

Universidad del Azuay

Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación Escuela de Psicología Clínica

Tema:

"Identificar sintomatología Clínica a través del ASR de Achenbach y el SCL 90-R en personas privadas de la libertad en los pabellones de mediana y mínima seguridad del Centro de Rehabilitación Social de Turi de la Ciudad de Cuenca según los años de reclusión"

Trabajo de graduación previo a la obtención del Título de "Psicólogo Clínico"

Directora:

Dra. Ana Lucía Pacurucu Pacurucu

Autores:

Darwin Alejandro Castro Quito

Cuenca-Ecuador

Dedicatoria

Esta investigación está dedicada a:

Mis padres Darwin y Mónica, quienes han estado presentes en todos los momentos buenos y malos de mi vida, permitiéndome a través de su esfuerzo día a día cubrir todas mis necesidades y lograr obtener un título universitario, además de mostrarme el camino del esfuerzo y de que todo lo que uno se propone lo podemos conseguir con dedicación y responsabilidad

Mis abuelos por estar presentes en todo momento y enseñarme el respeto, la honestidad, la paciencia y el amor por la familia. Por todos los consejos y las enseñanzas de vida que me han brindado y por el amor que me han mostrado.

A mi tío Ricardo, María Augusta, Vanessa, Jenny por los consejos y guías, además del gran ejemplo de esfuerzo, dedicación y por el ejemplo de amor a la familia que en ellos veo.

A mis hermanas y hermanos Sofía, Susana, Emily, Geovanny, Ricardo por ser mi fuente de motivación y estar en los momentos más felices por los que he pasado en mi vida.

Darwin Alejandro Castro Quito

Agradecimiento

El agradecimiento es para mis padres y toda la familia por brindarme tanto amor y momentos buenos, además de estar presentes siempre desde el momento en que nací y mostrarme el camino de la honestidad, unión y amor familiar.

A la Dra. Ana Lucía Pacurucu por estar pendiente de todo el proceso universitario y de tesis, también por los buenos consejos académicos y de vida que me ha brindado.

A mi tía Jenny por todo el apoyo que me ha dado durante todo el transcurso de mi vida.

Darwin Alejandro Castro Quito

Índice

Dedicatoria	
Agradecimiento	2
Índice	3
Índices de tabla	5
Índice de figuras	5
Resumen	6
Abstract	7
Introducción	8
Capítulo 1	10
Desarrollo en la juventud y adultez media	10
Introducción:	10
1.1 Desarrollo biológico	10
1.2 Desarrollo cognitivo	13
1.2.1 Procesos Cognitivos	16
1.2.2 La Inteligencia	18
1.3 Contextos del desarrollo	20
1.3.1 La familia	20
1.3.2 Grupo de iguales	25
1.3.3 Educación	26
1.3.4 Nivel socio económico	28
1.3.5 Nivel socio cultural	30
1.4 Desarrollo emocional	32
1.5 Desarrollo de la personalidad	35
1.5.1 ¿Qué es la personalidad?	35
1.5.2 Desarrollo de la personalidad	36
1.5.3 Ambiente y personalidad	40
1.5.4 Tipos de personalidad	41
1.6 Conflictos en la adolescencia y adultez	44
Conclusiones:	49
Capítulo 2	50
Salud mental y sintomatología clínica en el ámbito carcelario	50
Introducción	50

2.1 Salud mental	50
2.2 Derechos humanos de los reclusos	57
2.3 Conceptualización de cárcel y personas privadas de la libertad	60
2.4 Repercusiones Físicas y Psicológicas	66
2.5 Sintomatología frecuente en ámbito carcelario	69
Conclusión	77
Metodología, análisis e interpretación de los resultados	78
Introducción	78
3.1 Metodología	78
3.1.1 Población y muestra	78
3.1.2 Criterios de inclusión y exclusión de la muestra	79
3.1.3 Instrumentos	80
3.1.4 Procedimiento	83
3.2 Análisis de resultados	83
Muestra Total	84
3.3) Discusión	111
Conclusiones	113
Recomendaciones	115
Bibliografía	116
Anexos	123
Anexo 1: Escala de correlación DMS-5 Y SCL90-R	123
Anexo 2: Adult Self Report de Achenbach	125
Anexo 3: Inventario de Síntomas SCL 90-R	129

Índices de tabla	
Tabla 1. Número de internos según los años de reclusión	
Tabla 2. Datos socio-demográficos de la muestra	
Tabla 3. Nivel de consumo de drogas	
Tabla 4. Correlación entre el consumo de sustancias y el cuestionario ASR	
Tabla 5. Niveles de adaptación del cuestionario ASR	87
Tabla 6. Relación entre la escala de adaptación funcional ASR y los años de reclus	ión
	88
Tabla 7. Niveles de sintomatología de las escalas ASR	89
Tabla 8. Escalas ASR según los años de reclusión	90
Tabla 9. Análisis de Anova entre las escalas ASR y los años de reclusión	92
Tabla 10. Escalas ASR según el rango de edad	94
Tabla 11. Relación entre las escalas de problemas internalizantes y externalizante o	lel
ASR y los años de reclusión.	96
Tabla 12. Relación entre las escalas de problemas internalizantes y externalizantes	
según el rango de edad	97
Tabla 13. Frecuencia de las escalas relacionadas al DSM-5	98
Tabla 14. Relación entre las escalas del DSM-5 y los años de reclusión	99
Tabla 15. Análisis de Anova entre las escalas DSM-5 y los años de reclusión	100
Tabla 16. Relación de las escalas DSM-5 según el rango de edad	101
Tabla 17. Frecuencia de las escalas del SCL 90-R	
Tabla 18. Relación entre las escalas del SCL 90-R y los años de reclusión	103
Tabla 19. Análisis Anova de las escalas SCL 90-R y los años de reclusión	105
Tabla 20. Frecuencia de las escalas de severidad	107
Tabla 21. Relación entre las escalas de severidad global y los años de reclusión	108
Tabla 22. Relación entre las escalas del SCL 90-R y el rango de edad	109
•	
Índice de figuras	
Ilustración 1. Pirámide de las necesidades	
Ilustración 2. Estadísticas por delito	64

Resumen

El presente trabajo es un estudio cuasi-experimental, transversal y descriptivo realizado

con 120 personas privadas de la libertad (PPL) en el Centro de Rehabilitación Social de

Turi, el objetivo general es identificar las alteraciones clínicas más frecuentes y su

relación con la edad y el tiempo de reclusión. Se utilizó el cuestionario Adult Self

Report (ASR de Achenbach) y el SCL-90 R. Los resultados obtenidos indican que las

escalas más altas son en el ASR la escala de quejas somáticas, aislamiento, problemas de

pensamiento, ansiedad y los problemas internalizantes, en el SCL-90 R las escalas más

altas fueron somatización, ideación paranoide, obsesión y compulsión y ansiedad fóbica,

No se encontró ninguna relación estadísticamente significativa entre las escalas de los

cuestionarios y las variables de edad y tiempo de reclusión.

PALABRAS CLAVE: personas privadas de la libertad, ASR, SCL-90 R

6

Abstract

This work is an experimental, cross-sectional and descriptive study conducted to 120 persons deprived of liberty (PPL) at the Centro de Rehabilitación Social of Turi. The general objective is to identify the most frequent clinical alterations and their relationship with age and time of imprisonment. The Achenbach Adult Self Report (ASR) and SCL-90 R questionnaires were used. The obtained results indicate that the highest ASR scales were somatic complaints, isolation, thinking problems, anxiety and internalizing problems. In SCL-90 R, the highest scales were somatization, paranoid ideation, obsession, compulsion and phobic anxiety. No statistically significant relationship was found between the questionnaire scales and the variables of age and time of imprisonment.

Keywords: persons deprived of liberty, ASR, SCL-90 R.

NEEDLAY

Doto. Idiomas

Translated by

Ing. Paúl Arpi

Introducción

El periodo de la adolescencia es una etapa de muchos cambios tanto a nivel físico, social y también de adquisición de nuevas responsabilidades. En esta etapa empieza el desarrollo de los caracteres primarios y secundarios, tales como: el desarrollo de los senos, aparición del vello, la menstruación, ensanchamiento de las caderas en las mujeres. En los hombres se da la aparición del vello púbico, engrosamiento de la voz, desarrollo de la capacidad sexual, etc. Es un período donde los adolescentes buscan su identidad y trata de poner en práctica todo lo aprendido de los padres y en la escuela, para así lograr desarrollarse y avanzar a la etapa adulta, también pasan por una etapa de independencia, debido a estos cambios la adolescencia es una fase alucinante y a la vez muy complejo (UNICEF, 2002).

La siguiente etapa a la adolescencia es la adultez los cambios en esta fase, son más de responsabilidades y adaptación a nuevos eventos, que de cambios físicos. A pesar de esto los cambios físicos principales incluyen el desarrollo de la capacidad física al máximo en la adultez temprana y su posterior declive a partir de los 30 años aproximadamente. Al llegar a la adultez media en las mujeres se da la aparición de la menopausia, en hombres y mujeres hay cambios en la actividad e interés sexual, en algunos casos se presenta impotencia y micción frecuente. La edad adulta también se caracteriza por lograr la independencia a nivel personal y se acompaña de eventos como el matrimonio, el nacimiento de los hijos, tener un trabajo estable.

Por otro lado las relaciones interpersonales, con los padres, amigos, pareja son de vital importancia para el desarrollo adecuado de un individuo, esto sumado a la genética y a los patrones de personalidad de cada uno, mismos que son caracteres únicos y diferentes en las personas. Esto puede determinar el desarrollo y camino que una persona puede tomar, sea adecuado o afecte al mismo en diferentes formas.

Una de las condiciones que pueden resultar de la mala relación con los padres o su ausencia, las malas amistades, el consumo de alcohol y drogas, la mala economía, la falta de educación, es el ingreso al mundo delictivo y la realización de actos que pueden ocasionar la pérdida del derecho de libertad o encarcelamiento de una persona, esto podría ocasionar diferentes tipos de sintomatología en los internos. La sintomatología principal puede estar relacionado con pérdida de peso, enfermedades como el VIH, gástricas, infecciones, alergias y sobre todo enfermedades mentales que pueden afectar en la esfera Biopsicosocial de la persona. Por lo que las autoridades y políticas carcelarias del mundo deberían promover la salud mental y prevenir enfermedades.

El objetivo del estudio es medir la sintomatología clínica presente en una muestra del centro penitenciario de la ciudad de Cuenca, tomando en cuenta indicadores como la edad que será de 18 a 59 años de edad y el otro indicador son los años de reclusión que varían de 0-3 años, 4-7 años y 8-11 años. Para lograr este objetivo se realizará la aplicación de dos tipos de cuestionarios, el ASR de Achenbach y el SCL 90-R, los cuales fueron aplicados en tres grupos de 40 participantes cada uno. El trabajo se ha dividido en tres capítulos: el primer capítulo abarca el desarrollo en la juventud y adultez media; el segundo capítulo la salud mental y sintomatología clínica en el ámbito carcelario; en el tercer capítulo se presenta la metodología, análisis e interpretación de los resultados, finalmente se expone una discusión de los mismos, las recomendaciones y limitaciones de la investigación.

Capítulo 1

Desarrollo en la juventud y adultez media

Introducción:

En este capítulo se presenta el desarrollo biológico y cognitivo de la persona, centrándonos en la adolescencia y adultez, se mencionan los diferentes contextos del desarrollo del adulto. Se describe las diferentes teorías de la personalidad y como se desarrolla, se analizará los conflictos de la adolescencia y edad adulta, los diferentes aspectos, situaciones y contextos que pueden ser fuente de influencia en las conductas delictivas y acciones que puedan llevar a una persona a ingresar en el sistema penitenciario.

1.1 Desarrollo biológico y etapas la juventud y adultez

La pubertad es un término empleado para identificar los cambios somáticos dados por la aceleración del crecimiento y desarrollo, la aparición de la maduración sexual y de los caracteres sexuales secundarios no es un proceso exclusivamente biológico, sino que está interrelacionado con factores psicológicos y sociales (Perez, S.; Aliño, M., 1999).

Los principales cambios que se presentan en la adolescencia, están relacionados con las características sexuales primarias y secundarias, además del peso, grasa corporal, aumento de estatura, primera menarquía y eyaculación, etc. Las características sexuales primarias están relacionadas con los órganos encargados de la reproducción tanto en hombres como en mujeres.

Una vez que el individuo ha finalizado el desarrollo de la adolescencia, aparece una transición de gran importancia, conocida como la adultez que comprende una etapa larga dentro del ciclo vital, comprendiendo un rango de los 18 a 65 años. Esta etapa está conformada por tres momentos que son la adultez temprana, media y tardía. Donde el individuo atraviesa cambios de tipo biológico, psicológico y social. Con el objetivo de

poder adaptarse al proceso evolutivo normal del ser humano, a los cambios a nivel mental, de personalidad, los requerimientos y roles sociales.

En la adultez temprana que va desde los 25-39 años la persona tiene un trabajo y una familia en crecimiento, aquí a veces suele ocurrir conflictos entre las actividades de la juventud y las responsabilidades familiares y laborales. En esta etapa se observan cambios físicos como: la aparición de canas, primeras arrugas, disminución de la elasticidad del cuerpo, se alcanza un mayor nivel intelectual. En la adultez media que va desde los 40-49 años existe un enfrentamiento a los cambios familiares y entre pareja, existen cambios en el climaterio que afectan a ambos sexos, sin embargo es más notable en las mujeres ya que entran en la pre-menopausia, en los cambios físico existen: canas, pérdida de cabello, flacidez muscular, etc. En la adultez tardía que va desde los 50 a 64 años aproximadamente, el proceso biológico del Climaterio llega a su final en la mujer. En esta etapa aparece el síndrome del nido vacío, el distanciamiento de los hijos. Al finalizar el periodo de la adultez tardía, se debe decidir sobre la jubilación o la posibilidad de dejar de trabajar, lo que genera conflictos como qué hacer con el tiempo libre o cómo ayudar económicamente al hogar (Mansilla, 2000).

Como podemos ver existen cambios físicos desde la niñez a la adolescencia y a la adultez, sin embargo el cuerpo se mantiene en un estado de homeostasis, gracias al adecuado funcionamiento de los sistemas del cuerpo. Pero no siempre es así, de hecho el envejecimiento inicia cuando se termina el crecimiento, y todos los hábitos que se han adquirido en la adolescencia, afectaran o favorecerán la salud en la adultez (Berger, 2009).

Con el paso de los años en la edad adulta, la persona empieza a experimentar una disminución gradual en el desarrollo logrado en la adolescencia. Alrededor de los

cuarenta o cincuenta años, la mujer empieza a experimentar los cambios relacionados con la menopausia, mientras que en el sexo masculino estos cambios no son tan notorios. Dentro de los cambios físicos de la madurez, se empieza a notar una reducción en el físico de la persona, los órganos sensoriales empiezan a sufrir una reducción en el funcionamiento, en algunos casos hay aumento de peso, estos cambios son en algunos más notorios que en otros, se pierde cierto nivel de la masa muscular y la fuerza, aparecen los primeros signos de envejecimiento y se presenta vulnerabilidad a enfermedades (Losada, 2015).

Es importante tomar en cuenta las etapas de la juventud para comprender que en esta etapa si bien no se ha llegado al equilibrio de la adultez, se ha logrado el autoconocimiento y auto-aceptación. Para esta instancia el joven puede adaptarse y enfrentarse a la realidad. Erikson habla de ocho estadios del desarrollo desde la niñez hasta la adultez. Ahora hablaremos de las etapas concernientes a la adolescencia y adultez.

La adolescencia está relacionada con la etapa 5 conocida como la **identidad vs difusión de la identidad**, esta etapa va desde los 13 a 21 años. Este estadio se caracteriza por la incógnita que tiene el adolescente sobre quién es, qué hace y hacia dónde va, por otra parte el individuo asimila diversos roles y adquieren un estatus característico de los adultos. El adolecente debe experimentar estos nuevos roles de forma espontánea, para lograr formar su identidad, mientras que si estos roles son asignados o impuestos por los padres o algún adulto puede generar conflictos (Erikson E. , 1985).

Ya hacía la adultez encontramos la etapa de **Intimidad vs aislamiento** que va desde los 21-39 años, aquí el adolescente se transforma en un adulto joven. Aquí la persona debe establecer relaciones íntimas con otras personas. Si una persona logra establecer

relaciones saludables con otras personas, esta logrará la intimidad, caso contrario se puede generar un aislamiento de la persona. Después tenemos la séptima etapa de Generatividad vs Estancamiento que va desde los 40-65 años, el adulto continua construyendo su vida centrado en su carrera y su familia. En esta etapa el adulto busca ayudar a las generaciones jóvenes a desarrollarse y adaptarse, esto quiere decir que el adulto busca ser productivo para la sociedad. Mientras que el fracaso de no ser un individuo productivo y que aporta a la sociedad genera una sensación de estancamiento, que es el sentir de una persona al no poder ayudar a las generaciones más jóvenes. (Bordignon, 2005)

De esta forma podemos ver como el camino de la adolescencia y adultez se encuentra marcado por diversas etapas y crisis, de las cuales la persona deberá salir liberado. Caso contrario se producirá estancamientos y crisis en cualquiera de estas etapas, lo que ocasionará una desadaptabilidad de la persona con el medio.

1.2 Desarrollo cognitivo

Si la adolescencia es una etapa inmersa en muchos cambios físicos, cognitivos y emocionales notorios, en la edad adulta también hay cambios pero son menos abruptos, se caracteriza por cambios cognoscitivos, que están relacionados con los procesos mentales y el procesamiento de información. Dentro del desarrollo cognitivo uno de los elementos que evoluciona en la adolescencia y adultez es la inteligencia. Otros elementos que se desarrollan están relacionados con los diferentes procesos cognitivos como: el procesamiento de información, el pensamiento, el lenguaje, las funciones ejecutivas, la atención y la sensopercepción, entre otras.

El desarrollo del pensamiento abstracto es un elemento que evoluciona dentro de este desarrollo cognitivo. El adolescente avanza hacia la etapa de un pensamiento abstracto, lógico o conocido como el de las operaciones formales, donde el individuo aprende

sistemas abstractos de pensamiento y se abre a nuevos horizontes cognitivos y sociales. La persona mejora su capacidad de resolución de problemas y genera la posibilidad de pensar en diferentes situaciones, empieza a pensar de forma más abstracta e idealista y de forma más lógica, piensa como científico, aprende a elaborar planes para resolver conflictos al poner a prueba hipótesis formuladas previamente (Linares, 2008). De esta forma en la adultez seguimos desarrollando este pensamiento abstracto lo que nos permitirá crear ideas nuevas, adaptarnos a las situaciones y aprender de las experiencias.

En el camino hacia adultez logramos el desarrollo de la moral, a la que definimos como el conjunto de pensamientos, sentimientos y comportamientos relacionados con los criterios del bien y el mal. Se puede identificar en este desarrollo de la moralidad dos dimensiones: una dimensión intrapersonal (se refiere al sistema de valores que tiene una persona, además de su sentido del yo) y una dimensión interpersonal (se refiere a lo que debería o no hacer la gente al interactuar). (Sandtrock, 2003)

Lawrence Kohlberg (1992) habla sobre el desarrollo de la moral a través de diferentes etapas o estadios divididos en tres niveles, en los cuales en cada nivel hay dos estadios:

Nivel 1: razonamiento preconvencional: en este nivel el individuo no presenta ninguna interiorización de los valores, la moralidad en es te nivel se basa en recompensas y castigos del exterior. En este nivel se encuentra la etapa 1 conocida como la moralidad heterónoma, donde el pensamiento moral se relaciona al castigo el niño y adolescente obedecen a la persona adulta para de esta forma evitar algún tipo de castigo. La segunda etapa se llama el individualismo, en esta el individuo tiende a perseguir sus propios intereses, sin embargo deja que los demás también lo hagan.

- Nivel 2: razonamiento convencional: en esta instancia el nivel de interiorización de la moralidad está en un punto medio, el sujeto se ajusta a ciertos criterios o principios de la sociedad. Dentro de este nivel encontramos la etapa 3 conocida como las expectativas interpersonales, donde se valoran la confianza, el cuidado y la lealtad hacia las otras personas y se integra a la base del juicio moral de la persona. La cuarta etapa se llama moralidad de los sistemas sociales, donde la moral se basa en la comprensión del orden social, la ley, justicia y el deber como persona y sociedad.
- Nivel 3: razonamiento post convencional: este es el nivel superior en esta teoría, en este punto la moralidad esta interiorizada y la persona ya no basa su juicio moral en las ideas o criterios de otras personas. Aquí se encuentra la etapa 5 donde el individuo tiene la capacidad de evaluar las leyes que rigen a una sociedad y los sistemas sociales, con el objetivo de preservar los derechos y valores del ser humano. Finalmente se encuentra la etapa 6 conocida como principios éticos universales, en esta etapa el sujeto ha logrado desarrollar un sistema moral basado en los derechos humanos universales.

La identidad es otro punto de importancia dentro del desarrollo del joven y adulto. La identidad se refiere a la capacidad de un individuo de identificar quienes somos y que nos diferencia de los demás. La construcción de la identidad nos permite pensar de forma más idealista o abstracta y diferenciada frente a diferentes contextos.

La construcción de la identidad es un proceso que se logra a través de la interacción con los demás individuos. De esta forma Erikson refiere que este proceso de desarrollo se relaciona con un proceso de reflexión y otro de observación que ocurre de manera simultánea, aquí la persona se juzga a sí mismo en base a la manera en que las demás personas lo juzgan. Para este autor la identidad es una definición socialmente

construida del ser, además permite tener un sentido del ser y un reconocimiento y valoración de sí mismo. (Erikson E., 1968)

James Marcia (1980,1994) basándose en la teoría de Erikson establece cuatro estados de la identidad o maneras de resolver la crisis de identidad: el primero es la difusión de la identidad (adolescentes que no han sufrido una crisis de identidad o aún no han asumido ningún compromiso o tomado alguna decisión profesional o ideológica), la segunda es la delegación de la identidad (se refiere a jóvenes que han asumido u compromiso sin pasar por una crisis de identidad, por ejemplo cuando los padres imponen compromisos a los hijos), en tercer lugar está la moratoria de la identidad (los jóvenes que se encuentran en plena crisis y el compromiso es inexistente o poco definido) y finalmente la consecución de la identidad (se refiere a los adolescentes que han pasado por una crisis de identidad y han salido de forma positiva adquiriendo compromiso). (González,J.;Cuéllar,A.;Serra,E., 2009)

Este desarrollo adecuado nos permitirá tener una idea clara de quienes somos o de para que estamos aquí, una construcción adecuada del Yo, una bueno auto-estima, nos permitirá diferenciarnos de los demás y conocer nuestras fortalezas y debilidades, para a través de estos elementos poder adaptarnos de manera adecuada a la sociedad y a las diferentes situaciones.

1.2.1 Procesos Cognitivos

Dentro de los procesos cognitivos se incluyen la sensación, la percepción, atención, memoria, el lenguaje, la inteligencia y la creatividad. La senso-percepción es la unidad mediante la cual el ser humano adquiere el conocimiento de lo que sucede, en el ambiente propio, organismo y su mente. Existen sensaciones exteroceptivas, que son aquellas provocadas por estímulos del exterior y recogidas por los órganos de los sentidos.

También están las sensaciones interoceptivas que son las que proceden del interior del cuerpo, y permiten saber que tenemos sensación de sed, hambre, dolor. La memoria es otro de los procesos cognitivos que consiste en una función superior del cerebro y permite el registro, la codificación, el almacenamiento y la recuperación de la información. La atención es un fenómeno del ser humano que permite enfocar la consciencia en un objeto, persona o situación específica, la atención activa o voluntaria es cuando realizamos una tarea o continuamos una conversación, mientras que la atención pasiva o involuntaria nos permite captar el entorno de manera global y poco precisa (Aguilera, J. 2013).

El lenguaje y la creatividad son otros procesos cognitivos, el lenguaje es una función que permite al ser humano expresar sentimientos y pensamientos a través de palabras escritas o habladas. A través de esta facultad mental podemos generar, comprender y distinguir palabras para poder comunicarnos con las demás personas, para poder expresar lo que sentimos y deseamos. La capacidad del lenguaje se desarrolla durante la vida de la persona y mejora dependiendo de cómo cada uno desarrolle esta facultad. Finalmente la creatividad es un elemento que nos permite generar pensamientos novedosos o innovadores, también nos permite tomar decisiones, resolver conflictos y generar ideas nuevas.

La función psíquica del pensamiento está formada por un conjunto de actos biológicos, que se dirigen hacia el conocimiento y resolución de las situaciones o problemas que se presentan en la vida diaria. El pensamiento es un acto consciente que puede ser voluntario como involuntario. (Falcones, 2004)

Los procesos cognitivos facilitan que haya una adecuada adaptación de la persona al medio. Permitiéndole comunicarse, expresar sentimientos, resolver conflictos y relacionarse y comprender a los demás y a sí mismo.

1.2.2 La Inteligencia

La inteligencia es la capacidad de una persona de poder razonar, tomar decisiones, adaptarse al medio en el que vive, planificar, obtener conocimientos de las experiencias y resolver problemas, buscando siempre su bienestar y el de los demás. La inteligencia alcanza su máximo desarrollo en la adolescencia, entre los 15 a 16 años. Sin embargo con el aumento de edad, las experiencias situacionales nuevas y los conocimientos que se adquiere con el día a día, pueden influir en la inteligencia de la persona, esta inteligencia puede verse acentuada o desarrollada hasta los 40, en algunos casos hasta la edad de 50 o 60 años, una vez iniciada la vejez esta capacidad empieza a declinar.

Cattell (1971) citado en Martins, A.; Alves, A., (2015) habla de una perspectiva de inteligencia, en la cual la divide en dos factores, la inteligencia fluida y la inteligencia cristalizada. La inteligencia fluida, aparece en las primeras etapas de la vida y empieza a disminuir debido al desarrollo de habilidades específicas. La inteligencia fluida, se define como el uso de diferentes operaciones mentales en la resolución de problemas nuevos, algunos de estos son: la formación de conceptos e inferencias, generación y evaluación de hipótesis, identificación de relaciones, comprensión de implicaciones y transformación de información, entre otras.

La inteligencia cristalizada se refiere al conjunto de capacidades, habilidades y conocimientos adquiridos durante la historia de aprendizaje del sujeto; hace referencia a la riqueza, amplitud y profundidad de los conocimientos adquiridos (Ramírez, Y.; Torres, D.; Amor, V., 2016).

Falcones (2004) menciona que las etapas de la inteligencia son:

- Etapa de las funciones de Adquisición: En esta etapa el ser humano o individuo capta, recoge y aprende conocimientos, mediante los órganos de los sentidos, los mismos que nos ponen en contacto con la realidad.
- Etapa de las funciones de Conservación: Esta se encuentra representada por la memoria, la cual es como un sistema de almacenamiento de información, en la que fijan y guardan los conocimientos, hasta ser requeridos como respuesta a un estímulo.
- Etapa de las funciones de Elaboración: Esta permite combinaciones de los elementos adquiridos y que determinan la organización del pensamiento.

Stemberg (1985) propone una teoría sobre la inteligencia, a la cual denomino "teoría triárquica de la inteligencia", para este autor la inteligencia es toda actividad mental que está dirigida a la adaptación intencional del entorno, además de la selección y transformación del mismo entorno. Esto con el objetivo de predecir resultados y poder adaptarse al medio y viceversa. La inteligencia es un conjunto de capacidades y no un elemento unitario e inmodificable.

El objetivo de la teoría triárquica de la inteligencia, es explicar la inteligencia a través de tres sub-teorías: 1) la inteligencia componencial: esta hace referencia a las relaciones entre la inteligencia y el mundo interno o mental del sujeto; 2) la inteligencia experiencial: busca comprender la inteligencia, tomando en cuenta la relación entre el individuo y su experiencia de vida, 3) la inteligencia contextual: ve a la inteligencia en función a las relaciones del individuo con su mundo externo o contexto (Sanchez, M.D.; Stemberg, R.J., 1991).

Según Stemberg (1985) la inteligencia analítica o componencial hace referencia a la capacidad de captar, almacenar, modificar y trabajar con la información. Esta sub-teoría

busca comprender, la relación de la inteligencia y el mundo interno de un individuo, esto a través de componentes o procesos mentales, estos componentes son los: metacomponentes (procesos ejecutivos que se usan para la resolución de problemas y toma de decisiones), componentes de ejecución (son los encargados de realizar los mandatos de los meta-componentes), componentes de adquisición (se relacionan con la adquisición de nueva información). El segundo tipo de inteligencia es la práctica o contextual, y hace hincapié en la capacidad de un individuo, de adaptarse al entorno en el que se desenvuelve. Finalmente esta la inteligencia contextual, esta integra la información obtenida del exterior con nuestra psique, esta inteligencia nos permite aprender a través de la experiencia, son las actividades que buscan el ajuste al contexto. Este ajuste se logra a través de la adaptación (es un cambio propio para adaptarse a lo que nos rodea), conformado (es el cambio del ambiente para que se adapte de mejor manera a sus necesidades) y selección (es la selección de un ambiente nuevo, que sustituya un ambiente anterior insatisfactorio), a través de esto se logra un ajuste al contexto.

1.3 Contextos del desarrollo

1.3.1 La familia

El ser humano en medida que se desarrolla cognitiva y físicamente, también se desenvuelve en relación a contextos, refiriéndonos a contextos como las diferentes influencias e interacciones de una persona con el medio, uno de los más importantes y que tienen mayor influencia en el ser humano, es la familia. Ya que es el primer entorno que la persona conoce desde su nacimiento y la mayoría de los primeros aprendizajes lo hacemos de sus padres.

La convención sobre los derechos del niño, reconoce a la familia como grupo fundamental de la sociedad y medio natural para el crecimiento y bienestar de todos sus

miembros. Por lo que debe recibir protección para que pueda asumir todas sus responsabilidades dentro de una comunidad (Unicef, 2006)

La familia es considerada como un sistema vivo que intercambia información y energía con su entorno, no es un sistema estático sino que es constantemente influenciado y sometido a cambios tanto por fuerzas internas como externas, es un sistema que aprende e interactúa entre sus miembros. La familia se representa como el contexto natural para crecer y recibir ayuda, es un grupo natural que en el transcurso del tiempo logra elaborar pautas de interacción. Estas constituyen la estructura familiar, que a su vez rige el funcionamiento de sus miembros, define sus conductas y facilita su interacción recíproca (Minuchin, S.; Fishman, C., 2004, pág. 25).

Una parte importante para el desarrollo adecuado de una persona dependerá de la estructura familiar, tipo de familia, de los límites que manejen, de la adaptación, de la composición familiar, de cómo se comuniquen y como enfrenten las dificultades. Todos estos elementos pueden influir en el ser humano de diferentes maneras. Se han podido observar casos de jóvenes y adultos que se encuentran en conflictos con la ley, consumo de substancias y trastornos mentales, que sus familias generalmente son desestructuradas, poco funcionales y muchas veces son víctimas de violencia por parte de los familiares.

La institución familiar cumple varias funciones que están dirigidas a la satisfacción de importantes necesidades de cada miembro de la familia, a través de esas actividades y relaciones intrafamiliares se transmiten conocimientos y ayuda a formar en los niños las primeras cualidades de personalidad que son la condición para su asimilación ulterior del resto de las relaciones sociales (Alegret, 2009).

Dentro de las diferentes funciones que la familia tiene con cada uno de sus miembros están las funciones bio-sociales, la función espiritual-cultural, la función educativa, la

función afectiva, la función de protección, la función socioeconómica, el ambiente moral, el sentido de pertenencia. El cumplimiento de estas funciones permite la construcción de una familia funcional en la cual el individuo pueda desarrollarse de manera adecuada y adaptarse a la sociedad.

Martin Cala (2013) habla sobre algunas de las funciones de la familia:

- La función biosocial: hace referencia a las relaciones sexuales y afectivas de la pareja, la procreación, crecimiento, formación emocional y cuidado de los hijos, la estabilidad familiar y la identificación como grupo de pertenencia.
- La función económica: hace referencia al sustento financiero de la familia, son las actividades que permiten garantizar el abastecimiento y producción de bienes y servicios, satisfacciones de necesidades materiales, cuidados y salud de los miembros de la familia.
- La función espiritual-cultural: esta función implica el aprendizaje de las culturas milenarias de la sociedad, posibilita la formación como ser humano, satisface necesidades culturales, el desarrollo cultural y la educación de determinadas condiciones espirituales de la persona.
- La función educativa: esta se realiza de forma constante y se relaciona con el desarrollo psíquico del niño y adolescente, se promueve el desarrollo de los procesos cognitivos, hábitos, habilidades, auto valoración, es decir, se educa el carácter y la personalidad.
- Función integradora: Es la inclusión de la persona a un grupo más amplio con determinadas características y bajo determinadas condiciones. Se refiere a como la persona se integra a la comunidad.
- Función Afectiva y de protección: son las medidas de protección y afectividad que hacen posible un desarrollo adecuado del niño y adolescente.

La familia nutricia es la que permite fluidez y armonía en la relación entre sus miembros, todos los miembros son tomados en cuenta y tratados como personas. En este tipo de familia existe la libertad de expresar lo que sienten y comunicarse entre sí de manera adecuada. Los padres son guías para los hijos, no son autoritarios. Además comprenden que es inevitable el cambio y es parte del proceso de la vida, los padres saben que habrá problemas, por lo que buscan soluciones adecuadas a la dificultad. Los padres consideran que su principal labor es enseñar a los niños a ser buenas personas, reconocen frente a sus hijos sus juicios correctos o erróneos. Las familias nutricias tienen: autoestima alta, comunicación directa y clara, normas flexibles y apropiadas, interacción con la sociedad abierta y confiada, naturalidad, amor, armonía, solidaridad, disciplina, alegría, optimismo, generosidad, serenidad y humildad (Satir, 2002).

La familia disfuncional, es aquella incapaz de hacer frente a las crisis, expresar los sentimientos ya sean positivos o negativos, no tienen la capacidad de identificar los problemas, la comunicación entre ellos es mala, utilizan dobles mensajes, no velan por el desarrollo de sus miembros, no tienen límites y presentan confusión de roles y jerarquías. Reproducen conductas ineficaces que generan conflictos y culpan a los otros por los conflictos, o simplemente no toman en cuenta el problema (Ávila, 2012).

Otras situaciones que influyen para que una familia sea disfuncional es el consumo de alcohol o drogas, que afecta en la estabilidad y promueve una visión de normalidad sobre las drogas y alcohol en los hijos. Un inicio temprano de consumo de drogas y la influencia de algún progenitor o miembro de la familia se relaciona con conflictos con la ley.

Yossifoff (2006) presenta un resumen sobre los roles disfuncionales de la familia de un enfermo o adicto:

- El rescatador: es el encargado de salvar al enfermo o adicto que resulta de su enfermedad.
- El cuidador: asume todas las tareas y responsabilidades del enfermo o adicto, con tal de que este no las tenga o tenga las menos posibles.
- El rebelde: es el que desenfoca a la familia y atrae la atención hacia sí mismo, para de esta forma toda la ira y frustración estén sobre él.
- El héroe: también busca que la atención de la familia este sobre sí mismo, solo que este a través de logros positivos, de esta forma hace que la familia distraiga su atención del adicto.
- El recriminador: es el que culpa de todo lo que ocurre y de todos los problemas al enfermo.
- El desentendido: es el que se mantiene al margen de los problemas y de la dinámica familiar. Generalmente son los menores de la familia.
- El disciplinador: es el que cree que a través del sometimiento físico o verbal se puede controlar al adicto o enfermo.

A través de esto podemos ver como la dinámica familiar cuando no es la adecuada, sobre todo en casos de violencia o de consumo puede generar un ambiente inadecuado para los miembros del hogar. Y puede ser una de las causas para que los adolescentes ingresen a corta edad al mundo delictivo y de consumo y sean propensos a tener conflictos con la ley e ingresar al sistema penitenciario.

Al hablar de una persona privada de la libertad no se puede hablar de alguien que nació delincuente o asesino, existen diferentes causas que pueden influir en dicha condición, sin embargo, es innegable la influencia de la familia. Mucha gente se pregunta por el accionar delictivo y por qué las personas se direccionan hacia el mundo de la delincuencia, cuyos actos se pueden considerar demenciales. La conducta de los padres

tiene influencia sobre estos actos. Según Rohner (1984), la conducta de los padres es un continuo en el cual en uno de los extremos se sitúan los padres que son amorosos y afectuosos con sus hijos, mientras que al otro extremo están los padres que sienten aversión por sus hijos, manifiestan desaprobación y aplican procedimientos más severos y abusivos al tratarlos. Steinberg, Dornbusch y Brown (1994), citado en Forero, (2016) para quienes los estilos parentales autoritarios, indulgentes y negligentes han sido generalmente relacionados con consecuencias negativas como el distrés emocional, los síntomas somáticos o la conducta antisocial.

Podemos ver que el rechazo y poca afectividad de los padres puede originar altos niveles de ira, frustración y hostilidad en los adolescentes, además de desencadenar trastornos depresivos, mala autoestima, ansiedad, agresividad y conducta disocial. Todas estas conductas parento-filiales pueden influir en el moldeamiento de características personales útiles para acceder a conductas delictivas (Forero, 2016).

1.3.2 Grupo de iguales

Otro contexto importante dentro del desarrollo del ser humano, es el grupo de iguales que hace referencia al grupo social con estatus similares, con el que interactúa el individuo. Dentro de la elección de pares iguales o amigos, interviene mucho el contexto social y económico en el que vive la persona. La influencia de este grupo de interacción va a guiar la dirección que el individuo tome en relación a un desarrollo adecuado u optar por tendencias delictivas, de consumo de substancia o agresivas. Dependerá entonces de algunos factores para que los niños y adolescentes decidan qué tipo de amigos van a tener. Aunque algunos buscan los grupos de pares donde se sientan aceptados y generalmente con el mismo tipo de educación e intereses.

La influencia de los pares es significativo en el desarrollo vital de los adolescentes, tanto en conductas normales como en conductas anti-sociales. Entre las conductas antisociales que pueden llevar a los adolescentes a tener problemas con la ley y terminar en centros penitenciarios, se encuentran: el consumo temprano de substancias, que generalmente la persona aprende en el grupo con el que interactúa. Las relaciones sexuales tempranas que puede ocasionar en algunos casos un embarazo prematuro y en otros casos la prostitución, ya sea por desafiar las reglas o por necesidad y el abandono escolar que priva al adolescente de una educación adecuada (Andujar, 2011).

1.3.3 Educación

La educación es un proceso de formación por el que individuo transita y sirve para desarrollar las capacidades intelectual, moral y afectiva. Diferentes entidades transmiten los conocimientos al individuo, estos están relacionados con el aprendizaje cultural y conductual que le permitirá comportarse y adaptarse al medio.

La constitución del Ecuador del 2008, dice en su artículo 348: la educación pública será gratuita y el estado la financiará de manera oportuna, regular y suficiente. La distribución de los recursos destinados a la educación se regirá por criterios de equidad social, poblacional y territorial, entre otros. El Estado financiará la educación especial y podrá apoyar financieramente a la educación fiscomisional, artesanal y comunitaria, siempre que cumplan con los principios de gratuidad, obligatoriedad e igualdad de oportunidades, rindan cuentas de sus resultados educativos y del manejo de los recursos públicos, y estén debidamente calificadas, de acuerdo con la ley. Las instituciones educativas que reciban financiamiento público no tendrán fines de lucro (Asamblea Constituyente, 2008).

A pesar de este derecho un alto porcentaje de personas a nivel mundial no tienen el acceso a la educación, debido a diferentes razones, políticas, socio-económicas y culturales. Esto puede ser un factor determinante en el desarrollo evolutivo del ser humano.

La falta de escolaridad es uno de los factores que más inciden en el aumento de violencia y la delincuencia, se puede decir que mientras más bajos son los índices de educación, hay mayor posibilidad de un aumento en los índices delictivos. Lo adecuado es fomentar una educación integral en la que se enseñen valores y respeto a la vida humana, para que los niños y adolescentes aprendan a respetar su propia vida y la de los demás. La educación integral debe ser una política del sistema educativo, la cual debería ser promovida por los gobiernos de cada país. Además no debería ser vista solo como una labor academicista, que solo refleja el rendimiento académico, sino una herramienta que influye en el comportamiento de la persona dentro del medio en el que interactúa (Osorio, 2010).

La falta de educación se debe a la falta de recursos, marginación, pobreza y a la mínima accesibilidad, que pueda tener una persona al sistema educativo. También puede ser resultado del abandono escolar, decidido por el estudiante o influenciado por factores externos.

Muchos jóvenes que dejan el sistema educativo, consideran que la educación no representa una posibilidad de superación. Sin embargo son víctimas del desempleo y de los estereotipos sociales, los mismos que les indican que para ser aceptados deben vestir ropa de marca, manejar un vehículo de lujo e ir al día con la tecnología. Debido a esto es probable encontrar qué para los jóvenes, las actividades ilícitas constituyen estrategias de vida y una forma única de desarrollo personal (Salazar R., 2015).

1.3.4 Nivel socio económico

El nivel socio económico en el que se encuentra una familia, puede influir en el bienestar y problemáticas sociales y psicológicas que sus miembros presenten. Si bien no es determinante, para que se presenten problemáticas como: conductas delictivas, consumo de sustancias, abandono del hogar, tráfico de drogas, abandono escolar, divorcios. La economía familiar tiene su papel en la estabilidad de la misma, no es determinante debido a que cada familia y cada miembro de esta, es un mundo diferente: con diferentes rasgos de personalidad, formas de comunicarse, de enfrentar los conflictos, de protegerse de entornos hostiles, de desarrollarse, etc. Debido a esto no se puede afirmar que el nivel socio económico afecta al desarrollo y estabilidad de la persona, ya que para alguien esto puede ser un impedimento para su crecimiento, mientras que para otra persona esto puede ser una de las fuentes de mayor motivación para lograr su desarrollo.

Dejando de lado la diferencias conductuales y psicológicas de las personas, la economía y sus niveles se han convertido en un problema de atención social, sobre todo los niveles económicos bajos.

La economía es el estudio de cómo las sociedades utilizan recursos escasos para producir bienes valiosos y distribuirlos entre diferentes personas. La economía explora el comportamiento de los mercados financieros, incluido los tipos de interés y los precios de las acciones. Analiza las razones por las cuales algunas personas o países tienen ingresos elevados, mientras que otros son pobres y sugiere maneras de elevar los ingresos de los pobres sin dañar la economía (Samuelson, P.; Nordhaus, W., 2013).

El nivel socio económico hace referencia a una medida económica y sociológica combinada de una preparación laboral de la persona, de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas. Basada en sus ingresos, educación y

empleo. El estrato económico de un país o población va a estratificarse en jerarquías acorde a las diferentes políticas económicas de cada país que beneficiará de diferente manera a cada persona según los recursos e ingresos que tengan.

El Instituto nacional de estadística y censo (INEC, 2011) presentó la encuesta de estratificación del nivel socio-económico, aplicándolas en 9,744 viviendas del área urbana de Quito, Guayaquil, Cuenca, Machala y Ambato. Dividiendo en 5 estratos o categorías, cada una con diferentes características. Cada hogar encuestado fue evaluado en relación a las características de la vivienda, bienes que posee la vivienda, la tecnología, hábitos de consumo, educación, economía, para a través de esta evaluación colocarlos en uno de los estratos o categorías. Siendo el "estrato A" el más alto, mientras que el más bajo y con mayores necesidades es el "estrato D". La encuesta mostró resultados basados en que los hogares de ecuador se dividen en: estrato A (1,9%); Estrato B (11,2%); Estrato C (22,8%); Estrato C- (49,3%); Estrato D (14,9%).

A través de este estudio, podemos tener una idea de los diferentes niveles socioeconómicos de nuestro país, identificar la estructura del hogar de cada nivel en relación a variables como estructura de la vivienda, tecnología, economía, etc. Y a su vez identificar las necesidades y deficiencias de los niveles más bajos de esta jerarquía económica. La falta de recursos que impide satisfacer las diferentes necesidades del ser humano y acceder a sistemas de salud y de desarrollo personal provoca generalmente que las personas tomen las decisiones y caminos incorrectos para sí mismo. El desempleo, los ingresos bajos por lo general está relacionado con las tendencias de una persona a delinquir, consumo de drogas y otras conductas (INEC, 2011).

La desigualdad económica tendrá un efecto diferente, de acuerdo a la posición que tenga una persona en la escala de ingresos. En el caso de persona con menores ingresos, habrá un corto tramo hacia la posibilidad de dedicarse a la delincuencia. Este factor también genera una reducción en el umbral de valores del individuo, al generar la percepción de mejoría de algunos a costa de otros (Morales, N.; Ruiz, C., 2017).

Manzano (2016) refiere que en muchos países y comunidades existe un círculo vicioso entre la delincuencia unida como sistema a la pobreza, la marginalidad, la desnutrición, la inseguridad, bajo nivel educativo y de capacitación de los habitantes, que les impide realizar trabajos que requieren mayores conocimientos, habilidades y competencias. Para eliminar esta problemática, se requiere elevar la educación y capacitación de las personas que se encuentran en situación de marginación y exclusión social y educativa. Sin embargo, en muchos países no hay educación y capacitación para personas en situaciones de conflicto, que le permita tener un trabajo digno, vivir bien y ser felices. Las cárceles son la escuela de la delincuencia y del crimen, en la que empeora la condición humana y los países y ciudades construyen muros, alejan y marginan aún más a los más pobres. Todo esto agrava más los conflictos sociales de los países, ciudades, periferias y zonas rurales.

1.3.5 Nivel socio cultural

En las sociedades occidentales, la adolescencia es un periodo de particular tensión y conflicto, esto se debe a que el adolescente se enfrenta a gran cantidad de ajustes, muchos de ellos difíciles y de forma simultánea. Los cambios fisiológicos durante la adolescencia, casi siempre precipitan a problemas sociales y dudas en relación al auto-concepto, identificación sexual y relación con los demás. Al mismo tiempo, nuestra sociedad hace demandas numerosas al individuo y se espera que sean cumplidas en poco tiempo: independizarse de la familia, establecer relaciones satisfactorias con sus compañeros de ambos sexos; y prepararse para una vocación significativa (Mussen,P.;Rosenzweig,M., 1984).

Lo sociocultural se define como un proceso o fenómeno, que se encuentra relacionado con elementos sociales y culturales de una sociedad. También hace referencia a las características culturales de un grupo de personas. Cada país o comunidad es portador de una amplia gama de características socio-culturales, lo que permite diferenciar a una sociedad de otra. Este término también se relaciona con una realidad, construida por las personas que se relaciona en la manera en cómo las personas interactúan entre sí, con el medio y con otras sociedades. Existen diferentes elementos que permiten la diferenciación socio-cultural en las diferentes sociedades, y estas son: las instituciones, el arte, los valores, la moral, sistemas educativos, la jerarquización social, la política y la economía, estos son factores que influyen en el contexto socio-cultural.

Fernández Juncal (1999) citado en Ghezzi & Sampedro (2015) considera relevantes también otros elementos, que pueden colocar a una persona en cierto nivel socio-cultural, tales como el nivel de renta, la ubicación de la vivienda, el tipo de vivienda, tener un vehículo.

El nivel socio cultural apoya a la jerarquización en una sociedad, donde las personas se ubicarán de acuerdo a su nivel socio-cultural y socio-económico, colocando a muchas personas en los estratos más bajos de esta jerarquía. Donde muchas veces no tienen acceso a educación, a un trabajo digno y legal, a una estabilidad económica, a satisfacer sus necesidades y derechos. Lo que lleva a estas personas a realizar actos y conductas delictivas.

Los diferentes factores inmersos en los niveles socio-culturales, colocan a muchas personas en condiciones de marginación, pobreza, migración, delincuencia, consumo de drogas y a otros los coloca en condiciones de superioridad, con la capacidad de cubrir todas sus necesidades. Estos factores agrupan en la mayoría de países, a las personas en

clase alta, clase media y baja, donde las dos primeras clases tienen mayores oportunidades de trabajo y desarrollo personal. Mientras que la clase baja en muchos países son marginados a los suburbios y periferias de las ciudades, dejándoles pocas oportunidades de salir adelante, lo que les lleva a la creencia de que la delincuencia, es el único camino que les permitirá obtener estabilidad económica y salir de su condición.

1.4 Desarrollo emocional

El desarrollo emocional es un elemento importante e indispensable en la vida del ser humano, un individuo desarrolla sus emociones desde que nace y toma contacto con sus progenitores, esto continua a medida que el individuo crece e interactúa con el entorno.

Las emociones están caracterizadas por ser una reacción violenta, una explosión súbita y desordenada frente a un estímulo imprevisto o acontecimiento inesperado. Es un rompimiento del equilibrio neuropsíquico y que produce alteraciones orgánicas y reacciones. Dura muy poco tiempo su reacción, en ocasiones no participa la conciencia ni la voluntad debido a lo imprevisto, a la intensidad y a la corta duración (Falcones, 2004, pág. 80).

Las emociones de los seres humanos tienen una función muy importante en la dinámica de todos los fenómenos sociales. Debido a que las emociones emergen, se experimentan y tienen sentido en el contexto de las relaciones sociales, por lo que una de las bases de los fenómenos sociales son las emociones. El ser humano no es únicamente inteligencia, como capacidad mental de una persona, para explicar y solucionar un problema, adquirir conocimientos, habilidades, destrezas y actuar adecuadamente acorde con los requerimientos del entorno, sino que es también un ser de emociones, sentimientos y todo lo que constituye su subjetividad (Betancourt, M.; Pavajeau, D.; Nohora, C., 2012).

La asociación española contra el cáncer (2010), habla de seis categorías básicas de emociones:

Miedo: anticipación de una amenaza o peligro (real o imaginario) que produce ansiedad, incertidumbre e inseguridad. El miedo es necesario ya que nos sirve para apartarnos de un peligro y actuar con precaución.

Sorpresa: sobresalto, asombro, desconcierto. Es muy transitoria y nos permite una aproximación cognitiva para saber que está ocurriendo y saber qué hacer ante una situación nueva.

Aversión: disgusto o asco hacia lo que tenemos delante. Produce rechazo y alejamiento.

Ira: rabia, enojo que aparece cuando las cosas no salen como queremos o nos sentimos amenazados por algo o alguien. Es adaptativo cuando impulsa a hacer algo para resolver un problema o cambiar una situación difícil. Puede conllevar riesgos de inadaptación cuando se expresa de manera inadecuada

Alegría: sensación de bienestar o seguridad que sentimos cuando conseguimos algún deseo o vemos cumplida alguna ilusión.

Tristeza: pena, soledad, pesimismo ante la pérdida de algo importante o cuando nos han decepcionado. Induce a pedir ayuda

Otros autores como Greenberg (2000), hablan de las emociones adaptativas que son las que permiten adaptarse y responder de forma adecuada ante una situación, las emociones adaptativas informan aquello que es significativo para el bienestar propio. Preparan de formar adecuada a la persona, para responder frente a una situación sea buena o peligrosa. El mismo autor también habla de emociones desadaptativas, en las que una

persona puede preocuparse de manera exagerada por una enfermedad, explota ante una provocación, se enoja con los demás, siente envidia, se siente vulnerable, celosa, indignada o enfado por cualquier provocación, cuando estas emociones excesivas son crónicas, tienen su raíz en procesos internos complejos, basados en la historia personal de aprendizaje, en la que la expresión y la regulación adaptativa de la emoción no se ha conseguido completamente.

Si el desarrollo de las emociones durante la adolescencia se da en presencia de familia y amigos positivos, es probable, que el joven logre avanzar de manera adaptada y adecuada a la adultez. Si no ocurre así, pueden aparecer complicaciones en el aumento de la dependencia y responsabilidades de la adultez y problemas de tipo emocional (Gaete, 2015).

La adultez se caracteriza sobre todo por factores sociales, y se considera adulto a la persona que es capaz de vivir independientemente, sin necesidad de tener un guía emocional, social, afectiva y económica. Es etapa de cambios de roles, en las actitudes, valores y comportamientos, las experiencias emocionales intensas, el sentido del propio yo, responsabilidades en los diferentes contextos, (Uriarte, 2005). Algunos autores han encontrado cambios en aspectos emocionales, tales como, la optimización del afecto y la complejidad de la misma, la intensidad emocional, el uso de diferentes estrategias de regulación emocional (Pérez, 2008).

Los conflictos de la edad del adulto mencionados por Erickson, en la primera etapa de la adultez, intimidad vs aislamiento (19-40 años), se basa en la formación de las relaciones interpersonales e íntimas frente al aislamiento. En la segunda etapa de la adultez (40-65 años) está la generatividad vs estancamiento, donde la generatividad se basa en la preocupación por guiar, conservar y ayudar a la siguiente generación, frente al

estancamiento de dichas cualidades. El estancamiento en cualquier etapa puede generar depresión, pérdida de entusiasmo, derrotismo, lo que afecta en el desarrollo emocional adecuado (Jimenez, 2012).

1.5 Desarrollo de la personalidad

1.5.1 ¿Qué es la personalidad?

La personalidad según diversos psicólogos la definen como un patrón único de pensamiento, sentimientos y conductas del individuo que persisten a través del tiempo y de las situaciones. Advierten que esta definición tiene dos partes importantes. En primera instancia, la personalidad hace referencia a diferencias únicas, es decir aquellos aspectos que diferencian a una persona de las demás. En segundo lugar nos dice que la personalidad es relativamente estable y duradera (Morris, C.; Maisto, A., 2011).

La personalidad por lo tanto son patrones de conducta y pensamiento que determinan y caracterizan la forma en que una persona actúa o reacciona frente a un estímulo o frente a una situación, y como resuelve y se enfrenta a los problemas de la vida. La personalidad se podría definir como las conexiones internas que subyacen al comportamiento individual y a la experiencia de la persona y que se forma a lo largo de la vida.

La personalidad se refiere a patrones de conducta relativamente constantes y rasgos con los que distinguimos a las personas, grupos y culturas; abarca la organización y estructura de estos patrones, sus características y la interacción entre estos, la fluctuación de los estados internos del individuo y la situación de estímulos externa. Finalmente se puede decir que la personalidad se relaciona tanto en lo universal como en lo particular del ser humano (Mussen,P.;Rosenzweig,M., 1984).

1.5.2 Desarrollo de la personalidad

A continuación se presenta las principales teorías sobre el desarrollo de la personalidad, Empezaremos con el Psicoanálisis clásico, cuyo principal representante es Sigmund Freud, la propuesta de este autor es muy controversial, debido al contenido de su teoría. Según él, la razón no gobierna nuestro comportamiento sino que las fuerzas psicológicas inconscientes afectan en forma poderosa al pensamiento humano y al comportamiento. Estas fuerzas se originan de las emociones de la niñez y continúan su influencia durante toda la vida.

Freud veía a los seres humanos como seres impulsados por sus impulsos, estos tienen dos clases de efectos: buenos y malos; estas fuerzas alimentan los logros positivos de la cultura, pero también llevan a la guerra, al crimen, a la enfermedad mental y otras miserias. Este autor sugirió que los determinantes más importantes del comportamiento no están disponibles para nuestro pensamiento consciente (Freud,S.;Tognola,J.N., 2003).

Para este autor el comportamiento y la personalidad, estaban relacionados con la interacción constante y única de las fuerzas psicológicas de nuestra mente. Estas fuerzas se encuentran en lucha entre sí, además operan en diferentes niveles, que son el consciente, preconsciente e inconsciente. Para Freud hay parte del pensamiento que esta accesible a la conciencia, mientras que otra parte no lo está y pertenece al inconsciente de nuestra mente. De esto nace la analogía del Iceberg, donde la parte visible representa los pensamientos conscientes y la parte de abajo, representa el inconsciente lo que no es accesible de forma fácil y rápida a nuestra mente.

Cloninger (2003) explica los niveles de la consciencia que plantea Freud 1) el consciente: son las experiencias de las cuales, la persona se da cuenta, incluyendo los recuerdos y acciones intencionales. La consciencia funciona de manera realista, según las

reglas del espacio y tiempo. Nos percatamos de la consciencia y la aceptamos como nuestras; nos identificamos con ella. 2) El preconsciente hace referencia al material del que no nos percatamos en un momento dado, sin embargo, puedo ser movilizado a nuestra mente con rapidez. En este nivel se incluye la información en la que no se está pensando en ese momento, pero que puede ser recordada, si es necesario. 3) El inconsciente: el contenido de este nivel no se mueve rápidamente hacia la consciencia; el inconsciente hace referencia a los procesos mentales de los cuales la persona no se da cuenta, este material permanece en el inconsciente, ya que traerlo a la mente produciría mucha ansiedad, aquí se encuentra el material reprimido, como traumas y deseos negados o reprimidos.

Sigmund Freud (1923) en su obra llamada "el yo y el ello", habla de las estructuras de la personalidad, para este autor existe un conflicto entre el consciente e inconsciente. El inconsciente busca que salga a lo consciente los pensamientos y deseos reprimidos. Mientras que el consiente busca apaciguar las fuerzas del inconsciente. En esta teoría, se habla de tres estructuras de la personalidad que son: el ello, yo y el súper yo.

- El ello: es la parte instintiva, animal, es donde se encuentran los impulsos biológicos, se puede decir que es la única estructura que se encuentra presente en el nacimiento. Este funciona según el principio de placer, el objetivo de este es satisfacer sus deseos, lo cual reduce la tensión y por lo tanto trae placer. Esta lucha para que las pulsiones primarias manejen la conducta de las personas, sin importar la consecuencia.
- el yo: esta estructura se rige por el principio de la realidad, el yo se encarga de que el ello no tome control del cuerpo. El yo es un elemento que está enfocado más al exterior, este nos permite darnos cuenta de las consecuencias, que pueden tener los actos que hacemos, sobre las conductas impulsivas o desinhibidas. Está

en batalla con el ello, utiliza algunos mecanismos de defensa para disminuir la fuerza de estas pulsiones primarias o instintivas. El yo busca entender la realidad y adaptarse a las restricciones del mundo real.

Súper yo: esta estructura está relacionada con el cumplimiento de las normas sociales, con el cumplimiento de la moral. Representa las reglas y restricciones de la familia y de la sociedad. Esta entidad puede generar en nuestra mente, sentimientos de culpa cuando no actuamos conforme a las reglas sociales y a la moral. Este se nos presenta con un ideal del yo. Este busca que las personas se acerquen a su perfección y al bien.

Erik Erikson es otro autor que habla del desarrollo de la personalidad desde una perspectiva psicosocial. Para este autor la personalidad es influenciada por la sociedad, además cruza por una serie de crisis que la persona tiene que ir resolviendo. Erikson mantenía la idea de que el desarrollo del yo era vital, para el desarrollo de la personalidad. El desarrollo Psicosexual de Erikson abarca ocho etapas a lo largo del ciclo vital y cada etapa representaba una crisis de personalidad. Cada etapa requiere que se equilibre un rasgo positivo con su negativo correspondiente, a pesar de ser adecuado que predomine lo positivo, siempre es bueno que también este presente un poco de lo negativo. Por ejemplo, es bueno que las personas aprendan a confiar en el mundo y en las personas, sin embargo también es bueno aprender un poco de desconfianza, ya que esto le permitirá protegerse del peligro. Erikson dice que la superación adecuada de cada etapa, es lograr desarrollar la virtud inmersa en cada una de ellas (Erikson,E.;Erikson,J.M., 2000).

Abraham Maslow habla sobre una teoría de la personalidad, en la cual se debe comprender los niveles que una persona puede alcanzar. Este autor hace referencia a un proceso de crecimiento a través de la satisfacción de necesidades. Desde las necesidades fisiológicas, hasta las motivaciones más altas, que permiten el desarrollo del potencial

humano. Maslow tenía la idea de que las personas deben avanzar en niveles, para lograr su mayor potencial. La parte más importante e influyente de su teoría, es el modelo de la Jerarquía de las necesidades, para este autor el desarrollo de una persona inicia con necesidades básicas, pero a medida que la persona madura y satisface las necesidades de orden o jerarquía inferior, las personas generan motivaciones más exclusivamente humanas. Esto nos quiere decir que la motivación cambia, conforme ascendemos en la pirámide o jerarquías de las necesidades. Esta jerarquía de necesidades tiene cinco niveles que son: en primer lugar las necesidades fisiológicas; luego están las necesidades de seguridad; las necesidades de amor y pertenencia; en cuarto lugar las necesidades de estima; finalmente está el nivel de auto-realización. Maslow decía que los problemas psicológicos, eran enfermedades de la deficiencia, esto quiere decir que se da por la privación de ciertas necesidades básicas. Aun al haber logrado la satisfacción de los cuatro primeros niveles de la jerarquía, la persona se siente frustrada o incompleta. Esto sucederá hasta cuando experimente la auto-realización (Frager,R.;Fadiman,J., 2010).

Autorealizac ion

Necesidades de Estima: es la necesidad de aurorrespeto y de la estima de los demas.

Necesidades de amor y pertenencia: la motivacion se centra en la busqueda de relaciones intimas y de sentirnos parte de un grupo

Necesidades de Seguridad: en este nivel la motivacion primordial, es grantizar una situacion segura. es decir, tener un ambiente seguro y estable

Necesidades Fisiológicas: necesidades de comer, agua, sueño y sexo. son necesidades esenciales para la supervivencia humana y animal

Ilustración 1. Pirámide de las necesidades

Fuente: Recuperado de "Teorías de la Personalidad" de Cloninger (2003)

1.5.3 Ambiente y personalidad

Resulta difícil sobrestimar la influencia de la experiencia social en la formación de la personalidad y el carácter del niño. Sin embargo esto no quiere decir que los factores biológicos y cognoscitivos no desempeñan una función en el moldeamiento de la personalidad y del desarrollo social. Las experiencias sociales como interactuar con los hermanos o visitar un parque con los padres, pueden evocar reacciones diferentes dependiendo de la inteligencia, curiosidad y creatividad del niño. La socialización es un elemento que hace referencia a todas las experiencias sociales que influyen en el desarrollo de la personalidad del individuo. Incluyendo en estas experiencias los aspectos de la conducta de los padres, la formación en la escuela, imitación de los compañeros, educación religiosa, comunicación de masas y eventos sociales importantes. Además esta socialización se da a través de agentes de socialización como los padres, amigos, compañeros, maestros, personajes de historietas, películas, televisión, es decir todo lo que pueda influir desarrollo de la personalidad en nuestra estructura Mussen, P.; Rosenzweig, M., 1984).

El ambiente puede ser determinante para la formación de la personalidad de un individuo, sobre todo en los primeros años de vida. Así por ejemplo una madre muy restrictiva y que exige una disciplina y control excesivo, puede construir niños muy sumisos y complacientes con el cuidador primario y con los demás. Convirtiéndose en niños tímidos, aislados, temerosos. Por otro lado, madres sobreprotectoras que son muy indulgentes tienen niños desobedientes, descarados, exigentes y tiránicos. Estos niños han aprendido que estas características son muy efectivas en la manipulación de sus madres, por lo que luego trasladan esas conductas a los demás (Mussen,P.;Rosenzweig,M., 1984, pág. 330;331).

La biología también tiene un papel importante e influencia en nuestra conducta, a pesar de que esta no es 100% determinante. La formación de nuestro cuerpo y la determinación de nuestro sexo, están relacionadas con estructuras biológicas que vienen codificadas en nuestros genes, que intervienen en nuestro comportamiento y en el desarrollo de la personalidad. La diferencia que hay en estructuras y sistemas biológicos entre las personas son las causas de los diferentes comportamientos y personalidades. Estas diferencias estructurales están en los circuitos corticales pre-frontales, en las sustancias químicas, en su disponibilidad en el organismo, en la amígdala, en circuitos neuronales que registran la experiencia pasada (aquí intervienen memoria y aprendizaje, los cuales tienen una base social). Si observamos la gran variedad de estructuras y sistemas que intervienen en la personalidad, existe una alta probabilidad de combinación de diferentes variantes entre ellas pudiendo dar así varios fenotipos. Comprobando que no solo hay una influencia biológica, sino también social y ambiental (García, 2017).

El temperamento por ejemplo, es uno de los elementos que forma parte de nuestra personalidad, es la base sólida e inmodificable de la misma, representa la parte heredada e interna propia de los impulsos primitivos y funciones afectivas (Falcones, 2004).

Podemos ver entonces que la personalidad se desarrolla a través, de una combinación entre el ambiente genético y el ambiente social. Siendo estos dos contextos indispensables, para formar los patrones conductuales de una persona y la forma en que estos van a responder frente a los diferentes estímulos y situaciones que se presentan en la vida cotidiana.

1.5.4 Tipos de personalidad

Al hablar de los tipos de personalidad resulta conveniente, tomar en cuenta que desde la filosofía griega ya se hablaba de una diferenciación de conductas, tal es el caso de Hipócrates (460 a.c-377 a.c) quien habla de la "Teoría de los humores", teoría que es desarrollada por Galeno (130-216). Esta teoría se basa en el supuesto de que el cuerpo humano, está formado por cuatro sustancias básicas. Estas sustancias son conocidas como humores, y este filósofo griego creía que estos humores debían mantenerse en equilibrio.

Tenía la idea de que los equilibrios y desequilibrios, eran las responsables de las enfermedades, tanto del cuerpo como de espíritu. Debido a esto la aparición de enfermedades, sería el resultado de un exceso o déficit de alguno de estos líquidos o humores. Los humores que describía Hipócrates eran cuatro: bilis negra, bilis amarilla, flema y sangre. Estos cuatro elementos estaban relacionados a su vez, con la teoría de Empédocles quien decía que la materia prima de todo lo que existe, son los cuatro elementos: aire, tierra, agua y fuego. En esta relación se atribuía otras cualidades; caliente, frio, húmedo y seco, por ejemplo: la bilis negra está vinculada con el elemento tierra, cuya propiedad eran frío y sequedad, la bilis amarilla se relacionaba con el fuego y sus cualidades eran calidez y sequedad, la sangre estaba relacionada con el aire y sus cualidades eran calidez y humedad, la flema se relacionaba con el agua y sus propiedades son el frío y la humedad (Huertas, 2016).

Es así que con la adaptación y desarrollo de Galeno, para quien el desequilibrio en las cantidades de estos humores, tienen influencia sobre nuestro comportamiento y pensamiento, nacen los cuatro tipos de temperamentos: el hombre flemático; el melancólico; el sanguíneo y el colérico.

Otro autor que habla de una tipología de la personalidad es Jung, él dice que las diferencias van a depender del tipo psicológico de la persona. Este autor describe ocho tipos basados en como la actitud psicológica de una persona, extraversión o intraversión, se va modificando por una de las cuatro funciones mentales básicas: sentimiento,

pensamiento, sensación, intuición. Así tendremos un pensamiento extravertido y un pensamiento introvertido, y esta relación se da con las cuatro funciones y los dos tipos psicológicos, introversión y extroversión (Riso, 1993).

Una visión más actual, sobre los tipos de personalidad la brinda el manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). Este manual ha sido elaborado por la Asociación Americana de Psiquiatría y se basa en una clasificación de trastornos mentales, con criterios asociados a cada trastorno. Este manual se elaboró con el objetivo de facilitar un diagnóstico más fiable y preciso de un trastorno y permitirnos conocer la sintomatología que se presentan en los diferentes trastornos mentales (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

El manual de diagnóstico y estadístico de los trastornes mentales (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) hace una clasificación de los tipos de personalidad, dividiéndole en tres categorías:

Grupo A:

- Personalidad Paranoide: es un patrón de desconfianza y suspicacia, la persona interpreta las intenciones de los demás como malévolas.
- Personalidad Esquizoide: distanciamiento de las relaciones sociales y una rama restringida de la rama emocional.
- Personalidad Esquizotípica: patrón de malestar agudo en las relaciones íntimas, de distorsiones cognitivas o perceptivas y de excentricidades del comportamiento.

Grupo B:

- Personalidad antisocial: es un patrón de desprecio y violación de los derechos de los demás, agresiones físicas, verbales y psicológicas, engaño y manipulación.
- Personalidad límite: inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la imagen de sí mismo y de los afectos, con una impulsividad marcada.
- Personalidad histriónica: es un patrón de emotividad y de búsqueda de atención excesiva.
- Personalidad narcisista: es un patrón de conducta basado en la grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía.

Grupo C:

- Personalidad Evitativa: existe una inhibición social, sentimientos de inadecuación e hipersensibilidad a la evaluación negativa.
- Personalidad Dependiente: se caracteriza por un comportamiento de sumisión y adhesión relacionado con una necesidad excesiva de ser cuidado.
- Personalidad obsesivo-compulsiva: preocupación excesiva por el orden, el perfeccionismo y el control.

Cuando estos patrones se agudizan y cumplen todos los criterios propuestos, se puede desarrollar un trastorno de personalidad de ese tipo.

1.6 Conflictos en la adolescencia y adultez

La adolescencia es una etapa que se caracteriza por cambios biológicos y por ser una etapa donde se logra una adaptación a los cambios físicos, hormonales y psicológicos, se integra y utiliza de manera adecuada las nuevas capacidades cognitivas, encontrar un

lugar entre los pares de iguales, integra en su personalidad características y actitudes que corresponden a expectativas relativas al género. Finalmente en la adolescencia tardía se orienta a consolidar la definición de su identidad e integrarse a la sociedad ejerciendo roles de adultos, asumiendo una participación social activa y desarrollando interés por lo político, social, cultural y religioso, que lo compromete con la sociedad y los demás. El adolescente en este desarrollo puede presentar complicaciones, en cualquiera de estas tareas generando dificultades y estancamientos en el adolescente (Almonte,C.;Montt,E., 2012).

Otros conflictos están relacionados con el ámbito familiar, de educación, consumos de drogas, etc. Los adolescentes pueden tener conflictos familiares como: divorcio de los padres, muerte del progenitor o de un miembro de la familia, abandono, adopción, abuso etc. Dentro del ámbito educativo: abandono escolar, bullying, acoso, discriminación y falta de accesibilidad a la educación. Otro problema, muy grave en la adolescencia es el inicio temprano de consumo de sustancias. Hay muchos jóvenes que por las diferentes situaciones socio-ambientales, inician el consumo de drogas, alcohol y tabaco, lo que le llevo a generar adicciones y esto afecta en todas las esferas de la persona. Todos estos conflictos generan dificultades, problemas del desarrollo, estancamiento y traumas, etc. Lo que resulta en conflictos y trastornos en los adolescentes.

Almonte, C.; Montt, E., (2012) habla de conflictos y psicopatología en la adolescencia relacionandolos con cuatro ejes:

- **Desafíos asociados a la integración social:** el ingreso al mundo de pares iguales, representa para los adolescentes una fuente de reconocimiento, valoración y validación de su identidad en desarrollo. Sin embargo, esto podría verse obstaculizados por alteraciones del desarrollo de las habilidades sociales.

- Desafíos asociados a la inserción en el entorno cultural y asunción de roles sociales: el adolescente debe abandonar la infancia y asumir los roles de la adolescencia, como el rol de estudiante, rol heterosexual, etc. Aquí se puede presentar conflictos de trastornos de aprendizaje o déficit emocional
- **Desafíos asociados al desarrollo de la identidad:** el proceso de lograr la identidad, es uno de los procesos más centrales y de importancia, del desarrollo juvenil. Con esto se instala la imagen de uno mismo, quien soy y cuanto valgo. Por eso un conflicto de identidad, puede ser conflictivo para el desarrollo adecuado del adolescente, ya que le aleja de encontrar una visión de sí mismo.
- Desafíos relacionados con el desarrollo de la psicosexualidad: dificultades con el desarrollo psicosexual está relacionado con trastornos de identidad sexual y trastornos de alimentación.

Por otro lado, en el desarrollo adulto también existen conflictos, estos están relacionados con la finalización de la carrera, con la formación de la familia, crisis en el matrimonio, nacimiento de los hijos, pérdida del trabajo, divorcios. Recordemos la crisis del nido vacío, donde los padres o uno de ellos sienten tristeza, soledad y sensación de vacío, por la salida de los hijos del hogar de los padres.

Robert Peck (1958) citado en Jiménez, G (2012) habla de cuatro conflictos en el desarrollo de la adultez:

- Aprecio de la sabiduría frente al aprecio de la fuerza física: debido a la disminución de la salud, se debe canalizar la energía a las actividades mentales.
- Socialización frente a sexualización de las relaciones humanas: implica dar prioridad a la camaradería sobre la intimidad sexual o la competitividad.

- Flexibilidad emotiva frente a empobrecimiento emotivo: hace referencia a los ajustes que se hacen en la adultez (cuando se va un hijo, un amigo, cuando la familia se separa) lo que genera flexibilidad emotiva.
- **Flexibilidad frente a rigidez mental**: la rigidez mental es la tendencia a dejarse dominar por las experiencias y juicios anteriores. Este conflicto se basa en la lucha de no estancarse en las creencias, hábitos viejos y no desechar ideas nuevas.

En la adultez también se pueden dar conflictos como la falta de identidad e intimidad, no lograr establecer límites del yo, metas y objetivos, no lograr una independencia del hogar paterno, no conseguir trabajo y formar una familia, lo que genera conflictos en la persona (Jimenez L., 2018).

Una crisis de la mitad de la vida también se vive en la adultez, que suele ser causado por la revisión y revaloración de la vida personal y se basa en una crisis de identidad, se da una evaluación de la vida en base a la comparación entre las metas fijadas y los logros. La persona en esta crisis puede sentir que no podrá cumplir sus metas de juventud o que haberlos alcanzado no les brindó la satisfacción deseada, los adultos en edad adulta puede volverse autodestructivos, con defensas del yo inadaptadas, sin significado de sus vidas, sin identificación de roles, etc. El adulto puede desarrollar estrés, ansiedad o depresión por conflictos como la falta de trabajo, problemas de pareja, paternidad temprana, la imposibilidad de satisfacer las necesidades de la familia y de sí mismo, lo que puede generar problemas mentales y en otros casos consumos de alcohol o sustancias adictivas (Papalia,D.E.;Duskin,R.;Martorell,G., 2012).

En la edad adulta puede generarse frustración y aislamiento por no tener una ocupación adecuada, puede sentir que no son productivos y creativos para la sociedad. Existe una

presión para el adulto por tener que hacerse cargo de dos generaciones, tanto de los hijos como de los padres, también en esta etapa se da una declinación del estado físico. La sexualidad en la adultez del hombre no se ve muy afectada, lo que puede darse es una disminución en la respuesta sexual, se da también problemas en al ámbito del matrimonio debido a los divorcios. Otros conflictos de esta etapa son los relacionados con el ámbito familiar, por ejemplo, el síndrome del nido vacío, el mismo que en ocasiones puede ser conflictivo para el adulto, mientras que en otros casos puede verse como la ganancia de libertad para una nueva intimidad en su matrimonio (Cornachione, 2006).

Conclusiones:

El desarrollo Biopsicosocial de una persona es una transición por diferentes etapas, donde la persona podría transitar por crisis de las cuales deberá salir de manera positiva, para avanzar a la etapa siguiente y poder adaptarse al medio de manera adecuada. En estas etapas ocurren sucesos claves y de vital importancia, en el transcurso de estas se irán desarrollando el área emocional, social, la identidad y la personalidad de un individuo. Además la presencia de los diferentes contextos en estas etapas, como el familiar, sociocultural, económico, educativo y de pares influirá en la formación de la persona.

Los diferentes conflictos en estas etapas y contextos son elementos influyentes en la aparición de conductas delictivas y antisociales, las cuales pueden llevar a un adolescente o adulto a enfrentarse e ingresar al sistema penitenciario y encarcelamiento. En gran parte de los casos las personas que se encuentran en conflictos con la ley, presentan problemas psicológicos o de consumo de substancias, esto tiene relación con estructuras familiares disfuncionales.

Finalmente la falta de acceso a la educación, trabajo, una baja economía, ausencia de una familia funcional, entre otros factores, influye en un mal desarrollo social, moral y psicológico de un individuo, ocasionando el desarrollo de conductas delictivas y encarcelamiento.

Capítulo 2

Salud mental y sintomatología clínica en el ámbito carcelario Introducción

En este segundo capítulo trataremos temas como la salud y prevención mental, elementos base para una estabilidad social, emocional y psicológica de la persona. Además de introducirnos en el ámbito penitenciario para comprender como funciona, cuál es su estructura, entidades que intervienen, los índices de delitos. También hablaremos de los derechos humanos que tienen las personas privadas de la libertad y analizaremos la principal sintomatología y repercusiones físicas que resultan de la privación de la libertad.

2.1 Salud mental

La estabilidad de una persona, en los diferentes contextos en los que se desenvuelve tales como el laboral, educativo, familiar, pares de iguales y el desarrollo evolutivo adecuado de un individuo, guarda una estrecha relación con un elemento que conocemos como salud mental. La salud mental se busca promover, a través de la salud pública la misma que se entiende como "la ciencia y el arte de promover la salud, prevenir las enfermedades y prolongar la vida a través de esfuerzos organizados de la sociedad" (Organización Mundial de la Salud, 1998).

La salud mental es un estado complejo de bienestar físico, mental y social. Un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, afronta las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. (Organización Mundial de la Salud, 2001). La salud mental es la base para el bienestar y el funcionamiento efectivo de un individuo y una comunidad. Ni la salud física ni la salud mental pueden existir solas, el funcionamiento de las áreas mentales, físicas y sociales son interdependientes. Si reconocemos que la salud es un estado de balance incluyendo el propio ser, los otros y el

ambiente, estaremos ayudando a que las comunidades y a los individuos a que entiendan cómo buscar su mejoramiento (OMS, 2004).

La American Psychological Association, refiere que la salud mental es la forma en que sus pensamientos, sentimientos y conductas afectan su vida. La buena salud mental conduce a una imagen positiva de uno mismo y a su vez, a relaciones satisfactorias con amigos y otras personas. Tener una buena salud mental le ayuda a tomar buenas decisiones y afrontar los desafíos de la vida en el hogar, trabajo o la escuela (American Psychological Assosiation, 2019).

La salud mental es un desarrollo armónico en todas las esferas de la persona incluye el logro de las conductas subjetivas, es decir, al interior de la psiquis y conductas objetivas como el comportamiento en el medio familiar y social. Por otro lado, la salud mental no es un hecho estático, sino un ente dinámico que transforma positivamente al ser humano y contribuye también a los cambios que pueden darse en la comunidad (Chávez, H.; Samániego, N.; Aguilar, E., 2017).

La ley 1616 del congreso de Colombia de 2013, define a la salud mental como un estado dinámico, que se expresa en la vida cotidiana, a través del comportamiento y la interacción, de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales. Para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones específicas y para contribuir a la comunidad.

Crichton Miller, citado en Chávez; Samaniego & Aguilar (2017) indica algunos parámetros para considerar a una persona sana incluye lo siguiente:

- Querer vivir
- Contar con salud biológica
- Tener valores

- Tener una independencia personal y madurez que le permita enfrentar sus conflictos internos e interpersonales.
- Desempeñar de manera adecuada sus obligaciones sociales, al punto que representen una satisfacción y no un deber.
- Adaptarse adecuadamente en su medio social, con una razonable tolerancia hacia quienes lo conforman. Además, lograr una participación enriquecedora en lo personal y no prejuiciosa en sus relaciones con los demás.

Pacheco (2005) citado en "Salud mental: un abordaje desde la perspectiva actual de la Psicología de la salud" (2009), menciona también características de personas sanas: están satisfechas consigo mismo, se sienten bien con los demás, son capaces de satisfacer las demandas que la vida les presenta. (Mebarak,M.;Castro,A.;Salamanca,M.;Quintero,M., 2009)

Carl Rogers citado en Fadiman & Frager (2001), presenta las características de personas plenas y funcionales:

- Apertura a la experiencia: las comprenden los sentimientos tanto positivos y negativos, no se cierran a ellos, ni tampoco niegan o distorsionan las experiencias.
- Vivir en el presente: las personas con estas características, saben que cada experiencia es fresca y nueva en potencia. No necesitan estructuras preconcebidas para interpretar los sucesos de forma rígida.
- Confianza en su propio organismo: confían en sí mismo, en sus reacciones en lugar de dejarse guiar, por las opiniones de otros o por juicios intelectuales.
- Sentido de libertad para hacer elecciones sin restricciones o inhibiciones forzadas.

- Personas creativas que viven de manera constructiva y adaptativa conforme cambia las condiciones ambientales

La salud mental nos permite desarrollarnos y adaptarnos, al medio de manera óptima y adecuada. Y nos permite, tener equilibrio en las diferentes esferas del ser humano biológico, psicológico y social. Además nos garantiza una participación laboral, relaciones sociales y actividades, que nos permite alcanzar equilibrio, bienestar y calidad de vida.

Un elemento que nos permite tener una buena salud mental es la promoción y prevención de la salud mental, según la OMS (2001) los trastornos mentales y de conducta, no son exclusivos de una población específica o grupo en particular. Están presentes en personas de todas las regiones, ciudades, países y sociedades. Según esta organización alrededor de 450 millones de personas sufren algún tipo de trastorno mental. Una de cada cuatro personas tiene la posibilidad de desarrollar un trastorno mental o de conducta, los trastornos mentales están presentes en el 10% de la población mundial adulta. Sin embargo, para reducir la carga a la salud, la carga social y económica de los trastornos mentales, es de vital importancia que los países trabajen, para lograr una mayor atención a los sistemas de prevención y promoción de salud mental, a través de políticas, legislaciones, decisiones gubernamentales, y recursos designados para el sistema de salud (Organizacióm Mundial de la Salud, 2001).

La promoción de salud mental se refiere a una salud mental positiva, la salud mental es un recurso y un derecho humano para todas las personas y es indispensable para el desarrollo Biopsicosocial de la persona. Promover la salud mental tiene el objetivo de aumentar una salud mental positiva, reducir desigualdades, construir capital social, tener ganancia de salud y reducir la diferencia en la expectativa de salud entre los países y grupos. Al pensar en una promoción de salud mental podemos decir que esta tiene un

alcance variable, también usa estrategias que permiten promover la salud mental, de personas que no están en riesgo, de aquellos que está en un riesgo elevado y de aquellos que padecen o están recuperándose de algún tipo de problema mental (OMS, 1997).

Mrazek & Haggerty, (1994) citado en OMS (2004), define que la prevención de los trastornos mentales tiene como objetivo reducir la incidencia, prevalencia, recurrencia de los trastornos mentales, el tiempo que se han mantenido los síntomas o la condición de riesgo para desarrollar una enfermedad mental. Previniendo o demorando las consecuencias y reduciendo el impacto en la persona, familia, sociedad, del trastorno o enfermedad mental. Las afecciones de la salud mental son los problemas, síntomas y trastornos mentales, los mismos que pueden ser un padecimiento temporal o continuo. Por lo tanto la prevención de estos trastornos, se enfocan en la reducción de los factores de riesgo y aumento de los factores de protección.

La carta de Ottawa para la promoción de la salud, proporciona una guía para la promoción de salud mental, donde las principales estrategias son: la elaboración de políticas públicas, creación de un ambiente de apoyo, fortalecimiento de la acción comunitaria; desarrollo de habilidades personales; reorientación de los servicios de salud mental; para a través de estas políticas lograr una buena salud, y a su vez lograr un desarrollo personal, económico y social, además de una mejor calidad de vida (OMS, 1986).

La prevención de los trastornos mentales se basa en el concepto de salud pública, que abarca el conjunto de políticas y procesos de movilización de recursos nacionales, estatales e internacionales que se destinan para resolver los conflictos en el área de salud, que puede afectar a una sociedad. Las políticas públicas de salud mental son un elemento, con el que se puede mejorar la calidad de vida, el bienestar y desarrollo humano. Estas políticas públicas de salud mental, determinan las metas que se deben alcanzar, establecen

prioridades, muestran las responsabilidades que tienen los diferentes sectores y niveles involucrados y por otro lado definen las funciones de los diferentes actores y equipos, además de las actividades que se deben desarrollar. También determina la población a intervenir, segmenta las problemáticas a abordar y destina recursos para la intervención, establece mecanismos de control, seguimiento y evaluación de los problemas de salud y mentales (Henao,S.; Quintero,S.; Echeverri,J.; Hernández,J.; Rivera,E., 2016).

Vignolo (2011) comenta que existen diferentes niveles de prevención de la salud, estos son:

- La prevención primaria: son medidas herramientas destinadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud, esto a través del control de los factores causales, predisponentes o condicionantes. Se basa en intervenciones que están destinadas al soporte emocional y prevenir la incidencia de enfermedades mentales.
- La prevención secundaria: se encarga del diagnóstico precoz de la enfermedad, es la búsqueda en personas relativamente sanas, de enfermedades mentales de la manera más precoz. Tiene la función de acortar el curso de la enfermedad mediante la identificación temprana y la intervención rápida.
- La prevención terciaria: son las acciones dirigidas a la recuperación de la persona, de los efectos de la enfermedad mental. Esto se lo hace a través de un diagnóstico correcto, tratamiento y rehabilitación física, psicológica y de social. Busca evitar el deterioro causado por la enfermedad, evitar recaídas reducir las incapacidades sociales y promover mecanismos de adaptación a la sociedad.

También existen tres tipos de prevención, la prevención universal dirigida a las personas en general sin importar factores de riesgo; la prevención selectiva para las personas o grupos que tienen más factores de riesgos (sectores o comunidades que han

sufrido una guerra o violencia), finalmente esta la prevención indicada que está dirigida a personas que tienen alta probabilidad de presentar un trastorno mental (Organización Panamericana de la salud, 2013).

Según la OMS (2018) existen estrategias para la promoción y prevención de la salud, estas pueden ser:

- Las intervenciones en la infancia precoz.
- El apoyo a los niños.
- La emancipación socio-económica de la mujer
- El apoyo social a las poblaciones geriátricas
- Elaboración de programas dirigidos a grupos vulnerables, minorías, pueblos indígenas, los migrantes y las personas afectadas por conflictos y desastres.
- Actividades de promoción y prevención de salud en escuelas, colegios universidades, empresas, etc.
 - Políticas de vivienda
 - Programas de promoción de violencia
 - Los programas de desarrollo comunitario
 - La reducción de la pobreza y la protección social para los pobres.
 - Campañas contra la discriminación
- Promoción de los derechos, oportunidades y la atención de las personas con trastornos mentales.

2.2 Derechos humanos de los reclusos

Los derechos humanos hacen referencia a los derechos inherentes de los seres humanos, sin realizar o tener ninguna distinción de raza, sexo, género, edad, lengua, etnia, religión o alguna condición. El ser humano tiene por ejemplo derecho a la vida, a la salud, educación, a la libre expresión, al trabajo, a la familia, a la libertad, etc. Estos derechos al ser universales, pertenecen a cada uno de los seres humanos, sin excepciones. Los derechos humanos fueron establecidos, por la Asamblea General de las Naciones Unidas en Paris, el 10 de Diciembre de 1948, como respuesta a las atrocidades vividas durante la guerra mundial que se vivió en esa época (Naciones Unidas, 2019).

Los derechos humanos tienen características y son inherentes al ser humano, estas características son: inherentes a todas las personas; son universales ya que todas las personas gozan de ellos en todo tiempo y lugar; son inalienables ya que no se puede renunciar al ejercicio de los derechos; son obligatorios para todos; son evolutivos; exigibles; justiciables; irrevocables; finalmente son inviolables ya que nadie puede atentar, lesionar o destruir los derechos humanos (Gómez, 2015).

Las personas privadas de la libertad a pesar de encontrarse en condición de aislamiento como medida o respuesta de un juez, frente a una acción de irrespeto de las normas, violación de derechos y atentado contra la vida o el pudor, o cualquier acción que requiera de castigo. También tienen derechos, sin importar el delito o la sentencia designada por la autoridad pertinente. Estos derechos de las personas en estado de reclusión, deben ser respetados. Además existen entidades que velan por la aplicación de estos derechos, estos son por ejemplo: el ministerio de Justicia, Derecho y cultos; ministerio de educación; ministerio de salud, los cuales velan por la integridad física y mental; además de la ejecución de sus derechos.

La asamblea constituyente del Ecuador (2008), a través del artículo 51, reconoce a las personas privadas de la libertad los siguientes derechos:

- No ser sometido como a aislamiento como sanción disciplinaria.
- El interno debe tener comunicación y visita de familiares, y también de profesionales del derecho.
- Tiene el derecho de hacer una declaración, ante una autoridad jurídica acerca del trato que tuvo durante su proceso de privación de libertad.
- Disponer de los recursos humanos y materiales necesarios, los mismos que permitan garantizar su salud integral en los centros de rehabilitación social.
- Debe haber la atención de sus necesidades educativas, laborales, productivas, culturales, alimenticias y recreativas.
- Deberá haber un trato preferencial y especial para las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, adolescentes y las personas adultas mayores, enfermas o con discapacidad.
- Medidas de protección para las niñas, niños, adolescentes, personas con discapacidad y personas adultas mayores que están bajo su cuidado y dependencia.

Otros derechos inherentes de las personas privadas de la libertad, son el derecho a la vida, a la dignidad, a la integridad personal, a la igualdad de trato, presentarse y defenderse frente a una autoridad, derecho a la libre expresión de consciencia y religión, a la defensa, a no ser discriminada, derecho a la salud, al trabajo, a la educación y a la recreación. Estos derechos deben ser respetados y velados por las entidades que dirigen el sistema penitenciario, ya que han sido establecidos como derechos obligatorios y que pertenecen a cada una de las personas.

Según las naciones Unidas (2004) las personas privadas de libertad tienen derechos tales como:

- Derecho a la integridad física y moral: tiene que ver con la prohibición de la tortura y los malos tratos, además del ingreso y puesta en libertad.
- Derecho a una calidad de vida adecuada: los reclusos tienen el derecho a una vida digna y a ser tratados con dignidad, tienen el derecho a disfrutar de una condición de vida adecuada, alojamiento, alimentación, agua potable, a tener vestimenta adecuada, a una cama.
- Derecho a la salud: tienen el derecho de acceder a una atención de salud adecuada y digna, además de tener condiciones adecuadas y sanitarias por parte de las entidades de salud. Para así lograr el mejor nivel de salud física y mental.
- Derecho a la seguridad en la prisión: todo interno de un centro penitenciario, tiene el derecho de tener seguridad y protección en la prisión. Debe tener acceso a un lugar seguro, donde su vida no corra riesgo. Esto se logra a través de mantener la seguridad, el orden y control, disciplina y castigo.
- Actividades dentro de la prisión: los centros de rehabilitación, deben promover la realización de diferentes actividades, en las cuales puedan participar los internos. Haciendo uso de su tiempo libre o el tiempo que estén en prisión, para desarrollar sus aptitudes, sus conocimientos, mejorar su formación académica y así lograr una buena reinserción social.
- Derecho al contacto con el exterior: la población penitenciaria a pesar de su condición de aislamiento social, estos tienen el derecho a tener contacto con sus familiares, amigos y el mundo exterior. Además de tener contacto con entidades legales que lleven su caso, también tienen el derecho a las visitas.

- Quejas y procedimientos de inspección: tienen el derecho de presentar quejas en caso de que sus derechos sean vulnerados, y también tienen derecho a que se pueda abrir una investigación, para ocuparse de las denuncias de la violación de derechos humanos.

Los centros de rehabilitación deben cumplir con diferentes lineamientos o estándares, según las Naciones Unidas: dignidad inherente para todos los reclusos, servicios médicos y sanitarios adecuados, tener trato especial para la población vulnerable, restricciones, disciplina, sanciones, investigación en casos de torturas y muertes de internos, acceso a personal jurídico y capacitación del personal. La defensoría del pueblo también da algunos estándares mínimos, tales como: división por sexos y nivel de seguridad, deben tener acceso a todos los servicios básicos, instalaciones limpias, acceso a luz artificial y ventilación y finalmente acceso a una infraestructura adecuada. A través del cumplimiento de estos estándares, se busca que el privado de libertad, tenga la garantía de que sus derechos sean respetados y de que su estadía en la prisión, se convierta en la oportunidad para rehabilitarse y volver a la sociedad de manera adecuada (Páez, 2019).

2.3 Conceptualización de cárcel y personas privadas de la libertad

La cárcel es la institución gubernamental, encargada de albergar a las personas, que han sido privadas de su libertad como castigo frente a la realización de actos delictivos. La prisión constituirá el hogar de esta población, por el lapso que dure la sentencia asignada por el juez. Además está constituida por diferentes áreas y funcionarios, encargados de velar por la seguridad, bienestar emocional, de salud y legal, de cada uno de las personas que se encuentran dentro del sistema penitenciario. La cárcel es el edificio cuya construcción, está destinada a albergar a las personas consideradas peligrosas para la sociedad, o para quienes no cumplen o respetan las leyes. Esta construcción sirve para mantener a este sector de la población en cautiverio, mientras se cumple su castigo.

Louk Hulsmann, citado en Hernández Rubio (2012) se refiere a la cárcel como una forma específica de cooperación entre organizaciones como: la policía, las cortes, las leyes, los departamentos de criminología, el Ministerio de Justicia y el Parlamento. Esta forma específica de cooperación o de organización social y cultural, construye la realidad de una manera específica; así, la prisión, como parte de esta construcción social y cultural, separa y aísla a individuos de su medio, de sus amigos, familia, del sustrato material de su mundo. Los separan de las personas, que son víctimas de sus acciones.

Michael Foucault, señala a la prisión como el lugar de ejecución de la pena, también es lugar de observación de los internos. Tanto en vigilancia, como en el conocimiento de la conducta de cada prisionero (Hernández, 2012).

Desde hace miles de años ya se usaban distintos tipos de prisiones, por lo que vemos que el término prisión no es nada nuevo. Se dice que los primeros sitios usados como prisión eran los postes, donde era inmovilizado el detenido. En China, Egipto, Israel, Persia y Babilonia, las prisiones se usaban para la tortura, como método de indagación. En Grecia mantenían a los presos en minas abandonadas. Platón en su idea de una república ideal, proponía tres tipos de cárceles: una en la plaza de mercado o cárcel de custodia, otra es el sofonisterón en la ciudad como casa correccional y la tercera como casa de suplicio, la misma que debía estar fuera de la provincia. Al inicio del medioevo se habilitaron como cárceles, los calabozos subterráneos en los palacios o en las fortalezas, donde se hacinaban locos, niños, mujeres, ancianos, etc. Esperando ser ejecutados en público de formas crueles. En la República de Lucca en siglo XVI, existían dos tipos de cárceles: las cárceles de custodia donde estaban los enemigos políticos o por traición, y la segunda la prisión eclesiástica para sacerdotes y religiosos. En 1784 John Howard proponía que para mejorar las cárceles se requiere seguridad, higiene, salud, dieta, uniformes, distinción entre detenidos, separación por sexo y edad y situación

procesal, alojamiento separado, instrucción moral y religiosa, trabajo, recompensas, tratamientos de enfermos, etc. Sirviendo esta idea, como base para la estructura actual de las cárceles (Universidad Santo Tomás: Facultad de Derecho, 2009). A partir de aquí se ha ido desarrollando y evolucionando, el sistema penitenciario o las cárceles, buscando que sean más dignas y aptas para albergar con las mejores condiciones a grupos de personas. Buscando respetar los derechos humanos del prisionero y una reinserción social adecuada.

Entre los años 1869 y 1874 se construyó en el País, con la autorización del Presidente Gabriel García Moreno, el Panóptico de Quito o conocido como el penal García Moreno. El mismo que funcionó durante 139 años, y cerró sus puertas en el 2014. Las mujeres eran destinadas en un centro ubicado en la calle Maldonado, en el sector de Chimbacalle al sur de Quito. En otros casos eran llevadas a casa de caridad dirigidas por las hermanas religiosas del buen pastor. Entre los años 1982-1983, había 12 centros carcelarios, que estaban categorizados, como casas adaptadas para prisión, mientras que habían 14 establecimientos, que se determinaron como construidos para fines de reclusión (Función Judicial, 2012). Actualmente existen 36 centros de privación de libertad en Ecuador, entre los más importantes están; la Penitenciaria de Litoral, Centro de Privación regional del Guayas, Centro de rehabilitación social de Turi de Cuenca, Centro de rehabilitación Social Sierra Centro Norte, ubicado en el límite entre Latacunga y Saquisilí.

El sistema de rehabilitación según, el artículo 201 de la constitución del Ecuador, tiene la finalidad de lograr una rehabilitación integral de las personas sentenciadas penalmente para lograr reinsertarlas en la sociedad, así como también la protección de las personas privadas de la libertad y la garantía de sus derechos. Este sistema tiene el objetivo de desarrollar las capacidades de las personas sentenciadas, para ejercer sus derechos y cumplir sus responsabilidades al recuperar su libertad (Asamblea Constituyente, 2008).

El sistema penitenciario está dirigido, por diferentes entidades pertenecientes al gobierno, los que se encargan de desarrollar diferentes funciones. Dentro del manejo de un centro de rehabilitación se encuentra el Ministerio de Justicia, Derechos humanos y cultos; el Ministerio del Interior; el Ministerio de Educación y el Ministerio de salud, estas entidades buscan velar por los derechos y la estabilidad mental, psicológica y de salud de los internos de los centros de rehabilitación.

- El ministerio de Justicia, Derechos y Cultos: se encarga de incrementar la rehabilitación y reinserción de las personas adultas y adolescentes en conflicto con la ley, hacer valer los derechos humanos de todos, reducir los niveles de violencia, inseguridad y hacinamiento de los centros de atención a personas adultas y adolescentes en conflicto con la ley, mejorar la efectividad de coordinación entre todos los actores del sector de justicia, mejorar la eficiencia operacional (Ministerio de Justicia, derecho humanos y cultos, 2019).
- **Ministerio del Interior:** busca garantizar la seguridad ciudadana y convivencia social pacífica, en el marco de los derechos fundamentales, incrementar los mecanismos de prevención y protección a los ciudadanos ante los riesgos, amenazas y efectos de la inseguridad, reducir los conflictos sociales que afectan a la convivencia pacífica, hacer frente a los riesgos y amenazas que afectan a la seguridad ciudadana y de la población penitenciaria (Ministerio del Interior, 2019).

-Ministerio de Educación: brinda acceso a una educación adecuada a las personas privadas de la libertad, con el fin de que estas tengan actividades, y puedan lograr el desarrollo educativo,

- **Ministerio de Salud:** este ministerio tiene el objetivo de brindar y permitir el acceso de los internos, al sistema de salud. También satisfacer las necesidades de salud y promover y promocionar la salud en el sistema penitenciario.

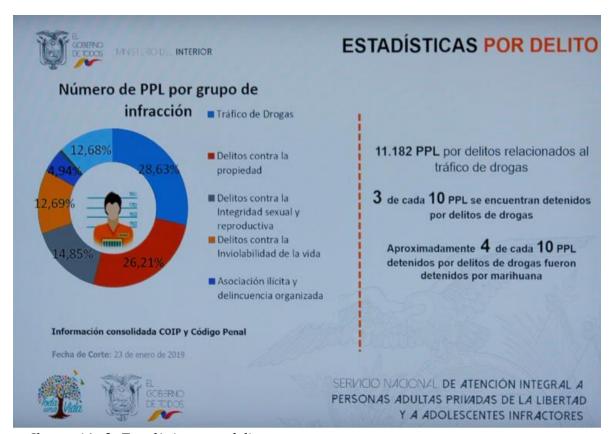


Ilustración 2. Estadísticas por delito

Fuente: recuperado de "Más de 40 mil personas en las cárceles de Ecuador" Ecuavisa, (2019).

Hasta Abril del presente año, existen 40,096 personas privadas de la libertad ubicados en los 36 centros de privación de libertad. Tanto personas con sentencias dictadas, en prisión preventiva, contraventores y apremio. Siendo 37,234 hombres representando un 92,86% y 2,862 mujeres que representan el 7,14% restante. (El Comercio, 2019). Las estadísticas muestran que un 28,63% de personas privadas de la libertad (PPL), están por delitos por tráfico de drogas; un 26,21% por delito contra la propiedad; el 14,85% por delitos contra la integridad sexual y reproductiva; los delitos contra la inviolabilidad

contra la vida tiene un 12,69%; un 4,94% por asociación ilícita y delincuencia organizada (Ecuavisa, 2019).

Podemos observar, a través de todos los datos mencionados, que existe un alto nivel de hacinamiento en las cárceles del Ecuador, en 5 meses ha aumentado de 38% a un 40%. En las cárceles de Quito; Guayaquil; Ibarra; Latacunga, existe sobrepoblación, la cárcel "El Inca" en la ciudad de Quito que está diseñada para albergar 800 personas, tiene una población de 2,097 reclusos. Lo que representa una sobrepoblación del 162%, en el año 2018 era de 157% (El Comercio, 2019). Esto sumado a otros conflictos tales como; la presencia de pandillas dentro de los centros, la violencia, la corrupción interna y el consumo de drogas, generan grandes conflictos de interacción entre los internos, además del aumento en los índices de muerte y violencia, también genera irrespeto de sus derechos humanos siendo la mayoría de veces, ellos mismos los generadores de estas situaciones.

En nuestra ciudad, la cárcel de Turi fue desarrollada por las deficiencias del antiguo centro penitenciario de Cuenca, como el tamaño del terreno, la cantidad de celdas y por la ubicación céntrica del antiguo presidio. La antigua cárcel era una construcción de 3800 metros cuadrados, ubicado al Noroccidente de la ciudad de Cuenca, en las calles Nicanor Merchán y Pedro León. Este centro tenía dos zonas de reclusión que comprendían 12 celdas. El primer bloque de 500 m2 estaba conformado por las celdas de la 1 a la 8, en donde compartían el baño y la ducha que se encontraba en el pasillo del mismo bloque. Las celdas 9 a la 12 pertenecían al otro bloque que tenía un área de 100 m2, a través de esto se podía evidenciar el exceso de población en cada celda y la falta de espacio para recreación y sobre todo para lograr una rehabilitación adecuada (Gonzales,J.; Montalvan,A.; Valarezo,P., 2010).

A partir de las diferentes deficiencias del antiguo centro penitenciario, el gobierno propuso el proyecto de una cárcel regional en Cuenca. El nuevo Centro de Rehabilitación Social de Turi, tiene una superficie de 34,350 m2 de construcción y una inversión de cerca de 41 millones de dólares, está ubicada en sector de Turi o Ictocruz. La estructura tiene una capacidad de albergar 2,716 internos que están distribuidos en 9 pabellones, 2 de máxima seguridad, 3 de mediana seguridad, 2 de mínima seguridad y 2 pabellones destinados para las mujeres. Además cuenta con zonas agrícolas, talleres, cocina, unidad de salud, centro de observación, edificio administrativo y 243 cámaras de seguridad, redes sanitarias, agua potable y vías de acceso. Este nuevo centro de detención se elaboró para mejorar las condiciones de vida y promover una rehabilitación social adecuada, para los internos de la antigua cárcel y para los internos que sean trasladados de otras provincias (Servivio de Contratación de Obras, 2014).

El Ministerio de Justicia, derechos humanos y cultos propuso la transformación de la estructura penitenciaria del País y la aplicación de nuevos modelos de gestión. Por lo que destinó millones para la construcción de la nueva cárcel de la ciudad de Cuenca. Esto con el objetivo central de mejorar las condiciones de vida de los internos, mejorar la convivencia, cubrir las necesidades de salud, alimentación, vestimenta, cultura, educación, deportes, recreación y sobre todo para lograr una rehabilitación social adecuada de la mayoría de internos posibles (Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y cultos., 2015).

2.4 Repercusiones Físicas y Psicológicas

La salud tanto mental como física de un individuo, puede verse afectada por la condición de privación de libertad. El encarcelamiento puede constituir, una serie de repercusiones sobre la salud de una persona. Debido a los cambios que se generan en la vida del interno, como pérdida de libertad, aislamiento, pérdida de contacto con la familia

y la sociedad, pérdida de la intimidad, de trabajo, pérdida de roles, deterioro de la identidad, mala alimentación, falta de salud, esto lleva a generar problemas físicos y psicológicos en las personas privadas de la libertad. Existen repercusiones físicas como deterioro de la salud, pérdida de agudeza visual, de olfato, oído, son algunas repercusiones físicas del encarcelamiento. También hay repercusiones psicológicas negativas como: sufrimiento psicológico, sentimientos negativos como: odio venganza, rencor, violencia, agresividad, deseo de venganza, irritabilidad, impotencia, sentimientos de pérdida, ansiedad, desconfianza. Además puede desarrollarse trastornos de ansiedad, fobias, manías, depresión, ideas e intentos suicidas, taquicardia, pérdida de concentración, de memoria, de control (Ministerio del Interior, 2017).

El estrés puede afectar a la memoria debido a que destruyen neuronas del hipocampo, afecta al sistema inmunológico, aumenta la presión arterial, genera envejecimiento prematuro, alteran el ciclo menstrual, produce disfunción eréctil e incrementa el riesgo de enfermedad cardiaca. El excesivo estrés que puede sufrir una persona, puede afectar al funcionamiento biológico normal de una persona. Algunos trastornos psicosomáticos que resultan de altos niveles de estrés son las úlceras, el asma, la artritis, hipertensión arterial, eczemas. A nivel Psicológico las consecuencias del encarcelamiento y el estrés al que se somete una persona privada de la libertad, pueden generar deterioro cognitivo y afecta también al rendimiento. Puede generar una mala capacidad para afrontar de manera adecuada la vida, también puede perder la capacidad de enfrentarse a estímulos estresantes. La persona genera errores cognitivos o distorsiones en la interpretación de su conducta, de sus pensamientos y de algunas situaciones, que pueden llevar a la persona a adquirir ciertos temores irracionales, como fobias, trastornos de ansiedad, depresión, disforia (Argudo, 2013).

Cooke, Baldwin & Hamison (1990); Bermúdez & Fernández (2006); Valverde, (1991) y Clemente (1997) citados en Argudo (2013) mencionan algunas consecuencias del encarcelamiento:

- Pérdida de control: esto quiere decir que la vida diaria del interno, se convierte en una vida reglamentada por las normas del centro penitenciario, por lo que no puede decidir los aspectos más básicos del día a día, pierde la capacidad de elegir como se quiere vivir y no puede decidir sobre la evolución de las circunstancias personales, familiares y sociales.
- Ansiedad constante: la ansiedad que presenta un interno, es elevada al momento de su ingreso al sistema penitenciario, Sin embargo, se reduce con el paso del tiempo, con la exposición y adaptación a la realidad penitenciaria.
- Falta de estímulo: el aislamiento genera una falta de actividades, los internos pueden pasar mucho tiempo sin hacer nada. Por lo que se afecta la capacidad de pensar y reflexionar, también la toma de decisiones y la solución de problemas, genera una sensación de vacío y pérdida de auto-concepto.
- Presentismo galopante: el interno no planifica ni a corto ni a largo plazo, debido a la falta de control que tiene sobre su vida y a la situación personal y familiar.
- Desproporción reactiva: es la exageración de situaciones en el sistema penitenciario.
- Dualidad adaptativa: el sujeto puede adaptarse de dos maneras, una afirmándose frente a un medio hostil y otra con sumisión frente a la institución.
- Despersonalización: se da la pérdida de la propia individualidad, esto hace que el interno requiera de atención constante.
 - Baja autoestima

- Pérdida de intimidad: son obligados a vivir con otros reclusos, por lo que pierden intimidad.
- Convivencia forzada: se convive con delincuentes de diferentes tipos y peligrosidad, lo que genera conflicto, tensión y alerta, entre internos.
- Dominio o sumisión en las relaciones interpersonales: se busca dominar a los demás internos formando grupos, para así evitar ser dominados y poder defenderse.
- Pérdida de vinculación con la familia: pierden el contacto con los familiares, se da un abandono de roles.
- Consumo de drogas: en muchas cárceles hay altos niveles de consumo,
 como respuesta al aislamiento carcelario.
- Transmisión de enfermedades: se puede transmitir y contraer enfermedades como: hepatitis, gripe, tuberculosis, enfermedades digestivas y VIH.

A pesar de las diferentes repercusiones tanto físicas como psicológicas, que puede desarrollarse por el encarcelamiento de una persona. Esto se puede evitar trabajando en un sistema de salud adecuado, prevención y promoción de salud adecuada y a través de brindar atención y tratamiento digno a las personas privadas de la libertad de los diferentes Centros de Rehabilitación Social del país. Además de brindar diferentes actividades, para que puedan estar activos y se puedan mantener estable.

2.5 Sintomatología frecuente en ámbito carcelario

Holmes & Rahe, 1967; Valdés & Florez, (1985), citado en Ruiz, (2007) habla de que la condición de encontrase privado del derecho de libertad, puede considerarse como uno de los acontecimientos más traumáticos, que una persona puede experimentar. Al integrar diversos rasgos atribuidos a un evento traumático, tales como la ruptura con el ritmo y

estilo de vida habitual de la persona, el alejamiento de la red social, afectando el ámbito social, laboral, y de ocio.

El ingreso al sistema penitenciario, puede desencadenar una serie de estresores, dificultad con la pareja, reducción de ingresos de la familia y de la comunicación a los hijos y con otros familiares (Moreno, C.A.; Mellizo, L.F., 2006). El encarcelamiento suele empobrecer psicológicamente y desocializar a la persona, a nivel emocional puede desarrollar trastornos como ansiedad, estrés, depresión, intentos suicidas y consumo de drogas, esto como respuesta de la persona a su internamiento carcelario (Ruiz, 2007).

En un estudio realizado en España, que se basó en medir la prevalencia de trastornos mentales y factores de riesgos asociados en tres prisiones del país. El objetivo fue determinar la prevalencia de trastornos mentales en la cárcel, la muestra fue de 184 internos, se les aplicaron distintas pruebas: entrevista estructurada de recogida de datos Socio-Demográficos, Cuestionario de antecedentes clínicos: Morbilidad crónica de la OMS, Structure Clinical Interview for diagnostic and Statical Manual of Mental Disorder Axis I Disorders (SCID-I), International Personality Disorder Examination (IPDE). Los resultados fueron prevalencia de trastornos durante la vida de 90,2%; y de aparición del último mes de 52,2%; los principales trastornos a lo largo de la vida son los episodios afectivos, trastornos del estado de ánimo y trastorno Psicótico. El 35,3% de los internos de los centros habían sufrido un episodio depresivo mayor a lo largo de su vida; el trastorno depresivo mayor va en segundo lugar con 28,3%; el trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias tiene un 20,7%. El trastorno Psicótico inducidos por sustancias tiene una prevalencia de 13%; mientras que la esquizofrenia tiene 11,4%; finalmente los trastornos Distímicos y episodio maníaco tiene una prevalencia menor del 10%. En la prevalencia de trastornos en el último mes se observa: el episodio depresivo mayor como el de mayor prevalencia en el último mes con 12,5%; luego está la esquizofrenia con 10%; los trastornos del estado de ánimo y psicótico inducido por sustancias tienen un 6,5% y 5,4% respectivamente. El trastorno Delirante tiene una tasa de prevalencia de 3,3%, el resto de trastornos comprende entre el 2,2% y el 0,5% (Zabala, y otros, 2016)

Otros resultados de la investigación muestran, que los trastornos de ansiedad más prevalentes a lo largo de la vida fueron: el trastorno de estrés Post-Traumático con un 22,8%; la fobia específica en un 22,3%; la agorafobia sin historia de trastornos de angustia 10,3%; el trastorno de ansiedad inducida por sustancias 9,8%; y el trastorno obsesivo-compulsivo 8,2%. El trastorno de ansiedad en el último mes, mostró que el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno por Estrés Post-traumático son los más frecuentes con 7,6% y 6% respectivamente.

Finalmente se evaluó la prevalencia de trastornos de personalidad, basándose en la clasificación del DSM 5. Primero se evaluó el porcentaje que tenía cada uno de los 10 rasgos: donde el rasgo Evitativo está en primer lugar (58,7%), los rasgos Histriónicos y Narcisistas ocupan el segundo lugar (45,1%) y los rasgos paranoides en tercer lugar (42,9%). En cuanto a los trastornos de personalidad, se menciona a continuación los más frecuentes acorde a la clasificación del DSM, en el Cluster A los trastornos Paranoide y esquizotípico, para el cluster B, los trastornos narcisista e histriónico y en el cluster C los de mayor presencia fueron el Trastorno evitativo y el obsesivo compulsivo (Zabala C., 2016).

En Brasil se realizó un estudio transversal, con una muestra de 497 internos de cárceles de ciudades como Salvador y Bahía. En esta investigación se usó una versión adaptada del Mini International Neuropsychiatric Interview y se aplicó en sistemas penitenciarios con régimen cerrado y también semi-abierto. Dentro del régimen cerrado se observa una

prevalencia de trastornos por abuso o dependencia de sustancias con 27,9%; seguido del Trastorno de personalidad anti-social con un 26,9%; trastorno por abuso o dependencia de alcohol con 26,6%; el trastorno Borderline tiene un 19,7%; los trastornos depresivos 17,6%; trastornos por ansiedad muestra un 6,9%; trastorno bipolar 5,2%; Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) un 4,1% y el trastorno Psicótico con 1,4% de prevalencia. Mientras que por el otro lado en el régimen semi-abierto, los resultados fueron similares al régimen cerrado, se obtuvo un resultado con una prevalencia del trastorno por abuso o dependencia de alcohol con 32,4%; luego está el trastorno borderline con 34,8%; el trastorno por abuso o dependencia de drogas tiene un 32,4%, le sigue el trastorno de personalidad antisocial con 24,2%; el trastorno por depresión 18,8%; trastorno por ansiedad 14,4%; trastorno bipolar 10,1%; trastorno psicótico con 12,6%; finalmente el TDAH con una tasa de 5,3% (Pondé,M.P.;Freire,A.C.;Mendonca,M.S., 2011).

Otro estudio realizado en cárceles de Chile, tuvo una población de 1008 personas reclusas, condenadas y sin sentencia de siete cárceles. Para este estudio se usó el CIDI (Composite International Diagnostic Instrument) que es una entrevista estructurada, desarrollada por la OMS y es de uso internacional. Los resultados de esta investigación fueron: 84,8% hombres y un 15,2% eran mujeres; a través de la información obtenida se determinó que 79,6% eran condenados y 20,4% eran imputadas o procesadas; la tasa de prevalencia para cualquier trastorno mental en los últimos doce meses fue de 26,6%; trastornos adictivos en un 12,6% (6,6% asociado con sustancias ilícitas); trastornos de ansiedad 8,3%; trastornos afectivos 8,1% (6,9% presentó depresión mayor); trastorno explosivo intermitente 5,7%; déficit atencional en adultos 2,2%; Psicosis no afectiva en un 0,8% (Alvarado, R.; Fritsch, R.; Priebe, S., 2013).

Álvarez (2017) realizó un estudio acerca de la "prevalecía de enfermedad mental en relación a delitos contra libertad sexual y reproductiva". La población del estudio fue de 264 participantes, el 98,5% eran hombre y un 1,5% eran mujeres, los resultados muestra que un 42,8% presentan enfermedades mentales. Entre las enfermedades mentales, las más frecuentes son el uso de sustancias psicoactivas con 18,1%; en segundo lugar están los trastornos de personalidad y el comportamiento debido a enfermedad, lesión o disfunción cerebral con el 7,6%; retardo mental con 5,3%; los trastornos Psicóticos con 5,3%; los trastornos afectivos tienen un 2,3%; finalmente los trastornos de la inclinación sexual el 0,8%.

La OMS (2009), refiere que hay niveles altos de uso sustancias, además que existe un porcentaje elevado de mujeres privadas de la libertad, que presentan problemas mentales, como trastorno de Estrés Post-traumático; depresión; ansiedad; fobias; neurosis, conductas de automutilación y suicidas. En Inglaterra y Gales el 90% de las mujeres que se encuentran en prisión tienen un diagnóstico de trastorno mental, uso de substancias o los dos. Según la OMS, 9 de cada 10 mujeres en prisión presentan al menos uno de estos problemas: neurosis; psicosis; trastornos de personalidad; abuso de alcohol; dependencia de drogas.

Un estudio descriptivo y comparativo realizado en ecuador en el 2018, donde se compararon la población normal (84 personas), con una población penitenciaria (101personas). Se observó que la población penitenciaria, presentaba mayores niveles de impulsividad y agresividad. La diferencia de impulsividad y agresividad, entre las mujeres encarceladas y las de la población general oscila entre 0,44 y 1,56, mientras que en los hombres 0,10 y 0,55. En este estudio se usó el MCMI-III (tanto las escalas de personalidad como la de síndromes), en relación a los patrones de personalidad, las puntuaciones más altas, en las diferentes escalas pertenecían a la población penitenciaria.

Destacan los puntajes en relación a la personalidad antisocial con 13,95%; después está la paranoide con 15,73%; esquizoide con 14,37%; agresivo-sádica (16,57%). Entre la muestra de hombres de prisión y los de la población general, hay diferencias en los tipos de personalidad antisocial; compulsiva; agresivo-sádica y depresiva. Mientras que en las mujeres de las dos muestras hay diferencias en todas las sub-escalas de personalidad del MCMI-III, sin embargo, las principales diferencias están en las sub-escalas antisocial; depresiva; esquizoide; paranoide y evitativo. En los síndromes clínicos existe en la población reclusa una diferencia notable, en dependencia de sustancias, dependencia de alcohol; trastorno delirante; depresión mayor; trastorno distímico y trastorno de estréspost-traumático (Molina, V.; Salaberría, K.; Pérez, J., 2018).

Existen también repercusiones del encarcelamiento a largo plazo, tales como, dependencia a la estructura institucional lo que genera disminución en el repertorio de conductas y respuestas al medio en el que se desenvuelve. El encarcelamiento también puede generar conductas de hipervigilancia y desconfianza en los internos, lo que afecta en las relaciones sociales y hace que no puedan establecer relaciones adecuadas y positivas, tanto dentro como fuera de la prisión. Los largos periodos en prisión pueden desarrollar una autoestima y auto concepto negativo. Por otro lado, el cambio de conductas morales y de respeto, pueden ser sustituidas por conductas disóciales o antisociales, este cambio brusco de conductas puede ser traumático y generar conflictos en la personalidad del sujeto. Finalmente el encarcelamiento a largo plazo puede terminar reforzando y profundizando las conductas, creencias, hábitos y valores negativos o antisociales con los que una persona entra al sistema penitenciario (Crespo, 2017).

Otras repercusiones a largo plazo tiene que ver con el ámbito familiar, este daño puede ser irreparable ya que rompe la estructura familiar, hay abandono de los hijos y la pareja puede volver a unir lazos con otra persona, se genera pobreza, incapacidad para satisfacer las necesidades de los hijos y en muchos casos traumas en los más indefensos (Herrera, C.; Expósito, F., 2010).

El ingreso a la cárcel puede dividirse en 3 etapas, la primera que consiste en un proceso de adaptación, donde se observa conductas ansiosas y de inestabilidad afectiva, una segunda etapa con el paso del tiempo y una falta de adaptación, puede dar lugar a desórdenes de conducta y deterioro afectivo depresivo. Una tercera etapa se da con el paso del tiempo en la prisión y puede generar una patología mental severa, brotes psicóticos, trastornos afectivos severos, trastornos de ansiedad, esquizofrenia y trastornos de conducta o de personalidad (Arroyo, J.M.; Ortega, E., 2009).

En un estudio longitudinal y comparativo realizado en Colombia, cuyo objetivo era observar los principales cambios a través del tiempo y ver los factores más determinantes en la adaptación al sistema penitenciario, además de observar como cambiaba la vivencia del encarcelamiento a lo largo del mismo, en lo emocional, cognitivo y cultural. El estudio estaba compuesto por una muestra de 194 internos e internas, 29 mujeres y 13 hombres que estaban internos ya 2 meses y 152 personas que ingresaban a la cárcel por primera vez, a estos dos grupos se aplicó un instrumento y se realizó en dos tiempos, uno a los internos que ya llevaban dos meses en prisión y en el mismo tiempo se iba aplicando el reactivo a las personas que iban llegando al centro de detención. De la muestra total solo 31 respondieron nuevamente una parte de la entrevista luego de dos meses A través de este estudio pudimos observar resultados como la adquisición de una jerga carcelaria a los dos meses de ingreso, para los que respondieron a las dos aplicaciones se observó que con el paso del tiempo tiene dificultad de ajuste a la vida en prisión, conductas hacia la masturbación y mayor conocimiento de la jerga de este ambiente. Las mujeres presentaron un mayor consumo de alcohol, de cigarrillo y drogas además presentaba mayor sintomatología emocional y psicopática, visión del mundo más negativa, menos

locus de control, menos tendencia a la masturbación y mayor tendencia a la homosexualidad (Becerra, S.; Torres, G.; Ruiz, Jose., 2008).

Robins (1978) en una estudio longitudinal con población delictiva juvenil, analizó la evolución de una persona con conductas antisociales o disóciales, lo que estableció fue que : 1) una conducta antisocial adulta requiere una conducta antisocial en edad de la niñez, 2) la mayoría de jóvenes con conductas antisociales no se vuelven antisociales, 3) las conductas antisociales en la infancia son los mejores predictores de esta conducta en la vida adulta, 4) la conducta antisocial adulta es mejor pronosticada en la niñez que por antecedentes familiares, 5) la clase no contribuye mucho a la predicción de conductas psicopáticas en la adultez (Jarn, A.; Talarn, A., 2015).

Finalmente vemos que algunos estudios longitudinales muestran la relación que tienen las conductas delictivas con la influencia de la familia, el consumo de drogas a edad temprana, el fracaso escolar, las variables de personalidad, la influencia de los pares de iguales (Arnoso, 2005).

Conclusión

En este capítulo se mostró el impacto que tiene la privación de la libertad sobre una persona, provocando la ruptura brusca de su rutina, el alejamiento de la familia, la pérdida del derecho de libertad, sometimiento a otros grupos, además puede ser causante de la aparición de diferentes trastornos mentales como ansiedad, depresión, estrés Post-traumático y problemas de conducta o personalidad. Generando inestabilidad emocional y psicológica en las relaciones interpersonales.

También podemos concluir que se requiere de políticas de prevención y promoción de salud mental, de un sistema adecuado de rehabilitación y del cumplimiento de derechos humanos, para mejorar la calidad de vida de los internos y evitar la aparición de enfermedades mentales que puedan causar malestar en la persona y en los demás internos. Para así lograr una rehabilitación y reinserción social adecuada para la mayoría de privados de la libertad.

Capítulo 3

Metodología, análisis e interpretación de los resultados

Introducción

En este tercer capítulo se explica la metodología y el procedimiento, que se llevó acabo para la realización del presente estudio, se realizará el análisis y la interpretación, de los datos obtenidos de la aplicación de los cuestionarios ASR de Achenbach y el SCL 90-R utilizados con el objetivo de identificar la principal sintomatología que presenta la población carcelaria de los pabellones de mediana y mínima seguridad del Centro de Rehabilitación Social de Turi. Siendo el objetivo general del estudio identificar las alteraciones clínicas más frecuentes en personas privadas de la libertad.

3.1 Metodología

La presente investigación es un estudio cuasi-experimental debido a que el evaluador controla la maniobra y su asignación no es hecha al azar, de corte transversal ya que se efectúa una sola medición y no se sigue el fenómeno, propiolectivo debido a que se hace un seguimiento hacia adelante, prospectivo ya que la información es obtenida de fuentes primarias y descriptivo ya que existe un solo grupo de sujetos al comienzo del estudio. Esta investigación se realizó con personas privadas de la libertad de sexo masculino, los grupos fueron divididos en tres grupos de acuerdo a los años de reclusión, para identificar si hay mayor sintomatología mientras mayor es el tiempo de reclusión y según la edad.

3.1.1 Población y muestra

La población de la cárcel de Turi es de 2,432 internos, los cuales están distribuidos entre los diferentes pabellones. Actualmente existen 9 pabellones que se dividen en 2 de máxima seguridad, 3 de mediana seguridad, 2 de mínima seguridad y dos pabellones de mujeres.

La muestra de este estudio, está conformado por 120 personas privadas de la libertad, de las cuales todos los evaluados son hombres y participaron de manera voluntaria. La media de edad fue 36.45 y una desviación estándar de 10.08. Siendo la edad mínima 20 años y la edad máxima 59 años. El 30,8% de la muestra presenta algún tipo de enfermedad o discapacidad.

La muestra se dividió en 3 grupos de cuarenta participantes cada uno, los años de reclusión se dividieron en tres grupos, El primer grupo con tiempo de reclusión de 0-3 años, el segundo grupo de 4-7 años de reclusión y el tercer grupo de 8-11 años de reclusión.

3.1.2 Criterios de inclusión y exclusión de la muestra

Criterios de Inclusión

- Internos que se encuentren en un rango de edad de 18-59 años de edad.
- Que las Personas Adultas en Conflicto con la Ley (P.A.C.L.s) firmen el consentimiento informado y acepten de forma voluntaria su participación en el estudio y la aplicación de los cuestionarios.
- Que los participantes del estudio se encuentren en un rango de encarcelamiento de 0-11 años de reclusión.

Criterio de Exclusión

- Que la persona privada de la libertad sea mayor de 60 años.
- Internos que se encuentren fuera de los pabellones de mediana y mínima seguridad del CRS de Turi.

Tabla 1.Número de internos según los años de reclusión

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	De 1 a 3 años	40	33,3
	De 4 a 7 años	42	35
	De 8 a 11 años	38	31,7
	Total	120	100

Elaborado por: Darwin Castro Quito

3.1.3 Instrumentos

Adult Self Report de Achenbach.

Una de las herramientas para la recolección de datos es el ASR de Achenbach. Este Test está dirigido a personas que se encuentran en un rango de edad, entre los 18 a 59 años. El objetivo del Test es de medir el funcionamiento adaptativo de la persona. A través de diferentes escalas como: 1) funcionamiento adaptativo: escalas de amigos, pareja, familia, trabajo, educación y adaptación al medio, 2) escala de uso de sustancias: tabaco, alcohol y drogas. 3) escala de síndromes: esta se divide en Internalizantes; depresión/ansiedad, aislamiento, quejas somáticas. Externalizantes; conductas agresivas, conducta relacionado con la ruptura de reglas, intrusividad. Hay dos escalas más que también se valoran, problemas de pensamiento y problemas de atención (Achenbach, T.M.; Rescorla, L.A., 2003).

Otra escala elaborada por Achenbach & Rescorla (2003) y usada en el estudio es la escala orientada en el DSM-V; esta escala está compuesta por seis sub-escalas que son:

problemas depresivos, ansiedad, escala somática, problemas de personalidad, problemas de inatención e hiperactividad y personalidad antisocial.

Frente a los ítems se responderá usando el rango de 0 a 2; siendo 0 Falso, 1 a veces verdadero y 2 muy cierto o a menudo cierto. En otras escalas se deberá responder en función de tiempo, como es el ejemplo de algunos ítems de la escala de funcionamiento adaptativo, que se responde con 0 ninguna, 1 una vez, 2 o 3 dos o tres veces, 4 o más. En ocasiones se deberá responder según la opción ya establecida en los ítems, como se puede evidenciar en el ítem de "esposo(a) o pareja", en la cual existen respuestas ya determinadas que se deben escoger según la realidad del sujeto evaluado. Los puntajes T por encima de 75 están en el rango clínico, el rango de 65 a 69 corresponde con un puntaje límite, finalmente los puntajes menores a 64 están en un rango de normalidad.

El Inventario de Síntomas SCL 90-R.

Una segunda herramienta para recolectar datos es el SCL 90-R, este test tiene el objetivo de identificar la sintomatología en adultos. El test cuenta con nueve dimensiones primarias y tres índices globales de malestar psicológico entre estos: 1) somatizaciones, 2) Obsesiones y compulsiones, 3) Sensitividad interpersonal, 4) Depresión, 5) Ansiedad, 6) Hostilidad, 7) Ansiedad Fobica,8) Ideación Paranoide, 9) Psicoticismo. También cuenta con tres índices de malestar psicológicos: 1) Índice global de severidad,2) Total de síntomas positivos, 3) Índice malestar sintomático positivo. El SCL-90-R usa un puntaje de 0 a 4 para cada ítem, relacionando 0 (nada), 1 (muy poco), 2 (Poco), 3 (Bastante), 4 (Mucho), bajo estos parámetros se dará valor a cada ítem y se obtendrá el cálculo de cada escala contenida en el test (Derogatis, 2002).

• Las nueve dimensiones:

- Somatizaciones: evalúa la presencia de malestar relacionado con disfunciones corporales, por ejemplo: cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorios, etc.
- Obsesiones y compulsiones: evalúa la presencia de pensamientos, acciones e impulsos casi imposibles de evitar o son no deseados.
- Sensitividad Interpersonal: evalúa la presencia sentimientos de inferioridad e inadecuación de una persona, sobre todo cuando se compara con los demás.
- Depresión: identifica sintomatología depresiva, estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza, ideaciones suicidas.
- Ansiedad: determina la presencia de síntomas de ansiedad tales como nerviosismo, tensión, ataques de pánico, miedos.
- Hostilidad: presencia de pensamientos, sentimientos y acciones relacionados con afectos negativos de enojo.
- Ansiedad Fóbica: refiere a sensación de miedo (a personas específicas, lugares, objetos, situaciones) que es irracional y desproporcional al estímulo que lo provoca.
- Ideación Paranoide: identifica comportamientos paranoides, pensamiento proyectivo, suspicacia, temor a la pérdida de autonomía.
- Psicoticismo: se refiere a estados de soledad, estilos de vida esquizoide, alucinaciones y control del pensamiento.
 - Índices globales:
- Índice severidad Global: este es un indicador del nivel de severidad del malestar actual en la persona.

- Total de síntomas Positivos: hace referencia a un intento consciente del evaluado de mostrarse mejor de lo que en realidad esta.
- Índice de malestar global Positivo: evalúa si la persona tiene la tendencia a exagerar o minimizar los malestares que padecen.

3.1.4 Procedimiento.

El presente estudio tuvo como primer paso, obtener los permisos necesarios del Centro de Rehabilitación Social de Turi, para esto se presentó a la directora del centro el diseño de tesis aprobado por el consejo de Facultad. Posteriormente los documentos fueron enviados al Ministerio de Justicia, derechos y cultos para su revisión y aprobación. Seguido se adquirieron los instrumentos y se obtuvo los permisos para su aplicación.

Una vez que se obtuvo los permisos pertinentes, se seleccionó a los participantes tomando en cuenta los criterios de inclusión, formando una muestra de 120 individuos y se dividió en tres grupos de 40 PPL. Luego se reunió a los tres grupos en horarios distintos, para explicar la investigación y la forma de llenar los cuestionarios. Enseguida, se inició con la aplicación de los reactivos a los participantes de la muestra. Primero se procedió a firmar el consentimiento informado, para luego, iniciar con la aplicación de los reactivos. La aplicación se la realizó en grupos de 10 personas, empleando un tiempo aproximado de 30 minutos por test.

Ya aplicado los cuestionarios a toda la población, se procedió a calificar cada una de las escalas y a ubicarlas según el grupo al que pertenecían.

3.2 Análisis de resultados

Para la obtención de resultados en este estudio se utilizó el programa SPSS versión 23. Se presenta un análisis descriptivo de los datos, a continuación, tablas de frecuencia de cada una de las escalas, tablas cruzadas de las escalas y su relación con la edad y el tiempo

de reclusión. Además se realizó el análisis de ANOVA para determinar si existe alguna relación estadísticamente significativa entre los años de reclusión y la sintomatología.

Muestra Total
Tabla 2.

Datos socio-demográficos de la muestra

	Datos Socio Demo	gráficos	
Variables	Rango	Frecuencia	%
Edades	20-29	33	27,5
	30-39	49	40,8
	40- 49	19	15,8
	50- 59	19	15,8
	Total	120	100
Estado	Unión libre	52	43,3
civil	Soltero	32	26,7
	Separado	17	14,2
	Divorciado	9	7,5
	Casado	4	3,3
	Viudo	3	2,5
	no contesta	3	2,5
	Total	120	100
Nivel	Primaria	15	12,5
Educativo	incompleta		
	Primaria completa	49	40,8
	Secundaria incompleta	15	12,5
	Secundaria completa	26	21,7
	Terciario completo	2	1,7
	cursos universitarios/no	3	2,5
	titulados		
	no reporta	10	8,3
	Total	120	100

Fuente: Persona privadas de la libertad del centro de Rehabilitación Social de Turi

Elaborado por: Darwin Castro Quito

La tabla 2 muestra los datos socio demográfico de la muestra del estudio, tomando en cuenta variables como la edad, donde observamos que el 27,5% tienen un rango de 20-29 años, 40,8% tienen de 30-39 años, 15,8% de 40-49 años, 15,8% de 50-59 años. Dentro del estado civil el 43,3% son de unión libre, 26,7% son solteros, 14,2% son separados y el 2,5% de participantes no respondieron. El nivel educativo se relaciona con una educación primaria completa en 40,8% siendo el más alto, la secundaria completa 21,7% y la primaria y secundaria incompleta corresponden a un 12,5%, y el 8,3% no respondieron.

Consumo de sustancias: de acuerdo a la información obtenida en el ASR sobre el consumo de sustancias, los informantes reportan que en su totalidad (n=120) tienen un consumo de alcohol y tabaco normal.

Tabla 3.

Nivel de consumo de drogas

	Frecuencia	Porcentaje
Consumo normal/sin consumo	89	74,2
Atención Clínica	31	25,8
Total	120	100

Fuente: Persona privadas de la libertad del centro de Rehabilitación Social de Turi

Elaborado por: Darwin Castro Quito

Por otro lado la tabla 3 muestra que el consumo de drogas total reportan un uso normal del 74,2% y un consumo clínico de 25,8 %.

Tabla 4.

Correlación entre el consumo de sustancias y el cuestionario ASR en la cárcel de Turi

	Correlaciones			
		Consumo de tabaco veces x	Consumo de alcohol	Días de consumo de
		día	en días	Drogas
Consumo de tabaco veces x día	Correlación de Pearson	1	,242**	0,097
	Sig. (unilateral)		0,004	0,145
	N	120	120	120
Consumo de alcohol en días	Correlación de Pearson	,242**	1	,176`
	Sig. (unilateral)	0,004		0,027
	N	120	120	120
Días de consumo de Drogas	Correlación de Pearson	0,097	,176*	1
	Sig. (unilateral)	0,145	0,027	
	N	120	120	120
**. La correlación es significativa en el r	nivel 0,01 (unilateral)	•		
*. La correlación es significativa en el ni	vel 0,05 (unilateral).			

Elaborado por: Darwin Castro Quito

En esta tabla podemos evidenciar una correlación positiva entre el consumo de alcohol y de tabaco y una correlación estadísticamente significativa entre el consumo de drogas y el consumo de alcohol.

Tabla 5.Niveles de adaptación del cuestionario ASR

	ESCALA DE ADAPTACION											
	Amigos		Pare	ja	Fami	lia	Traba	Trabajo		ción		
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
Buena	96	80	3	2,5	110	91,7	3	2,5	66	55		
Mala	24	20	117	97,5	10	8,3	117	97,5	54	45		
Total	120	100	120	100	120	100	120	100	120	100		

Elaborado por: Darwin Castro Quito

A través de esta tabla podemos observar que existe una mala adaptabilidad en la escala de pareja con un porcentaje de 97,5%, mientras que la escala de trabajo tiene una mala adaptación con un porcentaje también de 97,5%. Esto se debe al alejamiento de la pareja por el encarcelamiento, ocasionando también divorcios y a la falta de oportunidades de trabajo y actividades dentro del sistema penitenciario.

Tabla 6.Relación entre la escala de adaptación funcional ASR y los años de reclusión

Escalas de adaptació	Tipo de adaptación	Tiempo de reclusión								
n	_	1-3 aî	ĭos	4-7 a	ños	8-11	años	Total		
		F	%	F	%	F	%	F	%	
Amigos	mala	11	27,5	9	21.4	4	10.5	24	20	
	Buena	29	72,5	33	78,6	34	89,5	96	80	
Pareja	mala	39	37,5	40	35,2	38	100	117	37,5	
	Buena	1	2,5	2	4,8	0	0	3	2,5	
Familia	mala	4	10	4	3,5	2	5,3	10	8,3	
	Buena	36	90	38	90,5	36	94,7	110	91,7	
Trabajo	mala	39	97,5	41	97,6	37	97,4	117	97,5	
	Buena	1	2,5	1	2,4	1	2,6	3	2,5	
Educació	mala	24	60	13	31	17	44	54	45	
n	buena	16	40	29	69	21	55,3	66	55	

Elaborado por: Darwin Castro Quito

La tabla 6 nos muestra un porcentaje alto en mala adaptación de las escalas de pareja y trabajo. En la escala de pareja podemos ver que en el rango de 8 a 11 años de reclusión, existe mala adaptabilidad con una frecuencia de 38 y representa el 100%, seguido por el rango de 1-3 años que representa el 37,5% y en tercer lugar el rango 4-7 años de reclusión con un 35,2%.

Por otro lado en la escala de trabajo también tiene mala adaptabilidad, siendo el rango de 4-7 años de reclusión el porcentaje más elevado de inadaptabilidad con 97,6%, seguido por el rango de 1-3 años con 97,5 y el rango de 8-11 años de reclusión en tercer lugar con 97,4%.

Tabla 7.Niveles de sintomatología de las escalas ASR

Escal	as del Test AS	SR de A	chenbach			
Escala	Normal		Atención Cl	ínica	Total	<u> </u>
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	F	%
Ansiedad	80	66,7	40	33,3	120	100%
Aislamiento	70	58,3	50	41,7	120	100
Quejas Somáticas	70	58,3	50	41,7	120	100
Problemas del pensamiento	73	60,8	47	39,2	120	100
Problemas de Atención	98	81,7	22	18,3	120	100
Comportamiento Agresivo	98	81,7	22	18,3	120	100
Rompimiento de reglas	88	73,3	32	26,7	120	100
Comportamiento Intrusivo	104	86,7	16	13,3	120	100

Elaborado por: Darwin Castro Quito

En la tabla 7 se observa que los resultados más altos están en las escalas de aislamiento y quejas somáticas con un 41,7%, en segundo lugar se encuentra la escala de problemas de pensamiento con 39,2% y en tercer lugar está la escala de ansiedad con 33,3 %.

Tabla 8.

Escalas ASR según los años de reclusión

Escala					Años o				
		1-3	3	4-	7	8-11	•	TOTA	L
		F	%	F	%	F	%	F	%
Ansiedad	Normal	25	62,5	30	71,4	25	65,8	80	66,7
	atención clínica	15	37,5	12	28,6	13	54,6	40	33,3
Aislamiento	Normal	26	65	22	52,4	22	57,9	70	58,3
	atención clínica	14	35	20	47,6	16	42,1	50	41,7
Quejas	Normal	24	60	25	59,5	21	55,3	70	58,3
somáticas									
	atención	16	40	17	40,5	17	44,7	50	41,7
D 11 1	clínica	2.4	60	20		0.1	55.0	70	60.0
Problemas de	Normal	24	60	28	66,7	21	55,3	73	60,8
pensamiento	-4	1.0	40	1.4	22.2	17	447	47	20.2
	atención clínica	16	40	14	33,3	17	44,7	47	39,2
Problemas de	Normal	33	82,5	36	85,7	29	76,3	98	81,7
atención	atención	7	17,5	6	14,3	9	23,7	22	18,3
atención	clínica	,	17,5	U	14,3	,	23,1	22	10,5
Comportamiento	Normal	30	75	35	83,3	33	86,8	98	81,7
agresivo	atención clínica	10	25	7	16,7	5	13,2	22	18,3
Rompimiento de	Normal	26	65	34	81	28	73,7	88	73,3
reglas	Atención clínica	14	35	8	19	10	26,3	32	26,7
Comportamiento	Normal	34	85	37	88,1	33	86,8	104	86,7
Intrusivo	atención clínica	6	15	5	11,9	5	13,2	16	13,3

Esta tabla nos muestra el mayor porcentaje de atención clínica en las escalas aislamiento y quejas somáticas con 41,7%, en segundo lugar la escala de problemas del pensamiento con 39,2 y en tercer lugar la escala de ansiedad con 33,3%. La escala de aislamiento muestra mayor índice de atención clínica, en el rango de 4-7 años de reclusión con 47,6%,

seguido por la el rango de 8-11 años con 42,10% y el rango de 1-3 años con 35%. La escala de quejas somáticas muestra un nivel elevado en primer lugar con el rango de 8-11 años con 44,70%, seguido por el rango de 4-7 años con 40,50% y finalmente el rango de 1-3 años con 40% con respecto a una atención clínica.

La escala de problemas de pensamiento muestra en primer lugar el rango de 8-11 años con mayor porcentaje de atención clínica con 44,7%, seguido del rango de 1-3 años con 40% y el rango de 4-7 años en tercer lugar con 33,30%.

La escala de ansiedad por otro lado tiene mayor porcentaje clínico en el rango de 8-11 años con 54,6%, seguido del rango de 1-3 años con 37,5 % y en tercer lugar el rango de 4-7 años con 28,60%.

Tabla 9.Análisis de Anova entre las escalas ASR y los años de reclusión

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Puntaje T Ansiedad	Entre grupos	303,392	2	151,696	1,951	,147
	Dentro de grupos	9097,399	117	77,756		
	Total	9400,792	119			
Puntaje T Aislamiento	Entre grupos	69,749	2	34,874	,500	,608
	Dentro de grupos	8159,418	117	69,739		
	Total	8229,167	119			
Puntaje T Quejas Somáticas	Entre grupos	233,365	2	116,683	1,282	,281
	Dentro de grupos	10648,102	117	91,009		
	Total	10881,467	119			
Puntajes T prob.PEnsamiento	Entre grupos	259,420	2	129,710	1,266	,286
	Dentro de grupos	11983,572	117	102,424		
	Total	12242,992	119			
Puntajes T prob. Atención	Entre grupos	93,004	2	46,502	,744	,478
	Dentro de grupos	7316,862	117	62,537		
	Total	7409,867	119			
Puntajes T comportamiento	Entre grupos	308,975	2	154,487	1,932	,149
Agresivo	Dentro de grupos	9356,950	117	79,974		
	Total	9665,925	119			
	Entre grupos	309,771	2	154,886	1,963	,145

Puntajes T rompimiento reglas	Dentro de grupos	9233,821	117	78,922		
	Total	9543,592	119			
Puntajes T Escala intrusiva	Entre grupos	36,631	2	18,315	,442	,644
	Dentro de grupos	4843,736	117	41,399		
	Total	4880,367	119			
Puntajes T prob. Inter.	Entre grupos	79,908	2	39,954	,391	,678
	Dentro de grupos	11968,084	117	102,291		
	Total	12047,992	119			
Puntajes T prob. Ext	Entre grupos	272,278	2	136,139	1,135	,325
	Dentro de grupos	14029,022	117	119,906		
	Total	14301,300	119			

El análisis de ANOVA demuestra que no existe ninguna diferencia estadísticamente significativa entre los años de reclusión y las escalas del ASR.

Tabla 10.Escalas ASR según el rango de edad

					Ran	go de	edad				
Escala		20	-29	30	-39	40	-49	50	-59	To	tal
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Ansiedad 33,3%	normal	24	72.7	31	63,3	11	57,9	14	73,7	80	66,7
	Atenció n clínica	9	27,3	18	36,7	8	42,1	5	26,3	40	33,3
Aislamie	Normal	17	51,5	28	57,1	10	52,6	15	78,9	70	58,3
nto 41,7%	Atenció n Clínica	16	48,5	21	42,9	8	47,4	4	21,1	50	41,7
Quejas	Normal	22	66,7	25	51	10	52,6	13	68,4	70	58,3
somática s 41,7%	Atenció n Clínica	11	33,3	24	49	9	47,4	6	31,6	50	41,7
Problem	Normal	18	54,5	30	61,2	11	57,9	14	73,7	73	60,8
as de	Atenció	15	45,5	19	38,8	8	42,1	5	26,3	47	39,2
pensamie nto39,2	n Clínica										
Problem	Normal	30	90,9	38	77,6	15	78,9	15	78,9	98	81,7
as de	Atenció	3	9,1	11	22,4	4	21,2	4	21,1	22	18,3
atención	n		,		ŕ		ŕ		,		,
18,3%	Clínica										
Comport	Normal	28	84,8	39	79,6	14	73,7	17	89,5	98	81,7
amiento agresivo 18,3%	Atenció n Clínica	5	15,2	10	20,4	5	26,3	2	10,5	22	18,3
Rompimi	Normal	21	63,6	34	69,4	14	73,7	19	100	88	73,3
ento de reglas 26,7%	Atenció n	12	36,4	15	30,6	5	26,3	0	0	32	26,7
comporta miento	Clínica Normal	27	81,8	45	91,8	15	78,9	17	89,5	104	86,7
intrusivo 13,3%	Atenció n Clínica	6	18,2	4	8,2	4	21,1	2	10,5	16	13,3
TOTAL ESCALA										120	100

Elaborado por: Darwin Castro Quito

En la tabla 10 podemos observar que según el rango de edad las escalas más altas son la de quejas somáticas y aislamiento con un nivel clínico de 41,7% las dos escalas, en segundo lugar se encuentran la escala de problemas de pensamiento con un porcentaje de 39,2% y en tercer lugar la escala de ansiedad con 33,3%.

la escala de quejas somáticas según el rango edad se encuentra en primer lugar en el rango de 30-39 años con 49%, seguido por el rango de 40-49 años con 47,4%, la escala de aislamiento, tiene el puntaje más alto en el rango de 20-29 años con 48,5%, después el rango de 40-49 con 47,4%.

En segundo lugar se encuentra la escala de problemas de pensamiento con un 39,2%, mostrando el puntaje más alto en el rango de 20-29 años con 45,5%, seguido del rango de 40-49 años con 42,1%.

En tercer lugar se encuentra la escala de ansiedad con 33,3%, siendo el valor más alto el que se observa en el rango de 40-49 años con 42,1%, seguido por el rango de 30-39 años con 36,7%.

Tabla 11.Relación entre las escalas de problemas internalizantes y externalizante del ASR y los años de reclusión.

					· ·	Años de i	reclusión	1	
		1-3	años	4-7 año	os	8-11 aí	ĭos	Total	
		\mathbf{F}	%	\mathbf{F}	%	\mathbf{F}	%	${f F}$	%
Internal izantes	Normal	21	52,5	26	61,9	17	44,7	64	53,3
	Atenció n clínica	19	47,5	16	38,1	21	55,3	56	46,7
Externa	Normal	29	75,2	34	81	29	76,3	92	76,7
lizantes	Atenció n clínica	11	27,5	8	19	9	23,7	28	23,3
Total	Normal	28	70	29	69	24	63,2	81	67,5
de									
proble mas	Atenció n clínica	12	30	13	31	14	36,8	39	32,5

En la tabla 11 se puede observar en primer lugar la escala de problemas internalizantes con un puntaje clínico de 46,7%, seguida por la escala de problemas externalizantes 23,3% y finalmente la escala de total de problemas con un 32,5%.

Tabla 12.

Relación entre las escalas de problemas internalizantes y externalizantes según el rango de edad

Esc	calas		Rango de edad								
		20-29		30-39		40-4	.9	50-59	1		Total
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Inter naliza	Norma l	21	63,6	23	46,9	9	47,4	11	57,9	64	53
ntes 46,7	Atenci ón clínica	12	36,4	26	53,1	10	52,6	8	42,1	56	47
Total										120	100
Exter naliza	Norma l	26	78,8	38	77,6	11	57,9	17	89,5	92	
nte 23,3	Atenci ón clínica	7	21,2	11	22,4	8	42,1	2	10,5	28	
Total										120	100
Total de	Norma l	24	72,7	32	65,3	11	57,9	14	73,7	81	67,5
probl emas 32,5	Atenci ón clínica	9	27,3	17	34,7	8	42,1	5	26,3	39	32,5
Total										120	100

En esta tabla se puede observar una prevalencia de problemas internalizantes con 46,7%, siendo el rango de 30-39 años el de mayor porcentaje clínico con 53,1%, seguido del rango de 40-49 años con 53,6%, el rango de 50-59 años con 42,1% y el rango de 20-29 años con 36,4%. La escala de problemas externalizantes se presenta en un 23,3% siendo el rango de 40-49 años el de mayor nivel clínico con 42,1%, seguido del rango de 30-39 años con 22,4%, el rango de 20-29 con 21,2% y el rango de 50-59 años con 10,5%.

Finalmente la escala de total problemas se presenta en un 32,5% siendo el rango de 40-49 años el más elevado con un 42,1%.

Tabla 13.Frecuencia de las escalas relacionadas al DSM-5

Escalas	DSM-5	F	%
Depresión	Normal	77	64,2
	Atención clínica	43	35.8
Ansiedad	Normal	77	64.2
	Atención clínica	43	35.8
Somatización	Normal	66	55
	Atención Clínica	54	45
Escala de	Normal	92	76.7
personalidad	Atención clínica	28	23.3
Déficit de atención	Normal	96	80
	Atención clínica	24	20
Personalidad	Normal	81	67.5
antisocial	Atención clínica	39	32.5
	TOTAL	120	100

Fuente: Persona privadas de la libertad del centro de Rehabilitación Social de Turi

Elaborado por: Darwin Castro Quito

La tabla de escalas del DSM-V evidencia en primer lugar a la escala de somatización con un mayor índice de atención clínica con 45%, en segundo lugar con el mismo puntaje las escalas de depresión y ansiedad con 35,8% y en tercer lugar con la personalidad antisocial con 32,5%.

Tabla 14.

Relación entre las escalas del DSM-5 y los años de reclusión

Escala DSM-V		1-3 a	ños	4-7 a	ños	8-11	años	Total	
		F	%	F	%	F	%	F	%
Depresió n	Normal	23	57,5	30	71,4	24	63,2	77	64,2
	Atenció	17	42,5	12	28,6	14	36,8	43	35,8
	n clínica								
Ansiedad	Normal	25	62,5	28	66,7	24	63,2	77	64,2
	Atenció	15	37,5	14	33,3	14	36,8	43	35,8
	n clínica								
Escala de	Normal	24	60	25	59,5	17	44,7	66	55
somatizac	Atenció	16	40	17	40,5	21	55,3	54	45
ión	n -14i								
Escala de	clínica Normal	29	72,5	33	78,6	30	78,9	92	76,7
personali	Atenció	11	27,5	9	21,4	8	21,1	28	23,3
dad	n	11	27,5		21,.	Ü	21,1	20	20,0
	clínica								
Déficit de	Normal	31	77,5	37	88,1	28	73,7	96	80
atención	Atenció	9	22,5	5	11,9	10	26,3	24	20
	n clínica								
Personali	Normal	24	60	31	73,8	26	68,4	81	67,5
dad	Atenció	16	40	11	26,2	12	31,6	39	32,5
antisocial	n	10	.0				51,5	27	5 2, 5
	clínica								
Total								120	100%

La tabla 14 muestra resultados elevados en la escala de somatización con 45%, seguido por las escalas de depresión y ansiedad con 35,8% y en tercer lugar la escala de personalidad antisocial con 32,5%. La escala de somatización muestra un mayor nivel de atención clínica en el rango de 8-11 años con 55,3%, seguido por el rango de 4-7 años con 40,5% y el rango de 1-3 años con 40%.

La escala de depresión muestra un 42,5% de nivel clínico en el rango de 1 -3 años, seguido por el rango de 8-11 años con 36,8% y en tercer lugar el rango de 4-7 años con 28,6%. Por otro lado la escala de ansiedad se ve un índice alto durante los primeros años de reclusión 1-3 años con 37,5%, seguido por el rango de 8-11 años con 36,8% y el rango de 4-7 años con 33,3 %.

La escala de personalidad antisocial determina un mayor nivel clínico en el rango de 1-3 años con un 40%, luego se encuentra el rango de 8-11 años con 31,6% y finalmente el rango de 4-7 años con 26,2%.

Tabla 15.

Análisis de Anova entre las escalas DSM-5 y los años de reclusión

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
PunT DepresionDSM	Entre grupos	197,268	2	98,634	0,847	0,431
	Dentro de grupos	13625,324	117	116,456		
	Total	13822,592	119			
Puntajes T Ansiedad DSM	Entre grupos	41,411	2	20,705	0,408	0,666
	Dentro de grupos	5940,181	117	50,771		
	Total	5981,592	119			
Puntajes T somatización DSM	Entre grupos	356,438	2	178,219	1,739	0,18
	Dentro de grupos	11991,153	117	102,488		
	Total	12347,592	119			
Puntajes T personalidad DSM	Entre grupos	48,207	2	24,103	0,376	0,688
	Dentro de grupos	7507,585	117	64,167		
	Total	7555,792	119			
Puntajes T tdah DSM	Entre grupos	304,347	2	152,173	2,563	0,081

	Dentro de grupos	6946,853	117	59,375		
	Total	7251,2	119			
Puntajes T Personalidad	Entre grupos	239,558	2	119,779	1,357	0,261
Antisocial	Dentro de grupos	10326,234	117	88,258		
	Total	10565,792	119			

Elaborado por: Darwin Castro Quito

El análisis de ANOVA demuestra que no existe ninguna diferencia estadísticamente significativa entre los tiempos de reclusión y las escalas del DSM-5.

Tabla 16.Relación de las escalas DSM-5 según el rango de edad

		Ta	bla de	las es	calas D	SM-5	según	el ran	go de e	edad	
Escalas]				Rangos de edad					
		20-29 30-39		9	40-49		50-59		Total		
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Depresión 35,8	Norma l	24	72,7	31	63,3	10	52,6	12	63,2	120	100
	Atenci ón clínica	9	27,3	18	36,7	9	47,4	7	36,8		
Ansiedad 35,8	Norma 1	23	69,7	30	61,2	10	52,6	14	73,7	120	100
ŕ	Atenci ón clínica	10	30,3	19	38,8	9	47,4	5	26,3		
Somatización 45	Norma 1	23	69,7	23	46,9	10	52,6	10	52,6	120	100
	Atenci ón clínica	10	30,3	26	53,1	9	47,4	9	47,4		
Escala de personalidad	Norma 1	27	81,8	35	71,4	14	73,7	16	84,2	120	100
23,3	Atenci ón clínica	6	18,2	14	28,6	5	26,3	3	15,8		
	Norma 1	29	87,9	36	73,5	14	73,7	17	89,5	120	100

Escala déficit	Atenci	4	12,1	13	26,5	5	26,3	2	10,5		
de atención	ón										
20	clínica										
Escala de	Norma	21	63,6	32	65,3	12	63,2	16	84,2	120	100
personalidad	1										
anti-social	Atenci	12	36,4	17	34,7	7	36,8	3	15,8		
32,5	ón										
	clínica										

Elaborado por: Darwin Castro Quito

En esta tabla 16 se encuentra en primer lugar la escala de somatización con 45% siendo el rango de 30-39 años el más alto con 53,1%, seguido del rango de 40-49 y 50-59 años con el mismo porcentaje de 47,4% y el rango de 20-29 años con 30,3%.

En segundo lugar se encuentran la escala de depresión y ansiedad con el mismo puntaje de 35,8%, la escala de depresión muestra un puntaje alto en el rango de 40-49 años con 47,4%, seguido del rango de 50-59 años con 36,8%, el rango de 30-39 años con 36,7% y 20-29 años con 27,3%. Con el mismo porcentaje está la escala de ansiedad con 35,8% siendo el rango de 40-49 años con 47,4% el más alto, seguido del rango de 30-39 años con 38,8%, el rango de 20-29 años con 27,3% y el rango de 50-59 años 26,3%.

En tercer lugar se encuentra la escala de personalidad anti-social con un porcentaje de 32,5%, siendo el rango de 40-49 años el más clínico con 36,8%, seguido del rango de 20-29 años con 36,4% y el rango de 30-39 años con 34,7%.

Tabla 17.Frecuencia de las escalas del SCL 90-R

Tabla	de Frecuen	cia del S(CL-90 R			
	Nori	Normal Ate. Clínica		То	tal	
	F	%	F	%	F	%
Somatización	42	64,6	23	35,4	65	100
Obsesión y compulsión	53	81,5	12	18,5	65	100
Sensitividad	57	87,7	8	12,3	65	100
Depresión	54	83,1	11	16,9	65	100
Ansiedad	57	87,7	8	12,3	65	100
Hostilidad	59	90,8	6	9,2	65	100
Ansiedad Fóbica	53	81,6	12	18,5	65	100
Ideación Paranoide	48	73,8	17	26,2	65	100
Psicoticismo	54	83,1	11	16,9	65	100

En la tabla 17 observamos que los resultados más elevados están en primer lugar con la escala de somatización con 35,4%, seguido de la escala de ideación paranoide con 26,2% y en tercer lugar la escala de obsesión y compulsión y ansiedad fóbica con 18,5%.

Tabla 18.Relación entre las escalas del SCL 90-R y los años de reclusión

Escalas del S	CL 90-R					Añ	os de re	clusión	
			1-3		4-7		8-11	Total	
			años		años		años		
		F	%	F	%	F	%	F	%
Somatización	Normal	15	65,2	10	55,6	17	70,8	42	64,6
	Atención clínica	8	34,8	8	44,4	7	29,2	23	35,4
Obsesiones y	Normal	16	69,6	16	88,9	21	87,5	53	81,5
compulsiones	Atención clínica	7	30,4	2	11,1	3	12,5	12	18,5
Sensitividad	Normal	19	82,6	16	88,9	22	91,7	57	87,7
interpersonal	Atención clínica	4	17,4	2	11,1	2	8,3	8	12,3

Depresión Normal 17 73,9 15 83,3 22 91,7 54 83,1 Atención 6 26,1 3 16,7 2 8,3 11 16,9 clínica Normal 18 78,3 15 83,3 24 100 57 87,7 Atención 5 21,7 3 16,7 0 0 8 12,3 clínica clínica 1<
Ansiedad Normal 18 78,3 15 83,3 24 100 57 87,7 Atención 5 21,7 3 16,7 0 0 8 12,3
Ansiedad Normal 18 78,3 15 83,3 24 100 57 87,7 Atención 5 21,7 3 16,7 0 0 8 12,3
Atención 5 21,7 3 16,7 0 0 8 12,3
, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,
clínica
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
Hostilidad Normal 19 82,6 16 88,9 24 100 59 90,8
Atención 4 17,4 2 11,1 0 0 6 9,2
clínica
Ansiedad Normal 16 69,6 15 83,3 22 91,7 53 81,5
Fóbica Atención 7 30,4 3 16,7 2 8,3 12 18,5
clínica
Ideación Normal 17 13 72,2 18 75 48 73,8
paranoide 73,9
Atención 6 26,1 5 27,8 6 25 17 26,2
clínica
Psicoticismo Normal 16 69,6 15 83,3 23 95,8 54 83,1
Atención 7 30,4 3 16,7 1 4,2 11 16,9
clínica

En la tabla 18 de las escalas del SCL 90-R se observan que la escala de somatización se encuentra en primer lugar de puntajes de atención clínica con 35,4%, en segundo lugar se encuentran la escala de ideación paranoide con 26,2% y las escalas de obsesión y compulsión y ansiedad fóbica con 18,5%.

La escala de somatización tiene mayor nivel clínico en el rango de 4-7 años con 44,4%, seguido por el rango de reclusión de 1-3 años con 34,8% y finalmente el rango de 8-11 años con 29,2%.

La escala de ideación paranoide presenta al rango de 4-7 años con mayor porcentaje clínico con 27,8%, seguido por el rango de 1-3 años con 26,1%, finalmente con 25% de atención clínica está el rango de 8-11 años.

La escala de obsesión y compulsión tiene un 30,4% de nivel de atención clínica en el rango de 1-3 años de reclusión, mientras que la escala de ansiedad fóbica también tiene un porcentaje elevado en el rango de 1-3 años de privación de libertad con 30,4%.

Tabla 19.

Análisis Anova de las escalas SCL 90-R y los años de reclusión

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.	
SCL 90 somatización	Entre grupos	159,238	2	79,619	0,563	0,573
	Dentro de grupos	8771,746	62	141,48		
	Total	8930,985	64			
SCL90 obs- compulsionT	Entre grupos	160,264	2	80,132	0,805	0,452
	Dentro de grupos	6173,951	62	99,58		
	Total	6334,215	64			
SCI 90 SensitividadT	Entre grupos	179,441	2	89,72	1,178	0,315
	Dentro de grupos	4721,697	62	76,156		
	Total	4901,138	64			
SCL 90 Depresión T	Entre grupos	153,259	2	76,629	1,157	0,321
	Dentro de grupos	4106,526	62	66,234		
	Total	4259,785	64			
SCL 90 Ansiedad T	Entre grupos	246,912	2	123,456	1,378	0,26
	Dentro de grupos	5553,026	62	89,565		
	Total	5799,938	64			
SCL 90 Hostilidad T	Entre grupos	317,235	2	158,618	1,069	0,349
	Dentro de grupos	9196,149	62	148,325		
	Total	9513,385	64			

SCL90 Ansiedad	Entre grupos	611,164	2	305,582	1,741	0,184
fobicaT	Dentro de grupos	10885,082	62	175,566		
	Total	11496,246	64			
SCL 90 ideacion	Entre grupos	321,4	2	160,7	1,718	0,188
suicida T	Dentro de grupos	5798,538	62	93,525		
	Total	6119,938	64			
SCL 90 Psicotisimo T	Entre grupos	223,291	2	111,646	1,052	0,355
	Dentro de grupos	6576,771	62	106,077		
	Total	6800,062	64			

El análisis de ANOVA demuestra que no existe ninguna diferencia estadísticamente significativa entre los tiempos de reclusión y las escalas del SCL 90-R.

Tabla 20.Frecuencia de las escalas de severidad

Escalas de severidad	Normal		Atención Clínica		Total	
	F	%	F	%	F	%
Severidad Global	51	78,5	14	21,5	65	100
Malestar	52	80	13	20	65	100
Sintomático						
Total de síntomas	43	66,2	22	33,8	65	100
positivos						

La tabla 20 indica que existe en la categoría de atención clínica un porcentaje de severidad global de 21,5%, en la escala de malestar sintomático un 20% y el total de síntomas positivos representa un 33,8%.

Tabla 21.

Relación entre las escalas de severidad global y los años de reclusión

					Años	de reclusi	ón		
		1-3	años	4-7 a	años	8-11 año	OS	Total	
		\mathbf{F}	%	\mathbf{F}	%	\mathbf{F}	%	F	%
Severidad	Normal	15	68.2	15	83,3	21	87,5	51	79.7
global	Atenció n clínica	7	31.8	4	16.7	3	12,5	14	20,3
	Total	22	100	19	100	24	100	65	100
Malestar									
Sintomátic	Normal	16	69.6	16	88.9	20	83,3	52	80
0	Atenció n clínica	7	30,4	2	11.1	4	16,7	13	20
	Total	23	100	18	100	24	100	65	100
Total de									
síntomas	Normal	14	60.9	10	55,6	19	79,2	43	66.2
positivos	Atenció n clínica	9	39,1	8	44,4	5	20,8	22	33,8
	Total	23	100	18	100	24	100	65	100

Fuente: Persona privadas de la libertad del centro de Rehabilitación Social de Turi

Elaborado por: Darwin Castro Quito

El índice de severidad global se presenta en mayor porcentaje de atención clínica, en el rango de 1-3 años con 31,8%, por otro lado el índice de malestar sintomático se presenta en mayor nivel clínico en el rango de 1-3 años con 30,4%. Finalmente el total de síntomas positivos se presenta en un 44,4% en el rango de 4-7 años de reclusión, siendo estos los resultados más elevados.

Tabla 22.

Relación entre las escalas del SCL 90-R y el rango de edad.

Escala Scl	90 R				I	Rango	s de ed	lad	n=65	5
		20-29 años F	%	30-39 años F	%	40-49 años F	%	50-5 años F	-	Total
Somatización	Normal	12	66,7	16	61,5	6	54,5	8	80	64,6%
	Atención clínica	6	33,3	10	38,5	5	45,5	2	20	35,4%
Obsesión y	Normal	13	72,2	20	76,9	10	90,9	10	100	81,5%
compulsión	Atención clínica	5	27,8	6	23,1	1	9,1	0	0	18,5%
Sensitividad	Normal	16	88,9	22	84,6	10	90,9	9	90	87,7%
interpersonal	Atención clínica	2	11,1	4	15,4	1	9,1	1	10	12,3%
Depresión	Normal	15	83,3	21	80,8	10	90,9	8	80	83,1%
	Atención clínica	3	16,7	5	19,2	1	9,1	2	20	16,9%
Ansiedad	Normal	15	83,3	23	88,5	10	90,9	9	90	87,7%
	Atención clínica	3	16,7	3	11,5	1	9,1	1	10	12,3%
Hostilidad	Normal	16	88,9	24	92,3	10	90,9	9	90	90,8%
	Atención clínica	2	11,1	2	7,7	1	9,1	1	10	9,2%
Ansiedad Fóbica	Normal	16	88,9	21	80,8	9	81,8	7	70	81,5%
robica	Atención clínica	2	11,1	5	19,2	2	18,2	3	30	18,5%
Ideación	Normal	13	72,2	19	73,1	11	100	5	50	73,8%
Paranoide	Atención clínica		ŕ	7	26,9	0	0	5	50	26,2%
Psicoticismo	Normal	14	77,8	23	88,5	9	81,8	8	80	83,1%
	Atención clínica	4	22,2	3	11,5	2	18,2	2	20	16,9%

Fuente: Persona privadas de la libertad del centro de Rehabilitación Social de Turi Elaborado por: Darwin Castro Quito

La tabla de las escalas del SCL 90-R según los rangos de edad nos muestra resultados elevados en la escala de somatización con 45,5% en rango de edad de 40-49 años,

seguido por el rango de 30-39 años con 38,5%, de 20-29 años hay 33,3% con respecto a un nivel de atención clínica.

Dentro de la escala de obsesión y compulsión vemos niveles clínicos en el rango de edad de 20-29 años con 27,8%, seguido por el rango de 30-39 años con 23,1%. La escala de ideación paranoide tiene porcentaje de 27,8% en el rango de 20-29 años y 26,9% en el rango de edad de 30-39 años.

3.3) Discusión

El objetivo de esta investigación fue identificar la sintomatología más frecuente en las personas privadas de la libertad y relacionarla con el tiempo de reclusión y con la edad.

Los resultados indican que el aislamiento, las quejas somáticas, los problemas de pensamiento y la ansiedad son la sintomatología con puntajes más altos del ASR de Achenbach, alcanzando entre 33,3% y 41,7%, en el nivel de atención clínica, en contraste se encuentra Ortiz, Molina, Martínez, Soto & Ticas (1999) quienes en su estudio en personas privadas de la libertad muestran que el consumo de sustancias, la psicosis y el alcoholismo son la problemática más elevada en esta población.

En cuanto al consumo de sustancias dentro del sistema penitenciario se reporta un uso normal tanto para alcohol como tabaco. El consumo de drogas en cambio se encuentra en el rango clínico, sin embargo, el estudio de López, Gonzáles, Villagra, Hoffman & Reinhard (2011) señalan un consumo elevado de alcohol y drogas.

Al revisar las escalas de adaptación encontramos que la muestra de estudio alcanza un porcentaje muy bajo en el área educativa, mientras que el estudio de Chacón & Cueva (2014) determina que el 75,6% de la muestra total está ligado a algún programa educativo.

Mientras que un alto nivel de desadaptación en la escala de pareja, coincide con lo encontrado por en donde el abandono de la pareja influye en la aparición de la ideación e intento suicida.

En las escalas del DSM-5 la sintomatología más frecuente se refiere a las escalas de somatización, depresión, ansiedad y personalidad anti-social, lo que concuerda con lo encontrado por Cajamarca, Triana & Jiménez (2015) quienes determinan una prevalencia alta de ansiedad depresión y problemas de personalidad.

En relación al SCL90-R, la escala de somatización, ideación paranoide, obsesión y compulsión y ansiedad fóbica se encuentran encabezando los resultados clínicos en el presente estudio, lo que coincide con lo encontrado por Novo, Pereira, Vázquez y Amado (2017), ellos señalan puntajes altos en la escala de ideación paranoide, obsesión y compulsión. También Quinteros, Jiménez, Riaño, Zúñiga (2014) concuerda con puntajes elevados en las escalas de obsesión y compulsión.

Conclusiones

Después de analizar los resultados podemos concluir que:

En el desarrollo Biopsicosocial de una persona se dan diferentes transiciones y etapas, en las cuales ocurren sucesos que pueden ser claves para su desarrollo sobre todo en la adolescencia y adultez. Además los diferentes contextos de interacción de este desarrollo, como el familiar o el de pares tendrán gran influencia en la formación de la persona. Los conflictos y contextos del desarrollo pueden influir en una persona y generar conductas delictivas y llevar a un individuo a cometer delitos y actos que repercuten en el encarcelamiento o pérdida de libertad.

Por otro lado podemos ver que el encarcelamiento es un evento que puede generar severas consecuencias físicas y mentales como depresión, ansiedad, estrés y trastornos de personalidad, además de diferentes enfermedades como sida o tuberculosis. Sin embargo la prevención y promoción de salud mental, puede ayudarnos a mejorar la calidad de vida de las personas privadas de la libertad.

Los problemas de adaptación encontrados en las personas privadas de la libertad en la escala ASR son el elevado consumo de drogas y el bajo nivel de adaptación de las escalas de pareja y trabajo.

La sintomatología más frecuente encontrada en el ASR de Achenbach en este estudio en personas privadas de la libertad fue: aislamiento (41,7%), quejas somáticas (41,7%), problemas del pensamiento (39,2%) y ansiedad (33,3%).

En la escala del DSM-5 la principal sintomatología es la somatización (45%), depresión (35,8%), ansiedad (35,8%) y personalidad anti-social (32,5%).

En el SCL 90-R los resultados más relevantes fueron la somatización (35,4%), ideación paranoide (26,2%), obsesión y compulsión (18,5%) y ansiedad fóbica (18,5%).

No se encontraron diferencias significativas en la relación de sintomatología con la edad y con los años de reclusión.

Recomendaciones

Se recomienda realizar estudios longitudinales para observar la evolución sintomática que han tenido después del transcurso de un periodo de tiempo.

Al centro de rehabilitación se invita a tener en cuenta los casos clínicos que aparecen en los resultados, con el objetivo de promover la salud mental y la recuperación de los mismos, además de mejorar la calidad de vida de los privados de libertad.

También se recomienda implementar la utilización de nuevos reactivos de evaluación como el ASR de Achenbach o el SCL 90-R, para lograr una visión más amplia de la condición mental y así mejorar el trabajo con los internos.

Se les recomienda estudiar poblaciones vulnerables para así poder ampliar el campo de conocimiento en personas en condiciones de vulneración.

Bibliografía

- Achenbach, T.M.; Rescorla, L.A. (2003). *Manual for the ASEBA Adult Forms & Profiles*. Burlington: University of Vermont; Research Center for Children, Youth & families.
- Aguilera, J. (2013). Manual de Ciencias del Comportamiento. Cuenca.
- Alegret, P. L. (2009). www.cubaeduca.cu. (E. Cubana, Ed.) Obtenido de http://www.cubaeduca.cu/media/www.cubaeduca.cu/media/pdf/4787.pdf
- Almonte, C.; Montt, E. (2012). *Psicopatología infantil y de la adolescencia*. Santiago de Chile: MEDITERRANEO.
- Alvarado, R.; Fritsch, R.; Priebe, S. (2013). *ACADEMIA*. Recuperado el 16 de Julio de 2019, de https://www.academia.edu/34663806/Prevalencia_de_trastornos_mentales_en_c arceles_chilenas
- American Psychological Assosiation. (2019). *American Psychological Assosiation*. Obtenido de https://www.apa.org/centrodeapoyo/cambie
- Andujar, M. B. (2011). http://repositorio.ual.es. Obtenido de http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/1174/Andujar_Martinez_Maria_ Belen.pdf?sequence=1
- Asociacióm Americana de Psiquiatría. (2014). *DSM-5*. Arlington: Editorial Medica Panamericana.
- Argudo, Z. A. (4 de Marzo de 2013). *Pensamiento Penal*. Obtenido de Pensamiento Penal: http://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2015/01/doctrina40547.pdf
- Arnoso, A. (2005). *Cárcel y trayectorias psicosociales*. Donostia-San Sebastian: Alberdania.
- Arroyo,J.M.;Ortega,E. (2009). Los trastornos de personalidad en reclusos como factor de distorsión del clima social de la prisión. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 11(1). Recuperado el 2019 de Agosto de 2019, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202009000100002
- Asamblea Constituyente . (2008). *Constitución de la Republica de Ecuador*. Quito: Ediciones Legales.
- Asamblea Constituyente. (2008). *Constitución del Ecuador*. Montecristi: Ediciones legales.
- Asociación Española contra el Cáncer. (2010). *Las emociones comprenderlas para vivir mejor*. Madrid. Obtenido de http://sauce.pntic.mec.es/falcon/emociones.pdf

- Ávila, M. (2012). Caracterización de la familia del anciano con deterioro cognitivo. *Revista Cubana de Salud Pública*. Obtenido de SciELO - Scientific Electronic Library Online
- Becerra, S.; Torres, G.; Ruiz, Jose. (2008). Un Estudio Longitudinal y Comparativo sobre la. *Anuario de Psicología Juridica*, 18.
- Berger, K. S. (2009). *Psicología del desarrollo adultez y vejez*. New York: Editorial Medica Panamericana.
- Betancourt, M.; Pavajeau, D.; Nohora, C. (2012). *Inteligencia emocional y educativa*. Bogota: Magisterio.
- Bordignon, N. (2005). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Revista LASALLISTA de investigación*, 2(2)
- Cajamarca, J.E.; Triana, J.J.; Jiménez, W.A. (2015). Los efectos de Prisionalización y su relación con el Trastorno Adaptativo. *1*(2).
- Cala, M. (2013). *edusol.cug.co.cu*. Recuperado el 20 de Junio de 2019, de http://edusol.cug.co.cu/index.php/EduSol/article/view/76/pdf_50
- Chacón,B.;Cueva,M. (2014). Ideación suicida en privados de libertad. *InterSedes: Revista de las Sedes Regionales*, 15(32), 223-248.
- Chávez, H.; Samániego, N.; Aguilar, E. (2017). *Manual de atencion primaria en salud mental*. Obtenido de https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/MANUAL% 20ATENCION% 20PRIMARIA% 20EN% 20SALUD % 20MENTAL.pdf
- Cloninger, S. C. (2003). *Teorias de la Personalidad* . Mexico: PEARSON EDUCACIÓN.
- Colombia, E. c. (s.f.). *Ministerio de salud*. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf
- Cornachione, M. (2006). *Psicología del Desarrollo*. Córdoba: Brujas.
- Crespo, F. (2017). Efectos del encarcelamiento: una revisión de las medidas de prisionización en Venezuela. *Revista Criminalidad*, 59(1). Recuperado el 1 de Agosto de 2019, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-31082017000100077
- Derogatis, L. R. (2002). SCL-90-R. España: TEA Ediciones.
- Ecuavisa. (24 de Abril de 2019). *Ecuavisa*. Obtenido de https://www.ecuavisa.com/articulo/noticias/actualidad/482901-mas-40-mil-personas-carceles-ecuador

- El Comercio. (3 de Mayo de 2019). *El Comercio*. Obtenido de https://www.elcomercio.com/actualidad/hacinamiento-carcel-grave-ecuador-rehabilitacion.html
- El Comercio. (26 de Mayo de 2019). En 10 años el número de presos se triplicó; existen tres razones. *El Comercio*.
- Erikson, E. (1968). *Identidad, juventud y crisis*. Buenos Aires: Editorial Paidos.
- Erikson, E. (1985). El Ciclo Vital Completo. Buenos Aires: PAIDOS.
- Erikson, E.; Erikson, J.M. (2000). El ciclo vital completado. Barcelona: Paidós.
- Fadiman, J., & Frager, R. (2001). *Teorias de la personalidad*. Mexico: Universidad Iberoamericana.
- Falcones, D. A. (2004). *Psicología General*. Quito: Radmandi.
- Forero, C. A. (2016). *Familia y privación de la libertad en colombia*. bogota: Universidad del Rosario.
- Frager,R.;Fadiman,J. (2010). *Teorías de la Personalidad* (Sexta Edición ed.). New Jersey: Pearson Education.
- Freud, S. (2015). El yo y el ello. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S.; Tognola, J.N. (2003). *Sigmund Freud:obras completas*. Madrid: Editorial El ateneo.
- Función Judicial. (2012). *Función Judicial*. Obtenido de http://www.funcionjudicial.gob.ec/www/pdf/concursojuecesnotarios/materialdea poyo/SISTEMA%20%20PENITENCIARIO%20EN%20EL%20ECUADOR%2 0Dr.%20Marco%20Noriega.pdf
- Gaete, V. (2015). Desarrollo Psicosocial del adolescente. *Revista Chilena de Psiquiatria*.
- García, M. R. (2017). *bioinformatica.uab.cat*. Obtenido de http://bioinformatica.uab.cat/base/documents/genetica_gen201617/portfolio/pers onalidad%20y%20genes2017_6_14D2_16_322017_6_16P13_5_43.pdf
- Ghezzi, M.; Mella, M.C. (2015). Influencia de la variable nivel sociocultural en el uso de las formas de tratamiento. *Revistas científica de la universidad de Cadiz*.
- Gómez, D. V. (2015). *Pensamiento Penal*. Obtenido de http://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2016/04/doctrina43234.pdf
- González, J.; Cuéllar, A.; Serra, E. (2009). El desarrollo de la identidad en la adolescencia y adultez emergente: una comparación de la identidad global frente a la identidad en dominios específicos. *Anales de psicología*, 25(2).

- Gonzales, J.; Montalvan, A.; Valarezo, P. (2010). Centro de rehabilitación social de varones para la ciudad de Cuenca. Obtenido de http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/557
- Greenberg, L. (2000). *Emociones: una guia interna*. Bilbao: DESCLÉE DE BROUWER, S.A.
- Henao,S.; Quintero,S.; Echeverri,J.; Hernández,J.; Rivera,E. (2016). Políticas públicas vigentes de salud mental en Suramérica: un estado del arte. *Revista Facultad nacional de salud pública*, *34*(2). Recuperado el 18 de Julio de 2019, de http://www.redalyc.org/pdf/120/12045638007.pdf
- Hernández, R. (2012). *Ciencia Jurídica:*. Obtenido De Http://Www.Cienciajuridica.Ugto.Mx/Index.Php/CJ/Article/View/60/59
- Herrera, C.; Expósito, F. (2010). Una Vida Entre Rejas: Aspectos Psicosociales De La Encarcelación y Diferencias de Género. *Psychosocial Intervention*, 19(3). Recuperado el 1 de Agosto de 2019, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592010000300004
- Huertas, N. L. (17 de 10 de 2016). *GOMERAS: salud, historia, cultura y pensamiento*. Recuperado el 1 de 7 de 2019, de http://index-f.com/gomeres/?p=1990
- INEC. (2011). ecuadorencifras.gob.ec. Obtenido de http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Encuesta_Estratificacion_Nivel_Socioeconomico/111 220_NSE_Presentacion.pdf
- Jarn, A.; Talarn, A. (2015). *Manual de Psicopatología Clínica*. Barcelona: Herder Editorial.
- Jimenez, L. (2018). *unioviedo*. Obtenido de https://www.unioviedo.es/psiquiatria/wp-content/uploads/2017/01/Psicolog%C3%ADa-evolutiva.-Infancia-y-adolescencia.pdf
- Jiménez,G. (2012). *Teorías del Desarrollo III*. Tlalnepantla: RED TERCER MILENIO S.C.
- Kohlberg, L. (1992). *Psicología Del Desarrollo Moral*. Bilbao: DESCLEE DE BROUWER.
- Linares, A.R. (2008). *paidopsiquitría*. Obtenido de http://www.paidopsiquiatria.cat/archivos/teorias_desarrollo_cognitivo_07-09_m1.pdf
- Lopez,M.;González,A.;Villagra,P.;Hoffman,S.; Reinhard,I. (2011). PATOLOGÍA DUAL Y TRASTORNOS MENTALES EN RECLUSOS CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 16*(2).

- Losada, M. L. (2015). *Fundamentos de Psicología*. Madrid: Editorial Medica Panamericana.
- Mansilla, M. E. (2000). ETAPAS DEL DESARROLLO HUMANO. *Revista de Investigación en Psicología, 3*(2). Recuperado el 23 de Julio de 2019, de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v03_n2/pdf/a08 v3n2.pdf
- Manzano, E. V. (15 de Octubre de 2016). Los mas pobres, la causa principal de la delicuencia: el bajo nivel educativo. *El Telégrafo*.
- Martins, A.; Alves, A. (2015). The factorial stucture of cognitive abilities in childhood. *European Journal of Education and Psychology*, 8.
- Mebarak, M.; Castro, A.; Salamanca, M.; Quintero, M. (2009). Salud mental: un abordaje desde la perspectiva actual de la psicología de la salud. Barranquila.
- Ministerio de Justicia, derecho humanos y cultos. (2019). *Ministerio de Justicia*. Obtenido de https://www.justicia.gob.ec/
- Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y cultos. (5 de Enero de 2015). *Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y cultos*. Obtenido de https://www.justicia.gob.ec/?s=Ledy+Z%C3%BA%C3%B1iga%3A+El+2014+f ue+el+a%C3%B1o+de+la+transformaci%C3%B3n+penitenciaria
- Ministerio del Interior. (2017). *La estancia en prisión: consecuencia y reincidencia*. Madrid: Ministerio del Interior Secretaría General Técnica.
- Ministerio del Interior. (2019). *Ministerio del Interior*. Obtenido de https://www.ministeriointerior.gob.ec/el-ministerio/
- Minuchin, S.; Fishman, C. (2004). *Tecnicas de Terapia Familiar* (primera ed.). Buenos Aires: Paidós.
- Molina, V.; Salaberría, K.; Pérez, J. (2018). La Personalidad en Población Carcelaria: un Estudio Comparativo en Ecuador. *Anuario de Psicología Jurídica*.
- Morales,N.;Ruiz,C. (2017). *Consorcio de investigación económica y social*. Obtenido de http://www.cies.org.pe/sites/default/files/investigaciones/determinantes-socioeconomicos-de-la-delincuencia-una-primera-aproximacion-al-problema-anivel-provincial.pdf
- Moreno, C.A.; Mellizo, L.F. (2006). Familias de internos e internas de cárceles: Una revisión de la literatura. III Congreso Latinoamericano Virtual de Psicología Jurídica y Forenses.
- Morris, C.; Maisto, A. (2011). Psicología. Mexico: PEARSON.
- Mussen,P.;Rosenzweig,M. (1984). *Introducción a la Psicología*. Mexico: CONTINENTAL.
- Naciones Unidas. (2004). Los Derechos Humanos y las prisiones. New York.

- Naciones Unidas. (2019). *Naciones Unidas*. Obtenido de https://www.un.org/es/sections/issues-depth/human-rights/index.html
- Novo,M.;Pereira,A.; Vazquez,M.J.;Amado,Bárbara. (2017). ADAPTACIÓN A LA PRISIÓN Y AJUSTE PSICOLÓGICO EN UNA MUESTRA DE INTERNOS EN CENTROS PENITENCIARIOS. *ACCIÓN PSICOLÓGICA*, *14*(2).
- OMS. (1986). CARTA DE OTTAWA PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD. Ottawa.
- OMS. (1997). Declaración de Yakarta sobre la promoción de salud en el siglo XXI. Cuarta Conferencia Internacional sobre la promoción de salud. Yakarta.
- OMS. (2004). Promoción de la salud mental. Ginebra.
- OMS. (2009). *Women's health in prision*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe .
- OMS. (30 de Marzo de 2018). *Organización Mundial de la salud*. Obtenido de https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response
- Organizacióm Mundial de la Salud. (1998). *Informe sobre la salud mental en el mundo*. Ginebra.
- Organizacióm Mundial de la Salud. (2001). *Informe sobre la salud mental en el mundo*. Ginebra: Organización mundial de la salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). Fortaleciendo la promoción de la salud mental. Ginebra.
- Organización Panamericana de la salud. (2013). Salud Mental guia del promotor comunitario. Mexico-EEUU.
- Ortiz, R.I.;Molina,G.;Martinez,G.;Soto,R.;Ticas,A. (1999). PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES EN PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD. *REV MED POST UNAH*, *4*(2).
- Osorio, J. G. (24 de Abril de 2010). Educación y delicuencia juvenil. *La Nación*.
- Páez, P. M. (2019). *Derecho Ecuador*. Obtenido de https://www.derechoecuador.com/sistema-penitenciario
- Papalia, D.E.; Duskin, R.; Martorell, G. (2012). *Desarrollo Humano*. Mexico DF: McGraw Hill.
- Pérez, B. L. (2008). Educacion emocional en adultos y personas mayores . *Revista electronica de investigacion Psicoeducativa*, 22.
- Perez, S.; Aliño, M. (1999). Manual de practicas clinicas para la atención integral a la salud en la adolescencia. Habana, Cuba: Minsap. Recuperado el 6 de marzo de 2019

- Pondé,M.P.;Freire,A.C.;Mendonca,M.S. (2011). The Prevalence of Mental Disordersin Prisoners in the City of Salvador,Bahia, Brazil*. *Journal of Forensic Sciences*, 56(3).
- Quintero, J.C.; Jiménez, J.R.; Riaño, M.I.; Zuñiga, I.A. (2015). Sintomatología psicológica en población reclusa del establecimiento carcelario de Bogotá. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología l*.
- Ramírez, Y.; Torres, D.; Amor, V. (2016). Contribución única de la inteligencia fluida y cristalizada en el rendimiento académico. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 5.
- Riso, D. R. (1993). *Tipos de personalidad: El eneagramapara descubrirse a sí mismo*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Rohner, R. (1984). Handbook for the study of parental acceptance and rejection. .
- Ruiz, J. I. (2007). Sintomas psicológicos, clima emocional, cultura y factores psicosociales en el medio penitenciario. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(3).
- Salazar, R. (2015). Deserción Escolar y menor infractor. Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento de la U.A.C.J.S, 32.
- Samuelson, P.; Nordhaus, W. (2013). Economía. McGraw-Hill.
- Sanchez, M.D.; Stemberg, R.J. (1991). La teoría triarquica de la inteligencia: un modelo que ayuda a entender la naturaleza del retraso mental. *Revista Interuniversitaria de formación del Profesorado*(11).
- Sandtrock, J. (2003). *Psicología del desarrollo en la adolescencia*. Madrid: McGraw Hill.
- Satir, V. (2002). *Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar*. Mexico DF: Pax México.
- Servivio de Contratación de Obras. (20 de Noviembre de 2014). *Servivio de contratación de obras*. Obtenido de https://www.contratacionobras.gob.ec/elcentro-de-rehabilitacion-social-turi-en-funcionamiento/#
- Stemberg, R. J. (1985). *Beyond IQ : a Triarchic Theory of human intelligence*. New York: Cambridge Unoversity.
- UNICEF. (2002). *Adolescencia una etapa fundamental*. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas.
- Unicef. (2006). Convención sobre los derechos de niño. Madrid: Nuevo Siglo.
- Universidad Santo Tomás: Facultad de Derecho. (2009). Principia Iuris. *Revista de Derecho*, *12*. Obtenido de http://revistas.ustatunja.edu.co/index.php/piuris/article/view/398/538

- Uriarte, J. d. (2005). EN LA TRANSICIÓN A LA EDAD ADULTA. LOS ADULTOS EMERGENTES. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 15.
- Vignolo, J. (2011). *Scientific Electronic Library Online*. Obtenido de http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf
- Yossifoff, C. A. (2006). Fundación de Investigaciones Sociales A.C.
- Zabala, C. (2016). PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES EN PRISIÓN: ANALISIS DE LA RELACIÓN CON DÉLITOS Y REINCIDENCIA. Madrid: Ministerio del Interior Secretaría General Técnica.
- Zabala, Segura, Maestre, Martinez, Rodríguez, Romero, & M.Rodríguez. (2016).

 Prevalencia de trastorno mental y factores de riesgo asociados en tres prisiones de España. *Revista Española de Sanidad Penintenciaria*.

Anexos

Anexo 1: Escala de correlación DMS-5 Y SCL90-R

								SCL	SCL	
					SCL	SCL	SCL	90	90	SCL
			SCL90		90	90	90	Ansi	idea	90
		SCL 90	obs-	SC1 90	Depr	Ansi	Hosti	edad	cion	Psicot
		somatiz	compu	Sensiti	esión	edad	lidad	fóbic	suici	isimo
		acionT	lsionT	vidadT	T	T	T	a	da T	T
PunT Depresi onDSM	Correl ación de Pears	,447**	,502**	,347**	,428*	,459*	,507**	,177	,191	,520**
	on Sig. (bilate ral) N	,000 65	,000 65	,005 65	,000 65	,000 65	,000 65	,159 65		,000 65
Puntajes T Ansieda d DSM	Correl ación de Pears on	,319**	,225	,070	,340*	,295*	,230	,234	,116	,257*

	Sig. (bilate	,010	,071	,578	,006	,017	,066	,061	,357	,039
	ral)	,	,	,	,	, -	,	,	,	,
	N	65	65	65	65	65	65	65	65	65
Puntajes T somatiz ación	Correl ación de Pears	,668**	,336**	,121	,313*	,462*	,261*	,143	,015	,396**
DSM	on Sig. (bilate	,000,	,006	,339	,011	,000	,036	,255	,904	,001
	ral)	,			ŕ					
	N	65	65	65	65	65	65	65	65	65
Puntajes T personal idad DSM	Correl ación de Pears on	,351**	,363**	,315*	,392*	,275*	,388*	,183	,152	,461**
	Sig. (bilate ral)	,004	,003	,011	,001	,027	,001	,146	,227	,000
	N	65	65	65	65	65	65	65	65	65
Puntajes T tdah DSM	Correl ación de Pears on	,316*	,389**	,307*	,361*	,377*	,484*	,212	,265	,450**
	Sig. (bilate ral)	,010	,001	,013	,003	,002	,000	,090	,033	,000
	N	65	65	65	65	65	65	65	65	65
Puntajes T Personal idad Antisoci	Correl ación de Pears on			,311*						
al	Sig. (bilate ral)	,001	,000	,012	,000	,000	,000	,024	,008	,000
	N	65	65	65	65	65	65	65	65	65

AUTO REPORTE DEL COMPORTAMIENTO DE ADULTOS 18 A 59 AÑOS (ASR)

					Para llenar en la Or	ficina ID#
SU NOMBRI COMPLETO		Segundo nombre	Apellidos	trabajan maestro e el ejércit titulo rec	de escuela, ama de casa, o o, estudiante (indique lo ibirá).	usive si ahora no está ue, por ejemplo: mecánico, obrero, zapatero, sargento en que está estudiando y que
SU SEXO Masculi		GRUPO ÉTNIC	00	Su trabajo Trabajo d	o: le su cónyuge o pareja:	
FECHA DE		SU FECHA DE NA		☐ 1. No preparat	VOR, INDIQUE SU NIV o tengo diploma de oria/escuela superior ni	☐ 6. Licenciatura/ Bachillerato o titulo de
aunque ust su opinión pregunta. adicionales	complete este cues ed piense que otras i. No necesita tor Siéntase en la li ESE DE CONTESTAR	personas no están o nar mucho tiemp bertad de escribi	de acuerdo con o en ninguna r comentarios	Diplom ☐ 3. Gr preparat ☐ 4. Cu	neral Equivalency a (GED) aduado de oria/escuela superior rsos universitarios pero do/diploma ociado	enfermería 7. Cursos de posgrado pero no titulado/diploma 8. Maestria 9. Doctorado Otra educación:
B. 2	Aproximadamente ☐ Ninguna Aproximadamente contacto en persona, ☐ Ninguna Qué tan bien se llev ☐ No muy bien	□ 1 cuántas veces al me por teléfono, corre □ 1 o 2 //a usted con sus am □ Promedio	□ 2 o 3 es tiene usted co espondencia, o p □ 3 o 4 istades cercanas □ Más arr promedio	ntacto con or correo o ? riba del	□ 5 o más de 5 □ Bastante más arri	es cercanas? (Incluya
Б. і	Aproximadamente Ninguna		□ 3 o 4	us amistac	□ 5 o más de 5	
	rUGE O PAREJA: su estado civil?	□ Nunca he est			☐ Casado(a) pero sep ☐ Divorciado(a)	arado de mi cónyuge
		☐ Unión de hec ☐ Viudo(a)		yugc	Otro – Por favor, d	escriba:
□ No -	ier momento <mark>en los</mark> por favor pase a la laga un circulo en 0	página 2.			ge o pareja? bir su relación durante lo	s últimos 6 meses:
	= No es cierto	1 = EN	CIERTA MANER	A, ALGUNA	AS VECES 2 = MUY CI	IERTO O CIERTO A MENUDO
0 1 2 1	A. Me llevo bien co B. Nos cuesta trabaj compartir respon Me siento satisfe Mi cónyuge o pa actividades parec	o a mi cónyuge o p sabilidades cho (a) con mi cóny reja y yo disfrutam	vareja y a mi vuge o pareja	0 1 2 0 1 2	sobre asuntos de la car F.Tengo problemas con la pareja	a familia de mi cónyuge o tades de mi cónyuge o pareja

Copyright 2003 T. Achenbach ASEBA, University of Vermont 1 South Prospect St., Burlington, VT 05401-3456 www.ASEBA.org

Asegürese de haber contestado todas las preguntas, Entonces pase a la siguiente página.

LA LEY PROHIBE LA REPRODUCCIÓN NO AUTORIZADA.

Página 1

III. FAMILIA: Comparando con los demás, qué tan bien se lleva usted con:		Peor que el promedio	Varia o promedi	Mejor que el promedio	No hay contacto
A. : sus hermanos?	☐ No tengo hermanos		0		
B. ¿ sus hermanas?	☐ No tengo hermanas				
C. ¿ su madre?	☐ Madre ya falleció				
D. ¿ su padre?	☐ Padre ya falleció				
E ¿ sus hijos(as) biológicos o adoptados?	☐ No tengo hijos(as)				
1. Hijo(a) mayor	☐ No se aplica				
Segundo hijo(a)	☐ No se aplica				
Tercer hijo(a)	☐ No se aplica				
4. Otros hijos	□ No se aplica				
F ¿ sus hijastros(as)?	□ No tengo hijastros(as)				
Haga un circulo en 0, 1 o 2 enseguid 0 = NO ES CIERTO	1 = EN CIERTA MANERA				
0 1 2 A. Trabajo bien con los de	mas	1 2 F. Hago cos	sas que puede	n causar que piere	la el
0 1 2 B. Me cuesta trabajo lleva	rme bien con mis jefes	trabajo	1/3/3	V24 12	
0 1 2 C. Hago bien mi trabajo	**************************************	1 2 G. Falto al	trabajo aunqu	e no esté enfermo	o de
0 1 2 D. Me cuesta mucho termi	nar mi trabajo	vacacio	777		
0 1 2 E. Estoy satisfecho(a) con	mi cituación laboral	1 2 H. Mi traba			
		1 2 I. Me pro			
V. EDUCACIÓN: En cualquier o otro programa educativo o de capa □ No – Por favor pase a la Secci □ Si – ¿qué tipo de escuela o prog ¿En qué título o diploma está inten ¿ Concentración/plan de estudio (to ¿Cuándo espera graduarse?	citación? ión VI. rama?	meses, ¿asistio ustr	ed a ta escue	ia, universidad,	o a cuaiquier
Haga un círculo en 0, 1 o 2 enseguid	a de las letras A-E para des	scribir su experienci	a educativa		mos 6 meses:
0 = NO ES CIERTO	1 = EN CIERTA MANER	L ALGUNAS VECES	2 = MUV	CIERTO O CIER	TO A MENUDO
0 = NO ES CIERTO 0 1 2 A. Me llevo bien con otros	1 = EN CIERTA MANERA estudiantes				
	estudiantes		tisfecho con r	ni situación educa	itiva
0 1 2 A. Me llevo bien con otros	estudiantes de conseguir	1 2 D. Estoy sa	tisfecho con r	ni situación educa	itiva
0 1 2 A. Me llevo bien con otros 0 1 2 B. Logro lo que soy capaz o	estudiantes de conseguir ar mis tareas mpedimento, o discapacio	1 2 D. Estoy sa 1 2 E. Hago co.	tisfecho con r sas que puede Sí – Por fav	ni situación educa n hacer que fraca or describa:	stiva sc
0 1 2 A. Mc llevo bien con otros 0 1 2 B. Logro lo que soy capaz c 0 1 2 C. Mc cuesta trabajo termin VI. ¿Tiene alguna enfermedad, in VII. Por favor describa sus inqui	estudiantes de conseguir ar mis tareas mpedimento, o discapacio	1 2 D. Estoy sa 1 2 E. Hago co.	tisfecho con r sas que puede Sí – Por fav	ni situación educa n hacer que fraca or describa:	stiva se
0 1 2 A. Mc llevo bien con otros 0 1 2 B. Logro lo que soy capaz c 0 1 2 C. Mc cuesta trabajo termin VI. ¿Tiene alguna enfermedad, in VII. Por favor describa sus inqui	estudiantes de conseguir ar mis tareas mpedimento, o discapacio etudes o preocupaciones	1 2 D. Estoy sa 1 2 E. Hago co.	tisfecho con r sas que puede Sí – Por fav	ni situación educa n hacer que fraca or describa:	stiva se

Página 2 Asegúrese de haber contestado todas las preguntas

IX. A continuación hay una lista de frases que describen a las personas. Para cada frase, por favor haga un círculo en 0, 1, or 2 para describirse a si mismo en los últimos 6 meses. Por favor conteste todas las preguntas tan bien como pueda, aunque parezca que algunas no se aplican a usted.

						97150	20.00	onemes.	
0	1	2		Soy demasiado olvidadizo(a)	0	1	2	35.	Me siento inferior o creo que no valgo
0	1			Aprovecho bien mis oportunidades	(E)				nada
0	1	2	3.	Discuto mucho	θ	1	2	36.	Me lastimo accidentalmente con mucha
0	1	2	4.	Trabajo a mi máxima capacidad					frecuencia, soy propenso(a) a accidentes
0	1	2	5.	Culpo a otros por mis problemas	0	1	2	37.	Me meto mucho en peleas
0	1	2	6.	Uso drogas sin motivo médico (no incluya	0	1	2	38.	Mi relación con mis vecinos es mala.
				alcohol o tabaco) (describa)	0	1	2	39.	Me junto con gente que se mete en problemas
0	1	2	7.	Soy engreido o presumido(a)	0	1	2	40.	Oigo sonidos o voces que otros creen que
0	1	2	8.	No puedo concentrarme o prestar atención por mucho tiempo	1000				no existen (describa)
0	1	2	9.	No puedo sacarme de la mente ciertos	0	1	2	41.	Soy impulsivo(a); actúo sin pensar
				pensamientos, obsesiones (describa)	0	1	2	42.	Prefiero más estar solo(a) que con otras personas
0	1	2	10.	No puedo quedarme quieto(a); soy inquieto	0	1	2	43.	Digo mentiras o hago trampa
				(a) o hiperactivo (a)	0	1	2	44.	Me siento abrumado(a) con mis
0	1	2	11.	Dependo demasiado de otros	1557				responsabilidades
0	1	2	12.	Me siento solo(a)	0	1	2	45.	Soy nervioso(a), o tenso(a)
0	1	2	13.	Me siento confundido(a)	0	1	2	46.	Tengo movimientos involuntarios o ties
0	1	2	14.	Lloro mucho					(describa)
0	1	2	15.	Soy muy honesto(a)					
0	1	2	16.	Soy malo(a) con los demás	θ	1	2	47.	Me falta confianza en mí mismo(a)
0	1	2	17.	Sueño despierto(a); me pierdo en mis propios pensamientos	3		2		No le caigo bien a los demás
0	1	2	18.	Me hago daño a mí mismo(a) a propósito o he intentado suicidarme		1			Puedo hacer ciertas cosas mejor que los demás
0	1	2	19.	Exijo mucha atención	0	1	2	50.	Soy demasiado miedoso(a) o ansioso(a)
0	1	2		Destruyo mis propias cosas	0	1	2	51.	Me siento mareado(a)
0	1	2		Destruyo las cosas de otras personas	0	1	2		Me siento demasiado culpable
0	1	2		Me preocupo por mi futuro					•
0	1	2		Rompo las reglas en el trabajo o en otros	0		2		Me cuesta trabajo planear mi futuro
0	1	2		lados No como tan bien como debería	θ		2		Me siento demasiado cansado(a) sin razón para estarlo
0	1	2		No me llevo bien con los demás	0	1	2		Mi humor cambia entre euforia y depresión
0	1	2		No me siento culpable después de haber hecho mal	0	1	2		Problemas físicos sin causa médica: Dolores o molestias (sin que sean del
n		2	27	Me pongo celoso (a) fácilmente		•	-	2.00	estómago o dolores de cabeza)
0	i	2		Me llevo mal con mi familia	0	1	2	56h	Dolores de cabeza
0	-	2		Me dan miedo ciertas situaciones, animales	-				KONNERS MONTO
•		-		o lugares (describa)	0	1	2	56c	. Náuscas
0	1	2	30	Mis relaciones con personas del sexo	0	1	2	56d	. Problemas con los ojos (no incluya si corregido con lentes/espejuelos) (describa)
**	*	7	4000	opuesto son malas	Œ				
0	1	2	31	Tengo miedo de que pueda pensar o hacer		1			. Me da salpullido o irritación en la piel
	*	-	-58.	algo malo		-	2		Dolores de estómago/barriga o retortijones
n		2	32	Siento como que tengo que ser perfecto(a)	100	1		56g	. Vómito
0	,	2		Siento como que tengo que ser perfecto(a) Siento como que nadie me quiere	0	1	2	56h	. Palpitaciones aceleradas
0	1	2		Siento que los demás quieren perjudicarme	0	1	2	56i.	Adormecimiento o cosquilleo en partes del cuerpo
					0	1	2	57.	Ataco fisicamente a otras personas

Página 3 Asegúrese de haber contestado todas las preguntas

0	1	2	58. Me rasco o me araño la piel u otras partes	0	1	gui 2	91. Pienso en matarme	
72	7.8	-50	del cuerpo (describa)	100	1	100	92. Hago cosas que me pueden causar problemas con la ley (describa)	
0	1	2	59. Dejo sin en terminar lo que empiezo				1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 -	
0	1	2	60. Hay muy pocas cosas que disfruto	0	1	2	93. Hablo demasiado	
				0	1	2	94. Me burlo/molesto mucho a los demás	
0	1	2	 Mi desempeño en el trabajo es bajo 	0	1	2	95. Me dan rabietas o tengo mal genio	
0	1	2	62. Tengo mala coordinación o torpeza	0	1		96. Pienso demasiado en sexo	
0	1	2	63. Prefiero estar con gente mayor que yo, que	0	1	2	97. Amenazo a otros	
			con gente de mi edad	0	1	2	98. Me gusta ayudar a los demás	
0	1	2	64. Me cuesta trabajo poner prioridades	0	1	2	99. No me gusta estar mucho tiempo en e	1
0	1	2	65. Me rehúso a hablar	0			mismo lugar 100. No duermo bien (describa)	
0	1	2	 Repito ciertas acciones una y otra vez (describa) 					-
n		2	67. Me cuesta trabajo hacer o conservar	0	1	2	 Falto al trabajo aunque no esté enferm o de vacaciones 	10(a)
id in			amistades	0	1	2	 Soy poco activo(a), lento(a) o me falta energia 	ā
0	1	2	68. Grito mucho	0	1	2	103. Me siento infeliz, triste o deprimido(a	.)
D	1	2	69. Soy muy reservado(a), me callo todo	0			104. Soy más ruidoso(a) de lo común	
0	1	2	70. Veo cosas que otros creen que no existen	0			105. La gente piensa que soy desorganizad	o(a)
			(describa)	0			106. Trato de ser justo(a) con los demás	0.0
				0			107. Siento que no puedo alcanzar el éxito	
0		2	71. Me cohibo o me avergüenzo con facilidad	0	1	2	108. Pierdo las cosas fácilmente	
		2	72. Me preocupo por mi familia	0	1	2	109. Me gusta intentar cosas nuevas	
0	1	2	 Cumplo con las responsabilidades familiares 	0			110. Desearía ser del sexo opuesto	
0	1	2	 Me gusta llamar la atención o hacerme 	0	1	2	111. Me aíslo, no me relaciono con los den	nás
			el(la) gracioso(a)				112. Me preocupo mucho	
0	1	2	 Soy demasiado tímido(a) 	0	1	2	113. Me preocupan mis relaciones con per-	sona
0	1	2	Mi comportamiento es irresponsable				del sexo opuesto	
0	1	2	 Duermo más que la mayoria de las personas durante el día y/o la noche 	0	1	2	 No pago mis deudas ni me hago cargo responsabilidades financieras 	de
0	1	2	78. Me cuesta trabajo tomar decisiones	0	1	2	115. Me siento intranquilo(a) o inquieto(a)
0	1	2	79. Tengo problemas con el habla (describa)	0	1	2	116. Me altero fácilmente	
0	1	2	80. Defiendo mis derechos	0			 Me cuesta trabajo manejar el dinero o tarjetas de crédito 	las
0	1	2	81. Mi comportamiento cambia mucho	0	1	2	118. Soy demasiado(a) impaciente	
0	1	2	82. Robo	0			119. No soy bueno(a) con los detalles	
0	1	2	83. Me aburro fácilmente	0			120. Manejo/conduzco muy rápido	
0	1	2	84. Hago cosas que otras personas piensan que				121. Usualmente llego tarde a mis comproi	miso
			son extrañas (describa)				122. Se me hace dificil mantener un trabaje	
			CONTRACTOR STANCE AND A SCHOOL CO				123. Soy una persona feliz	
0	1	2	 Tengo ideas que otras personas pensarian que son extrañas (describa) 				los últimos 6 meses, aproximadamente ¿cuánt	tas
							or día consumió tabaco (incluyendo tabaco s	
0	1	2	86. Soy obstinado(a), malhumorado(a) o				veces por día.	
n			irritable	12	25.	En	los últimos 6 meses, ¿cuántos días estuvo	
U	1		 Tengo bruscos cambios de humor o sentimientos 				(a)? días.	
0		2	88. Disfruto estar con gente	12	26.	En	los últimos 6 meses, ¿cuántos días consumi	ó
0	1	2	 Me meto en situaciones sin pensar en los riesgos 	dr	oga	15 5	in razón médica (incluyendo marihuana, coo frogas, sin incluir alcohol o tabaco)?	
-		2	90. Tomo demasiado alcohol o me emborracho	4		-	- p	-

Página 4 Asegúrese de haber contestado todas las preguntas

Anexo 3: Inventario de Síntomas SCL 90-R

SCL-90-R. Adaptación UBA. CONICET, 1999/2004, Prof. M.M. Casullo.

Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Cátedra Prof. M.M. Casullo. 1998. CONICET.

SCL-90-R L. R. Derogatis. Adaptación U.B.A. 1999.

Nombre		Edad	l:	Fecha de hoy:
Marcar con una cruz las opc	ione.	s que correspondan		
Sexo:				
O Mujer O Varó	n			
Educación:				
O Primario incompleto	0	Secundario incompleto	0	Terciario incompleto
O Primario completo	0	Secundario completo	0	Terciario/universitario completo
Estado civil:				
O Soltero	0	Divorciado	0	Viudo/a
O Casado	0	Separado	0	En pareja
Ocupación:				
Lugar de nacimiento:				
Lugar de residencia act	ual:			

A continuación le presentamos una lista de problemas que tiene la gente.

Lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo se sintió, en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante la última semana (7 días).

Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta:

NADA - MUY POCO - POCO - BASTANTE - MUCHO.

No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sinresponder.

- 1.Dolores de cabeza.
- 2. Nerviosismo.
- 3. Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza.
- 4. Sensación de mareo o desmayo.
- 5. Falta de interés en relaciones sexuales.
- 6. Criticar a los demás.

			9	0.5433
epeN	Muy	Poco	Bastante	Mucho
ž	Po	Po	Be	N
85 - V	-	- 8		
o) - (s	Н	- 0		_
-		35	_	_
36 7				
a)—3	Н	-		

SCL-90-R. Adaptación UBA. CONICET. 1999/2004. Prof. M.M. Casullo.

36. Sentir que no me comprenden.

39. Mi corazón late muy fuerte, se acelera.

están bien hechas.

37. Sentir que no caigo bien a la gente, que no les gusto.

38. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro/a de que

- 7. Sentir que otro puede controlar mis pensamientos. 8. Sentir que otros son culpables de lo que me pasa. 9. Tener dificultad para memorizar cosas. 10. Estar preocupado/a por mi falta de ganas para hacer algo. 11. Sentirme enojado/a, malhumorado/a. 12. Dolores en el pecho. 13. Miedo a los espacios abiertos o las calles. 14. Sentirme con muy pocas energías. 15. Pensar en quitarme la vida. 16. Escuchar voces que otras personas no oyen. 17. Temblores en mi cuerpo. 18. Perder la confianza en la mayoría de las personas. 19. No tener ganas de comer. 20. Llorar por cualquier cosa. 21. Sentirme incómodo/a con personas del otro sexo. 22. Sentirmme atrapada/o o encerrado/a. 23. Asustarme de repente sin razón alguna. 24. Explotar y no poder controlarme. 25. Tener miedo a salir solo/a de mi casa. 26. Sentirme culpable por cosas que ocurren. 27.Dolores en la espalda. 28. No poder terminar las cosas que empecé a hacer. 29. Sentirme solo/a. 30. Sentirme triste. 31. Preocuparme demasiado por todo lo que pasa. 32. No tener interés por nada. 33. Tener miedos. 34. Sentirme herido en mis sentimientos. 35. Creer que la gente sabe qué estoy pensando.

SCL-90-R. Adaptación UBA. CONICET. 1999/2004. Prof. M.M. Casullo.

	Nada	Muy	Poco	Bastante	Mucho
40. Náuseas o dolor de estómago.	a) - 3				
41. Sentirme inferior a los demás.					
42. Calambres en manos, brazos o piernas.	90 V		- 5		
43. Sentir que me vigilan o que hablan de mí.	u) (4				
44. Tener problemas para dormirme.					
45. Tener que controlar una o más veces lo que hago.	39 V 30 V	j	- 3		
46. Tener dificultades para tomar decisiones.	0) - (i				
47. Tener miedo de viajar en tren, ómnibus o subterráneos.					
48. Tener dificultades para respirar bien.	39 V	Ĵ			
49. Ataques de frio o de calor.	30 S		- 3		
$50\ {\rm Tener}\ {\rm que}\ {\rm evitar}\ {\rm acercarme}\ {\rm a}\ {\rm algunos}\ {\rm lugares}\ {\rm o}\ {\rm actividades}\ {\rm porque}\ {\rm me}\ {\rm dan}\ {\rm miedo}.$					
51. Sentir que mi mente queda en blanco.	35 V		X X		
52. Hormigueos en alguna parte del cuerpo.					
53. Tener un nudo en la garganta.	60—6 (3				
54. Perder las esperanzas en el futuro.	35 V				
55. Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo.					
56. Sentir flojedad, debilidad, en partes de mi cuerpo.	92 <u> </u>	1	× ×		
57. Sentirme muy nervioso/a, agitado/a	0) (i				
58. Sentir mis brazos y piernas muy pesados					
59. Pensar que me estoy por morir.	90 - 6 20 - 4)	X1 X		
60. Comer demasiado.	a) — 8				
61. Sentirme incómodo/a cuando me miran o hablan de mí.					
62. Tener ideas, pensamientos que no son los míos.	69 V	Ĵ	65 86		
63. Necesitar golpear o lastimar a alguien.	9-8	- 3	313		
64. Despertarme muy temprano por la mañana sin necesidad.					
65. Repetir muchas veces algo que hago: contar, lavarme, tocar cosas.	90 - S				
66. Dormir con problemas, muy inquieto/a.	3-8	- 0	- 3		
67. Necesitar romper o destrozar cosas.	92 <u>-</u> 6	ÿ	×		
68. Tener ideas, pensamientos que los demás no entienden.	07 - 0 07 - 3				
69. Estar muy pendiente de lo que los demás puedan pensar de mí.					
70. Sentirme incómodo/a en lugares donde hay mucha gente.	07 - 0 05 - 3				

71. Sentir que todo me cuesta mucho esfuerzo.

SCL-90-R. Adaptación UBA. CONICET. 1999/2004. Prof. M.M. Casullo.

- 72. Tener ataques de mucho miedo o de pánico.
- 73. Sentirme mal si estoy comiendo o bebiendo en público.
- 74. Meterme muy seguido en discusiones.
- 75. Ponerme nervioso/a cuando estoy solo/a.
- 76. Sentir que los demás no me valoran como merezco.
- 77. Sentirme solo/a aún estando con gente.
- 78. Estar inquieto/a; no poder estar sentado/a sin moverme.
- 79. Sentirme un/a inútil.
- 80. Sentir que algo malo me va a pasar.
- 81. Gritar o tirar cosas.
- 82. Miedo a desmayarme en medio de la gente.
- 83. Sentir que se aprovechan de mi si los dejo.
- 84. Pensar cosas sobre el sexo que me molestan.
- 85. Sentir que debo ser castigado/a por mis pecados.
- 86. Tener imágenes y pensamientos que me dan miedo.
- 87. Sentir que algo anda mal en mi cuerpo.
- 88. Sentirme alejado/a de las demás personas.
- 89. Sentirme culpable.
- 90. Pensar que en mi cabeza hay algo que no funciona bien.

00-6		n) (s	30 S 30 S 48 A	00 (3 08 /3	Nada
Н			- 0		Muy Poco
		- 0			Poco
					Bastante
					Mucho