de personas con trastornos psicológicos diagnosticados.

En 2013, lanzan el DSM-5, la versión más criticada por la comunidad de psiquiatras y psicólogos, debido a que sus categorías diagnósticas no estaban del todo claras y las investigaciones epidemiológicas en las que se habían basado para su construcción tenían serios problemas metodológicos. Por tanto, el National Institute of Mental Health (NIMH) dio un anuncio en el que indicaba que esta institución dejaría de financiar las investigaciones de futuras versiones del DSM.

### **1.1.1.3 Síntomas y signos en psicopatología**

Los signos y los síntomas son señales de lesión, enfermedad o dolencia, o de que algo no está bien. Un signo es una señal que puede ser vista por otra persona, como tal

vez un ser querido, un psicólogo, un doctor u otro profesional en salud mental. Por otro lado, un síntoma es una señal que la persona que lo experimenta siente o nota, aunque puede que otras personas no la noten fácilmente (Weatherspoon, 2018)

En la actualidad existen dos sistemas de clasificación internacional de criterios para diagnosticar, son el DSM-5 y el CIE-10. Los criterios diagnósticos se tratan del conjunto de síntomas que deben presentarse para realizar un diagnóstico. Existen dos sistemas de clasificación que comprenden unos criterios diagnósticos específicos según han establecido la American Psychiatric Association (APA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Con estas clasificaciones, lo que se pretende es establecer las condiciones y síntomas que se deben dar en los pacientes para poder realizar un diagnóstico (American Psychiatric Association, 2013; Organización Panamericana de la Salud, 2008).

Sin embargo, el asunto de las enfermedades se ha complicado más desde que aparecieron los criterios diagnósticos, así como con el incremento de los estudios epidemiológicos en poblaciones o grupos y la pretendida aspiración de aplicar sus resultados a todos los enfermos.

Estudios diversos realizados en el campo de las ciencias sociales y de la salud han mostrado que existe una realidad biológica (el organismo vivo), una realidad epidemiológica (natural o artificialmente se constata la presencia de factores de riesgo ligados al ambiente social y a las formas de vida) y una realidad social y cultural que condicionan diferencias en la población frente a la salud, la enfermedad y la muerte (Casullo, 2004)

#### **1.1.1.4 Prevención de psicopatología**

La Psicología Preventiva se encarga de mejorar los comportamientos saludables, reducir aquellos comportamientos que pueden conducir a la patología y promover conductas y actitudes adaptativas en individuos y grupos mediante estrategias de Educación para la Salud (Robles, 2020).

De acuerdo con el estudio realizado por Betina y Contini (2011), uno de los principios que se pueden aplicar en la psicología preventiva es el desarrollo de las habilidades sociales. Debido a que influyen directamente en la autoestima, autorregulación del comportamiento, adopción de roles, rendimiento académico y otros

aspectos que influyen tanto en la etapa de la infancia como en la adultez. Las habilidades sociales ayudan a establecer mejores relaciones dentro de sus diversos contextos y disminuye o elimina sintomatología interiorizada y exteriorizada. Conclusión: al atender conjuntamente necesidades individuales, psicosociales y contextuales proporciona mayor posibilidad de cambio en el curso de síntomas psicopatológicos tempranos, permite potenciar el desarrollo de habilidades sociales y proporcionar un mejor pronóstico del desarrollo del niño.

Para todos los trastornos mentales se han detectado factores de riesgo; si se reducen, disminuye la incidencia. En personas con alto riesgo genético, es posible, a través de estrategias como administrar colina, vitaminas o antioxidantes en el embarazo o en los primeros años de vida para evitar que surja la psicopatología", apunta el psiquiatra, que aborda las posibilidades de la prevención en una sesión plenaria del XVI Congreso Mundial de Psiquiatría, en Madrid (Fernández et al., 2012).

Tanto a un ámbito más experimental, como la terapia génica, "empleada con éxito en modelos animales de autismo y esquizofrenia", como a medidas que se encuentran más a mano, entre las que cita la reducción de los malos tratos y abusos en la infancia, del consumo de cannabis en la adolescencia y la mejora del vínculo afectivo tras el parto. Sobre los malos tratos y abusos en la niñez recuerda que elevan el riesgo de patología mental (Fernández et al., 2012). Por otro lado, en el sitio web de CuídatePlus (2015) se indica que:

Un metaanálisis reciente indica que multiplican por 2 el riesgo de depresión, por 2,5 los trastornos de ansiedad y por 4 el de trastorno por estrés postraumático. Está demostrado que las medidas preventivas, como el entrenamiento de padres con programas que reducen el abuso o maltrato, son efectivas a medio y largo plazo en la incidencia de los trastornos mentales (párr. 2).

Mientras tanto, se sabe que también los programas de detección del acoso escolar, la relación fluida entre comunidad escolar y especialistas en prevención, y la actividad física en la infancia son estrategias útiles para la prevención de los problemas de salud mental en poblaciones jóvenes (Fernández et al., 2012).

La clave para proteger a la población de las alteraciones psiquiátricas es tener en cuenta que, al igual que hay una ventana terapéutica para tratar el infarto de miocardio, lo hay para las intervenciones preventivas en salud mental. El desarrollo del control

emocional, las relaciones sociales y la confianza tienen lugar en los primeros años de vida (la mayor parte en los cinco primeros) (Fernández et al., 2012).

### **1.1.1.5 Intervención**

Según Gómez (2022) el diagnóstico de un trastorno mental no equivale a una necesidad de tratamiento. La necesidad de tratamiento es una decisión clínica compleja que debe tomar en consideración la gravedad del síntoma, su significado, el sufrimiento del paciente asociado con el síntoma, la discapacidad que implican dichos síntomas, los riesgos y los beneficios de los tratamientos disponibles y otros factores. En la definición de los trastornos, existe un criterio general que consiste en exigir que haya malestar significativo o discapacidad para establecer los umbrales del trastorno: el trastorno provoca un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Este criterio puede ser especialmente útil para determinar la necesidad de tratamiento de un paciente. Asimismo, también puede haber pacientes cuyos síntomas no cumplen todos los criterios de un trastorno mental pero que claramente necesitan tratamiento o asistencia. Es decir, el hecho de que algunos individuos no presenten todos los síntomas característicos de un diagnóstico no se debe utilizar para justificar una limitación de su acceso a la asistencia adecuada.

## **1.1.2 VERTIENTE EXPLICATIVA**

Con la ayuda de esta vertiente se explicará de mejor manera mediante bases en investigaciones teóricas y textos las raíces, causas y factores de vulnerabilidad de una psicopatología.

### **1.1.2.1 Etiopatogenia de la psicopatología**

Es la causa de cómo se produce una enfermedad, es decir el nacimiento de una psicopatología.

Se toman resultados de prevalencia estadísticamente significativos para un gran grupo de un elemento (por ejemplo, abusos sexuales en la infancia que diferencian el grupo de abusadores adultos de la población general) y se le traslada individualmente a un paciente concreto. Esto es apreciado sobre todo en la clínica por ejemplo los trastornos *borderline*: considerados automáticamente como resultado de un traumatismo y tratados como una forma de síndrome postraumático. Aquí el error es no tener en cuenta que los

estudios epidemiológicos muestran por ejemplo que 13% de niños abusados son abusadores adultos (estudio suizo citado más arriba); esto significa que el 87% de los niños abusados no son abusadores adultos. La gran mayoría pues sería un grupo de “resilientes”. Lo único que se puede decir es que existen factores de riesgos y grupos a riesgo. En la práctica clínica frecuentemente no se tiene esto en cuenta y se confunde el trastorno del paciente con la supuesta “causa única” llamándola “traumatismo” o carencia y tratándola en consecuencia como una forma lejana de un “síndrome postraumático”. Los trastornos psicopatológicos son consecuentemente desviaciones, o alteraciones, de este desarrollo sean cuales sean las causas: conflictos, contradicciones internas, lesiones somáticas internas o genéticas y acontecimientos externos. Los trastornos no son únicamente simples expresiones de estos factores, sino reajustes, reorganizaciones de la estructura para que los objetivos del desarrollo puedan seguir adelante, a pesar de las alteraciones. Los objetivos pueden resumirse, en una palabra: vivir, lo que implica mantener la unidad del organismo, estar en relación con los otros, adaptarse y reproducirse. Los trastornos psicopatológicos son pues la expresión del sistema que se ha reorganizado de esta manera. En mi opinión, todos estos enunciados son compatibles con los conocimientos actuales en neurobiología. (Manzano, 2014)

### **1.1.2.2 Factores de vulnerabilidad**

La vulnerabilidad es la incapacidad de resistencia cuando se presenta un fenómeno amenazante, o la incapacidad para reponerse después de que ha ocurrido un trauma. En realidad, la vulnerabilidad depende de diferentes factores, tales como la edad, raza, identidad de género, género y la salud de la persona, las condiciones ambientales, así como la calidad y condiciones de vida y entorno familiar en relación con las amenazas. Hay varias situaciones que pueden aumentar nuestra vulnerabilidad frente a las amenazas, tales como maltrato, negligencia, ambientes delictivos, vulneración de derechos, etc.

En los reclusos y en la población general la personalidad es un constructo psicológico que engloba las características psíquicas de una persona que determinan su manera de actuar ante una determinada circunstancia. El concepto engloba el patrón de actitudes, pensamientos, sentimientos y repertorio conductual que caracteriza a una persona. Tiene una cierta persistencia y estabilidad a lo largo de su vida, de tal modo que, las manifestaciones de ese patrón, en las diferentes situaciones, posee algún grado de predictibilidad.

En oposición al estado de salud (tal y como es definida por la Organización Mundial de la Salud: social, psicológica y biológica), se centra en estudiar los procesos que pueden inducir estados «no sanos» en el proceso mental. Así, el papel del aprendizaje, análisis de la conducta (Psicología conductista) o cualquier otro proceso cognitivo, permite explicar los estados «no sanos» de las personas, así como posibles aproximaciones de tratamiento. En este sentido, enfermedades o trastornos mentales no es estrictamente un sinónimo de psicopatología, ya que existen aproximaciones que permiten explicar la ausencia de salud. Fundamentos de la psicología clínica (De la Serna, 2018)

Como término descriptivo de los factores de vulnerabilidad: Es aquella referencia específica a un signo o síntoma que se puede encontrar formando parte de un trastorno psicológico. Entiende a la psicopatología como un lenguaje consensuado clínicamente y cuyo propósito es describir e intuir las experiencias anormales del paciente, descripción derivada de la hetero o autoobservación. En este sentido, opera tanto desde una fenomenología de la tercera persona (hetero observación), como desde una fenomenología de la primera persona (auto observación). Así como que se "reescriba" y transforme lo observado. Este hecho es inevitable, pero obliga a ser prudente en la descripción y evitar rectificar fenómenos complejos. Dicho de otro modo, confundir el concepto con algo real (Hyman, 2010)

Psicopatología como psicopatología clínica: pretende identificar síntomas clínicamente relevantes, agrupados en síndromes (etimológicamente inespecíficos), con el propósito de desarrollar una nosografía. En este proceso diagnóstico, es importante la diferencia entre forma y contenido, propuesta por Jaspers y posteriormente por Kurt Schneider (Uwe, 2001)

Diferentes ramas se pueden relacionar con la psicopatología en especial los psicólogos aplicando los conocimientos del proceso mental a la comprensión de la psicopatología, de la que se derivan disciplinas tales como la psicoterapia. Los procesos de aprendizaje y el contexto social son, por tanto, factores importantes en la explicación de la psicopatología. Desde la modificación de conducta se entiende que no existen propiedades emergentes en la identificación de psicopatología, es decir, puede describirse un trastorno en una persona concreta, pero la clasificación no explica por sí sola, sino tan sólo describe una situación con una categoría (un análisis más detallado permitiría explicar y tratar el problema en cuestión. Psiquiatras, identifican los signos y síntomas, configurándose como síndromes, enfermedades o trastornos mentales y ayudando en la

creación de manuales diagnósticos tales como el DSM o CIE y neurocientíficos analizando los cambios cerebrales que ocurren en un trastorno mental.

Finalmente, cualquier conducta que cause malestar, impedimento o inhabilidad, a raíz de una disrupción o deterioro de funciones cognitivas o neuroanatómicas, podría ser clasificado de psicopatología. Si bien, es preciso diferenciar la psicopatología con problemas orgánicos bien identificados (como los problemas de atención y ánimo por hipotiroidismo) de aquellos donde tales problemas son hipotéticos y el aprendizaje parece ser un agente explicativo fundamental.

## **1.2 Reclusos en sistema de rehabilitación social**

En el sistema de rehabilitación social del Ecuador hasta el 2021 había un total de 36.599 PPL'S, en el 2022 en el mes de septiembre se ha realizado un nuevo censo con el objetivo de mejorar la calidad de vida dentro de las prisiones y a sus familias, al momento no son de conocimiento público los resultados.

El artículo 12, del Código Orgánico Integral Penal, reconoce a los PPL'S, los derechos a la integridad personal, la alimentación adecuada, la comunicación y vinculación familiar, el acceso a servicios de salud, la prohibición del aislamiento como castigo y la proporcionalidad en las sanciones disciplinarias. De esta forma, en reconocimiento a los derechos de esta población, es importante intervenir en su salud mental, ya que ello permitirá generar un bienestar psicológico, emocional y social, pudiendo controlar el manejo del estrés, las relaciones con otros y la toma de decisiones, a la vez que les permitirá tener una mejor inserción en la sociedad.

### **1.2.1 Datos y población en el sistema penitenciario**

Durante 2021 un total de 316 personas privadas de libertad fallecieron bajo custodia del Estado, y otros cientos resultaron heridas, en una sucesión de ataques violentos ejecutados de manera planificada por grupos organizados conformados por las mismas personas detenidas. De acuerdo con los datos del Servicio Nacional de Atención Integral a Personas Adultas Privadas de la Libertad y a Adolescentes Infractores (SNAI), al 29 de noviembre de 2021 había un total de 36.599 personas privadas de libertad. Estas se encuentran alojadas en 36 centros de detención –distribuidos en “centros de privación de la libertad” (CPL), “centros de privación provisional de

libertad” (CPPL) o “centros de rehabilitación social” (CRS)– ubicados a lo largo del país en nueve zonas geográficas. Algunos de estos centros se subdividen en otros lugares de alojamiento. Los Centros de Privación de la Libertad que más alojan personas, denominados “mega cárceles”, son Guayas No. 1, con 7.231 personas; Guayas No.4, con 4.978; y Cotopaxi No.1, con 4.890. En dichas mega cárceles se han detectado los peores hechos de violencia. Sobre el perfil de las personas privadas de la libertad, el 93.46% se corresponden a hombres y el 6.54% a mujeres; el 44.24% tiene entre 18 y 30 años, y la mayoría de estas personas sería reincidente y no contaría con apoyo familiar. Además, sólo el 71% cuenta con educación básica, la mayoría proviene de contextos caracterizados por altos niveles de violencia, pobreza o pobreza extrema y por consumo de drogas desde temprana edad. En cuanto a las conductas penales por las que las personas se encuentran privadas de libertad, el Estado reportó que los cinco delitos que concentran el mayor número de población penitenciaria son: delitos relacionados con drogas (28.19%), delitos contra la propiedad (26.17%), delitos contra la integridad sexual y reproductiva (16.18%), delitos contra la inviolabilidad de la vida (13.47%), y delitos contra las personas (4.36%). Asimismo, en el marco de la visita de trabajo, la CIDH sostuvo una reunión con la Corte Nacional de Justicia, que informó que los Centros de Privación de la Libertad del país cuentan con altos niveles de hacinamiento por la preponderancia de delitos relacionados con drogas (microtráfico y narcotráfico), violencia doméstica, y en general, delitos contra la propiedad. De igual forma, se refirió a la privación de libertad de personas por incumplimiento de pago de pensiones alimentarias (Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 2022)

El Reglamento del Sistema Nacional de Rehabilitación Social, aprobado en 2020, recoge seis ejes de tratamiento para quienes formen parte del régimen cerrado: Laboral, Educación, Cultura, Deporte, Salud, Vinculación social y familiar (Ronquillo, 2021). Según lo observado dentro del CRS-T se incluye el eje psicológico donde se valora su asistencia y participación en talleres. Además, cumple con la normativa en donde las PPL'S deben cumplir con los ejes solicitados para mejorar su puntuación para posteriores audiencias, siendo beneficiarios también de los distintos programas implementados para mantenerse ocupados y disminuir el ambiente de violencia.

Según el artículo 179 de dicho reglamento, el tratamiento “es la ejecución del plan individualizado de la pena, orientado a superar las causas que influyeron en el

cometimiento del delito, procurando el desarrollo de habilidades, competencias y destrezas que permitan la convivencia en el centro, la rehabilitación y reinserción social”.

### **1.2.2 Trastornos mentales en PPL'S**

En el estudio monográfico de Castaño y Muñoz (2021) realizado con el objetivo de describir los trastornos mentales que dentro de la literatura se encuentran a la conducta criminal y delictiva. Los resultados exponen que, la conducta delictiva se encuentra relacionada con trastornos de personalidad, ansiedad, depresión, esquizofrenia y trastorno por Consumo de sustancias psicotrópicas, se reconoce la evidencia de ciertos cuadros clínicos en relación a tipos de delitos, por ejemplo, el trastorno paranoide y trastorno antisocial con delitos como el homicidio, los delitos sexuales tuvo mayor prevalencia el trastorno antisocial, en cuanto al tráfico de drogas predomina el trastorno antisocial y en los delitos relacionados a violencia de pareja tuvo mayor prevalencia la psicopatía.

El encarcelamiento está altamente relacionado con los trastornos de salud mental, y esta prevalencia desproporcionada de casos de salud mental en las prisiones. La cárcel es una institución formada no solo por un espacio arquitectónico, sino también por una estructura social a la que el preso deberá adaptarse, con las consecuencias que ello conlleva. Esta estructura social tiene a su vez estructuras sociales formales (como las normas y las leyes) e informales (como las relaciones de poder o las relaciones personales); principalmente estructuradas a través de los dos grandes subgrupos que la componen, la administración penitenciaria y los reclusos (Brinded, Simpson, Laidlaw, Fairley, & Malcolm, 2001)

La idea equivocada de que las personas sin salud mental son peligrosas, la intolerancia de ciertas sociedades hacia las conductas diferentes o difíciles de gestionar; y, sobre todo, la incapacidad para aplicar tratamientos, cuidados efectivos y la falta de acceso a servicios de atención a la salud mental. En algunos países las personas con trastorno mental o con problemas de abuso de sustancias son encarceladas por delitos menores debido a la falta de un sistema general de salud en el que ser tratados; en muchos casos agravando la situación. La OMS, en el informe de 2012 sobre las personas con trastorno mental en prisión, marcó una hoja de ruta global con el objetivo de disminuir la

población carcelaria y de mejorar las condiciones de vida de estas personas. Principalmente plantean que lo más importante es desviar a las personas con trastornos mentales hacia los sistemas nacionales de salud antes de llegar a prisión, evitando las instituciones de gran tamaño y aisladas del contexto de vida diaria; sobre todo para las personas con trastornos mentales que han sido acusadas de cometer delitos menores. Por otra parte, es importante brindar a los reclusos acceso a tratamiento y atención de salud mental adecuados, incluido el abuso de sustancias, como integral de los servicios generales de salud disponibles en los centros penitenciarios; incluyendo la formación de los profesionales de la salud y de las prisiones para llegar a dar acceso a tratamientos y medicación de la misma calidad que la población general. También recomiendan dar acceso a la atención de salud mental aguda en las salas psiquiátricas de los hospitales generales. Cuando los reclusos requieran atención aguda, deben ser trasladados temporalmente a las salas psiquiátricas de los hospitales generales con los niveles de seguridad adecuados ya que acuerdo con los principios de desinstitucionalización, desaconsejan firmemente los hospitales psiquiátricos penitenciarios especiales por ser poco eficaces y extremadamente caros.

En el artículo "Rasgos de Personalidad y Conducta Antisocial y Delictiva", López y López (2003), nos menciona que a pesar de que no hay un perfil de personalidad criminal única, tienen una importancia significativa en la génesis y/o mantenimiento de la conducta antisocial. Los resultados confirman que existen relaciones significativas entre determinados rasgos de personalidad (psicoticismo, impulsividad, falta de autocontrol, despreocupación, atrevimiento) y la conducta antisocial y delictiva.

Muchos de estos trastornos se encuentran presentes antes del encarcelamiento, pudiendo ser acentuados durante este. Por otro lado, en muchos otros casos el propio encarcelamiento y las condiciones de estrés que se derivan de este provocan el desarrollo de trastornos mentales nuevos, en algunos casos específicos de la carcelación como son las psicosis carcelarias, el aumento de la violencia (agresiones y suicidios) o de problemas sexuales; y en los casos más graves también debidos a las torturas o la violación de los derechos humanos. La situación de las personas con trastorno mental en las instituciones penitenciarias plantea cuatro grandes cuestiones. Primero dónde situar el límite de la imputabilidad de la persona con trastorno mental, cuya enajenación mental ya la sitúa en una situación de responsabilidad penal distinta a la falta de trastorno; restringiendo de

personalidad jurídica. En la mayoría de los países la enajenación mental supone no solo una falta de responsabilidad jurídica, sino también una necesidad de tutela. Segundo la clasificación de las personas que enfrentan los cargos; tercero, dilucidar quién, dónde y cómo se debería tratar a las personas que han delinquido y no sean imputables, y cuarto, actualizar las leyes penales a medida que va progresando el conocimiento que tenemos sobre las causas genéticas y neurobiológicas de la violencia y otros causantes de la delincuencia (García-Valls, 2016).

Los problemas de salud mental son el principal problema de morbilidad del sistema de prisiones. En Inglaterra, según un estudio de 1998, el 20% de los hombres y el 40% de las mujeres encarceladas habían recibido algún tipo de asistencia por problemas mentales o emocionales en el año anterior a ingresar en prisión, excluyendo el abuso de sustancias. El suicidio es otra de las consecuencias más graves del encarcelamiento. En Inglaterra aproximadamente la mitad de las muertes que ocurren en prisión son por suicidio, y de estas, la mitad ocurren en los tres primeros meses de la condena (López, Laviana, Saavedra, & López, 2021).

Según la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias en España aproximadamente el 25% de la población reclusa tiene algún tipo de trastorno mental, que aumenta hasta aproximadamente un 49% si se incluye la drogodependencia. El porcentaje de reclusos con trastorno mental está entre tres y cuatro veces por encima del que se encuentra en la población civil (American Psychological Association, 2014)

Se ha argumentado que el hecho de que haya un mayor porcentaje de personas con enfermedades mentales en prisión que en la población general sea debido a que la población carcelaria es más joven y está formada en un mayor número por personas de minorías étnicas, dos de los factores socio-demográficos que correlacionan más con los trastornos mentales, pero teniendo en cuenta la corrección estadística de estos dos factores la diferencia sigue siendo significativa, siendo entre dos y tres veces más alta la prevalencia de los trastornos mentales en prisión (Teplin, 1990)

El encarcelamiento requiere del recluso un esfuerzo adaptativo constante que, como consecuencia, le genera una serie de distorsiones afectivas, emocionales, cognitivas y perceptivas. La falta de espacios de intimidad, el aislamiento, o los estresores ambientales como la falta de higiene, o el frío y el calor, o el hacinamiento provocan un mayor o menor desgaste psicológico, y afectan el estado de salud física y mental; y aumentan la

aparición de comportamientos desadaptados. Este proceso de adaptación al encarcelamiento conlleva consecuencias psicológicas como la despersonalización, la externalización del locus de control, la devaluación de la propia imagen y disminución de la autoestima, y una visión más negativa del mundo; así como también un aumento de respuestas biológicas desadaptativas de la conducta como el aumento del instinto de ataque, las dificultades para conciliar el sueño y los problemas de privación sexual.

Así también, el artículo de Arias, Canales y De la Torre (2016), analiza a través del Inventario Multifásico de la Personalidad MINIMULT las manifestaciones clínicas de un grupo de 78 reclusos del Penal de Socabaya, Arequipa. Señalaron que las manifestaciones de los perfiles son el ansioso, el psicopático y el deprimido.

Entre los trastornos psicopatológicos más frecuentes en la población general según el Instituto Jaliscense de Salud Mental SALME están: Trastornos de Ansiedad, Trastornos Depresivos, Trastornos por uso de Sustancias, Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, Trastornos del Sueño (Zepeda, 2019)

El porcentaje de personas que presentan trastorno por estrés postraumático en prisión se considera que está entre el 10 y el 30%. Existe una presencia frecuente de abuso de drogas y alcohol, llegando a presentar criterios de abuso o drogodependencia en aproximadamente la mitad de la población reclusa antes y durante su estancia en prisión. Estos consumos a menudo se encuentran ligados a cuadros de depresión, ansiedad, o trastorno mental; y están correlacionados con las vivencias traumáticas y las conductas violentas. La prevalencia de trastornos mentales en la población reclusa es significativamente más alta que en la población general; siendo más comunes el trastorno psicótico y la depresión mayor, presentes en uno de cada siete reclusos, y el trastorno de la personalidad. También es relevante el riesgo de conductas suicidas. (Fazel y Danesh, 2002)

### **1.2.3 Factores de riesgo para psicopatologías dentro de prisión**

La población carcelaria se considera colectivo de riesgo de exclusión social, tanto por su condición de reclusión como por las condiciones previas a esta. Mayoritariamente provienen de entornos difíciles, con contextos familiares marginales y niveles socioeconómicos bajos y con un porcentaje de abusos previos muy alto; sobre todo de abusos sexuales y maltrato infantil. El nivel educativo suele ser bajo, y según el país con un porcentaje de analfabetismo bastante alto (González, 2019)

Por otro lado, destacan ciertas características en cuanto al perfil psicológico en los PPL'S, en estos se da un porcentaje muy elevado de exposición a eventos traumáticos en las historias de vida, tanto de accidentes como de situaciones de violencia o de abusos sexuales y violaciones. Un estudio sueco de 2007 encontró que el 76% de los reclusos encuestados había experimentado al menos un evento traumático en su vida (Urbaniok, Noll, Vetter, & Rossegger, 2007)

Las posibles causas de esta alta prevalencia dentro de las prisiones de esquizofrenia, trastorno de ideas delirantes persistentes o inducidos, trastorno esquizoafectivo, trastornos psicóticos no orgánicos y no especificado, trastorno bipolar, trastorno depresivo recurrente sin síntomas psicóticos y con síntomas psicóticos, trastorno paranoide de personalidad, y trastorno de inestabilidad emocional de personalidad hay que considerar: la limitada capacidad de atención de los servicios de salud mental, el cambio en los criterios de hospitalización, la dificultad de la atención comunitaria a pacientes difíciles y la criminalización de las conductas. Son debido a un incremento y masificación en los últimos años de la población reclusa, un incremento de las personas que sufren trastorno mental, la desaparición de los manicomios con la reforma psiquiátrica, el aumento de personas sin recursos y excluidos a nivel social y el abuso en el consumo de drogas. Y esto puede ser debido a que la enfermedad pase inadvertida en todo el procedimiento penal, que la enfermedad se advierta, pero se entienda que el enfermo es imputable y que la enfermedad mental se genere en prisión (Marín-Basallote & Navarro-Repiso, 2012)

#### **1.2.4 Requisitos para solicitar la libertad**

A continuación, se describirán los requisitos obligatorios para los diferentes regímenes de libertad en distintas modalidades (SNAI, 2022)

**Régimen Semiabierto**, Es el proceso de rehabilitación social de la o del sentenciado para desarrollar su actividad fuera del centro de ejecución de penas de manera controlada por el Organismo Técnico. Se realizan actividades de inserción familiar, laboral, social y comunitaria. **Régimen Abierto**, se entiende por régimen abierto el período de rehabilitación tendiente a la inclusión y reinserción social de la persona privada de libertad, en la que convive en su entorno social supervisada por el Organismo Técnico. **Prelibertad**, es la fase del tratamiento en la cual la PPL desarrolla sus

actividades fuera del centro de rehabilitación social bajo supervisión y control de la Unidad de reinserción social correspondiente. **Rebajas de Pena por el Sistema de Méritos**, es el conjunto de actividades, mecanismos y parámetros de evaluación, para obtener la reducción de hasta un máximo del 50% de la pena impuesta. **Rebajas de pena por la modalidad de Quinquenio**, con buena conducta e interés por su rehabilitación, obtendrán reducciones automáticas de su condena, hasta por ciento ochenta días por cada quinquenio, contados desde la fecha de privación de libertad. **Libertad controlada**, fase del tratamiento mediante la cual la persona privada de libertad convive en su medio natural, bajo la supervisión del régimen.

Requisitos:

1. Haber cumplido con un cierto porcentaje de la pena impuesta.
2. Informe de valoración y calificación.
3. Certificado de no haber sido sancionado por el cometimiento de faltas disciplinarias graves o gravísimas.
4. Informe psicológico del centro, en el que se concluya las condiciones para la reinserción de la persona privada de libertad; además, de tener certificados de participación en grupos de apoyo grupal, psicoterapia individual o comunidades terapéuticas durante el tiempo de privación de libertad, los mismos se adjuntará al informe.

## **Conclusiones**

En conclusión, el proceso de adaptación al encarcelamiento puede implicar varias situaciones que pueden ir agravando el estado mental de la persona, no obstante, el encarcelamiento se pudiera prevenir con una mejor identificación del trastorno mental y un mejor tratamiento. Además, gracias a ciertas investigaciones se ha podido evidenciar ciertas situaciones donde se puede desencadenar una psicopatología como son genética, costumbres de riesgo en el embarazo como ingerir alcohol, además de que en población carcelaria existe más probabilidad de presentar un trastorno tales como depresión o ansiedad además del riesgo de tener conductas violentas o riesgo suicida.

## **CAPÍTULO 2**

### **2. METODOLOGÍA**

#### **2.1. Objetivo general**

Determinar la prevalencia psicopatológica dentro del CRS-T en una muestra de PPL'S varones jóvenes de mínima seguridad.

#### **2.2. Objetivos específicos:**

- Identificar los datos sociodemográficos de varones de mínima seguridad.
- Evaluar la psicopatología que tiene mayor prevalencia en los PPL'S de mínima seguridad del CRS-T.
- Relacionar los datos sociodemográficos con la psicopatología obtenida.

#### **2.3. Metodología**

El diseño de la investigación es no experimental, el enfoque metodológico de tipo cuantitativo, es prospectivo; y con un alcance exploratorio-descriptivo.

#### **2.4. Participantes**

Asisten 40 PPL'S varones menores de 30 años de los cuales 5 fueron descartados debido a mal comportamiento y falta de colaboración, de las 40 encuestas y test aplicados 20 fueron válidas y 15 inválidas, por lo tanto, el número total de participantes es 20.

#### **2.6. Instrumentos**

##### **1.- Consentimiento informado (Anexo 1)**

La carta de consentimiento informado de este trabajo informa al participante de los detalles del proyecto y de su participación en el mismo, y acepta libremente las condiciones, derechos, responsabilidades, riesgos, beneficios y retribuciones, que conlleva su participación en la investigación. Además de la confidencialidad y manejo de la información, es decir, en el escrito se garantiza que sus datos no podrán ser vistos o utilizados por otras personas ajenas al estudio ni tampoco para propósitos diferentes a los

que establece el documento que firma y por último del retiro voluntario de participar en el estudio (aunque al principio haya dicho que sí) sin que esta decisión repercuta en la atención que recibe en el centro en el que se encuentre, por lo que no perderá ningún beneficio.

## **2.- Encuesta sociodemográfica (Anexo 2)**

Es una encuesta semiestructurada que cuenta con ocho preguntas. Esta herramienta nos permitirá recolectar información sobre los jóvenes que están dentro del CRS-T de mínima seguridad, incluyendo datos como la edad, sexo, estado civil, escolaridad, ciudad de nacimiento, ocupación antes de ingresar al centro, delito y si alguna vez a recibido ayuda psicológica.

## **3.- Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI).**

**Autor:** Morey, L.C. (1997). **Autor de la adaptación española:** Ortiz-Tallo, M., Santamaria, P., Cardenal, V. y Sánchez, M.P. (2011).

Es una prueba de personalidad de 344 ítems auto informada que evalúa la personalidad y la psicopatología de un encuestado. El evaluado selecciona una alternativa entre 4 ítems. El PAI ha sido considerado una de las innovaciones más importantes en el ámbito de la evaluación clínica y forense. Permite una evaluación comprensiva de la psicopatología en adultos mediante 22 escalas. Además, incluye 30 subescalas que proporcionan una información más pormenorizada. Ortiz-Tallo, M., Santamaria, P., Cardenal, V. y Sánchez, M.P. (2011).

### **Descripción de las escalas del PAI**

#### **Escalas de validez**

**Inconsistencia,** Indica si el evaluado responde de forma inconsistente a lo largo de la prueba. Para ello tiene en cuenta su respuesta a pares de ítems altamente relacionados entre sí.

**Infrecuencia,** Indica si el evaluado ha respondido poco cuidadosamente, al azar o de una forma muy peculiar. Los ítems son neutrales con respecto a psicopatología y resultan muy poco frecuentes tanto en personas normales como en pacientes clínicos.

**Impresión negativa,** Indica si el evaluado está presentando una imagen de sí mismo extremadamente desfavorable que pueda sugerir exageración de síntomas.

**Impresión positiva),** Indica si el evaluado está presentando una imagen de sí mismo muy favorable y evita admitir pequeños defectos.

### **Escalas clínicas**

Quejas somáticas, Evalúa las preocupaciones relacionadas con la salud física y las quejas somáticas habitualmente presentes en los trastornos de somatización o de conversión.

Ansiedad, Evalúa las manifestaciones y los signos observables de ansiedad con especial énfasis en la evaluación de sus distintas modalidades cognitiva como emocional y fisiológica.

Trastornos relacionados con la ansiedad, Evalúa los síntomas de conductas relacionadas con trastornos específicos de la ansiedad como específicamente fobias, estrés postraumático y síntomas obsesivos compulsivos.

Depresión, Evalúa las manifestaciones y síntomas de los trastornos depresivos.

Manía, Evalúa los síntomas afectivos, cognitivos y conductuales de la Manía y la hipomanía.

Paranoia, Evalúa los síntomas de los trastornos paranoides y las características más estables de la personalidad paranoide.

Esquizofrenia, Evalúa los síntomas claves del amplio espectro de los trastornos esquizofrénicos.

Rasgos límites, Evalúa los atributos indicativos de la personalidad límite, entre los que se incluyen las relaciones interpersonales inestables y fluctuantes, la impulsividad, la inestabilidad, la labilidad emocional y la ira incontrolada.

Rasgos antisociales, Evalúa el historial de actos ilegales y problemas con la autoridad, así como el egocentrismo, la falta de empatía y la lealtad, la inestabilidad y la búsqueda de sensaciones.

Problemas con el alcohol, Evalúa las consecuencias negativas del consumo de alcohol y los rasgos indicativos de su dependencia.

Problemas con las drogas, Evalúa las consecuencias negativas del uso de drogas y los rasgos indicativos de su dependencia.

#### **- Escalas de consideraciones para el tratamiento**

Agresión, evalúa las características y actitudes relacionadas con la ira, asertividad, la hostilidad y la agresión.

Ideaciones suicidas, Evalúa la ideación suicida cubriendo un amplio rango que va desde desesperanza hasta los pensamientos y planes concretos de suicidio.

Estrés, mide el impacto de circunstancias o situaciones estresantes recientes en la vida del sujeto.

Falta de apoyo social, Evalúa la falta de apoyo social percibido teniendo en cuenta el nivel y calidad del apoyo disponible.

Rechazo al tratamiento, Evaluó aquellos atributos y actitudes que indican una falta de interés y motivación para hacer cambios personales psicológicos o emocionales.

- **Escalas de relaciones interpersonales**

Dominancia, Evalúa el grado en qué una persona es controladora e independiente en sus relaciones personales. Las puntuaciones altas están asociadas a un estilo dominante mientras que las puntuaciones bajas reflejan un estilo sumiso.

Afabilidad, Evalúa el grado en qué una persona se interesa por aquellas relaciones personales empáticas y de apoyo las puntuaciones altas están asociadas a un estilo afable y sociable y las puntuaciones bajas a un estilo frío e indiferente.

**Descripción de las subescalas del PAI**

- **Quejas somáticas (SOM):**

Conversión (SOM-C): Evalúa los síntomas asociados a los trastornos de conversión especialmente alteraciones motoras o sensoriales.

Somatización (SOM-S): Evalúa la aparición frecuente de diversos síntomas físicos comunes y de quejas imprecisas de cansancio y mala salud.

Hipocondría (SOM-H): Evalúa la preocupación por el estado de salud y los problemas físicos.

- **Ansiedad (ANS):**

Cognitiva (ANS-C): Evalúa la presencia de actitudes sobre asuntos cotidianos y preocupaciones rumiativos que afectan y limitan su capacidad de atención y concentración

Emocional (ANS-E): Evalúa la presencia de tensión cansancio y dificultad para relajarse como resultado del alto nivel de estrés percibido

Fisiología (ANS-F): Evalúa los signos físicos manifiestos de tensión y estrés (por ejemplo, palmas sudorosas, temblores de manos, palpitations, sensación de ahogo o falta de aire).

- **Trastorno relacionado con la ansiedad (TRA-O):**

Obsesivo compulsivo (TRA-O): Evalúa la presencia de comportamientos o pensamientos intrusivos, así como rigidez indecisión perfeccionismo y restricción afectiva.

Fobias (TRA-F): Evalúa la presencia de miedos fóbicos comunes tales como situaciones sociales, al transporte público, a las alturas a los espacios cerrados y a otros objetos específicos

Estrés postraumático (TRA-E): Evalúa la existencia de hechos traumáticos que continúan causando malestar y que el sujeto percibe como hechos que le han cambiado o alterado en algún aspecto fundamental.

- **Depresión (DEP):**

Cognitiva (DEP-C): Evalúa la presencia de pensamientos de desesperanza, inutilidad y fracaso personal, así como problemas para tomar decisiones y dificultades de concentración.

Emocional (DEP-E): Evalúa la presencia de Sentimientos de tristeza falta de interés de las actividades cotidianas y anhedonia.

Fisiología (DEP-F): Evalúa los niveles de actividad energía y rendimiento físico entre los que se incluyen interrupciones en sus patrones de sueño cambios de apetito o pérdida de peso

- **Manía (MAN):**

Nivel de actividad (MAN-A) evalúa la desmedida participación en una amplia variedad de actividades de un modo desorganizado y la experimentación de procesos de pensamiento y comportamiento acelerados.

Grandiosidad (MAN-G) evalúa la existencia de una autoestima hipertrofiada, así como cierta expansividad y la creencia de que tiene habilidades o talentos únicos y especiales.

Irritabilidad (MAN-I) evalúa la existencia de tensión en sus relaciones debido a la frustración del sujeto por la incapacidad o la falta de voluntad de los otros para seguir sus planes sus exigencias y sus ideas probablemente poco realista

- **Paranoia (PAR):**

Hipervigilancia (PAR-H) evalúa la suspicacia y la tendencia a estar atenta o posibles desaires reales o imaginarias producidos por otros.

Persecución (PAR-P) parte evalúa la creencia de haber sido tratado injustamente y de que existe un interés común entre diversas personas para socavar sus intereses de sentimiento para evaluar la presencia.

Resentimiento (PAR-R) desconfianza en las relaciones interpersonales y una tendencia a guardar rencor y echar la culpa a los demás de cualquier desgracia

- **Esquizofrenia (ESQ)**

Experiencias psicóticas (ESQ-P) evalúa la presencia de sensaciones y percepciones poco comunes, así como de pensamiento mágico y otras ideas inusuales que pueden incluir creencias delirantes.

Indiferencia social (ESQ-S) evalúa el aislamiento social, así como la torpeza y la incomodidad en las relaciones sociales.

Alteración del pensamiento (ESQ-A) evalúa la confusión, los problemas de concentración y la desorganización de los procesos de pensamiento.

- **Rasgos límites (LIM)**

Inestabilidad emocional (LIM-E) evalúa la sensibilidad emocional, los cambios bruscos de humor y el escaso control emocional.

Alteración de la identidad (LIM-I) evalúa la existencia de dudas sobre principales aspectos de la vida y la presencia de sentimientos de vacío, falta de realización y ausencia de objetivos.

Relaciones interpersonales problemáticas (LIM-P) evalúa la presencia de una historia de relaciones intensas y ambivalentes en las que se ha sentido traicionado y explotado.

Autoagresiones (LIM-A) evalúa la imposibilidad en áreas que tienen un alto porcentaje de Consecuencias negativas.

- **Rasgos antisociales (ANT)**

Conductas antisociales (ANT-A) evalúa el historial de actos antisociales y la implicación en actividades ilegales.

Egocentrismo (ANT-E) evalúa la falta de empatía o remordimiento y un enfoque generalmente explotador en las relaciones interpersonales.

Búsqueda de sensaciones (ANT-B) evalúa el ansia por nuevas sensaciones y emociones, así como una baja tolerancia al aburrimiento y una tendencia a ser temerario y asumir riesgos.

## - **Agresión (AGR)**

Actitud agresiva (AGR-A) evalúa la hostilidad, el escaso control de la expresión de la ira y la creencia la utilidad de la agresión.

Agresiones verbales (AGR-V) evalúa las expresiones verbales de ira incluyendo las no asertivas como una tendencia y prestan su ira a los demás.

Agresiones físicas (AGR-F) evalúa la tendencia a manifestar físicamente su vida Incluyendo los daños a la propiedad de las peleas físicas de las amenazas de violencia.

### **Las escalas que se evaluarán son:**

**-Escalas de validez:** Inconsistencia (INC); Impresión negativa (IMN); Impresión positiva (IMP).

**-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); Agresión (AGR).

### **4.- Instrumentos informáticos:**

Excel, hoja de cálculo numérico para analizar datos.

Plataforma SPSS, software para analizar datos y crear gráficos estadísticos.

## **2.8 Procedimiento**

Para empezar, se solicitó la autorización de ingreso para realizar la investigación dentro de la institución mediante correo electrónico, el día viernes 05 de agosto se inició con la evaluación hasta el 26 de agosto con horario de 8:30 am a 17:30 pm, acordando también cumplir con lineamientos de seguridad y bioseguridad requeridos. Dentro de la institución se administró de forma individual el consentimiento informado y de confidencialidad, el cual fue firmado por los PPL'S que cumplieron con los criterios requeridos. Después, se aplicó individualmente la encuesta socio-demográfica y la prueba Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI) con un tiempo aproximado de 45 minutos por PPL. Posteriormente, ingresamos los resultados de las encuestas sociodemográficas en una base de datos para su análisis y también se calificó la prueba psicométrica mediante la plataforma en línea TEA ediciones detectando los test válidos y los inválidos. Finalmente se relacionaron los datos sociodemográficos con los resultados de los test válidos.

# CAPÍTULO 3

## 3. ANÁLISIS Y RESULTADOS

### RESULTADOS DE LA ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA

**Tabla 1**

*Resultados encuesta sociodemográfica.*

Edad	Frecuencia	Porcentaje
18-20	2	10%
21-23	5	25%
24-26	8	40%
27-30	5	25%
<hr/>		
Estado civil		
Soltero	16	80%
Divorciado	1	5%
Unión libre	3	15%
<hr/>		
Escolaridad		
Primaria	5	25%
Bachillerato	13	65%
Universitario (Tercer nivel)	2	10%
<hr/>		
Ocupación que tenía antes de ingresar		
Comerciante	8	40%
Estudiante	2	10%
Obrero	6	30%
Trabajo en transporte	4	20%
<hr/>		
Lugar de nacimiento		
Costa	5	25%
Sierra	11	55%
Amazonia	2	10%
Extranjero	2	10%
<hr/>		
Delito		

Contra la inviolabilidad de la vida	3	15%
Contra la integridad sexual y reproductiva	2	10%
Contra el derecho a la propiedad	8	40%
Por la producción o tráfico de sustancias catalogadas sujetas a fiscalización	1	5%
Contra la propiedad y tráfico de sustancias catalogadas sujetas a fiscalización	5	25%
Contra la propiedad e Inviolabilidad de la vida	1	5%
<hr/>		
Ha recibido ayuda psicológica		
Si	13	65%
No	7	35%
<hr/>		

En la tabla 1 podemos encontrar los datos de la encuesta sociodemográfica con las diferentes preguntas el número de PPL'S y el porcentaje; iniciando por la edad dentro del estudio existió en su mayoría 40% jóvenes entre 24 a 26 años, en relación con el estado civil 80% son solteros, con escolaridad bachiller el 65%, antes de ingresar el 40% se dedicaba al comercio, el 55% son procedentes de la sierra, el 40% se encuentran presos por el delito contra la propiedad, finalmente el 65% han recibido ayuda psicológica previamente.

## RESULTADOS DEL TEST PAI

**Tabla 2**

*Escala de validez*

Validez	Frecuencia	Porcentaje
Impresión positiva	12	60%
Impresión negativa	5	25%
Ninguno	3	15%

En la tabla 2 dentro de las escalas de validez tenemos la impresión positiva que es cuando el evaluado tiene una imagen de sí mismo muy favorable con un 60%, y la impresión negativa que es cuando el evaluado presenta una imagen de sí mismo

desfavorable. Como tercer ámbito, un 15% no tiene ninguna impresión de sí mismo dentro de un margen clínicamente significativo.

**Tabla 3**

*Escalas Clínicas*

<b>Quejas somáticas</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
SI	2	10%
NO	18	90%
<b>Ansiedad</b>		
SI	5	25%
NO	15	75%
<b>Trastorno relacionado con la ansiedad</b>		
SI	6	30%
NO	14	70%
<b>Manía</b>		
SI	<b>12</b>	<b>60%</b>
NO	8	40%
<b>Paranoia</b>		
SI	<b>12</b>	<b>60%</b>
NO	8	40%
<b>Esquizofrenia</b>		
SI	9	45%
NO	11	55%
<b>Límites</b>		
SI	7	35%
NO	13	65%
<b>Rasgos antisociales</b>		
SI	<b>12</b>	<b>60%</b>
NO	8	40%
<b>Problemas con alcohol</b>		
SI	7	35%
NO	13	65%
<b>Problemas con drogas</b>		
SI	<b>12</b>	<b>60%</b>
NO	8	40%
<b>Ideación suicidad</b>		
SI	4	20%
NO	16	80%
<b>Estrés</b>		

SI	7	35%
NO	13	65%
<b>Falta de apoyo social</b>		
SI	10	50%
NO	10	50%
<b>Rechazo al tratamiento</b>		
SI	10	50%
NO	10	50%
<b>Depresión</b>		
SI	5	25%
NO	15	75%
<b>Agresión</b>		
SI	6	30%
NO	14	70%

En la tabla 3 se encuentran las escalas del test psicométrico PAI con el número de PPL'S y su respectivo porcentaje. Siendo las patologías más frecuentes dentro de la población escogida con 60% manía, paranoia, rasgos antisociales, problemas con drogas, siguiéndole con 50% la falta de apoyo social y rechazo al tratamiento, con un 45% la esquizofrenia, con un 35% límites, problemas con el alcohol y estrés, con 30% trastorno relacionado con la ansiedad y la agresión, la ansiedad y depresión con un 25%, ideación suicida con un 20% y finalmente las quejas somáticas con un 10%.

## RESULTADOS DE LAS SUBESCALES DEL TEST PAI

A continuación, se realizó el análisis de 18 de 20 tests con la versión completa (escalas y subescalas) por que los resultados en las subescalas no fueron validos de los dos restantes.

**Tabla 4**

### *Somatización*

Conversión	Frecuencia	Porcentaje
SI	6	35%
NO	11	65%
Total	18	100%
Somatización	Frecuencia	Porcentaje
SI	2	12%
NO	15	88%

Total	Frecuencia	Porcentaje
Total	18	100%
Hipocondría		
SI	2	12%
NO	15	88%
Total	18	100%

En la tabla número 4 quejas somáticas podemos observar que existe mayor frecuencia en conversión.

### Tabla 5

#### *Ansiedad*

Cognitiva	Frecuencia	Porcentaje
SI	1	6%
NO	16	94%
Total	18	100%
Emocional		
SI	1	6%
NO	16	94%
Total	18	100%
Fisiológica		
SI	3	18%
NO	14	82%
Total	18	100%

En la tabla número 5 los PPL'S muestran mayor ansiedad fisiológica.

### Tabla 6

#### *Trastorno obsesivo compulsivo*

Obsesivo compulsivo	Frecuencia	Porcentaje
SI	8	47%
NO	9	63%
Total	18	100%
Fobias		
SI	3	18%
NO	14	82%
Total	18	100%

Estrés postraumático	Frecuencia	Porcentaje
SI	5	29%
NO	12	71%
Total	18	100%

En la tabla número 6 se puede observar un alto porcentaje con trastorno obsesivo compulsivo y con estrés postraumático.

**Tabla 7***Depresión*

Cognitiva		Frecuencia	Porcentaje
SI		4	24%
NO		13	76%
Total		18	100%

Emocional		Frecuencia	Porcentaje
SI		5	29%
NO		12	71%
Total		18	100%

Fisiológica		Frecuencia	Porcentaje
SI		2	12%
NO		15	88%
Total		18	100%

En la tabla número 7 de depresión existe un mayor porcentaje de depresión emocional.

**Tabla 8***Manía*

Nivel de actividad	Frecuencia	Porcentaje
SI	7	41%
NO	10	59%
Total	18	100%
Grandiosidad	Frecuencia	Porcentaje
SI	12	71%
NO	5	29%
Total	18	100%
Irritabilidad	Frecuencia	Porcentaje
SI	6	35%
NO	11	65%
Total	18	100%

Dentro de la tabla número 8 de manía existen altos niveles en las tres subescalas de nivel de actividad 41%, grandiosidad 71% e irritabilidad 35%.

**Tabla 9***Paranoia*

Hipervigilancia	Frecuencia	Porcentaje
SI	8	47%
NO	9	53%
Total	18	100%
Persecución	Frecuencia	Porcentaje
SI	12	71%
NO	5	29%
Total	18	100%
Resentimiento	Frecuencia	Porcentaje
SI	3	18%
NO	14	82%
Total	18	100%

En la tabla número 9 de paranoia existe mayor frecuencia en pensamientos de persecución e hipervigilancia.

**Tabla 10***Esquizofrenia*

Expresiones psicóticas	Frecuencia	Porcentaje
SI	5	29%
NO	12	71%
Total	18	100%

Indiferencia social	Frecuencia	Porcentaje
SI	8	47%
NO	9	53%
Total	18	100%

Alteraciones del pensamiento	Frecuencia	Porcentaje
SI	4	24%
NO	13	76%
Total	18	100%

En la tabla número 10 de esquizofrenia los rasgos más elevados con 47% son los de indiferencia social.

**Tabla 11***Límites*

Estabilidad emocional	Frecuencia	Porcentaje
SI	3	18%
NO	14	82%
Total	18	100%

---

Alteración identidad	Frecuencia	Porcentaje
SI	8	47%
NO	9	53%
Total	18	100%

---

Relaciones interpersonales problemáticas	Frecuencia	Porcentaje
SI	8	47%
NO	9	53%
Total	18	100%

---

Agresiones	Frecuencia	Porcentaje
SI	7	41%
NO	10	59%
Total	18	100%

En la tabla número 11 entre los rasgos límites con mayor frecuencia se encuentran la alteración de identidad, relaciones interpersonales problemáticas y agresiones.

**Tabla 12***Ansiedad*

Conductas antisociales	Frecuencia	Porcentaje
SI	13	77%
NO	4	23%
Total	18	100%

Egocentrismo	Frecuencia	Porcentaje
SI	6	35%
NO	11	65%
Total	18	100%

Búsqueda de sensaciones	Frecuencia	Porcentaje
SI	5	29%
NO	12	71%
Total	18	100%

En la tabla número 12 de agresión las que destacan son las conductas antisociales.

**Tabla 13***Agresividad*

Actitud agresiva	Frecuencia	Porcentaje
SI	7	41%
NO	10	59%
Total	18	100%

---

Agresiones verbales	Frecuencia	Porcentaje
SI	5	29%
NO	12	71%
Total	18	100%

---

Agresiones físicas	Frecuencia	Porcentaje
SI	5	29%
NO	12	71%
Total	18	100%

En la tabla número 13 dentro de manía-grandiosidad, paranoia-persecución y antisocial-conductas antisociales.

**Tabla 14***Escala relaciones interpersonales*

Dominancia	Frecuencia	Porcentaje
SI	11	55
NO	9	45

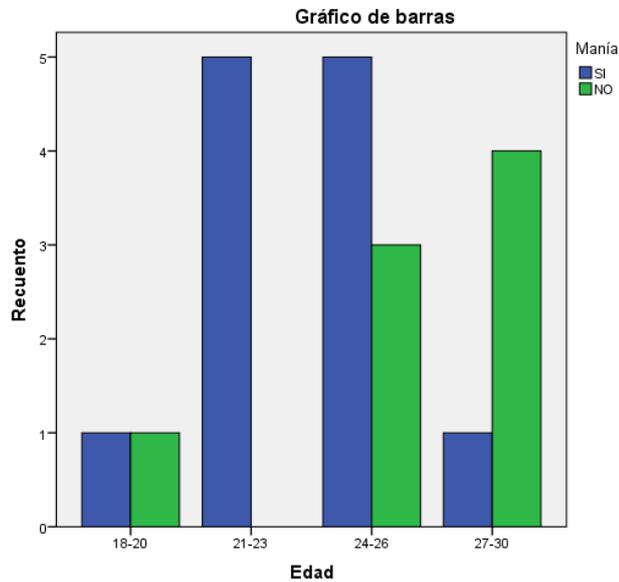
---

Afabilidad	Frecuencia	Porcentaje
SI	10	50
NO	10	50

En la tabla número 14 las relaciones interpersonales donde la dominancia con un 55% representa el grado de una persona en ser controladora o independiente y con un 50% la escala de afabilidad representa el grado en que a una persona le interesan las relaciones interpersonales.

## Figura 1

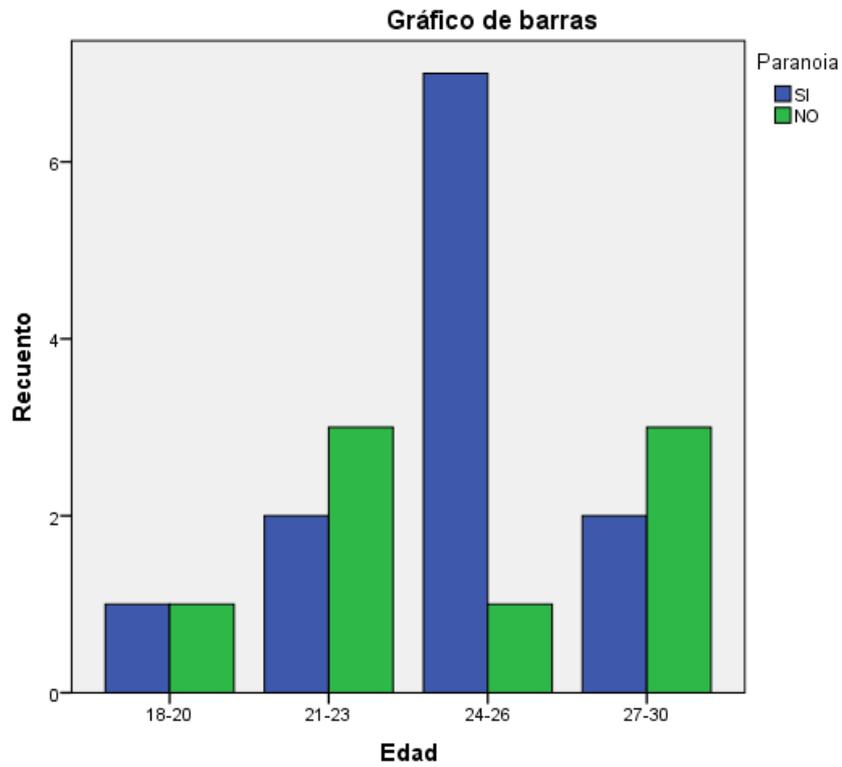
*Correlación edad vs manía*



En la figura 1 se representa la correlación entre la edad y la manía e indica que entre los 24 a 30 años existe mayor prevalencia de manía, la cual evalúa la presentación clínica de la manía e hipomanía con características como una elevación anómala del estado del ánimo, expansividad, grandiosidad e hiperactividad además de irritabilidad e impaciencia. Manteniéndose el rango de frecuencia entre manía y edad entre los 18-20 años. Disminuyendo la frecuencia de manía entre los 27- 30 años.

**Figura 2**

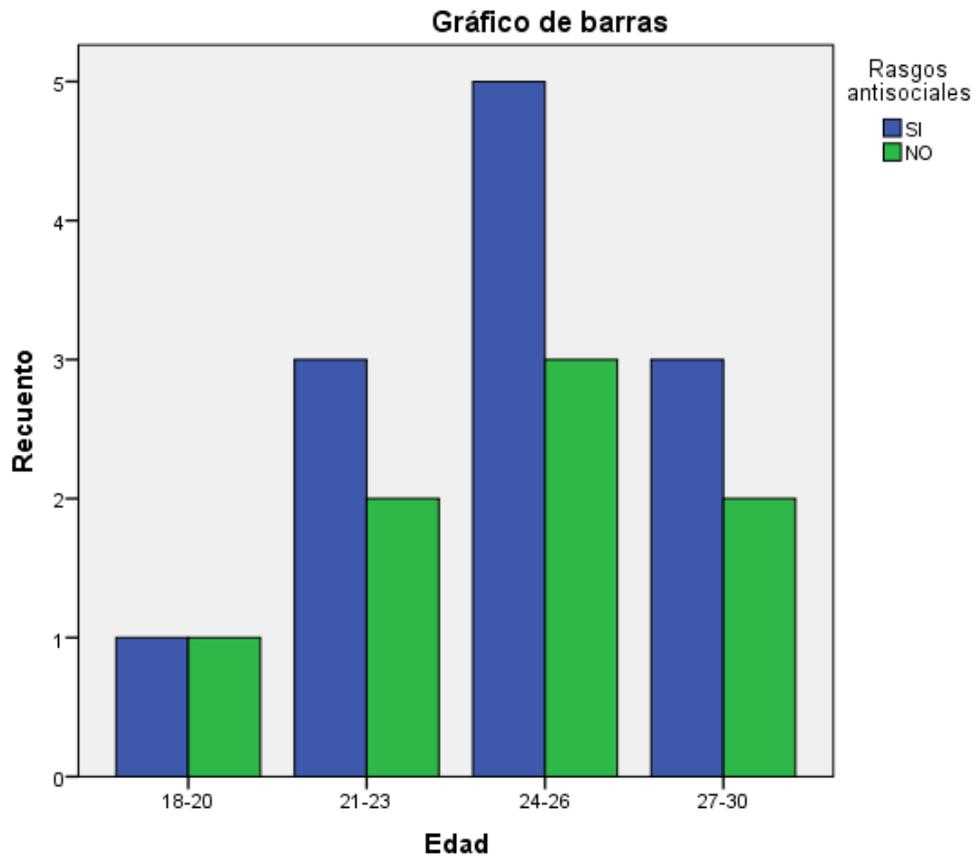
*Correlación edad vs paranoia*



En la figura 2 la correlación entre edad y paranoia nos indica que existe mayor prevalencia de esta entre los 24 a 26 años estos se orientan mayormente a la vigilancia y control excesivo del entorno por temor a posibles peligros, tienen tendencia al resentimiento, rencor y predisposición para detectar injusticias por parte de los otros.

**Figura 3**

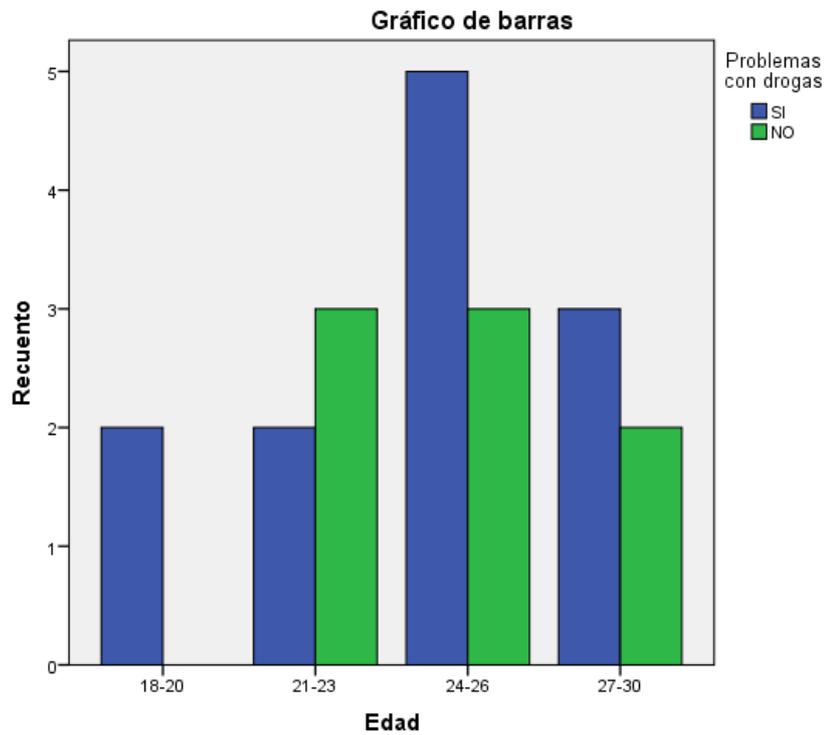
*Correlación edad vs rasgos antisociales*



En la figura 3 entre la edad y los rasgos antisociales podemos observar que entre los 18 a los 30 años existe prominencia de estos y se puntúan aún más entre los 24 y 26 años esta escala puede indicar egocentrismo, limitada empatía y actitudes o conductas antisociales se muestran impulsivos y con un amplio historial de conflictos con la autoridad.

**Figura 4**

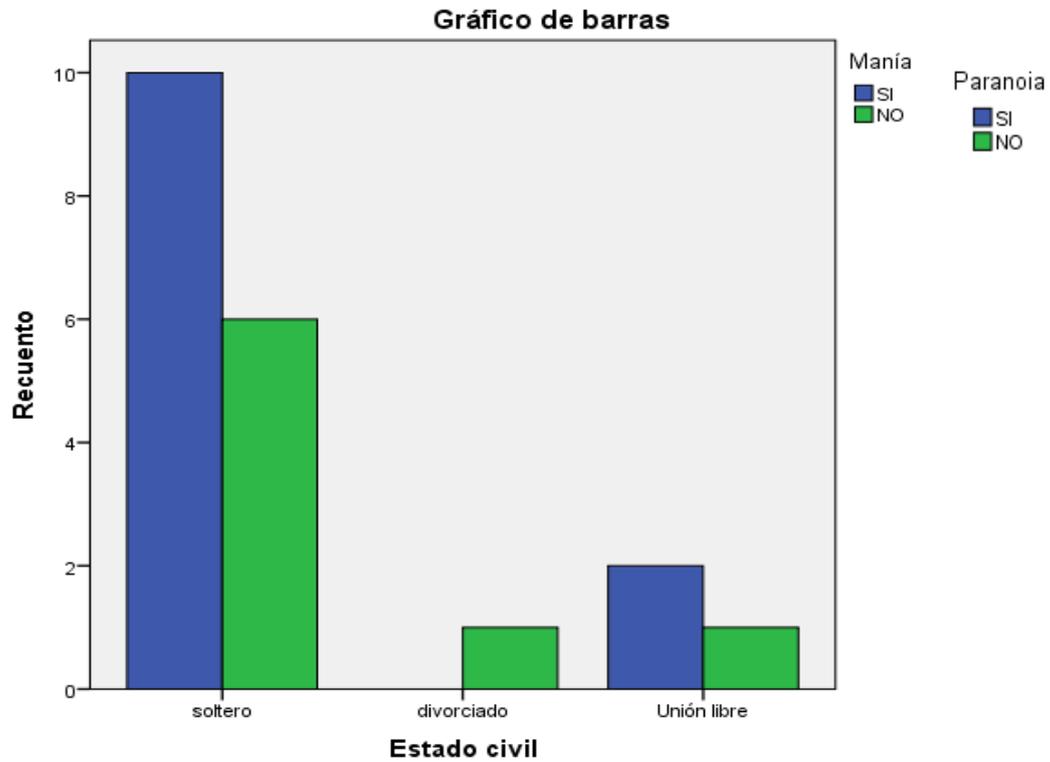
*Correlación edad vs problemas con drogas*



En la figura 4 la correlación entre edad y problemas con drogas muestra que existe prevalencia de esta entre los 18-20 años y de los 24 a 30 años con una puntuación significativa de consumo de sustancias ilegales y dependencia a estas.

**Figura 5**

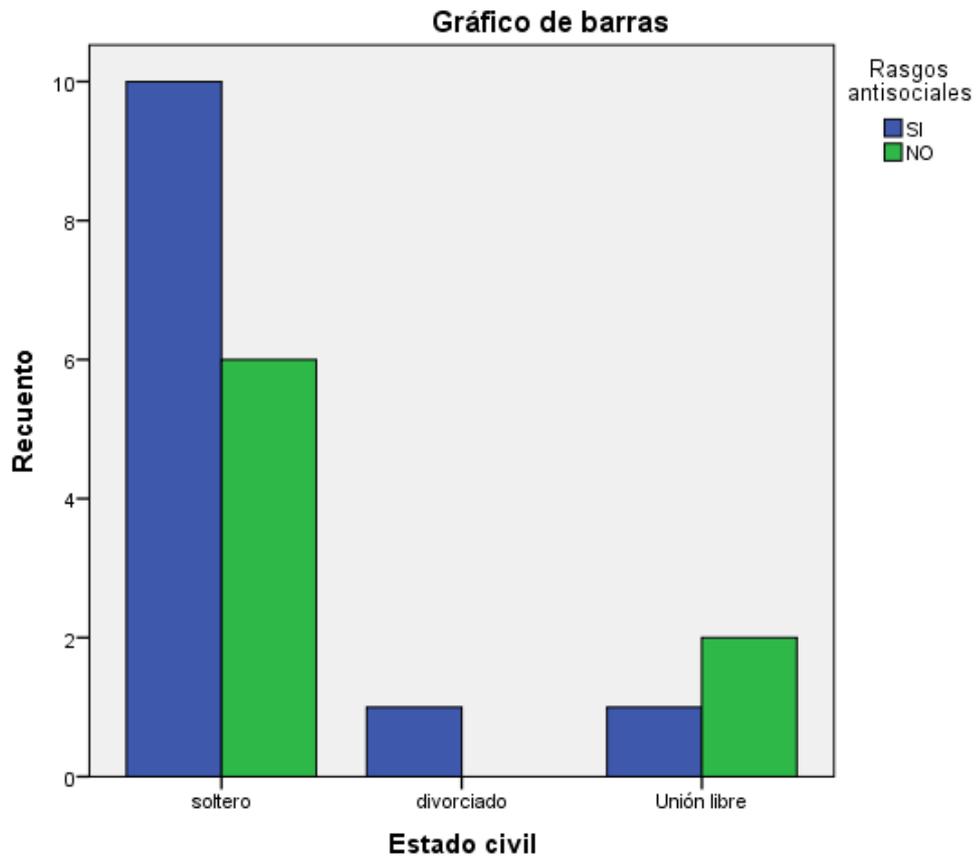
*Correlación estado civil vs manía y paranoia*



En la figura 5 la correlación entre estado civil con manía y paranoia representan que entre solteros y unión libre existe mayor prominencia de estas.

**Figura 6**

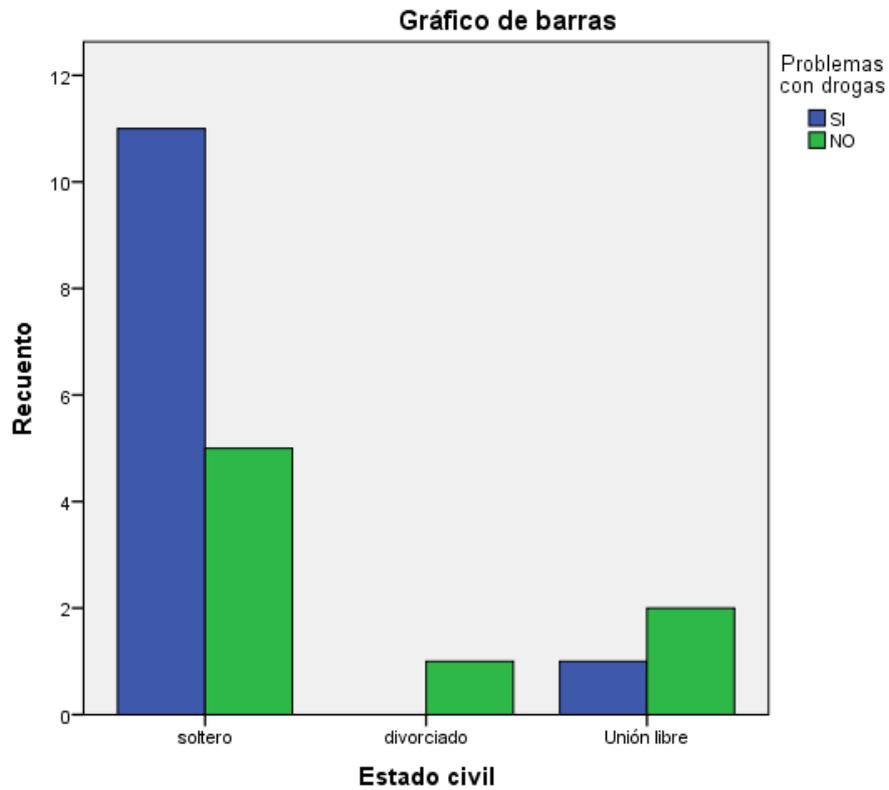
*Correlación estado civil vs rasgos antisociales*



Entre estado civil y los rasgos antisociales de la figura 6 indica que existe una prevalencia significativa entre los solteros y divorciados,

**Figura 7**

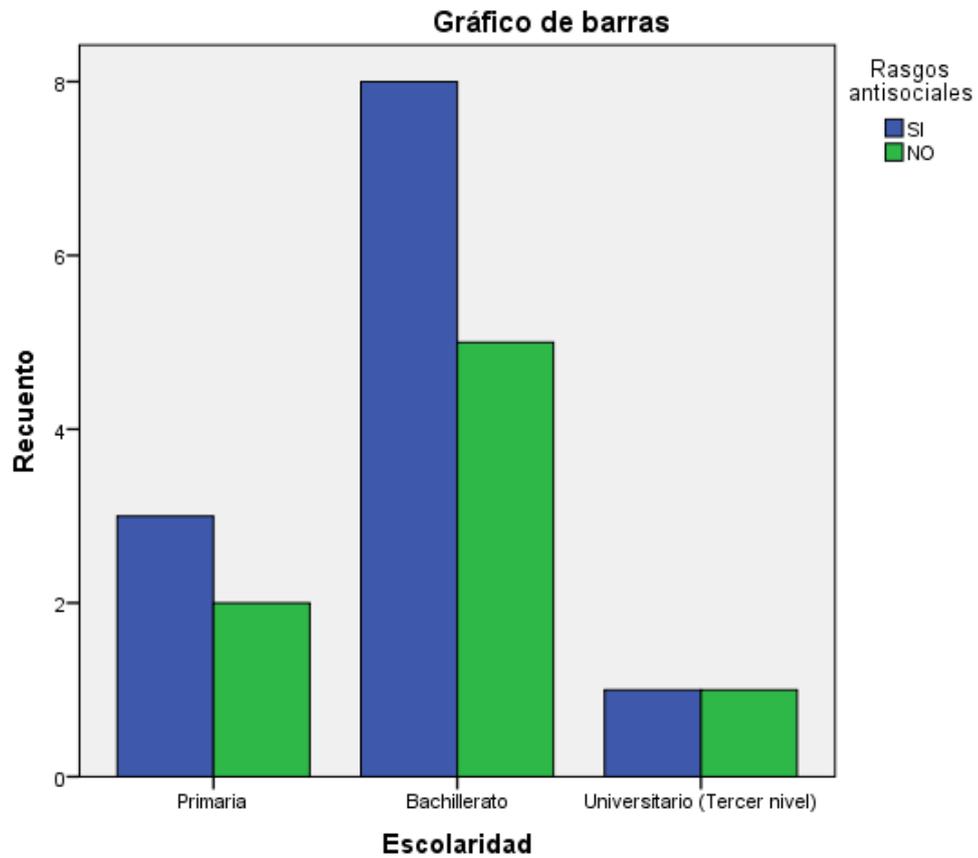
*Correlación estado civil vs problemas con drogas*



Entre el estado civil y los problemas con las drogas en la figura 7 podemos observar que la mayor parte de los solteros tienen problemas con el consumo de drogas ilegales y dependencia a estas.

**Figura 8**

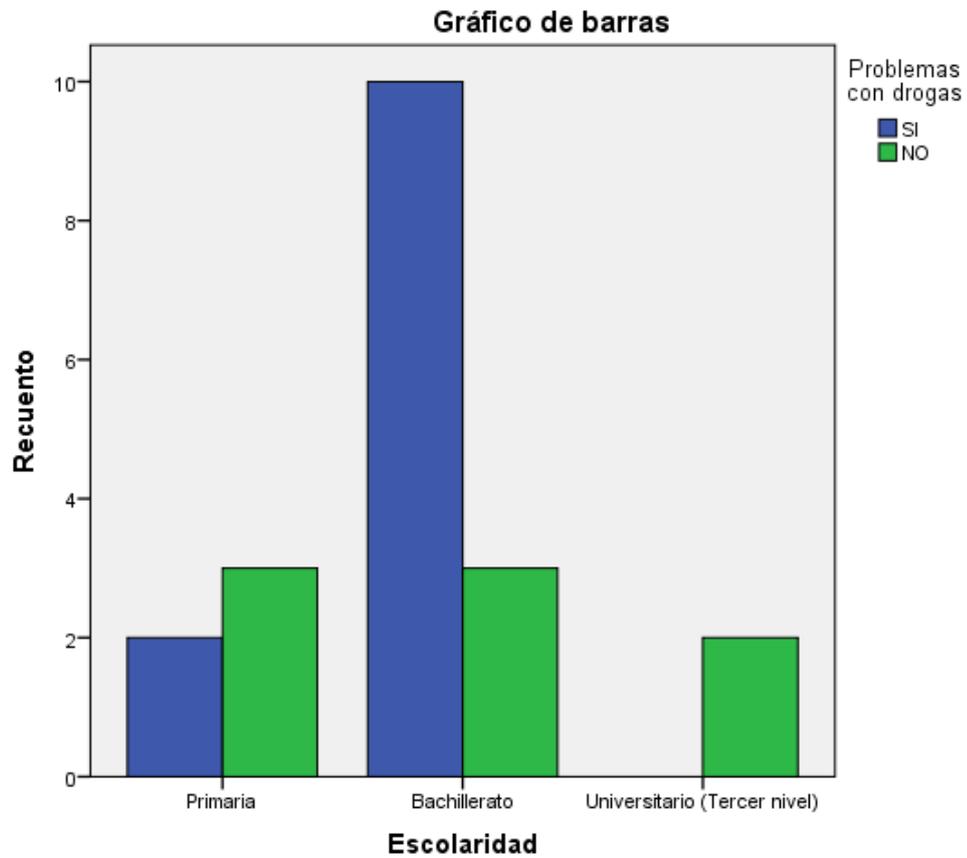
*Correlación escolaridad vs rasgos antisociales*



En la figura 8 la correlación que existe entre la escolaridad y los rasgos antisociales indica que existe gran prevalencia de estos aumentando en el bachillerato.

**Figura 9**

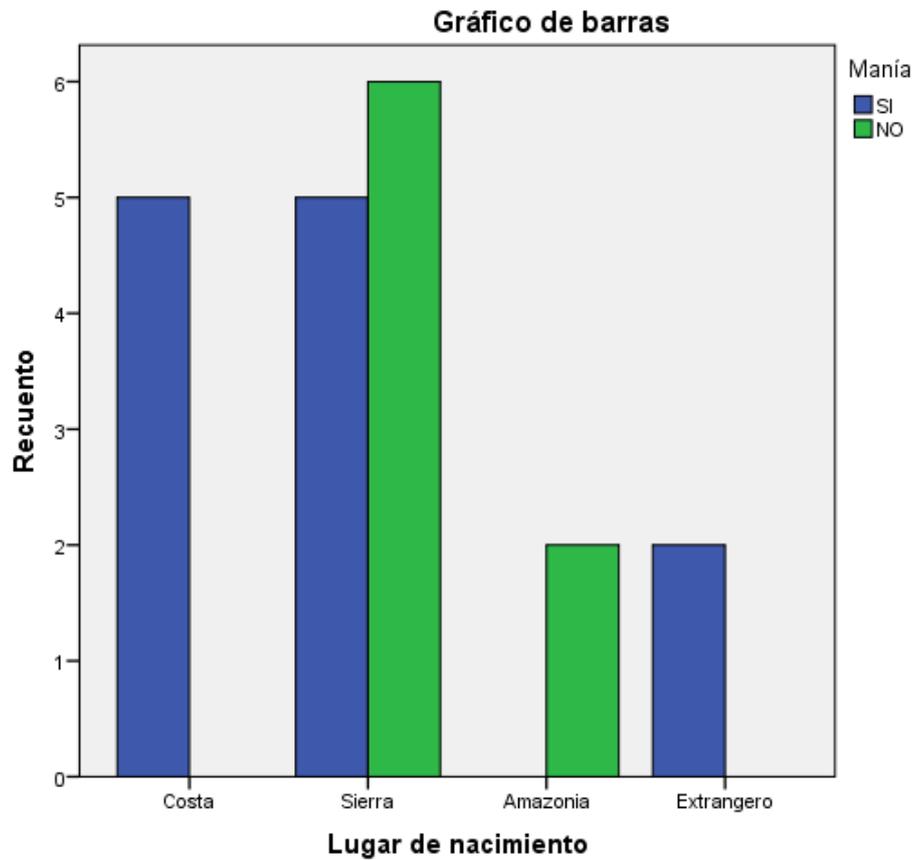
*Correlación escolaridad vs problemas con drogas*



En la figura 9 entre escolaridad y problemas con drogas podemos ver que las PPL'S que han alcanzado una escolaridad hasta el bachillerato tienen una alta prevalencia en consumo de drogas.

**Figura 10**

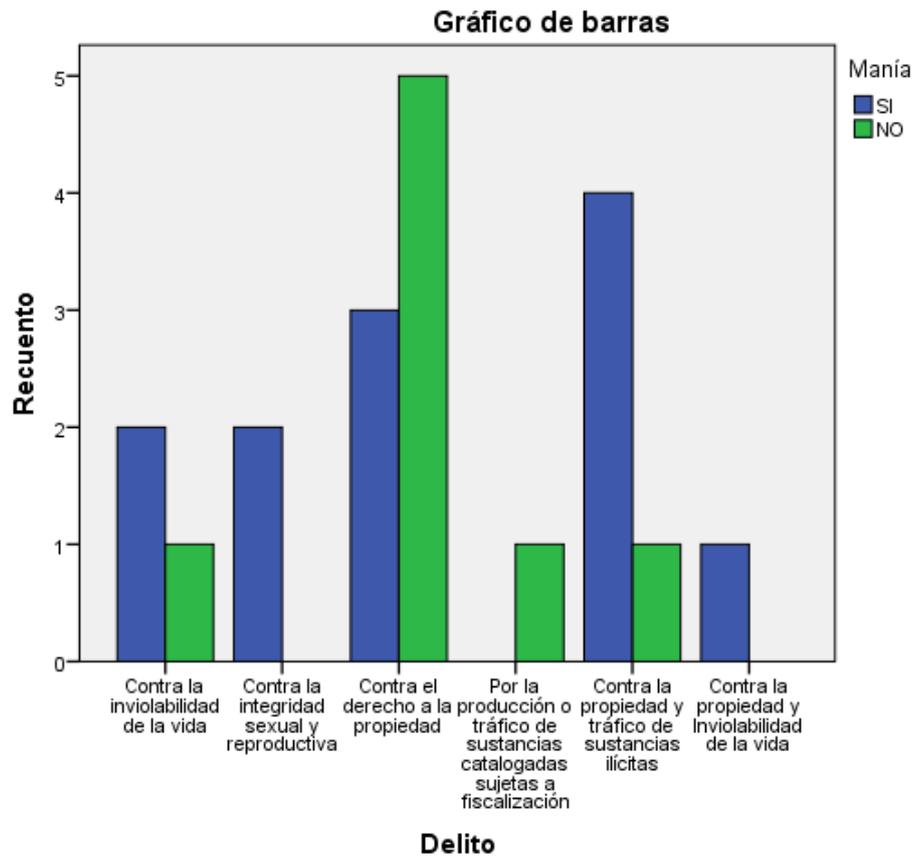
*Correlación procedencia vs manía*



En la correlación entre el lugar de nacimiento y manía en la figura 10 se puede observar que existe gran prevalencia en PPL'S de la costa.

**Figura 11**

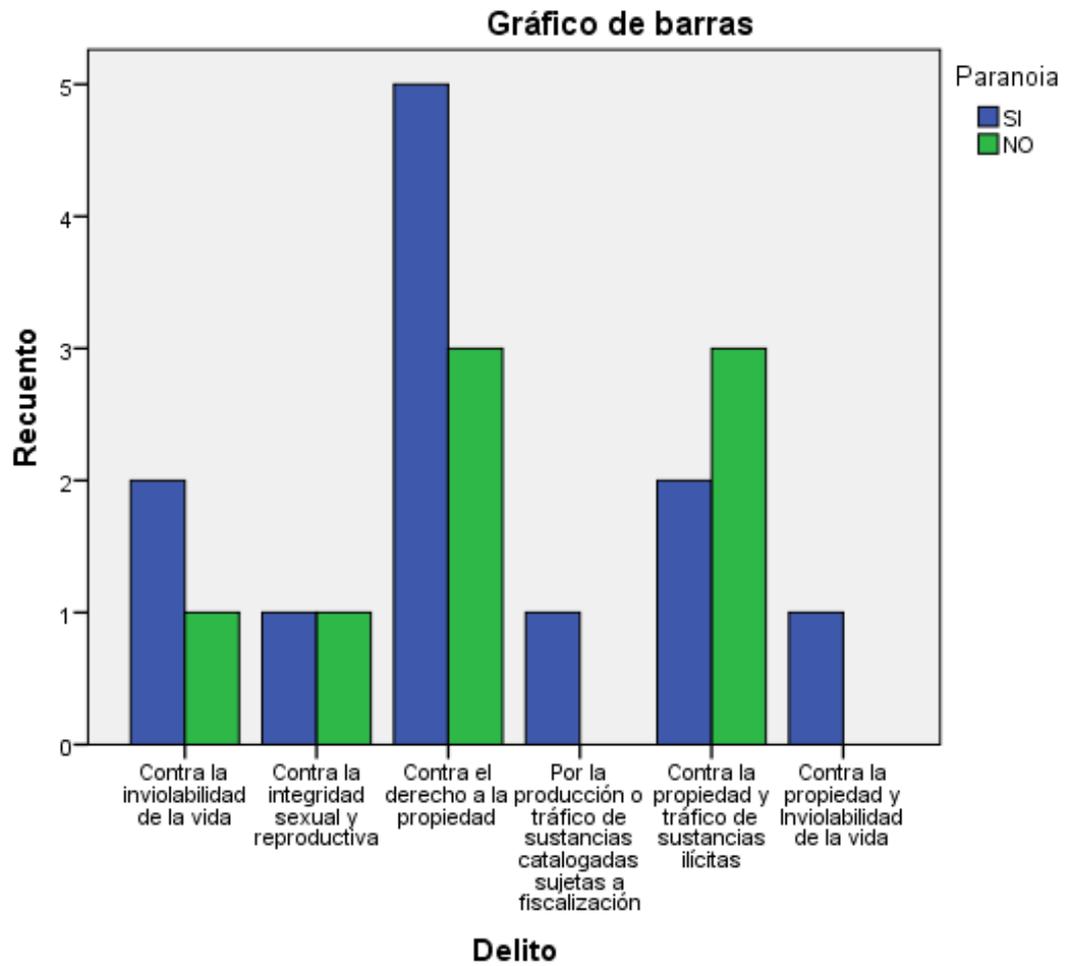
*Correlación delito vs manía*



Entre el delito y la manía de la figura 11 se puede observar que los delitos en contra la inviolabilidad de la vida, la integridad sexual y reproductiva y las condenas dobles tienen gran prevalencia con esta escala.

**Figura 12**

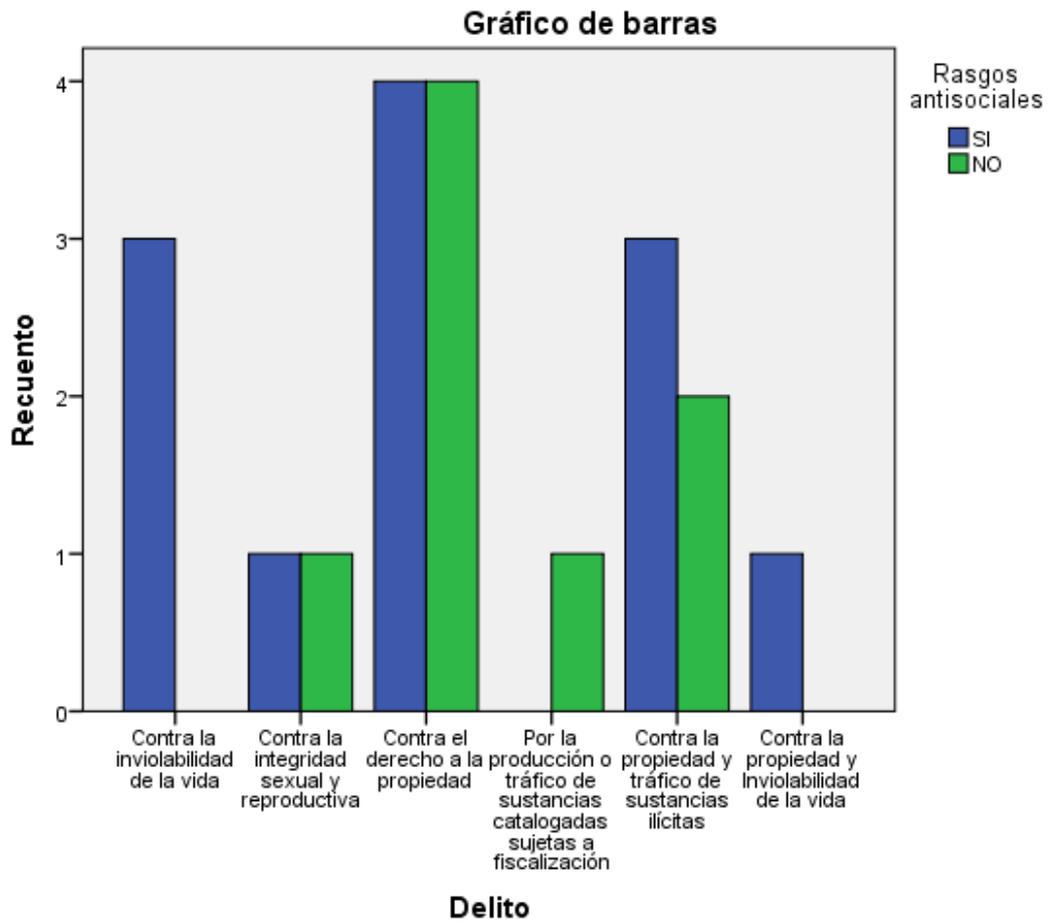
*Correlación delito vs paranoia*



En la correlación entre el delito y paranoia de la figura 12 existe prevalencia de este rasgo principalmente en el delito contra el derecho a la propiedad.

**Figura 13**

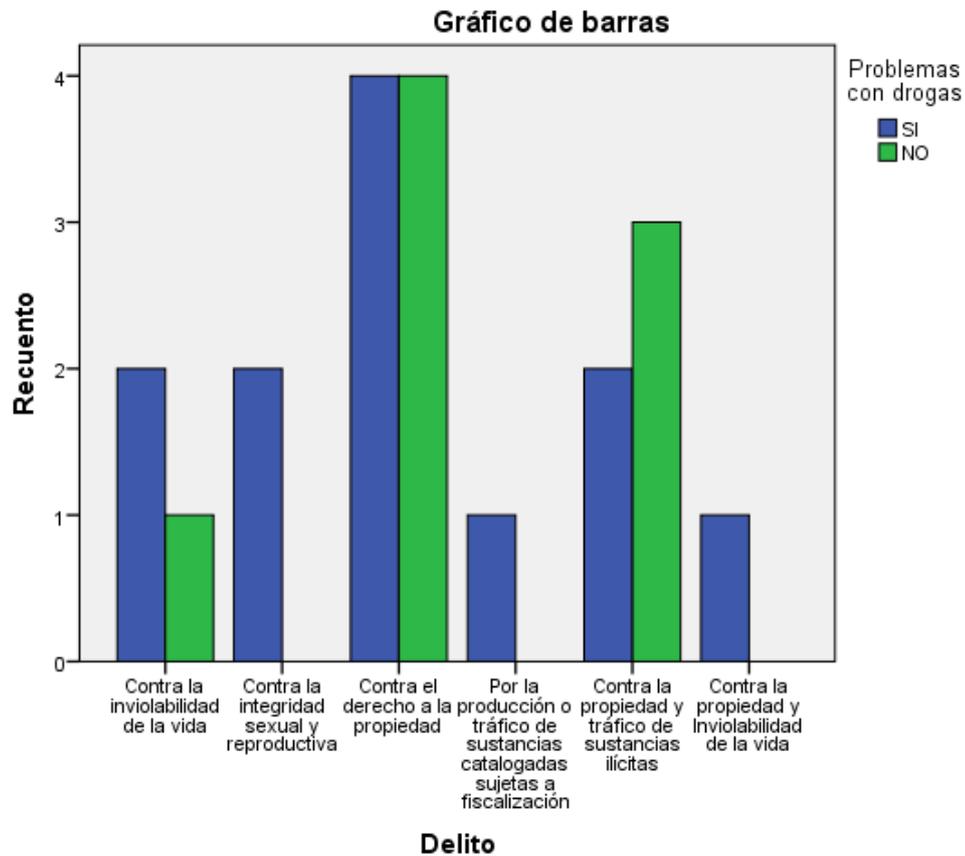
*Correlación delito vs rasgos antisociales*



En la figura 13 la correlación entre el delito y los rasgos antisociales muestra que existe mayor prevalencia en delitos contra la propiedad y la inviolabilidad de la vida a diferencia de los delitos por la producción o tráfico de sustancias catalogadas sujetas a fiscalización.

**Figura 14**

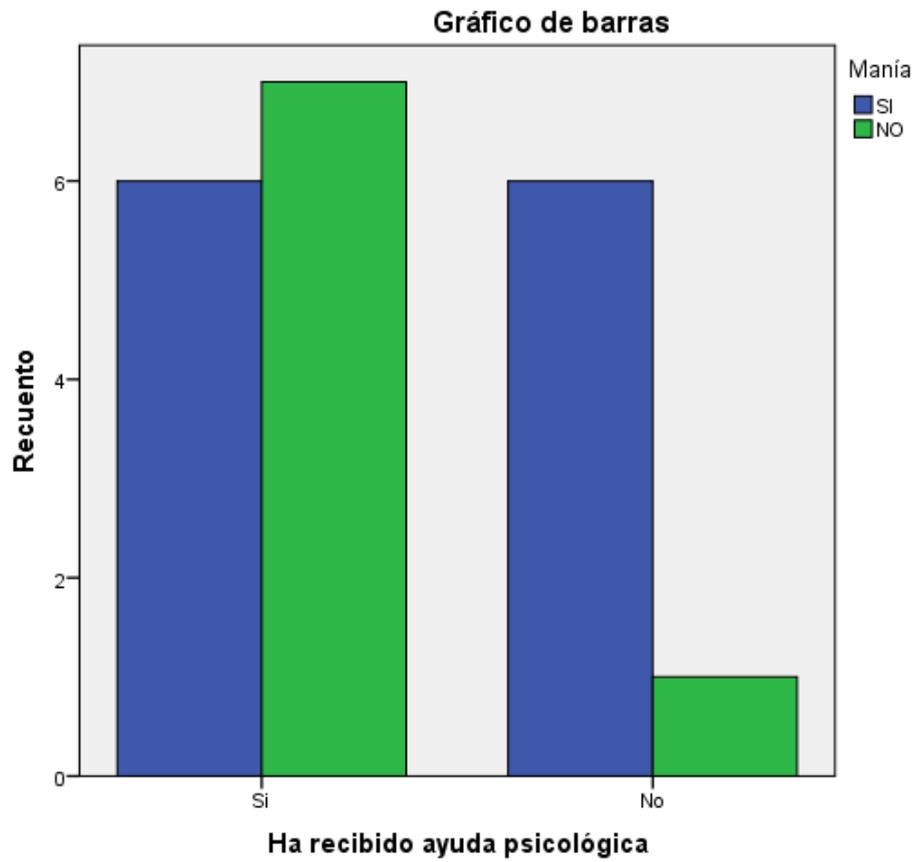
*Correlación delito vs problemas con drogas*



En la figura 14 entre el delito y los problemas con drogas podemos ver que existe prevalencia en el delito de ir contra la integridad sexual y reproductiva producción o tráfico de sustancias catalogadas sujetas a fiscalización. Aunque también se muestra presencia en otros delitos.

**Figura 15**

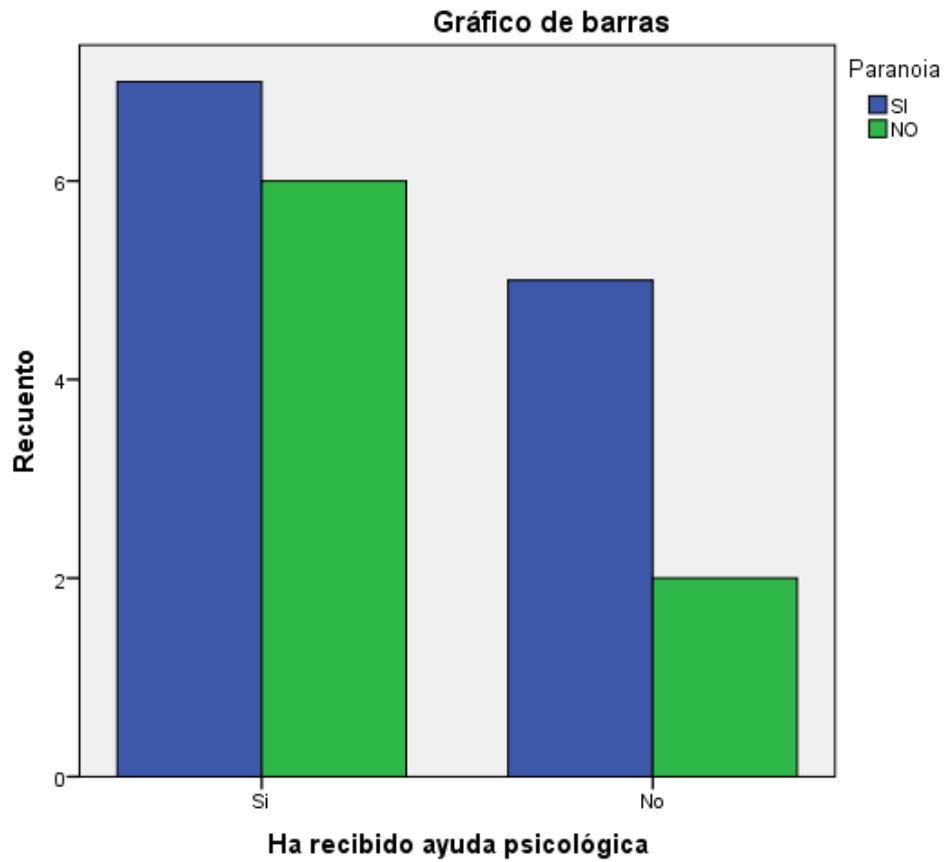
*Correlación ayuda psicológica vs manía*



Según la correlación vista en la figura 15 existe el mismo porcentaje entre PPL'S que han recibido atención psicológica previa y los que no en relación con la manía.

**Figura 16**

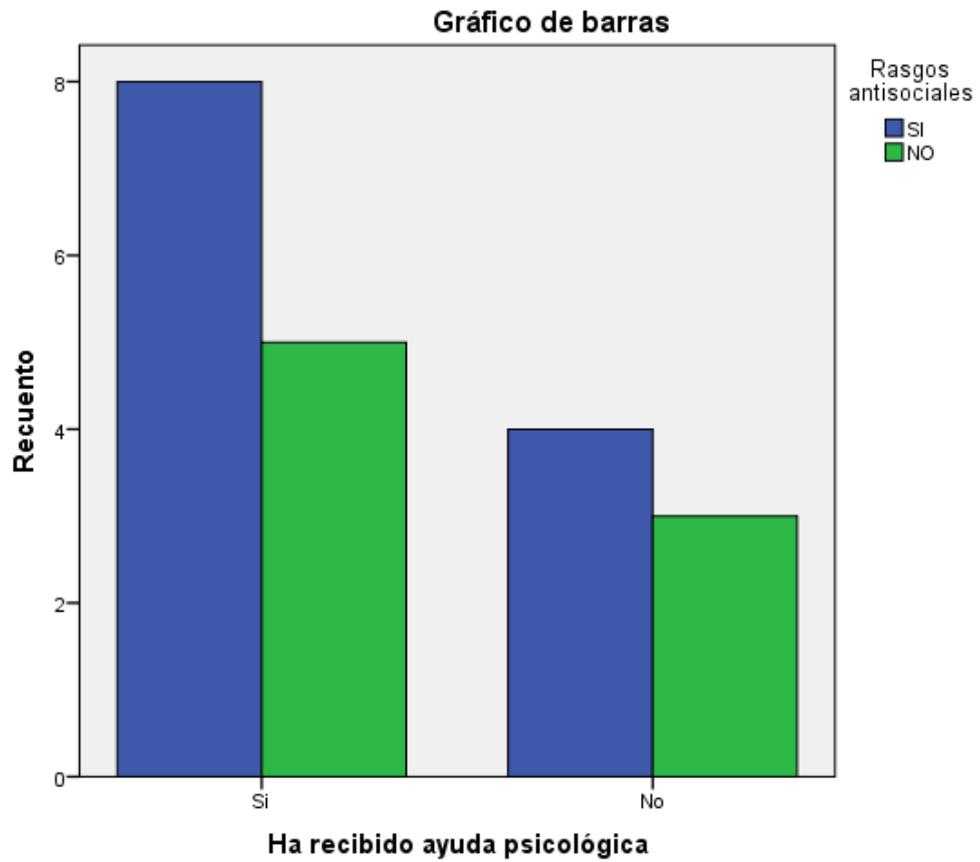
*Correlación ayuda psicológica vs paranoia*



En la figura 16 existe una leve diferencia entre personas que muestran paranoia que sí han recibido atención psicológica y las que no.

**Figura 17**

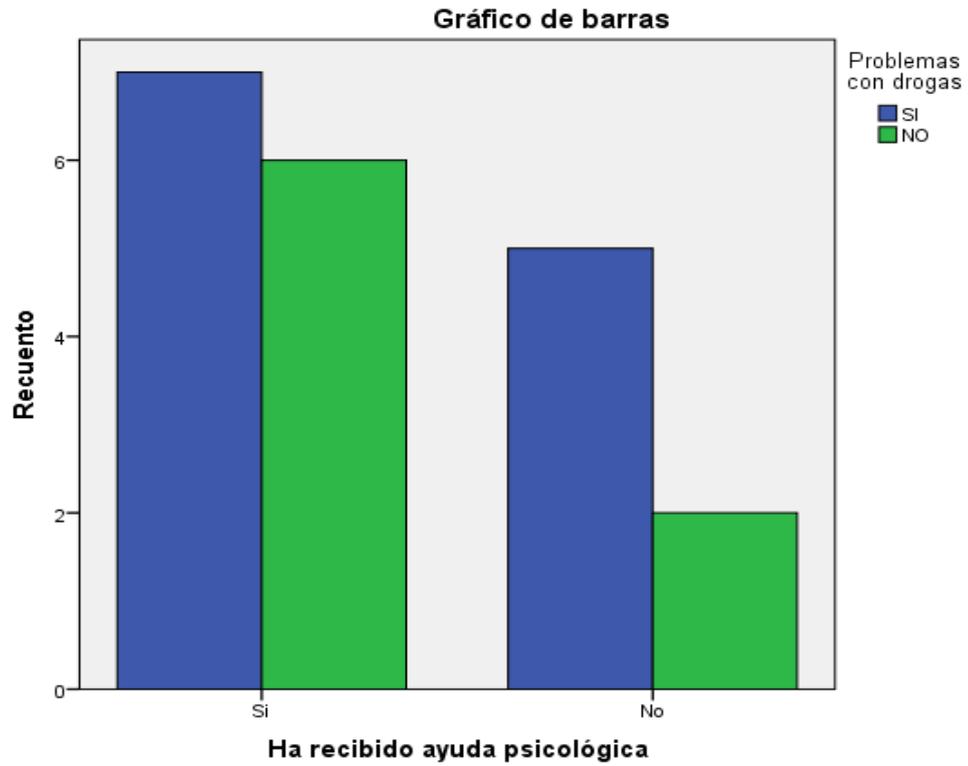
*Correlación ayuda psicológica vs rasgos antisociales*



En la figura 17 la mayoría de PPL'S con rasgos antisociales han recibido ayuda psicológica previa.

**Figura 18**

*Correlación ayuda psicológica vs problemas con drogas*



La correlación que existe en figura 18 entre personas que han recibido atención psicológica previa tienen alta prevalencia en problemas con las drogas.

# CAPÍTULO 4

## DISCUSIÓN

Mediante la encuesta sociodemográfica podemos observar que en el CRS-T N1 Turi dentro de los encuestados varones jóvenes entre los 18 a 30 años, existe mayor porcentaje de jóvenes entre 24 y 30 años de edad (65%). Además, se encontró que existe un 80% con estado civil soltero, dentro de los resultados obtenidos el 65% cumplen el bachillerato. Por otro lado, en cuanto a la ocupación laboral no existe mayor información teórica relacionado a esta por lo que en nuestro estudio las ocupaciones prevalentes son el comercio y la ocupación de obrero con un 70%. También se pudo evidenciar que entre los delitos más cometidos está el delito contra la propiedad con un 40% y tráfico de sustancias catalogadas sujetas a fiscalización con un 25%, por último, que han recibido atención psicológica previa el 65%. Debido a que existen pocos estudios relacionados al margen de edad de jóvenes dentro de un contexto penitenciario pese a que la mayor población dentro de las cárceles del Ecuador son jóvenes con un 39.3% según el Diagnóstico del Sistema Penitenciario del Ecuador 2021, además que a nivel nacional la población sin ninguna instrucción alcanza el 7% y en las cárceles apenas el 2% Con esto se demuestra que los delitos no son necesariamente por falta de educación si no que puede deberse a otros factores, también gracias al Ministerio de Educación las PPL'S han podido continuar sus estudios.

De acuerdo a la causa de la detención según la tipificación de los delitos de nuestro sistema judicial, el 68% de los internos están acusados de delitos contra la propiedad y de estupefacientes (Urbio y FLACSO, 2007). Lo que puede indicar el alto índice de estos mismos delitos dentro de nuestro estudio en rasgos antisociales y problemas con drogas.

Molina-Coloma, Salaberría, & Pérez (2018) en su artículo sobre la personalidad en la población carcelaria, describe las características de personalidad con la aplicación del inventario clínico multiaxial de Millon-III (MCMI-III), la escala de impulsividad de Barratt (BIS-11) y el cuestionario de agresión de Buss y Perry (BPAQ), los resultados mostraron que en la población reclusa predominan características de personalidad de tipo antisocial y paranoide, además de mayores niveles de agresividad e impulsividad que en la población general. Respecto a la presencia de psicopatología, aparecen indicadores de

afectación psíquica como la ansiedad, los cuadros delirantes y la dependencia a sustancias y al alcohol. En relación con nuestra investigación las PPL'S también mostraron rasgos antisociales y paranoia además de manía y problemas con drogas, y, a diferencia no presentaron niveles clínicamente significativos de ansiedad o de rasgos límites, tampoco presentaron problemas con alcohol.

La importancia de las visitas familiares ayuda a disminuir los niveles con relación a depresiones y psicosis (Benavides, 2017). En nuestro estudio se pudo observar que existieron bajos niveles en la escala de depresión y de psicosis o rasgos esquizofrénicos lo que puede ser debido a que las PPL'S reciben visitas semanal o mensualmente según lo soliciten y no tengan restricciones para solicitar visitas.

Dentro de nuestro estudio también se realizó la correlación de los datos más relevantes de la encuesta sociodemográfica y la psicopatología prevalente dentro del CRS-T N1, entre edad vs manía-paranoia-rasgos antisociales y problemas con drogas es que existe un rango de edad crítica entre los 24 a 26 años en donde estas psicopatologías se han mostrado predominantes. La correlación entre el estado civil y las patologías prevalentes muestran un alto índice en PPL'S solteros, entre escolaridad y patologías es que existe gran prevalencia de rasgos antisociales en bachilleres y en nivel universitario no muestran problemas con drogas, la correlación según la procedencia vs patologías se pudo observar que existe mayor prevalencia en la costa que en otras regiones. Entre el delito vs patologías se concluye que el delito contra la propiedad y tráfico de sustancias catalogadas a fiscalización muestran una alta correlación con manía mientras que en paranoia el delito contra el derecho a la propiedad, rasgos antisociales y delitos contra la inviolabilidad de la vida y el delito contra la integridad sexual y reproductiva con los problemas con las drogas. En cuanto a la correlación entre la ayuda psicológica previa y las patologías es que la mayoría de PPL'S si han recibido ayuda previa pese a eso sus patologías aparentan no haber sido tratadas con éxito.

# CAPÍTULO 5

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En conclusión, dentro de una muestra de 20 PPL'S se pudo identificar entre los datos sociodemográficos que en su mayoría son jóvenes solteros, que han alcanzado el bachillerato, además entre lo delitos más cometidos están el delito contra la propiedad y el delito de tráfico de sustancias sujetas a fiscalización. Finalmente, en su mayoría han recibido ayuda psicológica previa.

Hemos encontrado mediante el test psicométrico PAI dentro del CRS-T en una muestra de 20 jóvenes que existe prevalencia de psicopatología en Manía, Paranoia, Rasgos Antisociales y Problemas con drogas, en relación con adicciones y consumo de estupefacientes y esto provocar el hacinamiento en las cárceles y posteriormente verse reincidentes en actos delictivos. Se puede evidenciar que se necesita un mejor proceso en donde se tomen en cuenta también los datos de su contexto sociodemográfico para brindar un mejor servicio de rehabilitación. Conviene concluir también que las prisiones no son el ámbito adecuado para modificar la conducta delictiva en el sentido de que no es allí donde está se ha producido, la prisión es un ambiente artificial y lejos del mundo convencional lo cual hace muy difícil que lo aprendido en ella pueda ser utilizado por el delincuente cuando recobre la libertad, la paradoja reside con enseñar conductas para vivir en libertad en un ambiente de privación de libertad.

Con relación a las otras patologías se pueden sumar debido al ambiente carcelario que se ha ido manteniendo en los últimos años en las cárceles y los conflictos entre pandillas. La sintomatología relacionada a la manía que indica problemas de impulsividad, falta de juicio como fuga de ideas o delirios de grandeza, debido a esto la interacción interpersonal pueden ser problemáticas por la importancia que se dan a sí mismos, la hostilidad y el narcisismo les impide empatizar hábilmente en las relaciones, además podemos observar que en su mayoría el estado civil que poseen es soltero. También se observó prevalencia en las escalas de paranoia y delirios de persecución lo que puede explicar el ambiente carcelario al que pertenecen, en donde tienen predisposición a que alguna eventualidad desagradable ocurra. Además, los rasgos

antisociales muestran esa falta de habilidad social que poseen y la poca empatía por lo que dentro de prisión se debería reforzar temas comportamentales y de personalidad. Finalmente, en la escala de consumo de sustancias sujetas a fiscalización (drogas), sustancias que pueden agravar significativamente su estado de salud mental.

Como recomendación se sugiere realizar más investigaciones sobre temas que aborden el estado de salud mental en jóvenes y principalmente de los que se encuentran en estado de aislamiento por incumplir las normas sociales. También ahondar en temas de adicciones ya que suelen ser motivos delinquir o de estar relacionados con personas con conflictos con la ley y recaer en las cárceles lo que por este motivo también puede provocar que las cárceles estén hacinadas y se incremente la violencia entre pandillas y su lucha de poder. Finalmente, los equipos psicológicos dentro de las cárceles podrían abordar y reforzar con los jóvenes terapias grupales o individuales con técnicas y psicoeducación en paranoia y manía.

# Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fifth ed.). Arlington . Obtenido de <https://cdn.website-editor.net/30f11123991548a0af708722d458e476/files/uploaded/DSM%2520V.pdf>
- American Psychological Association. (2014). *Incarceration nation*. Obtenido de American Psychological Association: <https://www.apa.org/monitor/2014/10/incarceration>
- Aragón, L. (2004). Fundamentos Psicométricos en la Evaluación Psicológica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 7(4), 23-42. Obtenido de <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol7num4/Art3-2005-1.pdf>
- Belloch, A., Sandín, B., y Ramos, F. (2008). *Manual de Psicopatología*. Madrid: McGrawHill. Obtenido de <https://aulavirtual.iberro.edu.co/repositorio/Cursos-Matriz/Psicolog%C3%ADa/Psicopatolog%C3%ADa-IMD/Beloch%2C%20Amparo%20Manual%20de%20psicopatolog%C3%ADa.%20Volumen%20I.pdf>
- Benavides, A. (2017). *Salud mental en personas privadas de la libertad del Centro de Rehabilitación Social de Varones - Guayas N° 1, 2017*. Tesis de Pregrado, Universidad San Francisco de Quito, Guayas. Obtenido de <https://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/6377>
- Betina, A., y Contini, N. (2011). Las habilidades sociales en niños y adolescentes. Su importancia en la prevención de trastornos psicopatológicos. *Fundamentos en Humanidades*, 12(23), 159-182. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/184/18424417009.pdf>
- Brinded, P., Simpson, A., Laidlaw, T., Fairley, N., y Malcolm, F. (2001). Prevalence of psychiatric disorders in New Zealand prisons: a national study. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 35(2), 166–173. doi:<https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2001.00885.x>
- Casullo, M. (2004). Síntomas Psicopatológicos en adultos urbanos. *Psicología y Ciencia Social*, 6(1), 49-57. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/314/31406105.pdf>

- Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2022). *Personas Privadas de Libertad en Ecuador*. OEA. Obtenido de [https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/Informe-PPL-Ecuador\\_VF.pdf](https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/Informe-PPL-Ecuador_VF.pdf)
- CuídatePlus. (24 de 2 de 2015). *Prevenir el trastorno psiquiátrico desde el nacimiento*. Obtenido de CuídatePlus: <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/psiquiatricas/2014/09/15/prevenir-trastorno-psiquiatrico-nacimiento-33256.html>
- De la Serna, J. (2018). *Fundamentos de la Psicología Clínica*. Teaktime. Obtenido de [https://www.researchgate.net/publication/347841082\\_Fundamentos\\_de\\_la\\_Psicologia\\_Clinica](https://www.researchgate.net/publication/347841082_Fundamentos_de_la_Psicologia_Clinica)
- Fernández, M., Buitrago, F., Ciurana, R., Chocrón, L., García, J., Montón, C., y Tizón, J. (2012). Prevención de los trastornos de la salud mental. *Atención Primaria*, 44(1), 52-56. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-prevencion-trastornos-salud-mental-S0212656712700148>
- Garaigordobil, L. (1998). *El concepto de evaluación psicológica y psicodiagnóstico*. Amarú. Obtenido de <https://www.studocu.com/latam/document/universidad-nacional-autonoma-de-mexico/historia-de-la-psicologia/garaigordobil-l-m-1998-el-concepto-de-la-evaluacion-psicologica-y-psicodiagnostico-archivo-unlocked/17073299/download/garaigordobil-l-m-1998-el-concep>
- García-Valls, P. (2016). *Conciencia y psiquismo, Análisis neurocientífico de la condición humana*. Icaria. Obtenido de <https://traficantes.net/sites/default/files/pdfs//9788498886900.pdf>
- Gómez, J. (2022). *Diagnóstico e Intervención Psicológica en Trastornos Mentales*. Obtenido de José Gómez Psicólogo Psicoterapeuta: <https://josegomezpsicologo.com/trastornos-diagnostico-intervencion/>
- González, P. (29 de 4 de 2019). *Reclusos y enfermedad mental, doble estigma*. Obtenido de EFE Salud: <https://efesalud.com/reclusos-enfermedad-mental/>
- Hyman, S. (2010). The diagnosis of mental disorders: the problem of reification. *Annual review of clinical psychology*, 6, 155–179. doi:<https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091532>
- López, C., y López, J. (2003). Rasgos de personalidad y conducta antisocial y delictiva. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 3(2), 5-19. Obtenido de <https://www.masterforense.com/pdf/2003/2003art7.pdf>

- López, M., Laviana, M., Saavedra, F., y López, A. (2021). Problemas de salud mental en población penitenciaria. Un enfoque de salud pública. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 41(140), 87-111. doi:<https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352021000200005>
- Manzano, J. (2014). La etiología y la etiopatogenia de los trastornos mentales. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 57(1), 9-15. Obtenido de <https://www.seypna.com/documentos/articulos/psiquiatria-57/1-juan-manzano-seypna57.pdf>
- 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. Obtenido de [https://scielo.isciii.es/pdf/sanipe/v14n3/02\\_original1.pdf](https://scielo.isciii.es/pdf/sanipe/v14n3/02_original1.pdf)
- Molina-Coloma, V., Salaberría, K., y Pérez, J. (2018). La Personalidad en Población Carcelaria: un Estudio Comparativo en Ecuador. *Anuario de Psicología Jurídica*, 28(1), 1-7. doi:<https://doi.org/10.5093/apj2018a5>
- Muñiz, J. (2018). *Introducción a la psicometría, teoría clásica y TRI*. Madrid: Pirámide. Obtenido de <https://www.scribd.com/document/423397957/Muniz-Fernandez-J-Introduccion-a-la-Psicometria-Ediciones-Piramide-2018-pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud* (10 ed.). Washington: Organización Panamericana de la Salud. Obtenido de <https://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf>
- Pérez-Domínguez, T. (14 de Agosto de 2018). *Breve Historia del DSM*. Obtenido de Psicosalud: <https://psicosaludtenerife.com/2018/08/14/breve-historia-del-dsm/>
- Pulido, D. (2018). *Psicopatología*. Bogotá: Areandina. Obtenido de <https://digitk.areandina.edu.co/bitstream/handle/areandina/1426/163%20PSICOPATOLOG%c3%adA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Requena, E., y Sáez, R. (2009). *Guía de estudio de psicopatología de adultos*. Catalunya: UOC. Obtenido de <https://issuu.com/marketinmundi/docs/psicopatologia-de-adultos-requena-y>
- Restrepo, J. (2007). Psicopatología y epistemología. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(1), 123-144. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80636110>

- Robles, J. (2020). La Psicología de Emergencias ante la COVID-19: Enfoque desde la Prevención, Detección y Gestión Operativa del Riesgo. *Clínica y Salud Investigación Empírica en Psicología*, 31(2), 115-118. doi:<https://doi.org/10.5093/clysa2020a17>
- Scharfetter, C. (1988). *Introducción a la psicopatología general*. Madrid: Morata. Obtenido de <https://pdfcoffee.com/294456513-introduccion-a-la-psicopatologia-general-scharfetterpdf-2-pdf-free.html>
- SNAI. (12 de 5 de 2022). *Acceso a Beneficios Penitenciarios o Cambios de Régimen*. Obtenido de Gob.ec: <https://www.gob.ec/snai/tramites/acceso-beneficios-penitenciarios-cambios-regimen>
- Teplin, L. (1990). The prevalence of severe mental disorder among male urban jail detainees: comparison with the Epidemiologic Catchment Area Program. *American Journal of Public Health*, 80, 663-669. doi:<https://doi.org/10.2105/AJPH.80.6.663>
- Urbaniok, F., Noll, T., Vetter, S., y Rossegger, A. (2007). Posttraumatic stress disorder in a Swiss offender population. *Swiss medical weekly*, 137(9-10), 151–156. doi:<https://doi.org/10.4414/smw.2007.11518>
- Uwe, H. (2001). Un siglo de psiquiatría alemana. *Persona*(4), 11-52. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=147118178001>
- Weatherspoon, D. (22 de 02 de 2018). *Why do signs and symptoms matter?* Obtenido de Medical News Today: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/161858>
- Zepeda, K. (27 de 6 de 2019). *Principales Trastornos de Salud Mental*. Obtenido de Salme Instituto Jalisciense de Salud Mental: <https://salme.jalisco.gob.mx/salme-te-ofrece/acompanamiento>

# ANEXOS

## Anexo 1

### *Consentimiento informado*

Yo \_\_\_\_\_ con cédula \_\_\_\_\_ declaro que he sido informado e invitado a participar en una investigación denominada “Prevalencia de la psicopatología en reclusos de mínima seguridad del centro de privación de libertad Azuay N1-Turi”, éste es un proyecto de investigación de la Universidad del Azuay.

Entiendo que este estudio busca determinar la psicopatología que predomina dentro del CPLT N. y sé que mi participación consistirá en responder una encuesta y una prueba psicométrica. Me han explicado que la información registrada será confidencial, y que los nombres de los participantes serán anónimos y asociados a un número de serie, esto significa que las respuestas no podrán ser conocidas por otras personas ni tampoco ser identificadas en la fase de publicación de resultados.

Estoy en conocimiento que los datos no me serán entregados y que no habrá retribución por la participación en este estudio, sí que esta información podrá beneficiar de manera indirecta y por lo tanto tiene un beneficio para la sociedad dada la investigación que se está llevando a cabo.

Asimismo, sé que puedo negar la participación o retirarme en cualquier etapa de la investigación, sin expresión de causa ni consecuencias negativas para mí.

Sí. Acepto voluntariamente participar en este estudio y he recibido una copia del presente documento.

Firma participante:

Fecha

## **Anexo 2**

### *Entrevista sociodemográfica*

Los datos serán totalmente anónimos y se utilizarán dentro del estudio.

Por favor responder las siguientes preguntas:

Edad:

Sexo:            F        M

Estado civil:

libre            Soltero        Casado        Divorciado        Viudo        En una relación        Unión

Escolaridad:    Primaria        Bachillerato        Técnico        Universitario

Ocupación que tenía antes de ingresar:

Ciudad de nacimiento:

¿Por qué delito está privado de su libertad?

¿Alguna vez ha recibido ayuda psicológica?            Sí            No