



1859

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Título:

CONDICIONES AMBIENTALES DEL INTERNAMIENTO PENITENCIARIO Y LAS SENTENCIAS ELEVADAS, Y SU INFLUENCIA EN EL DESARROLLO DE TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO, DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD DEL CENTRO DE PRIVACIÓN DE LIBERTAD DE PERSONAS ADULTAS EN CONFLICTO CON LA LEY DE LOJA Y ZAMORA CHINCHIPE, 2017 - 2018

Tesis previa a la obtención del título de Psicóloga Clínica

Autora:

Karen Gabriela Ordóñez Hurtado

Director:

Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes, Mg.Sc.

Loja - Ecuador
2018



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CERTIFICACIÓN

Loja, 10 de septiembre de 2018

Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes, Mg.Sc.

DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICA

Que el presente trabajo de investigación de la autoría de la **Srta. Karen Gabriela Ordóñez Hurtado**, cuyo título es: **“CONDICIONES AMBIENTALES DEL INTERNAMIENTO PENITENCIARIO Y LAS SENTENCIAS ELEVADAS, Y SU INFLUENCIA EN EL DESARROLLO DE TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO, DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD DEL CENTRO DE PRIVACIÓN DE LIBERTAD DE PERSONAS ADULTAS EN CONFLICTO CON LA LEY DE LOJA Y ZAMORA CHINCHIPE, 2017-2018”** ha sido dirigido, asesorado, revisado, y orientado con pertinencia y rigurosidad científica en todas sus partes, en concordancia con el mandato del Art. 139 del Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja. En consecuencia, el informe reúne los requisitos formales y reglamentarios, por lo cual autorizo su presentación ante el Tribunal de Grado.

Atentamente:

Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes, Mg. Sc.

DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

Yo, **Karen Gabriela Ordóñez Hurtado**, declaro ser autora del presente trabajo de tesis titulado **“CONDICIONES AMBIENTALES DEL INTERNAMIENTO PENITENCIARIO Y LAS SENTENCIAS ELEVADAS, Y SU INFLUENCIA EN EL DESARROLLO DE TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO, DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD DEL CENTRO DE PRIVACIÓN DE LIBERTAD DE PERSONAS ADULTAS EN CONFLICTO CON LA LEY DE LOJA Y ZAMORA CHINCHIPE, 2017-2018”** y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma. Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual.



FIRMA:

AUTORA: Karen Gabriela Ordóñez Hurtado

CÉDULA DE IDENTIDAD: 1104695224

FECHA: Loja, 10 de septiembre del 2018

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, **Karen Gabriela Ordóñez Hurtado**, declaro ser autora de la Tesis titulada **“CONDICIONES AMBIENTALES DEL INTERNAMIENTO PENITENCIARIO Y LAS SENTENCIAS ELEVADAS, Y SU INFLUENCIA EN EL DESARROLLO DE TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO, DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD DEL CENTRO DE PRIVACIÓN DE LIBERTAD DE PERSONAS ADULTAS EN CONFLICTO CON LA LEY DE LOJA Y ZAMORA CHINCHIPE, 2017- 2018”**, como requisito para optar al grado de Psicóloga Clínica, además autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que, con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los diez días del mes de septiembre de 2018, firma del autor.



FIRMA:

AUTORA: Karen Gabriela Ordóñez Hurtado

CÉDULA: 1104695224

DIRECCIÓN: Loja, Av. Romerillos y Gobernación de Mainas 313-65

CORREO ELECTRÓNICO: gabriela_oh@hotmail.com

TELÉFONO: 07-2-102219/ 0992273715

DATOS COMPLEMENTARIOS

DIRECTOR DE TESIS: Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes, Mg.Sc.

TRIBUNAL DE GRADO

PRESIDENTA: Dra. Ana Catalina Puertas Azanza, Mg. Sc.

VOCAL 1: Dra. Silvia Eugenia Torres Díaz, Mg. Sc.

VOCAL 2: Psi. Cl. Gabriela Fernanda Rojas Muñoz, Mg. Sc.

AGRADECIMIENTO

Principalmente agradezco a Dios por ser mi guía y acompañarme en el transcurso de mi vida, brindándome paciencia y sabiduría para culminar con éxito mis metas propuestas, por ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y debilidad.

A mis padres Leonardo y Nancy, a mi hermano Leonardo Israel, quienes a lo largo de toda mi vida han apoyado y motivado mi formación académica, creyeron en mí en todo momento y no dudaron de mis habilidades.

Agradezco de todo corazón a la Universidad Nacional de Loja por abrirme sus puertas, a la Facultad por permitirme ser parte de una carrera tan humana como es la Psicología Clínica que me ha enseñado el valor y potencial humano de cada persona.

Al Centro de Rehabilitación Social de Loja por su apertura para la investigación, a la Dra. Deysi Criollo encargada del Departamento Psicológico del Centro por transmitirme sus conocimientos sin reserva alguna.

De manera especial a mi tutor Dr. Germán Vélez Reyes y mi profesora Psc. Cl. Zhenia Muñoz Vines por la fructífera labor y constancia para guiarme y lograr la culminación de este trabajo.

Karzen Gabriela Ordóñez Hurtado.

DEDICATORIA

**“Nunca consideres el estudio como una obligación,
sino como una oportunidad para penetrar
en el bello y maravilloso mundo del saber”**

Albert Einstein.

Este trabajo está dedicado en primer lugar a Dios, por haberme brindado el privilegio de la existencia.

A mis padres Leonardo Ordóñez y Nancy Hurtado, así como también a mi hermano Leonardo Israel que han sido forjadores de este ideal, por ser ese apoyo incondicional, el abrazo reconfortante y la palabra de aliento que ha guiado día a día mi camino.

También está dedicado de manera especial a mi guerrero y luchador mi Abuelito Vidal y mi Abuelita Zoila. Y a mi familia en general, porque me han brindado su apoyo incondicional y por compartir conmigo buenos y malos momentos.

Que Dios los bendiga siempre.

Con amor

Karzen Gabriela Ordóñez Hurtado.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA.....	i
CERTIFICACIÓN	ii
AUTORÍA.....	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
DEDICATORIA	vi
ÍNDICE DE CONTENIDOS	vii
a. TÍTULO	1
b. RESUMEN.....	2
SUMMARY	3
c. INTRODUCCIÓN	4
d. REVISIÓN DE LITERATURA.....	7
1. CAPÍTULO I: CENTROS PENITENCIARIOS.....	7
1.1 Centros de Rehabilitación Social.....	7
1.2 Aspectos generales del Internamiento Penitenciario	8
1.2.1 Predominio del régimen sobre la intervención.....	8
1.2.2 Estructura Arquitectónica.....	9
1.2.3 Utilización de tiempo y espacio	11
1.2.4 Educación y cultura en la cárcel.....	11
1.2.5 Trabajo en la Cárcel	12

1.3 Centro de Privación de la Libertad de Personas Adultas en Conflicto con la Ley, Loja – Zamora Chinchipe.....	12
2. CAPÍTULO II: EL PROCESO DE ADAPTACIÓN A LA PRISIÓN	15
2.1 Privación de libertad.....	15
2.2 Prisionización	16
2.3 Consecuencias Psicológicas de la Prisionización.....	17
3. CAPÍTULO III: TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO	20
3.1 Generalidades de los Trastornos del Estado de Ánimo	20
3.2 Concepto de Trastornos del Estado de Ánimo	21
3.3 Epidemiología de los Trastornos del Estado de Ánimo	22
3.4 Neurobiología de la afectividad.....	24
3.5 Exploración y Psicopatología de la Afectividad	27
3.6 Clasificación de los Trastornos del Estado de Ánimo.....	29
3.6.1 Trastorno Depresivo Mayor.....	29
3.6.2 Trastornos Bipolares	31
3.6.3 Trastornos del humor persistentes	31
e. MATERIALES Y MÉTODOS	33
f. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	40
TABLA 1	40
<i>Diagnóstico definitivo en cuanto a Trastornos del Estado de Ánimo en las PPL</i>	<i>40</i>
TABLA. 2.....	41
<i>Condiciones Ambientales de acuerdo a la percepción del PPL.....</i>	<i>41</i>

TABLA 3.....	42
<i>Alteraciones afectivas percibidas por el individuo tras la pérdida de libertad</i>	<i>42</i>
g. DISCUSIÓN.....	42
h. CONCLUSIONES	47
i. RECOMENDACIONES.....	48
j. BIBLIOGRAFÍA	49
k. ANEXOS.....	54
Anexo # 1 Proyecto de Tesis	54
Anexo # 2 Oficio de aprobación de Proyecto de Tesis	84
Anexo # 3 Oficio de modificación de tema del Proyecto de Tesis.....	118
Anexo # 4 Oficio de modificación de tema de tesis.....	119
Anexo # 5 Oficio de asignación de Directora de Proyecto de Tesis	120
Anexo # 6 Oficio de modificación de cronograma	121
Anexo # 7 Oficio de la UNL al CPLPAL para la realización del proyecto de tesis.....	122
Anexo # 8 Oficio de aprobación del Director del CPLPAL para realizar el proyecto ..	123
Anexo #9. Oficio de renuncia de tutor	124
Anexo# 10 Asignación de nuevo tutor de tesis	125
Anexo # 11 Consentimiento Informado	126
Anexo # 12 Encuesta Psicológica.....	127
Anexo # 13 Historia Clínica Psicológica.....	134
Anexo # 14 Reactivo Psicológico.....	151

Anexo # 13 Certificación de Traducción de Resumen	158
Anexo # 14 Certificación del Programa Estadístico SPSS.....	159
Anexo # 15 Otras Tablas Estadísticas	160

a. TÍTULO

“CONDICIONES AMBIENTALES DEL INTERNAMIENTO PENITENCIARIO Y LAS SENTENCIAS ELEVADAS, Y SU INFLUENCIA EN EL DESARROLLO DE TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO, DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD DEL CENTRO DE PRIVACIÓN DE LIBERTAD DE PERSONAS ADULTAS EN CONFLICTO CON LA LEY DE LOJA Y ZAMORA CHINCHIPE, 2017-2018”.

b. RESUMEN

Cuando una persona es ingresada a un centro de privación de libertad va a sufrir una experiencia traumatizante que afecta su estado emocional de manera inevitable.

La presente investigación “Condiciones ambientales del internamiento penitenciario y las sentencias elevadas, y su influencia en el desarrollo de Trastornos del Estado de Ánimo en las personas privadas de libertad del centro de privación de libertad de personas adultas de Loja” tiene como propósito identificar como las condiciones ambientales y las sentencias elevadas influyen en el desarrollo de Trastornos del Estado de Ánimo en las personas privadas de libertad del centro de privación de libertad de personas adultas de Loja.

El estudio fue cuali-cuantitativo, de tipo descriptivo, de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 60 Personas Privadas de la Libertad, la recogida de información fue mediante la aplicación de una Encuesta Estructurada, Historia Clínica Psicológica Estructurada y el Inventario Clínico Multiaxial de Millon III; los cuales permitieron procesar la información, consolidar datos y resultados para constatar que las condiciones ambientales del internamiento penitenciario y las sentencias elevadas, si influyen en el desarrollo de trastornos del estado de ánimo en las personas privadas de libertad, llegando a la conclusión de que presentan un alto índice de trastornos del estado de ánimo, entre ellos tenemos Episodio depresivo leve y Depresión Enmascarada. Además, se pudo constatar que la privación de libertad es un factor de riesgo, que genera alteraciones en la afectividad de la persona.

Palabras claves: Trastorno, Episodio depresivo, internamiento penitenciario, condiciones ambientales, factor de riesgo, adaptación.

SUMMARY

When a person is admitted to a detention center will undergo a traumatizing experience affect their state inevitably. The present investigation "Environmental conditions of the penitentiary internment and the high sentences, and their influence in the development of Mood Disorders in the people deprived of the Adults Deprivation of freedom Center of Loja", has as purpose to identify how the environmental conditions and high sentences influence the development of Mood Disorders in people deprived of the Adults Deprivation of freedom Center of Loja.

The investigation was qualitative-quantitative, descriptive, of cross-sectional type. The same were applied to a sample of 60 inmates deprived of their liberty, in addition the technique applied to collect the information were a structured survey, a structured psychological clinical history and Millon Clinical Multiaxial Inventory III , which allowed processing the information, consolidating data and results to verify that the environmental conditions of the prison detention and the high sentences do influence the development of mood disorders in people deprived of freedom, concluding that they present a high index of mood disorders, among them we have mild depressive episode and masked depression. In addition, it was found that deprivation of liberty is a risk factor, which generates alterations in the person affectivity.

Key words: Disorder, Depressive episode, penitentiary internment, environmental conditions, risk factor, adaptation.

c. INTRODUCCIÓN

El estudio de los trastornos mentales constituye, en sí mismo, un aspecto de vital importancia en la investigación por distintas razones, tales como: (a) conocer su frecuencia, distribución y factores determinantes; (b) ser causa de enfermedad crónica; (c) conllevar un grado de discapacidad aparejado (Borges, Medina-Mora, & López Moreno, 2004).

Así mismo, los estudios de investigación sobre salud mental, enmarcados dentro de la epidemiología psiquiátrica, son necesarios para ofrecer datos relevantes sobre la prevalencia e impacto de los trastornos mentales en la población y su repercusión en la calidad de vida, detectar las necesidades de las personas que los sufren, evaluar la atención sanitaria y social que reciben, así como la planificación de dichos servicios (Vicens et al., 2011).

Este aumento de personas con trastornos mentales, no sólo es contemplado en la población general. También es una realidad en una población muy específica como es la población penitenciaria, donde, en los últimos años, hay evidencias que ponen de manifiesto la alta prevalencia de personas con trastorno mental, aunque se desconoce el número exacto de la misma, así como de los trastornos mentales severos. Estudios realizados en todo el mundo revelan que nueve de cada diez internos presentan algún tipo de alteración en su salud mental, oscilando las tasas entre un 2%-4% en trastornos como la esquizofrenia, un 10%-12% en el trastorno depresivo y un 50%-75% en los trastornos de personalidad (Vicens-Pons et al., 2009).

La privación de libertad consiste en una de las medidas más utilizadas en la mayoría de países del mundo, la cual radica en restringir a un sujeto de su libertad por un periodo de tiempo no determinado. (CAPRI, 2003)

De esta manera la persona privada de libertad, entra entonces en un nuevo espacio (como sistema total) que tiene sus propias normas, roles, patrones de comportamiento, sistemas y códigos de comunicación, agentes de control, y toda una estructura rígida en donde domina la disciplina rígida y en donde todo está reglamentado y controlado. A este nuevo contexto es al que el sujeto, privado de su libertad, se va a enfrentar, y al cual se tiene que adaptar (Valverde Molina, 2006).

Es importante considerar que cualquier cambio forzado en sus esferas tanto personal, familiar, laboral y social supone un trauma llegando a ocasionar niveles muy graves de estrés, dependiendo de la vulnerabilidad, personalidad y nivel de experiencia negativas que haya experimentado la persona, provocando severas consecuencias somáticas y psicológicas en el organismo del ser humano (CAPRI, 2003).

Así mismo, se produce una disminución deliberada de los canales de comunicación de la persona, con el consiguiente deterioro de los lazos afectivos básicos, junto con la imposibilidad de crear vínculos nuevos. Esto puede traer serios problemas para la reinserción social de la persona (Valverde, 2006).

Con el afán de dar solución a la problemática planteada y a su vez brindar información oportuna el presente trabajo investigativo, tiene como objetivos específicos: Detectar los Trastornos del Estado del Ánimo predominantes en las personas privadas de libertad con sentencias elevadas del CPLPAL; Describir como las condiciones ambientales influyen en el desarrollo de los Trastornos del Estado del Ánimo de los internos o personas privadas de libertad con sentencias elevadas del CPLPAL; Analizar de qué manera influye la privación de libertad en el desarrollo de Trastornos del Estado del Ánimo que presentan los internos.

La investigación tiene un enfoque cuali-cuantitativo, de tipo descriptivo y de corte transversal, con la intención de caracterizar las respuestas emocionales de la población, en el planteamiento de los objetivos y en referencia a las conclusiones y recomendaciones; el estadístico en la tabulación de los resultados obtenidos a partir de los instrumentos aplicados, permitiendo así, elaborar los cuadros estadísticos y representarlos en organizadores gráficos. Los instrumentos que se utilizaron para la recolección de la información en relación a las variables en estudio fue un reactivo psicológico estandarizado y validado como el Inventario Clínico Multiaxial de Millon III, aplicado a las personas privadas de libertad, esto con la finalidad de poder caracterizar interpretar la sintomatología psicopatológica presente en la población estudiada, así como también un consentimiento informado, una encuesta psicológica estructurada e historia clínica psicológica estructurada.

Indudablemente la teoría en este proceso investigativo es de suma importancia, por lo cual, se realizó una revisión exhaustiva de la literatura, la cual consta de tres categorías; la primera que abarca las temáticas de los centros penitenciarios del Ecuador, así como la realidad del CPLPAL ; en la segunda parte trata sobre el proceso de adaptación a la prisión y las consecuencias que genera dicha privación de libertad; la tercera parte, trata sobre los trastornos del estado de ánimo desde una perspectiva amplia y enmarcada básicamente en la clínica de estas.

Los resultados obtenidos contribuirán al conocimiento e información relevante en cuanto a cómo las condiciones ambientales del internamiento penitenciario y las sentencias elevadas influyen en el desarrollo de trastornos del estado de ánimo, y de esta manera se diseñen propuestas preventivas inmediatas por parte de la institución y profesionales a fines que permitan contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas privadas de libertad.

d. REVISIÓN DE LITERATURA

1. CAPÍTULO I: CENTROS PENITENCIARIOS

1.1 Centros de Rehabilitación Social

Comúnmente denominados como aquellos establecimientos donde deben permanecer custodiadas las personas privadas de la libertad, en razón de la sentencia de las condenas concernientes al cumplimiento de penas privativas de libertad o cualquier otra medida decretada por las autoridades competentes; el objetivo principal es la resocialización. En el Ecuador los Centros de Privación de la Libertad se clasifican en: Centros de Rehabilitación Social, Centros de Detención Provisional y Casas de Confianza , que con la ayuda y dirección del Ministerio de Justicia Derechos Humanos y Cultos, se consideran entes propicios para la aplicación de políticas públicas, se encargan de promover y velar por el acceso a una justicia oportuna, independiente y de calidad, así como también promover la paz social y la plena vigencia de los derechos humanos y mejorar los procesos de rehabilitación y reinserción social de las personas privadas de la libertad. El Código orgánico Integral Penal (2014) señala “Los centros de rehabilitación social avalan el desarrollo de las capacidades, con la promoción de la reinserción social de las personas privadas de la libertad, utilizando políticas de gestión encaminados a la dignidad humana” (p. 6).

En los Centros de Rehabilitación Social permanecerán aquellas personas a quienes se les impondrá una pena mediante una sentencia condenatoria ejecutoriada. De igual manera para que se pueda asignar un adecuado tratamiento individualizado, es necesario ubicar a las personas privadas de la libertad en distintos niveles de seguridad como son: máxima, media y mínima seguridad, en el que puedan escoger el adecuado tratamiento para cada uno de las

personas privadas de la libertad. De igual manera señala en su Artículo 678 a los Centros de Privación Provisional de la Libertad “En dichos establecimientos, permanecerán las personas privadas preventivamente de la libertad en virtud de una medida cautelar o de apremio impuesta por una o un juez competente” (p. 257).

Hay que mencionar, además a las Casas de Confianza, que son un proyecto diseñado por el Ministerio de Justicia Derechos Humanos y Cultos que tienen como misión la reinserción social de internos en fase de prelibertad, en la cual, solo entrarán aquellos reos que hayan mostrado interés por rehabilitarse y que no hayan cometido delitos graves.

1.2 Aspectos generales del Internamiento Penitenciario

Las características ambientales y la forma en la que son percibidas por el individuo es lo que determina cuáles son los parámetros principales para la adaptación del individuo a dicho ambiente. De tal forma, la adaptación se produce en un contexto, y son las peculiaridades de dicho contexto las que determinan que conductas son adaptativas y cuáles no lo son.

Por lo tanto, las características fundamentales del internamiento penitenciario son las siguientes:

1.2.1 Predominio del régimen sobre la intervención

La vida en la prisión se basa en el reglamento que es diseñado de una manera restrictiva de la normalización de la vida; así como también de cualquier tipo de actividades realizadas, que no solo se ven dificultades, sino que también son impedidas, debido a que el objetivo no es crear un contexto terapéutico sino “evitar problemas” y de manera principal el dominar al interno o recluso, (VALVERDE, 1998).

En dichos centros penitenciarios se enfoca principalmente en la seguridad, así como también en la evitación de la fuga, además el control de vida diaria del recluso, todo esto convierte a la prisión como anormalizadora en función de su consideración de ambiente total; como un hábitat que genera gran violencia.

A todo esto, se suma la estructuración de la vida diaria del recluso con una gran rigidez y un considerable vacío de contenido, así como una planificación absoluta de lo que puede o no hacer el recluso, al margen de los intereses o deseos del mismo.

1.2.2 Estructura Arquitectónica

La propia estructura arquitectónica de los centros penitenciarios no está direccionada en función de una intervención rehabilitadora, sino que se basa en función a la seguridad, en cuanto a la evitación de la fuga y así de esta forma obligarle a la sumisión. Por tal manera el espacio dentro de la prisión, se ve concebido en dos niveles, el primero en cuanto a la “cantidad” de espacio y la segunda en cuanto a la “calidad” del mismo, (VALVERDE, 1998).

1.2.2.1 Cantidad del espacio

Haciendo referencia a los aspectos cuantitativos del ambiente, se presentan diferencias entre “espacio existente” y el “espacio disponible”, teniendo en cuenta que el espacio disponible para el recluso es muy escaso y de la misma manera restringida su movilidad. De la misma forma el espacio dedicado a las actividades, además de ser escaso es determinado.

Otro de los aspectos importantes es la cantidad de espacio en cuanto se refiere a la habitación del recluso “la celda”, de acuerdo a esto es evidente que el individuo necesita momentos de privacidad, de intimidad personal, de soledad, por lo tanto, el recluso necesita de un lugar acogedor que le ofrezca serenidad y relajación, sin embargo, todo esto no se cumple y el recluso está sometido a una gran tensión.

En cuanto al tamaño de las celdas son casi siempre demasiado pequeñas, sobre todo tratándose de un centro como es la cárcel, en la que el espacio personal es importante para mantener el equilibrio de la persona. A esto se suma el hacinamiento de las cárceles, donde casi siempre el recluso debe compartir su celda o dormitorio con otros compañeros, muy aparte de que la celda haya sido diseñada para una sola persona.

1.2.2.2. Calidad de espacio

Respecto a los aspectos cualitativos, el espacio favorece su rápido deterioro lo que afecta gravemente a la calidad de vida del recluso que está condenado a la privación de libertad. Por lo tanto, las celdas además de sufrir frecuentemente hacinamiento también se ve deteriorado algunos mobiliarios.

Con respecto a dicho deterioro del espacio se señalan dos elementos básicos: el primero, la mala calidad en la construcción, debido a la solidez de la estructura y en el diseño con vista a la seguridad y al control; y el segundo, que es evidente que el deterioro del espacio es en gran parte responsabilidad del recluso, debido a que no se brinda el cuidado a dichas instalaciones.

1.2.3 Utilización de tiempo y espacio

Otra de las características de la vida en prisión es la utilización del tiempo y espacio; en cuanto al tiempo, en las cárceles no hay muchas actividades para realizar debido a que existe mayor énfasis en la seguridad, y en el control del recluso, por tal motivo existe un gran desinterés en las personas por dichas actividades, así como la falta de motivación por parte de la institución. Existen varios motivos en cuanto a esta falta de motivación y los escasos de actividades, entre ellas podemos mencionar que existe poco personal capacitado, motivado y encargado de realizar las actividades; por otro lado, el desbordante número de reclusos, el hacinamiento por lo que es un impedimento para llevar a cabo dichas actividades, (VALVERDE, 1988a).

1.2.4 Educación y cultura en la cárcel

Existen varios déficits en cuanto a programas en los centros penitenciarios, y uno de ellos también es la carencia educativa y cultural que el inadaptado arrastra en su proceso de inadaptación social, (VALVERDE, 1988a), además es uno de los problemas más importantes de cualquier intervención centrada en el individuo que no solo pretende evitar la conducta desadaptada, sino el ayudar a incorporar a individuo a la sociedad.

De esta manera, el individuo está en la situación de poder conseguir un nivel al menos mínimo de educación, que le ayudará a mantener unas relaciones interpersonales y sociales gratificantes, así como también el poder acceder a niveles de empleo que ayuden a mejorar su calidad de vida.

1.2.5 Trabajo en la Cárcel

Otros de los déficits en las cárceles que arrastra la persona desde que ingresa a la prisión es la falta de trabajo, así como también se había mencionado anteriormente la educación. Evidentemente, a un fracaso escolar sucede una situación laboral deficitaria que, además, se suele presentar sin apenas perspectivas de solución, (VALVERDE, 1988b).

Con todo lo antes mencionado, el contar con un nivel mínimo de educación y cultura son un elemento principal para conseguir una adecuada adaptación personal, de la misma forma, una relación laboral que permita al individuo sobrevivir incluso cuando no tenga una satisfacción personal en su trabajo es indispensable para conseguir una adaptación social mínima satisfactoria. Por lo tanto, si las prisiones tienen como objetivo la recuperación del recluso, la preparación laboral es uno de los elementos principales en la intervención (VALVERDE, 1988b).

Sin embargo, existen impedimentos para llevar a cabo dichas actividades, debido a que no se cuenta con la configuración arquitectónica adecuada, además la falta de materiales y el personal preparado.

1.3 Centro de Privación de la Libertad de Personas Adultas en Conflicto con la Ley, Loja – Zamora Chinchipe

Desde hace algunos años atrás, el recinto carcelario de nuestra ciudad se lo bautizó con el nombre de “Centro de Rehabilitación Social de Loja” lo que significa que este sistema carcelario en un avance de modernización, no solamente estaría destinado a castigar el delito con la privación de la libertad de las personas, sino también y de manera preferencial a procurar

la rehabilitación de los privados de libertad a través de los mecanismos como: orientación, educación, enseñanza de artes y oficios, atención en salud física y psicológica, entre otras, contando además con un modelamiento disciplinario y un estricto control para evitar el ingreso de artefactos y productos prohibidos por la ley; a fin de que los reclusos que deben pasar largos años en prisión puedan reflexionar sobre sus errores y saber valorarse a sí mismos, a su familia y la sociedad. Y, así, cuando obtengan su libertad, tengan una concepción diferente y una proyección más dignificante frente a la vida.

Para poder obtener información más real del Centro de Rehabilitación recurrí a las instalaciones de la Dirección de Rehabilitación Social de Loja, de esta ciudad, donde se pudo obtener los siguientes datos: el Centro de Rehabilitación Social de Loja, hasta noviembre del 2017 cuenta con un registro de 942 internos en total, de los cuales 166 internos se encuentran cumpliendo sentencias elevadas.

Dentro del centro las personas son ubicadas poblacionalmente por departamentos o pabellones entre ellos tenemos: Pabellón A (se encuentran los autores de delitos leves y con más del 50% del cumplimiento de la pena), Pabellón B (autores de delitos graves, delitos contra la vida, reincidentes y habituales, mala conducta) , Pabellón C (personas de tercera edad, con problemas de salud), Pabellón D (consumidores crónicos de sustancias o drogas), Pabellón E(de alta seguridad, con sentencias elevadas, en cumplimiento de sentencia), Pabellón F(dificultades adaptativas y de consumo crónico), Pabellón G (de separación temporal, aislamiento provisional para control de conductas)Departamento de Observación o cuarentena(para valoración de conductas), Pabellón de Choferes (delitos o contravenciones de tránsito), Calabozo de Fiscalía (protección de víctimas y testigos)y Pabellón de Mujeres Santa

Marta (donde se encuentra toda la población femenina indistintamente de los delitos cometidos.)

De toda esta población carcelaria, el 40% de los internos se encuentra en actividades como carpintería, panadería, y las mujeres realizan trabajos en manualidades, no así, con el 60% restante que se encuentra inactivo por no haber los suficientes talleres o cursos en que se ocupen.

Por ello, la dirección del Centro y el personal que ahí labora solicita una asignación suficiente para que el hacinamiento, las enfermedades, el hambre, la promiscuidad, la drogadicción, la miseria y por consecuencia la germinación del resentimiento, el rencor y la venganza no sea lo único que aflore en el alma y la mente del detenido.

Entre las metas del Centro de Rehabilitación están, el incrementar fuentes de trabajo, un equipo multidisciplinario de educación, salud y rehabilitación, para que el interno se mantenga ocupado, capaz que cuando obtenga su libertad se inserte a la sociedad como un ente positivo.

El Centro de Rehabilitación de Loja cuenta con 18 empleados y 24 guías en la parte administrativa; y 11 departamentos distribuidos de la siguiente manera:

Dirección, Departamento Jurídico, Departamento de Diagnóstico, Departamento de Secretaría, Pagaduría y Bienes, Departamento Psicológico, Departamento Médico (Médico, Odontólogo y Enfermería), Departamento de Trabajo Social, Departamento Educativo, Departamento Laboral, Departamento De Seguridad y Factoría (Cocina).

2. CAPÍTULO II: EL PROCESO DE ADAPTACIÓN A LA PRISIÓN

2.1 Privación de libertad

El concepto de privación de libertad fue entendido como la medida o pena con la que se despoja a un individuo de sus derechos o dignidad, de su empleo, por un delito que ha cometido, siendo este obligado a pagar su condena recluido en un centro penitenciario. A partir de esta definición se podrá explicar como nace la privación de libertad como “pena por excelencia” (Foucault, 2009). Además, la privación de libertad también puede ser entendida como la prisión preventiva, es decir, aquella prohibición de libertad de desplazamiento cuando las autoridades del sistema indican que los sujetos tienen algún tipo de participación en algún hecho o acontecimiento criminal.

Por tal motivo la pérdida de libertad se asocia a la idea de ser dominado, pues ya no es el individuo quien gobierna su vida, sino que son otros quienes lo hacen por él. Dicha dominación, por un lado, va encaminado con la corrección, castigo y aislamiento del individuo, y por otro lado, tiene la finalidad de transmitir seguridad a la sociedad, donde la idea principal es inconscientemente un mecanismo de control social, pues todo aquel que cometa un acto ilícito deberá pagar con la privación de su libertad, (Gudín, 2007).

El hecho de estar privado de libertad da lugar y obliga al individuo a una resocialización, adaptándose a este nuevo contexto. Es de suma importancia señalar que los reclusos nuevos, adoptarán valores de los sujetos más antiguos, con los que convivirán a diario hasta obtener su libertad. A este fenómeno se lo denomina “prisionización” (Barros, 1995).

2.2 Prisionización

El ingreso a un centro penitenciario pone en marcha un proceso de adaptación al entorno penitenciario que algunos autores coinciden en llamar prisionización. De esta forma la prisionización se caracteriza por la asimilación por parte de los internos de hábitos, usos, costumbre y cultura del ambiente donde tiene que desenvolverse, así mismo se genera una disminución general en la conducta de los individuos, por efecto de su estancia prolongada en el centro penitenciario (Clemmer, 1940).

Dicho fenómeno de “prisionización” ha sido descrito por varios autores (Clemmer, 1958; Thomas, 1977; Wheeler, 1961), y a pesar de que existen controversias en cuanto a tiempo que dura dicho proceso y a su impacto sobre el individuo una vez que recupera su libertad, los investigadores normalmente están de acuerdo con el hecho de que el ambiente en prisión induce a un estilo de vida altamente demandante que requiere que los reclusos se adapten a una cultura que no se parece a ningún otro ambiente en el exterior.

Clemmer (1940), define la prisionización como “el conjunto de adaptaciones biológicas, psíquicas y sociales del individuo en prisión al esquema normativa de la comunidad de reclusos”. Para que se genere la prisionización, Clemmer considera que deben tenerse en cuenta una serie de variables, entre ellas: la propia configuración de la prisión, así como también influirá el hacinamiento y la experiencia o ingresos previos en prisión. Y variables externas como puede ser la vinculación familiar o el disfrute de beneficios.

La experiencia subjetiva de cada recluso respecto a la prisión influirá no solo en su proceso de adaptación, sino también en los planos cognitivo, emocional y conductual del individuo, pudiendo alterar sus niveles de bienestar psicológico y estado de salud mental.

Mencionar finalmente, un importante factor a tener en cuenta en el proceso de adaptación a la prisión es el *tiempo*, elemento que es de vital relevancia de dos formas, en cuanto a la duración de la condena y referido también al tiempo que lleva la persona de encarcelamiento. El efecto protector sobre la adaptación a la prisión puede afectar de diferentes formas así algunos autores afirman que los efectos negativos asociados al tiempo de internamiento pueden acentuarse a lo largo del mismo mientras otros síntomas pueden remitir o estabilizarse, (Paulus y Dzindolet, 1993).

2.3 Consecuencias Psicológicas de la Prisionización

Los centros de rehabilitación social, son instituciones totalmente cerradas, que da cobertura a la totalidad de las necesidades de supervivencia de sus habitantes, cualquier insuficiencia encuentra su satisfacción o bienestar temporal. La cárcel es un entorno fijo, inmóvil, con referencias propias que exigen de las personas privadas de libertad en ella un gran esfuerzo para su adaptación a tal medio. En dicho medio no suele darse un único patrón de comportamiento, sino que, en función de la situación creada, de la propia personalidad y las circunstancias que definen al individuo, se puede combinar varias formas de adaptación a la prisionización, (McKay et al, 1979).

Clemmer (1940) fue el primero que se refirió, con este significado, al efecto de prisionización. A partir de estas investigaciones realizadas en prisiones norteamericanas, la prisionización ha sido concebida en términos de la asimilación por los internos de hábitos, usos, costumbres y cultura de la prisión, así como una disminución general del listado de conducta de los mismos, por efecto de su estancia prolongada o personas que tiene sentencias elevadas en el centro penitenciario, (Clemmer, 1940; Pinatel, 1969; Goffman, 1979).

Estos efectos tendrían lugar tanto durante el tiempo de encarcelamiento de los privados de libertad como en su posterior vida en libertad. Entre los efectos más destacables de la prisionización podríamos mencionar los siguientes:

- Una devaluación de la propia imagen y disminución de su autoestima, concebida como la valoración que el individuo realiza y mantiene respecto de sí mismo, (Coopersmith, 1959).
- Un incremento en el nivel de ansiedad de los privados de libertad desde su ingreso, provocando un estado anímico que se revela en una elevada tensión emocional.
- Además, una de las consecuencias inmediatas al ingreso es la pérdida de la propia individualidad o la posibilidad de que la despersonalización se produzca como consecuencia de las agresiones ambientales a la que están expuestas las personas.
- También se genera una pérdida de intimidad, debido a que las personas están obligadas a convivir con otros integrantes del colectivo carcelario, sobre todo si el entorno en el que se desenvuelven el sujeto- interno es percibido como agresivo o violento en relación con su persona e intimidad.
- Se genera una falta de control sobre la propia vida, ya que la situación de prisión conlleva a la imposibilidad de decidir sobre la evolución de las propias circunstancias personales, familiares y sociales, generando en el individuo un sentimiento enorme de frustración personal, bloqueando, en ocasiones todas las esferas de la persona.
- También se pierde el vínculo o los lazos familiares a pesar de los contactos o visitas regulares que la prisión les facilita, el alejamiento de la familia y el abandono del rol que la persona desempeñaba en la misma se hace inevitable. De igual manera sucede con el apoyo social de su grupo de pares y el papel que la persona tuviera en el mismo.

Por tal motivo la adaptación de la persona a esta realidad se corresponde con el proceso de prisionización que se explicaba anteriormente, y que puede acabar teniendo secuelas en el individuo. El proceso de inadaptación social previo al ingreso, y la de prisionización después, incidirán en la mayor probabilidad de aparición de consecuencias negativas en la persona como las antes mencionadas. Por su parte, podemos hablar también de consecuencias más severas, que son producidas en el medio a largo plazo, y que están directa e indirectamente relacionadas con la situación de reclusión.

3. CAPÍTULO III: TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

3.1 Generalidades de los Trastornos del Estado de Ánimo

Los trastornos del estado de ánimo se relacionan con los desórdenes patológicos de la afectividad. De acuerdo a Jarne y Talarn (2015), se realizan descripciones de dichos cuadros desde la antigüedad, de tal forma la psicopatología los ha clasificado dentro del grupo de las “neurosis” o de las “psicosis”, de acuerdo a la gravedad de los síntomas.

No es hasta la tercera revisión del DSM (1980) que los trastornos del estado de ánimo forman un grupo separado de otras entidades nosológicas.

A lo largo del día el ser humano mantiene un cierto tono vital, hablando de normalidad se denomina eutimia. La eutimia tiene constantes cambios entre subidas y bajadas; en su caso las subidas se las denomina “euforia” y a las bajadas “tristeza”. Cuando la euforia pasa a ser patológica, la eutimia se transforma en manía y viceversa cuando la tristeza es patológica hablamos de depresión, sin embargo, los dos trastornos pueden alternarse (Jarne y Talarn, 2015).

En cuanto al estado de ánimo del ser humano no se constituye en un diagrama plano debido a que existen diversos factores que pueden afectar o alterar dicho estado de ánimo; entre ellos tenemos los siguientes:

- 1) **Rasgos de personalidad:** existen personas cuyo estado de ánimo tiende a mantenerse alto, ser joviales, con mucha iniciativa; llenos de vitalidad. Por otra parte, hay personas que tienen un estado de ánimo muy bajo, son tristes o pesimistas, y por último, en otras

personas el estado de ánimo tiende a variar con gran facilidad y con relativa independencia de factores externos.

- 2) **Factores externos:** en general se refiere a las condiciones personales, sociales, económicas, entre otras que en cada persona puede influir en su estado de ánimo.
- 3) **Variaciones cíclicas:** muy aparte de los factores externos antes mencionados, cada persona tiene un ritmo vital que hace variar el estado de ánimo a lo largo del día y también del año.

3.2 Concepto de Trastornos del Estado de Ánimo

El estado de ánimo deprimido es una de las condiciones de malestar psicológico más frecuentes de los seres humanos. Algunos autores como Perris (1987) o Klerman (1987) han sugerido que a la “era de la angustia” le ha sucedido la “era de la depresión”. Por tal motivo, la depresión es el diagnóstico clínico que se emplea con más frecuencia y el que potencialmente tiene más riesgo de mortalidad debido a las conductas suicidas que se presentan.

Al hablar de estado de ánimo nos referimos a que puede ser normal, elevado o deprimido. Frecuentemente las personas experimentan un amplio abanico de estados de ánimo y de expresiones afectivas. Las personas sienten que tienen cierto control sobre su estado de ánimo; de esta manera en los Trastornos del Estado de Ánimo se pierde dicha sensación de control y se experimenta un malestar general (Zuñiga et al, 2005).

El principal rasgo de los trastornos de dicha categoría es que todos reflejan un desequilibrio en la reacción emocional o del estado de ánimo que no se debe a ningún otro trastorno físico o mental (Zuñiga et al, 2005).

De acuerdo a la Clasificación Internacional de enfermedades (CIE-10, 1992), la alteración principal en estos trastornos es una alteración del humor o de la afectividad, por lo general en el sentido de la depresión (acompañada o no de ansiedad) o en el de la euforia. Este cambio suele acompañarse de uno del nivel general de actividad. Los demás síntomas son secundarios a estas alteraciones del humor y de la vitalidad o son comprensibles en su contexto. La mayoría de estos trastornos tienden a ser recurrentes y el inicio de cada episodio suele estar en relación con acontecimientos o situaciones estresantes.

3.3 Epidemiología de los Trastornos del Estado de Ánimo

Los trastornos del estado de ánimo son los trastornos mentales más frecuentes tanto en la población general como en la clínica. Aproximadamente se calcula que un 15% de la población adulta sufrirá en algún momento de su vida un episodio depresivo.

Además, se ha evidenciado diversos factores de riesgo psicosocial, entre ellos tenemos: sexo, edad, presencia de acontecimientos vitales antecedentes familiares, disponibilidad de recursos personales y características de personalidad (Jarne y Talarn, 2015).

Al hablar de sexo, la proporción es de 2 mujeres por cada hombre deprimido, excepto en el periodo de infancia, en que no se observan mayor diferencia. A esta situación se le han encontrado varias explicaciones. Una de ellas está basada en cuanto a hechos culturales en sentido de que la mujer, por lo general es más proclive que el hombre a reconocer y expresar su sintomatología pidiendo ayuda ya sea profesional o familiar. (Jarne y Talarn, 2015).

También otra de las causas son factores hormonales que pueden favorecer el mayor índice de depresión en mujeres, un ejemplo de eso es el síndrome premenstrual y la depresión postparto, en estos dos momentos el sistema hormonal se ve totalmente alterado. Finalmente, y no menos importante se encuentra los factores socioeconómicos en que podrían actuar como un factor precipitante en las mujeres (Jarne y Talarn, 2015).

En cuanto a trastornos bipolares se refiere, esta proporción se iguala a 1,2 mujeres por cada hombre, dichos trastornos son característicos de los adultos jóvenes; la mayor incidencia se concentra en personas entre 25 y 44 años, sin embargo, se ha evidenciado que las generaciones que nacieron tras la segunda guerra mundial tienen un mayor riesgo de presentar dicho trastorno o patología (Jarne y Talarn, 2015).

Otro factor es la presencia de antecedentes familiares de primer grado con trastornos del estado de ánimo aumenta el riesgo de padecer de un trastorno de este tipo, especialmente bipolar. A esto se suma los acontecimientos estresantes como una enfermedad grave, precariedad laboral, el nacimiento de un hijo, entre otros, que ayudaran a desencadenar un cuadro afectivo (Jarne y Talarn, 2015).

Y finalmente, se ha evidenciado que ciertos rasgos de personalidad están asociados a los trastornos del estado de ánimo, tales como el neocriticismo, introversión, obsesión, culpa y dependencia. Y en el caso de personalidades ciclotímicas, los rasgos son extroversión y cambios fluctuantes de humor y rendimiento (Jarne y Talarn, 2015).

3.4 Neurobiología de la afectividad

La neurobiología proporciona varias explicaciones acerca del comportamiento, actuación o de la experiencia en sistemas neuronales o en células individuales. Las modernas técnicas de investigación permiten reproducir modelos fisiopatológicos, no solo de trastornos afectivos sino también de emociones normales (Vallejo, 2012).

Este elemento de estudio es esencial para comprender la complejidad del funcionamiento normal y patológico del SNC. Sin embargo, en los últimos años el estudio del cerebro se ha dirigido preferentemente al campo de los trastornos psiquiátricos y no tanto al análisis de la psicopatología más fisiológica (Vallejo, 2012).

Entre otros aspectos, esto se debe a que la neuropsicología actual y la neurociencia cognitiva se enfocan hacia el conocimiento de los niveles superiores de procesamiento y función del SNC y estas áreas suelen implicarse en los signos y síntomas de las enfermedades psiquiátricas. El sustrato neurobiológico de la afectividad en su conjunto asienta en el cerebro, incluso la teoría clásica de la emoción en el cerebro humano era básicamente una hipótesis anatómica (Vallejo, 2012).

En la actualidad se sabe que las bases biológicas más directamente relacionadas con la afectividad son el rinencéfalo, sistema límbico, hipocampo, locus coeruleus, amígdala, septum, cíngulo, hipotálamo y cortezas de los lóbulos temporal y frontal (Díaz & González, 2012).

Ya en la década de 1930, un gran neurólogo como lo es James Papez (como se citó en Vallejo, 2012) estudió dicho fenómeno en animales decorticados y observando la expresión de <<falsa rabia >> que presentaban sugirió que las áreas que se proyectan al hipotálamo serían

esenciales para las experiencias de la emoción. Las emociones se identificaron con proyecciones sensoriales hacia el sistema límbico. En España durante la década de 1950, diversos autores, entre los que destacaba Pi Suñer, consideraban al sistema límbico como el sustrato anatómico de la emocionalidad. Las alteraciones del sistema límbico y las estructuras subcorticales relacionadas han permitido explicar razonablemente aspectos parciales de la clínica sobre todo los signos vegetativos.

Recientemente, tras diversos estudios centrados en el aprendizaje y en el comportamiento tras una amigdalectomía, se ha llegado a la conclusión de que la amígdala es la estructura clave en la asignación de significado motivacional a los estímulos, incluso este papel puede ser independiente de la corteza (Adolphs y cols., 1995).

En la actualidad se considera que la amígdala desempeña un papel central en el condicionamiento y el procesamiento emocional en general, tanto desde la perspectiva de las emociones fisiológicas como en el estudio de las alteraciones emocionales que aparecen en los trastornos clínicos de la afectividad.

Parece que existe una cierta especificidad de la amígdala por la identificación de estímulos emocionalmente negativos ya que, entre otras circunstancias, diversos estudios de resonancia magnética funcional han demostrado que la amígdala puede marcar la diferencia entre una cara temerosa enmascarada con un rostro neutro y una cara feliz enmascarada (Whalen y cols., 1998).

Tras varios estudios, se ha constatado que la corteza frontal inferior y la corteza temporal presentaban una implicación relevante en este fenómeno, incluso en mayor medida que otras estructuras subcorticales como la amígdala (George y cols. 1996).

Las lesiones restringidas a la corteza frontal temporal no parecen tener repercusiones significativas en las exploraciones psicométricas que evalúan funciones cognitivas superiores, aunque tienen una gran repercusión sobre la conducta general. En resumen, podemos señalar que tanto la amígdala como la corteza prefrontal inferior desempeñan un papel importante en la neurobiología de las emociones fisiológicas y por tanto son elementos claves en la fisiopatología de los trastornos afectivos en general (Vallejo, 2011).

Diversos autores estudiaron mediante técnicas de neuroimagen funcional el sustrato de un paradigma caracterizado por los recuerdos autobiográficos que inducían tristeza. Pudieron observar, como estos recuerdos se relacionaban con un incremento en la actividad de las regiones límbicas ventrales y paralímbicas (región del cíngulo anterior inferior, región anterior de la ínsula y el cerebelo). De esta misma manera, comprobaron una disminución en la actividad en regiones neocorticales (región prefrontal derecha, región parietal inferior y región posterior del cíngulo) (Mayberg y cols., 1999 a).

Este patrón neurobiológico también se ha encontrado en pacientes con trastornos neurológicos y depresión. Todo ello se deduce a que existen dos áreas importantes en la modulación del afecto: el circuito orbito- frontal, subcortical- frontal y el fascículo uncinado. Por lo tanto, los circuitos frontales- subcorticales y específicamente las conexiones del lóbulo frontal con el sistema límbico tienen un papel importante en el desarrollo de síntomas afectivos especialmente de tipo depresivo (Mayberg y cols., 1999 b).

En los últimos años y tras diversas investigaciones, Helen Mayberg ha propuesto dividir las estructuras relacionadas con la regulación de estado de ánimo en dos compartimentos: uno límbico- ventral y otro cortical-dorsal.

Este segundo compartimiento incluye estructuras neocorticales que analizan los aspectos cognoscitivos negativos de la depresión como la apatía, inhibición motora o alteraciones de la atención. El sistema límbico- ventral incluye principalmente regiones límbicas y paralímbicas que intervienen en las alteraciones circadianas, somáticas y neurovegetativas (Mayberg y cols., 1999 c).

En la actualidad se considera que los sistemas neurotransmisores serotoninérgico, dopaminérgico y noradrenérgico tiene un papel fundamental en la regulación afectiva, aunque la mayoría de hallazgos se centran en estados patológicos o en rasgos temperamentales, como lo es la impulsividad o la búsqueda de sensaciones (Mayberg y cols., 1999 d).

3.5 Exploración y Psicopatología de la Afectividad

Según Vallejo (2012) “La exploración de los sentimientos, emociones o humor de un individuo requiere una cierta intimidad, así como establecer un grado de confianza con el entrevistador que permita al paciente expresarse con libertad”.

Según varios estudios los afectos tienen una doble vertiente, subjetivo y objetiva; de modo que se experimenta interiormente y se expresan al mundo exterior. Por todo aquello los

síntomas se recogen de las manifestaciones verbales del paciente y frecuentemente se deducen de su actitud y conducta (Vallejo, 2012).

De tal forma, la exploración psicopatológica de la afectividad, se basará en datos e información subjetivos referidos por el paciente en cuanto a sentimientos, estado de ánimo, afectos o emociones predominantes, sin omitir aspectos más objetivos como la apariencia externa, conducta motora, expresividad o la actitud durante la entrevista (Vallejo, 2012).

La información que se debe recoger sobre el estado de ánimo durante la entrevista psicológica incluye la profundidad, intensidad, duración y fluctuaciones del mismo. La intensidad mencionada, se relaciona con la proporcionalidad, es decir, la posible relación con un estímulo desencadenante con la proporcionalidad (Vallejo, 2012).

Otros aspectos a tener en cuenta es la irradiación afectiva, es decir, la capacidad del paciente para empatizar con su entorno y que se encuentra mediatizada por su estado de ánimo. Así como también el prestar atención a la reactividad del estado de ánimo en relación con estímulos agradables, lo que significa una capacidad hedónica mantenida (Vallejo, 2012).

Además, el humor puede ser lábil, fluctuante o alternativo de un extremo a otro. Un aspecto importante dentro de la exploración consiste en intentar apreciar las posibles dificultades del paciente para iniciar, mantener o concluir con una respuesta emocional, así como valorar el grado de adecuación de los afectos en el contexto del cual se está tratando. Por esta razón, es importante intentar delimitar la posible existencia de estímulos desencadenantes tanto totales como parciales, así como recolectar las evidencias de esta relación e incluso analizar datos psicobiográficos del paciente que nos afirmen dicha circunstancia (Vallejo, 2012).

3.6 Clasificación de los Trastornos del Estado de Ánimo

3.6.1 Trastorno Depresivo Mayor

El trastorno depresivo mayor se caracteriza por la presencia de diferentes síntomas relacionados con la tristeza, síntomas cognitivos y alteraciones cognitivas. Los adolescentes o niños que presentan trastorno depresivo mayor manifiestan síntomas como ánimo bajo, que a diferencia de los adultos experimentan estos síntomas con irritabilidad, incapacidad para disfrutar de las cosas que les gustan, problemas para concentrarse, dificultad en atención, ideas de desvaloración o imagen negativa, aislamiento, disminución en rendimiento académico, pérdida o aumento de apetito, labilidad emocional, llanto fácil, alteración en el sueño, y cuando los síntomas se agravan se presentan intentos de suicidio o síntomas de psicosis, comprendidos en alucinaciones ya sean visuales, auditivas, táctiles gustativas u olfatorias; o delirios (creencias falsas), (Cárdenas, et.al. 2010).

En cuanto a la duración de estos síntomas es de al menos dos semanas y representan un malestar significativo para la persona con un deterioro o alteración en todas las áreas de su vida cotidiana.

Criterios diagnósticos

Para realizar un diagnóstico la persona debe presentar los síntomas en el tiempo y cantidad señalados. Para esto se puede hacer uso de dos clasificaciones: los Criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales cuarta edición texto revisado (DSM-IV-TR) o los Criterios diagnósticos de Investigación de la Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales en 10ª edición (CIE-10).

Para señalar las enfermedades nuestro sistema de salud utiliza los códigos de la CIE-10 que son:

F32.0 Episodio Depresivo Leve

F32.1 Episodio Depresivo Moderado

F32.2 Episodio Depresivo Grave sin síntomas psicóticos

F32.3 Episodio Depresivo Grave con síntomas psicóticos

F32.8 Otros Episodios depresivos

F32.9 Episodio depresivo sin especificación.

La CIE-10 contiene criterios diagnósticos distintos para cada nivel de gravedad del episodio depresivo mayor: un mínimo de 4 de los 10 síntomas define el nivel leve, 6 de 10 síntomas, el nivel moderado, y 8 de 10, el nivel grave. Además, se requiere la presencia de al menos 2 de los 3 síntomas siguientes: Estado de ánimo depresivo, pérdida del interés y pérdida de energía, para los episodios depresivos de carácter leve y moderado y los 3 síntomas para los episodios graves. Y para diagnosticar trastorno depresivo mayor se requiere la ocurrencia de episodios repetidos de depresión, y también se especifica la severidad para los episodios depresivos en leve, moderado y severa:

F33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve

F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado

F33.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos

F33.3 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos

F33.4 Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión

F33.8 Otros trastornos depresivos recurrentes

F33.9 Trastorno depresivo recurrente sin especificación

3.6.2 Trastornos Bipolares

Los Trastornos Bipolares se refieren a aquellos trastornos del estado de ánimo en los cuales se alteran episodios depresivos mayores con episodios maniacos, hipomaniacos o mixtos. De tal manera los trastornos bipolares a diferencia de los afectivos son menos frecuentes, su inicio es a edad temprana y se constata mayor presencia de antecedentes familiares, por lo que se ha señalado que la carga genética de dichos trastornos es mayor que en las formas unipolares (Jarne y Talarn, 2015).

En 1975, Fieve y Dunner señalan una triple división dentro de los trastornos bipolares , consideran trastorno bipolar I a aquellos pacientes que han sido hospitalizados al menos una vez por manía; en cuanto a trastorno bipolar II incluye aquellos pacientes hospitalizados alguna vez en fase depresiva y que han presentado síntomas de manía, pero que no han requerido hospitalización durante dicha fase y finalmente, el grupo de otros trastornos bipolares, que incluye pacientes que han presentado síntomas maniacos y depresivos, pero que nunca han requerido de hospitalización (Jarne y Talarn, 2015).

3.6.3 Trastornos del humor persistentes

De acuerdo al CIE-10 (1992), dentro de los trastornos del humor se encuentra una categoría denominada, Trastornos del humor persistente, donde entra Ciclotimia y Distimia principalmente.

Trastornos persistentes del estado de ánimo, que suelen ser de intensidad fluctuante, en los que los episodios aislados son rara vez los suficientemente intensos como para ser descritos como hipomaniacos o incluso como episodios depresivos leves. Dado que duran años y en

algunos casos la mayor parte de la vida adulta del enfermo, suelen acarrear un considerable malestar y una serie de incapacidades. En algunos casos, sin embargo, episodios recurrentes o aislados de manía o de depresión, leve o grave, pueden superponerse a un trastorno afectivo persistente (CIE-10, 1992).

2.6.3.1 Ciclotimia

De acuerdo a la CIE-10 (1992), la ciclotimia es “el trastorno caracterizado por una inestabilidad persistente del estado de ánimo, que implica la existencia de muchos períodos depresión y de euforia leves. Esta inestabilidad aparece por lo general al inicio de la edad adulta y sigue un curso crónico, aunque a veces el estado de ánimo permanece normal y estable durante meses seguidos. El enfermo no percibe relación alguna entre las oscilaciones del humor y los acontecimientos vitales. Las oscilaciones del ánimo son relativamente leves y los períodos de euforia pueden ser muy agradables, la ciclotimia pasa frecuentemente desapercibida a la atención médica. Esto puede deberse, en algunos casos, a que los cambios del estado de ánimo son menos evidentes que los cambios cíclicos en el nivel de actividad, la confianza en sí mismo, la sociabilidad o las apetencias. Si fuere necesario, puede especificarse si el comienzo es precoz (tuvo lugar durante la adolescencia o la tercera década de la vida) o tardío”.

2.6.3.2 Trastorno Distimico

La distimia, se diferencia del trastorno depresivo mayor por una menor gravedad de los síntomas y por la presencia de ansiedad, además de una mayor heterogeneidad en la presentación y por el curso del mismo. En el caso del trastorno distimico, se caracteriza por síntomas depresivos menos graves y crónicos que se han mantenido durante los (según criterios del DSM-IV, al menos durante dos años) (Jarne y Talarn, 2015).

e. MATERIALES Y MÉTODOS

La presente investigación fue principalmente de tipo cuali-cuantitativo, descriptivo de corte transversal, de esta manera se pretendió investigar e identificar, cuáles son los Trastornos del Estado del Ánimo más predominantes, asociados al internamiento penitenciario y sus implicaciones en las personas privadas de libertad.

MÉTODOS:

- a) **Método Clínico:** Faculta estudiar y comprender el proceso de salud y de enfermedad de un sujeto en toda su integridad social, biológica y psicológica. De esta forma sirvió para seleccionar correctamente el material bibliográfico para la construcción de la revisión de literatura correspondiente a las variables en estudio, además se lo utilizo para investigar, analizar y obtener información y datos acerca de cómo las condiciones ambientales del internamiento penitenciario y las sentencias elevadas influyen en el desarrollo de Trastornos del Estado de Ánimo en las personas privadas de libertad del CPLPAL.
- b) **Método Transversal.** Este trabajo investigativo además fue de tipo transversal, ya que para su ejecución inicial se seleccionó una población para muestra de estudio, y se procedió a la medición de variables predictores (factores de riesgo) y, variables resultado (alteraciones-consecuencias).
- c) **Método Estadístico:** Fue utilizado en el presente trabajo para llevar a cabo la elaboración de las tablas estadísticas, recolección de porcentajes y así de esta manera obtener la representación gráfica de los resultados del trabajo de campo.

POBLACIÓN Y MUESTRA

- **Población total**

Conformada por 100 personas privadas de libertad (PPL) del Centro de Privación de libertad de personas adultas en conflicto con la ley de Loja y Zamora Chinchipe.

- **Muestra:**

La muestra total se encuentra conformada por 60 PPL del Centro de Privación de libertad de personas adultas en conflicto con la ley de Loja y Zamora Chinchipe.

Para el presente trabajo investigativo no fue necesario proceder a utilizar ninguna fórmula bioestadísticamente y probabilísticamente estratificada, es decir es un muestreo no probabilístico, ya que se trabajará con la población que cumpla con los criterios de inclusión, exclusión y de salida o eliminación.

Criterios de selección de la muestra

5.5 Criterios de Inclusión.

- Género Varones y Mujeres.
- Personas Privadas de Libertad (PPL) del Centro de Privación de Libertad de Personas Adultas en Conflicto con la Ley de Loja y Zamora Chinchipe (CPLPAL).
- Pacientes que tengan un nivel de instrucción al menos de primaria completa o séptimo año de educación general básica.
- Sentencias elevadas mayor a cinco años.
- Toda PPL menor a 65 años de edad.
- Toda PPL que se encuentre en pleno cumplimiento de su sentencia.

5.6 Criterios de exclusión.

- PPL con diagnóstico previo de algún trastorno psicótico o condición demencial que imposibilitara o sesgara el estudio.
- PPL que hayan ingresado durante el tiempo de ejecución y desarrollo del estudio o investigación.
- Toda aquella PPL que no esté dispuesta a colaborar voluntariamente con el estudio o investigación, o dispuesto a firmar el consentimiento informado
- PPL que se encuentren ausentes por cualquier condición de fuerza mayor, como por ejemplo internamientos hospitalarios.

5.7 Criterios de salida o eliminación.

- Toda aquella PPL que durante el desarrollo de la investigación o estudio sea redimido de su pena o se dé el fallecimiento del mismo.
- PPL, con estudios incompletos o mal llenados que incluyan (consentimiento informado, historia clínica, reactivo psicológico).

TÉCNICAS

1. Consentimiento Informado: el consentimiento informado es el procedimiento mediante el cual se garantiza que el sujeto ha expresado voluntariamente su intención de participar en la investigación, después de haber comprendido la información que se le ha dado, en cuanto a los objetivos del estudio, los beneficios, sus derechos y responsabilidades. Por lo tanto, dicho material permitió a las PPL autorizar el ser parte del proceso investigativo, así como para la aplicación de la Encuesta, Historia clínica psicológica y la aplicación de inventarios psicológicos.

2. **Encuesta Estructurada:** La encuesta estuvo conformada por 7 bloques que permitieron obtener datos específicos de todas las personas privadas de libertad a cerca de las variables investigadas, a través de preguntas cerradas y abiertas, con lenguaje claro y sencillo.

INSTRUMENTOS

1. **Historia Clínica Psicológica Estructurada:** Se aplicó por medio de la entrevista clínica con el fin de obtener información de cada una de las PPL que formaron parte de la muestra final a investigar, así como también datos de los efectos que causa la privación de libertad en su esfera personal, familiar, social, laboral.
2. **Inventario Clínico Multiaxial de Millón III:** El principal objetivo del MCMI II es proporcionar información a los clínicos en tareas de evaluación y tratamiento de personas con dificultades emocionales e interpersonales. De esta forma, dicho instrumento nos ayudó a identificar que patologías o trastornos son los más predominantes en las personas privadas de libertad, especialmente en cuanto a trastornos del estado de ánimo se refiere. Todas las escalas del cuestionario, sean de personalidad (Eje II) u orientadas a síndromes clínicos (Eje I), reflejan en distinto grado los rasgos y los estados del individuo. Cada escala refleja una mezcla generalizada de predisposiciones y atributos como una naturaleza más circunstancial o aguda (Millon, 1998 a).

El MCMI se considera un instrumento psicodinámico objetivo ya que está compuesto y se administra de forma estandarizada, pero se interpreta a partir del examen de la interacción entre las puntuaciones de las escalas y de la extracción de relaciones clínicamente establecidas entre los procesos cognitivos, el comportamiento interpersonal y las fuerzas intrapsíquicas, (Millon, 1987, b).

Dicho inventario de personalidad está conformado de 175 afirmaciones a los que el evaluado debe contestar con verdadero o falso y que pueden ser respondidas en aproximadamente 30 minutos. El modelo estructural bajo el que fue elaborado es el de ítems politéticos, es decir un mismo ítem puede otorgar puntajes a diferentes escalas. Este instrumento está dirigido a personas con más de 17 años con buena capacidad lectora y un nivel de educación equivalente a 8 años de escolarización, (Millon, 1998, c).

Este instrumento está basado en la teoría multiaxial de la personalidad y psicopatología de Millon. Provee una medida de 13 tipos de personalidad patológicas y 9 síndromes clínicos para adultos que están recibiendo una valoración psicológica, psiquiátrica o algún tratamiento, (Millon, 1998 d).

Escalas

Además, está conformado por 4 escalas de control (X Sinceridad, Y Deseabilidad Social, Z Devaluación, V Validez), 11 escalas básicas(1 Esquizoide, 2 A Evitativo, 2B Depresivo, 3 Dependiente, 4 Histriónico, 5 Narcisista, 6 A Antisocial, 6B Agresivo- Sádico, 7 Compulsivo, 8 A Negativista, 8B Autodestructivo), 3 rasgos patológicos(S Esquizotípico, C Limite, P Paranoide), 7 síndromes de gravedad moderada (A, Trastorno de ansiedad; H, Trastorno Somatomorfo; N, Trastorno Bipolar; D ,Trastorno Distímico; B, Dependencia del alcohol; T, Dependencia de sustancias; R, Trastorno de estrés postraumático) y 3 síndromes de gravedad severa (SS Trastorno del pensamiento, CC Depresión Mayor, PP Trastorno delirante).

Corrección e interpretación:

Se obtienen 24 puntuaciones. Mediante una tabla de transformaciones se convierten a puntuaciones transformadas (diferenciadas según el género), que van de 0- 115, y que pueden

interpretarse individualmente o estableciendo un perfil. Puntuaciones entre 74 y 84 indican la presencia de rasgos, y mayores de 84, la presencia de un trastorno.

Se puede corregir con la ayuda de un programa de ordenador que es facilitado con la prueba, existen, igualmente, correcciones en red o por correo.

Procesamiento y Análisis.

En el procesamiento de la información a recoger, se utilizará procesos bioestadísticos pertinentes programa (SPSS), así como los datos de las personas privadas de libertad (PPL) que forman parte de la muestra de estudio.

Para analizar la información obtenida por medio de los instrumentos de investigación se siguieron los siguientes pasos:

1. Se procedió a convocar a las PPL en 7 grupos de 15 personas, de ambos géneros para explicarles que formarían parte de un estudio investigativo donde se comprometió a guardar total confidencialidad.
2. Se procedió a explicar que dicha investigación se hará bajo su compromiso y voluntad al momento de firmar un consentimiento informado, donde también se les hace partícipes por escrito de los procedimientos de dicha investigación.
3. Se procedió a organizar individualmente a la población para aplicar historial clínico, bajo la entrevista clínica estructurada individualizada y personal.
4. Se procedió a la aplicación grupal de encuesta y reactivo psicológico.
5. Se realizó el compromiso de asistir los días previstos para dichas evaluaciones rigiéndose en lo incluido en criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

6. Se realizó el compromiso de que dichas evaluaciones reposaran en los respectivos archivos personales y psicológicos del CPLPAL.
7. Posteriormente cabe señalar los siguientes pasos:
 - 7.1 Revisión crítica de la información obtenida y datos recogidos.
 - 7.2 Repetir la recolección de información en caso de ser necesario, para corregir fallas de comprensión o dificultades en contestación o respuestas.
 - 7.3 Análisis de datos mediante gráficos estadísticos (mediante el programa estadístico SPSS).
 - 7.4 Análisis de resultados estadísticos, destacando tendencias o relaciones fundamentales de acuerdo con los objetivos.
 - 7.5 Elaborar una síntesis de los resultados obtenidos.
 - 7.6 A partir del punto anteriormente mencionado, estar en capacidad de poder generar conclusiones y recomendaciones pertinentes.

f. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO UNO: Detectar los Trastornos del Estado del Ánimo predominantes en las personas privadas de libertad con sentencias elevadas del CPLPAL.

TABLA 1

Diagnóstico definitivo en cuanto a Trastornos del Estado de Ánimo en las PPL

Trastorno del Estado de Ánimo	Frecuencia	Porcentaje
Depresión Leve	12	20%
Depresión Moderada	4	7%
Distimia	9	15%
Depresión Enmascarada	10	17%
Episodio Maniaco	1	2%
No presenta	24	40%
Total	60	100%

Fuente: Historia Clínica Psicológica Estructurada.

Autora: Karen Gabriela Ordóñez Hurtado

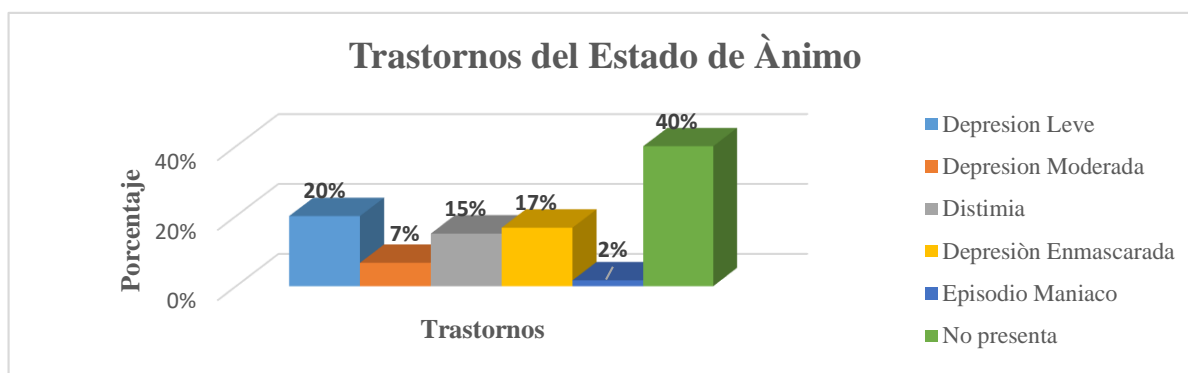


Figura 1: Historia Clínica Psicológica Estructurada.

Autora: Karen Gabriela Ordóñez Hurtado

Análisis e Interpretación: De las 60 personas privadas de libertad investigadas, el 40% de la población no presentan sintomatología en cuanto a Trastornos del Estado de Ánimo, sin embargo, el 20% de la población presentan Depresión Leve, seguido de un 17% Depresión Enmascarada y finalmente en menor proporción un 7% Episodio Maniaco. Dicha sintomatología presentada se debe a que la experiencia subjetiva de cada persona influirá no solo en su proceso de adaptación, sino también en sus planos y cognitivo, emocional conductual, de tal forma alterará sus niveles de bienestar psicológico y estado de salud mental.

CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DOS: Describir como las condiciones ambientales influyen en el desarrollo de los Trastornos del Estado del Ánimo de los internos o personas privadas de libertad con sentencias elevadas del CPLPAL.

TABLA. 2

Condiciones Ambientales de acuerdo a la percepción del PPL

Condiciones ambientales	Si	No	Total	Porcentaje si	Porcentaje no	Total
Espacio, celda, dormitorio	48	12	60	80%	20%	100%
Lugar limpio	53	7	60	88%	12%	100%
Ventilación	40	20	60	67%	33%	100%
Luz	51	9	60	85%	15%	100%
C. individuales	10	50	60	17%	83%	100%
C. compartidas	57	3	60	95%	5%	100%
Higiene de baños	39	21	60	65%	35%	100%

Fuente: Encuesta Estructurada

Autora: Karen Gabriela Ordóñez Hurtado

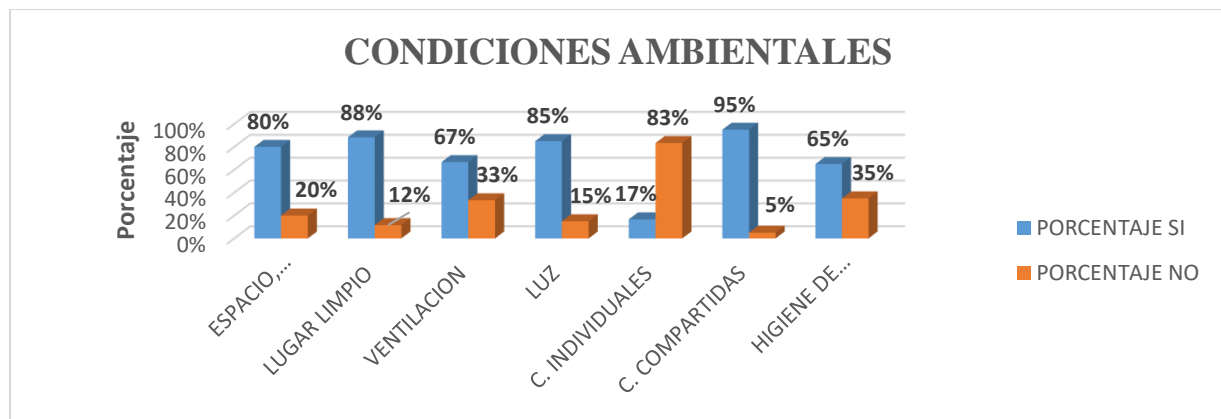


Figura 2: Encuesta Clínica Estructurada

Autora: Karen Gabriela Ordóñez Hurtado

Análisis e Interpretación: De las 60 personas privadas de libertad encuestadas, en cuanto a condiciones ambientales, según la percepción de las PPL se pudo evidenciar que un 95% contestaron que las celdas en las que habitan son compartidas con otros internos, el 88% duermen en un lugar limpio y adecuado y finalmente un 65% respondieron que la higiene de baños es adecuada. Por lo que concluimos mediante la encuesta estructurada y la opinión de las personas, es que la mayoría de la población habita en dormitorios compartidos, por la falta de infraestructura, sin embargo, se evidencia que las condiciones ambientales como estructurales son medianamente idóneas, y cuentan con las instalaciones adecuadas.

CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO TRES: Analizar de qué manera influye la privación de libertad en el desarrollo de Trastornos del Estado del Ánimo que presentan los internos.

TABLA 3.

Alteraciones afectivas percibidas por el individuo tras la pérdida de libertad

Alteraciones afectivas	Frecuencia	Porcentaje
Me he sentido más triste y deprimido	39	87%
Me he vuelto más agresivo e impulsivo	1	2%
Me siento extraño y diferente a los demás	5	11%
Total	45	100%

Fuente: Encuesta Clínica Estructurada

Autora: Karen Gabriela Ordóñez Hurtado

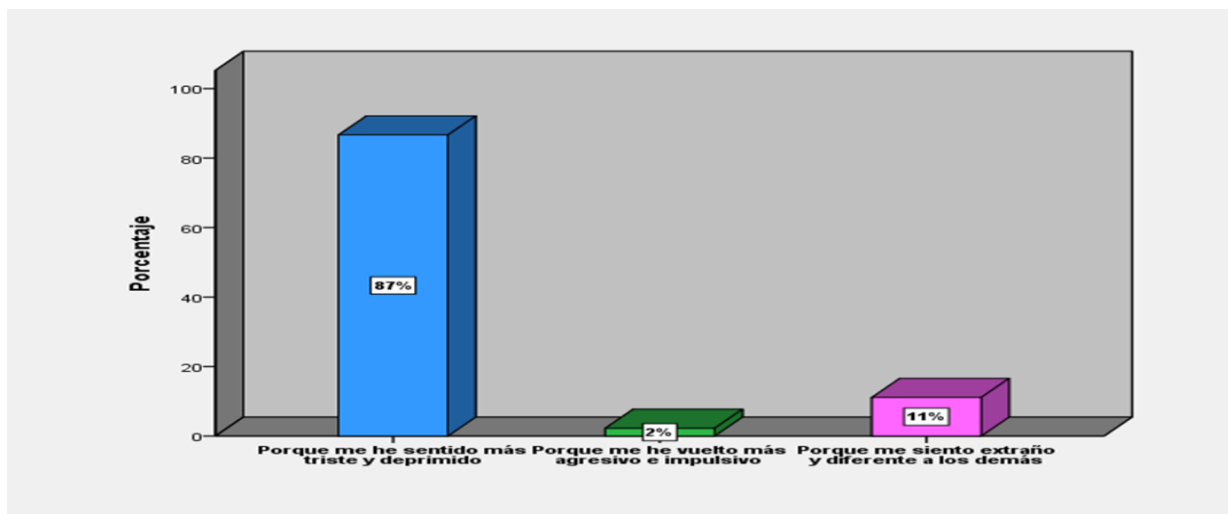


Figura 3. Encuesta Estructurada

Autora: Karen Gabriela Ordóñez Hurtado

Análisis e Interpretación: Del 100% de la muestra total se tomó en cuenta únicamente las personas que en la encuesta afirmaron haberse sentido diferentes luego de su ingreso al centro penitenciario, lo cual representa el 75% de la población, de los cuales el 87% contestaron que se han sentido más tristes y deprimidos, y en menor frecuencia un 2% respondió que se ha vuelto más agresivo e impulsivo. Por lo que podemos concluir que la pérdida de libertad genera un cambio forzado en sus esferas tanto personal, familiar, laboral y social, llegando a ocasionar severas consecuencias somáticas y psicológicas en el organismo del ser humano.

g. DISCUSIÓN

Este estudio tuvo como objetivo principal identificar como las condiciones ambientales del internamiento penitenciario, así como las sentencias elevadas, influyen en el desarrollo de Trastornos del Estado de Ánimo de las personas privadas de libertad del Centro de Privación de la Libertad de Personas Adultas de Loja y Zamora Chinchipe, además se aplicó el Inventario Clínico Multiaxial de Millón III, historia clínica psicológica y una encuesta psicológica estructurada, a 60 personas privadas de libertad de género masculino y femenino, en el cual se pudo apreciar que las condiciones ambientales del internamiento penitenciario y las sentencias elevadas son factores que predisponen y desencadenan trastornos del estado de ánimo, dificultando sus esferas tanto personal, familiar, social y laboral así como también en su rehabilitación y reinserción social.

Como resultado del cambio de ecosistema de las personas al perder la libertad y del efecto de los estresores que conlleva el medio carcelario, se evidencia que el 60% de la población encuestada y evaluada presenta trastornos del estado de ánimo que se han desarrollado desde su ingreso a dicho centro penitenciario, de esta forma se verifica que hay la presencia de episodio depresivo leve (20%), además la presencia de Depresión enmascarada en un 17%, sin embargo el 40% de la población no presenta sintomatología en cuanto a estado de ánimo se refiere.

Estos datos son coherentes con respecto al desarrollo de trastornos del estado de ánimo, según Villalobos (2008), en el artículo condenados sin culpa, de la revista D, numero doscientos diez y ocho, de septiembre, en entrevista con varios profesionales, agrega: Mariano González, psicólogo de la Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado (ODHA), expresa que toda persona que ingresa en el sistema penitenciario desarrolla depresión y soledad. Así

como también en el artículo Rehabilitación en cárceles, ¿discurso o realidad? (2007), del boletín Anhelos de Libertad, número dos, de octubre, de la Liga Guatemalteca de Higiene Mental, se apunta que la pérdida de la libertad a través de sufrir una condena por comisión de un delito supone un fuerte desajuste en la subjetividad de quien, a veces creyéndose impune, cae en cuenta que durante muchos años va a tener que vivir en prisión.

Esta situación genera, entre otros elementos, fuertes procesos depresivos, así como reacciones de violencia y agresión hacia los demás o en contra de sí mismo.

Otro autor como lo es Miguélez (2008), en el artículo Cárceles de la mente, del Centro de Colaboraciones Solidarias (CCS), España, dice: casi el treinta por ciento de las personas privadas de libertad sufren depresión crónica, trastornos bipolares o esquizofrenia, las enfermedades mentales más frecuentes, según estudios realizados en España.

Contrastando estos resultados con otras investigaciones a nivel local, tenemos que Torres (2009), en el mismo centro de rehabilitación social de la ciudad de Loja, con la finalidad de identificar la prevalencia de depresión en las personas privadas de la libertad, en el cual se evaluaron a 50 internos, en la cual se obtuvo que el 80% de participantes presentan algún tipo de depresión, entre ellos el más frecuente es depresión moderada con un porcentaje de 34% que equivale a 17 internos, mientras que en menor porcentaje con un 28% presentan depresión leve.

Así mismo en el estudio que realizó Pizarro et al. (2014) en el centro de rehabilitación social de Machala, con la finalidad de investigar la depresión asociada al efecto de la reclusión, los resultados que obtuvo fueron que el 47% de la población presenta una depresión leve, el 15,1%

presenta depresión moderada y un 37,8% no padece de depresión, ni otra sintomatología asociada a la misma. Podemos evidenciar en este estudio las tasas de depresión son más elevadas en los internos mientras que en nuestros datos se evidencia la baja presencia de depresión.

Datos que quizás pudieron haber variado por las edades abordadas en ambas muestras. También, otra variable que pudo interferir en los resultados puede estar radica en el tiempo de aplicación de los reactivos psicológicos, debido a que la población evaluada se encuentra privada de su libertad de dos años en adelante según el caso, así como también intervienen los procesos de adaptación de cada persona a dicho centro penitenciario.

En cuanto a las condiciones ambientales del centro penitenciario percibidas por los reclusos, estos afirman que son adecuadas, lo cual el (95%), los internos o reclusos comparten sus celdas con otros compañeros, el (88%) duermen en un lugar limpio y adecuado, el (85%) cuentan con iluminación adecuada y finalmente el (80%) si tienen suficiente espacio en su celda. Lo cual es similar en la investigación realizada por Clemente (1997), en la cual afirma que la vida en prisión conlleva en efecto una nueva sociedad, que supone una necesaria adaptación, pues está repleta de rutina y normatividad, al tener que cumplir con unos horarios muy estrictos en el día a día, sin espacios de oxigenación, como fines de semana o festivos. Por tanto, los internos dependen de la estructura y régimen de la prisión, quedan subordinados al control y la seguridad de la misma y deben compartir con desconocidos su intimidad en todo momento.

En lo referente a la influencia de la privación de libertad, se evidencia que la privación de libertad, genera en los individuos cambios en sus esferas personales, por lo tanto, desde su ingreso al centro penitenciario se evidencia que la mayoría de las personas privadas de libertad

se han sentido más tristes y deprimidos (87%). Estos datos son coherentes con la situación de encarcelamiento señalada por Arroyo y Ortega (2009) quienes destacan los efectos sobre la salud mental que tiene la entrada en prisión para muchas personas, debido tanto al ingreso como a las características del medio penitenciario, dando lugar a un desajuste en las conductas o comportamientos patológicos.

Además, según Ordóñez (2006) señala que, al ingresar en prisión, la persona construye una nueva identidad caracterizada por tres etapas: separación de la vida social anterior, aislamiento e indeterminación social y reagregación a una nueva sociedad (la carcelaria) a la que, forzosamente, tendrá que adaptarse.

h. CONCLUSIONES

Después de haber culminado el presente trabajo investigativo y tomando como referente el cumplimiento de los objetivos planteados para esta investigación se concluye que:

- Los trastornos del estado de ánimo más frecuentes dentro de la población penitenciaria con sentencias elevadas son Episodios Depresivos Leve y Depresión Enmascarada, estos datos se contrastan con el diagnóstico definitivo obtenido tras la evaluación clínica psicológica.
- Se concluye que las condiciones estructurales y ambientales son medianamente idóneas para los internos, a pesar de la existencia de hacinamiento por la falta de infraestructura, todo esto para la gran mayoría de las personas el internamiento penitenciario ha provocado cambios significativos en cuanto a sus comportamientos y cogniciones.
- La privación de libertad para la población en estudio, es un factor de riesgo para el desarrollo de sus patologías o conflictos que se ven expresados en sus conductas y comportamientos, sin embargo al ser un factor estresante para la gran mayoría de esta población podemos decir que ciertas alteraciones en el Estado de ánimo se produjeron a partir del ingreso al centro penitenciario, a esto sumándole la pérdida de comunicación y lazos familiares, más el ambiente inapropiado provoca que los síntomas se agraven por dicha situación.

i. RECOMENDACIONES

- Realizar evaluación psicológica periódica de seguimiento y de ser necesario tratamiento farmacológico en los casos que ameritan, así como también que el departamento psicológico ejecute un Programa de Tratamiento Psicológico que este orientado a la Población Penitenciaria enfocado específicamente a problemas de Trastornos del Estado de Animo.
- Se recomienda a la o las autoridades del Centro Privativo de Libertad, mejorar la infraestructura con el fin de garantizar que las condiciones estructurales y ambientales sean las más adecuadas y de esta forma mejorar la calidad de vida de las PPL, así como también con el objetivo de que dicho centro en un futuro cuente con las instalaciones arquitectónicas idóneas.
- Se recomienda a las autoridades del Centro de Privación de Libertad de Loja, dispongan en implementar un protocolo de atención integral con el propósito de contar con un equipo multidisciplinario, de manera que se cubran las necesidades dentro de cada esfera del individuo de manera adecuada y responsable.
- Que se generen más proyectos innovadores y ejecuciones de planes de intervención para diversas problemáticas de los internos del centro penitenciario. Además, que se incrementen más Programas Ocupacionales para que de esta manera las personas ocupen su tiempo libre en actividades ya sean culturales, deportivas o en las que puedan desarrollar sus habilidades y destrezas.

j. BIBLIOGRAFÍA

- Adolfo Jarne, Antoni Talarn (comps), (2015), “*Manual de Psicopatología Clínica*”. 2 Edición. Herder Editorial, S.L, Barcelona. ISBN DIGITAL: 978-84-354-3328-3
- Adolphs, R.; Tranel, D.; Damasio, H.; Damasio, A. R., Fear and the human amígdala. *Journal of Neurosciencie* 15(1995)5879- 5891.
- American Psychiatric Association, 2014. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V), [Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)]. Madrid, España. Panamerican.
- Arroyo, J.M., Ortega, E. (2009). “*Los trastornos de personalidad en reclusos como factor de distorsión del clima social de la prisión*”. *Revista española de Sanidad Penitenciaria*. 11/1/, 11-15. Recuperado de: [http:// www. sanipe.es/OJS/ index. php. /resp/ article/ view/ua](http://www.sanipe.es/OJS/index.php/resp/article/view/ua).
- Borges, G., Medina-Mora, M. E., & López-Moreno, S. (2004). “*El papel de la epidemiología en la investigación de los trastornos mentales*”. *Salud Pública de México*, 46(5), 451-463. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v46n5/a10v46n5.pdf>
- Cárdenas EM, Feria M, Vázquez J, De la Peña F. (2010). “*Guía Clínica para los Trastornos Afectivos (Depresión y Distimia) en Niños y Adolescentes*”. Ed. S Berezon, J Del Bosque, J Alfaro, ME Medina – Mora. México: Instituto Nacional de Psiquiatría. (Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales). Recuperado de: http://inprfcd.gob.mx/guiasclinicas/trastornos_afectivos.pdf
- CAPRI (2003). “*Informe CAPRI sobre la calidad de la asistencia sanitaria en centros penitenciarios españoles*”. *Revista Española de sanidad penitenciaria*; 5(2), 38-48. Recuperado de: <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/>
- CIE-10(1992). “*Trastornos mentales y del comportamiento*”. Madrid: Meditor. (Orig. 1992).

Clemmer, P. (1940). *The prison community*. Boston: Christopher Publishing Co.

Clemente, M. (1997). "*Los efectos psicológicos y psicosociales del encarcelamiento*". En M. Clemente; j. Núñez (courds). *Psicología Jurídica Penitenciaria*: Madrid, colección: Retos jurídicos en las ciencias Sociales. Fundación Universidad.

Coopersmith, S. A. (1959): A Method for Determing Tipes of Self Esteem. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 59o 87-94.

Código Orgánico Integral Penal. (s.f.). Registro Oficial # 180 del lunes 10 de febrero de 2014.

Foucault, M. (2009). *Vigilar y castigar*. México: Editorial Siglo XXI.

George, M.S.; Setter, T. A.; Pareekh, P.I.; Herscovitch, P.; Post, R. M. (1996). "Gender differences in regional cerebral blood flow during transient self-induced sadness or happiness, *Biol. Psych.* Pp. 859-871.

Gudín, F. (2007). *Cárcel electrónica: "Bases para la creación del Sistema Penitenciario del S. XXI. Tirantlo Blanch"*. Recuperado el 8 de mayo del 2012 de: <http://ocw.innova.uned.es/ocwuniversia/derecho-constitucional/derechos-de-los-reclusos/pdf/ESTUDIOo.pdf>

Klerman, G.L. (1987). "*Cognitive dysfunction, vulnerability, and intefrating theories of depression*". *Integrative Psychiatry*, 5; 32-35.

Mayberg, H. S, Liotti, M, Brannan, S. K.; et al., Reciprocal limbic- cortical function and negative mood converging pet findings in depression and normal sadness, *Am. J. Psychiatry*. 15615 (1999).

McKay, H.B., Jaywardene, C.H. y Reddie, P.B. (1979). *The effects of long term incarceration and a proposed strategy for future research*. Ottawa, Ontario Solicitor General of Canada.

- Miguélez, C (2008). *“Cárceles de la mente. Centro de Colaboraciones solidarias”*. España (en red). Recuperado de: <http://www.es/info/solidarios/index.php>
- Millon, T. (1998). Manual del Inventario Clínico Multiaxial de Millon- II. Adaptación española Avila- Espada. Madrid: TEA, Ediciones.
- Millon, T. (1998). Trastornos de personalidad, más allá del DSM IV. Barcelona: Masson.
- Millon, T., Davis, R, y Millon, C. (1997). MCMI-III Manual, 2ª ed. Minneapolis: National Computer Systems. *Psychology*, 50, 444-445.
- Ordóñez, L. (2006). *“Mujeres encarceladas: proceso de encarcelamiento en la penitenciaría femenina de Brasilia”*. *Universitas Humanistica*, 61, 183.
- Paulus, P. B. and Dzindolet M. (1993) Reactions of male and female inmates to prison confinement: Further evidence for a two-component model. *Criminal Justice and Behavior* 33, 145-152.
- Perris, C. (1987). Towards and integrating theory of depression focusing on the concept of vulnerability. *Integrative Psychiatry*, 5, 27-32
- Pizano, L. (2014). Depresión Asociada al efecto de reclusión en el centro de Rehabilitación Social de Machala- Universidad Academia de Medicina, enfermería y ciencias de la salud. (Tesis Pregrado). Disponible en el repositorio de la UCACUE.
- Rocheleau, A. M. (2013). Ways of coping and involvement in Prison Violence. *Internacional Journal oh Offender Therapy and Comparative Criminology*. Recuperado de: <https://doi.org/10>.
- Torres, Víctor, H. (2009). *“Prevalencia del síndrome depresivo y sus manifestaciones en las personas privadas de libertad del CRSL en el periodo Enero- Julio-2009”*. (Tesis pregrado). Universidad Nacional de Loja. Disponible en el repositorio del Área de Salud Humana.

- VALLEJO, J. (2011) *“Introducción a la psicopatología y la psiquiatría “*. 7ª edición. Barcelona: Masson.
- VALLEJO, J. (2015) *“Introducción a la psicopatología y la psiquiatría “*. 8ª edición. Barcelona: Masson.
- VALLEJO, J. (2012). *“Tratado de Psiquiatría”* 2ª edición. Ed. Márban. Madrid. España.
- VALVERDE MOLINA, J. (1988a); *“Las características psicológicas del menor inadaptado”*. En: VARIOS AUTORES: La escuela ante la inadaptación social. Madrid: Fundación Banco Exterior, pp. 39-63.
- VALVERDE MOLINA, J. (1988b); *“El proceso de inadaptación social”*. Madrid: Popular.
- VALVERDE MOLINA, J., *“La cárcel y sus consecuencias”*, Ed. Popular, Madrid, 1998.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1995). *“Trastornos del estado de ánimo”*: Aspectos clínicos. En A. Belloch, B. Sandín, y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología*. Vol. 2 (pp.299-340). Madrid: MacGraw Hill. ISBN: 84-7986-000-6.
- Villalobos, Roberto (2008). *“Condenados sin culpa”*. Revista D N° 218.10.19.20. España-Madrid.
- Vicens-Pons, E., Grupo PRECA. (2009). *“Aproximación a la Metodología para el estudio de los Trastornos mentales en población penitenciaria”*. El estudio PreCa. Revista Española de Sanidad Penitenciaria, 11(1), 17-25. Recuperado de <https://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/issue/view/9>
- Vicens, E., Tort, V., Dueñas R. M., Muro, A., Pérez-Arnau, F., Arroyo, J. M., Acín, E...& Sardá, P. (2011). The prevalence of mental disorders in Spanish prisons. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 21(5), 321-332. doi: 10.1002/cbm.815

Whalen, P.J; Rauch, S. L.; Etcoff, N.L; McInerney, S.C, Lee, M. B. (1998). Masked presentations of emotional facial expressions modulate amigdala activity without explicit knowledge, *J. Neurosc.* Pp. 411-418.

Zuñiga, A; Sandoval, M; Urbina, C; Juárez, N; Villaseñor, S. (2005). “Los Trastornos del Estado de Ánimo”. *Revista Digital Universitaria*. Vol.6, numero 11. ISSN: 1067-6079. Recuperado de: <http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art110/art110.htm>

k. ANEXOS

Anexo # 1 Proyecto de Tesis



1859

Proyecto Previo a la Obtención del Título de Psicóloga Clínica

Tema: Condiciones ambientales del internamiento penitenciario y las sentencias elevadas, y su influencia en el desarrollo de Trastornos del Estado de ánimo, de las personas privadas de libertad del Centro de Privación de la Libertad de Personas Adultas de Loja y Zamora Chinchipe, 2017-2018.

Autora:

Karen Gabriela Ordóñez Hurtado

Institución:

Universidad Nacional de Loja

Facultad de la Salud Humana

Carrera de Psicología Clínica

Fecha de entrega: Loja, 13 de Noviembre del 2017

1. Tema

Condiciones ambientales del internamiento penitenciario y las sentencias elevadas, y su influencia en el desarrollo de Trastornos del Estado de ánimo, de las personas privadas de libertad del Centro de Privación de la Libertad de Personas Adultas de Loja y Zamora Chinchipe, 2017- 2018.

2. Objetivos

Objetivo General

Identificar como las condiciones ambientales del internamiento penitenciario, así como las sentencias elevadas, influyen en el desarrollo de Trastornos del Estado de Ánimo de las personas privadas de libertad del Centro de Privación de la Libertad de Personas Adultas de Loja y Zamora Chinchipe.

Objetivos Específicos

1. Detectar los Trastornos del Estado del Ánimo predominantes en las personas privadas de libertad con sentencias elevadas del CPLPAL.
2. Describir como las condiciones ambientales influyen en el desarrollo de los Trastornos del Estado del Ánimo de los internos o personas privadas de libertad con sentencias elevadas del CPLPAL.
3. Analizar de qué manera influye la privación de libertad en el desarrollo de Trastornos del Estado del Ánimo que presentan los internos.

3. Problemática

La prisión a nivel mundial, es y ha sido una institución utilizada desde tiempos remotos, para cumplir con la función de asegurar a los delincuentes de tal manera que éstos no eludan las consecuencias jurídicas de sus acciones antisociales. Así como una forma de castigo para lograr la corrección y el arrepentimiento de los delincuentes.

Peña Mateos (1997), señala que los vestigios que nos han dejado las civilizaciones más antiguas (China, Egipto, Israel y Babilonia) muestran a la prisión como un lugar de custodia y tormento, siendo aprovechada en determinadas ocasiones para averiguar determinados aspectos del proceso criminal.

En idéntico sentido, García Valdés(1982) , comenta que todos los derechos antiguos y ordenamientos medievales establecen que la prisión es un lugar de retención, “la cárcel de custodia”, repetido en las Partidas o en el Libro de las Costumbres de Tortosa.- Obran también antecedentes remotos desde el referido Platón a San Juan Crisóstomo -citados por Cándido Conde Pumpido(1990) , los cuáles entienden que la pena es una medicina contra el autor del delito, el tratamiento su aplicación y la cárcel el hospital.

En la actualidad se les conoce como Centros de Readaptación Social, los cuales además de buscar el arrepentimiento de los infractores, buscan la reintegración a la sociedad de los internos una vez compurgada la pena.

Uno de los grandes problemas de nuestro actual sistema penitenciario es el efecto negativo que la cárcel tiene para la salud mental de los internos que se encuentran cumpliendo condena, y que afecta tanto a los que padecen una enfermedad mental como a los que no tienen tal patología.

Este efecto nocivo de la pena privativa de libertad sobre la salud mental de los internos tiene como efecto futuro una alta probabilidad de reincidencia.

Los centros penitenciarios o cárceles se han caracterizado por su complejidad desde su surgimiento. La situación de encarcelamiento y las condiciones que son propias de la privación de la libertad provocan una serie de reacciones psicológicas en cadena generadas por la tensión emocional permanente.

La prisionalización es un fenómeno que se ha desarrollado mundialmente, como consecuencia de la imposición de penas privativas de libertad relativamente largas.

La cárcel, como institución, como ámbito cerrado en sí mismo, exige de las personas que la padecen un esfuerzo adaptativo constante al encierro que, sin duda, les crea como consecuencia una serie de distorsiones afectivas, emocionales, cognitivas y perceptivas que se vislumbran desde el momento de la detención ya que al penado se le despoja hasta de los símbolos exteriores de su propia autonomía (vestimenta, objetos personales, entre otros).

En los Centros Penitenciarios del Ecuador, las personas que ingresan se encuentran en un ambiente caracterizado por el aislamiento afectivo, la vigilancia permanente, la falta de intimidad, la rutina, las frustraciones reiteradas y una nueva escala de valores que, entre otras cosas, condiciona unas relaciones interpersonales basadas en la desconfianza y la agresividad.

Estos someten al recluso a una sobrecarga emocional que facilitará la aparición de desajustes en su conducta en el mejor de los casos, cuando no la manifestación de comportamientos francamente patológicos, sobre todo si previamente ya había un desequilibrio emocional, en el momento de la entrada en prisión (Arroyo y Ortega, 2009).

3.1 Formulación del problema.

¿Cómo las condiciones ambientales del internamiento penitenciario y las sentencias elevadas influyen para el desarrollo de Trastornos del Estado del Ánimo en las personas privadas de libertad del Centro de Privación de la Libertad de Personas Adultas de Loja y Zamora Chinchipe?

4. Justificación

La realidad de las cárceles muestra una cantidad ilimitada de factores que inciden de manera negativa en la salud integral de las personas privadas de su libertad (PPL)

Las condiciones de sobrepoblación y hacinamiento, como de saberse que han perdido su libertad y que sus hijos, esposas, padres pueden pasar apuros económicos generan estrés, las cuales si no son controladas pueden afectar su estado de ánimo generando un desequilibrio en su esfera emocional y siendo proclives a desarrollar Trastornos del Estado del Ánimo.

El problema planteado merece una adecuada investigación para poder mejorar la calidad de vida de las Personas Privadas de la Libertad de la Ciudad de Loja; a quienes se les conoce como personas antisociales, por lo que el gobierno no ha prestado la atención para beneficiar a los internos de los centros penitenciarios en sus rehabilitaciones.

El Estado debe garantizar que la atención psicológica que sea necesaria, se obtenga de manera inmediata y debe asegurarse que los individuos que representan un serio peligro a sí mismos o a otros reciban el tratamiento especializado requerido, adoptando cada vez más estrategias a fin de garantizar el éxito de la o las técnicas a emplearse, implementando herramientas de optimización, basadas en los nuevos enfoques psicológicos, a fin de alcanzar el éxito a corto, mediano y largo plazo.

El trabajo investigativo es factible realizarlo porque se cuenta con todos los elementos necesarios para trabajar encaminados a indagar estos problemas.

Para ello se debe conocer las causas, los efectos individuales y las condiciones ambientales y físicas en las que se encuentran las Personas Privadas de Libertad, que provocan una alteración en su psique, especialmente en su estado de ánimo, y así poder trabajar en sus emociones y logren niveles aceptables de estabilidad emocional.

Sin embargo, no se ha realizado un estudio detallado y actual para determinar cuantitativamente estos fenómenos por lo tanto, con la presente investigación se indagará más a fondo las condiciones ambientales y físicas en el que las Personas Privadas de Libertad, se desenvuelven y cómo influye en el desarrollo de Trastornos del Estado del Ánimo, de tal manera esto podría interferir en su rehabilitación; para poder manejar esta problemática social y dar una nueva alternativa de vida digna en la que el ser humano desarrolle su potencial de manera positiva para el beneficio de la sociedad.

Debe tenerse en cuenta que el presente trabajo no pretende sustituir el tratamiento personalizado ni la evaluación y diagnóstico de un profesional calificado de la salud mental.

Establecido esto, se pretende formular algunas sugerencias que contribuyan a que la cárcel en general, sea un espacio resocializador de las personas privadas de libertad, para que, al incorporarse nuevamente a la vida social, lo hagan de tal manera que puedan contribuir con el desarrollo de esta, sin el estigma que hasta ahora se le da a toda aquella persona que por una u otra razón ha estado privada de libertad.

Además, la presente investigación servirá para dar un aporte a las personas investigadas, a la sociedad y al Centro de Privación de la Libertad de Personas Adultas de las ciudades de Loja y Zamora Chinchipe(CPLPAL) para que tenga una base de datos y pueda utilizarlos en beneficio de sus pacientes.

Para el desarrollo del presente trabajo investigativo se cuenta con la colaboración de la psicóloga encargada y las personas privadas de libertad. Finalmente se justifica este trabajo investigativo ya que constituye un requisito para la obtención del Título de Psicóloga Clínica.

Metodología

Para la determinación del siguiente tema de investigación propuesto, me fundamento en el siguiente esquema metodológico:

4.1 Enfoque de la Investigación

El enfoque de mi trabajo investigativo es predominantemente cuanti-cualitativo, lo que implica que más allá de investigar los Trastornos del Estado del Ánimo predominantes en las personas privadas de la libertad, se tomara en cuenta las características conductuales y comportamentales individuales de cada sujeto a investigar y, estas a su vez en relación con el impacto que genera el internamiento penitenciario en cada uno de los individuos que conforman la muestra de estudio.

Este trabajo investigativo generará un registro de predominancia de los Trastornos del Estado del Ánimo de los internos penitenciarios, así como sus factores etiológicos, que permitirá determinar la relación entre el internamiento penitenciario y sus repercusiones psicológicas en las personas privadas de la libertad y sus posibles cambios o alteraciones en su psique.

Así mismo, este tipo de estudio es de carácter exploratorio, ya que se abordará temáticas que en esta población, cantón y ciudad por primera vez serán investigadas, además no existe información respecto a la situación que será objeto de estudio, que podrá incluso ser el punto de partida para estudios de mayor profundidad.

Las investigaciones exploratorias son las investigaciones que pretenden dar una visión general, de tipo aproximativo, respectivo a una determinada realidad.

Este tipo de investigación se realiza especialmente cuando el tema elegido ha sido poco explorado y reconocido, y cuando más su novedad no admite una descripción sistemática. aun, sobre él, es difícil formular hipótesis precisas o de cierta generalidad.

Suele surgir también cuando aparece un nuevo fenómeno que por su novedad no admite una descripción sistemática.

4.2 Modalidad básica de Investigación

5.2.1 Investigación Documental-Bibliográfica.

El presente trabajo investigativo se llevará a cabo inicialmente, mediante la búsqueda de fuentes de carácter documental necesarias, relacionadas a la problemática planteada, por medio de revisión exhaustiva en textos, artículos o ensayos de revistas y periódicos y documentos actualizados, en trabajos previos, fuentes bibliográficas digitales, para el desarrollo y sustento del marco teórico del trabajo en cuestión.

5.2.2 Investigación de Campo-Descriptivo.

El tipo de investigación seleccionada fue la investigación descriptiva dado que permite indagar el contexto en estudio de forma natural y tal como se encuentra, basándose en la evidencia y en los hechos reales, permitiendo describir e interpretar formas de conducta, actitudes, estado de ánimo, condiciones ambientales en el que se desenvuelven los internos, modos de pensar, entre otros.

5.2.3 Método Clínico

Para este trabajo de Investigación, el estudio de campo se realizará en el Centro de Privación de Libertad de Personas Adultas de Loja y Zamora Chinchipe, ubicado en el cantón Loja, provincia de Loja, para la cual el método clínico faculta estudiar y comprender el proceso de salud y de enfermedad de un sujeto en toda su integridad social, biológica y psicológica. Al aplicar el método clínico se está elaborando y construyendo el conocimiento psicológico, es decir a través de cada caso se obtienen las conclusiones diagnósticas.

Para este trabajo de Investigación, el estudio de campo se realizará en el Centro de Privación de Libertad de Personas Adultas de Loja y Zamora Chinchipe, ubicado en el cantón Loja, provincia de Loja

4.3 Nivel o Tipo de Investigación.

5.3.1 Transversal.

Este trabajo investigativo además es de tipo transversal, ya que para su ejecución inicial se seleccionó una población para muestra de estudio, y se procedió a la medición de variables predictores (factores de riesgo) y, variables resultado (alteraciones-consecuencias). Su utilidad además es diversa, primordialmente, es bastante utilizada en el ámbito de investigaciones de la salud mental permitiéndonos:

- La descripción de un fenómeno en la salud mental se refiere.
- Identificar la frecuencia poblacional de un fenómeno en la salud en este caso de raíz psicológica
- Generar hipótesis de trabajo.
- Tomar una población en un momento determinado para su estudio, lo que permite extraer conclusiones acerca de los fenómenos a través de un periodo de tiempo.

De esta manera se pretende investigar e identificar, cuáles son los Trastornos del Estado del Ánimo más predominantes, asociados al internamiento penitenciario y sus implicaciones en las personas privadas de libertad.

5.3.2 Analítico-Sintético.

El método Analítico- Sintético estudia los hechos partiendo de la descomposición del objeto de estudio en cada una de sus partes para estudiarlas en forma individual y luego de forma holística e integral.

Por su parte el método analítico consiste en la desmembración de un todo, descomponiéndolo en sus partes o elementos para observar las causas, la naturaleza y los efectos.

Este método nos permitirá conocer más del objeto de estudio, con lo cual se puede: explicar, hacer analogías, comprender mejor su comportamiento y establecer nuevas teorías.

Y el método sintético en este estudio nos ayudará a ir de lo simple a lo complejo definiendo qué relación existe entre sí y de qué manera afecta la realización del fenómeno en cuestión, llevándonos por ende de la causa al o los efectos y de los principios a las conclusiones y recomendaciones.

4.4 Población y Muestra:

Para el presente trabajo investigativo no fue necesario proceder a utilizar ninguna fórmula bioestadísticamente y probabilísticamente estratificada, es decir es un muestreo no probabilístico, ya que se trabajará con la población que cumpla con los criterios de inclusión, exclusión y de salida o eliminación.

El estudio de investigación se lo llevara a cabo con una muestra total de 100 personas privadas de la libertad, de género masculino y femenino, que permanecen reclusos durante largo tiempo (sentencias elevadas) en el Centro de Privación de Libertad de Personas Adultas de Loja y Zamora Chinchipe, tomando en cuenta criterios de inclusión, exclusión, eliminación.

5.5 Criterios de Inclusión.

- Género Varones y Mujeres.
- Personas Privadas de Libertad (PPL) del Centro de Privación de Libertad de Personas Adultas en Conflicto con la Ley de Loja y Zamora Chinchipe (CPLPAL).
- Sentencias elevadas mayor a cinco años.
- Toda PPL menor a 65 años de edad.
- Estar internado en el CPLPAL de Loja y Zamora Chinchipe más de dos años.
- Toda PPL que se encuentre en pleno cumplimiento de su sentencia.

5.6 Criterios de exclusión.

- PPL con diagnóstico previo de algún trastorno psicótico o condición demencial que imposibilitara o sesgara el estudio.
- PPL que hayan ingresado durante el tiempo de ejecución y desarrollo del estudio o investigación.
- Toda aquella PPL que no esté dispuesta a colaborar voluntariamente con el estudio o investigación, o dispuesto a firmar el consentimiento informado
- Pacientes que tengan un nivel de instrucción al menos de primaria completa o séptimo año de educación general básica.
- PPL que se encuentren ausentes por cualquier condición de fuerza mayor, como por ejemplo internamientos hospitalarios.

5.7 Criterios de salida o eliminación.

- Toda aquella PPL que durante el desarrollo de la investigación o estudio sea redimido de su pena o se dé el fallecimiento del mismo.
- PPL, con estudios incompletos o mal llenados que incluyan (consentimiento informado, historia clínica, reactivo psicológico).

A esto se suma que probablemente se podrá tener mayores evidencias en cuanto al desarrollo de Trastornos del Estado del Ánimo se refiere, por su permanencia en el centro penitenciario incluso se podría llevar un seguimiento de estudio determinado.

5.8 Plan para la recolección de Información

En la siguiente tabla (figura 1), se detalla de una manera resumida el proceso metodológico a seguir para ejecutar el presente trabajo investigativo.

(Tabla 1, Figura 1). Proceso Metodológico Para Seguir en el Proceso Investigativo.

PREGUNTAS BÁSICAS	EXPLICACIONES
1. ¿Para qué?	Para alcanzar los objetivos de investigación
2. ¿De qué personas u objeto?	Personas Privadas de Libertad sección varones y mujeres en cumplimiento de sentencias elevadas, del Centro penitenciario en el cantón Loja.
3. ¿Sobre qué aspectos?	Desarrollo de Trastornos del Estado del Ánimo, en relación con el ambiente del internamiento penitenciario.
4. ¿Quién?, ¿Quiénes?	Investigador- Estudiante
5. ¿Cuándo?	Durante el año 2017- 2018
6. ¿Dónde?	Centro de Privación de Libertad de Personas Adultas de Loja y Zamora Chinchipe
7. ¿Cómo?	Mediante un proceso exhaustivo de estudio y evaluación clínica.
8. ¿Con qué?	Mediante la aplicación de técnicas de recolección de información tales como: 1.Encuesta estructurada.

	<p>Además:</p> <p>2. Ejecución y levantamiento del Historial Clínico.</p> <p>3. Aplicación del Reactivo Psicológico- MCMII-III INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON-III</p>
--	--

5.9 Procesamiento y Análisis.

En el procesamiento de la información a recoger, se utilizará procesos bioestadísticos pertinentes programa (SPSS), así como los datos de las personas privadas de libertad (PPL) que forman parte de la muestra de estudio.

Para analizar la información obtenida por medio de los instrumentos de investigación se seguirán los siguientes pasos:

1. Se procederá a convocar a las PPL en 7 grupos de 15 personas, de ambos géneros para explicarles que formaran parte de un estudio investigativo donde nos comprometemos a guardar total confidencialidad.
2. Se procederá a explicar que dicha investigación se hará bajo su compromiso y voluntad al momento de firmar un consentimiento informado, donde también se les hace partícipes por escrito de los procedimientos de dicha investigación.
3. Se procederá a organizar individualmente a la población para aplicar historial clínico, bajo la entrevista clínica estructurada individualizada y personal.
4. Se procederá a la aplicación grupal de encuesta y reactivo psicológico.
5. Se realizará el compromiso de asistir los días previstos para dichas evaluaciones rigiéndonos en lo incluido en criterios de inclusión, exclusión y eliminación.
6. Se realizará el compromiso de que dichas evaluaciones reposaran en los respectivos archivos personales y psicológicos del CPLPAL.
7. Posteriormente cabe señalar los siguientes pasos:
 - 7.1 Revisión crítica de la información obtenida y datos recogidos.
 - 7.2 Repetir la recolección de información en caso de ser necesario, para corregir fallas de comprensión o dificultades en contestación o respuestas.
 - 7.3 Análisis de datos mediante gráficos estadísticos (mediante el programa estadístico SPSS).

7.4 Análisis de resultados estadísticos, destacando tendencias o relaciones fundamentales de acuerdo con los objetivos.

7.5 Elaborar una síntesis de los resultados obtenidos.

7.6 A partir del punto anteriormente mencionado, estar en capacidad de poder generar conclusiones y recomendaciones pertinentes.

3	<i>Recolección de la información</i>													
4	<i>Procesamiento de los datos.</i>													
5	<i>Análisis de los resultados</i>													
6	<i>Redacción del informe</i>													
7	<i>Presentación del trabajo final.</i>													

6. Operacionalización de Variables

En la siguiente tabla (figura 3), se detallan las variables involucradas en el proceso de estudio, así como el respectivo análisis de sus componentes.

(Tabla 3, figura 3). Organización de Operacionalización de Variable.

Variable	Dimensión	Definición	Tipo	Escala	Indicador	Fuente	Codificación
Personas privadas de libertad	Clasificación y ubicación de acuerdo a las normas del Centro de Privación de libertad de Personas adultas en conflictos con la ley de Loja y Zamora Chinchipe.	<p>Pabellón: área interna del centro de reclusión destinada para alojamiento de internos(as).</p> <p>Pabellón A: autores de delitos leves y con más del 50% del cumplimiento de la pena.</p> <p>Pabellón B: autores de delitos graves, delitos contra la vida, reincidentes y</p>	Cuantitativo independiente	Intervalo	Pabellón A, B, C, D, E, F, G de choferes, departamento de observación, Pabellón de Mujeres Santa Marta.	Encuesta Historia Clínica Psicológica	<p>Pabellón A (1), B (2), C(3), D(4), E(5), F(6), G(7), de choferes(8), departamento de observación(9), calabozo de fiscalía. (10).</p> <p>Pabellón de Mujeres Santa Marta. (11)</p>

		<p>habituales, con mala conducta.</p> <p>Pabellón C: personas de la tercera edad, con problemas de salud, en procesos de rehabilitación.</p> <p>Pabellón E: de alta seguridad, con sentencias elevadas, en pleno cumplimiento de sentencias.</p> <p>Pabellón D: consumidores crónicos de sustancias.</p> <p>De choferes: delitos o contravenciones de tránsito.</p> <p>Pabellón F: altas dificultades de conducta comportamiento.</p> <p>Pabellón G: Separación</p>					
--	--	---	--	--	--	--	--

		<p>temporal o aislamiento provisional para control de conductas.</p> <p>Departamento de observación: o cuarentena para valoración de conductas.</p> <p>Pabellón Santa Marta: exclusivo para población femenina</p>					
Trastornos del Humor(Afectivos)	<p>Clasificación de los Trastornos del Estado del Ánimo que se encuentran descritos dentro del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM- 5) .</p>	<p>Los trastornos del Estado del Ánimo constituyen unos de los principales problemas de salud mental, donde existe una alteración en el ánimo que ocasiona malestar</p>	<p>Cualitativo dependiente</p>	<p>Nominal</p>	<p>Episodio Maniaco Hipomanía Bipolaridad Episodios Depresivos Distimia Ciclotimia</p>	<p>Historia Clínica Psicológica.</p>	<p>Episodio Maniaco (1) Hipomanía (2) Bipolaridad (3) Episodios Depresivos (4) Distimia (5) Ciclotimia (6)</p>

		significativo y disfunción en diferentes áreas de la vida del sujeto.					
Predisposición a la adaptación interna.	Interés por participar en diversas actividades dentro del Centro de Privación de libertad de Personas adultas en conflictos con la ley de Loja y Zamora Chinchipe.	Talleres que se realizan dentro del Centro de Privación de libertad de Personas adultas en conflictos con la ley de Loja y Zamora Chinchipe. 1. Psi coeducación 2. Grupos de Apoyo (NA y AA) 3. Teoterapia: iglesia-evangélica, cristiana y católica.	Cualitativo Dependiente	Ordinal	Encuesta	Buena Regular Mala	Buena (1) Regular (2) Mala (3)

		4. Área Educativa o Formativa: Escuela, Colegio y Universidad (UTPL)					
Condiciones ambientales del internamiento penitenciario	<p>a. Condición física de los edificios</p> <p>b. Tiempo que los detenidos pasan en el espacio donde están confinados</p> <p>c. Cantidad de personas en un espacio dado</p> <p>d. Actividades que se llevan a cabo en cada espacio</p> <p>e. Iluminación y ventilación</p> <p>f. Servicios disponibles en el espacio</p>	<p>Las condiciones ambientales deben cubrir la pertinencia de los siguientes derechos estipulados en el COIP 2014:</p> <p>1. No ser sometidas a aislamiento como sanción disciplinaria.</p> <p>2. La comunicación y visita de sus familiares y profesionales del derecho.</p>	Cualitativa Independiente	Nominal		<p>Historia Clínica Psicológica</p> <p>Encuesta</p>	

		<p>3. Declarar ante una autoridad judicial sobre el trato que haya recibido durante la privación de la libertad.</p> <p>4. Contar con los recursos humanos y materiales necesarios para garantizar su salud integral en los centros de privación de libertad.</p> <p>5. La atención de sus necesidades educativas, laborales, productivas, culturales, alimenticias y recreativas.</p> <p>6. Recibir un tratamiento</p>					
--	--	---	--	--	--	--	--

		<p>preferente y especializado en el caso de las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, adolescentes, y las personas adultas mayores, enfermas o con discapacidad.</p> <p>7. Contar con medidas de protección para las niñas, niños, adolescentes, personas con discapacidad y personas adultas mayores que estén bajo su cuidado y dependencia.</p>					
--	--	---	--	--	--	--	--

Años de Sentencia			Cuantitativo	Razón o intervalo	5-10 11-20 21-30 Otros	Historia Clínica Psicológica	5-10 (1) 11-20(2) 21-30(3) Otros (4)
Tiempo que llevan privados de libertad			Cuantitativo	Intervalo	2-6 7-11 12-16 17 en adelante	Historia Clínica Psicológica	2-6 (1) 7-11 (2) 12-16(3) 17 en adelante (4)
Edad			Cuantitativa	Intervalo	Años cumplidos	Historia Clínica Psicológica	
Procedencia	Lugar de origen de las personas privadas de libertad		Cualitativa	Nominal	Costa Sierra Oriente Otros	Historia Clínica Psicológica	Costa (1) Sierra (2) Oriente (3) Otros (4)
Género			Cualitativo	Nominal	Masculino Femenino	Historia Clínica Psicológica	Masculino (1) Femenino (2)

Grado de Instrucción			Cualitativa	Ordinal	Analfabeto Primaria Secundaria Superior	Historia Clínica Psicológica Encuesta	Analfabeto (1) Primaria (2) Secundaria (3) Superior (4)
Estado Civil			Cualitativo	Nominal	Soltero Casado Divorciado Viudo Unión Libre	Historia Clínica Psicológica	Soltero (1) Casado (2) Divorciado (3) Viudo (4) Unión Libre (5)
Delito			Cualitativo	Nominal	Asesinato Violación Homicidio Abuso Sexual Tráfico de droga o Sustancias Otros	Historia Clínica Psicológica	Asesinato (1) Violación (2) Homicidio (3) Abuso Sexual (4) Tráfico de droga o Sustancias (5) Otros (6)

MARCO TEÓRICO

CAPITULO I: CENTROS PENITENCIARIOS

1.1 Referencia histórica sobre el de los Centros Penitenciarios

Las prisiones o cárceles a través de la historia han sido los mecanismos solo para aislar y separar a un delincuente de la sociedad para evitar el contagio de sus crímenes, las prisiones sin duda alguna han buscado ciertas formas para la reeducación de las personas que han delinuido, pues, una sociedad a través del tiempo ha ido optando diversos pensamientos que han logrado marginar y estigmatizar a las personas que han sido privadas de su libertad.

A medida que el sistema penitenciario iba progresando también evolucionaban las sanciones que han pasado etapa tras etapa buscando nuevos métodos de rehabilitación que busquen convertir el sistema penitenciario en un modelo que haga frente a los problemas de la rehabilitación y reinserción con el objetivo de disminuir los niveles de reincidencia y el grado de agresividad. Hoy en la actualidad se les conoce como “Regionales” o como “Centros de Rehabilitación Social”, en busca de un solo objetivo que es la rehabilitación o la habilitación del privado de libertad y su reintegración a la sociedad una vez cumplida la pena. Según *Fernández (2001)*, “*En la Ciudad de Quito, existían 3 cárceles a mediados del siglo XVIII, la primera fundada en 1573 conocida como la “cárcel de la Real Audiencia de Quito”, la cárcel común considerada la habitual y exacta para privarles de la libertad a los varones, la otra “cárcel de Santa Martha habitual para mujeres.*

En Guayaquil existía la fábrica de tabacos y en Latacunga la fábrica de pólvora, sin embargo, eran consideradas como las verdaderas cárceles, pero quienes eran privados de su libertad eran los mestizos y los nobles indígenas. Con estos antecedentes se puede evidenciar la clasificación de los infractores de acuerdo a su género y el inicio del sistema penitenciario ecuatoriano”.

Lo que en un inicio era considerado como cárcel, no era otra cosa que un lugar destinado para la guarda y custodia de los reos, así como para limitar la libertad de los mismos. Posteriormente se le conoció con el nombre de Penitenciaría, esto a causa de la evolución de la pena privativa de libertad, la penitenciaría tenía como finalidad el arrepentimiento de los presos por haber incumplido una norma de carácter penal. (*FERNÁNDEZ 2001*)

Según Garrido (1983), la figura de la prisión ha sido utilizada desde épocas muy remotas de la cultura humana, podemos citar algunas de ellas:

En la época Antigua, existían penas privativas de la libertad, las cuales eran ubicadas en lugares conocidos como cárceles, dichos lugares no eran más que calabozos infestados de cucarachas, gusanos, enfermos de lepra y animales salvajes como leones y panteras: esto con la finalidad de sembrar miedo en las personas privadas de libertad.

En China los delincuentes, una vez reclusos en las cárceles, eran obligados a realizar trabajos forzosos, además se empleaban varios métodos de tortura, como el hierro caliente. En Babilonia estos centros eran conocidos como lago de leones, en los cuales los calabozos o celdas de castigo en donde eran reclusos se encontraban inundados de agua. Así también en Egipto, las cárceles consistían en una especie de casa privadas en los cuales los internos eran obligados a desempeñar trabajos forzosos y sacrificados.

Por su parte en Japón dividían sus territorios en dos tipos de cárceles, la cárcel del Norte que era designada para recluir a los delincuentes condenados por delitos graves y la del Sur para aquellas personas condenados por delitos menores.

En Grecia se maneja un sistema diferente, en el que consistía en la división de tres tipos de prisiones; la primera se refería a la de custodia que tenía como finalidad retener al delincuente hasta el día que el juez dictara la sentencia respectiva; el segundo tipo era el Sofonisterión que era el lugar destinado para las personas con delitos considerados como no graves y por último la del Suplicio destinada para las personas con delitos graves; esta última se los ubicaba en lugares desérticos como mayor seguridad. No olvidando que los griegos también contaban con una prisión por deudas, la cual consistía en privar de la libertad de los deudores en las casas de los acreedores, en donde los deudores eran considerados como esclavos hasta que saldaran la deuda. (Sáez, 2007)

En la Edad Media no existió la pena privativa de la libertad, ya que en ese tiempo se encontraban vigentes las penas corporales como las amputaciones de los miembros del cuerpo, azotes entre otros. Además, existían las penas infamantes o pena de vergüenza pública que hace referencia a aquellas que afectan el honor o dignidad de la persona y las penas pecuniarias haciendo referencia a aquellas que afectan al patrimonio del penado, así como la prisión como medio de custodia o resguardo hasta la celebración del juicio, dicha custodia o resguardo se llevaba a cabo en castillos, calabozo o torreones. (López, s.f).

Durante la segunda mitad del siglo XVIII se llevaron a cabo grandes protestas por parte de filósofos y teóricos del derecho, respecto a los actos sanguinarios de los que se valía la

autoridad para aplicar justicia y los cuales se convirtieron en un tipo de circo para la población de aquella época. (López, s.f).

Después de aquel periodo sangriento, a causa de la expansión cultural y económica además del humanismo que se vivía a mediados de dicho siglo, surgieron en Europa las “casas de trabajo”, a causa de la necesidad de mano de obra barata, una de las casas más importantes fue la de Ámsterdam en Holanda. (López, s.f).

Con el pasar del tiempo, finales del siglo XVII culmina la evolución de la prisión y se generaliza su utilidad como sanción, su buena aceptación se debió a que además de ser tan cruel como la pena de muerte o las penas corporales puede servir para retribuir, por esto se llegó a pensar que la prisión fue el gran invento social de la época. (Sáez, 2007)

En cuanto a la Edad Moderna, era conocida como la edad de los obreros donde las cárceles eran consideradas como espacios ajenos al Derecho, sus prisioneros eran obligados a trabajar para la Corona en los barcos y en el Nuevo Mundo para cubrir la demanda de mano de obra en el Imperio. España se apoderó de esta situación hasta el siglo XIX donde el Cnel. Manuel Montesinos ayudó a mejorar la situación de los presos por respeto y dignidad. (Sáez, 2007)

Las galerías en esta época eran los lugares donde cumplían la pena y eran caracterizadas por su desolación y sufrimiento físico y psíquico donde no se permitía la pereza, la fatiga, el agotamiento ni la enfermedad. Poco tiempo después nacieron las casas de trabajo donde se impartía una disciplina adecuada acorde a la nueva moral religiosa aplicando un régimen más humanista hacia los presos. (Sáez, 2007)

La cárcel o prisión como sinónimos, es aquel lugar destinado a la guarda y custodia de los delincuentes, hoy en la actualidad se los conoce como Centros de Rehabilitación Social que ha mas de custodiar a los internos, buscan su reintegración a la sociedad, a través de la gestión y administración penitenciaria mediante un modelo de gestión, (Sáez, 2007).

1.2 Centros de Rehabilitación Social

Comúnmente denominados como aquellos establecimientos donde deben permanecer custodiadas las personas privadas de la libertad, en razón de la sentencia de las condenas concernientes al cumplimiento de penas privativas de libertad o cualquier otra medida decretada por las autoridades competentes; el objetivo principal es la resocialización. En el Ecuador los Centros de Privación de la Libertad se clasifican en: Centros de Rehabilitación Social, Centros de Detención Provisional y Casas de Confianza , que con la ayuda y dirección del Ministerio de Justicia Derechos Humanos y Cultos, se consideran entes propicios para la

aplicación de políticas públicas, se encargan de promover y velar por el acceso a una justicia oportuna, independiente y de calidad, así como también promover la paz social y la plena vigencia de los derechos humanos y mejorar los procesos de rehabilitación y reinserción social de las personas privadas de la libertad. El Código orgánico Integral Penal (2014) señala “Los centros de rehabilitación social avalan el desarrollo de las capacidades, con la promoción de la reinserción social de las personas privadas de la libertad, utilizando políticas de gestión con la proa visionaria de la dignidad humana” (p. 6). En los Centros de Rehabilitación Social permanecerán 51 aquellas personas a quienes se les impondrá una pena mediante una sentencia condenatoria ejecutoriada. De igual manera para que se pueda asignar un adecuado tratamiento individualizador, es necesario ubicar a las personas privadas de la libertad en distintos niveles de seguridad como son: máxima, media y mínima seguridad, en el que puedan escoger el adecuado tratamiento para cada uno las personas privadas de la libertad. De igual manera señala en su Artículo 678 a los Centros de Privación Provisional de la Libertad “En dichos establecimientos, permanecerán las personas privadas preventivamente de la libertad en virtud de una medida cautelar o de apremio impuesta por una o un juez competente” (p. 257). Hay que mencionar, además a las Casas de Confianza, que son un proyecto diseñado por el Ministerio de Justicia Derechos Humanos y Cultos que tienen como misión la reinserción social de internos en fase de prelibertad, en la cual, solo entraran aquellos reos que hayan mostrado interés por rehabilitarse y que no hayan cometido delitos graves.

1.2 Realidad de los Centros Penitenciarios

Desde varios años atrás, el Sistema Carcelario Ecuatoriano, conformados por los mal llamados “Centros de Rehabilitación Social”, que en número de 33 albergan a cerca de 10.000 internos en todo el país, está colapsado. No da más. Ni estructural ni físicamente. Mientras tanto las personas privadas de libertad, hacinados en cárceles sin las mínimas condiciones de higiene, salubridad y espacio vital, son tratados, con muy pocas excepciones. En esas cárceles la violencia se agudiza, prima la ley de la selva: se asesina, se viola, se vive junto a la amenaza y el amedrentamiento. En este ambiente de zozobra y malos tratos, viven también niños inocentes junto a sus madres (Robayo C, s.f).

En otras palabras, nuestras cárceles se han transformado en lugares que, en vez de propiciar la rehabilitación de las personas privadas de libertad, fomentan el desajuste de la conducta humana hacia diferentes formas de delincuencia. En suma: aquí, se niega el derecho a la rehabilitación de las personas. A partir de esta lamentable y vergonzosa situación, el Dr.

Julio Crespo Toral, hace 20 años, fundó la COMUNIDAD CARCELARIA ECUATORIANA. Con la finalidad de ejercer en la práctica la rehabilitación social en las cárceles ecuatorianas. Este meritorio proyecto, sólo se ha podido ejecutar en las ciudades de Quito y Guayaquil. Pero allí se han atendido hasta la fecha a 10.000 privados de la libertad, con gran suceso. Partiendo de que es necesario otorgar a todas las personas por lo menos una “segunda oportunidad”, el privado de libertad acogido en la Comunidad Carcelaria, es tratado, en primer lugar, como ser humano: con comprensión y amor; luego, se le otorga algún tipo de entrenamiento profesional para que se desenvuelva honorablemente en la sociedad y, por último, se le busca trabajo digno, (Robayo C, s.f).

CAPITULO II : EL PROCESO DE ADAPTACIÓN A LA PRISIÓN

2.1 La Prisionización

El ingreso a un centro penitenciario poner en marcha un proceso de adaptación al entorno penitenciario que algunos autores coinciden en llamar prisionización. De esta forma la prisionización se caracteriza por la asimilación por parte de los internos de hábitos, usos, costumbre y cultura del ambiente donde tiene que desenvolverse, así mismo se genera una disminución general en la conducta de los individuos, por efecto de su estancia prolongada en el centro penitenciario. (Clemmer, 1940).

Dicho fenómeno de “prisionización” ha sido descrito por varios autores(Clemmer, 1958; Thomas, 1977; Wheeler, 1961), y a pesar de que existen controversias en cuanto a tiempo que dura dicho proceso y a su impacto sobre el individuo una vez que recupera su libertad(Walters,2003), los investigadores normalmente están de acuerdo con el hecho de que el ambiente en prisión induce a un estilo de vida altamente demandante que requiere que los reclusos se adapten a una cultura que no se parece a ningún otro ambiente en el exterior.

Clemmer (1940), define la prisionización como “el conjunto de adaptaciones biológicas, psíquicas y sociales del individuo en prisión al esquema normativa de la comunidad de reclusos”. Para que se genere la prisionización, Clemmer considera que deben tenerse en cuenta una serie de variables, entre ellas: la propia configuración de la prisión, así como también influirá el hacinamiento y la experiencia o ingresos previos en prisión. Y variables externas como puede ser la vinculación familiar o el disfrute de beneficios.

La experiencia subjetiva de cada recluso respecto a la prisión influirá no solo en su proceso de adaptación, sino también en los planos cognitivo, emocional y conductual del individuo, pudiendo alterar sus niveles de bienestar psicológico y estado de salud mental.

Mencionar finalmente, un importante factor a tener en cuenta en el proceso de adaptación a la prisión es el *tiempo*, elemento que es de vital relevancia de dos formas, en cuanto a la duración de la condena y referido también al tiempo que lleva la persona de encarcelamiento. El efecto protector sobre la adaptación a la prisión puede afectar de diferentes formas así algunos autores afirman que los efectos negativos asociados al tiempo de internamiento pueden acentuarse a lo largo del mismo mientras otros síntomas pueden remitir o estabilizarse, (Paulus y Dzindolet, 1993).

2.2 Consecuencias Psicológicas de la Prisionización

Los centros de rehabilitación social, son instituciones totalmente cerradas, que da cobertura a la totalidad de las necesidades de supervivencia de sus habitantes, cualquier insuficiencia encuentra su satisfacción o bienestar temporal. La cárcel es un entorno fijo, inmóvil, con referencias propias que exigen de las personas privadas de libertad en ella un gran esfuerzo para su adaptación a tal medio. En dicho medio no suele darse un único patrón de comportamiento, sino que, en función de la situación creada, de la propia personalidad y las circunstancias que definen al individuo, se puede combinar varias formas de adaptación a la prisionización, (McKay et al, 1979).

Clemmer (1940) fue el primero que se refirió, con este significado, al efecto de prisionización. A partir de estas investigaciones realizadas en prisiones norteamericanas, la prisionización ha sido concebida en términos de la asimilación por los internos de hábitos, usos, costumbres y cultura de la prisión, así como una disminución general del listado de conducta de los mismos, por efecto de su estancia prolongada o personas que tiene sentencias elevadas en el centro penitenciario, (Clemmer, 1940; Pinatel, 1969; Goffman, 1979).

Estos efectos tendrían lugar tanto durante el tiempo de encarcelamiento de los privados de libertad como en su posterior vida en libertad.

Entre los efectos más destacables de la prisionización podríamos mencionar los siguientes:

- Una devaluación de la propia imagen y disminución de su autoestima, concebida como la valoración que el individuo realiza y mantiene respecto de sí mismo, (Coopersmith, 1959).
- Un incremento en el nivel de ansiedad de los privados de libertad desde su ingreso, provocando un estado anímico que se revela en una elevada tensión emocional.
- Además, una de las consecuencias inmediatas al ingreso es la pérdida de la propia individualidad o la posibilidad de que la despersonalización se produzca como consecuencia de las agresiones ambientales a la que están expuestas las personas.
- También se genera una pérdida de intimidad, debido a que las personas están obligadas a convivir con otros integrantes del colectivo carcelario, sobre todo si el entorno en el que se desenvuelven el sujeto- interno es percibido como agresivo o violento en relación con su persona e intimidad.
- Se genera una falta de control sobre la propia vida, ya que la situación de prisión conlleva a la imposibilidad de decidir sobre la evolución de las propias circunstancias personales, familiares y sociales, generando en el individuo un sentimiento enorme de frustración personal, bloqueando, en ocasiones todas las esferas de la persona.
- También se pierde el vínculo o los lazos familiares a pesar de los contactos o visitas regulares que la prisión les facilita, el alejamiento de la familia y el abandono del rol que la persona desempeñaba en la misma se hace inevitable. De igual manera sucede con el apoyo social de su grupo de pares y el papel que la persona tuviera en el mismo.

Por tal motivo la adaptación de la persona a esta realidad se corresponde con el proceso de prisionización que se explicaba anteriormente, y que puede acabar teniendo secuelas en el individuo.

El proceso de inadaptación social previo al ingreso, y la de prisionización después, incidirán en la mayor probabilidad de aparición de consecuencias negativas en la persona como las antes mencionadas. Por su parte, podemos hablar también de consecuencias más severas, que son producidas en el medio a largo plazo, y que están directa e indirectamente relacionadas con la situación de reclusión.

CAPÍTULO III: PROCESOS AFECTIVOS

El estudio acerca de la afectividad compone uno de las áreas clínicas más importantes de la psicopatología, no solo por las implicaciones que tiene con las demás funciones psíquicas como la trascendencia y riqueza vivencial que forma por sí misma.

Las emociones y el estado de ánimo sucesos psíquicos difíciles de analizar y objetivar, sin embargo, su influencia sobre otras funciones representa un aspecto importante de la exploración psicopatológica.

3.1 Aspectos Históricos de la Afectividad

El término “Afectividad” encuentra su origen en la filosofía griega con Aristóteles, quien se refiere a las pasiones como un movimiento el apetito sensitivo, incluyendo a las emociones, las motivaciones y otras manifestaciones afectivas. Resumiendo, de esta manera, que la afectividad es el conjunto de experiencias que definen y delimitan la vida emocional del individuo, que trasciende en su personalidad y conducta, especialmente en su capacidad de comunicación y que, por lo general, se distribuyen en dos polos opuestos y extremos (**Martín Santos y cols., 2000**).

La semiología de la afectividad implica conceptos que son empleados de manera indistinta, aunque reflejan diferentes funciones. Por tal motivo se emplean términos como emoción, sentimiento o estado de ánimo para referirse a la misma función cuando son conceptos no semejantes, (Vallejo, 2011).

Hablando acerca del término **emoción**, nos referimos a un estado de respuesta afectiva interna que está acompañada de síntomas somáticos que se producirán de forma súbita como una respuesta a una vivencia y que tienden a mantener o a abolir el acontecimiento desencadenante. De tal manera se define como un estado de ánimo que es producido por impresiones de los sentidos, ideas o recuerdos que con frecuencia se traduce o expresa mediante gestos, actitudes o tras formas. Entre algunos ejemplos de emociones podemos citar, el miedo, rabia o cólera y angustia, (Denzin 2009).

Además, las emociones son sentimientos intensos, de duración breve y aparición abrupta o repentina, que estará acompañada de síntomas físicos.

Otro término que se emplea son **los sentimientos**, que constituyen la experiencia subjetiva de la emoción, además presentan mayor duración y no se acompañan de síntomas vegetativos, así como ocurre en las emociones. Los sentimientos son similares a las emociones en que son estados afectivos complejos, pero difieren de aquellas en que son estables, duraderos y menos intensos. También pertenecen a los sentimientos; el orgullo, los celos, la vergüenza o la simpatía.

En el DSM- IV se define a los **afectos** como "un patrón de comportamientos observables que constituyen la expresión de sentimientos (emoción) experimentándolos subjetivamente". Por tanto, el afecto puede o no ser congruente con el humor. Además, la tristeza, la alegría o la irritabilidad son ejemplos de afectos en lenguaje psicopatológico. En sí, el término **afecto**, se refiere a cambios más fluctuantes que otras funciones psíquicas y puede variar considerablemente según una amplia gama de afectos. El afecto apropiado es el estado en el que el tono emocional está en armonía con la idea, el pensamiento o el lenguaje que lo acompañan.

Todo lo contrario, a los afectos, el **humor** se puede definir como el estado emocional basal del sujeto, constituye el equivalente del estado de ánimo. Podemos decir que el **ánimo** es la emoción mantenida y persistente que se experimenta de forma subjetiva y que puede ser observada por los demás. Por tanto, el término humor o estado de ánimo se refiere a un estado emocional más generalizado persistente que los afectos, en sí más fluctuantes. Además, es un tipo de función psíquica de instauración más lenta y progresiva que las emociones que delimita el tono sostenido de sentimientos que prevalece con el tiempo en un paciente.

Este estado de ánimo puede durar horas, semanas e incluso meses, y es más estable y persistente que el resto de los afectos analizados.

Los estados de ánimo más típicos son los que aparecen en el eje **alegría- tristeza**, pero también presenta irritabilidad, expansividad, cólera o ansiedad que conforman ejemplos de otros estados de ánimo. La presencia o aparición de estos estados de ánimo puede ser de forma espontánea o precedida de estímulos concretos, tanto internos como externos.

Todo este conjunto de funciones psíquicas conforma la afectividad vida emocional total del individuo. Por lo tanto, constituye el conjunto de vivencias y experiencias que delimitaran la vida emocional del individuo y que influyen en el resto de las funciones psíquicas.

3.2 Nosología de los Trastornos Afectivos

Se conoce que el estudio de la semiología de la afectividad no fue estudiado por los clásicos con la misma atención que otras funciones psíquicas. Del mismo modo, la naturaleza y los límites de los trastornos afectivos no están todavía suficientemente perfilados.

Existen ciertas dudas, en cuanto a la depresión como enfermedad, síndrome o síntoma, o incluso como vivencia normal del ser humano ante ciertos acontecimientos de la vida. A partir de estas discusiones y estudios, se hace referencia al termino melancolía, que acuñó Hipócrates (como se cita en Vallejo, J, 2011), es la primera referencia científica a esta enfermedad, ya que se le concede un origen natural; disfunción de la atrabilis.

Otros autores como Areteo (como se cita en Vallejo 2011), distingue la conexión entre manía y melancolía, así como también Galeno en el siglo II (como se cita en Vallejo, 2011), adhiriéndose a la patología humoral, donde identifica tres formas distintas de melancolía, las cuales están localizadas en el encéfalo, en todo el organismo o en el aparato digestivo.

No, es más, hasta el siglo XIX, donde el término melancolía fue lo ideal para referirse al síndrome depresivo. Por el contrario, el de manía fue utilizado por clásicos autores, pero no en su sentido actual, sino para indicar de forma indiferenciada un trastorno psicótico en el que, a diferencia del delirium, no había fiebre. Durante el siglo XIX destacan las aportaciones de Pinel (como se cita en Vallejo, 2012), quien en su *tratado médico- filosófico sobre la alimentación mental* defiende una posición intelectual de la melancolía, al considerar que el juicio falso es su propia esencia, así como Esquirol, quien en el año 1820 propone el término <<lipemanía>> en reemplazo del tradicional <<melancolía>>, aludiendo al descenso del humor como fenómeno patológico de esta manera restando importancia al origen intelectual e ideativo que reflejaba hasta el momento.

Por su parte, Kraepelin (1998) agrupa todos los síndromes depresivos en el apartado de la psicosis maníaco- depresiva, donde incluye el termino <<melancolía involutiva>> para los

trastornos depresivos de la madurez. De esta manera, a finales del siglo IX quedan delimitados los trastornos afectivos como una enfermedad única, episódica recurrente, de buen pronóstico y con tendencia a la recuperación completa.

Durante los siglos XIX y XX se establece que **melancolía** es un trastorno primario de la afectividad y no del intelecto o la volición, el lapso está dentro de su naturaleza, tiene un origen y representación cerebral y un condicionamiento genético, así como también ofrece una psicopatología estable y que existe una predisposición a través de la personalidad reconocible y es endógena su naturaleza. (Vallejo, 2011)

Es así como durante el siglo XX la melancolía se perfila como un trastorno primario de la afectividad. Hasta la actualidad, en términos generales, la clasificación de las depresiones unipolares giraba en torno al carácter biológico- constitucional que representara a la melancolía, aunque dieran diferentes nombres (endógena, autónoma, psicótica, fisiológica, fisiológica, vital, etc.), frente a otras depresiones de naturaleza psicosocial muy distinta.

3.3. Neurobiología de la afectividad

La neurobiología proporciona varias explicaciones acerca del comportamiento, actuación o de la experiencia en sistemas neuronales o en células individuales. Las modernas técnicas de investigación permiten reproducir modelos fisiopatológicos, no solo de trastornos afectivos sino también de emociones normales (Vallejo, 2012).

Este elemento de estudio es esencial para comprender la complejidad del funcionamiento normal y patológico del SNC. Sin embargo, en los últimos años el estudio del cerebro se ha dirigido preferentemente al campo de los trastornos psiquiátricos y no tanto al análisis de la psicopatología más fisiológica (Vallejo, 2012).

Entre otros aspectos, esto se debe a que la neuropsicología actual y la neurociencia cognitiva se enfocan hacia el conocimiento de los niveles superiores de procesamiento y función del SNC y estas áreas suelen implicarse en los signos y síntomas de las enfermedades psiquiátricas. El sustrato neurobiológico de la afectividad en su conjunto asienta en el cerebro,

incluso la teoría clásica de la emoción en el cerebro humano era básicamente una hipótesis anatómica (Vallejo, 2012).

En la actualidad se sabe que las bases biológicas más directamente relacionadas con la afectividad son el rinencéfalo, sistema límbico, hipocampo, locus coeruleus, amígdala, septum, cíngulo, hipotálamo y cortezas de los lóbulos temporal y frontal. (Díaz & González, 2012)

Ya en la década de 1930, un gran neurólogo como lo es James Papez (como se citó en Vallejo, 2012) estudió dicho fenómeno en animales decorticados y observando la expresión de <<falsa rabia >> que presentaban sugirió que las áreas que se proyectan al hipotálamo serían esenciales para las experiencias de la emoción. Las emociones se identificaron con proyecciones sensoriales hacia el sistema límbico. En España durante la década de 1950, diversos autores, entre los que destacaba Pi Suñer, consideraban al sistema límbico como el sustrato anatómico de la emocionalidad. Las alteraciones del sistema límbico y las estructuras subcorticales relacionadas han permitido explicar razonablemente aspectos parciales de la clínica sobre todo los signos vegetativos. (Vallejo, 2011)

Recientemente, tras diversos estudios centrados en el aprendizaje y en el comportamiento tras una amigdalectomía, se ha llegado a la conclusión de que la amígdala es la estructura clave en la asignación de significado motivacional a los estímulos, incluso este papel puede ser independiente de la corteza (Adolphs y cols., 1995).

En la actualidad se considera que la amígdala desempeña un papel central en el condicionamiento y el procesamiento emocional en general, tanto desde la perspectiva de las emociones fisiológicas como en el estudio de las alteraciones emocionales que aparecen en los trastornos clínicos de la afectividad.

Parece que existe una cierta especificidad de la amígdala por la identificación de estímulos emocionalmente negativos ya que, entre otras circunstancias, diversos estudios de resonancia magnética funcional han demostrado que la amígdala puede marcar la diferencia entre una cara temerosa enmascarada con un rostro neutro y una cara feliz enmascarada (Whalen y cols., 1998).

Tras varios estudios, se ha constatado que la corteza frontal inferior y la corteza temporal presentaban una implicación relevante en este fenómeno, incluso en mayor medida que otras estructuras subcorticales como la amígdala, (George y cols. 1996).

Las lesiones restringidas a la corteza frontal temporal no parecen tener repercusiones significativas en las exploraciones psicométricas que evalúan funciones cognoscitivas superiores, aunque tienen una gran repercusión sobre la conducta general. En resumen, podemos señalar que tanto la amígdala como la corteza prefrontal inferior desempeñan un papel importante en la neurobiología de las emociones fisiológicas y por tanto son elementos claves en la fisiopatología de los trastornos afectivos en general (Vallejo, 2011).

Diversos autores estudiaron mediante técnicas de neuroimagen funcional el sustrato de un paradigma caracterizado por los recuerdos autobiográficos que inducían tristeza. Pudieron observar, como estos recuerdos se relacionaban con un incremento en la actividad de las regiones límbicas ventrales y paralímbicas (región del cíngulo anterior inferior, región anterior de la ínsula y el cerebelo). De esta misma manera, comprobaron una disminución en la actividad en regiones neocorticales (región prefrontal derecha, región parietal inferior y región posterior del cíngulo), (Mayberg y cols., 1999 a).

Este patrón neurobiológico también se ha encontrado en pacientes con trastornos neurológicos y depresión. Todo ello se deduce a que existen dos áreas importantes en la modulación del afecto: el circuito orbito- frontal, subcortical- frontal y el fascículo uncinado. Por lo tanto, los circuitos frontales- subcorticales y específicamente las conexiones del lóbulo frontal con el sistema límbico tienen un papel importante en el desarrollo de síntomas afectivos especialmente de tipo depresivo, (Mayberg y cols., 1999 b).

En los últimos años y tras diversas investigaciones, Helen Mayberg ha propuesto dividir las estructuras relacionadas con la regulación de estado de ánimo en dos compartimentos: uno límbico- ventral y otro cortical-dorsal.

Este segundo compartimento incluye estructuras neocorticales que analizan los aspectos cognoscitivos negativos de la depresión como la apatía, inhibición motora o alteraciones de la atención. El sistema límbico- ventral incluye principalmente regiones límbicas y paralímbicas

que intervienen en las alteraciones circadianas, somáticas y neurovegetativas, (Mayberg y cols., 1999 c).

En la actualidad se considera que los sistemas neurotransmisores serotoninérgico, dopaminérgico y noradrenérgico tiene un papel fundamental en la regulación afectiva, aunque la mayoría de hallazgos se centran en estados patológicos o en rasgos temperamentales, como lo es la impulsividad o la búsqueda de sensaciones, (Mayberg y cols., 1999 d).

3.4 Clasificación de los Trastornos del Humor Según La Clasificación Internacional De Enfermedades – Cie- 10

Fuente tomada textualmente de la Clasificación Internacional de Enfermedades- CIE-10(1992).

F30-39 Trastornos del humor (afectivos)

La alteración fundamental en estos trastornos es una alteración del humor o de la afectividad, por lo general en el sentido de la depresión (acompañada o no de ansiedad) o en el de la euforia. Este cambio suele acompañarse de uno del nivel general de actividad (vitalidad). La mayoría del resto de los síntomas son secundarios a estas alteraciones del humor y de la vitalidad o son comprensibles en su contexto. La mayoría de estos trastornos tienden a ser recurrentes y el inicio de cada episodio suele estar en relación con acontecimientos o situaciones estresantes. Esta sección incluye los trastornos del humor (afectivos) en todos los grupos de edad. Aquellos que se presentan en la infancia y adolescencia se codificarán por tanto también de acuerdo con las pautas que siguen.

F30 Episodio maníaco

Se especifican aquí tres niveles de gravedad que comparten la exaltación del humor, y el aumento de la cantidad y velocidad de la actividad física y mental propias del individuo. Todas las subdivisiones de esta categoría deben utilizarse sólo para episodios maníacos aislados. En el caso de que haya episodios del trastorno del humor (afectivos) anteriores o posteriores, ya sean depresivos, maníacos o hipomaníacos, debe recurrirse al trastorno bipolar (F31.-).

Incluye:

Trastorno bipolar aislado.

Episodio maníaco aislado.

F30.0 Hipomanía

La hipomanía es un grado menor de manía (F30.1) en el que las alteraciones del humor y del comportamiento son demasiado persistentes y marcadas como para ser incluidas en el apartado de ciclotimia (F34.0) pero a su vez no se acompañan de alucinaciones o ideas delirantes. Hay una exaltación leve y persistente del ánimo (durante al menos varios días seguidos), un aumento de la vitalidad y de la actividad y por lo general, sentimientos marcados de bienestar y de elevado rendimiento físico y mental.

También es frecuente que el individuo se vuelva más sociable, hablador, que se comporte con una familiaridad excesiva, que muestre un excesivo vigor sexual y una disminución de la necesidad de sueño, pero nada de esto tiene una intensidad suficiente como para interferir con la actividad laboral o provocar rechazo social. En algunos casos la irritabilidad, el engreimiento y la grosería pueden sustituir a la exagerada sociabilidad eufórica.

Puede alterarse la capacidad de atención y concentración, dando lugar a una imposibilidad para desarrollar con calma actividades laborales, de entretenimiento o descansar tranquilamente. No obstante, esto no suele impedir el interés por actividades y empresas totalmente nuevas o por gastos ligeramente excesivos.

Pautas para el diagnóstico

Deben presentarse varias de las características citadas más arriba de exaltación o de alteración del estado de ánimo, y del aumento de la vitalidad durante al menos varios días seguidos, en un grado y con una persistencia mayor que la descrita para la ciclotimia (F34.0). Una interferencia considerable con la actividad laboral o social permite el diagnóstico de hipomanía, pero si la interferencia es grave o completa se debe diagnosticar de manía (F30.1 o F30.2).

F30.1 Manía sin síntomas psicóticos [Criterios DSM IV]

En este trastorno existe una exaltación del humor sin relación con las circunstancias ambientales, que puede variar desde una jovialidad descuidada hasta una excitación casi incontrolable. La euforia se acompaña de aumento de vitalidad con hiperactividad, logorrea y una disminución de las necesidades de sueño.

Hay una pérdida de la inhibición social normal, una imposibilidad de mantener la atención y gran tendencia a distraerse. La estimación de sí mismo crece desmesuradamente y se expresan sin inhibiciones ideas de grandeza o extraordinariamente optimistas.

Pueden presentarse trastornos de la percepción tales como una apreciación de los colores en forma especialmente vivida (y por lo general hermosa), o bien una preocupación con los detalles finos de las superficies o texturas, así como hiperacusia subjetiva. El individuo se puede embarcar en proyectos extravagantes e impracticables, gastar dinero de forma descabellada o tornarse excesivamente agresivo, cariñoso o chistoso en circunstancias inadecuadas. En algunos episodios maníacos, el humor es irritable y receloso más que exaltado. La primera manifestación tiene lugar con mayor frecuencia entre los 15 y los 30 años de edad, pero puede presentarse a cualquier edad desde el final de la infancia hasta la séptima u octava década de la vida.

Pautas para el diagnóstico

El episodio debe durar al menos una semana, debe ser lo suficientemente grave como para alterar la actividad laboral y social de forma más o menos completa. La alteración del humor debe acompañarse de un aumento de la vitalidad y varios de los síntomas descritos en el apartado previo (en particular la logorrea, la disminución de las necesidades del sueño, las ideas de grandeza y el optimismo excesivo).

F30.2 Manía con síntomas psicóticos [Criterios DSM IV]

El cuadro clínico es el de una forma de manía más grave que la descrita en F30.1. El grado de aumento de la estimación de sí mismo y las ideas de grandeza pueden desembocar en ideas delirantes, así como la irritabilidad y el recelo pueden dar paso a las ideas delirantes de persecución. En los casos graves pueden presentarse marcadas ideas delirantes de grandeza o religiosas referidas a la propia identidad o a una misión especial.

La fuga de ideas y la logorrea pueden dar lugar a una falta de comprensibilidad del lenguaje. La excitación y la actividad física intensas y mantenidas pueden dar lugar a agresiones o violencias. El descuido de la alimentación, de la ingesta de líquidos y de la higiene personal pueden dar lugar a situaciones peligrosas de deshidratación y abandono. Si fuere necesario, las ideas delirantes y las alucinaciones pueden calificarse de congruentes o no congruentes con el

estado de ánimo. "No congruente" incluye las ideas delirantes y alucinaciones que se presentan con un estado de ánimo neutro, por ejemplo, ideas de referencia sin sentimientos de culpabilidad o sin sentirse acusado o voces alucinatorias sobre temas que no tienen un significado emocional especial.

Incluye: Estupor maníaco.

F30.8 Otros episodios maníacos [Criterios DSM IV]

F31 TRASTORNO BIPOLAR

Trastorno caracterizado por la presencia de episodios reiterados (es decir, al menos dos) en los que el estado de ánimo y los niveles de actividad del enfermo están profundamente alterados, de forma que en ocasiones la alteración consiste en una exaltación del estado de ánimo y un aumento de la vitalidad y del nivel de actividad (manía o hipomanía) y en otras, en una disminución del estado de ánimo y un descenso de la vitalidad y de la actividad (depresión). Lo característico es que se produzca una recuperación completa entre los episodios aislados.

A diferencia de otros trastornos del humor (afectivos) la incidencia en ambos sexos es aproximadamente la misma. Dado que los enfermos que sufren únicamente episodios repetidos de manía son relativamente escasos y de características muy parecidas (antecedentes familiares, personalidad premórbida, edad de comienzo y pronóstico a largo plazo) al resto de los enfermos que tienen al menos episodios ocasionales de depresión, estos enfermos se clasifican como otro trastorno bipolar (F31.8).

Los episodios de manía comienzan normalmente de manera brusca y se prolongan durante un período de tiempo que oscila entre dos semanas y cuarto a cinco meses (la duración mediana es de cuatro meses). Las depresiones tienden a durar más (su duración mediana es de seis meses), aunque rara vez se prolongan más de un año, excepto en personas de edad avanzada. Ambos tipos de episodios sobrevienen a menudo a raíz de acontecimientos estresantes u otros traumas psicológicos, aunque su presencia o ausencia no es esencial para el diagnóstico. El primer episodio puede presentarse a cualquier edad, desde la infancia hasta la senectud. La frecuencia de los episodios y la forma de las recaídas y remisiones pueden ser muy variables, aunque las remisiones tienden a ser más cortas y las depresiones más frecuentes y prolongadas al sobrepasar la edad media de la vida.

Incluye:

Trastorno maníaco-depresivo.

Psicosis maníaco-depresiva.

Reacción maníaco-depresiva.

Excluye:

Trastorno bipolar, episodio maníaco (F30.-).

Ciclotimia (F34.0).

F31.0 Trastorno bipolar, episodio actual hipomaníaco [Criterios DSM IV]

Pautas para el diagnóstico

a) El episodio actual satisfaga las pautas de hipomanía (F30.0).

b) Se haya presentado al menos otro episodio hipomaníaco, maníaco, depresivo o mixto en el pasado.

F31.1 Trastorno bipolar, episodio actual maníaco sin síntomas psicóticos [Criterios DSM IV]

Pautas para el diagnóstico

a) El episodio actual satisfaga las pautas de manía sin síntomas psicóticos (F30.1).

b) Se haya presentado al menos otro episodio hipomaníaco, maníaco, depresivo o mixto en el pasado.

F31.2 Trastorno bipolar, episodio actual maníaco con síntomas psicóticos

Pautas para el diagnóstico

a) El episodio actual satisfaga las pautas de manía con síntomas psicóticos (F30.2).

b) Se haya presentado al menos otro episodio hipomaníaco, maníaco, depresivo o mixto en el pasado.

F31.3 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo leve o moderado [Criterios DSM IV]

Pautas para el diagnóstico

a) El episodio actual satisfaga las pautas de episodio depresivo leve (F32.0) o moderado (F32.1).

b) Se haya presentado al menos otro episodio hipomaníaco, maníaco, depresivo o mixto en el pasado.

Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia o ausencia de síntomas somáticos en el episodio depresivo actual:

F31.30 Sin síndrome somático.

F31.31 Con síndrome somático.

F31.4 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave sin síntomas psicóticos [Criterios DSM IV]

Pautas para el diagnóstico

a) El episodio actual satisfaga las pautas de episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2).

b) Se haya presentado al menos otro episodio hipomaníaco, maníaco, depresivo o mixto en el pasado.

F31.5 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos [Criterios DSM IV]

Pautas para el diagnóstico

a) El episodio actual satisfaga las pautas de episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3).

b) Se haya presentado al menos otro episodio hipomaníaco, maníaco, depresivo o mixto en el pasado.

F31.6 Trastorno bipolar, episodio actual mixto [Criterios DSM IV]

El enfermo ha padecido en el pasado por lo menos un episodio hipomaníaco, maníaco o mixto y en la actualidad presenta una mezcla o una sucesión rápida de síntomas maníacos, hipomaníacos y depresivos.

Pautas para el diagnóstico

Alternancia de los episodios maníacos y depresivos, separados por períodos de estado de ánimo normal, aunque no es raro encontrar un estado de humor depresivo se acompañe durante días o semanas de hiperactividad y logorrea o que un humor maníaco e ideas de grandeza se acompañe de agitación y pérdida de la vitalidad y de la libido. Los síntomas maníacos y depresivos pueden también alternar rápidamente, de día en día o incluso de hora en hora. El diagnóstico de trastorno bipolar mixto sólo deberá hacerse si ambos tipos de síntomas, depresivos y maníacos, son igualmente destacados durante la mayor parte del episodio actual de enfermedad, que debe durar como mínimo dos semanas.

Excluye: Episodio afectivo mixto aislado (F38.0).

F31.7 Trastorno bipolar, actualmente en remisión [Criterios DSM IV]

El enfermo ha padecido al menos un episodio maníaco, hipomaníaco o mixto en el pasado y por lo menos otro episodio maníaco, hipomaníaco, depresivo o mixto, pero en la actualidad no sufre ninguna alteración significativa del estado de ánimo ni la ha sufrido en varios meses. No obstante, puede estar recibiendo tratamiento para reducir el riesgo de que se presenten futuros episodios.

F31.8 Otros trastornos bipolares [Criterios DSM IV]

Incluye:

Trastorno bipolar de tipo II.

Episodios maníacos recurrentes.

F31.9 Trastorno bipolar sin especificación**F30.9 Episodio maníaco sin especificación****F32 Episodios depresivos**

En los episodios depresivos típicos el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- a) La disminución de la atención y concentración.
- b) La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- c) Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves).
- d) Una perspectiva sombría del futuro.
- e) Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- f) Los trastornos del sueño.
- g) La pérdida del apetito.

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión.

La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondriacas. Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

Algunos de los síntomas anteriores pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Los ejemplos más típicos de estos síntomas "somáticos" son: pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras, pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras, despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual, empeoramiento matutino del humor depresivo, presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotrices claras (observadas o referidas por terceras personas), pérdida marcada de apetito, pérdida de peso (del orden del 5 % o más del peso corporal en el último mes), pérdida marcada de la libido. Este síndrome somático habitualmente no se considera presente al menos que cuatro o más de las anteriores características estén definitivamente presentes.

Incluye:

Episodios aislados de reacción depresiva.

Depresión psicógena (F32.0, F32.1 ó F32.2).

Depresión reactiva (F32.0, F32.1 ó F32.2).

Depresión mayor (sin síntomas psicóticos).

F32.0 Episodio depresivo leve

Pautas para el diagnóstico

Ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión, y al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo, además de al menos dos del resto de los síntomas enumerados anteriormente (en F32.-, página 152). Ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo.

Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síntomas somáticos:

F32.00 Sin síndrome somático: Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo leve y están presentes pocos síndromes somáticos o ninguno.

F32.01 Con síndrome somático: Se satisfacen las pautas de episodio depresivo leve y también están presentes cuatro o más del síndrome somático (si están presentes sólo dos o tres, pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría).

F32.1 Episodio depresivo moderado

Pautas para el diagnóstico

Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve (F32.0) así como al menos tres (y preferiblemente cuatro) de los demás síntomas. Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.

Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síndrome somático:

F32.10 Sin síndrome somático: Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y no están presentes síndromes somáticos.

F32.11 Con síndrome somático: Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y están también presentes cuatro o más del síndrome somático (si están presentes sólo dos o tres, pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría).

F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

Durante un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave.

Pautas para el diagnóstico

Deben estar presentes los tres síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado, y además por lo menos cuatro de los demás síntomas, los cuales deben ser de intensidad grave. Sin embargo, si están presentes síntomas importantes como la agitación o la inhibición psicomotrices, el enfermo puede estar poco dispuesto o ser incapaz de describir muchos síntomas con detalle. En estos casos está justificada una evaluación global de la gravedad del episodio. El episodio depresivo debe durar normalmente al menos dos semanas, pero si los síntomas son particularmente graves y de inicio muy rápido puede estar justificado hacer el diagnóstico con una duración menor de dos semanas.

Durante un episodio depresivo grave no es probable que el enfermo sea capaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica más allá de un grado muy limitado.

Incluye:

Episodios depresivos aislados de depresión agitada.

Melancolía.

Depresión vital sin síntomas psicóticos.

F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

Episodio depresivo grave que satisface las pautas establecidas en F32.2, y en el cual están presentes además ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo. Las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, de ruina o de catástrofes inminentes de los que el enfermo se siente responsable. Las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatorias o de olores a podrido o carne en descomposición. La inhibición psicomotriz grave puede progresar hasta el estupor. Las alucinaciones o ideas delirantes pueden especificarse como congruentes o no congruentes con el estado de ánimo (ver F30.2).

Incluye: Episodios aislados de:

Depresión mayor con síntomas psicóticos.

Depresión psicótica.

Psicosis depresiva psicógena.

Psicosis depresiva reactiva.

F32.8 Otros episodios depresivos

Episodios que no reúnan las características de los episodios depresivos señalados en F32.0-F32.3, pero que por la impresión diagnóstica de conjunto indican que son de naturaleza depresiva. Por ejemplo, mezclas fluctuantes de síntomas depresivos (especialmente de la

variedad somática) con otro; síntomas como tensión, preocupación, malestar o mezclas de síntomas depresivos somáticos con dolor persistente o cansancio no debido a causas orgánicas (como los que se observan en ocasiones en los servicios de interconsulta de hospitales generales).

Incluye:

Depresión atípica.

Episodios aislados de depresión "enmascarada" sin especificación.

F32.9 Episodio depresivo sin especificación

Incluye:

Depresión sin especificación.

Trastorno depresivo sin especificación.

F33 Trastorno depresivo recurrente

Trastorno que se caracteriza por la aparición de episodios repetidos de depresión, que pueden presentar los rasgos de episodio depresivo leve (F32.0), moderado (F32.1) o grave (F32.2 y F32.3), pero sin antecedentes de episodios aislados de exaltación del estado de ánimo o aumento de la vitalidad suficientes para satisfacer las pautas de manía F30.1 y F30.2. No obstante, pueden haberse presentado episodios breves de elevación ligera del estado de ánimo o hiperactividad (que satisface las pautas de hipomanía F30.0) inmediatamente después de un episodio depresivo, a veces precipitados por el tratamiento antidepressivo.

La edad de comienzo y la gravedad, duración y frecuencia de los episodios depresivos pueden ser muy variables. En general, el primer episodio se presenta más tarde que en el trastorno bipolar, situándose la edad media de comienzo en la quinta década de vida. Los episodios también suelen tener una duración de tres a doce meses (duración media de seis meses), pero las recaídas son menos frecuentes.

La recuperación suele ser completa; un pequeño número de enfermos queda crónicamente deprimido, en especial si se trata de personas de edad avanzada (en estos casos ha de utilizarse también esta categoría). A menudo acontecimientos vitales estresantes son capaces de precipitar episodios aislados con independencia de su gravedad y en muchas culturas son dos

veces más frecuentes en las mujeres que en los varones, tanto los episodios aislados como cuando se trata de depresiones persistentes.

Incluye:

(F33.0 o F33.1) Episodios recurrentes de:

Reacción depresiva.

Depresión psicógena.

Depresión reactiva.

Trastorno afectivo estacional.

(F33.2 o F33.3) Episodios recurrentes de:

Depresión endógena.

Depresión mayor.

Psicosis maniaco-depresiva (de tipo depresivo).

Depresión psicótica psicógena o reactiva.

Depresión psicótica.

Depresión vital.

Excluye:

Episodios depresivos breves recurrentes (F38.1).

F33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve

Pautas para el diagnóstico

a) deben satisfacerse todas las pautas de trastorno depresivo recurrente (F33) y el episodio actual debe satisfacer las pautas para episodio depresivo leve (F32.0).

b) Además, por lo menos dos episodios deben haber durado un mínimo de dos semanas y entre ellos debe haber un intervalo libre de alteración significativa del humor de varios meses de duración.

Puede utilizarse un quinto carácter para especificar la presencia de síntomas somáticos en el episodio actual:

F33.00 Sin síndrome somático (ver F32.00)

F33.01 Con síndrome somático (ver F32.01)

Puede especificarse, si es preciso, el tipo predominante de los episodios previos (leve, moderado, grave, incierto).

F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado

Pautas para el diagnóstico

a) deben satisfacerse todas las pautas de trastorno depresivo recurrente (F33) y el episodio actual debe satisfacer las pautas para episodio depresivo moderado (F32.1).

b) Además, por lo menos dos episodios deben haber durado un mínimo de dos semanas y deben haber estado separados por un período de varios meses libres de alteración significativa del humor.

Puede utilizarse un quinto carácter para especificar la presencia de síntomas somáticos en el episodio actual:

F33.10 Sin síndrome somático (ver F32.10)

F33.11 Con síndrome somático (ver F32.11)

Puede especificarse, si es preciso, el tipo predominante de los episodios previos (leve, moderado, grave, incierto).

F33.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos

Pautas para el diagnóstico

a) deben satisfacerse todas las pautas de trastorno depresivo recurrente (F33.-) y el episodio actual debe satisfacer las pautas para episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2).

b) Además, por lo menos dos episodios deben haber durado un mínimo de dos semanas y deben haber estado separados por un período de varios meses i libres de alteración significativa del humor.

F33.3 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos

Pautas para el diagnóstico

a) deben satisfacerse todas las pautas de trastorno depresivo recurrente (F33.-) y el episodio actual debe satisfacer las pautas para episodio depresivo grave con síntoma psicóticos (F32.3).

b) Además, por lo menos dos episodios deben haber durado un mínimo de dos semanas y deben haber estado separados por un período de varios meses libres de alteración significativa del humor.

F33.4Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión

Pautas para el diagnóstico

a) en el pasado debieron satisfacerse todas las pautas de trastorno depresivo recurrente (F33.-), pero el estado actual no satisface las pautas para episodio depresivo de cualquier gravedad, o para cualquier otro trastorno de F30-39.

b) Además, por lo menos dos episodios deben haber durado un mínimo de dos semanas y deben haber estado separados por un período de varios meses libres de alteración significativa del humor.

F33.8 Otros trastornos depresivos recurrentes

F33.9 Trastorno depresivo recurrente sin especificación

Incluye: Depresión monopolar sin especificación.

F34 Trastornos del humor (afectivos) persistentes

Trastornos persistentes del estado de ánimo, que suelen ser de intensidad fluctuante, en los que los episodios aislados son rara vez los suficientemente intensos como para ser descritos como hipomaníacos o incluso como episodios depresivos leves. Dado que duran años y en algunos casos la mayor parte de la vida adulta del enfermo, suelen acarrear un considerable malestar y una serie de incapacidades. En algunos casos, sin embargo, episodios recurrentes o aislados de manía o de depresión, leve o grave, pueden superponerse a un trastorno afectivo persistente. Los trastornos afectivos persistentes se clasifican en esta sección en vez de con los trastornos de personalidad, porque estudios familiares han demostrado que existe una relación genética con los trastornos del humor (afectivos) y porque a veces responden a los mismos tratamientos que éstos. Se han descrito variedades de comienzo precoz y tardío de ciclotimia.

F34.0 Ciclotimia [Criterios DSM IV]

Trastorno caracterizado por una inestabilidad persistente del estado de ánimo, que implica la existencia de muchos períodos de depresión y de euforia leves. Esta inestabilidad aparece por lo general al inicio de la edad adulta y sigue un curso crónico, aunque a veces el estado de ánimo permanece normal y estable durante meses seguidos. El enfermo no percibe relación alguna entre las oscilaciones del humor y los acontecimientos vitales. Las oscilaciones del ánimo son relativamente leves y los períodos de euforia pueden ser muy agradables, la ciclotimia pasa frecuentemente desapercibida a la atención médica.

Esto puede deberse, en algunos casos, a que los cambios del estado de ánimo son menos evidentes que los cambios cíclicos en el nivel de actividad, la confianza en sí mismo, la sociabilidad o las apetencias. Si fuere necesario, puede especificarse si el comienzo es precoz (tuvo lugar durante la adolescencia o la tercera década de la vida) o tardío.

Pautas para el diagnóstico

Inestabilidad persistente del estado de ánimo, lo que trae consigo un gran número de episodios de depresión y euforia leves, ninguno de los cuales ha sido lo suficientemente intenso y duradero como para satisfacer las pautas de diagnóstico y la descripción de un trastorno bipolar (F31.-) o un trastorno depresivo recurrente (F33.-). Esto implica que los episodios

aislados de oscilación del humor que no satisfacen las pautas para ninguna de las categorías descritas en episodio maníaco (F30.-) o episodio depresivo (F32.-).

Incluye:

Trastorno de personalidad afectiva.

Personalidad cicloide.

Personalidad ciclotímica.

F34.1 Distimia [Criterios DSM IV]

Depresión crónica del estado de ánimo que no se corresponde con la descripción o las pautas para el diagnóstico de un trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve o moderado (F33.0, F33.1), por su gravedad o por la duración de los episodios (aunque pueden haberse satisfecho las pautas para un episodio depresivo leve en el pasado, en especial al inicio del trastorno). La proporción entre las fases recortadas de depresión leve y los períodos intermedios de comparativa normalidad es muy variable. Los enfermos tienen a menudo días o semanas en los que refieren encontrarse bien, pero durante la mayor parte del tiempo (frecuentemente durante meses seguidos) se sienten cansados y deprimidos, todo les supone un esfuerzo y nada les satisface. Están meditabundos y quejumbrosos, duermen mal y se sienten incapaces de todo, aunque normalmente pueden hacer frente a las demandas básicas de la vida cotidiana. La distimia, por lo tanto, tiene mucho en común con los conceptos de neurosis depresiva y depresión neurótica. Si fuere necesario, puede especificarse si el comienzo es precoz (tuvo lugar durante la adolescencia o la tercera década de la vida) o tardío.

Pautas para el diagnóstico

Depresión prolongada de estado de ánimo que nunca, o muy rara vez, es lo suficientemente intensa como para satisfacer las pautas para trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve o moderado (F33.0, F33.1). Suele comenzar al iniciarse la edad adulta y evoluciona a lo largo de varios años, o bien es de duración indefinida. Cuando el comienzo es más tardío, suele ser la consecuencia de un episodio depresivo aislado (F32.-) o asociarse a pérdidas de seres queridos u otros factores estresantes manifiestos.

Incluye:

Depresión ansiosa persistente.

Neurosis depresiva.

Trastorno de personalidad depresiva.

Depresión neurótica (de más de dos años de duración).

Excluye:

Depresión ansiosa leve o no persistente (F41.2)

Reacción de duelo de menos de dos años de duración (F43.21, reacción depresiva prolongada).

Esquizofrenia residual (F20.5).

F34.8 Otros trastornos del humor (afectivos) persistentes

Categoría residual para aquellos trastornos del humor (afectivos) persistentes que no son lo suficientemente graves o duraderos como para satisfacer las pautas de ciclotimia (F34.0) o distimia (F34.1) pero que sin embargo son clínicamente significativos.

F34.9 Trastorno del humor (afectivo) persistente sin especificación

BIBLIOGRAFIA

Adolphs, R.; Tranel, D.; Damasio, H.; Damasio, A. R., Fear and the human amígdala. *Journal of Neurosciencie* 15(1995)5879- 5891.

Anónimo. (2013). *Glosario Penitenciario*, Oficina Asesora de Planeación, Grupo Estadística. Instituto Nacional Penitenciario Y carcelario: Bogotá. Recuperado de:
<http://www.inpec.gov.co/portal/page/portal/Inpec/Institucion/Estad%EDsticas/Estadísticas/Operaci%F3n%20Estad%EDstica/Glosario%20de%20T%E9rminos%20de%20septiembre%20de%202014.pdf>

Anónimo. (s.f). *Trastornos del Estado de Animo*. Asociación Mentes Abiertas: Madrid.
Recuperado de: <http://www.mentesabiertas.org/trastornos-del-estado-de-animo/depresion/bipolar/tratamiento-psicologico/psicologos/terapia-adultos-infantil/asociacion-psicologia-madrid>

CIE-10(1992). *Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor. (Orig. 1992).

Clemmer, P. (1940). The prison community. Boston: Cristopher Publishing Co.

Código Orgánico Penal (2014). Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos, Subsecretaria de Desarrollo Normativo: Electrónica referenses. Recuperado de
http://www.justicia.gob.ec/wpcontent/uploads/2014/05/c%C3%B3digo_org%C3%A1nico_integral_penal_-_coip_ed._sdn-mjdhc.pdf

Denzin NK (2009 [1984]) *On Understanding Emotion*. New Brunswick, NJ: Transaction Publishers

Echeverri Vera, J. A. (2010), "La prisionalización, sus efectos psicológicos y su evaluación", en *Revista Pensando Psicología*, vol. 6, núm. 11, pp.157-166.

FERNÁNDEZ RASINES, Paloma, "Afro descendientes en el Ecuador, Raza y Género desde los tiempos de la Colonia", Quito-Ecuador, 2001, págs.56- 58)

GARCÍA VALDÉS, C., *Comentarios a la legislación penitenciaria*, 2ª Ed., Madrid, 1982. p. 23.- 4 CONDE PUMPIDO, C., *Derecho Penal Parte General*, 2ª Ed., 1990, pp. 32 y ss.-[https://revistas.ucc.edu.co/index.php/pe/article/view/375-](https://revistas.ucc.edu.co/index.php/pe/article/view/375)

GARRIDO GUZMÁN, L., *Manual de Ciencia penitenciaria*, Madrid, 1983.-

George, M.S.; Setter, T. A.; Pareckh, P.I.; Herscovitch, P.; Post, R. M. (1996). "Gender differences in regional cerebral blood flow during transient self-induced sadness or happiness, *Biol. Psych.* Pp. 859-871.

J M Arroyo, E Ortega. (2009; 11: 11-15). Los trastornos de personalidad en reclusos como factor de distorsión de clima social de la prisión. *Rev Esp Sanid Penit.* Recuperado de: http://scielo.isciii.es/pdf/sanipe/v11n1/en_02_original_1.pdf

- Kraepelin, E. (1988/1905). *Introducción a la clínica psiquiátrica*. Madrid: Ediciones Nieva.
- López, J. y Vela, A. (2009), “Evaluación psicológica en el medio penitenciario”, en Jiménez Gómez, F. (ed.), *Evaluación psicológica forense (ámbitos delictivos, laboral y elaboración de informes)*, Salamanca, Amarú, pp. 65-115
- Mayberg, H. S, Liotti, M, Brannan, S. K.; et al., Reciprocal limbic- cortical function and negative mood converging pet findings in depression and normal sadness, *Am. J. Psychiatry*. 15615 (1999).
- McKay, H.B., Jaywardene, C.H. y Reddie, P.B. (1979). *The effects of long term incarceration and a proposed strategy for future research*. Ottawa, Ontario Solicitor General of Canada.
- Paulus, P. B. and Dzindolet M. (1993) Reactions of male and female inmates to prison confinement: Further evidence for a two-component model. *Criminal Justice and Behavior* 33, 145-152.
- PEÑA MATEOS, J., “Antecedentes de la prisión como pena privativa de libertad en Europa hasta el siglo XVII” en *Historia de la prisión. Teorías Economicistas: Crítica*, Dir. GARCÍA VALDÉS, C., Madrid, 1997.-
- ROBAYO C, José E. *Manual Práctico del Sistema Penitenciario Ecuatoriano*. Primera Edición. (s.f)

SÁEZ ROJAS. (2007). Mario, “El discurso resocializador: hacia una nueva propuesta para el sistema penitenciario”, Facultad de psicología, Universidad Centroamericana de Ciencias Sociales, Pág. 128)

VALLEJO, J. (2011) “Introducción a la psicopatología y la psiquiatría “. 7ª edición. Barcelona: Masson.

VALLEJO, J. (2012). “Tratado de Psiquiatría” 2ª edición. Ed. Márban. Madrid. España.

Anexo # 2 Oficio de aprobación de Proyecto de Tesis



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA



Of. Nro. 056-DPSCL-FSH-UNL
Loja, 24 de Agosto de 2017

Señorita
Karen Gabriela Ordóñez Hurtado
ESTUDIANTE DEL NOVENO MODULO DE
LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLINICA
Ciudad.

De mi consideración:

Por medio del presente; y, dando cumplimiento a lo dispuesto en el "Capítulo II del Proyecto de Tesis, Artículos 133 y 134 del Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, aprobado el 7 de julio de 2009", me permito comunicarle que su Proyecto de Tesis: "EL ESTADO DE ÁNIMO A CAUSA DEL INTERNAMIENTO PENITENCIARIO, EN LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD CON SENTENCIAS ELEVADAS, DEL CENTRO DE PRIVACIÓN DE LA LIBERTAD DE PERSONAS ADULTAS EN CONFLICTO CON LA LEY DE LOJA Y ZAMORA CHIMCHIPE, 2017-2018", ha sido aprobado, por lo que debe continuar con el trámite respectivo, debiendo solicitar la *PERTINENCIA* en su estructura y coherencia.

Particular que hago de su conocimiento para los fines consiguientes.

Atentamente,

APA

Dra. Ana Puentes Azanza Mg. Sc.
DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA



Copia: CARPETA DEL ESTUDIANTE
Archivo

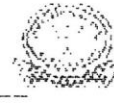
APA/tao

Dirección: Av. Manuel Ignacio Monteros
Teléfonos: (07) 2571379 – Ext.110

Anexo # 3 Oficio de modificación de tema del Proyecto de Tesis



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA



Oficio Nro. 170 - DPSCL- FSH-UNL
Loja, 14 de Noviembre de 2017

Psi.Cl.
Zhenia Muñoz Vínces
DOCENTE DE LA CARRERA
DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
Ciudad.

De mi consideración:

Por medio del presente hago de su conocimiento que mediante comunicación Nro. 056-DPSCL-FSH-UNL, de fecha 24 de agosto de 2017, fue aprobado y autorizado a continuar con el trámite correspondiente al tema de tesis, por lo que esta Coordinación designa a Usted, para analizar y emitir el informe de estructura y coherencia del Proyecto de Tesis: "EL ESTADO DE ÁNIMO A CAUSA DEL INTERNAMIENTO PENITENCIARIO, EN LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD CON SENTENCIAS ELEVADAS, DEL CENTRO DE PRIVACIÓN DE LA LIBERTAD DE PERSONAS ADULTAS EN CONFLICTO CON LA LEY DE LOJA Y ZAMORA CHIMCHIPE, 2017-2018", de la autoría de la Srta. KAREN GABRIELA ORDÓÑEZ HURTADO, Estudiante de la Carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja, debiendo recordar que la emisión será remitida a la Dirección de la Carrera dentro de los ocho días laborables.

En la seguridad de contar con su colaboración, le expreso mi agradecimiento.

Atentamente,

Dra. Ana Catalina Puertas Azanza, Mg. Sc.
DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA



Copia: Srta Karen Gabriela Ordóñez Hurtado
CARPETA DEL ESTUDIANTE

APA/fao

Dirección: Av. Manuel Ignacio Monteros
Teléfonos: (07)2571379 – Ext.110

Anexo # 4 Oficio de modificación de tema de tesis



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA



Oficio Nro. 185 - DPSCL- FSH-UNL
Loja, 24 de Noviembre de 2017

Señorita
Karen Gabriela Ordóñez Hurtado
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
Ciudad.

De mi consideración:

De conformidad al informe de pertinencia y coherencia presentado por parte de la Psi. CL Zhenia Muñoz Vincés, Docente de la Carrera de Psicología, respecto de su Proyecto de Tesis, me permito hacer de su conocimiento que su Tema se modifica quedando de la siguiente manera: " **CONDICIONES AMBIENTALES DEL INTERNAMIENTO PENITENCIARIO Y LAS SENTENCIAS ELEVADAS, Y SU INFLUENCIA EN EL DESARROLLO DE TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO EN LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD DEL CENTRO DE PRIVACIÓN DE LA LIBERTAD DE PERSONAS ADULTAS EN CONFLICTO CON LA LEY DE LOJA Y ZAMORA CHINCHIPE, 2017-2018**", por lo tanto esta Dirección aprueba la modificación realizada y autoriza a continuar con el trámite correspondiente.

Atentamente.


Dra. Ana Catalina Puertas Azarza. Mg. Sc.
DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA



Copia: CARPETA DEL ESTUDIANTE
APA/fao

Dirección: Av. Manuel Ignacio Monteros
Teléfonos: (07)2571379 – Ext.110

Anexo # 5 Oficio de asignación de Directora de Proyecto de Tesis



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA



Oficio Nro.221-DPSCL-FSH-UNL
Loja, 30 de Noviembre de 2017

Psi. CL
Zhenia Muñoz Vincés
DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
Ciudad.

De mi consideración:

Por medio del presente y dando cumplimiento a lo dispuesto en el "Capítulo II del Proyecto de Tesis, Artículos 133, y 134 del Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, aprobado el 7 de julio del 2009" una vez que ha cumplido con todos los requisitos; y, considerando que el proyecto de tesis tiene informe favorable en su estructura y coherencia; me permito hacerle conocer que esta Dirección le ha designado a Usted, Directora del Proyecto de Tesis adjunto, titulado "**CONDICIONES AMBIENTALES DEL INTERNAMIENTO PENITENCIARIO Y LAS SENTENCIAS ELEVADAS, Y SU INFLUENCIA EN EL DESARROLLO DE TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO EN LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD DEL CENTRO DE PRIVACIÓN DE LA LIBERTAD DE PERSONAS ADULTAS EN CONFLICTO CON LA LEY DE LOJA Y ZAMORA CHINCHIPE, 2017-2018**", de autoría de la Srta. **Karen Gabriela Ordóñez Hurtado**, Estudiante de la Carrera de Psicología Clínica de la Facultad de la Salud Humana.

Con sentimientos de especial consideración y estima.

Atentamente.


Dra. Ana Catalina Puertas Azanza. Mg. Sc.
DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Copia: Secretaría General
Srta. Karen Gabriela Ordóñez Hurtado
Expediente del Estudiante

APA/fao

Dirección: Av. Manuel Ignacio Monteros
Teléfonos: (07)2571379 – Ext.110

30-11-2018

Anexo # 6 Oficio de modificación de cronograma



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA



Oficio Nro. 032 - DPSCL- FSH-UNL
Loja, 02 de Febrero de 2018

Señorita
Karen Gabriela Ordóñez Hurtado
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
Ciudad.

De mi consideración:

En atención a su comunicación; y, de conformidad al Of. sin número de fecha 31-01-2018 suscrito por la *Ps. Cl. Zhenia Muñoz Vines*, Directora de su Proyecto de Tesis titulado "CONDICIONES AMBIENTALES DEL INTERNAMIENTO PENITENCIARIO Y LAS SENTENCIAS ELEVADAS, Y SU INFLUENCIA EN EL DESARROLLO DE TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO EN LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD DEL CENTRO DE PRIVACIÓN DE LA LIBERTAD DE PERSONAS ADULTAS EN CONFLICTO CON LA LEY DE LOJA Y ZAMORA CHINCHIPE, 2017-2018", respecto de los cambios en el **CRONOGRAMA DEL PROYECTO**, hago de su conocimiento que esta Dirección aprueba las modificaciones realizadas por la Sra. Directora en su proyecto antes citado.

Atentamente,

Dr. Fernando Patricio Aguirre Aguirre Mg. Sc.
DIRECTOR (E) DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA



Copia: Expediente del Estudiante

FPAA/fao

Dirección: Av. Manuel Ignacio Monteros
Teléfonos: (07) 2571379 – Ext.110

Anexo # 7 Oficio de la UNL al CPLPAL para la realización del proyecto de tesis



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA



Of. Nro. 181-DPSCL-FSH-UNL
Loja, 20 de noviembre de 2017

Señor Doctor
Benjamín Monteros Cueva
**DIRECTOR DEL CENTRO DE PRIVACIÓN DE LIBERTAD DE PERSONAS
ADULTAS EN CONFLICTO CON LA LEY DE LOJA Y ZAMORA CHINCHIPE
DE LA ZONA 7**

Ciudad.

De mi consideración:

Por medio del presente, es grato dirigirme a Usted, para expresar un atento y cordial saludo, a la vez solicitarle su importante colaboración, autorizando el permiso correspondiente para que la **Srta. Karen Gabriela Ordóñez Hurtado**, con cedula de ciudadanía 1104695224, Estudiante del X Ciclo de la Carrera de Psicología Clínica de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, desarrolle su Proyecto de Tesis, titulado: **“CONDICIONES AMBIENTALES DEL INTERNAMIENTO PENITENCIARIO Y LAS SENTENCIAS ELEVADAS, Y, SU INFLUENCIA EN EL DESARROLLO DE TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO, EN LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD DEL CENTRO DE PRIVACIÓN DE LIBERTAD DE PERSONAS ADULTAS EN CONFLICTO CON LA LEY DE LOJA Y ZAMORA CHINCHIPE, 2017-2018”**, requisito indispensable previo la obtención de Psicóloga Clínica.

Así mismo debo señalar que la Srta. Karen Gabriela Ordóñez Hurtado, se encuentra realizando el Internado en su Prestigiosa Institución.

En la seguridad de contar con su atención al presente pedido, le expreso el testimonio de agradecimiento.

Atentamente





Dra. Ana Catalina Puertas Azanza Mg. Sc.
DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA

Copia: Archivo

Dirección: Av. Manuel Ignacio Monteros
Teléfonos: (07)2571379 – Ext.110

Anexo # 8 Oficio de aprobación del Director del CPLPAL para realizar el proyecto

Loja, 22 de Noviembre del 2017

Dr. Benjamín Monteros Cueva
DIRECTOR DE CPLPAL DE LA ZONAL 7
Ciudad

En su despacho:


Yo Karen Gabriela Ordóñez Hurtado, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica de la Facultad de Salud Humana de la UNL, con esta oportunidad y para los fines pertinentes cumpla en requerirle a usted muy comedidamente la autorización para llevar a cabo mi proyecto de estudio de tesis titulado " **Condiciones ambientales del internamiento penitenciario y las sentencias elevadas, y su influencia en el desarrollo de Trastornos del Estado de ánimo, de las personas privadas de libertad del Centro de Privación de la Libertad de Personas Adultas de la ciudad de Loja y Zamora Chinchipe, 2017- 2018**", para la obtención del Título de Psicóloga Clínica.

Para la cual solicito muy comedidamente a usted, se brinde la apertura en cuanto a los espacios a requerirse y los respectivos permisos para la intervención con los PPL que serán muestra de mi estudio.

Con este fin mi labor como futura profesional de la Salud Mental será dejar nuevas aportaciones en el ámbito de Psicología Clínica que reposará en esta misma institución que usted tan acertadamente dirige.

Por la atención que se digne a dar a la presente desde ya le antelo mis sinceros agradecimientos.

Atentamente


Karen Gabriela Ordóñez Hurtado
Ci.1104695224.



*Autorizado
Coordinador con
Dra. Dicy*

Anexo #9. Oficio de renuncia de tutor



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Loja, 26 de julio de 2018

Doctora
Ana Puertas Azanza
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
Ciudad.-

De mi consideración:

Mediante la presente extendiendo un saludo personal, a la vez hago conocer mi renuncia a las Tutorías de las Tesis a mí designadas ya que por condiciones de índole personal no puedo seguir dirigiendo, las Tesis en mención son las siguientes:

"CONDICIONES AMBIENTALES DEL INTERNAMIENTO PENITENCIARIO Y LAS SENTENCIAS ELEVADAS Y SU INFLUENCIA EN LA PERSONALIDAD DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD DEL CPLPAL, 2017-2018" de Autoría de la señorita María Stefanía Cadena Novillo.

"CONDICIONES AMBIENTALES DEL INTERNAMIENTO PENITENCIARIO Y LAS SENTENCIAS ELEVADAS Y SU INFLUENCIA EN EL DESARROLLO DE TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD DEL CPLPAL, 2017-2018" de Autoría de la señorita Karen Gabriela Ordoñez Hurtado.

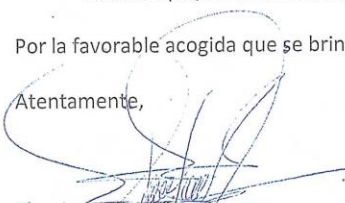
Cabe indicar, que a la presente se adjuntan las listas de asistencia a las Tutorías a mí designadas las cuales se ejecutaron en totalidad desde 07 diciembre de 2017 hasta el 03 de julio de 2018, teniendo como respuesta de las mencionadas alumnas responsabilidad y absoluto cumplimiento en las actividades propuestas en el desarrollo de la investigación, así mismo, hago constar la Bibliografía utilizada que permitió brindar una asesoría adecuada y pertinente basada en el trabajo científico.

Bibliografía Utilizada:

- Roberto Hernández Sampieri, Metodología de la Investigación, Editorial MC Graw Hill, Quinta Edición, México 2010
- Robert A. Day, Cómo Escribir Y Publicar Trabajos Científicos, Organización Panamericana de la Salud, 2005.
- Pablo Picerno Torres, Métodos y Técnicas de Investigación en Psicología y Psicoterapia, Editorial Universitaria, Quito-Ecuador, 2010.

Por la favorable acogida que se brinde dar a la presente, anticipo mi agradecimiento.

Atentamente,


Zhenia Muñoz Y Inces
PSICÓLOGA CLÍNICA Y PSICOTERAPEUTA
DOCENTE CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Copia: Doctor Jorge Reyes J.
DECANO DE LA FACULTAD DE SALUD HUMANA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA



Recebo por: Psicología
Loja: 26 de Julio de 2018
Hora: 10:10

Comunicar al decano con la
finalidad q se designe a un
nuevo director CIOJC

Anexo# 10 Asignación de nuevo tutor de tesis



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
DECANATO

Trámite No.

Of. No. 20180967 DFSH UNL
Loja, 26 de julio de 2018

Doctor
Germán Vélez Reyes, Mg. Sc.
DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA - FSH - UNL
Presente.-

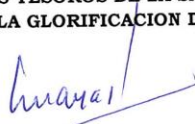
De mi especial consideración:

En virtud a Of. No. 326 DPSCL FSH UNL de 26 de julio de 2018, suscrito por la Dra. Ana Puertas Azanza, Gestora Académica de la Carrera de Psicología Clínica, en el que manifiesta ... *“Por medio del presente hago llegar a Usted, el oficio suscrito por la Psi. Cl. Zhenia Muñoz Vences, Docente de la Carrera de Psicología Clínica en el que manifiesta que por condiciones de índole personal no puede seguir dirigiendo las tesis designadas a su persona por lo que hace conocer la renuncia de Tutorías de las tesis que a continuación se señala...”*...

Al respecto, en mi calidad de Autoridad Académica de esta Facultad; y, en base de lo que dispone la normativa pertinente, para no perjudicar a los estudiantes y por convenir a los intereses institucionales, me permito designarlo como Director de Tesis de los proyectos denominados **“CONDICIONES AMBIENTALES DEL INTERNAMIENTO PENITENCIARIO Y LAS SENTENCIAS ELEVADAS Y SU INFLUENCIA EN LA PERSONALIDAD DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD DEL CPLPAL, 2017-2018”**, de autoría de la Srta. María Sthefanía Cadena Novillo; y, **“CONDICIONES AMBIENTALES DEL INTERNAMIENTO PENITENCIARIO Y LAS SENTENCIAS ELEVADAS Y SU INFLUENCIA EN EL DESARROLLO DE TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD DEL CPLPAL, 2017-2018”**, de autoría de la Srta. Karen Gabriela Ordóñez Hurtado.

Particular que pongo a consideración para los fines correspondientes.

Atentamente,
**EN LOS TESOROS DE LA SABIDURIA,
ESTA LA GLORIFICACION DE LA VIDA.**


Dr. Jorge Reyes Jaramillo, Mg. Sc.
DECANO DE LA FACULTAD DE LA SALUD HUMANA UNL



cc. Psicología Clínica, Srta. María S. Cadena Novillo, Srta. Karen G. Ordóñez Hurtado, Archivo JRJ/yadycordova


30-Julio-2018
16#03

Psicología
30-Julio-2018.
16#03

Anexo # 11 Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
PSICOLOGÍA CLÍNICA



CONSENTIMIENTO INFORMADO PSICOLÓGICO

Respetado/a señor/apor medio del presente documento le solicito de manera comedida su participación voluntaria en una investigación que constara de la aplicación de pruebas psicológicas, levantamiento de historia clínica y encuesta, que yo, **KAREN GABRIELA ORDÓÑEZ HURTADO** he redactado como parte de requisito académico e investigativo, que tiene como **objetivo conocer COMO LAS CONDICIONES AMBIENTALES DEL INTERNAMIENTO PENITENCIARIO Y LAS SENTENCIAS ELEVADAS INFLUYEN EN EL DESARROLLO DE TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO, DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD DEL CPLPAL DE LOJA Y ZAMORA CHINCHIPE, 2017- 2018.**

La información obtenida a partir de sus respuestas en la aplicación de pruebas psicológicas, levantamiento de historia clínica y encuesta, tendrá un carácter eminentemente confidencial, de tal manera que su nombre no se hará público por ningún medio. Igualmente, usted podrá tener conocimiento de la interpretación de sus resultados y puntuaciones obtenidas.

En consideración con lo anterior, agradezco su participación voluntaria en la realización de la investigación (**Si desea participar, por favor marque sus datos personales en la parte inferior de la hoja y firme en el espacio designado**).

Código Personal: con el documento de identificación número: , expreso voluntaria y conscientemente mi deseo de participar en la realización de la investigación, en la fecha:..... y el lugar previstos por el autor.

En constancia firma,

No deseo participar

.....

.....

CI:

CI:

AUTORA

.....

Karen Gabriela Ordóñez Hurtado

Anexo # 12 Encuesta Psicológica



Universidad Nacional de Loja
Facultad de la Salud Humana
Carrera de Psicología Clínica



Centro de Privación de Libertad de Personas Adultas en conflicto con la ley de Loja
y Zamora Chinchipe (CPLPAL)

Encuesta Psicológica

Respetado/a señor/a, en calidad de estudiante del último ciclo de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja, le solicito de la manera más comedida su valioso apoyo y colaboración para realizar la siguiente encuesta, que forma parte de una investigación que se realiza actualmente y de la que usted tan acertadamente formara parte desde este momento, sus aportes por lo tanto serán muy valiosos para continuar con el mismo.

Agradezco de antemano su tiempo y disponibilidad para proporcionar la información requerida la misma que es de carácter confidencial.

Marque a continuación con una X o \surd la opción con la que más se identifique.

1. DATOS PERSONALES

Código Personal:

a. **Género:** Masculino Femenino:

b. **Edad:**

c. **Grado de instrucción:** Sin escolaridad- ninguno:

Primaria: Completa Incompleta

Secundaria: Completa Incompleta

Superior: Completa Incompleta

La finalidad de la siguiente encuesta y sus preguntas, está dirigido a conocer la existencia de posibles cambios en cuanto a su estado de ánimo, así como también en su

comportamiento y personalidad, las mismas que se han hecho presentes desde su ingreso a este centro de privación de libertad.

2. CONDICIONES AMBIENTALES

- a. ¿Tiene suficiente espacio en su celda o dormitorio? SI NO
- b. ¿Duerme en un lugar limpio y tranquilo? SI NO
- c. ¿Existe ventilación adecuada en su celda o dormitorio? SI NO
- d. ¿Tiene luz suficiente en su celda? SI NO
- e. ¿Las celdas son individuales? SI NO
- f. ¿Las celdas son compartidas con otras personas? SI NO
- g. ¿Los baños son lo suficientemente limpios o aseados? SI NO
- h. ¿Cuántas horas al día permanece dentro de su celda o dormitorio?
- 30 minutos a 2 horas 3 a 5 horas 6 horas en adelante

¿Por qué?

- Porque me gusta estar solo
- Por temor a salir o relacionarme con los demás
- Porque no hay actividades para realizar
- Porque no me permiten salir

3. SEGURIDAD PERSONAL Y TRATO INTERPERSONAL

- a. ¿Se ha sentido diferente desde su ingreso a este centro penitenciario?

SI NO

¿Por qué?

- Porque me he sentido más triste y deprimido
 - Porque me he vuelto más agresivo e impulsivo
 - Porque tengo más ganas de consumir drogas
 - Porque me siento extraño y diferente a los demás
- b. **¿Ha sufrido maltrato físico por otros internos?** SI NO

SI CONTESTO QUE SI, ESPECIFIQUE DE QUE MANERA

- Golpes
- Abuso sexual
- Otras lesiones físicas

c. **¿Ha sufrido maltrato físico por funcionarios?** SI NO

SI CONTESTO QUE SI, ESPECIFIQUE DE QUE MANERA

- Golpes
- Abuso sexual
- Otras lesiones físicas

d. **¿Ha sufrido maltrato psicológico por otros internos?** NO

SI CONTESTO QUE SI, ESPECIFIQUE DE QUE MANERA

- Insultos
- Criticas o rechazos
- Chantajes o manipulaciones
- Acoso
- Burlas o apodos incomodos
- Amenaza

e. **¿Ha sufrido maltrato psicológico por funcionarios?** SI NO

SI CONTESTO QUE SI, ESPECIFIQUE DE QUE MANERA

- Insultos
- Criticas o rechazos
- Chantajes o manipulaciones
- Acoso
- Burlas o apodos incomodos
- Amenazas

f. **¿Ha sufrido algún tipo de abuso sexual por otros internos?** SI N

g. **¿Ha sufrido algún tipo de abuso sexual por funcionarios?** SI NO

4. VISITAS Y CONTACTO CON EL MUNDO EXTERIOR

a. ¿Es visitado por su esposo/a o pareja? SI NO

b. ¿Es visitado por sus hijos? SI NO

c. ¿Es visitado por su padre o madre? SI NO

d. ¿Es visitado por otros familiares o amigos?

SI NO

e. ¿Cómo le tratan en general sus visitas?

Bien Regular Mal

f. ¿Cómo se siente con respecto a sus visitas?

Bien Regular Mal

5. ACCESO A PROGRAMAS INTERNOS

a. ¿Ha participado en programas de capacitación laboral?

Si NO

- Carpintería
- Pintura
- Artesanías
- Panadería
- Corte y confección
- Manualidades
- Otros

b. ¿Ha asistido a programas educativos?

Escuela Colegio Universidad Otros

c. ¿Ha asistido a talleres psicológicos o sociales en este centro?

Si NO

- Talleres Ocupacionales
- Cruz roja
- Grupos de apoyo (NA)

- Grupos de apoyo (AA)
- Talleres de Psicoeducación
- Cursos Religiosos
- Otros

d. ¿Ha participado en actividades recreativas?

Deportivas Culturales Artísticas Otros

6. CELDA DE CASTIGO- ALLANAMIENTO

a. ¿Ha estado en la celda de castigo o llamado calabozo?

Si No

¿Por qué?

- Peleas y agresiones con otros internos
- Falta de respeto a guías o funcionarios
- Mala conducta
- Por consumo de drogas
- Otros

b. ¿Ha recibido algún otro tipo de castigo mientras permanecía aislado?

SI NO

¿Cuáles?

- Latigazos
- Golpes y agresiones con otros objetos
- Prohibición de alimento
- Retiro de pertenencias personales

c. Durante los allanamientos en las celdas ¿Le han robado o dañado pertenencias personales?

SI NO

d. RECOMENDACIONES/ COSAS QUE CAMBIARÍA EN ESTE CENTRO (escoja una o más de una)

- a) Mejor trato a las visitas
- b) Mejor trato a los internos
- c) Mas beneficios penitenciarios
- d) Mas programas laborales y educativos
- e) Mejor atención médica, odontológica, psicológica y de enfermería

7. TRASTORNOS DE PERSONALIDAD



Lea detenidamente cada uno de los siguientes ítems y, encierre en un círculo solamente uno de ellos, que describa más como se ha sentido en los últimos seis meses o más tiempo.

- a) P. ¿Piensa que la gente habla mal de usted o se ríe de usted?
- b) Ez. ¿Es usted de las personas que prefiere actividades para realizar solo/a que acompañado/a?
- c) Di. ¿A usted no le importa ir en contra de las normas sociales para lograr sus propósitos?
- d) Im. ¿Normalmente usted se enfada tanto que tiene ganas de romper cosas o tirarlas?
- e) Li. ¿Alguna vez se ha hecho daño a usted mismo/a como cortarse o intentar quitarse la vida?
- f) H. ¿Le gusta ser el centro de atención y verse siempre bien?
- g) A. ¿Usted pasa gran parte del tiempo intentando que las cosas le salgan perfectas?
- h) As. ¿Usted pasa gran parte del tiempo sintiéndose tenso/a, nervioso/a, intranquilo/a?
- i) D. ¿Normalmente se siente incómodo/a o intranquilo/a cuando esta solo/a, o tiene temor a la soledad?

8. SALUD ORGÁNICA Y DATOS RELEVANTES.

¿Ha tenido usted algún tipo de accidente, caída, donde se haya golpeado la cabeza, o alguna enfermedad orgánica neurológica, al menos en los últimos seis meses?

SI

EXPLIQUE DE QUE TIPO: -----

NO

9. CAMBIOS EN EL ESTADO DE ANIMO

Del siguiente listado, encierre en un círculo la o las opciones con las que se identifica desde su ingreso al centro.

- a) Se ha sentido cansado sin hacer mayor esfuerzo
- b) Se ha sentido triste, desanimado gran parte del tiempo
- c) Siento desinterés para realizar mis actividades cotidianas
- d) Ha sentido alguna vez que la vida no tiene sentido
- e) Se ha sentido alguna vez tan fracasado que solo quería meterse en la cama y abandonarlo todo
- f) Disfruta hacer varias actividades al mismo tiempo
- g) Tiene dificultad para concentrarse en lo que está realizando
- h) Se enoja fácilmente, pero se le pasa pronto.
- i) A veces siente que me sobran energías
- j) A veces tengo exceso de risa y llanto que no puedo controlar.
- k) A veces me hago daño a mí mismo sin saber por qué (ej. Me corto, me golpeo)
- l) Últimamente he perdido el apetito
- m) Me despierto durante la noche y no puedo volver a dormirme
- n) A pesar de haber dormido toda la noche, me siento cansado cuando me despierto
- o) Aumento en los impulsos y deseos sexuales
- p) A sentido deseos de realizar compras desesperadamente
- q) A sentido deseos de ingerir descontroladamente alimentos o comida

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Anexo # 13 Historia Clínica Psicológica



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA



FACULTAD DE LA SALUD HUMANA

PSICOLOGÍA CLÍNICA

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

-DATOS INTERNOS:

- a) Fecha de levantamiento de HCL: -----
- b) Hora de inicio: -----
- c) N° de caso: -----
- d) Pabellón: -----
- e) N° de Celda: -----
- f) Cédula de identificación: -----

1. DATOS DE IDENTIFICACION DE LAS PPL:

- a) Código Personal: -----
- b) Género: -----
- c) Lugar y Fecha de Nacimiento: -----
- d) Edad actual: -----
- e) Procedencia: -----
- f) Residencia anterior: -----
- g) Nivel de Instrucción: -----
- h) Profesión: -----
- i) Ocupación: -----
- j) Estado Civil: -----
- k) Número de hijos: -----
- l) Fecha de Ingreso: -----
- m) Estado de la Causa: -----
- n) Si es extranjero indicar razón de inmigración: -----

2. ANAMNESIS DELICTIVA

a) Número de ingresos al Centro: -----

b) Causas de Ingresos anteriores: -----

c) Breve reseña de la Causa Actual:

✓ Como lo hizo: -----

✓ Por qué lo hizo: -----

3. CONDICIONES ACTUALES (SIGNOS Y SINTOMAS).

4. EN CASO DE DIAGNOSTICO PREVIO- HISTORIA PASADA DE LA ENFERMEDAD Y ESTADO ACTUAL DE SU ENFERMEDAD.

5. PSICOANAMNESIS PERSONAL (NORMAL Y PATOLOGICA).

Historia prenatal y perinatal.

Problemas durante el embarazo	
Patología fetal	
Estado (físico, emocional) de la madre durante el embarazo	
-A término - Prematuro -Pos término	
Consumo de alcohol, drogas u otra sustancia durante el embarazo	
Condición del niño al nacer	

Embarazo deseado	
Embarazo planificado	
Complicaciones del parto	
- Parto vaginal	
- Cesárea	
Fallecimiento de padres	
- ¿Porque causas?	

Primera infancia (del nacimiento hasta los 3 años).

Desarrollo psicomotor	
Control de esfínteres	
Entorno familiar	
Tolerancia a la frustración	
Trastornos de sueño del niño	
Ansiedad de separación o ante extraños	
Relación con los padres	<ul style="list-style-type: none"> - Buena - Regular - Mala
Relación con los hermanos	<ul style="list-style-type: none"> - buena - regular - mala
	<ul style="list-style-type: none"> - Succión del pulgar - Golpeaba la cabeza - Rabieta - Mecerse

<p>Alteraciones de la conducta</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tics - Morderse las uñas - Terrores nocturnos - Enuresis - Encopresis - Masturbación - Otros
<p>Rasgos de personalidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> - tímido - temeroso - inquieto - hiperactivo - responsable - extrovertido - juguetón - introvertido - persistente - deportista - amigable
<p>Hábitos alimenticios</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A pecho - A biberón - Problemas para comer
<p>Desarrollo del lenguaje</p>	
<p>Patrón del juego</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ¿jugaba o no jugaba? - Juegos favoritos - ¿Jugaba solo o acompañado? - ¿Tenía amigos imaginarios?
<p>Capacidad de concentración</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Buena - Regular - Mala

Existían otras personas que cuidaban al niño	
---	--

Infancia media: (desde 3 –11 años).

Experiencias escolares	<ul style="list-style-type: none"> - Problemas de aprendizaje (escritura y lectura) - Patrones tempranos de asertividad (dentro de la escuela) - Patrones tempranos de conducta antisocial y agresividad - Patrones tempranos de ansiedad - Castigos habituales
Relaciones personales	<ul style="list-style-type: none"> - Cantidad - Profundidad - Rol de líder o seguidor - Profesores - Actividades deportivas o hobbies - Problemas emocionales o físicos
Experiencias en el hogar	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Personas que ejercían la disciplina? - Castigos habituales y métodos de disciplina

	<ul style="list-style-type: none"> - Ansiedad de separación con los padres
Otras conductas del niño	<ul style="list-style-type: none"> - Piromanía - Pesadillas - Miedos - Fobias - Enuresis - Encopresis - Crueldad con los animales
Patologías médicas en la infancia	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedades - Accidentes - Cirugías - Traumatismos

Infancia tardía - Pubertad-Adolescencia.

Relaciones psicosociales	<ul style="list-style-type: none"> - ante la autoridad - padres eran figuras idealizadas - actitud ante hermanos - cantidad de amigos - profundidad de relaciones - líder, seguidor, popular
---------------------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> - participaba en actividades de grupo o pandilla - figuras idealizadas - patrones de agresividad - patrones de pasividad - patrones de ansiedad
<p>Antecedentes escolares</p>	<ul style="list-style-type: none"> - aprobación y pérdida de años - nivel de adaptación - - relación con los profesores - calidad de alumno - materias preferidas - desempeño académico - preferencias e intereses - actividades extracurriculares

	<ul style="list-style-type: none"> - hobbies
Desarrollo cognitivo- motor	<ul style="list-style-type: none"> - problemas de aprendizaje de lectura y escritura - otras habilidades intelectuales y motoras
Problemas emocionales y físicos	<ul style="list-style-type: none"> - trastornos del sueño - trastornos de ansiedad - trastornos de excreción - adicciones - trastornos alimenticios - conductas antisociales - sentimientos de inferioridad - depresión y autolesiones - independencia y separación de los padres - relaciones de pareja - inicio de vida sexual - información sobre educación sexual

Edad Adulta.

Nivel académico	<ul style="list-style-type: none">- Secundaria completa- Superior- Otros cursos
Antecedentes laborales	<ul style="list-style-type: none">- Nivel de desempeño- Ocupación elegida- Ambiciones y objetivos a largo plazo- Estabilidad laboral- Conflictos en el trabajo y relaciones interpersonales- Número de trabajos
Antecedentes maritales y relaciones sentimentales	<ul style="list-style-type: none">- Relación de pareja- Numero de compromisos- Satisfacción sentimental- Frustraciones sentimentales- Manejo de roles

<p>Antecedentes sexuales</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificación de género - Edad de inicio de la menarquia - Parafilias - Número de parejas sexuales - Actividades sexuales poco frecuentes - Nivel de satisfacción sexual - Fue víctima de abuso sexual o físico - Actitud frente al sexo (desinteresado, tímido, agresivo) - Síntomas orgánicos sexuales
<p>Planificación familiar y métodos de anticoncepción</p>	
<p>Enfermedades de transmisión sexual</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Herpes - Sida - Gonorrea - Clamidia

Desarrollo social	<ul style="list-style-type: none"> - Actividades que realiza con sus amigos (intelectuales, sociales, físicas) - Gozo de actividades (solo, acompañado) - Calidad de relaciones interpersonales
--------------------------	--

Estado habitual del paciente. (Personalidad).

Opinión sobre sí mismo.

- Alegre.	- Inseguro.	- Retraído.	- Cariñoso.	- Perfeccionista.
- Triste.	- Seguro.	- Vergonzoso.	- Combativo.	- Escrupuloso.
- Variable.	- Tímido.	- Colérico.	- Agresivo.	- Cínico.
- Deprimido.	- Angustiado.	- Amable.	- Aseado.	- Susceptible.

- Excesivamente ordenado.	- Impulsivo.	- Desconfiado /suspicaz.	- Seductor/pr ovocativo.	-
- Hipocondríaco.	- Angustiado (sin compañía o protección)	- Indiferente/a pagado.	-	- Sumiso/teme a alguna separación.
- Normal. Eutímico.	- Preocupado.	- Incomodo.	- Sentimientos de inferioridad.	- Quejas y rechazo de ayuda.
- Importante.	- Desconfiado	- Dependiente	- Sensibilidad a la evaluación negativa.	-

6. PSICOANAMNESIS FAMILIAR (NORMAL Y PATOLOGICA)

a) SITUACION DEL HOGAR.

- ✓ Situación socioeconómica del hogar: -----
- ✓ Estado civil de padres: -----
- ✓ Tipología de Familiar (antropológica y organizacional): -----

b) Información del Padre

- ✓ Edad: -----

- ✓ Ocupación: -----
- ✓ Estado de salud: -----

c) Información de la Madre

- ✓ Edad: -----
- ✓ Ocupación: -----
- ✓ Estado de salud: -----

d) Información sobre hermanos:

N° de Hermano	Ocupación	Edad	Estado de Salud

- e) **Influencias emocionales familiares:** -----

- f) **Influencias familiares delictivas:** -----

- g) **Antecedentes Familiares Psicopatológicos:** -----

7. ADAPTACION CARCELARIA

- a) **Interrelación personal** -----
- b) **Actividades realizadas internamente**-----
- c) **Consumo interno de sustancias**-----
- d) **Grado de satisfacción con el ambiente penitenciario**-----
- e) **Cambios personales y comportamentales**-----
- f) **Cambios emocionales**-----

8. VALORACION DEL ESTADO MENTAL Y FUNCIONES PSICOLOGICAS.

Aspecto general	<ul style="list-style-type: none"> - Normal - Sobre peso - Bajo peso - Mayor de su edad - Menor de su edad
	<ul style="list-style-type: none"> - Apropiaada - Elegante

Vestimenta	<ul style="list-style-type: none"> - Informal - Desalineado - Sucio - Extravagante - Provocativo
Características remarcables	<ul style="list-style-type: none"> - Ninguna - No afeitado - Afeitado - Barbado - Sordo - Ciego - Mudo - Lentes - Mal formación
Movimientos anormales	<ul style="list-style-type: none"> - Ninguno - Estupor - Rigidez - Flexibilidad cérea - Excitación - Posturas catatónicas - Dificultad para caminar - Estereotipia - Tics - Remedos y mímicas
Posturas anormales	<ul style="list-style-type: none"> - Ninguna - Rígido - Desplomado - jorobado
Interacción normal y afecto	<ul style="list-style-type: none"> - relajado - cooperador - adulator - preocupado - dramático

	<ul style="list-style-type: none"> - evasivo - reservado - hostil
Contacto ocular	<ul style="list-style-type: none"> - bueno - inadecuado
Sentimiento anímico general	<ul style="list-style-type: none"> - apropiado - restringido - embotado - superficial - distante - aplanado - lábil - incongruente - pasivo - ambivalente - ansioso - con pánico - furioso
Euforia- depresión	<ul style="list-style-type: none"> - eutimico - eufórico - irritable - disforico - auto reproches - desesperanza - desvalorizado - indefenso - incapaz de sentir sentimientos
Voz	<ul style="list-style-type: none"> - normal - suave - baja - alta - variable - balbuceo

Cognición	<ul style="list-style-type: none"> - ninguna - anormales
Conciencia	<ul style="list-style-type: none"> - clara - somnolencia - obnubilación - delirium - estupor - coma - estado crepuscular - estado de ensoñación
Orientación	<ul style="list-style-type: none"> - ninguna - desorientado - orientado - persona - espacio - tiempo
Memoria	<ul style="list-style-type: none"> - ninguna - reciente - pasada 7 días - remota
Atención	<ul style="list-style-type: none"> - adecuada - hipoprosexia - hiperprosexia
Juicio	<ul style="list-style-type: none"> - pobre - bueno - alterado
Insight	<ul style="list-style-type: none"> - bueno - pobre - alterado
Inteligencia	<ul style="list-style-type: none"> - superior - sobrepromedio - promedio - bajo promedio

	<ul style="list-style-type: none"> - retardado
Anomalías del pensamiento	<ul style="list-style-type: none"> - ninguna - ideas de referencia - pensamiento mágico - desrealización - despersonalización - rituales - fobias
Percepciones	<ul style="list-style-type: none"> - ninguna - alucinaciones olfativas - alucinaciones táctiles - alucinaciones visuales - alucinaciones auditivas - alucinaciones gustativas - deja vú - micropsia - macropsia
Ideas delirantes	<ul style="list-style-type: none"> - ninguna - control - referencia - persecución - grandeza - religiosas - somáticas - celos
	<ul style="list-style-type: none"> - normal - incoherente - descarrilado - pérdida de la asociación - ensalada de palabras - neologismos - circunstanciales - vago

Discurso	<ul style="list-style-type: none"> - tangencial - sobreelaborado - perseverante - monótono - bloqueos - fuga de ideas - ecolalia
-----------------	---

9. RESULTADO DE REACTIVOS PSICOLOGICOS APLICADOS: -----

10. PSICOANAMNESIS ESPECIAL

a) Factor Predisponente: -----

b) Factor Desencadenante:-----

c) Factor Mantenedor:-----

11. DIAGNOSTICO DEFINITIVO:-----

12. PRONOSTICO:-----

13. RECOMENDACIONES:-----

MCMII-III INVENTARIO CLÍNICO

MULTIAXIAL DE MILLON-III

CUADERNILLO

INSTRUCCIONES

1. Anote todas sus contestaciones en la hoja de respuestas que se le ha facilitado **NO ESCRIBA NADA EN ESTE CUADERNILLO.**
2. Para contestar en la hoja de respuestas utilice un LAPIZ blando que escribe en color NEGRO y disponga de una goma de borrar para hacer las correcciones, cuando sea necesario.
3. Las páginas siguientes contienen una serie de frases usuales o expresiones que las personas suelen utilizar para describirse a sí mismas. Sirven para ayudarte a describir sus sentimientos y actitudes. **SEA LO MÁS SINCERO POSIBLE.**
4. No se preocupe si algunas cuestiones o frases le parecen extrañas; están incluidas para describir los diferentes problemas que puede tener la gente
5. A continuación, tiene dos ejemplos para que vea la forma de contestar en la hoja de respuestas.

✓ SI ESTA DE ACUERDO con una frase o piensa que describe su forma de ser. MARQUE CON UNA X EL ESPACIO correspondiente a la letra "V" (VERDADERO).

✓ Si por lo contrario la frase NO REFLEJA NI CARACTERIZA su forma de ser. MARQUE CON UNA X EL ESPACIO de la letra "F" (FALSO). POR EJEMPLO

1. Soy un ser humano

V

F

Como esta frase es verdadera para Ud., por lo que se ha tachado el espacio de la letra V (verdadero)

2. Mide más de tres metros

V

F

Esta frase es falsa para Ud., por lo que se ha tachado el espacio de la letra F (falso)

6. Procure responder a todas las frases, aunque no esté totalmente seguro. Es mejor contestar a todas, pero si no es capaz de decidirse, debe marcar el espacio de la letra F (Falso)
7. Si se equivoca o quiere cambiar alguna respuesta, borre primero la respuesta equivocada y luego rellene el otro espacio.
8. No hay límite de tiempo para contestar a todas las frases, pero lo mejor es hacerlo con rapidez.

MCMII-III

INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON-III

DATOS SOCIO-DEMOGRAFICOS Y CLINICOS

Código Personal: Pabellón: Celda:

N identificación: Fecha de Nacimiento: / / Sexo M F

Profesión actual:

FIRMA:

En caso de no tener firma, coloque su huella.

1. ESTADO CIVIL

- No ha estado casado Casado en primer matrimonio Casado (segundas nupcias o más)
 Separado Divorciado Unión Libre
 Viudo Otros (especificas)

2. NIVEL DE ESTUDIOS CURSADOS (marque con una X el nivel mas alto que haya)

- Primaria (hasta 6 de Educación Básica) 3er curso de estudios universitarios.
 8 grado de Educación Básica. Estudios Universitarios.
 Secundaria o Bachillerato Otros niveles (indicar) _____

3. LUGAR DE ORIGEN Y RESIDENCIA

Origen

Residencia

4. INDIQUE CON LOS NUMERO 1 Y 2 SUS DOS PRINCIPALES PROBLEMAS

- Matrimonial o familiar Confianza en sí mismo Trabajo, estudio o empleo
 Soledad Alcohol Drogas
 Problemas mentales Conductas antisociales Otros (especificar)

A COMPLEMENTAR POR EL EXAMINADOR (A)

¿Paciente internado? SI NO

Trastorno Eje I presentado

Hace menos de 1 semana Entre uno y 4 semanas Hace más de 4 semanas

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE MILLÓN (MCMI-III)

- | | |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Últimamente parece que me quedo sin fuerzas incluso por la mañana. 2. Me parece muy bien que haya normas porque son una buena guía a seguir. 3. Disfruto haciendo tantas cosas diferentes que no puedo decidir por cual empezar. 4. Gran parte del tiempo me siento débil y cansado 5. Sé que soy superior a los demás, por eso no me importa lo que piense la gente. 6. La gente nunca ha reconocido suficientemente las cosas que he hecho. 7. Si mi familia me presiona, es probable que me enfade y me resista a hacer lo que ellos quieren. 8. La gente se burla de mi a mis espaldas, hablando de lo que hablo o parezco. 9. Frecuentemente critico mucho a la gente que me irrita. 10. Raramente exteriorizo las pocas emociones que suelo tener. 11. Me resulta difícil mantener el equilibrio cuando camino. 12. Muestro mis emociones fácil y rápidamente 13. En el pasado, mis hábitos de tomar drogas me han causado problemas a menudo. 14. Algunas veces puedo ser bastante duro y desagradable con mi familia. 15. Las cosas que hoy van bien no duraran mucho tiempo. 16. Soy una persona muy agradable y sumisa. 17. Cuando era adolescente, tuve muchos problemas por mi mal comportamiento en el colegio. 18. Tengo miedo acercarme mucho a otra persona por que podría acabar siendo ridiculizado o avergonzado. | <ol style="list-style-type: none"> 19. Parece que elijo amigos que terminan tratándome mal 20. He tenido pensamientos tristes gran parte de mi vida desde que era niño. 21. Me gusta coquetear con personas del otro sexo. 22. Soy una persona muy variable y cambio de opiniones y sentimientos muy continuamente. 23. Beber alcohol nunca me ha ocasionado verdaderos problemas en mi trabajo. 24. Hace algunos años comencé a sentirme un fracasado. 25. Me siento culpable muy a menudo sin ninguna razón. 26. Los demás envidian mis capacidades. 27. Cuando puedo elegir prefiero hacer las cosas solo. 28. Pienso que el comportamiento de mi familia debería ser estrictamente controlado. 29. La gente normalmente piensa que soy una persona reservada y seria. 30. Últimamente he comenzado a tener deseos de destrozr cosas. 31. Creo que soy una persona especial y merezco que los demás me presten una particular atención. 32. Siempre estoy buscando hacer nuevos amigos y conocer gente nueva. 33. Si alguien me criticase por cometer un error, rápidamente le señalaría sus propios errores. 34. Últimamente he perdido los nervios. 35. A menudo renuncio a hacer cosas porque temo o hacerlas bien. 36. Muchas veces me dejo llevar por mis emociones de ira, y luego me siento terriblemente culpable por ello. |
|--|--|

37. Muy a menudo pierdo mi capacidad para percibir sensaciones en partes de mi cuerpo.
38. Hago lo que quiero sin preocuparme de las consecuencias que tenga en los demás.
39. Tomar las llamadas “drogas ilegales” puede ser imprudente, pero reconozco que en el pasado las he necesitado.
40. Creo que soy una persona miedosa he inhibida.
41. He hecho impulsivamente muchas cosas estúpidas que han llegado a causarme grandes problemas.
42. Nunca perdono un insulto ni olvido una situación embarazosa que alguien me haya causado.
43. A menudo me siento triste o tenso, inmediatamente después de que me haya pasado algo bueno.
44. Ahora me siento terriblemente deprimido y triste gran parte del tiempo.
45. Siempre hago lo posible por complacer a los demás, incluso a quienes no me gustan.
46. Siempre he sentido menos interés por el sexo que la mayoría de gente.
47. Siempre tiendo a culparme a mí mismo cuando las cosas salen mal.
48. Hace mucho tiempo decidí que lo mejor es tener poco que ver con la gente.
49. Desde niño, siempre he tenido que tener cuidado con la gente que intentaba engañarme.
50. No soporto a las personas influyentes que siempre piensan que pueden hacer las cosas mejor que yo.
51. Cuando las cosas son aburridas, me gusta provocar algo interesante o divertido.
52. Tengo un problema con el alcohol que nos ha creado dificultades a mi familia y a mí.
53. Los castigos nunca me han impedido hacer lo que yo quería.

54. En las últimas semanas me he sentido agotado sin ningún motivo especial.
55. Últimamente me he sentido muy culpable porque ya no soy capaz de hacer nada bien.
56. Pienso que son una persona muy sociable y extrovertida.
57. Me he vuelto muy nervioso en las últimas semanas.
58. Controlo muy bien mi dinero para estar preparado en caso de necesidad.
59. Simplemente no he tenido la suerte que otros han tenido en la vida.
60. Algunas ideas me dan vueltas en la cabeza una y otra vez y no desaparecen.
61. Desde hace uno o dos años, al pensar sobre la vida, me siento muy triste y desanimado.
62. Mucha gente ha estado espionando mi vida privada durante años.
63. No sé porque, pero, a veces, digo cosas crueles solo para hacer sufrir a los demás.
64. En el último año he cruzado en el atlántico en avión treinta veces.
65. En el pasado, el hábito de abusar de las drogas me ha hecho faltar al trabajo.
66. Tengo muchas ideas que son avanzadas para los tiempos actuales.
67. Últimamente tengo que pensar las cosas una y otra vez sin ningún motivo.
68. Evito la mayoría de las situaciones sociales porque creo que la gente va a criticarme o rechazarme.
69. Muchas veces pienso que no merezco las cosas buenas que me pasan.
70. Cuando estoy solo, a menudo noto cerca de mí la fuerte presencia de alguien que no puede ser visto.

71. Estoy solo la mayoría del tiempo y lo prefiero así.
72. Algunos miembros de mi familia dicen que soy egoísta y que solo pienso en mí mismo.
73. La gente puede hacerme cambiar de ideas fácilmente, incluso cuando pienso que ha habido tomado una decisión.
74. A menudo irrito a la gente cuando les doy órdenes.
75. En el pasado la gente decía que yo estaba muy interesado y apasionado por demasiadas cosas.
76. Estoy de acuerdo con el refrán: “al que madruga Dios le ayuda”.
77. Mis sentimientos hacia las personas importantes en mi vida muchas veces oscilan entre el amor y el odio.
78. Cuando estoy en una reunión social, en grupo, casi siempre me siento tenso y cohibido.
79. Supongo que no soy diferente de mis padres ya que, hasta cierto punto, me he convertido en un alcohólico.
80. Creo que no me tomo mucho de las responsabilidades familiares tan seriamente como debería.
81. Desde que era niño he ido perdiendo contacto con la realidad.
82. Gente mezquina intenta con frecuencia aprovecharse de lo que he realizado o ideado.
83. No puedo experimentar mucho placer, porque no creo merecerlo.
84. Tengo pocos deseos de hacer amigos íntimos.
85. He tenido muchos periodos en mi vida en los que he estado tan animado y he consumido tanta energía que luego me he sentido muy bajo de ánimo.
86. He perdido completamente mi apetito y la mayoría de las noches tengo problemas para dormir.

87. Me siento desorientado, sin objetivos, y no sé a dónde voy en la vida.
88. A menudo dejo que los demás tomen por mis decisiones importantes.
89. No puedo dormir y me levanto tan cansado como al acostarme.
90. Últimamente sudo mucho me siento muy tenso.
91. Tengo una y otra vez pensamientos extraños de los que desearía poder librarme.
92. Tengo muchos problemas para controlar el impulso de beber en exceso.
93. Aunque este despierto, parece que no me doy cuenta de la gente que está cerca de mí.
94. Con frecuencia estoy irritado y de mal humor.
95. Para mí es muy fácil hacer muchos amigos.
96. Me avergüenzo de algunos de los abusos que sufrí cuando era joven.
97. Siempre me aseguro de que mi trabajo esté bien planeado y organizado.
98. Mi estado de ánimo cambia mucho de un día para otro.
99. Me falta confianza en mí mismo, para arriesgarme a probar algo nuevo.
100. No culpo a quien se aprovecha de alguien que se lo permite.
101. Desde hace algún tiempo me siento triste y deprimido y no consigo animarme.
102. A menudo me enfado con la gente que hace las cosas lentamente.
103. Cuando estoy en una fiesta nunca me aísla de los demás.
104. Observo a mi familia de cerca para saber en quien se puede confiar y en quién no.
105. Algunas veces me siento confuso y molesto cuando la gente es amable conmigo.
106. El consumo de “drogas ilegales” me ha causado discusiones con mi familia.

- | | |
|--|---|
| <p>125. Hoy, la mayoría de la gente de éxito ha sido afortunada o deshonesto.</p> <p>126. Con mucha frecuencia oigo cosas con tanta claridad que me molesta.</p> <p>127. No me involucro con otras personas a no ser que estoy seguro de que les voy a gustar.</p> <p>128. Años después, todavía tengo pesadillas acerca de un acontecimiento que supuso una amenaza real para mi vida.</p> <p>129. Ya no tengo energía para concentrarme en mis responsabilidades diarias.</p> <p>130. Beber alcohol me ayuda cuando me siento deprimido.</p> <p>131. Odio pensar en alguna de las formas en las que se abusó de mí cuando era un niño.</p> <p>132. Incluso en los buenos tiempos, siempre he tenido miedo de que las cosas pronto fuesen mal.</p> <p>133. Algunas veces, cuando las cosas empiezan a torcerse en mi vida, me siento como si estuviera loco o fuera de la realidad.</p> <p>134. Estar solo, sin la ayuda de alguien cercano de quien depender, realmente me asusta.</p> <p>135. Sé que he gastado más dinero del que debiera comprando “drogas ilegales”.</p> <p>136. Siempre compruebo que he terminado mi trabajo antes de tomarme un descanso para actividades de ocio.</p> <p>137. Noto que la gente está hablando de mí cuando paso a su lado.</p> <p>138. Se me da muy bien inventar excusas cuando me meto en problemas.</p> <p>139. Creo que hay una conspiración contra mí.</p> <p>140. Siento que la mayoría de la gente tiene una mala opinión de mí.</p> <p>141. Frecuentemente siento que no hay nada dentro de mí, como si estuviera vacío o hueco.</p> <p>142. Algunas veces me obligo a vomitar</p> | <p>107. Me preocupa mucho que me dejen solo y tenga que cuidar de mí mismo.</p> <p>108. El recuerdo de una experiencia muy perturbadora de mi pasado sigue apareciendo en mis pensamientos.</p> <p>109. El año pasado aparecí en las portadas de varias revistas.</p> <p>110. Parece que he perdido el interés en la mayoría de las cosas que solía encontrar placenteras, como el sexo.</p> <p>111. He estado abatido y triste mucho tiempo en mi vida desde que era bastante joven.</p> <p>112. Me he metido en problemas con la ley un par de veces.</p> <p>113. Una buena manera de evitar los errores es tener una rutina para evitar las cosas.</p> <p>114. A menudo otras personas me culpan de cosas que no he hecho.</p> <p>115. He tenido que ser realmente duro con algunas personas para mantenerlas a raya.</p> <p>116. La gente piensa que, a veces, hablo sobre cosas extrañas o diferentes a las de ellos.</p> <p>117. Ha habido veces en las que no he podido pasar el día sin tomar drogas.</p> <p>118. La gente está intentando hacerme creer que estoy loco.</p> <p>119. Haría algo desesperado para impedir que me abandonasen una persona que quiero.</p> <p>120. Sigo dándome atracones de comida un par de veces a la semana.</p> <p>121. Parece que he hecho a perder las buenas oportunidades que se cruzan en mi camino.</p> <p>122. Siempre me ha resultado difícil dejar de sentirme deprimido y triste.</p> <p>123. Cuando estoy solo y lejos de casa, a menudo comienzo a sentirme tenso y lleno de pánico.</p> <p>124. A veces las personas se molestan conmigo porque dicen que hablo mucho o demasiado de prisa para ellos.</p> |
|--|---|

158. Creo que me esfuerzo mucho por conseguir que los demás admiren las cosas que hago o digo.
159. Me paso la vida preocupándome por una cosa u otra.
160. Siempre me pregunto cuál es la razón real de que alguien sea especialmente agradable conmigo.
161. Ciertos pensamientos vuelven una y otra vez a mi mente.
162. Pocas cosas en la vida me dan placer.
163. Me siento tembloroso y tengo dificultades para conciliar el sueño debido a dolorosos recuerdos de un hecho pasado que pasan por mi cabeza repetidamente.
164. Pensar en el futuro al comienzo de cada día me hace sentir terriblemente deprimido.
165. Nunca he sido capaz de librarme de sentir que no valgo nada para los demás.
166. Tengo un problema con la bebida que he tratado de solucionar sin éxito.
167. Alguien ha estado intentando controlar mi mente.
168. He intentado suicidarme.
169. Estoy dispuesto a pasar hambre para estar aún más delgado de lo que estoy.
170. No entiendo porque algunas personas me sonrían.
171. No he visto un coche en los últimos diez años.
172. Me pongo muy tenso con las personas que no conozco bien, porque pueden querer hacerme daño.
173. Alguien tendría que ser bastante excepcional para entender mis habilidades especiales.
174. Mi vida actual se ve todavía afectada por “imágenes mentales” de algo terrible que me paso.

143. Parece que creo situaciones con los demás en las que acabo herido o me siento rechazado.
144. A menudo me pierdo en mis pensamientos y me olvido de lo que está pasando a mí alrededor.
145. La gente dice que soy una persona delgada, pero creo que mis muslos y mi trasero son demasiado grandes.
146. Hay terribles hechos de mi pasado que vuelven repetidamente para perseguirme en mis pensamientos y sueños.
147. No tengo amigos íntimos al margen de mi familia.
148. Casi siempre actuó rápidamente y no pienso las cosas tanto como debiera.
149. Tengo mucho cuidado en mantener mi vida como algo privado de manera que nadie pueda aprovecharse de mí.
150. Como mucha frecuencia oigo las cosas con tanta claridad y me molesta.
151. Siempre estoy dispuesto a ceder en una riña o desacuerdo porque temo el enfado o rechazo de los demás.
152. Repito ciertos comportamientos una y otra vez, algunas veces para reducir mi ansiedad y otras para evitar que pase algo malo.
153. Recientemente he pensado muy en serio en quitarme de en medio.
154. La gente me dice que soy una persona muy formal y moral.
155. Todavía me aterrorizo cuando pienso en una experiencia traumática que tuve hace años.
156. Aunque me da miedo hacer amistades, me gustaría tener más de las que tengo.
157. A algunas personas que se supone que son mis amigos les gustaría hacerme daño.

FIN DE LA PRUEBA

Anexo # 13 Certificación de Traducción de Resumen



Lic. Mónica Guarnizo Torres
SECRETARIA DE "BRENTWOOD LANGUAGE CENTER"

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen para el trabajo de titulación denominado "CONDICIONES AMBIENTALES DEL INTERNAMIENTO PENITENCIARIO Y LAS SENTENCIAS ELEVADAS, Y SU INFLUENCIA EN EL DESARROLLO DE TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD DEL CENTRO DE PRIVACIÓN DE LA LIBERTAD DE PERSONAS ADULTAS EN CONFLICTO CON LA LEY DE LOJA Y ZAMORA CHINCHIPE, 2017-2018", de la estudiante KAREN GABRIELA ORDÓÑEZ HURTADO, egresada de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifica en honor a la verdad y autoriza a la interesada hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 04 de julio de 2018

Lic. Mónica Guarnizo Torres
SECRETARIA DE B.L.C.

Dirección: Macará 12-27 entre Lourdes y Mercadillo. (frente a las oficinas de Fedelibal)
LOJA - ECUADOR

Anexo # 14 Certificación del Programa Estadístico SPSS


Ingeniero Linder Andrés Iñiguez V.
Número de Registro 1008-12-1170222

CERTIFICO

Que la tabulación de los datos obtenidos en el tema de tesis titulado “CONDICIONES AMBIENTALES DEL INTERNAMIENTO PENITENCIARIO Y LAS SENTENCIAS ELEVADAS, Y SU INFLUENCIA EN EL DESARROLLO DE TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO, EN LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD DEL CENTRO DE PRIVACIÓN DE LIBERTAD PARA PERSONAS ADULTAS EN CONFLICTO CON LA LEY DE LOJA Y ZAMORA CHINCHIPE “ autoría de la señorita Karen Gabriela Ordoñez Hurtado, con cédula de identidad número 1104695224 ha sido realizada por mi persona, el cual ha sido ejecutado mediante el programa estadístico SPSS.

Lo certifico en honor a la verdad y autorizo al interesado a hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, Junio del 2018



Ing. Linder Andrés Iñiguez
Zuc. 1104084718001

Ing. Linder Andrés Iñiguez V
1104084718

Anexo # 15 Otras Tablas Estadísticas

Análisis e Interpretación de datos

Aspectos Generales

Tabla 1.

Aspectos sobre género

Genero		
	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	41	68%
Femenino	19	32%
Total	60	100%

Fuente: Encuesta clínica estructurada aplicada a la población penitenciaria del Centro de Privación de Libertad de personas adultas en conflicto con la ley de Loja y Zamora Chinchipe.

Autora: Karen Gabriela Ordóñez Hurtado.

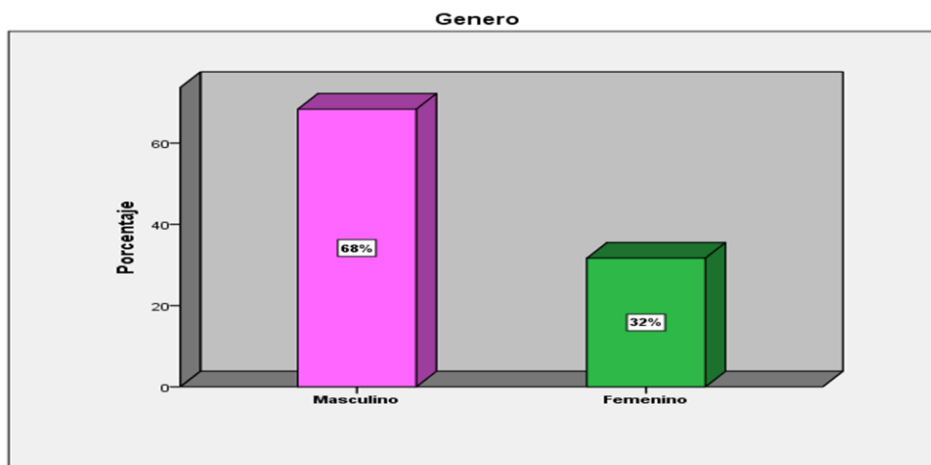


Figura 1. Encuesta clínica estructurada

Autora: Karen Gabriela Ordóñez Hurtado.

Análisis e Interpretación: De las 60 personas privadas de libertad encuestadas equivalentes al 100%, de acuerdo a los resultados obtenidos con la aplicación de la encuesta clínica estructurada, podemos destacar que la mayoría de personas privadas de libertad, en un 68% corresponden al género masculino y el 32% restante pertenecen al género femenino.

Tabla 2.

Tiempo de Sentencias

SENTENCIA		
	Frecuencia	Porcentaje
5 - 10 años	16	27%
11 - 16 años	17	28%
17 - 22 años	10	18%
23 - 28 años	6	10%
29 - 34 años	11	18%
Total	60	100%

Fuente: Encuesta clínica estructurada

Autora: Karen Gabriela Ordóñez Hurtado.

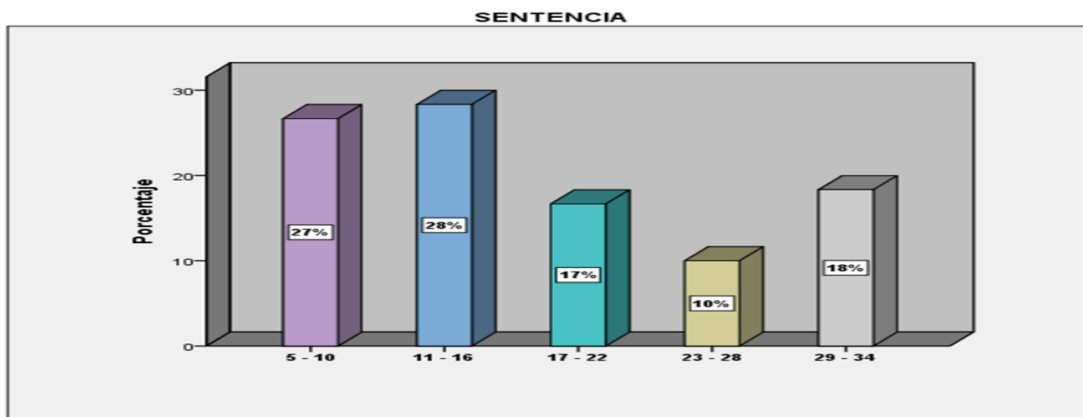


Figura 2. Encuesta clínica estructurada

Autora: Karen Gabriela Ordóñez Hurtado.

Análisis e Interpretación: De las 60 personas privadas de libertad encuestadas equivalentes al 100%, de acuerdo a los resultados obtenidos con la aplicación de la encuesta clínica estructurada, podemos evidenciar que un 28% (17) PPL se encuentran cumpliendo una sentencia entre 11 a 16 años siendo el porcentaje más elevado, y un 27% (16) PPL de 5 a 10 años de sentencia, mientras que en menor porcentaje un 10% (6) PPL se encuentran cumpliendo una sentencia entre 23- 28 años. Por lo que se evidencia que la mayor parte de la población cumple una sentencia elevada de 11 a 16 años.

Tabla 3.

Datos sobre Edad

EDAD		
	Frecuencia	Porcentaje
21 - 27 años	17	28%
28 - 34 años	14	24%
35 - 41 años	15	25%
42 - 48 años	10	17%
49 - 55 años	2	3%
56 - 62 años	1	2%
63 - 69 años	1	2%
Total	60	100%

Fuente: Encuesta clínica estructurada

Autora: Karen Gabriela Ordóñez Hurtado.

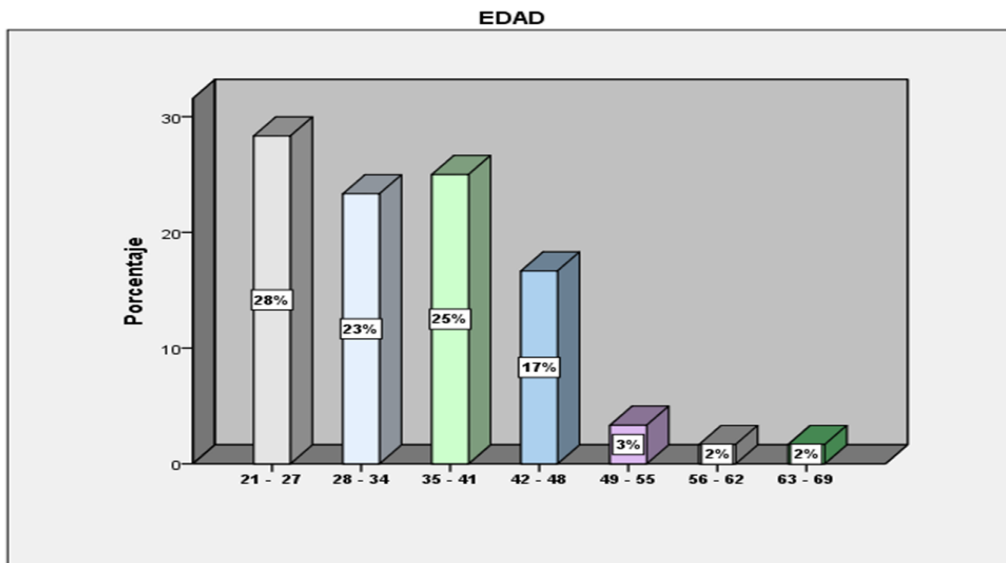


Figura 3. Encuesta clínica estructurada

Autora: Karen Gabriela Ordóñez Hurtado.

Análisis e interpretación: Mediante la encuesta clínica estructurada y la historia clínica psicológica se puede identificar que de la población evaluada existe un 28%(17) PPL con edades comprendidas entre los 21 y 27 años de edad, siguiéndole con un 25% (15) PPL personas entre 35 a 41 años, un 24% (14) PPL encontramos personas entre los 28 y 34 años de edad, y en menor frecuencia un 2% (1) PPL de 56 a 62 años y de 63-69 años de edad.

Tabla 4.

Datos sobre Nivel de instrucción.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN		
	Frecuencia	Porcentaje
Primaria Completa	30	50%
Secundaria	24	40%
Superior	6	10%
Total	60	100%

Fuente: Encuesta clínica estructurada

Autora: Karen Gabriela Ordóñez Hurtado.

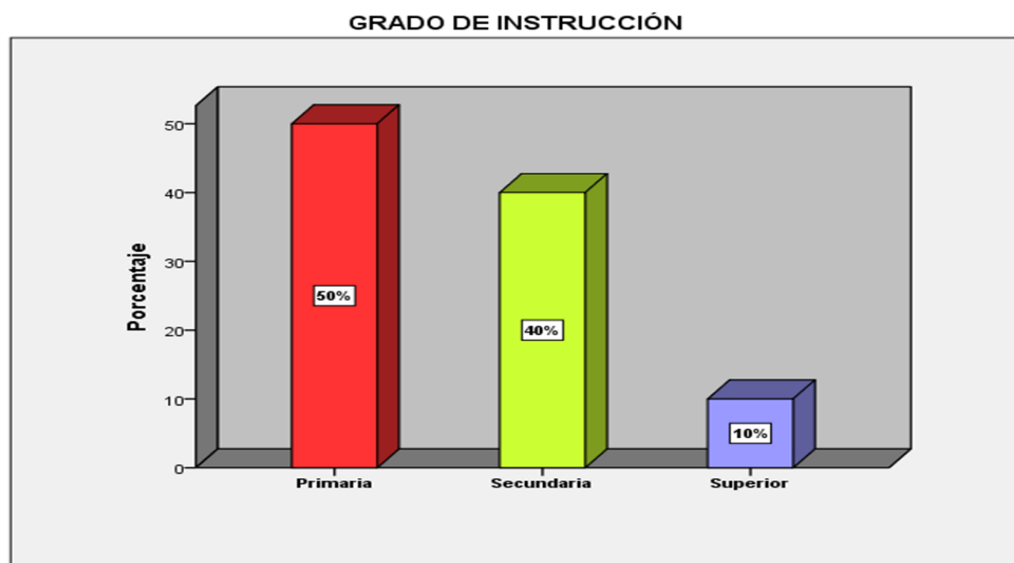


Figura 4. Encuesta clínica estructurada

Autora: Karen Gabriela Ordóñez Hurtado.

Análisis e interpretación: Con respecto al grado de instrucción, se pudo identificar en las personas privadas de libertad, que un (50%) equivalente a 30 personas han completado sus estudios primarios, un (40%) equivalente a 24 personas cursaron la secundaria, y un 10% equivalente a 6 personas se encontró que han culminado sus estudios universitarios, sin embargo, es importante indicar que dentro de las normas de rehabilitación en este Centro existe un programa de estudio y alfabetización.

SEGURIDAD PERSONAL Y TRATO INTERPERSONAL

Tabla 5.

Seguridad Personal y Trato Interpersonal

Seguridad personal y trato interpersonal	Si	No	Total	Porcentaje si	Porcentaje no	Total
Maltrato físico por internos	7	53	60	12%	88%	100%
Maltrato físico por funcionarios	3	57	60	5%	95%	100%
Maltrato psicológico por internos	18	42	60	30%	70%	100%
Maltrato psicológico por funcionarios	6	54	60	10%	90%	100%
Abuso sexual por internos	0	60	60	0%	100%	100%
Abuso sexual por funcionarios	1	59	60	2%	98%	100%

Fuente: Encuesta Clínica Estructurada

Autora: Karen Gabriela Ordóñez Hurtado

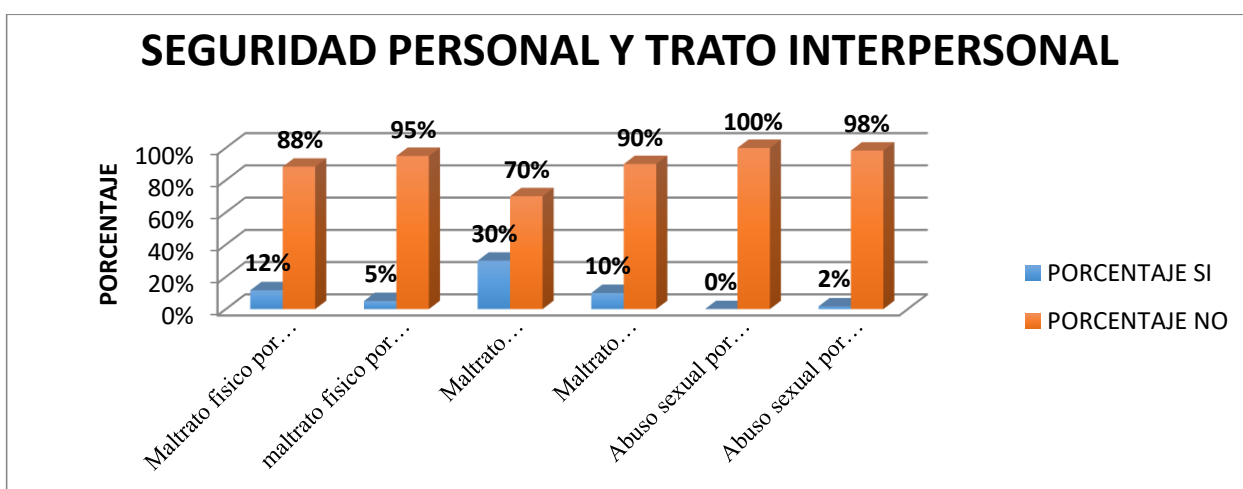


Figura 5. Encuesta Clínica Estructurada.

Autora: Karen Gabriela Ordóñez Hurtado

Análisis e Interpretación: De las 60 personas privadas de libertad que representan el 100% de la población, de acuerdo al bloque de Seguridad Personal y Trato Interpersonal, se pudo evidenciar que un 100% (60) PPL respondieron que no han sido víctima de abuso sexual por internos, el 70% (42) PPL respondieron que no han recibido maltrato psicológico por internos, sin embargo un 30% (60) PPL respondieron que si han recibido maltrato psicológico por internos y un 2% (1) PPL respondió que ha sido víctima de abuso sexual por funcionarios. Evidenciándose que existe un adecuado trato a las PPL por parte de los internos y personal administrativo de dicho centro.

Tabla 6.

Formas de maltrato físico por internos

FORMAS		
	Frecuencia	Porcentaje
Golpes	5	71%
Otras lesiones físicas	2	29%
Total	7	100%

Fuente: Encuesta clínica estructurada aplicada a la población penitenciaria del Centro de Privación de Libertad de personas adultas en conflicto con la ley de Loja y Zamora Chinchipe.

Autora: Karen Gabriela Ordóñez Hurtado

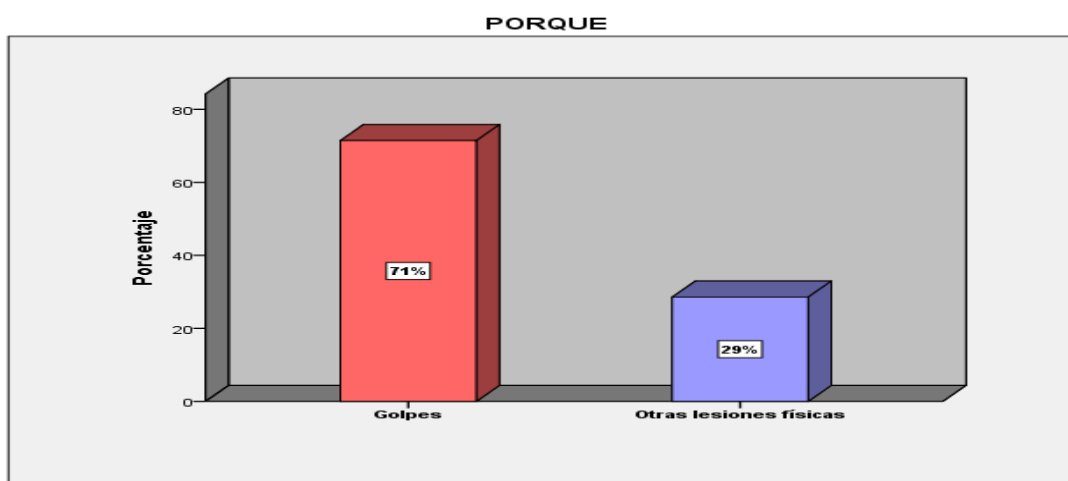


Figura 6. Encuesta clínica estructurada.

Autor: Karen Gabriela Ordóñez Hurtado

Análisis e interpretación: De las 7 personas privadas de libertad que representan el 12% de la población que contestaron SI en la pregunta anterior, referente al bloque SEGURIDAD PERSONAL Y TRATO INTERPERSONAL, (5) PPL que representan un 71% contestaron que, el tipo de maltrato físico que recibieron de sus compañeros ha sido **mediante golpes**, mientras que (2) PPL que equivale al 29% respondieron que el tipo de maltrato físico que recibieron fue **mediante otras lesiones físicas**.

Tabla 7.

Formas de maltrato físico por funcionarios

DE QUE MANERA		
	Frecuencia	Porcentaje
Golpes	3	100%

Fuente: Encuesta clínica estructurada.

Autora: Karen Gabriela Ordóñez Hurtado

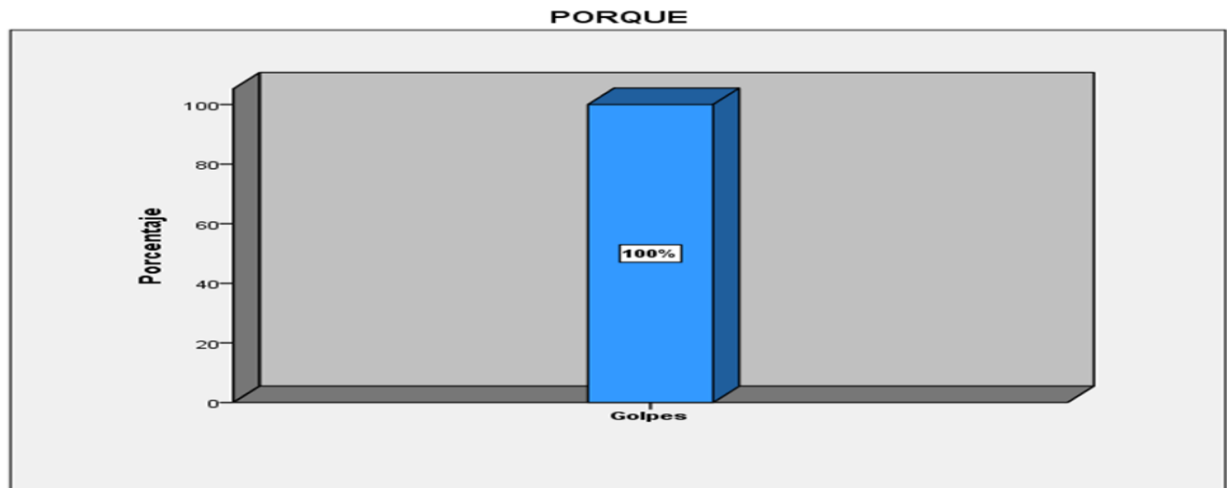


Figura 7. Encuesta clínica estructurada

Autor: Karen Gabriela Ordóñez Hurtado

Análisis e Interpretación: De las 3 personas privadas de libertad que representan el 5% de la población que contestaron SI en la pregunta anterior, referente al bloque SEGURIDAD PERSONAL Y TRATO INTERPERSONAL, solo (3) PPL que representan un 100% respondieron que han recibido maltrato físico por funcionarios mediante golpes.

Tabla 8.

Formas de maltrato psicológico por internos

FORMAS	Frecuencia	Porcentaje
Insultos	8	44%
Criticas o rechazos	5	28%
Chantajes o Manipulaciones	1	6%
Burlas o apodos incomodos	2	11%
Amenazas	2	11%
Total	18	100%

Fuente: Encuesta clínica estructurada

Autora: Karen Gabriela Ordóñez Hurtado

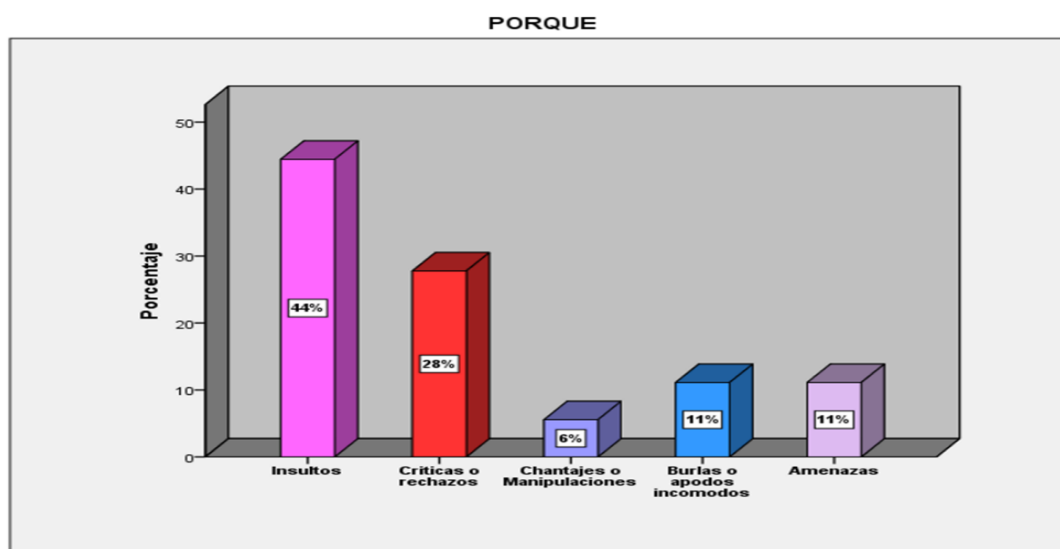


Figura 8. Encuesta clínica estructurada.

Autora: Karen Gabriela Ordóñez Hurtado

Análisis e interpretación: De las 18 personas privadas de libertad que representan el 30% de la población que contestaron SI en la pregunta anterior, referente al bloque SEGURIDAD PERSONAL Y TRATO INTERPERSONAL, un 44% (8) PPL respondieron que han recibido maltrato psicológico por internos mediante insultos, el 28% (5)PPL respondieron que han recibido maltrato psicológico por internos mediante críticas o rechazos, el 11% (2)PPL respondieron que dicho maltrato psicológico ha sido mediante burlas o apodos, así como también mediante amenazas, y finalmente el 6% (1)PPL contestó que han recibido maltrato psicológico por internos mediante chantajes o manipulaciones.

Tabla 9.

Formas de maltrato psicológico por funcionarios

FORMAS	Frecuencia	Porcentaje
Criticas o rechazos	2	33%
Chantajes o Manipulaciones	2	33%
Amenazas	2	33%
Total	6	100%

Fuente: Encuesta clínica estructurada aplicada a la población penitenciario del Centro de Privación de Libertad de personas adultas en conflicto con la ley de Loja y Zamora Chinchipe.

Autora: Karen Gabriela Ordóñez Hurtado.

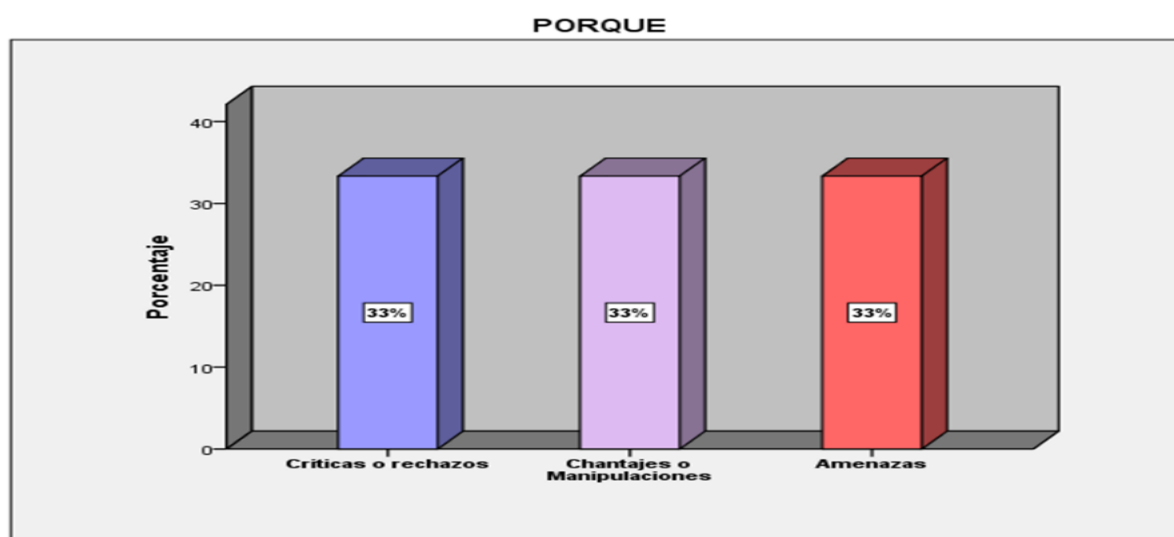


Figura 9. Encuesta clínica estructurada

Autora: Karen Gabriela Ordóñez Hurtado

Análisis e Interpretación: De las 6 personas privadas de libertad que representan el 33% de la población que contestaron SI en la pregunta anterior, referente al bloque SEGURIDAD PERSONAL Y TRATO INTERPERSONAL, el 33% (2) PPL respondieron que han recibido maltrato psicológico por funcionarios ha sido mediante críticas o rechazos, un 33% (2)PPL respondieron que dicho maltrato psicológico ha sido mediante amenazas, y finalmente el 33% (2)PPL contestaron que han recibido maltrato psicológico por funcionarios ha sido mediante chantajes o manipulaciones.

VISTAS Y CONTACTO CON EL MUNDO EXTERIOR

Tabla 10. Visitas y contacto con el mundo exterior

Visitas y contacto con el mundo exterior	Si	No	Total	Porcentaje si	Porcentaje no	Total %
Visitado por Pareja	27	33	60	45%	55%	100%
Visitado por Hijos	31	29	60	52%	48%	100%
Visitado por Padres	42	18	60	70%	30%	100%
Visitado pos Otros familiares y amigos	30	30	60	50%	50%	100%

Fuente: Encuesta clínica estructurada

Autora: Karen Gabriela Ordóñez Hurtado

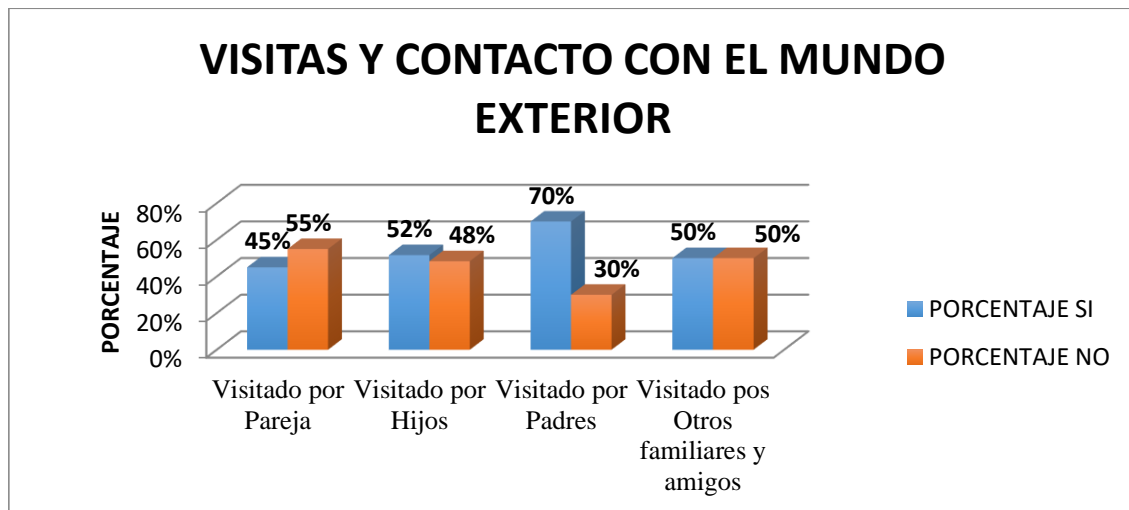


Figura 10. Encuesta clínica estructurada.

Autora: Karen Gabriela Ordóñez Hurtado

Análisis e Interpretación: De las 60 personas privadas de libertad que representan el 100% de la población encuestada, en cuanto al bloque de visitas y contacto con el mundo exterior, se pudo evidenciar que el 70% de las PPL son visitados por sus padres, mientras que el 45% de las PPL son visitados por sus parejas. Por lo que podemos evidenciar que la mayoría de las personas reciben visitas por parte de sus padres más que de sus parejas y demás familiares.

Tabla 11.

Percepción Interpersonal

COMO LE TRATAN SUS VISITAS	Frecuencia	Porcentaje
Bien	56	93%
Regular	3	5%
Mal	1	2%
Total	60	100%

Fuente: Encuesta clínica estructurada

Autora: Karen Gabriela Ordóñez Hurtado

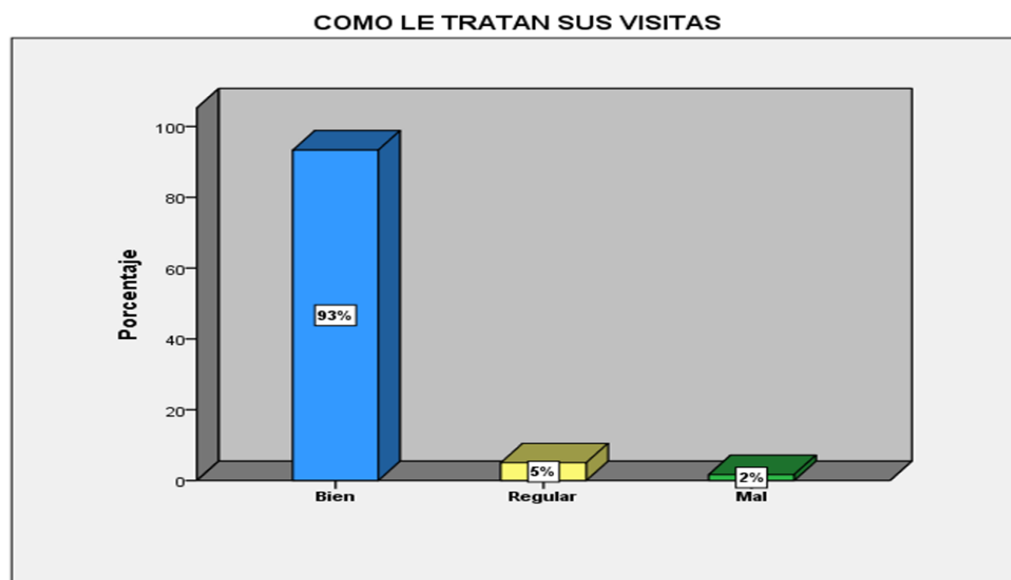


Figura 11. Encuesta clínica estructurada

Autora: Karen Gabriela Ordóñez Hurtado

Análisis e Interpretación: De las 60 personas privadas de libertad que representan el 100% de la población total evaluada, en cuanto a la pregunta de **¿Cómo le tratan en general sus visitas?** referente al bloque de Visitas y Contacto con el mundo, el 93% (56) PPL respondieron que, le tratan bien con sus visitas, un 5% (3) PPL contestaron que el trato es regular, mientras que el 2% (1) PPL contestó que lo tratan mal cuando lo van a visitar.

Tabla 12.

Satisfacción Personal

COMO SE SIENDE CON SUS VISITAS	Frecuencia	Porcentaje
Bien	53	88%
Regular	5	8%
Mal	2	3%
Total	60	100%

Fuente: Encuesta clínica estructurada

Autora: Karen Gabriela Ordóñez Hurtado



Figura 12. Encuesta clínica estructurada.

Autora: Karen Gabriela Ordóñez Hurtado

Análisis e Interpretación: De las 60 personas privadas de libertad que representan el 100% de la población total evaluada, en cuanto a la pregunta de **¿Cómo se siente con respecto sus visitas?** referente al bloque de Visitas y Contacto con el mundo, el 88% (53) PPL respondieron que, se sienten bien con sus visitas, el 8% (5) PPL contestaron que se sienten más o menos (regular) con sus visitas, mientras que el 3% (2) PPL contestaron que se sienten mal con sus visitas.

Tabla 13.

Programas de capacitación laboral

Programas	Frecuencia	Porcentaje
Carpintería	25	22%
Pintura	11	9%
Artesanías	28	24%
Panadería	14	12%
Corte y Confección	4	3%
Manualidades	20	17%
Otros	14	12%
Total	116	100%

Fuente: Encuesta clínica estructurada.

Autora: Karen Gabriela Ordóñez Hurtado

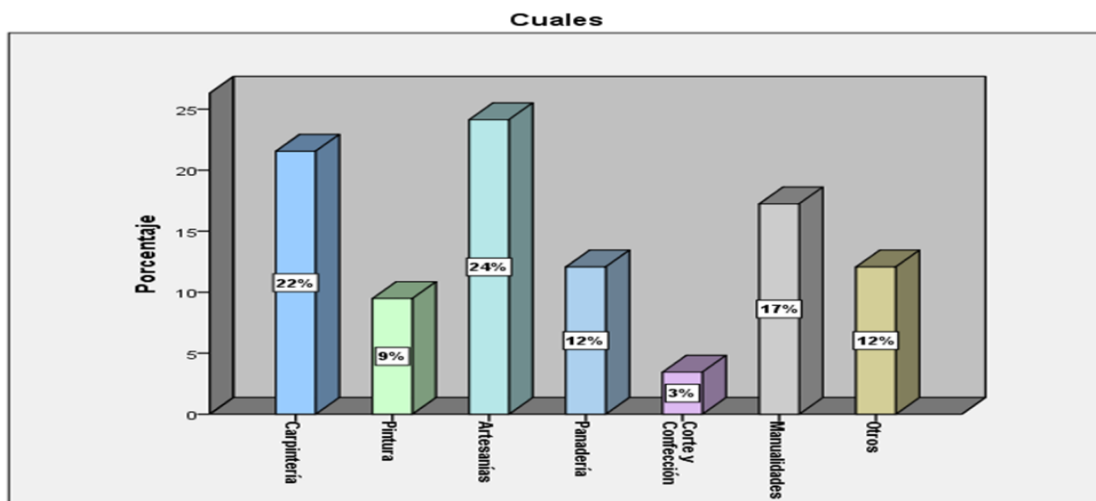


Figura 13. Encuesta clínica estructurada

Autora: Karen Gabriela Ordóñez Hurtado

Análisis e Interpretación: De las 56 personas privadas de libertad que representan el 93% de la población que contestaron SI en la pregunta anterior, referente al bloque de acceso a programas internos, el 24% (28)PPL han participado en programas referentes a Artesanías, 22% (25) PPL han participado de programas referentes a carpintería, 17%(20)PPL han participado en programas de manualidades, el 12% (14)PPL participaron en programas de panadería, así mismo que han participado en otros programas en cuanto a capacitación laboral, mientras que 9% (11)PPL participaron de programas referentes a pintura y finalmente el 3%(4)PPL han participado en programas de Corte y confección.

Tabla 14.

Talleres psicológicos o sociales

<i>Talleres psicológicos o sociales</i>	Frecuencia	Porcentaje
Talleres. Ocupacionales	17	16%
Cruz Roja	3	3%
NA	10	9%
AA	10	9%
Talleres Psi coeducación	19	18%
Cursos Religiosos	35	33%
Otros	12	11%
Total	106	100%

Fuente: Encuesta clínica estructurada

Autora: Karen Gabriela Ordóñez Hurtado

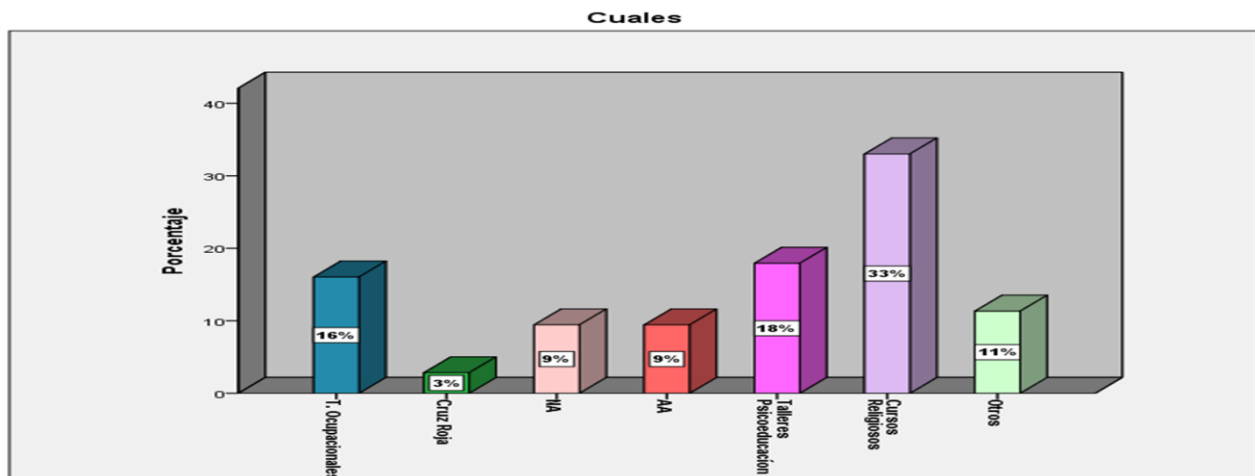


Figura 14. Encuesta clínica estructurada.

Autora: Karen Gabriela Ordóñez Hurtado

Análisis e Interpretación: De las 54 personas privadas de libertad que representan el 90% de la población que contestaron SI en la pregunta anterior, referente al bloque de acceso a programas internos, el 33% (35)PPL han participado en Cursos religiosos, el 18%(19) PPL han participado en talleres de Psi coeducación, un 16% (17)PPL han participado en talleres ocupacionales, el 11% (12)PPL han participaron en otros talleres psicológicos o sociales, y finalmente un 3% (3)PPL han participado en programas brindados por la Cruz Roja.

Tabla 15.

Celda de castigo o llamado calabozo

CELDA DE CASTIGO		
	Frecuencia	Porcentaje
SI	2	3%
NO	58	97%
Total	60	100%

Fuente: Encuesta clínica estructurada

Autora: Karen Gabriela Ordóñez Hurtado

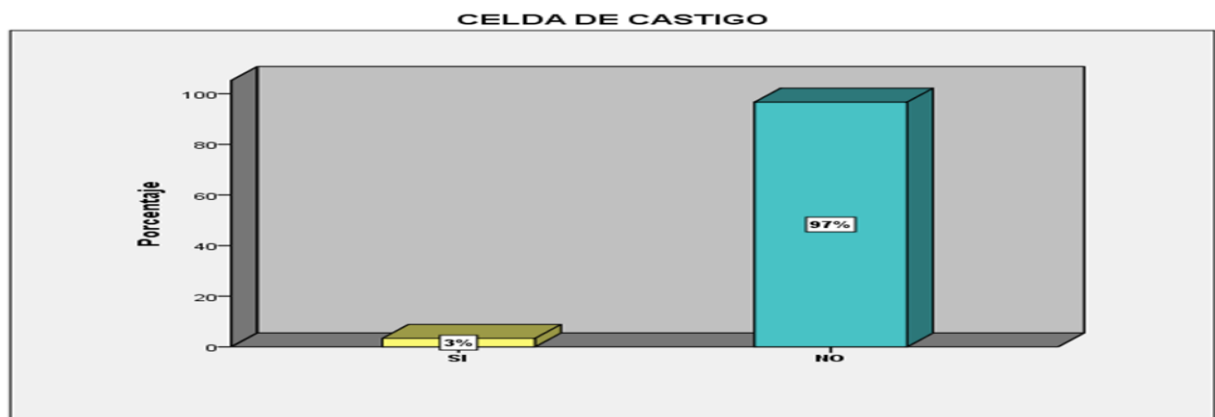


Figura 15. Encuesta clínica estructurada.

Autora: Karen Gabriela Ordóñez Hurtado

Análisis e Interpretación: De las 60 personas privadas de libertad que representan el 100% de la población total evaluada, en cuanto a la pregunta de **¿Ha estado en la celda de castigo o llamado calabozo?**, referente al bloque de Celda de castigo - allanamiento, (58) PPL que equivale al 97% respondieron que no han estado en la celda de castigo, mientras que (2) PPL que equivalen al 3% respondieron que si han estado en dicha celda de castigo o calabozo.

Tabla 16.

Motivos de permanencia en celda de castigo o calabozo

Motivos	Frecuencia	Porcentaje
Peleas y agresiones con otros internos	1	50%
Mala conducta	1	50%
Total	2	100%

Fuente: Encuesta clínica estructurada.

Autora: Karen Gabriela Ordóñez Hurtado

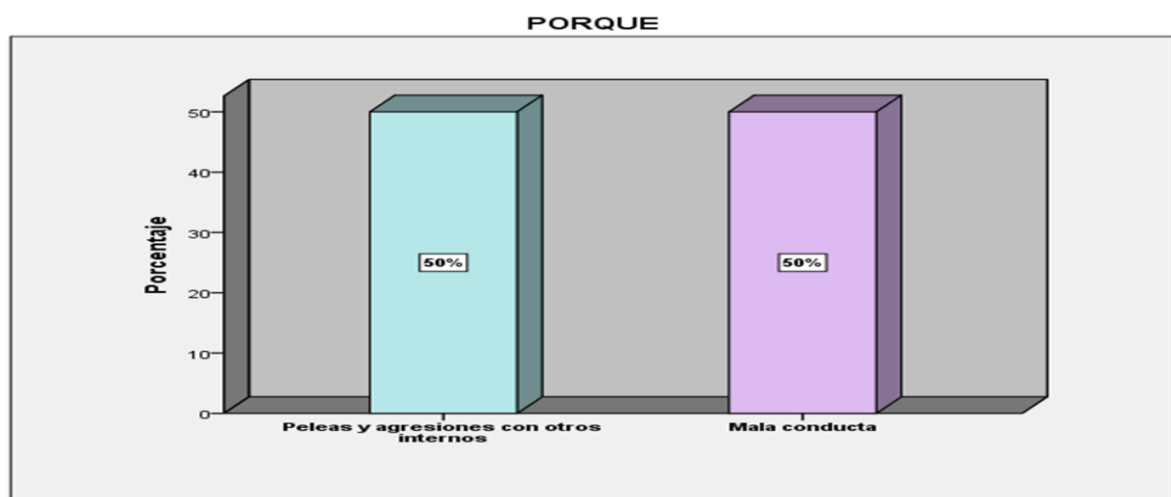


Figura 16. Encuesta clínica estructurada

Autora: Karen Gabriela Ordóñez Hurtado

Análisis e Interpretación: De las 2 personas privadas de libertad que representan el 3% de la población que contestaron SI en la pregunta anterior, referente al bloque de Celda de Castigo o Allanamiento, (1) PPL que representan un 50% contestó que ha estado en la celda de castigo por peleas y agresiones con otros internos, así mismo (1) PPL, que equivale al 50% contestó que ha estado en la celda de castigo por presentar mala conducta.

Tabla 17.

Otro tipo de castigo mientras permanecía aislado

CASTIGO DURANTE AISLAMIENTO	Frecuencia	Porcentaje
SI	2	3%
NO	58	97%
Total	60	100%

Fuente: Encuesta clínica estructurada

Autora: Karen Gabriela Ordóñez Hurtado

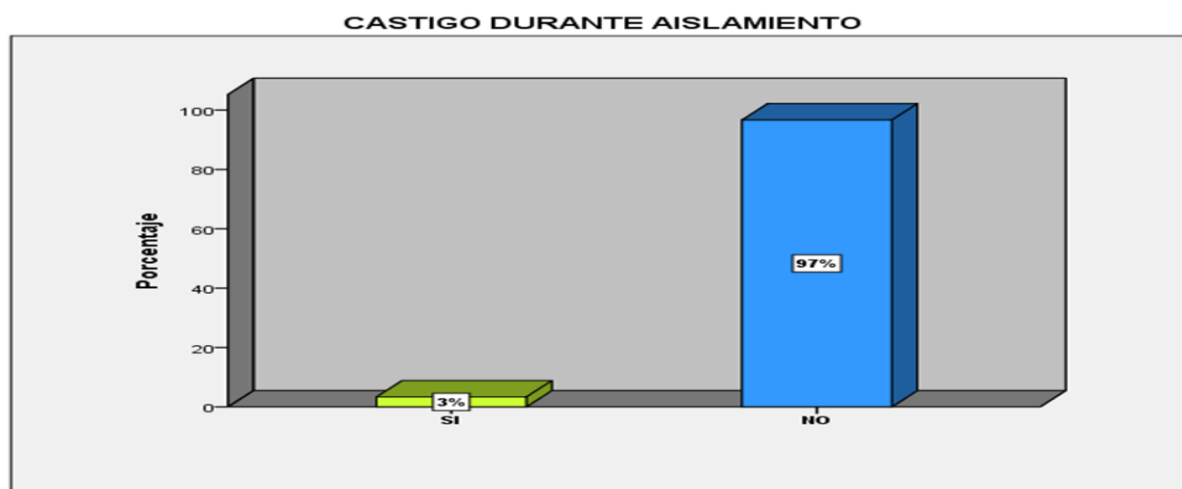


Figura 17. Encuesta clínica estructurada

Autora: Karen Gabriela Ordóñez Hurtado

Análisis e Interpretación: De las 60 personas privadas de libertad que representan el 100% de la población total evaluada, en cuanto a la pregunta de **¿Ha recibido algún otro tipo de castigo mientras permanecía aislado?**, referente al bloque de Celda de castigo - allanamiento, (58) PPL que equivale al 97% respondieron que no han estado en la celda de castigo, mientras que (2) PPL que equivalen al 3% respondieron que si han estado en dicha celda de castigo o calabozo.

Tabla 18.

Otros tipos de castigos

CUALES		
	Frecuencia	Porcentaje
Retiro de pertenencias personales	2	100%

Fuente: Encuesta clínica estructurada

Autora: Karen Gabriela Ordóñez Hurtado

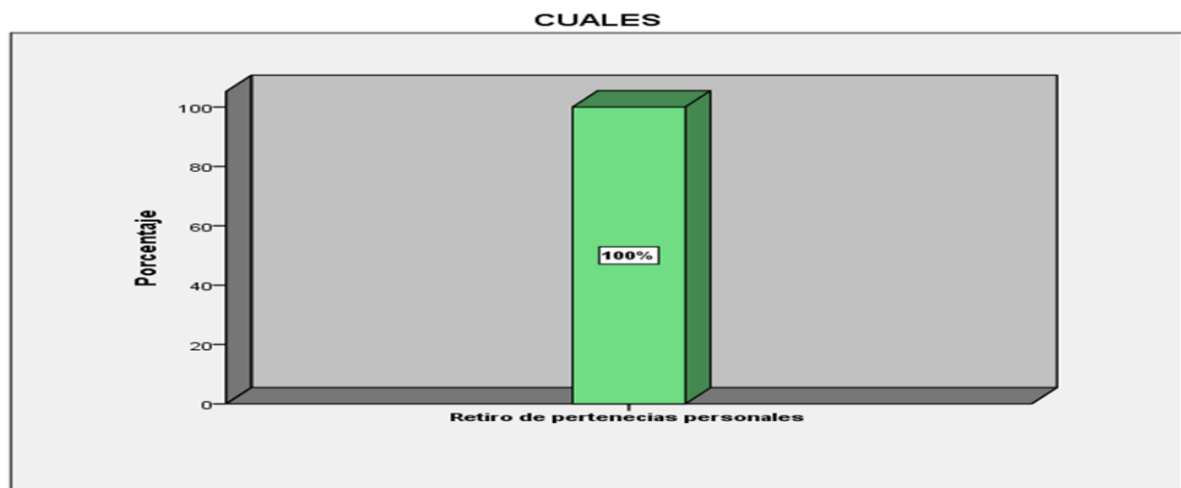


Figura 18. Encuesta clínica estructurada

Autora: Karen Gabriela Ordóñez Hurtado

Análisis e Interpretación: De las 2 personas privadas de libertad que representan el 3% de la población que contestaron SI en la pregunta anterior, referente al bloque de Celda de Castigo o Allanamiento, (2) PPL que representan un 100% contestó que durante su permanencia en la celda de castigo o calabozo le han retirado sus pertenencias personales.

Tabla 19.

Durante los allanamientos en las celdas, ¿Le han robado o dañado pertenencias personales

Allanamientos	Frecuencia	Porcentaje
SI	18	30%
NO	42	70%
Total	60	100%

Fuente: Encuesta clínica estructurada

Autora: Karen Gabriela Ordóñez Hurtado

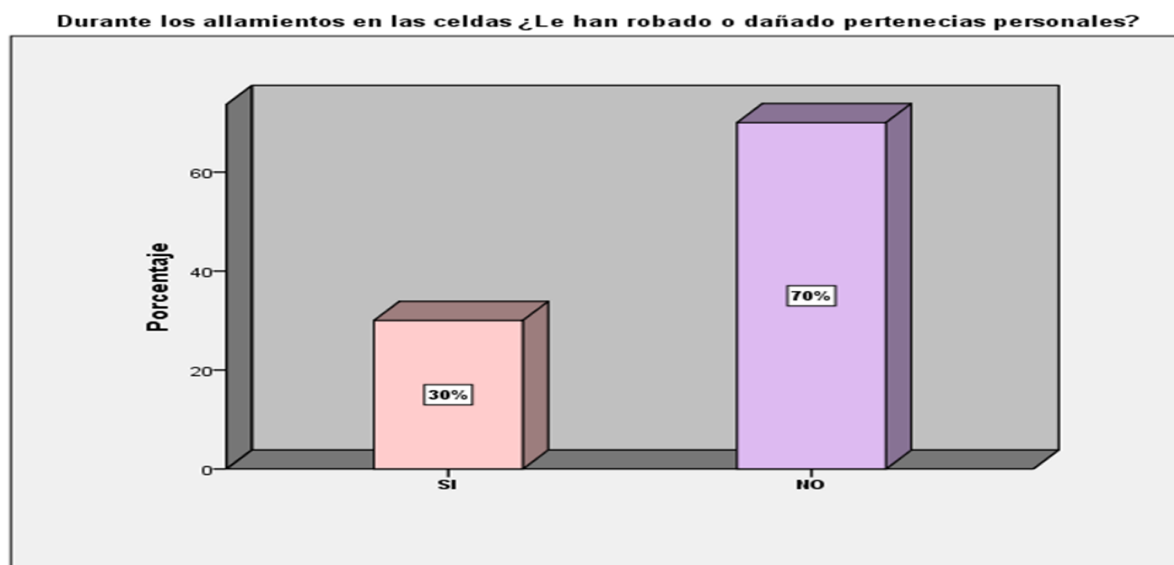


Figura 19. Encuesta clínica estructurada.

Autora: Karen Gabriela Ordóñez Hurtado

Análisis e Interpretación: De las 60 personas privadas de libertad que representan el 100% de la población total evaluada, en cuanto a la pregunta, **Durante los allanamientos en las celdas, ¿Le han robado o dañado pertenencias personales?**, referente al bloque de Celda de castigo - allanamiento, (42) PPL que equivale al 70% respondieron que no les han robado o dañado sus pertenencias personales, mientras que (18) PPL que equivalen al 30% respondieron que si les han dañado sus pertenencias durante los allanamientos que se realizan en el centro penitenciario.

Tabla 20.

Recomendaciones o cosas que cambiaría en este centro.

Recomendaciones	Frecuencia	Porcentaje
Mejor trato a las visitas	42	20%
Mejor trato a los internos	37	18%
Más beneficios penitenciarios	37	18%
Mas programas Laborables y educativos	42	20%
Mejor atención Médica, odontología, psicológica y de enfermería	52	25%
Total	210	100%

Fuente: Encuesta clínica estructurada

Autora: Karen Gabriela Ordóñez Hurtado

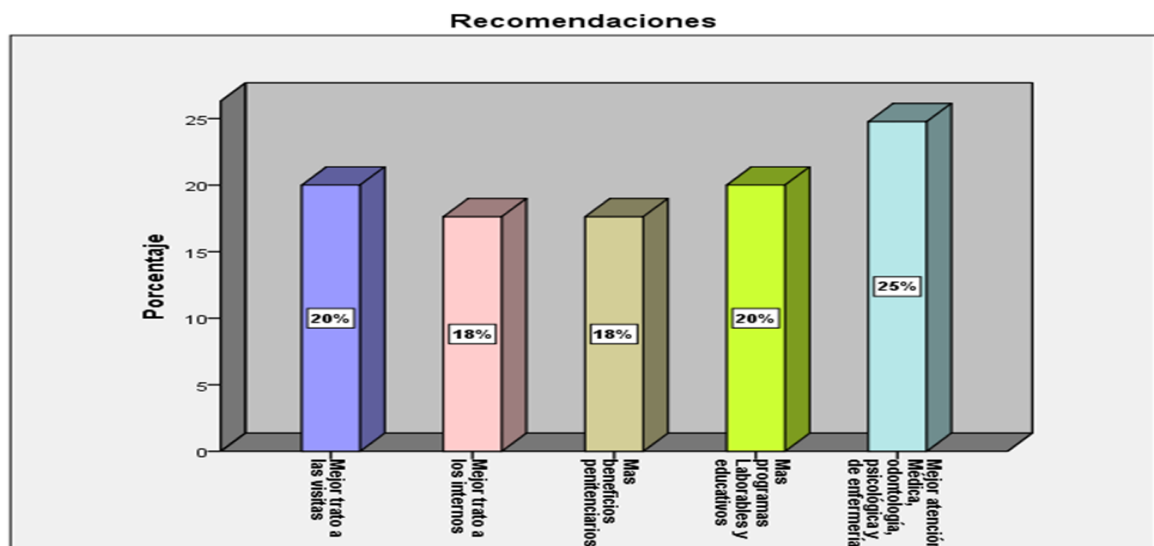


Figura 20. Encuesta clínica estructurada

Autora: Karen Gabriela Ordóñez Hurtado

Análisis e Interpretación: De las 60 personas privadas de libertad que representan el 100% de la población total evaluada, en cuanto a la pregunta; **¿Cuáles serían las recomendaciones o cosas que cambiaría en este centro?** referente al bloque de Recomendaciones, (52) PPL que equivale al 25% respondieron que debe haber una mejor atención médica, odontológica, psicológica y de enfermería, (42)PPL que equivalen al 20% respondieron que se debe mejorar el trato a las visitas, y que se debe incrementar más programas laborales y educativos, mientras que (37) PPL que equivalen al 18% respondieron que se debe mejorar el trato a los internos, así como también se deben incrementar más beneficios penitenciarios en dicho centro.

Tabla 21.

Permanencia en celda o dormitorio

Permanencia dentro de su celda	Frecuencia	Porcentaje
30 Minutos a 2 Horas	41	69%
3 a 5 Horas	8	13%
6 horas en adelante	11	18%
Total	60	100%

Fuente: Encuesta clínica estructurada

Autora: Karen Gabriela Ordóñez Hurtado.

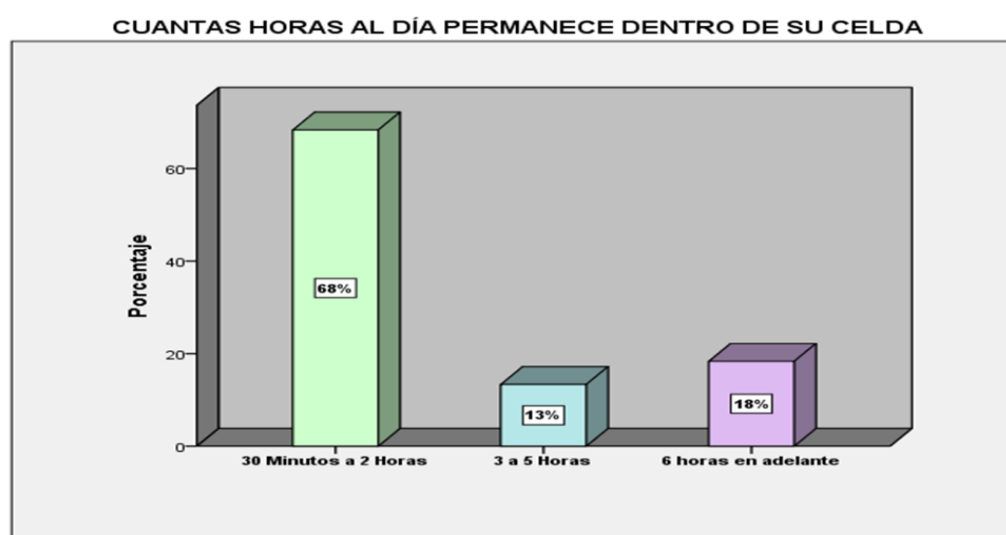


Figura 21. Encuesta clínica estructurada

Autora: Karen Gabriela Ordóñez Hurtado.

Análisis e Interpretación: De las 60 personas privadas de libertad que representan el 100% de la población total evaluada, en cuanto a la pregunta de **¿Cuántas horas al día permanece dentro de su celda o dormitorio?** referente al bloque de condiciones ambientales, (41) PPL que equivale al 68% respondieron que pasan en sus celdas un lapso de tiempo de 30 minutos a 2 horas, y finalmente (8) PPL responden que permanecen de 3 a 5 horas en sus celdas. Llegando a la conclusión que las PPL pasan de 30min a 2 horas en sus dormitorios.

Tabla 22.

Razones de su permanencia

Razones	Frecuencia	Porcentaje
Porque me gusta estar solo	20	33%
Por temor a salir o relacionarme con los demás	4	7%
Porque no hay actividad para realizar	35	58%
Porque no permiten salir	1	2%
Total	60	100%

Fuente: Encuesta clínica estructurada.

Autora: Karen Gabriela Ordóñez Hurtado.

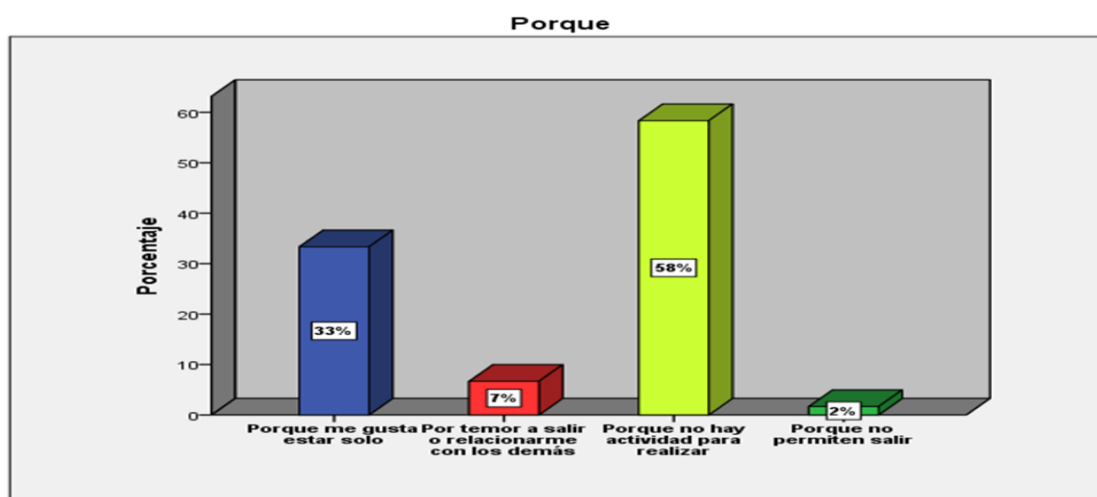


Figura 23. Encuesta clínica estructurada.

Autora: Karen Gabriela Ordóñez Hurtado.

Análisis e interpretación : De las 60 personas privadas de libertad que representan el 100% de la población total evaluada, en cuanto a la pregunta de **¿Por qué motivo permanece este tiempo en su celda o dormitorio?**, misma que está en relación con la pregunta anterior referente al bloque de condiciones ambientales, (20) PPL que equivale al 33% respondieron que pasan en sus celdas porque les gusta estar solos, y finalmente (1) PPL, equivalente al 2% contestó que es porque no le permiten salir. Llegando a la conclusión que la mayoría de la población permanece en su dormitorio debido a que no existen actividades para realizar dentro de dicho centro penitenciario.

Tabla 23.

Acceso a Programas internos

Acceso a programas internos	SI	NO	total	Porcentaje si	Porcentaje no	Total %
Actividades Laborales	56	4	60	93%	7%	100 %
Actividades Educativas	60	0	60	100%	0%	100 %
Actividades Psicológicas y sociales	54	6	60	90%	10%	100 %
Actividades Recreativas	60	0	60	100%	0%	100 %

Fuente: Encuesta clínica estructurada

Autora: Karen Gabriela Ordóñez Hurtado.

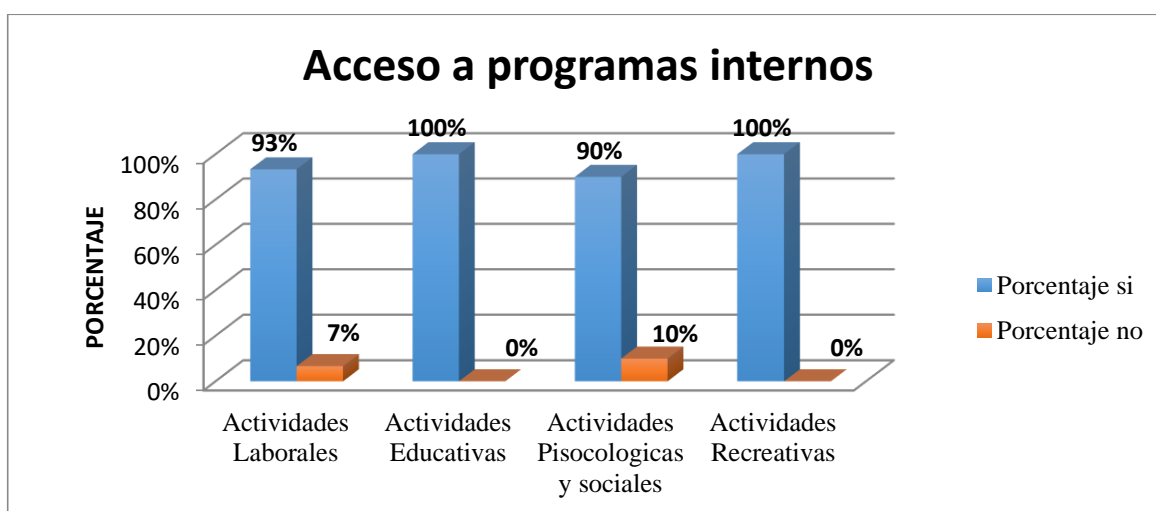


Figura 23. Encuesta clínica estructurada

Autora: Karen Gabriela Ordóñez Hurtado.

Análisis e Interpretación: De las 60 personas privadas de libertad que representan el 100% de la población total evaluada, en cuanto al bloque de acceso a programas internos, se pudo evidenciar que el 100% de las PPL han participado en actividades educativas, así como también en actividades recreativas, el 93% (56) PPL han participado en actividades laborales y finalmente el 90% (54) PPL ha participado en actividades o talleres psicológicos y sociales. Concluyendo que la mayoría de la población participa en actividades educativas debido a que en dicho centro penitenciario se brinda sistema de alfabetización, con el objetivo de que las PPL se superen en el ámbito académico y profesional.

RESULTADOS DE INVENTARIO CLINICO MULTIAXIAL DE MILLON III

Tabla 24.

Escala de Síndromes Clínicos- Síntoma

Síndromes clínicos síntoma		Respuestas	
		N	Porcentaje
Síndromes clínicos síntoma	T. ANSIEDAD	5	4,2%
	T. SOMATOMORFO	15	12,5%
	T. Bipolar	24	20,0%
	T. Distimico	22	18,3%
	D. de Alcohol	21	17,5%
	D. de Drogas	20	16,7%
	ESTRÉS POST-TRAUMATICO	13	10,8%
Total		120	100,0%

Fuente: Inventario Clínico Multiaxial Millon III.

Autora: Karen Gabriela Ordóñez Hurtado.

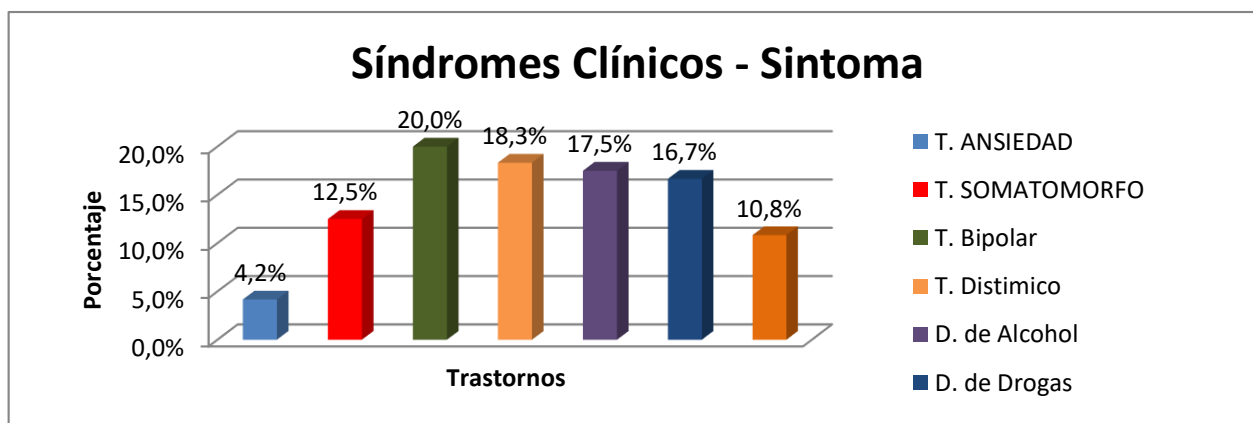


Figura 24. Inventario Clínico Multiaxial Millon III

Autora: Karen Gabriela Ordóñez Hurtado

Análisis e interpretación: Mediante la aplicación del inventario clínico multiaxial millón III, a las 60 PPL del CPLPAL, de acuerdo a la escala de síndromes clínicos se pudo evidenciar que un 20% (24) PPL presentan síntomas de trastorno Bipolar, el 18,3% (22) PPL presentan Trastorno Distímico y un 4,2% (5) PPL presenta síntomas de trastorno de ansiedad.

Tabla 25.

Escala de Síndromes clínicos- Rasgo

Síndrome clínico rasgo	T. ANSIEDAD T. BIPOLAR T. DISTIMICO D.ALCOHOL ESTRÉS POST- TRAUMATICO	Respuestas	
		N	Porcentaje
		15	40,5%
		6	16,2%
		6	16,2%
		8	21,6%
		2	5,4%
Total		37	100,0%

Fuente: Inventario Clínico Multiaxial de Millon III.

Autora: Karen Gabriela Ordóñez Hurtado

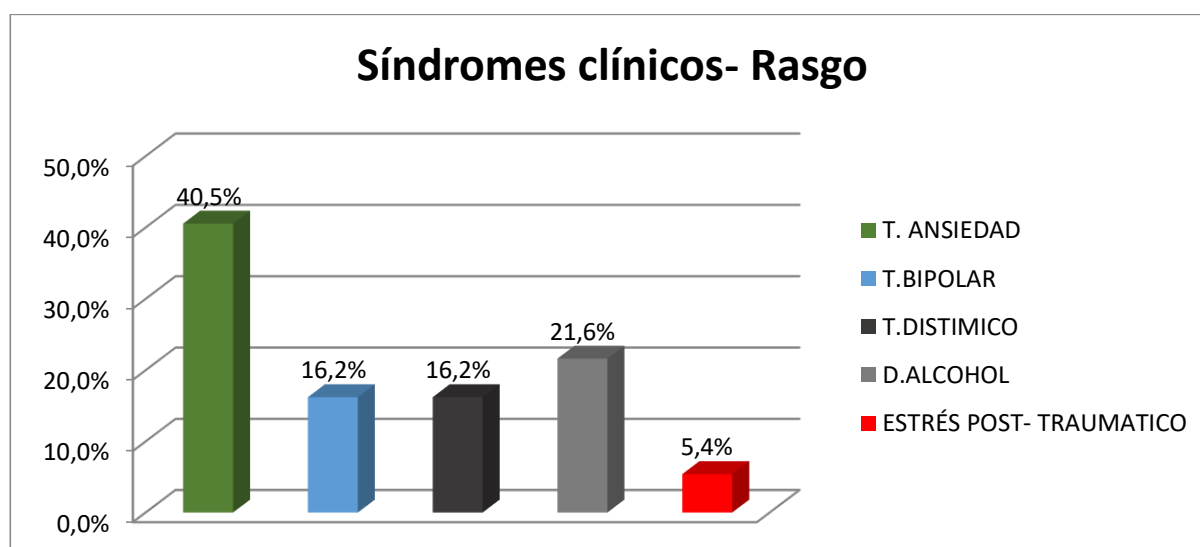


Figura 25. Inventario Clínico Multiaxial de Millon III

Autora: Karen Gabriela Ordóñez Hurtado

Análisis e Interpretación: Mediante la aplicación del Inventario Clínico Multiaxial de Millon III, a las 60 PPL del CPLPAL, de acuerdo a la escala de síndromes clínicos se pudo evidenciar que un 40,5% (15) PPL presentan rasgos de trastorno de Ansiedad, el 21,6% (8) PPL presentan Dependencia al Alcohol, un 5,4% (2) PPL presentan rasgos de Estrés Post- traumático y un 16,2% (6) PPL presentan Trastorno Distimico y Trastorno Bipolar. Por lo que podemos evidenciar que la mayoría de la población presenta síntomas de Ansiedad.

Tabla 26.

Escala de Síndromes Clínicos – Trastorno

Síndromes Clínicos trastorno		Respuestas	
		N	Porcentaje
Síndromes Clínicos trastorno	ESTRÉS POST- TRAUMATICO	2	10,0%
	D.DROGAS	1	5,0%
	D.ALCOHOL	2	10,0%
	T. DISTIMICO	1	5,0%
	T. BIPOLAR	3	15,0%
	T. SOMATOMORFO	1	5,0%
	T. ANSIEDAD	10	50,0%
Total		20	100,0%

Fuente: Inventario Clínico Multiaxial de Millon III.

Autora: Karen Gabriela Ordóñez Hurtado

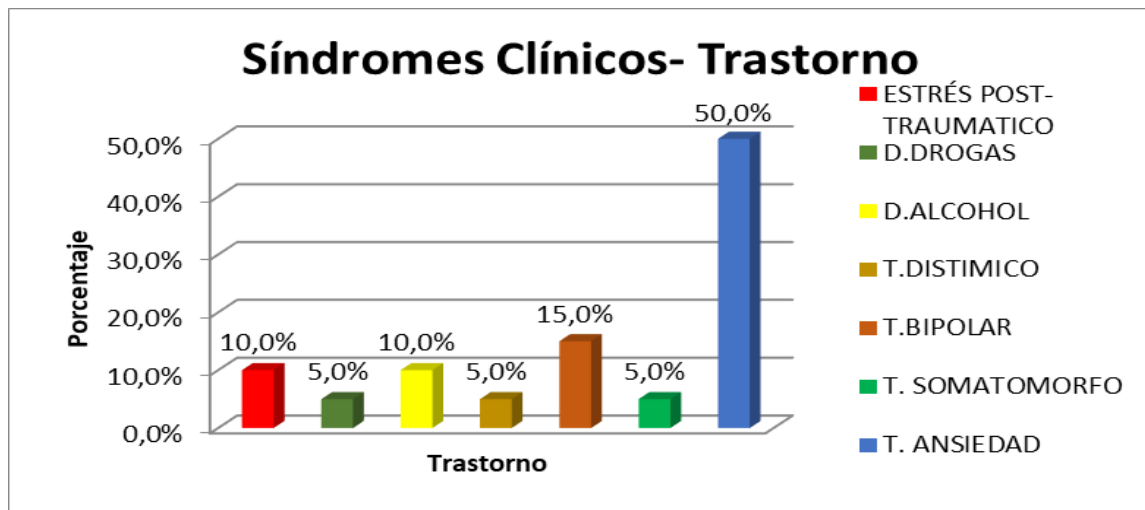


Figura 26. Inventario Clínico Multiaxial de Millon III

Autora: Karen Gabriela Ordóñez Hurtado

Análisis e Interpretación: Mediante la aplicación del inventario clínico multiaxial millón III, a las 60 PPL del CPLPAL, de acuerdo a la escala de síndromes clínicos se pudo evidenciar que el 50% (10) PPL presentan trastorno de Ansiedad, y en menor frecuencia un 5% (1) PPL presenta Trastorno Distimico, Somatomorfo y Dependencia a las drogas.

Tabla 27.

Escala de Síndromes Clínicos Severos en cuanto al rango de Síntoma

		Respuestas	
		N	Porcentaje
Síndromes Clínicos Severos Síntoma	T.DEL PENSAMIENTO	20	27,4%
	Depresión	27	37,0%
	T. DELIRANTE	26	35,6%
Total		73	100,0%

Fuente: Inventario Clínico Multiaxial de Millon III.

Autora: Karen Gabriela Ordóñez Hurtado

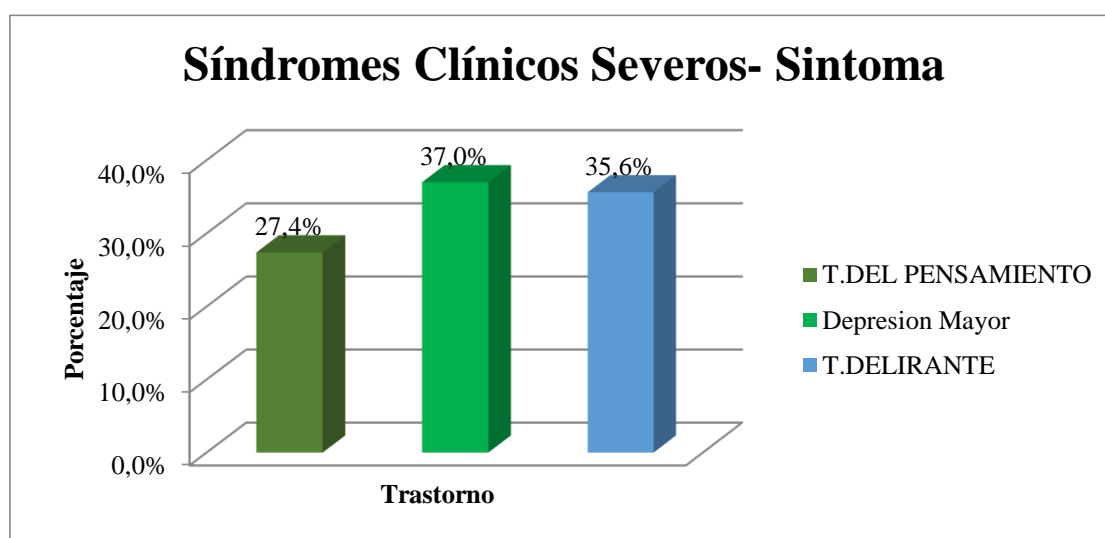


Figura 27. Inventario Clínico Multiaxial de Millon III.

Autora: Karen Gabriela Ordóñez Hurtado

Análisis e interpretación: Mediante la aplicación del Inventario Clínico Multiaxial de Millon III, a las 60 PPL del CPLPAL, de acuerdo a la escala de síndromes clínicos severos se pudo evidenciar que un 37% (27) PPL presentan síntomas de Depresión Mayor, el 35,6% (26) PPL presentan síntomas de Trastorno Delirante y finalmente un 27,4% (20) PPL presentan síntomas de Trastorno del Pensamiento. Por lo que podemos evidenciar que gran parte de la población presenta síntomas de Depresión Mayor, sin embargo, dichos síntomas no son significativos ni alteran totalmente la esfera del individuo en cuanto a su vida cotidiana.

Tabla 28.

Escala de Síndromes Clínicos Severos en cuanto al rango de Rasgos

		Respuestas	
		N	Porcentaje
Síndromes Clínicos Severos Rasgos	DEPRESION MAYOR	1	25,0%
	T. DELIRANTE	3	75,0%
Total		4	100,0%

Fuente: Inventario Clínico Multiaxial de Millon III.

Autora: Karen Gabriela Ordóñez Hurtado

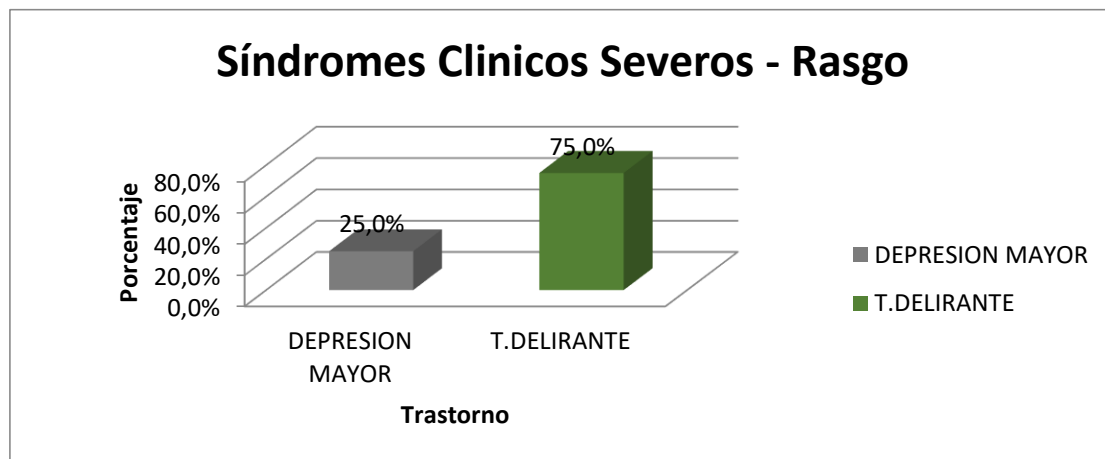


Figura 28. Inventario Clínico Multiaxial de Millon III.

Autora: Karen Gabriela Ordóñez Hurtado

Análisis e Interpretación: Mediante la aplicación del Inventario Clínico Multiaxial de Millon III, a las 60 PPL del CPLPAL, de acuerdo a la escala de síndromes clínicos severos se pudo evidenciar que un 75% (3) PPL presentan rasgos de Trastorno Delirante, y un 25% (1) PPL presentan rasgos de Depresión Mayor. Podemos evidenciar que la mayoría de la población presenta rasgos de trastorno delirante, todo esto se debe al lugar y las condiciones en las que se desenvuelven.

Tabla 29.

Síndromes Clínicos Severos en cuanto al rango de Trastorno

		Respuestas	
		N	Porcentaje
Síndromes Clínicos Severos Trastorno	T. DELIRANTE	3	50,0%
	DEPRESION MAYOR	3	50,0%
	Total	6	100,0%

Fuente: Inventario Clínico Multiaxial de Millon III.

Autora: Karen Gabriela Ordóñez Hurtado

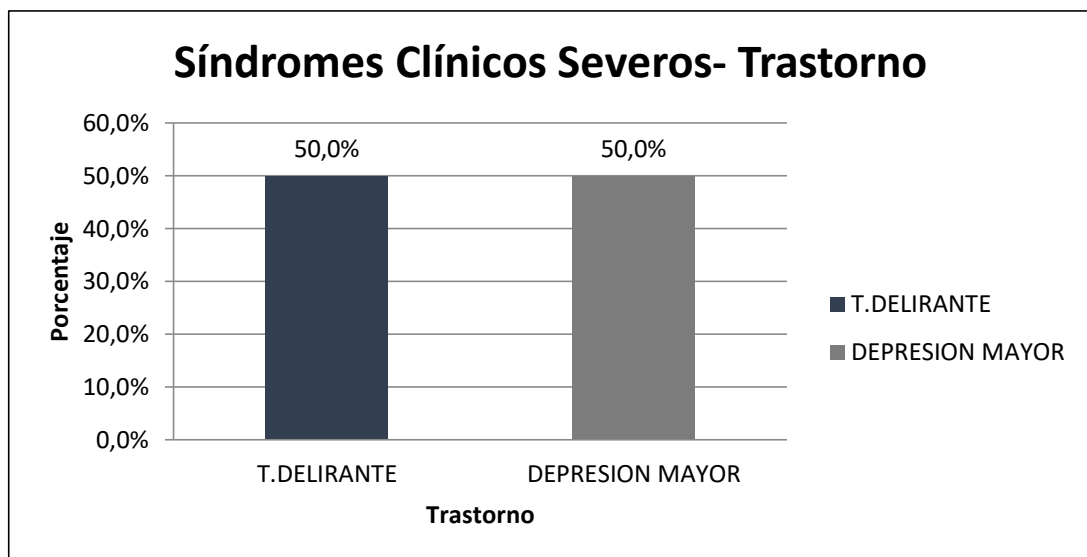


Figura 29. Inventario Clínico Multiaxial de Millon III

Autora: Karen Gabriela Ordóñez Hurtado

Análisis e Interpretación: Mediante la aplicación del Inventario Clínico Multiaxial de Millon III, a las 60 PPL del CPLPAL, de acuerdo a la escala de síndromes clínicos severos se pudo evidenciar que un 50% (3) PPL presentan trastorno Delirante y de igual manera un 50% (3) PPL presentan Depresión Mayor.