



Universidad del Azuay

**Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la
Educación.**

Escuela de Psicología Clínica

Prevalencia de los rasgos de personalidad y los síndromes clínicos en los
sujetos internos en el Centro de Rehabilitación Social de Azogues.

Trabajo de titulación previo a la obtención de título de Psicología Clínica

Autora:

María Elisa Delgado Cajamarca.

Director:

Mgts. Mario Eduardo Moyano Moyano.

Cuenca-Ecuador

2021

DEDICATORIA

Los seres humanos compartimos algunos elementos químicos similares a los de las estrellas, somos materia compuesta de polvo espacial, que no se destruye sino se transforma. Que calma saber que te encontrarás en algún lugar del universo por la infinidad. Este logro está dedicado a mi abuela Digna Margarita Cárdenas Reinoso, quien me enseñó el verdadero significado del amor y bondad, te llevo siempre en mi corazón.

María Elisa

AGRADECIMIENTO

A mi madre, Martha, quien ha sido el pilar fundamental en mi vida e inspiración.

A mi mascota y compañero de vida Pepe, por acompañarme incondicionalmente y enseñarme que el amor viene en muchísimas formas.

A mis amigos cercanos, en especial a Kevin Israel González, por compartir conmigo en esta etapa tan importante de mi vida.

También quiero agradecer a todos los docentes a quienes tuve la dicha de conocer, en especial a mi director de tesis y profesor Mgts. Mario Moyano, por su apoyo y la dedicación a su profesión.

Resumen

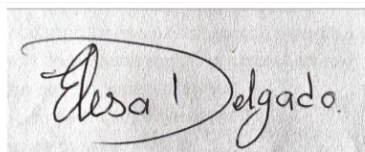
Esta investigación se realizó en el Centro de Rehabilitación Social de Azogues, cuyo objetivo fue identificar las características sociodemográficas, rasgos de personalidad y síndromes clínicos. Se aplicó una encuesta y el inventario de personalidad (PAI), mediante los cuales se obtuvieron los siguientes resultados: internos menores de 37 años, solteros, estudios inferiores al bachillerato, con al menos un hijo. Predomina la personalidad límite (35,1%) y antisocial (32.4%); la depresión (37.8%) y problemas con el alcohol (37.8%). Se evidenció una relación significativa entre la edad y los rasgos de personalidad. Además, la cantidad de hijos, estado civil y tipo de delito influyen con el consumo de drogas.

Palabras claves: Personalidad, síndromes clínicos, prevalencia.

Abstract

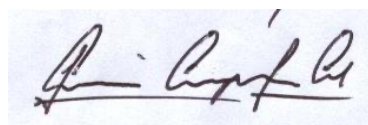
This research took place at the Azogues Social Rehabilitation Center, with the aim of identifying sociodemographic characteristics, personality traits and clinical syndromes. A survey and the personality inventory (PAI) were applied, through which the following results were obtained: inmates under 37 years, single, studies below high school level, with at least one child. The personality disorders that predominate are borderline (35.1%) and antisocial (32.4%); depression (37.8%) and alcohol problems (37.8%) were also found. There is a significant relationship between age and personality traits. Furthermore, the number of children, civil status and type of crime are related drug use.

Keys Words: Personality, clinical syndromes, prevalence.



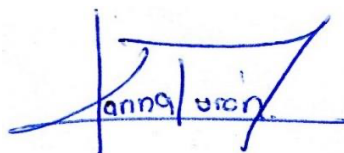
María Elisa Delgado Cajamarca

C.I: 0301957973



Mst. Mario Moyano Moyano

Director de Tesis



Dpto. de idiomas

TABLA DE CONTENIDO

Dedicatoria	II
Agradecimiento.....	III
Resumen	IV
Índice de tablas	VIII
Índice de ilustraciones	IX
Introducción	1
CAPÍTULO I.....	3
Personalidad y Síndromes Clínicos.....	3
Introducción	3
1.1. Personalidad.....	3
1.1.1. Conceptos de Personalidad.....	3
1.1.2. Teorías de la personalidad	4
1.1.3. Personalidad adaptativa y patológica	7
1.1.4. Tipos de Personalidad.....	8
1.2. Síndromes Clínicos	15
1.2.4. Trastornos somatomorfos	15
1.2.5. Trastornos de ansiedad	15
1.2.6. Trastornos depresivos	16
1.2.7. Manía e hipomanía	17
1.2.8. Esquizofrenia	18
1.2.9. Trastorno por consumo de sustancias	19
1.3. Comportamiento delictivo y salud mental.....	20
1.4. Investigaciones sobre personalidad y síndromes clínicos en personas privadas de la libertad.....	22
Conclusiones.....	25
CAPITULO II.....	26
Metodología.....	26
Introducción.....	26
2.1. Enfoque de la investigación	26
2.2. Objetivos.....	26
2.2.1. Objetivo general	26
2.2.2. Objetivos específicos.....	26
2.3. Descripción de la población y la muestra	27
2.4. Descripción de los instrumentos utilizados	27
2.4.1. Descripción del Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI)	27
2.4.2. Ficha sociodemográfica	29
2.5. Procedimiento	29
CAPITULO III	31
Análisis De Resultados	31

Introducción	31
3.1. Características generales de la población.....	32
3.2. Análisis estadístico de los rasgos de personalidad	33
3.2.1. Perfil general.....	33
3.2.2. Categorización	34
3.3. Análisis estadístico de los síndromes clínicos.....	35
3.3.1. Perfil general.....	35
3.3.2. Categorización	36
3.4. Relación entre los rasgos de personalidad y las características sociodemográficas de la población.	37
3.5. Relación entre los síndromes clínicos y las características sociodemográficas de la población.	40
CAPITULO IV.....	47
Discusión.....	47
Conclusiones Generales.....	51
Recomendaciones.....	53
Referencias Bibliográficas	54
Anexos.....	60
Anexo 1. Autorización del Centro de Rehabilitación Social de Azogues.....	60
Anexo 2. Ficha Sociodemográfica	61
Anexo 3. Inventario de personalidad (PAI).....	63

Índice de tablas

Tabla 1 Caracterización de participantes N=37.....	32
Tabla 2 Personalidad y Características sociodemográficas de los pacientes (I)	37
Tabla 3 Personalidad y características sociodemográficas (II).....	39
Tabla 4 Síndromes clínicos y características demográficas (I).....	40
Tabla 5 Síndromes clínicos y características demográficas (II)	41
Tabla 6 Síndromes clínicos y características demográficas (III).....	42
Tabla 7 Síndromes clínicos y características demográficas (IV).....	43
Tabla 8 Síndromes clínicos y características demográficas (V).....	44
Tabla 9 Síndromes clínicos y características demográficas (VI).....	45

Índice de ilustraciones

Ilustración 1 Perfil general de rasgos de personalidad general	33
Ilustración 2 Categorización de los rasgos de personalidad.....	34
Ilustración 3 Perfil general de síndromes clínicos	35
Ilustración 4 Categorización de síndromes clínicos.....	36

Introducción

La problemática del sistema penitenciario en el contexto latinoamericano se mantiene debido a factores como el hacinamiento, falta de recursos económicos y corrupción, mismos que impiden que se cumpla el objetivo principal de dichos centros, la reinserción social. En una entrevista con un ex funcionario del sistema carcelario ecuatoriano, se da a conocer que existe negligencia e incumplimiento de derechos humanos básicos y principalmente hay ausencia de una atención integral de salud (Camacho, 2019).

Varios estudios afirman que la salud de las personas privadas de libertad es inferior en comparación con los ciudadanos comunes. Los índices de enfermedades mentales en población carcelaria son elevados y existe alta comorbilidad entre estas. La salud mental ha sido uno de los ámbitos más descuidados por las instituciones encargadas de las prisiones, por esta razón se considera que la necesidad de mejorar los servicios de salud mental es urgente y para ello es importante conocer cuales son los trastornos más prevalentes. En palabras de Ignatyev et al., (2019) "...No puede existir una verdadera reinserción a la sociedad sin un sistema de salud que garantice el tratamiento psicológico que pueda devolver cierta funcionalidad a esta población".

Para cumplir con los objetivos de la investigación, en la primera parte del capítulo I se dará la conceptualización del término personalidad, teorías y los tipos de trastornos establecidos en el Manual Diagnóstico Clínico (DSM-V). Seguidamente se describen los síndromes clínicos que evalúa el Inventario de Personalidad (PAI). Posteriormente se tratará sobre el comportamiento delictivo y la salud mental. Por último, se abordarán investigaciones sobre personalidad y síndromes clínicos en personas privadas de la libertad.

En el capítulo II se expondrá el tipo de investigación, el objetivo general y los específicos, también la descripción de la población, los instrumentos utilizados y como fue el procedimiento para la realización del estudio.

El análisis de los resultados se presenta en el capítulo III, comenzando por las características generales de la población, el análisis de la prevalencia de los rasgos de personalidad, síndromes clínicos y las relaciones existentes entre estas variables.

Finalmente, en el capítulo IV se realizará la discusión, para posteriormente dar las respectivas conclusiones generales y recomendaciones de la investigación.

CAPÍTULO I

Personalidad y Síndromes Clínicos

Introducción

En este capítulo se pretende exponer las definiciones del término personalidad según distintos puntos de vista de varios autores. También, se explicarán las teorías sobre el desarrollo de la personalidad basándose en las escuelas psicológicas más representativas. Posteriormente, se describe las principales características de los trastornos de personalidad establecidos en el (DSM-V). En el segundo apartado se define de manera breve los criterios diagnósticos y características principales los seis síndromes clínicos que evalúa el Inventario de Personalidad (PAI). Por último, se presenta la literatura sobre la conducta delictiva y la salud mental, y algunas investigaciones relacionadas con la prevalencia de la temática a estudiar.

1.1. Personalidad

1.1.1. Conceptos de Personalidad

El concepto personalidad es uno de los más antiguos. De acuerdo a Carson (2019) "la personalidad es un patrón de consistencias que caracterizan el comportamiento de un individuo. Esta distingue a un individuo de otro y también predice su comportamiento futuro. Se debe tener en cuenta que las personas cambian su forma de pensar y actuar a través de sus propias experiencias o alteraciones en el ambiente" (p. 6).

Según Balarezo Chiriboga, (2010) "la personalidad se define como una estructura interna formada por factores biológicos, psicológicos y sociales, los cuales interactúan entre sí. Esta interacción hace que cada ser humano desarrolle distintas maneras de pensar, percibir, actuar y de interrelacionarse con los demás" (p. 71).

Los autores Point & Andrés (2008) argumentan que la personalidad pretende formar una idea de la manera de ser y actuar de una persona. Los atributos que constituyen la personalidad son las funciones mentales tales como; los procesos cognitivos, connotativos y

emocionales, así como también los procesos biofísicos. La personalidad se ve reflejada en cada una de estas áreas, las cuales forman parte de un conjunto en el que existe un nivel de idiosincrasia

Según Cervone & Pervin (2015) la personalidad es un conjunto de características psicológicas que contribuyen a un patrón duradero y distintivo de sentir, pensar y actuar. En sus palabras "es un sistema que está compuesto por partes que se interconectan y cuyo resultado se ve reflejado en el comportamiento del individuo" (p 89).

De manera general y según las definiciones de los autores anteriormente mencionados, se entiende que la personalidad de un individuo no es determinada por un factor específico, más bien engloba varios componentes que interactúan entre sí. Es la forma en la que un individuo se muestra al mundo, cómo se percibe a si mismo y cómo lo perciben los demás. Muchos autores mencionan la idiosincrasia de la personalidad, pues no todos los individuos experimentan las circunstancias de la misma manera, por lo que se puede concluir que de ella dependen las interacciones de un individuo con el entorno y las consecuencias de estas. El adaptarse de manera adecuada a un contexto determinado dependerá de la personalidad.

1.1.2. Teorías de la personalidad

La teoría de Sigmund Freud, argumenta que los instintos son los principales elementos que conforman la personalidad. Estos son una forma de energía psíquica que se conecta con las necesidades del cuerpo y los deseos de la mente. El comportamiento de una persona está dirigido a satisfacer estas necesidades y cada persona tiene distintas formas de hacerlo. El modelo estructural de la personalidad, comprende tres componentes: el Yo, el Ello y el Súper-Yo. Una personalidad sana debe tener un balance entre estas tres estructuras (Schultz & Schultz, 2016).

Entre otras teorías psicoanalíticas, los autores Carver & Sheier (2014), resumen las siguientes: la teoría de las relaciones objetales de Melanie Klein, quien supone que el apego es

la esencia de la personalidad y describe que las relaciones interpersonales en la niñez se mantienen a lo largo de la vida, también se menciona a John Bowlby quien desarrolló la teoría del apego, definiendo este término como el vínculo que existe entre un niño y su madre o cuidador y otra teoría conocida es la teoría del desarrollo psicosocial de Erik Erikson, quien postula que la personalidad se va desarrollando a través de una serie de crisis a lo largo de la vida del individuo y que el correcto afrontamiento de estas crisis depende de un Yo consciente y adaptativo.

La segunda corriente a describir es la cognitivo-conductual, basada en los estudios del condicionamiento clásico y operante de Frederic Skinner e Iván Pávlov. A continuación, se repasará brevemente algunos conceptos, teniendo en cuenta que, si bien estas teorías no conducen a dar una explicación del término personalidad, engloban la comprensión de la conducta humana, misma que forma parte del concepto en cuestión.

En los escritos de Naik (1998) se encuentran breves explicaciones sobre el condicionamiento clásico y operante. Por una parte, Pavlov propone que, si un estímulo neutro se asocia con un estímulo incondicionado, provoca una respuesta condicionada, es decir una conducta aprendida. Por otra parte, Skinner, introduce los conceptos de refuerzo positivo y negativo. Pues así, se entiende que si la consecuencia es favorable la conducta se refuerza y si es desfavorable se extingue.

Entre otros investigadores pertenecientes a la corriente cognitiva se encuentra John Watson, para este la personalidad es la conducta observable y es el resultado del aprendizaje. Menciona que el ambiente funciona como un reforzador para la conducta, por ende, si el ambiente cambia, cambia la conducta. Por su parte Walter Mischel introdujo en su teoría el término de la paradoja de la consistencia, haciendo referencia a que el ambiente influye en la conducta, pero la conducta también influye en el ambiente. A los diversos procesos que

influyen en la conducta los denominó variables cognoscitivas; estos incluyen aptitudes, valores, expectativas, etc... mismos que son aprendidos (Cloninger, 2003).

Otro autor que cabe mencionar es Albert Bandura, quien introduce en su teoría el concepto de aprendizaje vicario. Este describe que las personas aprenden determinada conducta al observar a alguien más ejecutarla. Sin embargo, las personas no imitan cualquier conducta observada, pues eligen conscientemente qué es lo que desean imitar (Gale, Cengage Learning, 2015).

La tercera corriente descrita es la humanística, para esta la conducta es considerada como algo global, pues dentro de este concepto se toman en cuenta factores somáticos que están en relación con lo mental. También se recalca la importancia de la relación entre un individuo y la sociedad en la que se desenvuelve. Los principios de la psicología humanística resaltan la peculiaridad de una persona, la conciencia sobre su existencia y su capacidad para elegir libremente (Sánchez-Barranco Ruiz, 2004).

Los principales representantes de la corriente humanística son Abraham Maslow y Carl Rogers. La teoría de la personalidad de Maslow sugiere una jerarquía de necesidades básicas, estas son: necesidades fisiológicas, de seguridad, de afecto, de estima, y por último la autorrealización. Los conceptos de gratificación y privación son imprescindibles, pues la satisfacción de cada necesidad de la jerarquía da lugar a la siguiente en el nivel superior. Maslow también propone que el hombre actúa según las necesidades que tiene y la no satisfacción de alguna puede desencadenar patologías físicas y mentales. Por otra parte, la teoría de la personalidad de Carl Rogers introduce el concepto del sí mismo, como un factor interno de la personalidad, basado en la aceptación de uno mismo y de la realidad, así como un sentido de responsabilidad. Rogers, al igual que Maslow, menciona una tendencia innata a la realización (Schultz & Schultz, 2016).

Por último, desde una perspectiva biopsicosocial, se considera que un individuo nace con una predisposición a ser de cierta forma, pero esto puede cambiar a través del tiempo. Se reconoce que la personalidad está compuesta por dos factores principales: el temperamento y el carácter. El temperamento es determinado por factores biológicos y neurológicos, es decir es hereditario y relativamente estable. En cambio, el carácter se define como las características que una persona va adoptando a través de su vida. Este depende de las normas sociales, hábitos, experiencias y creencias (Librán, 2015).

Algunos investigadores de la genética conductual argumentan que la interacción entre la genética y el ambiente explica la diferencia de percepciones que pueden tener dos personas sobre un mismo hecho. Se concluye así que, los genes interactúan con el entorno, y las circunstancias pueden cambiar su influencia en el desarrollo de la personalidad (Bermúdez Moreno, Pérez García, Ruiz Caballero, Sanjuán Suárez, & Rueda Laffond, 2012).

1.1.3. Personalidad adaptativa y patológica

De acuerdo con Azpiroz Nuñez & Prieto Loureiro (2015) la definición de una personalidad adaptativa se basa en criterios estadísticos. Se considera que un individuo se encuentra adaptado cuando su conducta no se aparta del promedio, es decir comparte costumbres y comportamientos de su cultura. Citando a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) la salud mental es "un estado sujeto a fluctuaciones provenientes de factores biológicos y sociales, en que el individuo se encuentra en condiciones de conseguir una síntesis satisfactoria de sus tendencias instintivas, potencialmente antagónicas, así como de forma y mantener relaciones armoniosas con los demás y participar constructivamente en los cambios que puedan introducirse en su medio físico o social".

Según los autores Azpiroz Nuñez & Prieto Loureiro (2015) los trastornos de personalidad no son objetivos, sino más bien una valoración social. La funcionalidad de un individuo se basa en criterios legales como el cumplimiento de normas y criterios subjetivos,

como el malestar interno y factores biológicos. Resulta difícil diferenciar entre una conducta adaptativa y patológica ya que incluso los individuos sanos presentan rasgos desadaptativos en algún momento de sus vidas. La vivencia de situaciones traumáticas como el maltrato infantil, conflictos parentales, un nivel socioeconómico bajo o antecedentes genéticos de patologías, son factores que se asocian a un diagnóstico de trastornos de personalidad (Esterberg et al., 2010).

La definición de trastorno de personalidad según la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2014) es la siguiente:

Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto; se trata de un fenómeno generalizado poco flexible, estable en el tiempo, que tiene su inicio en la adolescencia o en la edad adulta temprana y que da lugar a un malestar o deterioro. (p. 645)

Según Millon Davis (2004) la psicopatología es la incapacidad para afrontar las situaciones del ambiente. Teniendo en cuenta que la personalidad engloba el comportamiento de un individuo y está presente en todas las esferas de la vida, ésta determina la capacidad del sujeto a hacer frente al ambiente, de una manera adaptativa o patológica. A partir de la personalidad de un individuo se puede comprender mejor la psicopatología, pues tiene gran relevancia diagnóstica siendo el segundo eje en el modelo clínico multiaxial.

1.1.4. Tipos de Personalidad

A continuación, se describen los trastornos de personalidad establecidos en el Manual de diagnóstico clínico DSM-V. Estos están agrupados en tres categorías: A) paranoide, esquizoide y esquizotípico: su característica principal es la excentricidad. B) Antisocial, límite, histriónico y narcisista: son personalidades dramáticas, emocionales y erráticas. Por último, C) evitativo, dependiente y obsesivo compulsivo: son personalidades ansiosas y temerosas. Estos

distintos patrones patológicos se manifiestan en la cognición, la afectividad, el funcionamiento interpersonal y provocan un malestar clínicamente significativo.

1.1.4.1.Trastorno de personalidad paranoide

Las personas con Trastorno de la Personalidad Paranoide (TPP) no desean mantener relaciones con los demás debido a que temen perder su poder y a la constante malinterpretación que tienen de las acciones de otros. Este distanciamiento del entorno y la constante percepción de amenaza genera distorsiones cognitivas que dan como resultado una carencia en habilidades de afrontamiento, pues “imponen los significados de su mundo interno en el mundo real, reconstruyen la realidad de manera que esta satisfaga sus necesidades” (Millon & Davis, 2004, pág. 179).

La personalidad paranoide forma parte de uno de los trastornos más severos y resistentes al tratamiento. Estudios demuestran que niños y adolescentes con diagnóstico de trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad, pueden desarrollar TPP en la adultez (Esterberg et al., 2010).

Algunos autores sostienen que existe una relación entre el TPP y la esquizofrenia, pues estos tipos de personalidad tienden a reaccionar al estrés con episodios psicóticos breves. Estudios en gemelos revelan un alto componente hereditario y se ha demostrado que existe el mismo patrón genético en estas dos patologías. La molécula genética continúa incierta, sin embargo, se evidencian disfunciones en la dinámica de las células neurales (Haghighatfard et al., 2018). La personalidad paranoide está asociada a crímenes que atentan contra las personas, tales como homicidios o delitos sexuales, pues estos se cometen en solitario (Penado & Trijueque, 2015).

1.1.4.2.Trastorno de la personalidad esquizoide

Se caracteriza por un patrón de desconexión de las relaciones interpersonales y déficit en la expresión de las emociones. Estos individuos se consideran a sí mismo auto suficientes y

tienen la sensación de estar separados del mundo que los rodea. No encuentran satisfacción en las relaciones con los demás, por esta razón se les ve involucrados en actividades solitarias y presentan poco interés en las relaciones sexuales (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Según señalan Belloch Fuster & Fernández-Álvarez (2010), estas personas han heredado una cierta predisposición hacia la inactividad, mismas que interfieren con las primeras experiencias de apego y del aprendizaje social. El resultado de esta combinación es un estilo de personalidad de desapego emocional e interpersonal que perdura toda la vida.

La personalidad esquizoide es un trastorno poco común en el área clínica y es frecuente en poblaciones carcelarias, pues los comportamientos excéntricos pueden llevar a la inserción de grupos marginados o sectas que tiene conductas que infringen la ley.

1.1.4.2. Trastorno de la personalidad esquizotípico

En la revista "*Romanian Journal of Psychology*" Candell, O.-S., & Constantin, T. (2017) indican que, en la antigüedad se creía que este trastorno era una forma de esquizofrenia menos grave. Actualmente este diagnóstico se caracteriza por el desapego social, baja reactividad emocional, nulo interés por las relaciones interpersonales y sexuales y dificultad para expresar sentimientos y experimentar placer. Generalmente estas personas realizan actividades solitarias, son indiferentes a opiniones ajenas ya sean críticas o cumplidos. También existe una predisposición a vivir en la fantasía y la introspección.

El trastorno esquizotípico de la personalidad es crónico y puede evolucionar hasta la esquizofrenia, por esta razón, se cree que forma parte del espectro genético de dicha patología. La diferencia radica en que esta última presenta síntomas más graves, deterioro cognoscitivo severo, mayores déficits sociales y vulnerabilidad a sufrir episodios psicóticos (Toro Greiffenstein, Yepes Roldán, & Palacio Acosta, 2010).

Se considera que los factores neurobiológicos son la principal causa de vulnerabilidad, entre estos se encuentran déficits en el lóbulo frontal y temporal. La producción de dopamina se encuentra alterada y genera una dificultad en el proceso de atención selectiva. Otras causas indican que la negligencia o abuso durante la infancia generan un patrón de comportamiento que limitan las interacciones sociales. Los modelos de pensamiento ilógicos impuestos por los padres o cuidadores se internalizan como conductas excéntricas (Walsh, 2017).

1.1.4.3. Trastorno de la personalidad antisocial

Estos individuos presentan una impulsividad marcada, pobreza afectiva, egocentrismo, ausencia de culpabilidad y conductas de manipulación. Tienen distorsiones cognitivas acerca de la moral y los valores, y una falta de empatía, lo cual afecta a las relaciones interpersonales (Penado & Trijueque, 2015). De acuerdo a Holguin Mendoza & Palacios Casados (2014) los signos más reconocibles de la personalidad antisocial son: la incapacidad para integrarse a la sociedad, irritabilidad y sentimientos agresivos que se manifiestan en amenazas. Desde una perspectiva evolutiva, la agresividad se considera parte del ser humano, ya que es un mecanismo de defensa ante la amenaza. La agresividad es una respuesta adaptativa, pero en un individuo con conductas antisociales la intención principal es provocar daño físico.

En cuanto a la etiología, se conoce que existe una disfunción en los lóbulos frontales, que afecta las funciones ejecutivas y la cognición. También se ha demostrado alteraciones en varios genes, que provocan un desequilibrio en algunos neurotransmisores dando como resultado una dificultad para controlar los impulsos, la atención y la memoria. Estos sujetos muestran baja reactividad al miedo, debido a afectaciones en la amígdala, encargada de regular las emociones. Estudios demuestran que existe una relación entre el Trastorno por déficit de atención y el trastorno de personalidad antisocial. Entre los factores de riesgo se encuentra el consumo de sustancias, maltrato infantil y negligencia en edades del desarrollo (Herrera-Gómez, 2017).

1.1.4.4. Trastorno de la personalidad límite

En el trastorno de personalidad límite (TLP), se evidencia un patrón de inestabilidad afectiva, impulsividad, alteraciones en la autoimagen y dificultades en las relaciones interpersonales. Estas personas manifiestan esfuerzos para evitar el abandono real o imaginario y sus relaciones interpersonales son inestables y dicotómicas. Realizan de manera impulsiva conductas dañinas, por ejemplo, excesos en compras, comida, etc. Se debe diferenciar estas conductas de las conductas autolíticas (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Factores prenatales y ciertos traumas en la infancia pueden afectar al sistema nervioso produciendo cambios en el cerebro. Se considera que la incapacidad para regular emociones es consecuencia de una hiperactividad en la función de las catecolaminas. Entre factores ambientales se encuentran: vivir solo, desempleo, red de apoyo inexistente y un ambiente que invalide la expresión de las emociones. Debido a que las ideaciones suicidas mantienen el estado de ánimo depresivo, existe un alto porcentaje comorbilidad con diagnósticos en el eje I (Barlow, 2014). Según, Palomares et al. (2016) un 90% de personas con TLP, tiene comorbilidad con trastornos del estado de ánimo u otros trastornos de personalidad del grupo A y C.

La dificultad para regular las emociones se debe a procesos mal adaptativos, tales como la rumiación de pensamiento y distorsiones cognitivas (Alafia & Manjula, 2020). La dificultad en la toma de decisiones perjudica el estilo de vida, aumentando las probabilidades de desarrollar enfermedades crónicas. Debido a que tienen mayor dificultad en las áreas sociales, su red de apoyo se disminuye y también se exponen a situaciones de riesgo, consecuencia de la impulsividad (Thadani et al., 2018).

1.1.4.5. Trastorno de la personalidad histriónica

De acuerdo a los escritos de Young, C., Habarth, J., Bongar, B., & Packman, W. (2018), el trastorno de la personalidad histriónica (TPH) se caracteriza por un patrón de manifestaciones

emocionales intensas pero superficiales. Las conductas de estas personas son guiadas por la búsqueda de atención, son sugestionables y dramáticas. Al igual que en el TLP, las personas con TPH pueden presentar conductas suicidas para llamar la atención.

Los autores mencionados también manifiestan que la causa específica del un trastorno de personalidad histriónico se desconoce, sin embargo, se reconoce la influencia de la genética y las experiencias en la infancia. El tener un familiar directo con un trastorno de somatización es un factor de riesgo; también el haber experimentado un tipo de trauma, humillaciones o un tipo de crianza en la que no se establecieron límites.

1.1.4.6.Trastorno de la personalidad narcisista

El trastorno de la personalidad narcisista (TPN) se caracteriza por un sentimiento de grandiosidad, fantasías de idealización, manipulación y falta de empatía. A pesar de aparentar un carácter fuerte, las personas con TPN, son susceptibles a las criticas y cuando son negativas conducen a sentimientos de dolor, angustia y vergüenza (Young, C., Habarth, J., Bongar, B., & Packman, W., 2018).

Los temperamentos con altos niveles de energía son asociados a diagnósticos de TPN. Una las causas ambientales asociada a un diagnóstico de TPN, es el rechazo en etapas tempranas de la infancia. Esto conduce al desarrollo de sentimientos de autosuficiencia para compensar el vacío, aunque continúan siendo individuos con miedos e incapacidad para responder a las críticas.

1.1.4.7.Trastorno de la personalidad evitativa

De acuerdo a un artículo realizado por Karolinsky, L. (2019) las personas con trastorno de personalidad evitativo son: tímidas, hipersensibles al rechazo y se perciben a si mismos como incapaces para socializar. Son comunes los sentimientos de inadecuación y se refugian en una vida solitaria. Aunque tienen gran deseo de ser aceptados, no se involucran en relaciones

interpersonales sin una garantía de que esto ocurra. El trastorno de personalidad evitativo puede presentarse junto a un diagnóstico de ansiedad social.

Así mismo, este autor señala que entre las causas del trastorno evitativo de la personalidad se encuentran las experiencias tempranas de la infancia. Por ejemplo, estilos de crianza que favorecen el aprecio y aceptación podrían considerarse como factores protectores. Por el contrario, el desprecio y negligencia están asociados con este diagnóstico. Además, los estilos de crianza sobreprotectores o dominantes favorecen el desarrollo de características como la timidez y falta de confianza en sí mismos.

1.1.4.8. Trastorno de la personalidad dependiente

En un artículo realizado por Bano, Z., & Shahzadi, A. (2020) se describe que los individuos que tienen trastorno de la personalidad dependiente (TPD), se identifican por sus sentimientos de miedo, ansiedad, dificultad para tomar decisiones y necesidad de ser atendidos. Esta necesidad conduce a la sumisión y un estilo de apego mal adaptativo, produciendo miedo a la separación. Las relaciones interpersonales se ven afectadas de manera directa y generalmente en las relaciones familiares existe una persona que se ve obligada a cumplir el rol de cuidador, con el objetivo de lidiar con los problemas emocionales y de comportamiento de las personas.

Existen factores genéticos asociados a este diagnóstico, sin embargo, entre las causas más comunes del TPD, se encuentran los estilos de apego inseguros durante la infancia y estilos de crianza autoritario o de sobreprotección.

1.1.4.9. Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo

El trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo (TPOC) se caracteriza por un estilo mal adaptativo de perfeccionismo, una necesidad excesiva de orden y dedicación al trabajo; este último se relaciona con aspectos de agotamiento mental (Gulin, S., Ellbin, S., Jonsdottir, I. H., & Lindqvist Bagge, A., 2021).

En la revista *Journal of Personality Assessment* los autores Cain, N. M., Ansell, E. B., Simpson, H. B., & Pinto, A. (2015), resumen las características de estos individuos, quienes presentan mucha atención a los detalles, tienen una necesidad de tenerlo todo controlado, de lo contrario experimentan sentimientos de angustia y malestar. Debido al control excesivo, estas personas tienen dificultades para relajarse y planifican sus actividades meticulosamente con el fin de evitar imprevistos. En ocasiones pueden ser hostiles y explosivos en ciertos ámbitos de su vida. El TPOC se distingue del Trastorno Obsesivo Compulsivo por la presencia de verdaderas obsesiones y compulsiones.

1.2. Síndromes Clínicos

1.2.4. Trastornos somatomorfos

Según Mendoza Nápoles (2018) la somatización se define como la conversión de estados emocionales en síntomas fisiológicos. El común denominador entre los trastornos somáticos es la importancia que se le otorga a los síntomas físicos y el malestar clínicamente significativo que provocan los mismos.

En cuanto a la etiología, Márquez, Londoño, & Velásquez (2014) describen que factores biológicos como el umbral de dolor y factores ambientales como traumas infantiles o violencia, influyen en el desarrollo de dichos trastornos. Se menciona también, que algunas conductas son aprendidas al recibir atención cuando se manifiestan síntomas físicos. Por ejemplo, es común que la sociedad invalide el malestar psicológico y le otorgue mayor importancia al malestar físico. También se cree que la sobreprotección parental favorece al desarrollo de los mismos, ya que esta sirve como reforzador. Frecuentemente estos sujetos presentan distorsiones cognitivas como catastrofización y atribuciones causales.

1.2.5. Trastornos de ansiedad

Se caracterizan por el miedo y ansiedad excesivos ante un peligro real o imaginario. Se presentan síntomas fisiológicos, emocionales, cognitivos y conductuales. Estos incluyen:

tensión muscular, hipervigilancia, evitación a ciertos estímulos, irritabilidad y dificultad para conciliar el sueño. Los trastornos de ansiedad se diferencian entre sí, por el tipo de situación que provoca el miedo. Uno de los más frecuentes es el trastorno de ansiedad generalizada (TAG). Algunos trastornos como las fobias específicas tienen su inicio en la infancia o adolescencia (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

El 90% de sujetos con un diagnóstico de TAG también cumplen con un diagnóstico de mínimo otro trastorno mental, según señala Barlow (2014). Las principales características de esta es la preocupación excesiva y negativa sobre posibles escenarios. Esta preocupación conlleva a que la persona desarrolle patrones de evitación de contextos específicos como una distracción de temas emocionales.

En la etiología de los trastornos de ansiedad influyen factores genéticos que modifican la dinámica de los neurotransmisores. Se presentan alteraciones en el procesamiento de información provocando distorsiones cognitivas. Estudios demuestran que las preocupaciones en el TAG son las mismas que las del resto de personas, lo que lo hace patológico es la incapacidad para controlarlas. La rumiación de pensamiento suele presentarse junto con estrategias de autorregulación emocional disfuncionales. Los trastornos de ansiedad tienen comorbilidad con patologías físicas lo que disminuye significativamente su calidad de vida (Velázquez Díaz et al., 2016).

1.2.6. Trastornos depresivos

Los trastornos depresivos son los más comunes en la población mundial (OMS, 2020). Estos afectan el funcionamiento global de la persona y en casos graves puede llegar al suicidio. El trastorno depresivo mayor y el trastorno depresivo persistente o distimia, tienen como características generales: un estado de ánimo bajo, incapacidad de disfrutar ciertas actividades, apatía, sentimientos de inferioridad, problemas del sueño, cambios en el peso corporal, incapacidad para concentrarse, etc... Estas dos patologías difieren entre si por su tiempo de

duración y gravedad, pues la distimia presenta sintomatología menos severa pero más duradera (Toro Greiffenstein, Yepes Roldán, & Palacio Acosta, 2010).

En la etiología de los trastornos depresivos influyen factores genéticos y ambientales. Por una parte, existe una disminución congénita en ciertas células que utilizan neurotransmisores como la dopamina y serotonina. También se ha evidenciado disminución en el líquido cefalorraquídeo y anomalías en el tamaño de la amígdala e hipocampo. La heredabilidad en los trastornos depresivos es muy alta, oscila entre un 30% y 70% (Toro Greiffenstein, Yepes Roldán, & Palacio Acosta, 2010). En un artículo publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) se manifiesta la importancia de los eventos vitales estresantes y su influencia en el desarrollo de los trastornos depresivos. Estos incluyen: traumas en la infancia, familias disfuncionales y cualquier tipo de abuso o sobreprotección. Un factor mantenedor de la depresión es el estrés crónico, ya que provoca una disfunción que agrava el malestar.

1.2.7. Manía e hipomanía

Los episodios de manía e hipomanía se reconocen por un estado de ánimo elevado o irritabilidad, un considerable aumento de energía e involucramiento en actividades. La sintomatología incluye aumento de autoestima, disminución del sueño, elocuencia, fuga de ideas y facilidad de distracción. Estas dos se diferencian entre sí por el tiempo de duración de sus episodios y por la necesidad de atención hospitalaria (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Tanto la manía como la hipomanía, se consideran parte del diagnóstico del trastorno bipolar I o II, y se presentan en alteración con episodios depresivos. En un estudio realizado con pacientes con esquizofrenia y trastorno bipolar se demostró que existe una disminución en la materia blanca en ambas patologías, déficits neurocognitivos y un alto componente hereditario (Lee et al., 2020).

En cuanto a la etiología, se considera que los factores genéticos pesan más que los factores ambientales. Hay un aumento en la transmisión de dopamina y una disminución de la materia gris sobre todo en las áreas frontales del cerebro. Algunos eventos tales como, el éxito profesional o alcanzar una meta, desencadena episodios maníacos en sujetos vulnerables (Toro Greiffenstein, Yepes Roldán, & Palacio Acosta, 2010). El funcionamiento de los sujetos, que atraviesan un episodio maníaco o hipomaníaco se ve gravemente afectado, pues tienden a involucrarse en conductas riesgosas. Los trastornos bipolares tienen alta comorbilidad con trastornos de ansiedad, TDAH y trastornos por consumo de sustancias (Barlow, 2014).

A pesar de que en la psiquiatría no existe un trastorno maníaco como una condición unipolar, de acuerdo a Markin (2019) estudios demuestran la aparición de episodios de manía sin la presencia de episodios depresivos. Muchos profesionales de la salud argumentan la existencia del trastorno maníaco unipolar, sin embargo, se discute sobre si su importancia justifica un diagnóstico diferente al trastorno bipolar.

1.2.8. Esquizofrenia

De acuerdo a la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2014) los dominios característicos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos son: delirios, alucinaciones, pensamiento y discurso desorganizado, y comportamientos motores anómalos. Estos son considerados síntomas positivos debido a que son síntomas adicionales que alteran el funcionamiento de una persona, por otra parte, también se presentan síntomas negativos, que son disminuciones en la capacidad funcional.

En la etiología de los trastornos psicóticos se otorga mayor importancia a las explicaciones biológicas y se consideran factores detonantes y mantenedores a los cambios del ambiente (Barlow, 2014). Varias investigaciones demuestran que existe una vulnerabilidad genética pero su expresión dependerá de los estresores ambientales. Estudios en hijos adoptivos confirman que existe un componente genético, mientras que estudios en gemelos demuestran

que estos tienen el mismo riesgo de desarrollar algún trastorno psicótico. Se considera que múltiples genes interactúan entre sí, y se descarta la posibilidad de que uno solo sea responsable de las alteraciones en la psicosis. Una de las áreas que muestra mayor afectación es el hipocampo, también se ve alterada la producción de dopamina, lo cual es responsable de la aparición de síntomas positivos (Toro Greiffenstein, Yepes Roldán, & Palacio Acosta, 2010).

1.2.9. Trastorno por consumo de sustancias

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2014) estos se dividen en: alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes y tabaco. Aunque los criterios de los trastornos por consumo de estas drogas difieren, el efecto que producen es similar, pues el sistema de recompensas se activa directamente afectando el comportamiento y la memoria. En esta categoría también se incluye el juego patológico debido a que activa los mismos sistemas de recompensa que el consumo de sustancias.

En cuanto a la etiología, influyen mucho más los antecedentes genéticos. Un factor de riesgo es el tener un familiar de primer grado con dicho diagnóstico. Por otra parte, el consumo de alguna sustancia por la madre gestante, provoca cambios en la anatomía cerebral que predisponen el consumo del niño en un futuro. Entre los factores ambientales se encuentran situaciones traumáticas como el abandono, el maltrato físico y psicológico. El consumo también puede ser aprendido al observar a familiares u otras personas significativas tener este estilo de vida. Un factor mantenedor del consumo de alguna sustancia es la legalidad de la misma y la aceptación que tenga entre los grupos sociales (Compton, W. M., Thomas, Y. F., Conway, K. P., & Colliver, J. D., 2006).

1.3. Comportamiento delictivo y salud mental.

En Ecuador existe un total de 35 centros de rehabilitación social, 19 de ellos se encuentran en la región Sierra, albergando al 53% de la población carcelaria. Según un artículo de Rosero Muñoz (2019) desde el año 2009, hasta abril de 2019 la población penitenciaria se ha triplicado. Hasta dicha fecha existen 40.096 personas privadas de la libertad en el país.

El autor Redondo Illescas (2017) define la delincuencia como un fenómeno que incluye conductas violentas (robos, secuestros, violaciones, asesinatos, etc...) y no violentas (como fraudes, estafas, corrupción, etc...). En comparación con las cifras europeas, los delitos violentos son superiores en latino-américa.

Se reconoce que el fenómeno delictivo es multicausal, Redondo Illescas (2017) divide a los factores que influyen en la delincuencia en tres categorías: factores personales, carencias en el aporte pro-social recibido y exposición a ambientes que favorecen la delincuencia.

Entre los factores personales se encuentran los problemas relacionados con el embarazo y el desarrollo fetal, como el consumo de sustancias durante la gestación o complicaciones en el parto. También el ser víctima de violencia, especialmente en las etapas de la infancia. En esta categoría también se incluyen algunos elementos biológicos como el sexo masculino y ciertas disfunciones neuroendocrinas tales como: un alto nivel de testosterona, bajo nivel de serotonina, lesiones craneales, baja activación en el sistema nervioso autónomo y en el lóbulo frontal. Algunos estudios de neuro-imagen confirman la existencia de alteraciones neuropsicológicas como afectaciones en el cíngulo, el córtex temporal, el giro angular, la amígdala e hipocampo (Muruetta Reyes & Orozco Guzmán, 2015).

Las carencias en el aporte pro-social recibido se refieren a la falta de oportunidades de inclusión en la sociedad. En las personas privadas de la libertad es común un bajo nivel de escolarización debido a la falta de compromiso y menores oportunidades de acceso a la misma. Esto genera como consecuencia un déficit en las aspiraciones personales y un sentimiento de fracaso constante o estancamiento (Redondo Illescas, 2017).

De acuerdo a Murueta Reyes & Orozco Guzmán (2015) los factores ambientales que favorecen las oportunidades delictivas, incluyen contextos con escasa infraestructura y con limitado acceso a servicios básicos. También se considera un factor de riesgo el vivir en comunidades con altos índices de delincuencia, fácil acceso a drogas y armas e inestabilidad mobiliaria y residencial. Esta categoría incluye a las familias monoparentales y familias numerosas con limitaciones socioeconómicas.

La población carcelaria generalmente tiene menor salud física y mental y su bienestar en general se encuentra por debajo del promedio. Esta población tiene bajas expectativas de vida y se encuentra sujeta a varios factores de riesgo que se asocian con un bajo índice de salud mental (Dirkzwager, 2019).

Estudios longitudinales de en las prisiones de Estados Unidos muestran una mejoría en la salud mental de las personas privadas de la libertad, sin embargo, estos resultados difieren en el contexto de prisiones de Latinoamérica y los índices de reincidencia son más altos (Gabrysch et al., 2019).

Según Piedra Celi (2014) en el contexto carcelario de Ecuador el presupuesto por parte del estado es insuficiente. La mayoría de los establecimientos no han sido construidos como cárceles, sino son antiguas viviendas o escuelas habilitadas para recluir a las personas. Otra consecuencia de la falta de recursos económicos es el deterioro de las instalaciones, la falta de espacios adecuados y la sobrepoblación. Como lo señalan Arrias Añez, Plaza Benavides, Herráez Quezada (2020), el sistema penitenciario en el Ecuador dispone de una capacidad de 28.500 personas, sin embargo, existen más de 40.000 individuos privados de su libertad.

En el artículo 51 de la Constitución de la República del Ecuador (2018) se estipula que “el sistema de rehabilitación social tendrá como finalidad la rehabilitación integral de las personas sentenciadas penalmente, para reinsertarse a la sociedad, así como la protección de las personas privadas de la libertad y garantía de sus derechos” (p.24).

A pesar de que el sistema penitenciario es responsable del cumplimiento de este mandato sin importar los delitos por los que han sido condenados o acusados, estas garantías no se cumplen. Según Arrias Añez, Plaza Benavides, & Herráez Quezada (2020) solamente en algunos países desarrollados existe un sistema penitenciario de calidad. En Latinoamérica las condiciones de los ciudadanos privados de libertad generan problemas de salud física y psicológica. Todas estas falencias tienen un efecto contrario a la rehabilitación y reinserción social debido a que se fortalece la conducta criminal.

1.4. Investigaciones sobre personalidad y síndromes clínicos en personas privadas de la libertad

En el contexto de España el autor Redondo Illescas (2017), expone que los trastornos de personalidad más frecuentes en población carcelaria son: límite, narcisista y antisocial. También se evidencian problemas de consumo de sustancias, trastornos de la atención e hiperactividad, trastornos de estrés postraumático, esquizofrenia y tendencias suicidas.

En un estudio longitudinal de tres años realizado en Chile, con una muestra de 73 personas, resultó que la mayor parte eran solteros (78%), con bajo nivel educativo (97%) y tenían al menos un hijo (73%). Los resultados en cuanto a la prevalencia de enfermedades mentales al inicio del estudio, arrojaron lo siguiente: trastornos depresivos (64%), ansiedad (44%), psicóticos (24%), abuso de sustancias (64%), trastorno de personalidad límite (71%) y antisocial (70%). Se demostró una mejoría en cuanto a los trastornos depresivos cuyos síntomas disminuyeron en el tiempo establecido, sin embargo, los síntomas de los trastornos psicóticos aumentaron considerablemente. Solo el 14% de la muestra recibió atención psicológica al menos una vez durante el estudio. Los factores que se asocian con los cambios en la prevalencia de los síntomas son: tener un trabajo remunerado o estudios y encarcelamiento intermitente (Gabrysch et al., 2019).

En una investigación realizada en Colombia por Salinas Atuesta y Salamanca Camargo (2020) con 121 individuos procedentes de distintos departamentos, el perfil promedio fue: edades entre los 20 y 59 años, escolaridad entre primaria y bachillerato. El 55% de la muestra tenía patrones patológicos de personalidad y del 36% putuaron para al menos un síndrome clínico. Se encontró que existen rasgos elevados de personalidad narcisista (22%) y compulsiva (21%), sin embargo, la personalidad patológica más sobresaliente fue la personalidad paranoide (52%). Se presentaron también altos niveles de ansiedad (35%) y puntuaciones que indican gravedad en los trastornos delirantes (47%).

Una investigación realizada por Burneo-Garcés & Pérez-García (2018) en dos cárceles del Ecuador en la ciudad de Guayaquil con una muestra de 675 individuos, indica que la mayoría se encuentra entre las edades de 26 y 35 años (47%). La unión libre fue el estado civil más representativo (49%) y más de la mitad solo había completado la escuela primaria (57%). El 69% de la muestra presenta puntuaciones clínicamente significativas para al menos para uno de los síndromes clínicos analizados. Prevalen los problemas con el alcohol (33.6%), manía (32.3%) y problemas de drogas (27.9%). También, la personalidad antisocial (23%) y paranoide (21%), El porcentaje de participantes desempleados fue del 14,5%. El motivo de encarcelamiento de la mayoría de los internos fue por delitos contra la propiedad (78%).

En el Centro de Rehabilitación Social de Ambato, Molina-Coloma, V. (2019) realiza una investigación comparativa, con 51 reclusos y 46 individuos población general. El perfil promedio de sus reclusos fue de una edad de 34 años (33%), unión libre (35%), un nivel educativo bajo (51%) y pocos recursos económicos (68%). Predomina la personalidad antisocial (62%), paranoide (62%) y narcisista (53%). Los trastornos mas comunes fueron adicciones (66%), depresivos (47%) y también se evidencian altos índices de trastornos de estrés postraumático (51%). Estos índices fueron mucho menores en la población general.

Los investigadores Peña Contreras & Cárdenas Padrón (2014) pretendieron estudiar la prevalencia del abuso de sustancias en el Centro de Rehabilitación Social de Cañar y en el Centro de Rehabilitación Social de Azogues. La muestra fue de 100 privados de la libertad; el promedio de edad de los internos fue de 29 años, 51 eran solteros y 94 tenían un nivel de educación secundario o inferior. Se demostró que el 62% de la muestra presenta un diagnóstico de patología dual y en aquellos, los trastornos que prevalecen fueron: trastorno de personalidad antisocial (74%), seguido de límite (12%), narcisista (9%) y paranoide (6%). En cuanto a los motivos de encarcelamiento, lidera el tráfico de drogas (34%), los delitos de robo (14%) y delitos sexuales (11%).

Conclusiones

En todos los trastornos de personalidad y síndromes clínicos descritos existe comorbilidad con varios otros trastornos psicológicos y en ciertos casos con diagnósticos del eje III. Cuando la predisposición genética se combina con el ambiente, las probabilidades de que se desencadene algún trastorno mental aumentan considerablemente.

Las personas privadas de la libertad generalmente provienen de ambientes estresantes, lo cual favorece a que se detonen episodios sindrómicos de alguna patología. Sumado a esto, la incapacidad para brindar tratamientos psicológicos adecuados por falta de recursos económicos y las condiciones del encierro prolongado dan como resultado la imposibilidad de recuperación la funcionalidad de estas personas.

Los estudios sobre la prevalencia de la salud mental en esta población indican que los trastornos de personalidad y los síndromes clínicos son diagnósticos que están presentes tanto en la población carcelaria del Ecuador como en países vecinos y con contextos similares. Esto demuestra que las instituciones destinadas a rehabilitar a los privados de la libertad carecen de métodos adecuados para cumplir con su objetivo y esto resulta en pronósticos poco favorables para las personas privadas de la libertad.

CAPITULO II

Metodología

Introducción.

En el presente capítulo se pretende exponer el enfoque metodológico utilizado, los objetivos planteados en la investigación, tanto el general como los específicos. También se realiza una descripción de la población sujeta a estudio y de los instrumentos utilizados: el Inventario de Personalidad PAI y la ficha sociodemográfica. Finalmente se presentan las fases en las que se realizaron la investigación.

2.1. Enfoque de la investigación

El enfoque metodológico del estudio es cuantitativo, de tipo no experimental, transversal con un alcance descriptivo. La investigación cuantitativa consiste en procedimientos secuenciales y probatorios. En este caso se mide una variable de un determinado contexto y se analiza dichas mediciones con procedimientos estadísticos. Es de tipo no experimental debido a que los datos son recolectados sin alterar el objeto de investigación, pero se consideran criterios de inclusión y exclusión. Al recopilar los datos de la muestra en un periodo de tiempo determinado, se convierte también en una investigación transversal. Por último, se considera descriptiva pues analiza manifestaciones de personalidad y síndromes clínicos en las personas privadas de la libertad.

2.2. Objetivos

2.2.1. Objetivo general

Analizar la prevalencia de los rasgos de personalidad y los síndromes clínicos en los sujetos internos en el Centro de Rehabilitación Social de Azogues.

2.2.2. Objetivos específicos

1. Identificar datos sociodemográficos de la población sujeta a estudio.

2. Analizar los rasgos de personalidad y síndromes clínicos de la población mediante el Inventario de evaluación de la personalidad (PAI).
3. Describir la relación existente entre rasgos de personalidad, síndromes clínicos y los datos sociodemográficos de la población.

2.3. Descripción de la población y la muestra

El Centro de Rehabilitación Social de Azogues (CRS), es una cárcel que alberga a personas privadas de la libertad de mínima (PPL) y mediana seguridad. Hasta diciembre del año 2019 contaba con alrededor de 150 personas. A partir de esta fecha mencionada entra en vigencia un proyecto piloto que pretende transformar el CRS en un Centro de detención exclusivo para personas privadas de la libertad con adicciones a sustancias. Las 99 PPL fueron trasladados al Centro de Rehabilitación social Turi ubicado en la ciudad de Cuenca (Sánchez, 2020).

La población total del centro al momento de iniciar la investigación es de 51 personas, divididas en; 37 sujetos sentenciados y 14 sujetos con detención provisional. El estudio se llevó a cabo con un total de 37 personas que se encuentran cumpliendo condena en el Centro de Rehabilitación Social de Azogues, tomando como criterio de exclusión la detención provisional y como criterio de inclusión el dictamen de una sentencia.

2.4. Descripción de los instrumentos utilizados

2.4.1. Descripción del Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI)

El PAI, creado por Morey (2003) es un test objetivo de personalidad que proporciona información sobre variables clínicas. Se utiliza en los ámbitos forenses y legales. Contiene 344 ítems que conforman un total de 22 escalas; 4 escalas de validez, 11 escalas clínicas, 5 escalas de consideración para el tratamiento y 2 escalas de relaciones interpersonales. El tiempo de aplicación debe ser inferior a una hora y puede ser individual o grupal.

El manual de calificación establece un puntaje límite entre 20 y 110, con una media de 50. La desviación estándar es de 10 puntos, así se establece que a partir de 60 puntos los

resultados son considerados como elevados y a partir de 70 puntos se representa un indicativo clínico. De igual manera, 40 puntos indican rasgos por debajo del promedio.

A continuación se describen las escalas y subescalas según se presentan en el manual de (Morey, 2003):

- **Escalas Validez**

-Inconsistencia: indica si las respuestas son consistentes a lo largo de la prueba.

-Infrecuencia: indica si el evaluado respondió con poco cuidado o al azar.

-Impresión negativa: indica si el evaluado presenta una imagen extremadamente desfavorable de sí mismo.

-Impresión positiva: indica si el evaluado presenta una imagen muy favorable de sí mismo.

- **Escalas clínicas**

-Trastornos somatomorfos: se centra en los síntomas de conversión, como alteraciones motoras o sensoriales y preocupación sobre el estado de salud.

-Ansiedad: se centra en manifestaciones cognitivas, emocionales y signos físicos de la ansiedad.

-Trastornos relacionados con la ansiedad: se centra en síntomas y conductas del trastorno obsesivo compulsivo, fobias y estrés postraumático.

-Depresión: se centra en manifestaciones, cognitivas y físicas de los trastornos depresivos.

-Manía: se centra en niveles de actividad elevados, cambios en el estado de ánimo y en las relaciones interpersonales.

-Paranoide: se centra en estados de hipervigilancia, delirios y desconfianza.

-Esquizofrenia: se centra en experiencias psicóticas, diferencias en relaciones sociales y alteraciones en el pensamiento y en el discurso.

-Rasgos límites: se centra en la inestabilidad emocional, alteración de la identidad, sentimientos de vacío, relaciones interpersonales problemáticas, conductas autolíticas e impulsividad.

-Rasgos antisociales: se centra en el involucramiento en actividades ilegales, falta de empatía y búsqueda de sensaciones.

-Problemas con el alcohol: se centra en las consecuencias negativas del consumo de alcohol y síntomas que indican dependencia.

-Problemas con las drogas: se centra en las consecuencias negativas del consumo de drogas y síntomas que indican dependencia.

- **Escalas relacionadas con el tratamiento**

-Agresión: evalúa actitudes y comportamientos relacionados con ira, hostilidad o asertividad.

-Ideaciones suicidas: comprende sentimientos de desesperanza, pensamientos y planes concretos de suicidio.

-Estrés: mide el impacto de situaciones estresantes recientes en la vida.

-Falta de apoyo social: nivel y calidad de apoyo disponible.

-Rechazo al tratamiento: falta de interés o motivación para realizar cambios.

- **Escalas de la relación interpersonal**

-Dominancia: mide el grado en que la persona controla sus relaciones interpersonales. Se encuentra la dicotomía entre dominancia y sumisión.

-Afabilidad: evalúa las relaciones personales empáticas y de apoyo. Se encuentra la dicotomía entre un estilo de relación afable o indiferente.

2.4.2. Ficha sociodemográfica

La ficha sociodemográfica aplicada se presentó en forma de una encuesta estructurada que consta de nueve ítems; estado civil, procedencia, nivel de escolaridad, tipo de vivienda, número de hijos, lugar de residencia, ocupación y motivo de detención. Ver anexo 2.

2.5. Procedimiento

El primer paso fue obtener el permiso en el Centro de Rehabilitación Social de Azogues. Para esto fue necesario obtener un documento firmado por la Junta Académica de la Carrera

de Psicología Clínica en el cual se especificaba confidencialidad absoluta para las personas que participaban de la investigación. Dichos documentos fueron enviados al Ministerio de Justicia en la ciudad de Quito para su aprobación. Posteriormente se realizaron los trámites para la aprobación del protocolo de investigación. Una vez aprobado el protocolo se procedió a adquirir el instrumento de evaluación que fue el Inventario de Personalidad (PAI). Los reactivos se aplicaron en grupos de tres personas quienes tuvieron alrededor de una hora para contestar. Una vez recolectados los datos se procedió a calificar los instrumentos y procesamiento de los datos.

CAPITULO III

Análisis De Resultados

Introducción

En el presente capítulo se presentan las características generales de la población, el análisis estadístico de los rasgos de personalidad y de los síndromes clínicos. Por último, se expone la relación existente entre los rasgos de personalidad, las características sociodemográficas y síndromes clínicos de la población. Los resultados se expresan a través de medidas de tendencia central y dispersión; además, para establecer la prevalencia, la categorización se expresa mediante frecuencias absolutas y porcentuales.

Por el tamaño de la muestra se emplearon dos pruebas no paramétricas: la prueba H-Kruskal Wallis y el coeficiente de correlación rho de Spearman. Se trabajó con una significancia estadística del 5% ($p < 0.05$).

3.1. Características generales de la población

Tabla 1

Caracterización de participantes N=37

Características	n	%	Características	n	%		
Edad	18-27 años	14	37,8	Número de hijos	Ninguno	4	10,8
	28-37 años	15	40,5		Uno	7	18,9
	38-47 años	7	18,9		Dos	11	29,7
	48-más años	1	2,7		Tres	6	16,2
			Cuatro o más		9	24,3	
Estado civil	Soltero	16	43,2	Residencia	Costa	4	10,8
	Casado	8	21,6		Sierra	32	86,5
	Union libre	8	21,6		Oriente	1	2,7
	Divorciado	5	13,5	Ocupación	Estudiante	4	10,8
Procedencia	Costa	6	16,2		Negocio propio	8	21,6
	Sierra	30	81,1		Trabajador en el sector público	7	18,9
	Oriente	1	2,7		Desempleado	9	24,3
Nivel de escolaridad	Ninguno	4	10,8		Trabajador en el sector privado	6	16,2
	Primaria	11	29,7	Otro	3	8,1	
	Bachillerato	19	51,4	Motivo de detención	Delitos sexuales	7	18,9
	Tercer nivel	3	8,1		Delito de hurto	8	21,6
Tendencia de vivienda	Propia	14	37,8		Relación al consumo de sustancias	7	18,9
	Arrendada	15	40,5		Homicidio	3	8,1
	Compartida	6	16,2		Tenencia o uso de armas	3	8,1
Otra	2	5,4	Otro	9	24,3		

Con respecto a las características de los internos; la mayoría de se encontraban entre los 28 y 37 años, casi la mitad eran solteros y procedentes de la región sierra, solo el 8.1% tenía un nivel universitario y un poco más de la mitad (51.4%) pertenecían al nivel de bachillerato, con respecto a la tenencia de vivienda el 40.5% era arrendada y el 37.8% era propia, el 89.2% mencionó tener hijos, la mayoría entre 1 y 3. La residencia del 86.5% de personas pertenecía a

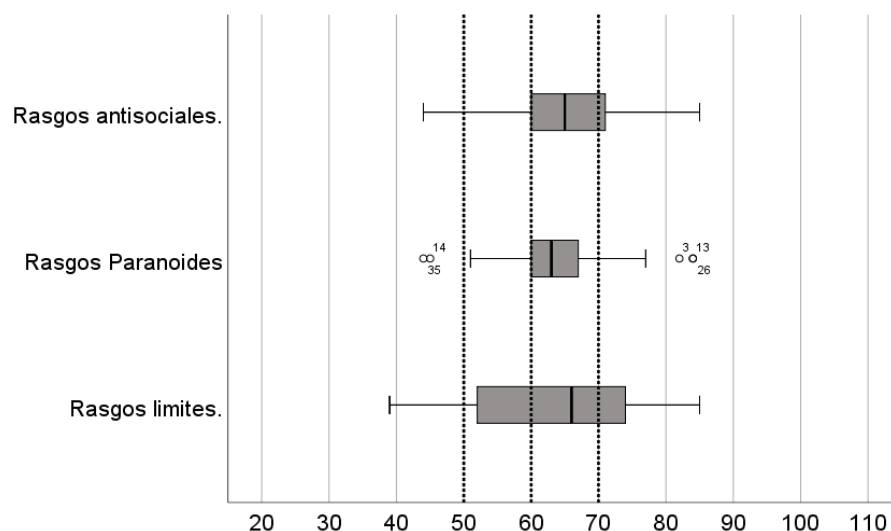
la región sierra y en cuanto a los delitos la mayoría pertenece a la categoría "Otros", seguido del delito de hurto. Detalles en la tabla 1.

3.2. Análisis estadístico de los rasgos de personalidad

3.2.1. Perfil general

Ilustración 1

Perfil general de rasgos de personalidad general



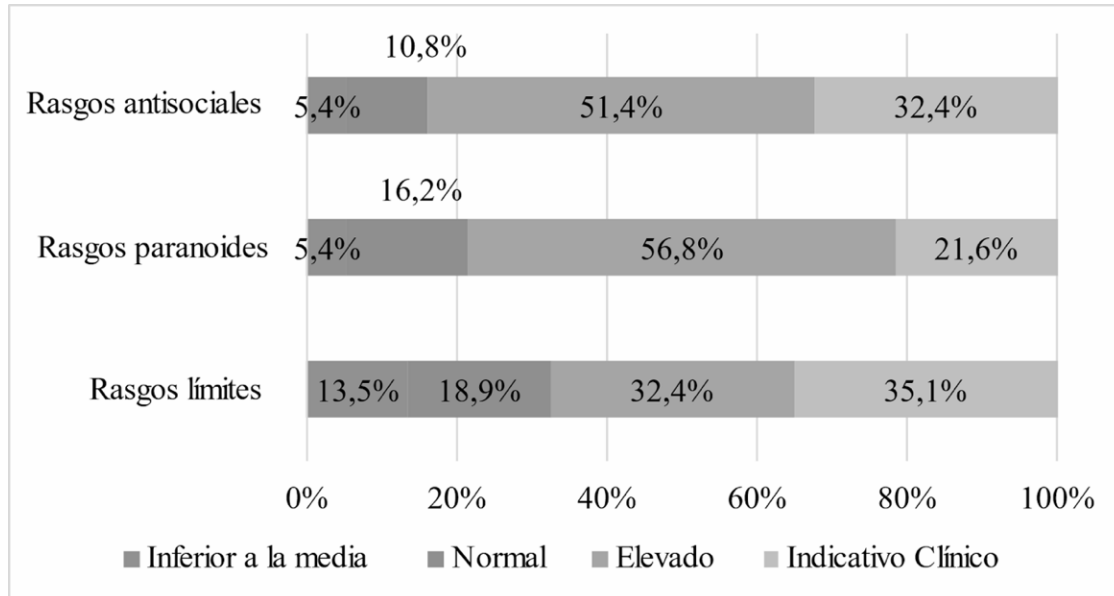
Fuente: autoría propia

Se consideraron 3 rasgos de personalidad para definir un perfil general en los internos, los rasgos límites se encontraron con una puntuación mínima de 30 máxima de 85 ($M=64.0$; $DE=12.3$), mientras que los rasgos paranoides y antisociales se encontraron oscilantes entre 44 y 85 puntos con medias de 63.8 ($DE=9.10$) y 65.9 ($M=8.53$) respectivamente, esto en una escala de 20 a 110. En general los 3 rasgos se encontraron en promedio por encima de lo normal, considerándose como rasgos elevados, además los rasgos paranoides se mostraron muy homogéneos, lo que implica que todos los participantes tenían un comportamiento parecido. En la figura 1 se puede observar el comportamiento de resultados.

3.2.2. Categorización

Ilustración 2

Categorización de los rasgos de personalidad



Fuente: autoría propia

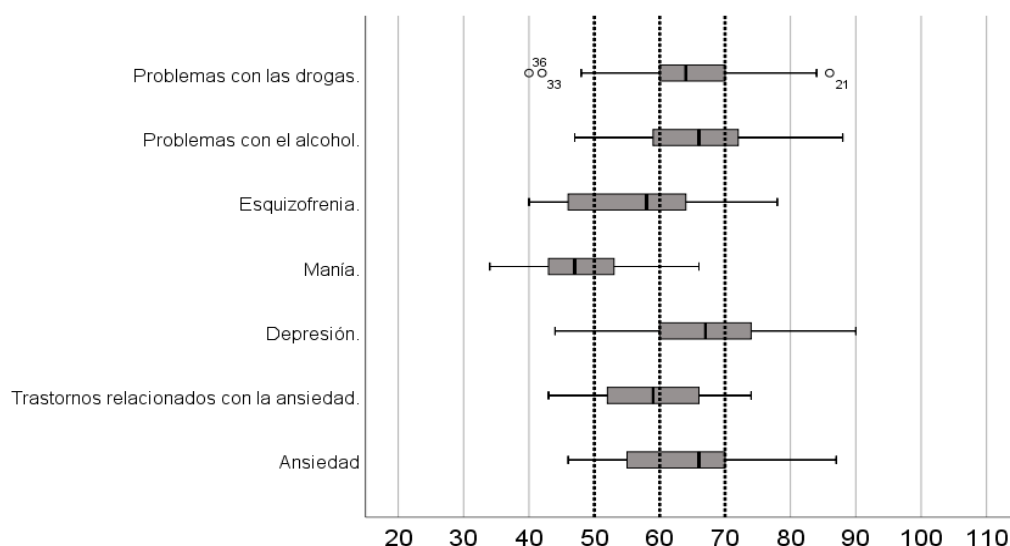
La figura 2 muestra la categorización de rasgos según las puntuaciones, El 32.4% de participantes presentó un indicativo clínico de rasgos antisociales, el 21.6% de rasgos paranoides y el 35.1% de rasgos límites.

3.3. Análisis estadístico de los síndromes clínicos

3.3.1. Perfil general

Ilustración 3

Perfil general de síndromes clínicos



Fuente: autoría propia

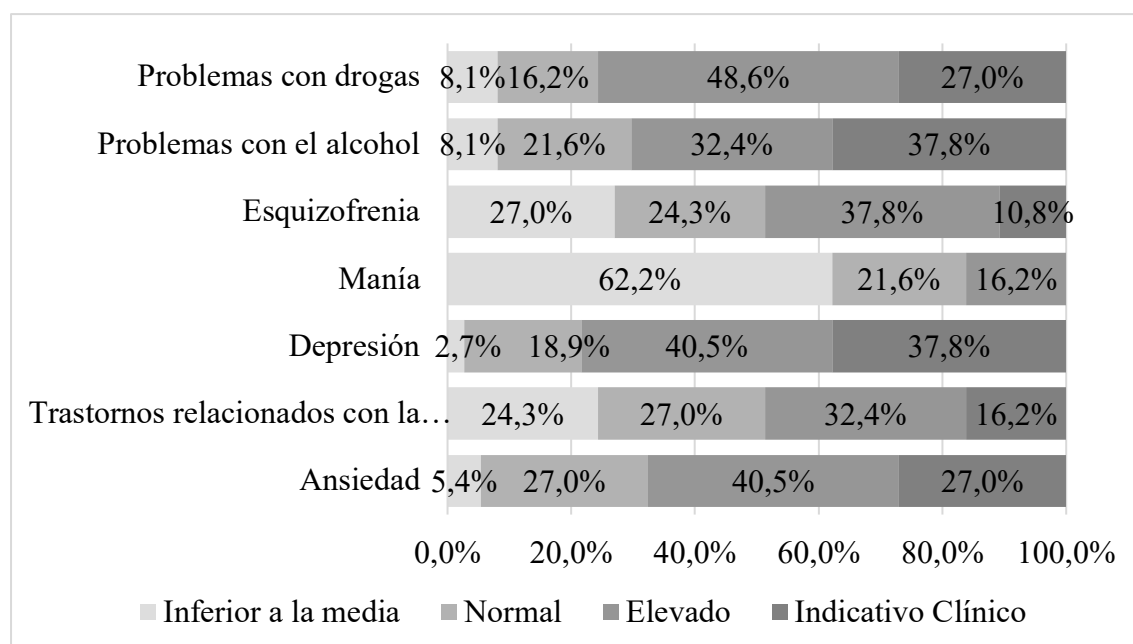
Los síndromes clínicos medidos en la escala del 20 al 110, oscilaron con puntuaciones de entre 34 y 90, la ansiedad, depresión, problemas con el alcohol y problemas con drogas en promedio se encontraron dentro de la categorización de sintomatología elevada ($PT > 60$), mientras que los trastornos relacionados con la ansiedad y la esquizofrenia se encontraban dentro de un intervalo normal ($50 > PT > 60$). La manía, en promedio se encontró con una puntuación inferior a la media de población regular ($PT < 50$). En la figura 3 se puede observar un perfil clínico general de toda la sintomatología, además todas presentaron una baja dispersión de datos lo que implica un comportamiento parecido en todos los internos. Se registraron también 3 casos atípicos de problemas de drogas, uno muy encima del resto del grupo y 2 muy por debajo.

El trastorno predominante fue la depresión (M=66.9; DE=10.36), seguido por problemas con el alcohol (M=65.8; DE=10.18) y problemas con drogas (M=64.9; DE=10.97).

3.3.2. Categorización

Ilustración 4

Categorización de síndromes clínicos



Fuente: Autoría propia.

Al categorizar se encontró que la frecuencia de pacientes con indicativos clínicos era superior al 10%, el 27% con problemas de drogas, el 37% problemas de alcohol, además el 37.8% con problemas de depresión. Sin embargo, ninguna persona presentó un indicativo clínico de manía, pero el 16.2% puntuaciones en un nivel elevado. Los detalles se pueden observar en la figura 4.

3.4. Relación entre los rasgos de personalidad y las características sociodemográficas de la población.

Tabla 2

Personalidad y Características sociodemográficas de los pacientes (I)

		Rasgos límites.		Prueba (p)	Rasgos Paranoides		Prueba (p)	Rasgos antisociales.		Prueba (p)
		M	DE		M	DE		M	DE	
		Edad	18-27	58,0	9,5	rs=0.53 (0.001*)	60,1	6,2	rs=0.35 (0.036*)	64,9
	28-37	63,9	11,6	64,5	9,4		67,9	9,3		
	38-47	73,9	12,4	70,1	11,3		62,9	9,6		
Estado civil	Soltero	62,3	11,1	H=7,83 (0,050*)	64,1	10,0	H=0,75 (0,860)	67,0	6,6	H=5,45 (0,142)
	Casado	66,0	13,5		65,5	12,0		61,4	7,8	
	Unión libre	57,9	10,6		61,9	5,4		64,5	12,2	
	Divorciado	76,2	9,9		63,0	7,2		71,8	5,7	
Procedencia	Costa	68,3	9,0	-	67,2	14,7	-	68,0	9,2	-
	Sierra	63,5	12,8		63,1	7,9		65,7	8,6	
Nivel de escolaridad	Ninguno	59,8	5,3	rs=0.058 (0.734)	62,8	6,0	rs=0.10 (0.539)	71,5	9,3	rs=- 0.28 (0.095)
	Primaria	65,4	13,0		63,0	9,8		67,3	11,2	
	Bachillerato	64,0	13,3		63,6	9,6		64,2	7,1	
	Tercer Nivel	64,7	14,0		69,3	9,0		64,3	1,2	
Tendencia de vivienda	Propia	68,1	10,0	3,76 (0,288)	64,0	9,3	4,13 (0,248)	65,5	8,7	5,93 (0,205)
	Arrendada	62,7	12,9		61,5	8,0		66,6	9,1	
	Compartida	56,0	14,8		65,0	9,6		65,2	8,9	
	Otra	69,0	1,4		75,5	12,0		65,5	7,8	

Los resultados revelaron que en los intervalos etarios de 18 a 27 años y de 28 a 37 años, tenían como predominancia los rasgos antisociales; mientras que las personas de entre 38 y 47 años tenían predominancia en los rasgos límites. Se registró, además una relación significativa

positiva entre los rasgos límites y paranoides; indicando que a mayor edad mayor presencia de rasgos límites y paranoides.

En referencia al estado civil se encontró que en los solteros y quienes tenían unión libre tienen predominancia en rasgos antisociales, mientras que los casados y divorciados tenían más elevados los rasgos límites. Los divorciados mostraron rasgos límites mucho más elevados que quienes se encontraban en unión libre. No se pudieron realizar comparaciones en la procedencia debido a la diferencia de tamaños entre grupos. Ver tabla 3.

El perfil de personalidad según la procedencia, niveles de escolaridad y tenencia de vivienda fueron similares entre ellos ($p>0.05$). Detalles en la tabla 2.

Tabla 3*Personalidad y características sociodemográficas (II)*

		Rasgos límites.		Prueba (p)	Rasgos Paranoides		Prueba (p)	Rasgos antisociales.		Prueba (p)
		M	DE		M	DE		M	DE	
Número de hijos	Ninguno	53,3	13,7	rs=0.25 (0.136)	62	3,2	rs=0.07 (0.673)	62,3	4,3	rs=0.00 (0.993)
	Uno	62,9	8,5		61,6	8,4		67,9	7,8	
	Dos	64,2	10,6		64,9	9		68,2	6,8	
	Tres	72,0	13,4		63,7	6,9		63,2	16,3	
	Cuatro o más	64,1	13,9		65	13,2		65	5,2	
Residencia	Costa	73,8	8,7	-	77,3	8,1	-	67,8	5,7	-
	Sierra	63,2	12,3	-	62,1	8	-	65,9	8,9	-
Ocupación	Estudiante	53,3	9	H=6,26 (0,281)	56,5	8,5	H=5,47 (0,361)	63,5	4,1	H=1,82 (0,873)
	Negocio propio	65,6	14,3		65,9	8,6		67,5	9,9	
	Trabajador en el sector público	63,4	13,6		60,7	8,9		66,3	12,5	
	Desempleado	70,2	7,5		66,6	11		66,8	5,3	
	Trabajador en el sector privado	60,8	10,7		66,2	8,3		64,8	10,5	
	Otro	63	19,1		62	3,5		63,3	6,7	
Motivo de detención	Delitos sexuales	57	13,6	H=5,74 (0,22)	62,3	2,6	H=4,41 (0,353)	67,4	8,1	H=5,92 (0,205)
	Delito de hurto	67,5	8,3		62,4	8,1		69,3	8,2	
	Delitos relacionados con consumo de sustancias	55	11,2		63,1	11,9		66,3	6	
	Homicidio	62,7	13,3		60	5,6		50,3	11	
	Tenencia o uso de armas	68,7	11		56,3	4,7		64,7	5,5	
	Otro	72,2	10		70,4	10,5		67	7	

Los rasgos de personalidad analizados no se relacionaron con la cantidad de hijos de los internos, ocupación y motivo de detención ($p > 0.05$), sin embargo, las personas de la costa tienen los rasgos límites y paranoides en un nivel de indicativo clínico, así como los desempleados. No se pudieron realizar comparaciones en la residencia debido a la diferencia de tamaños entre grupos. Ver tabla 3.

3.5. Relación entre los síndromes clínicos y las características sociodemográficas de la población.

Tabla 4

Síndromes clínicos y características demográficas (I)

		Ansiedad		Prueba (p)	Trastornos relacionados con la ansiedad		Prueba (p)	Depresión.		Prueba (p)
		M	DE		M	DE		M	DE	
Edad	18-27	64,1	7,8	rs=-0,11 (0,514)	56,0	9,3	rs=0,17 (0,329)	67,7	12,3	rs=-0,11 (0,525)
	28-37	65,7	10,9		59,1	10,8		66,6	6,9	
	38-47	62,0	8,3		61,9	7,0		67,0	14,0	
Estado civil	Soltero	62,1	7,7	H=1,869 (0,600)	56,3	10,0	H=2,918 (0,404)	67,8	10,6	H=3,144 (0,370)
	Casado	63,0	11,3		59,6	9,5		64,8	6,7	
	Unión libre	68,8	11,2		62,6	8,6		63,5	11,9	
	Divorciado	64,0	7,6		56,0	8,9		73,0	11,8	
Procedencia	Costa	66,0	8,5	-	66,0	7,0	-	64,8	9,8	-
	Sierra	63,4	9,7		57,3	9,1		66,8	10,3	
Nivel de escolaridad	Ninguno	72,3	9,8	rs=-0,11 (0,514)	59,8	13,1	rs=-0,02 (0,923)	74,5	8,5	rs=-0,10 (0,554)
	Primaria	64,1	9,8		58,8	9,0		65,6	9,0	
	Bachillerato	61,5	8,4		57,1	9,6		65,9	11,6	
	Tercer nivel	68,0	9,5		62,7	8,5		67,7	8,5	
Tendencia de vivienda	Propia	66,2	7,3	H=5,55 (0,135)	59,6	9,3	H=2,35 (0,502)	69,3	7,9	H=3,59 (0,309)
	Arrendada	65,1	11,2		59,6	9,6		68,3	10,7	
	Compartida	57,3	6,9		52,5	9,6		57,8	13,0	
	Otra	60,0	7,1		57,0	11,3		67,0	2,8	

Los síntomas clínicos: ansiedad, trastornos relacionados no se relacionaron en ningún sentido con la edad, estado civil, procedencia, nivel de escolaridad y tenencia de vivienda. A pesar de ello, se destaca que quienes se encontraban divorciados y los internos que no tenían escolaridad, presentaban puntuaciones más elevadas de depresión. Ver tabla 4.

Tabla 5*Síndromes clínicos y características demográficas (II)*

		Ansiedad		Prueba (p)	Trastornos relacionados con la ansiedad		Prueba (p)	Depresión		Prueba (p)
		M	DE		M	DE		M	DE	
Número de hijos	Ninguno	56,5	8,7	rs=0.07 (0.703)	52,0	10,5	rs=0.1 3 (0.451)	64,8	17,3	rs=-0.16 (0.353)
	Uno	71,1	8,2		61,1	10,0		71,3	7,5	
	Dos	61,8	5,6		56,5	7,4		66,2	10,2	
	Tres	65,0	11,1		61,2	8,5		67,3	13,6	
	Cuatro o más	63,7	10,7		59,3	11,7		65,1	7,7	
Residencia	Costa	61,8	7,8	-	66,0	6,3	-	67,0	16,9	-
	Sierra	64,1	9,7		57,8	9,3		66,4	9,4	
Ocupación	Estudiante	65,0	8,1	H=3,38 (0,642)	55,8	10,7	H=0,7 4 (0,981)	67,8	16,3	H=4,02 (0,546)
	Negocio propio	61,3	9,6		59,1	9,9		61,3	7,5	
	Trabajador en el sector público	66,6	9,3		57,4	10,5		70,4	8,0	
	Desempleado	61,9	7,1		58,3	8,1		67,7	8,9	
	Trabajador en el sector privado	64,5	14,0		60,5	11,9		68,2	10,6	
	Otro	69,0	8,5		57,3	11,0		68,0	19,2	
Motivo de detención	Delitos sexuales	65,0	3,3	H=5,32 (0,256)	49,6	8,8	H=8,0 2 (0,091)	67,4	11,3	H=2,51 (0,644)
	Delito de hurto	70,8	10,7		63,8	7,9		70,8	8,3	
	Delitos de consumo de sustancias	62,1	11,1		59,1	10,9		66,4	13,6	
	Homicidio	65,0	12,2		59,7	10,5		61,7	10,4	
	Tenencia o uso de armas	57,7	10,7		53,0	9,5		62,7	3,1	
	Otro	60,3	6,7		61,0	6,0		66,7	11,2	

La cantidad de hijos, residencia, ocupación y motivo de detención tampoco se relacionaron con la ansiedad, trastornos relacionados con la ansiedad y depresión, a pesar de ello se encontraron altos niveles de depresión en los internos que trabajaban en el sector público y las personas con delito de hurto. Observar los detalles en la tabla 5.

Tabla 6*Síndromes clínicos y características demográficas (III)*

		Manía.		Prueba (p)	Esquizofrenia.		Prueba (p)
		M	DE		M	DE	
Edad	18-27 años	49	7,1	rs=0.068 (0.689)	52,8	10,7	rs=0.260 (0.121)
	28-37 años	46,3	9,3		58,7	11,8	
	38-47 años	52,6	7,5		60,4	10	
Estado civil	Soltero	47,4	8,3	H=1,91 (0,592)	55,3	11	H=1,41 (0,702)
	Casado	49,3	4,5		59,1	8,8	
	Unión libre	48	10,1		54,4	13,7	
	Divorciado	51,8	10,3		61,2	11,4	
Procedencia	Costa	50,2	11,3	-	59,3	10,5	-
	Sierra	48	7,7		56,4	11,4	
Escolaridad	Ninguno	52,8	11,8	rs=0.045 (0.793)	54,5	17,6	rs=0.102 (0.548)
	Primaria	47	9,3		56,6	10,2	
	Bachillerato	48,7	6,4		56,4	10,9	
	Tercer Nivel	47,7	11,9		62	10,1	
	Propia	48,4	9,1		H=2,49 (0,477)	58,9	
Arrendada	47,9	7,6	55,3	11,7			
Compartida	52,2	8,7	50,7	12			
Otra	43,5	0,7	70	8,5			

La tabla 6 muestra las puntuaciones T obtenidas por los participantes en los síntomas clínicos de manía y esquizofrenia y no se encontraron relacionados con: edad, estado civil, procedencia, escolaridad y vivienda. Ver tabla 6.

Tabla 7*Síndromes clínicos y características demográficas (IV)*

		Problemas con el alcohol		Prueba (p)	Problemas con las drogas		Prueba (p)
		M	DE		M	DE	
Edad	18-27 años	62,2	9	rs=0.315 (0.057)	60,9	10,9	rs=0.262 (0.118)
	28-37 años	67,3	8,3		67,5	12,1	
	38-47 años	69,7	15,3		66,7	8	
Estado civil	Soltero	63,6	9,9	H=6,24 (0,100)	61,9	9,6	H=8,21 (0,042*)
	Casado	66,5	9,9		62,8	10,2	
	Union libre	64	11,7		65,9	12,4	
	Divorciado	74,6	5,8		76,4	8,5	
Procedencia	Costa	65,8	12,7	-	70	10,3	-
	Sierra	65,8	10		64,2	11	
Escolaridad	Ninguno	61	6,2	rs=0.089 (0.599)	64,3	6,2	rs=- 0.148 (0.380)
	Primaria	68	9,9		69,6	11,2	
	Bachillerato	64,5	11		61,5	11,3	
	Tercer Nivel	72,3	8,1		69,7	7,2	
Vivienda	Propia	69,3	10,5	H=5,03 (0,169)	67,4	11,8	H=10,14 (0,017*)
	Arrendada	65,3	10,6		67,8	8,9	
	Compartida	58,7	7,3		52,8	7,9	
	Otra	66	0		62	2,8	

Se encontró que el estado civil se relaciona con los problemas con drogas, pues los divorciados presentaron puntuaciones significativamente más elevadas, así también, quienes tenían viviendas compartidas con otros familiares tenían problemas con las drogas significativamente inferior al resto de grupos. Detalles en la tabla 7.

Tabla 8*Síndromes clínicos y características demográficas (V)*

		Manía.		Prueba (p)	Esquizofrenia.		Prueba (p)
		M	DE		M	DE	
Número de hijos	Ninguno	46,8	9	rs=0.033 (0.846)	52,8	10,8	rs=0.201 (0.232)
	Uno	48,3	9,5		51,9	8,5	
	Dos	47,6	7,3		59	13	
	Tres	51,7	8,2		56	12,2	
	Cuatro o más	48,6	9,2		59,9	10,1	
Residencia	Costa	49,3	9,6		63,5	1,9	
	Sierra	48,3	8,2		56,1	11,6	
Ocupación	Estudiante	43	9,5		51	3,9	
	Negocio propio	49,4	6,9		54,5	9,9	
	Trabajador en el sector público	52,9	7,7	H=7,436 (0,190)	54,4	9,3	H=5,992 (0,307)
	Desempleado	51,3	9		64	12,2	
	Trabajador en el sector privado	44,3	6,6		55,3	14,5	
	Otro	43,7	6		56,3	10,8	
Motivo de detención	Delitos sexuales	50,4	9,4		53,6	15,6	
	Delito de hurto	48	11,1		56,9	11,1	
	Delitos relacionados con consumo de sustancias	50,6	6,1	H=1,533 (0,821)	60,9	13,8	H=1,948 (0,745)
	Homicidio	47,3	4,5		52,3	9,1	
	Tenencia o uso de armas	44	5,3		50	6	
	Otro	47,9	8,4		59,4	5,9	

No se registraron relaciones entre la manía y esquizofrenia con la cantidad de hijos, residencia, ocupación y motivo de detención. Detalles en la tabla 8.

Tabla 9*Síndromes clínicos y características demográficas (VI)*

		Problemas con el alcohol.		Prueba (p)	Problemas con las drogas.		Prueba (p)
		M	DE		M	DE	
Número de hijos	Ninguno	59,8	6,1	rs=0.251 (0.134)	55,5	7,5	rs=0.333 (0.044*)
	Uno	70	12,3		66,4	9,7	
	Dos	62,8	9,1		62,7	12,6	
	Tres	62,5	14,4		67	14,1	
	Cuatro o más	71	4,7		69,1	7,2	
Residencia	Costa	67	13,5	-	67,5	11,1	-
	Sierra	65,6	10,1		64,9	11,1	
Ocupación	Estudiante	66,5	3,9	H=3,463 (0,629)	55	11,1	H=7,735 (0,171)
	Negocio propio	63	12,6		71	12,3	
	Trabajador en el sector público	64,7	10,2		64,7	13,8	
	Desempleado	66,4	11,4		65,3	6,7	
	Trabajador en el sector privado	64,8	10		60,8	9,6	
	Otro	74,7	6,5		69	6,6	
Motivo de detención	Delitos sexuales	66,3	5,4	H=6,126 (0,19)	55,9	9,2	H=10,698 (0,03*)
	Delito de hurto	66	8,2		68,1	9,6	
	Delitos relacionados con consumo de sustancias	67,7	11,1		70,6	11,6	
	Homicidio	52	6,2		53,3	9,9	
	Tenencia o uso de armas	63,7	4		66,7	2,3	
	Otro	69	13,8		67,9	9,9	

El análisis de problemas de alcohol y drogas, reveló una relación positiva con la cantidad de hijos, es decir que a mayor número de hijos mayores problemas con las drogas, también se encontró que aquellas personas detenidas por delitos relacionados con consumo de sustancias tenían mayores problemas con las drogas ($p < 0.05$). Detalles en la tabla 9.

Conclusión

Después de realizar el análisis estadístico de los datos obtenidos sobresale que la mayoría de los internos se encontraban entre los 18 y 37 años y casi la mitad eran solteros. Solo el 8.1% tenían un nivel universitario y un poco más de la mitad pertenecían al nivel de bachillerato, la mayoría mencionó tener hijos y se encontraban cumpliendo condena por el delito de hurto.

En cuanto a los rasgos de personalidad, tanto los antisociales, límites y paranoides, se encontraron elevados en la mayoría de los internos. El 32.4% de participantes presentó un indicativo clínico de rasgos antisociales, el 21.6% de rasgos paranoides y el 35.1% de rasgos límites. La cantidad de internos con síndromes clínicos significativos era superior al 10%. El 27% pertenecen a la categoría de problemas con las drogas, el 37% presentan problemas con el alcohol, y el 37% tienen indicativos clínicos de depresión. Ninguna persona presentó un indicativo clínico de manía y solo el 16.2% presentó puntuaciones elevadas en esta categoría.

Los internos pertenecientes a las edades de 18 a 27 años y de 28 a 37 años, tenían como predominancia los rasgos antisociales; mientras que las personas de entre 38 y 47 años tenían predominancia en los rasgos límites. Se registró, además una relación significativa positiva entre la edad y los rasgos límites y paranoides; indicando que a mayor edad mayores rasgos límites y paranoides. En referencia al estado civil, se encontró que en los solteros y quienes tienen unión libre, predominan los rasgos antisociales, mientras que los casados y divorciados tenían rasgos límites más elevados.

Se encontró que el estado civil se relaciona con los problemas con drogas, pues los divorciados presentaron puntuaciones significativamente más elevadas, así también, quienes tenían viviendas compartidas con otros familiares tenían problemas con las drogas significativamente inferior al resto de grupos. El análisis de problemas de alcohol y drogas, reveló una relación positiva con la cantidad de hijos, es decir que a mayor número de hijos mayores problemas con las drogas, también se encontró que aquellas personas detenidas por delitos relacionados con consumo de sustancias tenían mayores problemas con las drogas.

CAPITULO IV

Discusión

El objetivo de la presente investigación fue: determinar la prevalencia de los datos sociodemográficos, los rasgos de personalidad patológicos y los síndromes clínicos en población carcelaria. Así mismo, se estableció la relación entre los perfiles sociodemográficos con los rasgos de personalidad y con los síndromes clínicos. Una vez obtenidos los resultados de este estudio se procede a realizar una comparación entre estos y los de otras investigaciones con poblaciones y temáticas similares.

Entre los datos más relevantes en cuanto a las características de la población, se encontró que la mayoría de los internos se encontraban entre los 28 y 37 años, casi la mitad eran solteros, el 51% pertenecían al nivel de bachillerato, solo 8% tenía educación universitaria y la mayoría mencionó tener al menos un hijo. Los investigadores Burneo-Garcés & Pérez-García (2018) obtuvieron resultados similares, con una muestra de 675 individuos de dos cárceles de Guayaquil; la unión libre fue el estado civil más representativo, aproximadamente una quinta parte de los participantes no tenía nivel de educación y más de la mitad solo había completado la escuela primaria. Así mismo en el estudio de Gabrysch et al. (2019) se corrobora lo anteriormente mencionado, pues la mayor parte de su muestra estaba conformada por hombres solteros, con bajo nivel educativo y la mayoría tenían al menos un hijo. Cabe recalcar que dicho estudio fue realizado en Chile, esto demuestra que la prevalencia de características sociodemográficas en el contexto carcelario es similar al de Ecuador. Por otra parte, en el Centro de Rehabilitación Social de Ambato, Molina-Coloma, V. (2019) obtienen en su investigación que el perfil promedio de los reclusos en este centro es de: una edad de 34 años, solteros, con un nivel educativo bajo y de pocos recursos económicos.

En esta investigación el delito de hurto tuvo una prevalencia de 21%, después de la opción "otros" (24%). En el estudio de Burneo-Garcés & Pérez-García (2018) mencionado

anteriormente, los delitos en contra de la propiedad son el principal motivo de detención. De la misma forma la investigación de Molina-Coloma, V. (2019) indica que los motivos de detención más comunes fueron delitos contra la propiedad y los relacionados con las drogas. En la bibliografía escrita por Arrias Añez, Plaza Benavides, & Herráez Quezada (2020) se corrobora que el tráfico ilícito de drogas es el delito más frecuente en Ecuador. Por último, en el estudio Peña Contreras & Cárdenas Padrón (2014) también son frecuentes el delito de tráfico de drogas y los delitos de robo, aunque agrega a la lista los delitos sexuales.

En cuanto a los rasgos de personalidad, la muestra de este estudio presenta puntuaciones que indican patología en los tres tipos evaluados: límite (35.1%), antisocial (32,4%), y paranoide (21.6%). Resulta interesante que puntuaciones similares se obtuvieron en la investigación de Burneo-Garcés & Pérez-García (2018) quienes utilizaron el mismo instrumento con una población carcelaria mucho más grande que en la presente; en esta prevalece la personalidad antisocial (21,4%) y paranoide (21,8%). De igual manera los resultados de Molina-Coloma, V. (2019) indican que predomina la personalidad antisocial, paranoide y narcisista. En el trabajo de investigación de Peña Contreras & Cárdenas Padrón (2014) las personalidades más prevalentes fueron de tipo antisocial y límite. Por último, en el estudio de Gabrysch et al. (2019) el trastorno de personalidad límite se encontraba en el primer lugar, al igual que en los resultados obtenidos en esta investigación.

Por el contrario, la investigación de Salinas Atuesta & Salamanca Camargo (2020) realizada en Colombia con 127 individuos, indica que la personalidad patológica más sobresaliente en su muestra es de tipo paranoide; otro dato de este estudio es que se identificaron correlaciones entre las escalas límite y paranoide. Según Niño, A., Díaz M, D. & Ramírez N, L. (2017) existe un alto nivel de comorbilidad de los trastornos de personalidad con abuso o dependencia de sustancias. De acuerdo con la literatura, para dar explicación a los

patrones clínicos de personalidad es necesario conocer la interrelación que existe con los síndromes clínicos (Millon & Davis 1998).

Los síndromes clínicos más prevalentes en el presente estudio son: depresión (37.8%), problemas con el alcohol (37%), problemas con drogas (27%) y ansiedad (20.0%). La investigación de Burneo-Garcés & Pérez-García (2018) recoge las siguientes cifras: problemas de alcohol (33%), manía (32.3%) y problemas de drogas (27.9%). Aunque coincide la prevalencia de problemas con el alcohol y las drogas, en la presente investigación no hubo ningún indicativo clínico de manía, aunque el 16,2% presentó puntuaciones elevadas en esa categoría. El trabajo de Peña Contreras & Cárdenas Padrón (2014) señala que la mitad de la población presenta dependencia de sustancias, dato que corrobora los altos índices de problemas con alcohol y problemas con las drogas en el presente estudio. Las investigaciones de Molina-Coloma, V. (2019), coinciden que los trastornos adictivos y depresivos son frecuentes en presidiarios, aunque en este también se evidencian altos índices de trastornos de estrés postraumático.

De manera general, según Niño, A., Díaz M, D. & Ramírez N, L. (2017) gran parte de los estudios afirman que más de la mitad de la población reclusa presenta algún tipo de trastorno mental. Con la información recopilada se concluye que los índices de la prevalencia de los trastornos varían en cada investigación, sin embargo, los síndromes patológicos más representativos que coinciden entre las investigaciones mencionadas son: depresión, ansiedad, psicosis y consumo de sustancias. También, las personalidades de tipo: antisocial, límite y paranoide.

Con referencia a las relaciones significativas de la investigación, se encontró que los internos pertenecientes a las edades de 18 a 27 y de 28 a 37 años tenían como predominancia los rasgos antisociales, mientras que en las personas de entre 38 y 47 años predominan los

rasgos límites indicando que a mayor edad mayores rasgos límites y paranoides. También registró una relación significativa entre el estado civil y la personalidad, pues los en solteros e individuos con unión libre predominan los rasgos antisociales, mientras que en los casados y divorciados predominan los rasgos límites.

En cuanto a la relación entre las características sociodemográficas y los síndromes clínicos se encontró que el estado civil se relaciona con la categoría de problemas con drogas, pues los divorciados presentaron puntuaciones significativamente más elevadas; así también, el tipo de vivienda, pues quienes tenían viviendas compartidas con otros familiares tenían problemas con las drogas significativamente inferior al resto de grupos. El análisis de problemas de alcohol y drogas reveló una relación positiva con la cantidad de hijos, es decir que a mayor número de hijos mayores problemas con las drogas. También se encontró que aquellas personas detenidas por delitos relacionados con consumo de sustancias tenían mayores problemas con las drogas.

Entre las limitaciones consideradas en este estudio se encuentra el reducido tamaño de la muestra, aunque a pesar de ello los resultados obtenidos coinciden en alto grado con los de otras investigaciones. También, el instrumento utilizado realiza un screening del perfil de los evaluados, es decir los diagnósticos obtenidos mediante el mismo son presuntivos y para ser comprobados se debe realizar una evaluación más profunda y confirmarse a través de la entrevista clínica. Por esta razón se considera importante realizar estudios más completos con participantes de otros centros de rehabilitación social.

A pesar de lo mencionado, la presente investigación refleja la problemática existente en el ámbito de salud mental de la población carcelaria. Los resultados obtenidos indican la necesidad de modificar la forma de intervención psicológica y la implementación de tratamientos más eficaces.

Conclusiones Generales

Tanto la literatura como los estudios aplicados en población carcelaria reflejan altos índices de trastornos mentales. Entre los factores de riesgo para un diagnóstico, obtiene gran relevancia la predisposición genética y desafortunadamente, los factores ambientales como: la situación socioeconómica, el nivel de educación, etc... Los cuales favorecen el desarrollo de estas patologías e interfieren de manera negativa en la disponibilidad y apertura al tratamiento. Un factor de riesgo muy común entre personas privadas de la libertad es la situación socioeconómica baja.

El entorno en el cual estas personas se desenvuelven puede detonar varias patologías; las condiciones de encierro, la falta de necesidades básicas en las prisiones y la imposibilidad de involucrar al sistema familiar o red de apoyo, dan pronósticos poco favorables. Se cree que, debido a la falta de tratamientos adecuados en la salud mental de personas privadas de la libertad, no es posible cumplir con la tarea de rehabilitar, y esta es una de las causas de la reinserción en las prisiones.

Los resultados de esta investigación concuerdan con gran parte de los estudios existentes en esta población. La mayoría de los internos se encontraban entre los 28 y 37 años, poco menos de la mitad eran solteros, más de un 90% tenía un nivel de educación bajo y la mayoría tenía al menos un hijo.

Los tres rasgos de personalidad evaluados obtuvieron puntuaciones clínicamente significativas: límite (35,1%), antisocial (32,4%) y paranoide (21,6%). La cantidad de internos con síndromes clínicos significativos era superior al 10%, los más representativos fueron: problemas con el alcohol (37,8%), depresión (37,8%), ansiedad (27%) y problemas con las drogas (27%).

Finalmente, se logró evidenciar que existe una relación significativamente positiva entre la edad y los rasgos de personalidad. En los internos pertenecientes a las edades de 18 a 37 años predominan los rasgos antisociales; mientras que las personas de entre 38 y 47 años

predominan en los rasgos límites. En referencia al estado civil se encontró que en los solteros y quienes tenían unión libre, tienen predominancia de rasgos antisociales, mientras que los casados y divorciados tenían un índice más elevado de rasgos límites.

Se evidenció una relación entre el estado civil y los problemas con las drogas, pues los divorciados tienen puntuaciones más altas en esta categoría. Al contrario, quienes tenían viviendas compartidas tenían problemas con las drogas significativamente inferiores al resto del grupo. Por último, se encontró que las personas con mayor cantidad de hijos y aquellos cuyo delito fue relacionado con el consumo de sustancias, tienen mayores problemas con las drogas.

Recomendaciones

En un nivel preventivo, tanto el Ministerio de Salud Pública como el Ministerio de Educación, deben impulsar programas de concientización sobre la salud mental dirigidos a administrativos, profesores, padres de familia y niños, niñas y adolescentes de escuelas y colegios fiscales. También, deben realizarse evaluaciones psicológicas continuas a estudiantes y padres de familia que se considere que tengan factores de riesgo para el padecimiento de algún trastorno mental.

La intervención en los Centros de Rehabilitación debe iniciar con la mejora de políticas públicas que se enfoquen la adecuada distribución de recursos económicos. Es indispensable que el Servicio Nacional de Atención Integral a personas adultas privadas de la libertad y a adolescentes infractores, priorice la utilización de sus recursos en contratación de profesionales de salud y capacitación al personal con el fin de salvaguardar la seguridad de los internos y empleados de dichos centros.

Al personal de salud mental que se encuentra laborando en los Centros de Rehabilitación Social del país, se recomienda realizar intervenciones grupales debido al alto número de internos y la dificultad para brindar un tratamiento personalizado. Por esta misma razón, también se debe establecer criterios de gravedad para poder brindar terapia individual. La utilización de técnicas conductuales ha mostrado alta eficacia en la recuperación de los síntomas y en el proceso de rehabilitación. También, se recomienda realizar proyectos de vida con personas que se encuentre próximas a cumplir su condena y fomentar la participación en talleres ocupacionales, que ayuden a la persona a adquirir habilidades para su reinserción en la sociedad.

Referencias Bibliográficas

- Alafia, J., & Manjula, M. (2020). Emotion dysregulation and early trauma in borderline personality disorder: An exploratory study. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 42(3), 290-298. Academic Search Complete.
- Arrias Añez, J. C., Plaza Benavides, B. R., & Herráez Quezada, R. G. (2020). Interpretación del Sistema Carcelario Ecuatoriano. *Revista Universidad y Sociedad*, 16-20.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de Los Trastornos Mentales (DSM-V)*. VA: Arlington.
- Azpiroz Nuñez, M. d., & Prieto loureiro, G. (2015). *Itinerario*.
- Balarezo Chiriboga, L. (2010). *Psicoterapia Integrativa Focalizada En La Personalidad*. Quito: UNIGRAF.
- Bano, Z., & Shahzadi, A. (2020). Dependent Personality Disorder Scale: Development and Reliability Study. *Khyber Medical University Journal*, 12(4), 278–283. <https://doi.org/10.35845/kmu.j.2020.19802>
- Barlow, D. H. (2014). *Manual Clínico de Trastornos Psicológicos*. Ciudad de México: El Manual Moderno.
- Belloch Fuster, A., & Fernández-Álvarez, H. (2010). *Tratado de trastornos de la personalidad*. Madrid: Editorial Síntesis, S. A.
- Bermúdez Moreno, J., Pérez García, A. M., Ruiz Caballero, J. A., Sanjuán Suárez, P., & Rueda Laffond, B. (2012). *Psicología de la Personalidad*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Burneo-Garcés, C., & Pérez-García, M. (2018). PREVALENCE OF PSYCHOPATHOLOGICAL FEATURES IN SOUTH AMERICAN PRISONS USING THE PERSONALITY ASSESSMENT INVENTORY. *Prevalencia de características psicopatológicas en prisiones sudafricanas medida con el «Inventario de evaluación de la personalidad »*, 26(1), 177-194.

Academic Search Complete.

- Cain, N. M., Ansell, E. B., Simpson, H. B., & Pinto, A. (2015). Interpersonal Functioning in Obsessive–Compulsive Personality Disorder. *Journal of Personality Assessment*, 97(1), 90–99. <https://doi.org/10.1080/00223891.2014.934376>
- Căndel, O.-S., & Constantin, T. (2017). Antisocial and Schizoid Personality Disorder Scales: Conceptual bases and preliminary findings. *Romanian Journal of Psychology*, 19(1), 10–16. <https://doi.org/10.24913/rjap.19.1.02>
- Carson, C. R. (2019). *Interaction Concepts of Personality*. Nueva York: Routledge.
- Carver, C. S., & Sheier, M. F. (2014). *Teorías de la personalidad*. Naucalpan de Juárez: Pearson Educación.
- Cervone, D., & Pervin, L. A. (2015). *Personality: Theory and research*. John Wiley and Sons.
- Cloninger, S. C. (2003). *Teorías de la personalidad*. México: Pearson Educación.
- Compton, W. M., Thomas, Y. F., Conway, K. P., & Colliver, J. D. (2006). Avances en la epidemiología del consumo de sustancias y de los trastornos por consumo de sustancias. *American Journal of Psychiatry - Edición Española*, 9(1), 597–605.
- Constitución de la República del Ecuador. (2018). 449 de 20-Oct.
- Dirkzwager, A. J. E. (2019). The longitudinal course of prisoners' mental health problems during and after imprisonment. *European Journal of Public Health*, 29(ckz185.759). <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz185.759>
- Dobbert, D. L., & Mackey, T. X. (2015). *Deviance: Theories on Behaviors That Defy Social Norms: Theories on Behaviors That Defy Social Norms*. ABC-CLIO.
- Esterberg, M. L., Goulding, S. M., & Walker, E. F. (2010). Cluster A Personality Disorders: Schizotypal, Schizoid and Paranoid Personality Disorders in Childhood and Adolescence. *Journal of Psychopathology & Behavioral Assessment*, 32(4), 515-528. SocINDEX with Full Text.

- Gabrysch, C., Fritsch, R., Priebe, S., & Mundt, A. P. (2019). Mental disorders and mental health symptoms during imprisonment: A three-year follow-up study. *PLoS ONE*, *14*(3), 1-13. Academic Search Complete.
- Gale, Cengage Learning. (2015). *A Study Guide for Psychologists and Their Theories for Students: ALBERT BANDURA Psychologists and Their Theories for Students*. Gale, Cengage Learning.
- Gallardo, C., & Núñez Vega, J. (2006). *Flasco*. Recuperado el enero de 2020, de Flasco: <http://www.flasco.org.ec/docs/encuestacarceles.pdf>
- Gulin, S., Ellbin, S., Jonsdottir, I. H., & Lindqvist Bagge, A. (2021). Is obsessive-compulsive personality disorder related to stress-related exhaustion? *Brain & Behavior*, *11*(6), 1-11. <https://doi.org/10.1002/brb3.2171>
- Haghighatfard, A., Andalib, S., Amini Faskhodi, M., Sadeghi, S., Ghaderi, A. H., Moradkhani, S., Rostampour, J., Tabrizi, Z., Mahmoodi, A., Karimi, T., & Ghadimi, Z. (2018). Gene expression study of mitochondrial complex I in schizophrenia and paranoid personality disorder. *World Journal of Biological Psychiatry*, *19*, S133-S146. Academic Search Complete.
- Herrera-Gómez, A. L. (2017). Una reflexión sobre la labor social en pacientes con trastorno antisocial de la personalidad. *A Reflection on Social Work in Patients with Antisocial Personality Disorder.*, *20*(3), 368-373. Fuente Académica Premier.
- Holguin Mendoza, T. E., & Palacios Casados, J. J. (2014). La genética del trastorno antisocial de la personalidad: Una revisión de la bibliografía. *Genetics of antisocial personality disorder: review of the literature.*, *37*(1), 83-91. Academic Search Complete.
- Ignatyev, Y., Baggio, S., & Mundt, A. P. (2019). The Underlying Structure of Comorbid Mental Health and Substance Use Disorders in Prison Populations. *Psychopathology*, *52*(1), 2-9. Academic Search Complete.
- Karolinsky, L. (2019). Mother's Parenting Style and Its Impact on the Development of Avoidant Personality Disorder among Israeli Children. *Social Research Reports*, *11*(2), 9-19.

<https://doi.org/10.33788/srr11.2.1>

- Lee, D.-K., Lee, H., Park, K., Joh, E., Kim, C.-E., & Ryu, S. (2020). Common gray and white matter abnormalities in schizophrenia and bipolar disorder. *PLoS ONE*, *15*(5), 1-18. Academic Search Complete.
- Librán, E. C. (2015). *Manual de Psicología de la Personalidad*. España: Club Universitario.
- Markin, S. (2019). The undiscovered illness. *Scientific American*, 36-41.
- Márquez, A. K., Londoño, S. O., & Velásquez, M. P. (2014). *Síntomas Somáticos y Trastornos Relacionados: Conceptualización*.
- Mendoza Nápoles, C. A. (2018). Aspectos socioculturales de la somatización: un estudio de caso. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 207-219.
- Millon, T., & Davis, R. D. (2004). *Trastornos de la personalidad*. España: Masson.
- Molina-Coloma, V. (2019). Salud mental en población penitenciaria ecuatoriana (Tesis Doctoral). Donostia, San Sebastián: Universidad del País Vasco.
- Morey, L. C. (2003). *Inventario de evaluación de la personalidad*. Madrid: TEA Ediciones S.A.
- Murueta Reyes, Marco Eduardo., & Orozco Guzmán, Mario. (2015). *Psicología de la violencia: Causas, prevención y afrontamiento*. Ciudad de México: Manual Moderno.
- Naik, P. (1998). *Behaviorism as a Theory of Personality: A Critical Look*. Northwestern, United States.
- Niño, A., Díaz M, D., & Ramírez N, L. (2017). Trastorno mental en el contexto carcelario y penitenciario. *Carta Comunitaria*, *25*(143), 77-88.
<https://doi.org/10.26752/ccomunitaria.v25.n143.85>
- Organización Mundial de la Salud. (30 de enero de 2020). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Palomares, N., McMaster, A., Díaz-Marsá, M., de la Vega, I., Montes, A., & Carrasco, J. L. (2016). Comorbilidad con el eje II y funcionalidad en pacientes graves con trastorno límite de la

personalidad. *Multiple cluster axis II comorbidity and functional outcome in severe patients with borderline personality disorder.*, 44(6), 212-221. Academic Search Complete.

Penado, M., & Trijueque, D. G. (2015). El trastorno esquizoide de la personalidad en la jurisprudencia penal del Tribunal Supremo español. *The schizoid personality disorder in the criminal jurisprudence of the Spanish Supreme Court.*, 25(1), 81-85. Academic Search Complete.

Peña Contreras, E., & Cárdenas Padrón, A. B. (2014). *Universidad del Azuay*. Obtenido de Repositorio Institucional.: <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/3497>

Piedra Celi, J. L. (2014). *El sistema penitenciario entendido como el derecho a una digna rehabilitación social de las personas privadas de la libertad en Ecuador*. Quito: Universidad de Las Américas.

Point, T., & Andrés, A. (2008). *La Comunicación No Verbal y La Personalidad*. Barcelona: UOC.

Redondo Illescas, S. (2017). *Evaluación. tratamiento de delincuentes; Jóvenes y adultos*. Madrid: PIRÁMIDE.

Rosero Muñoz, A. B. (26 de mayo de 2019). En 10 años el número de presos se triplicó; existen tres razones. *Diario El Comercio*.

Salinas Atuesta, Karen Viviana y Salamanca Camargo, Yenny (2020). Correlación entre personalidad patológica y conducta delictiva en población penitenciaria. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 16 (1), 131-142. [Fecha de Consulta 16 de junio de 2021]. ISSN: 1794-9998. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67963183009>

Sánchez-Barranco Ruiz, A. (2004). *Historia de la Psicología, sistemas, movimientos y escuelas*. Pirámide.

Sánchez, E. (21 de enero de 2020). Centro de Rehabilitación Social de Azogues. (E. Delgado, Entrevistador)

Schultz, D. P., & Schultz, S. E. (2016). *Theories of Personality*. Cengage Learning.

- Thadani, B., Pérez-García, A. M., & Bermúdez, J. (2018). Calidad de vida en personas diagnosticadas con trastorno de personalidad límite: Papel mediador de la satisfacción vital. *Quality of life in patients with borderline personality disorder: The mediating role of life satisfaction.*, 23(2), 89-98. Academic Search Complete.
- Toro Greiffenstein, R. J., Yepes Roldán, L. E., & Palacio Acosta, C. A. (2010). *Fundamentos de la medicina (Psiquiatría)*. Medellín : Corporación para investigaciones biológicas.
- Velázquez Díaz, M., Martínez Medina, M. P., Martínez Pérez, M., & Padrós Blázquez, F. (2016). MODELOS EXPLICATIVOS DEL TRASTORNO POR ANSIEDAD GENERALIZADA Y DE LA PREOCUPACIÓN PATOLÓGICA. *EXPLANATORY MODELS OF GENERALIZED ANXIETY DISORDER AND PATHOLOGICAL WORRY.*, 7(2), 156-167. Fuente Académica Premier.
- Walsh, J. (2017). Schizotypal Personality Disorder: A Clinical Social Work Perspective. *Journal of Social Work Practice*, 31(1), 67-78. SocINDEX with Full Text.
- Young, C., Habarth, J., Bongar, B., & Packman, W. (2018). Disorder in the Court: Cluster B Personality Disorders in United States Case Law. *Psychiatry, Psychology & Law*, 25(5), 706–723. <https://doi.org/10.1080/13218719.2018.1474816>

Anexos

Anexo 1. Autorización del Centro de Rehabilitación Social de Azogues

Azogues, 21 de enero de 2020


Doctora
Eulalia Sánchez
Coordinadora del Centro de Rehabilitación Social de Azogues

De mi consideración

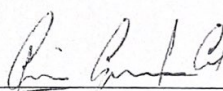
Yo, María Elisa Delgado Cajamarca, con cedula de identidad 0984101751, estudiante de noveno ciclo de carrera de Psicología clínica de la Universidad del Azuay, solicito comedidamente, se me autorice el ingreso a la institución que usted acertadamente dirige, con la finalidad de realizar mi trabajo de investigación previo a la obtención del título profesional. El tema propuesto es " Prevalencia de personalidad y síndromes clínicos en sujetos internos en el Centro de Rehabilitación Social de Azogues". Para dicha finalidad se requiere un número mínimo de 35 personas, mismas que firmaran un acuerdo de confidencialidad, garantizando así el anonimato de los sujetos quienes colaboren en la investigación.

Por la favorable aceptación a la presente solicitud, anticipo mis agradecimientos.

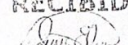
Atentamente:



María Elisa Delgado Cajamarca



Mg. Mario Moyano
Director de Tesis

C.I. 0301957973
PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD Y A
ADOLESCENTES INFRACTORES
CENTRO DE PRIVACIÓN DE LIBERTAD
DE PERSONAS ADULTAS AZOGUES
HORA:
21 ENE. 2020
RECIBIDO
NOMBRE: 



Mg. Sebastián Herrera

Director de la Escuela de Psicología Clínica.



Anexo 2. Ficha Sociodemográfica

ENCUESTA

EDAD18 a 27 años 28 a 37 años 38 a 47 años 48 o más años **ESTADO CIVIL**Soltero Casado Unión libre Divorciado Separado Viudo **PROCEDENCIA**Costa Sierra Oriente Región insular **NIVEL DE ESCOLARIDAD**Ninguno Primaria Bachillerato Tecnológico Universitario **VIVIENDA**Propia Arrendada Compartida con otras familias Otra **HIJOS**Ninguno 1 2 3 4 o más **RESIDENCIA:**Costa Sierra Oriente Región insular

OCUPACIÓN:

Estudiante

Negocio propio

Trabajador en sector público

Desempleado:

Trabajador en sector privado

Otro:

MOTIVO DE DETENCIÓN

Delitos sexuales

Delito de hurto

Delitos relacionados con consumo de sustancias

Homicidio o asesinato

Tenencia o uso de armas

Otros

340. Estoy pensando en suicidarme
341. Las cosas nunca han estado tan mal como para pensar en suicidarme
342. El que yo use drogas nunca me ha causado problemas con mi familia o mis amigos/as
343. Tengo cuidado al gastar dinero
344. Es raro cuando me pongo de mal humor
