



ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Tema:

PERSONALIDAD Y SU RELACIÓN CON LA SALUD MENTAL POSITIVA EN PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD DE LA CIUDAD DE AMBATO

Proyecto de investigación previo a la obtención del título de Psicólogo Clínico

Línea de Investigación:

Salud integral, determinación social y desarrollo humano

Autor:

Isaac Emmanuel Moyano Sailema

Director:

Ana del Rocío Martínez Yacelga, Mg.

Ambato – Ecuador

Junio 2022

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE AMBATO
HOJA DE APROBACIÓN

Tema:

PERSONALIDAD Y SU RELACIÓN CON LA SALUD MENTAL POSITIVA EN PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD DE LA CIUDAD DE AMBATO

Línea de Investigación:

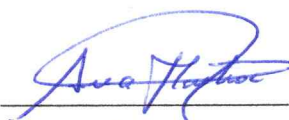
Salud integral, determinación social y desarrollo humano

Autor:

Isaac Emmanuel Moyano Sailema

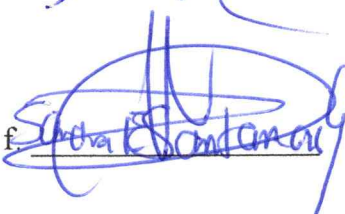
Ana del Rocío Martínez Yacelga, Mg.

CALIFICADOR

f. 

Sandra Elizabeth Santamaría Guisamana, Mg.

CALIFICADOR

f. 

Andrea Gabriela Suarez López, Mg.

CALIFICADOR

f. 

Varna Hernández Junco, PhD.

DIRECTORA DE LA ESCUELA DE PSICOLOGÍA

f. 

Hugo Rogelio Altamirano Villarroel, Dr.

SECRETARIO GENERAL PUCE-A

f. 
Pontificia Universidad Católica del Ecuador
SECRETARIA GENERAL
PROCEDURIA

Ambato - Ecuador

Junio 2022

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo: **ISAAC EMMANUEL MOYANO SAILEMA**, con CC. **180541088-1**, autor del trabajo de graduación intitulado: “PERSONALIDAD Y SU RELACIÓN CON LA SALUD MENTAL POSITIVA EN PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD DE LA CIUDAD DE AMBATO”, previo a la obtención del título profesional de **PSICÓLOGO CLÍNICO**, en la escuela de **PSICOLOGÍA**.

1. Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia de referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
2. Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE Ambato, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de la Universidad.

Ambato, junio 2022



ISAAC EMMANUEL MOYANO SAILEMA

CC. 1805410881

AGRADECIMIENTO

Agradezco especialmente a mis padres, quienes me han apoyado a largo de mis estudios, además, de inculcarme el valor de la perseverancia y de no abandonar mis sueños.

A mis hermanos, quienes han sido mis modelos a seguir.

A mi tutora Mg. Ana Martínez quien confió en mi para la elaboración del presente proyecto, al igual, de guiarme durante todo este proceso.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Cecibel, quien ha estado a mi lado en lo buenos y malos momentos, desde el inicio hasta el final de toda la carrera universitaria.

A mi hija Bianca, mi gran inspiración día tras día, quien saca la mejor versión de mí, al llenarme de perseverancia y no dejarme rendir, quien me devuelve la alegría con tal solo verla, te amo y todo este esfuerzo es para ti.

Por último, a Hotdog más que una mascota fue parte de mi familia, quien me acompañó largas noches de desvelo durante mis estudios y, aunque ya no estés aquí, siempre estarás en mi corazón.

RESUMEN

La presente investigación tiene como finalidad establecer la relación entre personalidad y la salud mental positiva en personas privadas de libertad (PPL) del Centro de Privación de la Libertad Tungurahua N°1. Se planteó un estudio desde el paradigma postpositivista, de tipo descriptivo, con un enfoque cuantitativo y correlacional de corte transversal en PPL de 18 años en adelante, que se encuentran insertados en el contexto educativo. Se utilizaron dos instrumentos: el Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI) y el Cuestionario de Salud Mental Positiva. Los resultados encontrados en el análisis estadístico de 82 participantes arrojaron una significancia clínica en cuanto a personalidad que el 52,4% presentan rasgos de paranoia, seguidos de rasgos antisociales del 45,1% y problemas con las drogas un 40,2%. En cuanto a salud mental positiva, presentan niveles moderados y altos lo que indica que un gran porcentaje de PPL han adquirido herramientas para sobrellevar y solucionar sus conflictos dentro del Centro de Privación de la Libertad Tungurahua N°1. En el análisis correlacional, se halló una proporción positiva moderada entre la escala de *rasgos antisociales* con los factores *autonomía* $V = ,398$; $p < .05$, *autocontrol* $V = ,403$; $p < .01$, y *habilidades de relaciones interpersonales* $V = ,445$; $p < .05$, por tanto, se deduce que los internos han desarrollado habilidades para sobrellevar el encarcelamiento, al mismo tiempo que mejoran sus relaciones interpersonales, y así incorporarse a la sociedad de manera óptima.

Palabras Clave: personalidad, salud mental positiva, personas privadas de libertad

ABSTRACT

The present research aims to establish the relationship between personality and positive mental health in people deprived of liberty at the Centro de Privación de la Libertad Tungurahua N°1. An investigation was proposed from the postpositivist paradigm, with a quantitative, descriptive, and cross-sectional correlational approach in PPL from 18 years of age and older, which are inserted in the educational context. Two instruments were used: the Personality Assessment Inventory (PAI) and the Positive Mental Health Questionnaire. The results found in the statistical analysis of 82 participants showed a clinical significance in terms of personality that 52.4% present paranoia traits, followed by antisocial traits 45.1% and drug problems 40.2%. Regarding positive mental health, they present moderate and high levels, which indicates that a large percentage of PPL have acquired tools to cope and solve their conflicts within the Centro de Privación de la Libertad Tungurahua N°1. In the correlational analysis, a moderate positive proportion was found between the antisocial traits scale with the autonomy factors $V = .398$; $p < .05$, self-control $V = .403$; $p < .05$, and interpersonal relationship skills $V = .445$; $p < .05$, it is deduced that the inmates have developed skills to cope with incarceration, while they improve their interpersonal relationships, and thus incorporate themselves into society in an optimal way.

Key words: personality, positive mental health, persons deprived of liberty

ÍNDICE DE CONTENIDOS

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN	iii
AGRADECIMIENTO	iv
DEDICATORIA	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
ÍNDICE DE CONTENIDOS	viii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA	7
1.1. Personalidad	7
1.1.1. Conceptualización desde los diferentes enfoques teóricos	7
1.1.2. Teoría de los rasgos de personalidad	11
1.1.3. Personalidad y Psicopatología	14
1.1.4. Dimensiones clínicas de la personalidad según el PAI	15
1.1.5. Enfoque categorial	20
1.1.6. Personalidad en personas privadas de libertad.	22
1.2. Salud mental positiva (SMP)	23
1.2.1. Salud mental	23
1.2.2. Psicología positiva	30
1.2.3. Salud mental positiva	32
1.2.4. Salud mental positiva en personas privadas de libertad.	36
CAPITULO II. METODOLOGÍA	38
2.1. Metodología de la Investigación	38
2.2. Técnicas e Instrumentos	39
2.2.1. Técnicas	39
2.2.2. Instrumentos	40
2.3. Participantes	42
2.3.1. Caracterización de la muestra	43
2.4. Procedimiento metodológico	49
CAPITULO III. RESULTADOS	51
3.1. Análisis categorial del Inventario Evaluación de la Personalidad (PAI)	51
3.2. Análisis de la Salud Mental Positiva	57

3.2.1. Análisis descriptivo del Cuestionario de Salud Mental Positiva	57
3.2.2. Análisis categórico del Cuestionario de Salud Mental Positiva.....	58
3.3. Análisis correlacional de la personalidad y la salud mental positiva	60
CONCLUSIONES	62
RECOMENDACIONES	64
BIBLIOGRAFÍA	65
ANEXOS.....	72

INTRODUCCIÓN

La presente investigación, parte del análisis teórico de estudios relevantes que aporten a la comprensión del fenómeno de estudio, el cual, trata sobre la concordancia presente entre personalidad y salud mental positiva en personas privadas de libertad. Los cuales, se han desarrollado durante la última década, a nivel nacional e internacional. Entre los principales estudios, se destacan los siguientes:

El estudio realizado por Ampudia, Sánchez y Jiménez (2017), en México, sobre la precisión diagnóstica de personalidad en delincuentes con el inventario de Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2). Contaron con un total de 1740 participantes, divididos en 870 reclusos (142 mujeres y 728 hombres) y otras 870 personas que no presentan cargos (142 mujeres y 728 hombres). Para el análisis de la prueba, se empleó la Receiver Operating Characteristic (ROC). Se concluyó que el MMPI-2 muestra mayor exactitud de diagnóstico en mujeres con una media de $M=0.82$, mientras que en los varones la media es de $M=0.61$. Este estudio tiene relación con esta investigación, debido a que, se utiliza un instrumento clínico al igual que lo es el PAI, asimismo, la población es la misma.

Por otro lado, en el trabajo de Pulido, Ballén y Quiroga (2017), en Colombia, se evaluaron aspectos como impulsividad, rasgos de personalidad y funciones ejecutivas. Los participantes de este estudio fueron 29 hombres con sentencia de acceso carnal violento. Los instrumentos utilizados fueron: el Cuestionario Exploratorio de Personalidad (CEPER III), la Batería Neuropsicológica de Funciones Ejecutivas y Lóbulos Frontales (BANFE), la Escala de Impulsividad de Barratt (BIS 11) y un cuestionario sociodemográfico, para corroborar si existe relación en la puntuación de estos. Los resultados alcanzados muestran una puntuación diagnóstica en al menos un componente de funciones ejecutivas e impulsividad en el 41,4% de la población. Mientras que, en el examen de personalidad, se evidenció que los rasgos más comunes son el obsesivo-compulsivo, pasivo-agresivo y dependiente, en el 79,3% de los participantes.

En Chile, Alarcón, Pérez, Wenger, Salvo y Chesta (2018), se proponen reconocer patrones de personalidad en adolescente infractores reincidentes, al determinar si existen similitudes entre rasgos de personalidad con los niveles de criminalidad. Los participantes de la

investigación son 330 jóvenes con sentencia penal, los instrumentos utilizados fueron: Escala de Gravedad del Enganche Delictivo (EGED), Cuestionario de Exploración de Salud Mental para Adolescentes (CESMA), Ficha de Evaluación de Riesgos y Recursos (FER-R), Escala de Delincuencia Autorrevelada (EDA), y el Inventario Clínico para Adolescentes de Millon (MACI). Los resultados alcanzados identifican 5 clústers diferenciados en los perfiles de personalidad son interpretados con las iniciales transgresor vinculado (TV), antisocial estabilizado (AE), normal desviado (ND), pasivo desesperanzado (PD), y explosivo autodestructivo (EA) por lo que, se reconocen variables dominantes de cada caso, se compara entre los participantes y demuestra gravedad delictiva consistente en la personalidad de cada individuo en la que esta tiene un papel fundamental el origen, mantener comportamientos delictivos o que estos comportamientos desistan.

A su vez, Alfageme, Quesada y Domínguez (2018), estudian el modelo propuesto por Eysenk, sobretodo la relación de las dimensiones de neuroticismo (N) y extraversión (E) en la conducta criminal, relacionado al tiempo de encarcelamiento. Los participantes del estudio son 55 varones españoles en el que constan presos y personas en libertad del Complejo Penitenciario de El Puerto de Santa María, España. El instrumento utilizado es la adaptación española del cuestionario de personalidad de Eysenck (EPQ-A). El resultado de la investigación fue que no hay relación entre la permanencia prolongada en cárceles con la dimensión (E), sin embargo, si existe correlación entre prisionización con la dimensión de neuroticismo. Asimismo, se estima que existen variables que influyen en la relación entre E y N.

En Ambato, Molina-Coloma, Salaberría y Pérez (2018), buscan comparar las características de personalidad del grupo de población en general que consta de 84 personas, con un segundo grupo que consta de 101 privados de libertad. Los materiales utilizados en el estudio fueron: la versión reducida en castellano del Cuestionario de Agresividad de Buss y Perry (BPAQ), de igual manera la Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11), la adaptación española del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMIII) y un Cuestionario de variables sociodemográficas. Los resultados señalaron contrastes importantes entre la población reclusa con la población en general. En los privados de libertad prevalecen rasgos de personalidad de tipo paranoide y comportamientos antisociales, al mismo tiempo que

niveles altos de impulsividad y agresividad. Además, se encontraron patologías como ideas delirantes, ansiedad, y abuso de sustancias que afectan a la salud mental.

Sobre este mismo tema, Burneo y Pérez (2018) estudian la prevalencia entre rasgos patológicos de la personalidad con sintomatología psiquiátrica en población carcelaria masculina en dos prisiones ecuatorianas. La población consta de 675 PPL con un promedio de edad de (M=35,58). El instrumento utilizado fue el Inventario de evaluación de la personalidad (PAI) en su versión española. Los síntomas clínicos más presentes dentro de esta población fueron quejas somáticas (17,7%), manía (32,3%), problemas con el alcohol (33,6%), esquizofrenia (19,5%), problemas con las drogas (27,9%), paranoia (21,4%), y rasgos antisociales (23,8%). Asimismo, se encontró relación entre problemas con el alcohol y drogas del (55,8%-71,4%) del total de internos con problemas clínicos significativos.

De igual manera, la investigación elaborada por Delgado (2021) en el Centro de Rehabilitación Social de Azogues, se identifica los factores sociodemográficos, rasgos de personalidad y síndromes clínicos. El instrumento utilizado fue el PAI, en cuanto a los resultados, se encontró que los privados de libertad con bajo nivel educativo, menores de 37 años, con al menos un hijo y solteros. Predominan los rasgos de personalidad de tipo antisocial (32.4%), depresión (37.8%), límite (35,1%), y problemas con el alcohol (37.8%). Además, de encontrar que el rango de edad influye con los rasgos de personalidad de los internos.

En cuanto a Salud Mental Positiva, las investigaciones son escasas dentro de esta población, no obstante, Woodall (2007) explora la salud mental positiva en adolescentes infractores de 18 a 21 años, el estudio presentó un enfoque cualitativo. Los resultados obtenidos fueron que los participantes muestran dificultades para demostrar sus emociones debido al ambiente rígido dentro de las salas, además, señalan que los servicios de escucha eran ineficaces para el apoyo porque mostraría debilidad y vulnerabilidad a otros presos. Por otro lado, destacan las dificultades para controlar sus emociones por lo que para lidiar con sus problemas realizan actos de agresión para desahogar sus frustraciones acumuladas. Finalmente, se destaca el fomento de salud mental dentro de los centros carcelarios.

A su vez, al tener en cuenta que el concepto de personalidad define al conjunto de características psicológicas y estructuras estables y organizadas del individuo, además, de la influencia que ejerce la interacción social, intrapsíquica y física (Larsen & Buss, 2013); se observó en cierto número de internos una serie de concordancias y/o variaciones de dichas características, que se identifican por la presencia de conductas violentas, altos niveles de impulsividad, ideas delirantes, agresividad y abuso de drogas o alcohol, que son tanto aspectos predisponentes innatos -parte de la estructura de la persona- como determinantes -dependen del ambiente-.

Estas características de personalidad traen consigo desequilibrio entre yo-real y yo-ideal, autoestima bajo, poca resistencia al estrés, inestabilidad en relaciones interpersonales e interfamiliares y mal manejo de resolución de problemas. Por lo cual, se considera la importancia abordar la salud mental positiva, al dejar de lado la ausencia de enfermedad y enfocarse en los aspectos saludables y positivos de salud mental (Barrera & Flores, 2013). Al parecer, las características de personalidad están asociados con mantener una salud mental positiva dentro de prisión, lo cual, permite hipotetizar que estos dos fenómenos tienen relación.

En cuanto a investigaciones previas sobre personalidad, se destaca el trabajo de Molina-Coloma et al. (2018), quienes manifiestan que, la personalidad de los privados de libertad está relacionada con el paranoidismo, la impulsividad, el narcisismo y la regulación afectiva deficiente, por lo que establecieron que, las personalidades más predominantes en mujeres son la evitativa y depresiva; en cuanto a los varones, son la narcisista y la paranoide. Asimismo, se muestran los rasgos antisociales en ambos géneros. Por otra parte, no se han encontrado estudios sobre Salud Mental desde la dimensión positiva dentro del medio penitenciario, sin embargo, se conoce que la salud mental por sí sola en el medio penitenciario, se centra en que el PPL presente un funcionamiento óptimo, a su vez, se intuye que la salud mental positiva en este medio, se relaciona a controlar, mantener y mejorar su salud (Bustamante et al., 2013).

Evidentemente, no hay estudios que datan de la relación entre ambos fenómenos en el país, aunque, se presentan estudios de personalidad en esta población. Precisamente para responder a esta inquietud, se plantea confirmar tanto la hipótesis como la investigación

previa un estudio descriptivo, correlacional entre personalidad y salud mental positiva de corte transversal en una muestra de PPL de la ciudad de Ambato.

De confirmarse la hipótesis propuesta, se tiene una mejor claridad sobre la interacción entre los fenómenos de personalidad y salud mental positiva; lo cual, es una contribución significativa al estado del arte actual. También, sirve para desarrollar a futuro estrategias y métodos de intervención que corrijan los aspectos inadecuados de estas variables.

Objetivos de la Investigación

Objetivo General:

- Establecer la relación entre Personalidad y la Salud Mental Positiva en personas privadas de libertad en la ciudad de Ambato.

Objetivos Específicos:

1. Fundamentar teóricamente los aspectos relacionados con personalidad y la salud mental positiva en personas privadas de libertad.
2. Diagnosticar la condición actual de personalidad y la salud mental positiva en personas privadas de libertad de la ciudad de Ambato.
3. Elaborar un análisis estadístico de tipo correlacional entre personalidad y la salud mental positiva en personas privadas de libertad de la ciudad de Ambato.

Para el cumplimiento de los objetivos, se realiza un análisis descriptivo correlacional y de corte transversal. La población de interés son 82 PPL del Centro de privación de la libertad Tungurahua n°1, cuyas edades comprenden desde los 18 años en adelante, que se encuentren insertados en el contexto educativo.

El presente estudio, se justifica a partir de la poca documentación que relacionan a estas dos variables en el contexto penitenciario, además, de identificar los riesgos existentes en este grupo de personas como: niveles altos de impulsividad, baja tolerancia al estrés, problemas por consumo de sustancias, relaciones interpersonales inestables, dificultades para resolver conflictos, entre otras. Estos aspectos inciden en la personalidad de los internos, lo cual, afectaría a la salud mental, dado que, las estrategias de afrontamiento que poseen son escasas para sobrellevar su tiempo dentro del centro penitenciario.

Con los resultados alcanzados, se espera identificar si existe concordancia entre las variables investigadas, además, de dar a conocer el desempeño la salud mental positiva dentro del ámbito penitenciario. Asimismo, se espera aportar al conocimiento científico, e impulsar a futuros análisis a realizar comparaciones entre los resultados obtenidos; de igual manera, para generar futuras propuestas de intervención que promuevan la salud mental en esta población.

CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA

1.1. Personalidad

1.1.1. Conceptualización desde los diferentes enfoques teóricos

La concepción de personalidad ha sido un factor muy controversial, debido a que, no existe un significado que la detalle tal cual, sin embargo, a lo largo de los años, muchos autores la han estudiado, convirtiéndose en un factor primordial en cada enfoque de la psicología. A continuación, se mencionan las distintas definiciones de los autores que más han contribuido a los estudios de personalidad:

Desde del Enfoque Psicoanalítico, Freud (1856-1939), describe a la personalidad como “la conducta de una persona es el resultado de fuerzas psicológicas que operan dentro del individuo y que, por lo general, se dan fuera de la conciencia” (Morris & Maisto, 2005, citado en Montaña, Palacios & Gantiva, 2009, p. 87). Esto indica que, la personalidad está estructurada por fuerzas psíquicas inconscientes, a partir de los impulsos que presenta el individuo.

Los niveles de la vida mental, se la desarrollo en la “Primera Tópica” Freudiana, que son: *Consciente* en este nivel, se encuentra todas las experiencias vividas por el individuo y es la parte más superficial de la psique; El *Inconsciente* es la parte más profunda de la mente, donde se encuentra todo el contenido reprimido debido a que es catalogado como incorrecto para socializar y ocasiona rechazo por los demás o, afecta al estado emocional del individuo por ser una vivencia traumática por ello es difícil acceder al contenido de esta; por último, el *Preconsciente* el contenido de este nivel, se lo trata por medio de un problema a la vez, al tener acceso a material como los recuerdos o ideas que favorezcan a la resolución de problemas cotidianos; una vez superado, se redirige la atención a la próxima dificultad presentada (Almeida, 2014).

Años posteriores Freud desarrolló la “Segunda Tópica”, y presenta un modelo más pragmático en la que la psique es fraccionada en tres sustratos, esta no sustituye a lo propuesto con anterioridad, esta explica las imágenes mentales en relación al propósito que tengan. La primera de esta es *el Ello*, se encuentra presente desde el nacimiento, es caótico

e inaccesible, además, de ser la que alberga los impulsos básicos; *El yo*, al ser el sustrato manejado por el umbral de la realidad, actúa como el mediador entre el ello y el superyó, para proceder a la toma de decisiones; finalmente el *Superyó* es el encargado de los principios morales e idealistas de la personalidad (Feist, Feist & Roberts, 2014).

Además, Freud destaca que el desarrollo de la personalidad, se construye a partir de como los individuos satisfacen las etapas psicosexuales al transcurso de su vida (Montaño et al., 2009), en otras palabras, cada etapa psicosexual es satisfecha dentro del rango de edad propuesto para que el individuo desarrolle una personalidad adecuada.

Las etapas psicosexuales son cinco:

- Etapa oral, se encuentra la zona erógena en la boca, si esta etapa es superada, en la adultez los individuos son optimistas y confiables, sin embargo, quien presente dificultad en esta etapa son hostiles, sarcásticos y pesimistas.
- Etapa anal, la zona erógena es el ano, a partir de la retención o expulsión de las heces, lo hijos de padres estrictos, en la vida adulta, se muestran obstinados, mezquinos y obsesionados por el orden.
- Etapa fálica, los genitales son la zona erógena en esta fase; se da el complejo de Electra y el de Edipo, debido a la falta de la castración que es impuesta por el padre. En la adultez, se muestran egoístas, vanidosos, tímidos y vanidosos.
- Etapa de latencia, se encuentra disminuida la libido para fortalecer las relaciones sociales entre los niños.
- Etapa genital, se incrementa la libido, las personas que abordan esta etapa con satisfacción son responsables y, se preocupan por los demás. (Montaño et al., 2009)

La Psicología Humanista surge tras finalizar la Segunda Guerra Mundial, por consecuencia de los sucesos traumáticos vividos por los soldados que regresaban a casa. Muchos de ellos no tenían una funcionalidad óptima en la sociedad; presentaban miedo, odio, angustia entre otras sintomatologías. Almeida (2014) señala que este enfoque, “centraliza sus esfuerzos en el desarrollo del sujeto, del cual, destaca la capacidad innata hacia la explotación de sus posibilidades... de desarrollo, a partir del ejercicio de su libertad, en amplia independencia del medio” (p. 17). En otras palabras, cada persona explora las cualidades que posee con el propósito de desarrollarlas hacia niveles más óptimos y así alcanzar el bienestar personal.

Uno de los autores que destaca por sus aportes es Abraham Maslow (1908-1970), quien considera que las personas en su totalidad son motivadas de manera constante por diversas necesidades, las cuales, son satisfechas en un orden jerárquico, para así alcanzar una salud mental óptima que los lleve hacia la autorrealización (Feist et al., 2014). Es decir, en esta teoría, se elabora la personalidad a partir de necesidades biológicas, la cual, todo ser humano posee y, otra que va ligado a las experiencias, deseos, motivaciones más personales de cada individuo, para así alcanzar la cumbre de la autorrealización.

En la misma línea Carl Rogers (1987), tras las diferentes experiencias vividas en psicoterapia funda la terapia centrada en el cliente. Donde, “afirmaba que los hombres y las mujeres desarrollan su personalidad al servicio de metas positivas... todo organismo nace con ciertas capacidades, aptitudes o potencialidades innatas” (Morris & Maisto, 2009, p. 452). Es decir, todos los individuos son capaces de desarrollar su personalidad a través de las características propias de cada uno, las cuales, se fortalecen con el paso del tiempo y contribuyen al bienestar psíquico y físico personal.

Para el desarrollo de la personalidad, Rogers no señala etapas del desarrollo humano, más bien, se enfocó en como las percepciones de los demás impiden o facilitan la autorrealización, además que éstas en cierto aspecto siguen determinantes genéticos. Este aspecto biológico caracteriza a todas las especies debido a que desean ser la mejor versión de sí mismo, esto es conocido como tendencia a la realización. Asimismo, cada individuo desea fortalecer su autoconcepto. Rosso y Lebl (2006) mencionan que: “El individuo en un clima psicológico que permita a las personas ser, es libre de elegir cualquier dirección, pero en la realidad escoge formas positivas y constructivas” (p. 99). Esto nos dice que cada individuo es consciente de lo que desea para su vida, además, de ayudarlos a comprender quienes son en realidad, a esto Rogers lo llamo tendencia a la autorrealización.

En relación al Enfoque Cognitivo, Weishaar y Beck (2006) recalca, “el papel del procesamiento de la información para activar las respuestas cognitivas, afectivas, motivacionales y conductuales de una persona a los ambientes físicos y sociales” (citado en Caro, 2013, p. 19). Es decir, la interpretación de las situaciones es fundamental en esta, debido a la interacción de cognición, ambiente y aprendizaje para que la persona construya su personalidad a partir de estas.

Dentro de esta línea, se encuentran los aportes de Bandura (1977), quien elaboró la “teoría del aprendizaje social”, donde los comportamientos son adquiridos a partir del modelado. En este aprendizaje, el individuo fija su interés en ciertos comportamientos de un modelo a seguir, y adhiere dichas características en un proceso de cuatro etapas: *Atención*: visualiza el comportamiento de interés; *Retención*: retiene lo observado por medio de la imaginación; *Reproducción*: ejecuta lo observado con anterioridad a partir del concepto ensayo y error; *Motivación*: si la conducta adquirida es fortalecida por terceros, esta forma parte del individuo, caso contrario, es desechada y, se busca un nuevo comportamiento a imitar, que le brinde la aceptación social (Almeida, 2014).

Por su parte, Kelly (1905-1967) propone la teoría de los “constructos personales”, donde se menciona a la personalidad como una forma de interpretar el mundo a través de su historia de vida, a lo que catalogó como “constructos” (Montaño et al., 2009). Es decir, se diferencian unos de otros al no poseer las mismas respuestas o pensamientos a un mismo suceso, por lo que cada persona construye el mundo a su manera.

Asimismo, se encuentra el Enfoque Conductual que, “centra sus esfuerzos en el estudio exclusivo de la conducta observable, de tal forma que llega a concebir a la psicología como la ciencia de la conducta” (Almeida, 2014, p. 11). Esto nos dice, que los comportamientos observables son el eje fundamental de esta teoría, además, de la interacción que haya mantenido la persona en el ambiente circundante.

En los trabajos llevados a cabo por Pávlov (1849-1936) sobre el condicionamiento clásico, sobresalen los experimentos sobre los *estímulos incondicionados*, el cual, es un estímulo biológico que provoca una reacción y los *estímulos condicionados*, que es un estímulo neutro que al repetirse provoca una reacción (Rojas & Eguibar, 2001). Esto nos dice, que la conducta surge a partir de los estímulos neutros que, al repetirse varias veces y asociarse a otro estímulo, la respuesta es la misma.

Años más tarde, John Watson (1878-1958), padre del conductismo, toma los trabajos de Pávlov como pilares de su sistema psicológico, en el que señala que lo primordial para la psicología era controlar y predecir la conducta, a partir de como el individuo interactúa en el ambiente. Además, Watson deja de lado los factores biológicos y, se centra en la

adaptabilidad de la persona en la sociedad (Ardila, 2013), la conducta está en constante cambio al depender del medio y con quién interactúe la persona, se modifica, a este condicionamiento se lo conoce como respondiente, debido a que, se da por estímulos ambientales.

Asimismo, en este enfoque, se encuentra el condicionamiento operante, que toma como fuente principal lo elaborado por Thorndike (1874-1949), quien elaboró la ley del efecto. Ésta cuenta con dos partes: la primera, surge a partir de una respuesta a un estímulo que genera gratificación y, se graba con facilidad; en cambio, la segunda es todo lo contrario, si la respuesta genera frustración, la conducta es desechada (Feist et al., 2014), es decir, la conducta surge a partir de prueba y error, hasta que una misma respuesta aparezca en forma reiterada y, se convierta en una característica más del ser humano.

Skinner (1904-1990), influenciado por el autor anterior, elaboró su teoría, en esta menciona que la conducta es moldeada por el ambiente, y este proporciona al individuo diferentes estímulos que actuarán como reforzadores para que la conducta persista o, se extinga (Montaño et al., 2009), es decir, la conducta está conformada por la selección natural, los cambios culturales y los refuerzos que recibe el individuo al paso de los años.

Observado esto, se menciona que la conceptualización de la personalidad ha cambiado al paso de las décadas y según del enfoque en la que era estudiada, por lo que, la personalidad es el acumulado de comportamientos que los individuos muestran en el medio circundante, los cuales, perduran de forma estable al transcurso del tiempo.

1.1.2. Teoría de los rasgos de personalidad

En cuanto a personalidad, también, está conformada a partir de rasgos, los cuales, Mayorga (2018) señala que, “los rasgos determinan y causan el comportamiento, pues, no son simplemente respuestas a ciertos estímulos ambientales, sino verdaderos factores que llegan a motivar al sujeto a buscar los estímulos consecuentes a su propia naturaleza” (p. 32). Entonces, los rasgos conforman un conglomerado de conductas que presenta un solo individuo al interactuar en el ambiente, para así conocer su identidad. Al interactuar con sus iguales, se da cuenta que no es el único que presenta esos comportamientos ante algún estímulo, sino que otros presentarían las mismas respuestas ante la situación. En esta teoría

son varios los autores que han realizado un gran aporte para la misma, a continuación, se los detalla.

Allport (1974), tras una serie de investigaciones sobre el tema, conceptualiza la personalidad “como la organización dinámica, en el interior del individuo, de los sistemas psicofísicos que determinan su conducta y su pensamiento característicos” (p. 65). Este concepto es el más aceptado por la psicología porque cataloga a la personalidad como algo dinámico que está en consecuente desarrollo, tanto de las características psíquicas y físicas, las cuales, son únicas e irrepetibles al diferenciarlos de las personas que lo rodean.

En la teoría de rasgos propuesta por Allport (1937) citado por Almeida (2014), la personalidad está estructurada de la siguiente manera. *Rasgos comunes*, son aquellas características más usuales dentro de una cultura y los *Rasgos personales*, son aquellos que son propios de cada ser humano y está conformado por los siguientes niveles: Rasgos fundamentales -características extraordinarias que destacan en el dominio de la vida-. Rasgos principales - entre cinco a diez características centradas en la vida personal-. Rasgos secundarios -aparecen con regularidad y originan comportamientos específicos en las personas- (Feist et al., 2014).

En la misma línea, Cattell (1905-1998) citado en Cueli et al. (1990) menciona a la “personalidad como aquello que permite la predicción de lo que una persona va a hacer en una situación dada” (p. 525), es decir, a través de la conducta de un individuo, se deducen los actos realizados en el ambiente o un estímulo en particular. En las investigaciones que realizó sintetiza todo acerca de los rasgos al crear el Inventario 16PF, uno de los más utilizados para evaluar personalidad. Sin embargo, Cattell primero estudia los rasgos desde diferentes perspectivas, estas son:

- *Rasgos comunes*, estos están presentes en la mayoría de los humanos
- *Rasgos singulares*, son únicos de cada persona
- *Rasgos fuente*, se manifiesta constantemente
- *Rasgos superficiales*, aparecen casualmente. (Feist et al., 2014)

Debido a que existen un sin número de rasgos, se los evalúa a través de dimensiones, los cuales, se detalla cada tipo de rasgos existente.

A partir de la teoría de rasgos, se construye un modelo más estructural catalogado como *Dimensiones de personalidad*. Uno de estos es el elaborado por Hans Eysenck (1970), delimita “a la personalidad como una organización estable y perdurable del carácter, del temperamento, del intelecto y del físico de la persona, lo cual, permite su adaptación al ambiente” (citado en Montaña et al., 2009, p. 92), en vista de que, baso su clasificación a partir del análisis factorial en conjunto con la biología, lo que le permitió obtener tres dimensiones de la personalidad:

- *Neuroticismo (N)*: su contra parte es la estabilidad, se determina por la presencia de sintomatología de ansiedad y por trastornos del estado de ánimo.
- *Extraversión (E)*: el opuesto de este es la introversión, en esta las personas son sociables e impulsivas, además, de ser optimistas.
- *Psicoticismo (P)*: el individuo que presente un alto P, se muestra agresivo, hostil, frío, egocéntrico, entre otros. Sin embargo, si se encuentra en el otro extremo (superyó), con un bajo nivel de P, los individuos son altruistas, sociables, afectuosos, serviciales y convencionales. (Eysenck, 1990, citado por Schmidt et al., 2010)

Por consiguiente, los rasgos de personalidad varían entre los seres humanos a partir de su composición genética, lo cual, afecta a la estructura psíquica de la persona y la diferencia de otros.

Costa y McCrae desarrollaron el modelo de los *Cinco Grandes*, que se originó a partir de pruebas para dar con los rasgos fundamentales de personalidad, al utilizar el análisis factorial, en las décadas siguientes este modelo permitió explicar y predecir el comportamiento. Sin embargo, se elaboró esta teoría al paso de las décadas, en la que varios autores concordaban que la personalidad está conformada por cinco factores. Al terminar la década de los 70s e inicios de los 80s, utilizaron el análisis factorial y centraron sus estudios en el neuroticismo (N) y la extraversión (E), en los estudios posteriores incorporaron el factor denominado apertura a la experiencia (O). En los años posteriores, aparecen estudios de personalidad que tratan los cinco factores y posteriormente publican el inventario NEO-PI. En esta primera versión, no se detalla a fondo el factor de responsabilidad (C) y el factor de amabilidad (A), no obstante, en el NEO-PI revisado, publicado en 1992, estas ya presentan su respectivo desarrollo (citado por Feist et al., 2014).

Costa y McCrae, concuerdan con lo propuesto por Eysenck, que los rasgos de personalidad presentan bipolaridad. Además, que los factores más usuales presentes en la población son: neuroticismo y extraversión, en estas la descripción es similar a la señalada por autor Hans. Feist et al. (2014), manifiesta las características de los cinco grandes rasgos propuesto por Costa y McCrae, las cuales, son los siguientes cinco factores:

- *Neuroticismo*: Los individuos que presenten niveles altos son impulsivos, ansiosos y sensibles. En su polo opuesto, se encuentran personas tranquilas, y apacibles.
- *Extraversión*: Quienes presenten un valor alto son cariñosos, joviales y sociables. En cambio, en su polo opuesto, son pasivas, reservadas y calladas.
- *Apertura a la experiencia*: Se sitúan las personas creativas, liberales y que buscan rutinas nuevas. Por otro lado, en sus niveles bajos, son conservadoras.
- *Amabilidad*: Diferencia a las personas pocas éticas de las sensitivas.
- *Responsabilidad*: Detalla a las personas autodisciplinadas.

1.1.3. Personalidad y Psicopatología

La psicopatología permite comprender los trastornos de personalidad y los mentales porque su objetivo, se centra en describir las manifestaciones alteradas, acompañadas de un proceso explicativo o de teorías específicas de los síntomas mentales (Luque & Villagrán, 2000, citado en Restrepo, 2007). Es decir, la psicopatología brinda las características de los trastornos, además, de explicar si son de origen orgánico o psicológica. En los últimos años, la psicopatología ha sido estudiada a la par de otros aspectos que conforman la personalidad como conductas adictivas y trastornos de ánimo, sin embargo, aún falta aclarar la naturaleza de la relación con otros trastornos de personalidad (Vergés & Gómez, 2016).

Por lo tanto, los estudios entre personalidad y psicopatología han dado como resultado los diferentes manuales diagnósticos con sus respectivos criterios de clasificación, asimismo, la personalidad es analizada por diferentes inventarios y cuyo análisis depende de la teoría escogida. Se infiere que, la conducta es el vínculo entre factores biológicos, socioculturales y psicológicos; además, el comportamiento humano suele ser normal al no presentar sintomatología o anormal por lo que la persona presentaría conductas desadaptativas observables dentro la cultura (Soler & Prada, 2019).

1.1.4. Dimensiones clínicas de la personalidad según el PAI.

Morey (1991/2009) desarrolló el Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI), se elaboró con el objetivo de evaluar aspectos clínicos y de personalidad de los individuos con problemas clínicos y forenses. Por esta razón, es catalogado como en uno de los inventarios más manejados en Estados Unidos, durante su invención el autor para cada ítem siguió un orden específico de los síndromes a la par que los fundamentó con literatura científica. En consecuencia, el PAI presenta un enfoque analítico centrado en toma de decisiones, para así describir, predecir o señalar los cambios de la conducta o a su vez compararlos con comportamientos previos (Ortiz et al., 2017).

Cabe destacar que, varios son los autores que han aportado para la construcción de reactivos psicológicos que evalúen la personalidad, no obstante, son pocos los instrumentos utilizados para evaluar la personalidad, uno de ellos es el inventario de evaluación de la personalidad, a partir de la revisión de la literatura y de encuestas a profesionales, Morey (1991) en (Font-Mayola, 2013, p. 229), incluyó medidas de síndromes clínicos que fueron seleccionados en función de su importancia histórica en la clasificación de los trastornos mentales y por ser significativas en la práctica actual del psicodiagnóstico

Dentro de este inventario, las diferentes escalas están conformadas por distintas psicopatologías, las cuales, también, sirven para el diagnóstico clínico. A continuación, se detallan estas escalas.

Tabla 1*Escalas y Subescalas del Inventario de Evaluación de la Personalidad*

Escalas	Subescalas
Trastornos somatomorfos (SOM)	Conversión (SOM-C) Somatización (SOM-S) Hipocondría (SOM-H)
Ansiedad (ANS)	Cognitiva (ANS-C) Emocional (ANS-E) Fisiológica (ANS-F)
Trastornos relacionados con la ansiedad (TRA)	Obsesivo-compulsivo (TRA-O) Fobias (TRA-F) Estrés postraumático (TRA-E)
Depresión (DEP)	Cognitiva (DEP-C) Emocional (DEP-E) Fisiológica (DEP-F)
Manía (MAN)	Nivel de actividad (MAN-A) Grandiosidad (MAN-G) Irritabilidad (MAN-I)
Paranoia (PAR)	Hipervigilancia (PAR-H) Persecución (PAR-P) Resentimiento (PAR-R)
Esquizofrenia (ESQ)	Experiencias psicóticas (ESQ-P) Indiferencia social (ESQ-S) Alteración del pensamiento (ESQ-A)
Rasgos límites (LIM)	Inestabilidad emocional (LIM-E) Alteración de la identidad (LIM-I) Relaciones interpersonales problemáticas (LIM-P) Autoagresiones (LIM-A)
Rasgos antisociales (ANT)	Conductas antisociales (ANT-A) Egocentrismo (ANT-E) Búsqueda de sensaciones (ANT-B)
Problemas con el alcohol (ALC)	
Problemas con las drogas (DRG)	

Fuente: Tomado a partir de Morey, 2009, pp. 8-9.

A continuación, se trata las dimensiones y subdimensiones de la personalidad desde una perspectiva clínica propuesta por Morey (2009), que se clasifican en:

a) Trastornos somatomorfos (SOM)

Este trastorno, se enfoca a partir de “preocupaciones relacionadas con la salud física y las quejas somáticas habitualmente presentes en los trastornos de somatización o de conversión” (Morey, 2009, p. 7). Esto nos dice que las personas que presentan este trastorno piensan que presentan una enfermedad específica y, por tal motivo, sienten todos los síntomas de dicho problema. Dentro de esta escala, se encuentran las siguientes subescalas: Conversión, se evidencia alteraciones sensoriales o motoras; Somatización, se detallan quejas en relación a cansancio físico e Hipocondría, intranquilidad sobre el estado de la salud.

b) Ansiedad (ANS)

La ansiedad es un fenómeno evidenciado en un gran número de la población en la actualidad. Ésta altera las emociones del individuo al provocar displacer a través de una tensión emocional, además, de estar acompañada por problemas somáticos (Sierra, Ortega & Zubeidat, 2003). Por este motivo, Morey (2009) para evaluar este factor examino, “las manifestaciones y los signos observables de ansiedad con especial énfasis en la evaluación de sus distintas modalidades” (p. 7). Se encuentra conformada con las siguientes subescalas: Cognitiva, se da por problemas cotidianos que interfieren en la concentración; Emocional, se da por experiencias negativas o estresantes, por lo cual, es difícil relajarse y Fisiológica, los individuos presentan sudoración, palpitaciones, sensación de ahogo, entre otros.

c) Trastornos relacionados con la ansiedad (TRA)

Al ser uno de los trastornos más usuales hoy en día, ésta es confundida fácilmente con otro trastorno, dado que, la sintomatología tiene aspectos similares. Los trastornos que presentan relación con la ansiedad son las siguientes:

- Obsesivo-compulsivo: Se estudia los pensamientos intrusivos, indecisión y restricción afectiva.
- Fobias: Se analiza la presencia a miedos comunes como los son situaciones de la vida cotidiana, animales, y a objetos específicos.
- Estrés postraumático: Examina el malestar ocasionado por vivencias traumáticas que alteran el funcionamiento de la persona (Morey, 2009, p. 8).

Por consiguiente, todas estas afecciones, se encuentran dentro de los trastornos somatomorfos, secundarios a situaciones estresantes y neuróticas en el CIE-10, por lo que es fundamental saberlos diferenciar.

d) Depresión (DEP)

Al igual que la ansiedad, se ha convertido en uno de los que más afecta a nivel global al ser humano, dado que, esta no diferencia edad, género, etnia o clase social. Morris y Maisto (2009) mencionan que “es un estado en que la persona está abrumada por la tristeza, pierde interés en las actividades y muestra otros síntomas como culpa excesiva o sentimientos de minusvalía” (p. 517). Como opinan los autores, la depresión incapacita a la persona para

realizar actividades, además, les provoca culpa. De igual modo, esta dimensión está conformada por: Cognitiva, el individuo mantiene pensamientos pesimistas; Emocional, poco interés en actividades que antes generaban placer y Fisiológica, se distingue por la falta de energía, además, de pérdida de sueño y del apetito (Morey, 2009).

e) Manía (MAN)

La manía es uno de los trastornos del humor donde la persona manifiesta una actividad elevada. Morris y Maisto (2009) mencionan que “es un estado en que la persona está eufórica, extremadamente activa, sumamente locuaz y, se distrae con facilidad” (p. 518). Los individuos que padecen este trastorno denotan comportamientos inadecuados que son difíciles de controlar. Presenta las siguientes subescalas: Nivel de actividad: la persona participa en diversas actividades de forma desorganizada y apresurada; Grandiosidad: presenta ideas de grandiosidad al mencionar que posee capacidades únicas; e Irritabilidad: mostrar descontento al observar que el resto no sigue el plan que este elaboro. (Morey, 2009).

f) Paranoia (PAR)

Chemama y Vandermersch (2004) señalan que la psicosis es distinguida a partir de delirios, ya sean interpretativos o de persecución sistematizada, en los que, se encuentran la erotomanía, celos y de grandeza. Entonces, las personas que presentan este trastorno presentan ideas intrusivas variables, las cuales, en ciertos casos, han sido persistentes durante toda la vida. Las subescalas que conforman esta en el inventario son: Hipervigilancia, la persona esta alerta ante un posible suceso real o imaginario provocado por otro; Persecución, mantiene ideas de que todas las personas conspiran en su contra; Resentimiento, muestra desconfianza o rencor al relacionarse con los demás, de igual manera culpa a este si sucede alguna desgracia (Morey, 2009).

g) Esquizofrenia (ESQ)

La esquizofrenia, se caracteriza por ser progresiva, además, de incapacitar a la persona para que realice sus actividades cotidianas. La Subdirección de Salud Mental de Murcia (2009) menciona que es un trastorno psicótico grave, dado que, los síntomas alteran los procesos cognitivos del individuo al provocar alucinaciones, delirios, pensamientos y emociones inadecuadas o la falta de éstas producen pérdida de la atención, concentración, motivación

y juicio. La esquizofrenia presenta: Experiencias psicóticas, pensamientos irreales que no son comunes; Indiferencia social, demuestra que las relaciones sociales les causa incomodidad; Alteración en el pensamiento, dificultad para mantener la atención (Morey, 2009).

h) Rasgos límites (LIM)

Hernández Espinosa (1996) citado en Fernández-Guerrero (2017) menciona los rasgos límites como un rasgo de personalidad que oscila entre la psicosis y la neurosis, sin ser parte de éstas en su totalidad. En términos sencillos, los individuos que presentan este trastorno muestran cambios repentinos de humor, se muestran apáticos y, se comportan de manera exacerbada repentinamente. De la misma manera, se encuentra conformada por: Inestabilidad emocional, se denota un pobre control emocional por parte del individuo; Alteración de la identidad, pérdida de los objetivos de vida e incertidumbre de quien es; Relaciones interpersonales problemáticas, dificultad para mantener amistades adecuadas; Autoagresiones, comportamientos negativos de lastimarse a sí mismos (Morey, 2009).

i) Rasgos antisociales (ANT)

Los individuos con esta problemática cometen hechos delictivos, no acatan reglas y normas. Alvarado, Rosario y García (2013) mencionan que, es un problema psiquiátrico cuya particularidad es lastimar y manipular a otros al dejarlos sin sus derechos. Se explica que, estas personas carecen de empatía, lo que los lleva a realizar actos en contra de la integridad de quienes los rodean. Esta dimensión, se encuentra conformada por: Conductas antisociales, se relaciona con el historial delictivo que posee la persona; Egocentrismo, la falta de consideración por el bienestar de los otros; Búsqueda de sensaciones, el deseo de cometer actos que le brinden adrenalina (Morey, 2009).

j) Problemas con el alcohol (ALC) y drogas (DRG)

El consumo de sustancias es una de las actividades más relevantes en la población en general, debido a la facilidad de su adquisición. Morey (2009), se enfoca en los efectos del consumo excesivo de sustancias, además, de comprobar que personas son más susceptibles para presentar una dependencia. Dentro de la población carcelaria, este factor es muy usual verlo. Por consiguiente, la salud tanto mental y física ha estado comprometida, debido al uso

excesivo de éstas, al punto de provocarles adicciones, por lo que, para cubrir su deseo de consumo, realizan cualquier actividad delictiva para conseguir las sustancias.

1.1.5. Enfoque categorial

El enfoque categorial es una alternativa a la teoría de rasgos. Dentro de ésta, se encuentran las clasificaciones brindadas por los manuales diagnósticos: Clasificación internacional de enfermedades, 10.^a edición (CIE-10) y, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). Este sistema brinda las particularidades clínicas de los trastornos de personalidad (TP) para así ofrecer un diagnóstico acertado. En el CIE-10, se encuentran los TP entre F60-F69, mientras que, en el DSM-V corresponden al diagnóstico del EJE II.

Ambos manuales trabajan con la terminología de TP. Para Pinos (2005), ésta es entendida “como una alteración que determina una anormalidad en la forma de percibir o interpretar las cosas, que afectan su estabilidad emocional o provocar descontrol de sus impulsos” (p. 49), es decir, provoca un desajuste en el individuo, lo cual, trae inconvenientes a nivel social, emocional y conductual, además, de incapacitarle de realizar su rutina diaria.

Los TP en el CIE-10 incluyen un gran número de alteraciones y modos de comportamientos que tienen notabilidad clínica por sí mismos, además, de ser constantes. Ciertas alteraciones de personalidad comprenden diversos aspectos de las funciones del comportamiento psicológico. Estas, se desencadenan durante el desarrollo o partir de un suceso que resultó de gran impacto para el individuo. Las sintomatologías de éstas son duraderas y arraigadas. Se diferencia a las transformaciones de personalidad de los TP, ya sea por el tiempo y las circunstancias en las que éstas aparecen (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2004).

El DSM-V destaca diez trastornos de la personalidad y los ordena en tres diferentes grupos (A, B y C), algunos de estos trastornos presentan características similares, por ello, es importante saber diferenciarlos para brindar un diagnóstico más acertado a la realidad del paciente, a continuación, se menciona la clasificación:

Tabla 2*Tipos de Trastornos de Personalidad*

Grupo	Características	Trastornos	Características
A	Se caracteriza por parecer raro o excéntrico.	Paranoide Esquizoide Esquizotípico	Desconfianza y sospecha Falta de interés en los demás Ideas y comportamiento excéntrico
B	Se caracteriza por apariencia dramática, emocional o errática.	Antisocial Fronterizo Histriónico Narcisista	Irresponsabilidad social, desprecio por los demás, engaño, y manipulación de los demás para su beneficio personal Intolerancia a la soledad y desregulación emocional Búsqueda de atención Fragilidad y desregulación subyacente de la autoestima y sentimiento evidente de grandeza
C	Se caracteriza por la aparición de ansiedad o miedo.	De evitación Dependiente Obsesivo-Compulsivo	Se evita el contacto interpersonal debido a la sensibilidad al rechazo Sumisión y necesidad de ser atendidos Perfeccionismo, rigidez y obstinación

Fuente: Tomado a partir de Skodol, 2019, párr. 9-14.

Los criterios generales de los trastornos de personalidad mencionados por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (2014), presentan el formato descriptivo en el que consta signos y síntomas de cada TP y son los siguientes:

A. Patrón perdurable de experiencia interna y comportamiento, que se desvía notablemente de las expectativas de la cultura del individuo. Este patrón, se manifiesta en dos (o más) de los ámbitos siguientes:

1. Cognición (es decir, maneras de percibirse e interpretarse a uno mismo, a otras personas y a los acontecimientos).
2. Afectividad (es decir, amplitud, intensidad, labilidad e idoneidad de la respuesta emocional).
3. Funcionamiento interpersonal.
4. Control de los impulsos.

B. El patrón perdurable es inflexible y dominante en una gran variedad de situaciones personales y sociales.

C. El patrón perdurable causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

D. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio, se remonta al menos a la adolescencia o a las primeras etapas de la edad adulta.

E. El patrón perdurable, no se explica mejor como una manifestación o consecuencia de otro trastorno mental.

F. El patrón perdurable, no se atribuye a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) u otra afección médica (p. ej., un traumatismo craneal). (p. 359)

Como se observa en la tabla 1.2. y la anterior cita, se presentan los TP en categorías, debido a que, los signos y síntomas son mencionados a través de forma jerárquica. Por tanto, es importante descartar sintomatología a través del nivel de intensidad y verificar qué trastorno es el que concuerda con el problema actual del individuo.

1.1.6. Personalidad en personas privadas de libertad.

La delincuencia ha aumentado en la última década y figura como uno de los grandes inconvenientes dentro de la comunidad. Los primeros estudios fueron realizados por Lombroso (1876), quien denomina a esta población como “homo delinquens”, estos presentan cierta tendencia a cometer actos criminales debido a que poseen una capacidad craneal inferior, además, de anomalías en sus sentidos y órganos genitales. En estudios posteriores, Eysenck diseñó el modelo factorial de personalidad, aquí menciona que los delincuentes no presentan los mismos niveles de inteligencia del resto de la población, al mismo tiempo que presentan altos niveles de psicoticismo, extraversión y neuroticismo (Molina-Coloma et al., 2018).

Desde la perspectiva psicosocial, la familia nuclear y extendida son fundamentales, de tal manera que, se inculcan desde casa los valores, normas y reglas. Por el contrario, al existir cierta negligencia por parte de las figuras de autoridad familiar, se ven comprometidos los lazos afectivos y, si en ningún punto han sido fortalecidos, la familia ya no es percibida como esa entidad que instaura la ley y no impide la aparición de comportamientos delictivos. Con relación al grupo de iguales, los expertos señalan que los comportamientos criminales son aprendidos a través de la observación y de la asociación diferencial. Aquí todo el grupo posee características antisociales, puesto que, estos refuerzan sus conductas entre sí, lo que los incentiva a cometer más delitos (Romero, Luengo & Gómez-Fraguela, 2000). Esto demuestra que, las conductas delictivas suelen ser adquiridas al aprenderlas del grupo social al que pertenece, además, de la falta de afecto y control por el círculo central, que es la familia.

Otros aspectos por tomar en cuenta es la capacidad de la persona para adecuarse al entorno penitenciario. Como se sabe, es dificultoso aceptar el nuevo ambiente a habitar, pero, aún más, lo es para aquellos que presentan trastornos de personalidad, debido que, al no mantener contacto social con los familiares, les origina sensación de abandono por parte de ellos. Como la impulsividad es una de las características más usuales que presentan los delincuentes y sumado el consumo de sustancias, se manifiestan ideas delirantes, además, de conductas agresivas entre los internos. Dentro de este medio, las personalidades más frecuentes son la antisocial, límite y narcisista (Molina-Coloma et al., 2018). Por ello, en esta investigación, se desea conocer los signos, síntomas y comportamientos que los PPL presentan.

Por último, quien evalúa y trata a los PPL para su futura reinserción social es un psicólogo con preparación en el área penitenciaria. Incluso, este profesional tiene en cuenta, que el tratamiento otorgado al PPL está influenciado por el contexto del sistema carcelario, los efectos de prisionalización, el clima social del centro y la relación adecuada con el personal, a la par de una correcta formación y motivación de los mismos, tipo de delito, años de sentencia, enfermedades mentales, abuso de sustancias, orientación psicológica y los instrumentos utilizados en la evaluación individual.

Por ello, para un cumplimiento óptimo por parte del profesional, se certifica que el espacio a utilizar sea el adecuado, que los instrumentos sean los necesarios y que exista información científica válida de tratamiento en el contexto que lo rodea (Álvarez, Arévalo & Godoy, 2015). Es decir, al ejercer su labor, el psicólogo cuenta con un área adecuada, con materiales fundamentales y validados en su contexto para cumplir con su rol dentro del centro penitenciario.

1.2. Salud mental positiva (SMP)

1.2.1. Salud mental

Actualmente, la salud mental ha pasado a tener un papel más importante dentro de la sociedad, al dejar de ser estigmatizada y rechazada. Por ello, las campañas de prevención y promoción han estado en apogeo y cuyo fin es que la población adquiera guías necesarias para afrontar sus dificultades y tener equilibrio en la salud tanto mental y física. Por

consiguiente, en este apartado, se aborda la construcción de la de salud mental desde sus primeras concepciones hasta la actualidad.

En el siglo V a.C., las enfermedades eran tratadas desde el naturalismo, por lo que las enfermedades eran atribuidas a causas divinas. Hipócrates, en su teoría de los humores, menciona que un individuo sano es quien presente equilibrio entre los cuatro fluidos que conforman al ser humano -la sangre, bilis negra, bilis amarilla y la flema-. Entonces, si una persona presentaba delirios o extrañas contorsiones, había un desequilibrio entre los humores y, se debía ubicar la zona afectada topográficamente y en casos de enfermedades mentales ese lugar es el cerebro (Salaverry, 2012).

La salud en los siglos posteriores tomaría como eje principal el trabajo de los griegos, asimismo, otras culturas aportarían al crecimiento de esta. No es hasta el siglo XVIII, en la que la salud física y mental toman importancia y son promocionadas, a partir del programa de educación diseñado por John Locke. En el siglo XIX, se relaciona la influencia de la condición de vida de los seres humanos con el estado de salud. Durante el siglo XX, las aportaciones para la salud mental fueron diversas al depender del enfoque y de los autores en la que esta era tratada, los enfoques son: el biomédico, el comportamental y el socioeconómico (Macaya, Pihan & Parada, 2018).

La higiene mental fue el término utilizado antes de la concepción de salud mental, su precursor fue Clifford Whittingham Beers (1909), después de ser internado en un psiquiátrico y sufrir toda clase de maltrato. Comenzó una campaña de concientización para posteriormente realizar su obra “A mind that found itself”, donde trata la importancia de la opinión del paciente dentro de la terapia. Asimismo, señala que la higiene mental es el acumulado de hábitos que permiten a un individuo mantenerse en armonía con su medio sociocultural. Las conductas que mantiene permiten precautelar conductas herroneas, mejorar la calidad de vida y estabilidad emocional (citado por Mülberger, Balltandre, Montero & Graus, 2015).

Tabla 3*Síntesis de las Concepciones de Salud Mental en el Campo de la Salud Pública*

	Concepción biomédica de la salud mental	Concepción conductual de la salud mental	Concepción cognitiva de la salud mental	Concepción socioeconómica de la salud mental
Mente	Se define en términos de procesos biológicos.	Se deja de lado la noción de mente y, se sustituye por "conducta".	Se entiende en términos de procesos cognitivos (no observables) que determinan la manera como las personas sienten, piensan y, se comportan.	Se conceptualiza como un constructo dinámico emergente de las interacciones sociales y de las condiciones objetivas de existencia.
Salud mental	Ausencia de trastornos "mentales" según criterios del modelo biomédico. DSM IV TR. CIE-10.	Salud comportamental: adaptación como ajuste al contexto y al sistema productivo.	Capacidad del sujeto para adaptarse racionalmente a las demandas internas y externas.	Se concibe en términos de derechos y desarrollo humano.
Enfermedad mental	Manifestación de desórdenes en diferentes procesos cerebrales que median el funcionamiento psicológico.	Alteraciones o desajustes del hábito, es decir, respuestas "maladaptativas" "indeseables" o "inaceptables".	Formas distorsionadas o irracionales de pensamiento que llevan a desajustes en el comportamiento o afecciones emocionales.	Expresión de las Condiciones socioeconómicas del contexto y de las contradicciones sociales.
Intervención	Centrada en la atención de los trastornos mentales por parte de los especialistas mediante diferentes formas de tratamiento (farmacoterapia, terapia electroconvulsiva, etc.).	Enseñar /entrenar a los sujetos para que desarrollen un repertorio conductual más adaptativo. Énfasis en la prevención.	Corregir formas de pensamientos disfuncionales (creencias irracionales, distorsiones cognitivas, etc.). Énfasis en la prevención.	Centrada en los modos de vida y en las condiciones de vida. La intervención se desarrolla a través de una lógica horizontal orientada a generar entornos saludables que favorezcan la elección de condiciones de vida.

Fuente: Tomado a partir de Restrepo y Jaramillo, 2012, p. 208.

En 1997, Emiliano Galende citado por Macaya et al. (2018), menciona que era común asimilar la salud mental como si fuese una enfermedad, a su vez, destaca que está constituida por constructos interdisciplinarios, intersectoriales, interprofesionales e interinstitucionales. Por lo tanto, se realiza el abordaje a partir de las relaciones que presente el individuo juntamente con su comunidad. Esta última, juega un papel primordial en la psique del individuo, debido a que, cada cultura aporta sus costumbres y tradiciones, al dar como resultado una realidad general a todos sus miembros. Entonces, se ve a la salud mental día tras día, en la forma de relacionarse, en lo que siente por sí mismo y cómo afronta las dificultades dentro de su ambiente.

La salud mental hasta la actualidad ha sido abordada desde diferentes perspectivas, no obstante, la definición global de esta fue propuesta por la OMS (2004), esta es un estado de bienestar que surge a partir de los recursos que posee la persona, para enfrentarse a los problemas diarios, con la finalidad de ser productivos en la sociedad, lo que da como resultado equilibrio y bienestar entre los aspectos mental, físico y social. Sin embargo, se entiende que las dificultades en salud mental están presentes en una gran parte de la población y ninguno es inmune. Además, las personas con riesgos sociales presentan un porcentaje más alto de padecer problemas de salud tanto física como mental. De ese modo, es importante difundir la salud mental y convertirla en un aspecto central del bienestar general, porque no hay un cuerpo sano sin una mente sana.

Pacheco (2005) en su investigación “El concepto de salud mental” mencionado por Mebarak, De Castro, Salamanca & Quintero (2009), destaca las características de una persona mentalmente sana, estas son:

- Están satisfechas consigo mismas. No están abrumadas por sus propias emociones. Aceptan las decepciones de la vida sin alterarse dramáticamente. Tienen una actitud tolerante y relajada respecto a la propia persona y a los demás. Son capaces de reírse de sí mismas.
- Se sienten bien con los demás. Son capaces de amar y tener en consideración los intereses de los demás. Sus relaciones personales son satisfactorias y duraderas. Son capaces de confiar en los demás y están abiertos experiencialmente a que los otros confían en ellos. Respetan las múltiples diferencias que encuentran en la gente.
- Son capaces de satisfacer las demandas que la vida les presenta. Aceptan sus responsabilidades ante los problemas que presentan Tiene la posibilidad de modificar su ambiente y, se ajustan a él si es necesario. Planifican el presente de cara al futuro, al que enfrentan, en vez de evadirlo, a pesar del posible temor que sienten. (p. 91)

Después de conocer cómo ha evolucionado la salud mental, es tiempo de conocer cómo ha sido desempeñada por las entidades de salud de cada país. El primero a tratar es lo propuesto por la Secretaría de Salud de los Estados Unidos Mexicanos. En este país de los recursos asignados a la salud, la promoción de salud mental es del 2%, mientras que un 80%, se lo asignan a hospitales psiquiátricos. Lo que significa que, no se comparte material de promoción y prevención a la comunidad, lo cual, ocasiona problemas a largo plazo al crear

desconocimiento entre los ciudadanos. Por ello, para que su población presente buena salud, los gobiernos tratan de brindar condiciones adecuadas que les permitan acceder a atenciones sanitarias de calidad (Hernández et al., 2016).

Hernández et. al (2016), mencionan que la salud es un derecho y, se encuentra plasmado en el artículo 4° Constitucional, y reglamentado por el artículo 2° de la Ley General de Salud, donde se detallan los siguientes propósitos:

- I. El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades.
- II. La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana.
- III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social.
- IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud.
- V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población.
- VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud.
- VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud. (pp. 91-92)

Dentro del mismo estudio, los autores destacan los siguientes artículos de la Ley General de Salud como aquellos que son abordados dentro de las instituciones educativas y entidades de salud:

Artículo 72.- La prevención de las enfermedades mentales tiene carácter prioritario. Se basa en el conocimiento de los factores que afectan la salud mental, las causas de las alteraciones de la conducta, los métodos de prevención y control de las enfermedades mentales, así como otros aspectos relacionados con la salud mental.

Artículo 73.- Para la promoción de la salud mental, la Secretaría de Salud, las instituciones de salud y los gobiernos de las entidades federativas, en coordinación con las autoridades competentes en cada materia, fomentarán y apoyarán:

- I. El desarrollo de actividades educativas, socioculturales y recreativas que contribuyan a la salud mental, preferentemente de la infancia y de la juventud.
- II. La difusión de las orientaciones para la promoción de la salud mental.
- III. La realización de programas para la prevención del uso de sustancias psicotrópicas, estupefacientes, inhalantes y otras sustancias que causan alteraciones mentales o dependencia. (p. 92)

Como se analiza, en México la salud mental es abordada a partir del modelo biomédico y desde una perspectiva conductual, donde se plantean prevenir las enfermedades mentales a partir del impulso de salud mental por medio de actividades lúdicas para prevenir los riesgos psicosociales que afectan a toda la población. No obstante, los gobiernos hacen caso omiso al cumplimiento de las leyes, lo cual, reduce que la información llegue a todos los ciudadanos.

En el Ecuador, se ha adaptado la salud mental a los cambios generacionales y contribuciones científicas, hasta llegar a ser un aspecto importante de cada individuo en la actualidad. Zúñiga y Riera (2018), mencionan que, desde antes de las colonias, se realizaban rituales para la sanación del espíritu y del cuerpo, en la que utilizaban plantas, algunas alucinógenas, animales, agua, tierra y fuego acompañadas con canticos y danzas. En la época colonial, se fundó el hospicio Jesús, María y José para albergar a los rechazados de la sociedad, posteriormente es conocido como Hospital Psiquiátrico San Lázaro. Para el año 1881, José Vélez crea el primer manicomio en Guayaquil, sustituye el uso de látigo como tratamiento por la terapéutica de ese tiempo que consistía en uso de baño de agua fría, camisas de fuerza, uso de cadenas y encierro en celdas, en la actualidad es el Instituto de Neurociencias.

En 1936, se exponía la piroterapia como tratamiento para pacientes psicóticos. En la década de los 40s, se utiliza la terapia electroconvulsiva (TEC). En los 60s, dentro del campo académico, las cátedras de Psicopatología, Psicología Médica y Psiquiatría, se las dictaba en todas las facultades de ciencias médicas del país. Asimismo, se funda el Ministerio de Salud Pública. En 1999, se revisa y, se aprueba la primera política y Plan Nacional de Salud Mental mediante Acuerdo Ministerial N°1745. Para 2014, por medio del Acuerdo Ministerial N°320, se aprueba el Plan Estratégico Nacional de Salud Mental.

En Ecuador, no existe una ley salud mental tal cual, sin embargo, en la Constitución de la República del Ecuador, se encuentran otros estatutos que señalan beneficios para salvaguardar la salud de los ciudadanos, éstas son:

- *Artículo 32*: el Estado garantiza este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas, y ambientales.
- *Artículo 259*: garantiza la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propicia la participación ciudadana y control social.
- *Artículo 61*: la participación ciudadana es un derecho que, se ejerce de manera comunitaria, de acuerdo a los numerales 13 y 24 del artículo 66.
- *Artículo 66*: se reconocen y garantizan a las personas, el derecho a participar en los asuntos de interés público, en la vida cultural de la comunidad; así como, el derecho de asociarse, reunirse y manifestarse en forma libre y voluntaria, y participar en la vida cultural de la comunidad. (citado por Ministerio de Salud Pública [MSP], 2016, p. 4)

Se observa que, existen leyes que protegen la integridad de los ciudadanos e incentiva a los mismos a participar dentro de su comunidad, con el fin de mantenerse informados a problemáticas actuales. Por consiguiente, el modelo actual que maneja Ecuador sobre el sistema de salud mental, se da a partir del enfoque de atención comunitaria.

El MSP (2016), señala que la salud mental comunitaria comprende acciones que mejoren la salud mental y abordar los problemas dentro de una comunidad de forma integral, al proporcionar atención ya sea en los hogares, escuelas, trabajos, centros comunitarios o de salud. A través del equipo de atención integral de salud (EAIS), el cual, cuenta con personal especializado en esta problemática o a su vez de personal no especializado que conozcan los lineamientos de atención en salud mental.

Figura 1*Plan Estratégico Nacional de Salud Mental*

Enfoque de promoción y prevención	<ul style="list-style-type: none"> • Reorientación de los servicios hacia la promoción, con enfoque comunitario, de derechos humanos, de género, de interculturalidad y de participación social • Promoción de derechos humanos a través del empoderamiento de la población, reducir el estigma y discriminación, favorecer mecanismos de denuncia de violaciones de DDHH y potenciar la participación de organizaciones de familiares
Fortalecer servicios de la Atención Primaria en Salud, para generar el proceso de desinstitucionalización	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de servicios comunitarios ambulatorios • Formación de equipos de apoyo técnico al primer nivel bajo el modelo de consultoría • Definición de la Red de Salud Mental, se establecen mecanismos de referencia y contra referencia • Reconversión de recursos destinados a camas hospitalarias para sostener los servicios comunitarios y la reinserción de los usuarios a la comunidad • Desarrollo de procesos de gestión en el hospital psiquiátrico que culminen con el alta de todos los pacientes; desarrollo de procesos que garanticen una internación del menor tiempo posible en caso de necesidad
Fortalecer la rectoría del Ministerio de Salud Pública	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar un cuerpo legal para la salud mental • Promover el proceso de desinstitucionalización, al ofrecer servicios comunitarios y reorientar la inversión en salud mental
Promover la investigación con enfoque de salud mental comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> • La Organización Mundial de la Salud recomienda a este respecto, la creación de unidades de salud mental en los hospitales generales y el fortalecimiento del segundo nivel de atención a través de la creación de centros de salud mental comunitarios.

Fuente: Informe de evaluación del sistema de salud mental del Ecuador (IESM-OMS). Modificado a partir de Organización Mundial de la Salud, 2015, pp. 7-8.

Como se observa, la salud mental ha tomado relevancia para los gobiernos de México y de Ecuador, los cuales, a través de sus entidades de salud pública, promueven la promoción y prevención de los riesgos psicosociales, al incentivar la participación voluntaria en actividades dentro de sus comunidades, impulsado por expertos de salud mental y así estos adquieran herramientas para afrontar dificultades y sentirse bien consigo mismos.

1.2.2. Psicología positiva

La psicología positiva, se origina al final de la década de los 90's. Su principal promotor es Martin Seligman, quien tras un encuentro con su colega Csikszentmihalyi, se percató que la psicología estaba en debacle porque solo centraba su estudio en patologías y dejaba de lado los aspectos positivos. Por ello, los autores retoman dos de los tres objetivos propuestos por

la Psicología previamente de la Segunda Guerra Mundial: promover e identificar aptitudes, guiar a las personas a una vida más productiva y tratar enfermedades mentales. Seligman, tras ser elegido presidente de la American Psychological Association, señala que, la psicología no solo centra sus investigaciones en lo afectado, sino que busca las virtudes de los seres humanos. En cuanto al tratamiento, no es solucionar los problemas, más bien, es fomentar lo mejor de cada uno (Lupano & Castro, 2010).

Varios profesionales de la salud mental han trabajado con la psicología positiva mucho antes de la creación de esta, al tomar como referencia los trabajos sobre inteligencia emocional, apego, conductas prosociales, valores humanos, optimismo y creatividad, asimismo, los trabajos de Allport, Rogers, Maslow, Jahoda, Erikson, han sido un gran aporte para la creación de este nuevo movimiento (Lupano & Castro, 2010).

La psicología positiva es conceptualizada por Seligman y Csikszentmihalyi (2005), como el estudio que ayuda a mejorar la calidad de vida a partir de vivencias positivas, el estudio de rasgos individuales y de las instituciones que promueven la responsabilidad para su desarrollo en la comunidad y ser un mejor ciudadano, además, de disminuir las psicopatologías (citado en Contreras & Esguera, 2006).

En el estudio de Lupano y Castro (2010), se encuentran diversas definiciones de psicología positiva, estas son:

- Para Sheldon y Kasser (2001), la psicología positiva estudia científicamente las virtudes y fortalezas del hombre promedio y así buscar lo que funciona, lo correcto y los aspectos a mejorar.
- Posteriormente, The Journal of Positive Psychology (2005), menciona que la psicología positiva enfoca sus estudios en las condiciones de vida que conducen hacia la felicidad, la prosperidad y sentirse digno de estar vivo, desde un punto de vista científico.
- Gable y Haidt (2005), señalan que la psicología positiva estudia como el ambiente beneficia a un funcionamiento óptimo de personas, grupos o instituciones.
- Finalmente, Linley, Joseph, Harrington y Wood (2006), describen a la psicología positiva como un análisis científico para el progreso humano a grado meta-

psicológico, al replantear al ser humano a prácticas positivas a la par que integran sucesos que causan dolor, para que posteriormente sean analizados y den como resultado una persona autorrealizada.

Como se observa, todas estas definiciones, se centran en aspectos que beneficien la calidad de vida, no obstante, la psicología positiva no niega los hechos negativos vividos por cada persona, más bien, detalla como equilibrar las emociones de cada uno y dirigirse a la prosperidad. Para Seligman (2003), las emociones que ayudan al crecimiento personal son positivas y, se encuentran en tres puntos de tiempo diferente:

- *Pasado*: se incluye la realización personal, la serenidad, la satisfacción, el orgullo y la complacencia.
- *Presente*: el entusiasmo, el placer, la alegría, la euforia, la tranquilidad y las más relevante la experiencia óptima.
- *Futuro*: se encuentra la confianza, el optimismo, la fe y la esperanza (citado por Contreras & Esguerra, 2006).

Por tal motivo, la psicología es aplicada en áreas clínicas y educativa, debido a que esta explora el desarrollo óptimo del individuo, grupo e instituciones. En el campo clínico la psicología positiva busca brindar nuevas estrategias de intervención a partir de las emociones positivas y así prevenir la ansiedad, depresión y el estrés. Con relación al campo educativo, busca el desarrollo de los estudiantes al identificar fortalezas individuales y colectivas, para así manejar de mejor manera los problemas actuales de estos, además, de ofrecer herramientas para dificultades a largo plazo (Contreras & Esguerra, 2006).

Después de hablar de la psicología positiva, se detalla en el siguiente apartado la perspectiva positiva de salud mental.

1.2.3. Salud mental positiva

Para la OMS (2004), la SMP es definida “como una emoción positiva (afecto), tal como sentimientos de felicidad, incluso, un rasgo de la personalidad de los recursos psicológicos de autoestima y control, y como resiliencia o capacidad para hacer frente a la adversidad” (p. 22). En otras palabras, se centra no solo en el equilibrio social, físico y psicológico, sino de las características que poseen los seres humanos para reaccionar ante las enfermedades y

como estas la manejan a futuro sin perder los aspectos positivos que lo identifican como persona.

El MSP (2016), describe la salud mental positiva como el bienestar individual que proporciona a la persona un adecuado funcionamiento dentro de su comunidad, gracias a que posee distintas habilidades para adaptarse a vivencias negativas, además, que se encuentra conformada por dimensiones: coherencia, autoestima, autocontrol y optimismo.

A diferencia de salud mental, el término desde el punto de vista positivo involucra otros factores para la promoción y cuidado. Barradas et al. (2010) mencionan que “habla de una serie de factores que enfatizan las habilidades y potencialidades que el ser humano tiene que desarrollar para enfrentar con éxito su vida diaria” (párr. 2). Entonces, los seres humanos para mantener o alcanzar una SMP, desarrollan diferentes destrezas que le permitan un desenvolvimiento óptimo dentro de la sociedad al poseer relaciones estables y duraderas, además, de estrategias para la resolución de conflictos sin perder el control emocional. Las principales exponentes sobre SMP son Marie Jahoda (1958) y María Teresa Lluch (1999).

Jahoda desarrolla el concepto de SMP desde una perspectiva multidimensional, donde menciona que, si bien las personas presentan una óptima condición física, pero su estado emocional es negativo, el resultado sería malestar por la descoordinación entre mente y cuerpo. Además, el estado de bienestar es constante y no transitoria ante toda interacción con el ambiente. Cabe recalcar que no existe individuos totalmente sanos, sino que estos presentan núcleos enfermos que son activados ante diversas situaciones (Amar et al., 2008).

La investigación de Jahoda está estrechamente relacionada con el modelo de atención comunitaria, e incentiva a la promoción de la salud mental. Para empezar, es erróneo hablar de sociedades enfermas, no obstante, la cultura y sus cambios inciden en ciertos aspectos de salud mental de las personas, de la misma manera que influye la salud física. También, señala la relación entre salud y enfermedad mental, cada individuo posee ideas positivas y negativas, las cuales, predominan entre sí, al depender de la situación, y los aspectos sanos son de gran utilidad dentro de la terapia (Lluch, 1999).

La aportación de Jahoda fue netamente teórica, en la que sintetizó las ideas positivas sobre salud mental en seis dimensiones y estas a su vez divididas en dieciséis subdimensiones (Sánchez, 2015), estas son:

Figura 2

Planteamientos Conceptuales de Jahoda

<p>Actitud hacia sí mismo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accesibilidad del yo a la conciencia: como se analiza y, se reacciona a una situación a partir de conocimientos previos. • Concordancia yo real-yo ideal: se es consciente al distinguir de lo que soy de lo que me gustaría ser. • Autoestima: se analiza la personalidad de manera objetiva. • Sentido de identidad: se es consciente de quien es la persona.
<p>Crecimiento y autoactualización</p> <ul style="list-style-type: none"> • La autoactualización como motivación por la vida: mantener objetivos adecuados en la vida. • Implicación en la vida: se muestran empáticos con los demás.
<p>Integración</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equilibrio psíquico: se enfoca entre la interacción equilibrada del ello, yo y superyó. • Filosofía personal sobre la vida: se enfoca del crecimiento personal desde el punto de vista filosófico. • Resistencia al estrés: capacidad del individuo de afrontar el estrés a partir de estrategias que posea.
<p>Autonomía</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autorregulación: equilibrio entre necesidades externas y las creencias propias. • Conducta independiente: comportamiento propio que no a sido influenciado por el ambiente.
<p>Percepción de la realidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Percepción objetiva: percibir un objeto de forma objetiva. • Empatía: percibir la necesidad de los demás y brindar su apoyo.
<p>Dominio del entorno</p> <ul style="list-style-type: none"> • Satisfacción sexual: presenta una significancia a nivel social. • Adecuación en el amor, el trabajo y el tiempo libre: presenta relaciones adecuadas, un desempeño óptimo y goza de sus actividades. • Adecuación en las relaciones interpersonales: se preocupa por el bienestar de la familia y amigos. • Habilidad para satisfacer las demandas del entorno: estas depende de las demandas del entorno para generar una respuesta acorde a la situación. • Adaptación y ajuste: se adecua a la realidad en la que sitúa. • Resolución de problemas: resolver dificultades con quienes los rodean y llegar a un acuerdo que beneficie a todos.

Fuente: Construcción de una escala para evaluar salud mental. Modificado a partir de Lluch, 1999, pp. 52-65.

Posteriormente, María Teresa Lluch retoma el trabajo de la anterior autora y propone su modelo de salud mental positiva desde el punto de vista multifactorial, y pone en observación las dimensiones de Jahoda y establece seis factores: habilidades de relación interpersonal, satisfacción personal, autocontrol, actitud prosocial, resolución de problemas y autonomía

(Lluch, 1999). A partir de esto, se elaboró el cuestionario de salud mental positiva que ha tenido relevancia práctica actualmente. Asimismo, promueve la salud mental al brindar recursos psicológicos a individuos estables mentalmente y así afronten los sucesos de la vida.

Tabla 4

Definición de los Seis Factores del Cuestionario de Salud Mental Positiva

Factores generales	Definición
Factor 1: satisfacción personal	<ul style="list-style-type: none"> - Autoconcepto - Satisfacción con la vida personal - Satisfacción con las perspectivas de futuro
Factor 2: actitud prosocial	<ul style="list-style-type: none"> - Predisposición activa hacia lo social/hacia la sociedad - Actitud social "altruista" /Actitud de ayuda-apoyo hacia los demás - Aceptación de los demás y de los hechos sociales diferenciales
Factor 3: autocontrol	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidad para el afrontamiento del estrés/ de situaciones conflictivas - Equilibrio emocional / control emocional - Tolerancia a la ansiedad y al estrés
Factor 4: autonomía	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidad para tener criterios propios - Independencia - Autorregulación de la propia conducta - Seguridad personal / Confianza en sí mismo
Factor 5: resolución de problemas y autoactualización	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidad de análisis - Habilidad para tomar decisiones - Flexibilidad / capacidad para adaptarse a los cambios - Actitud de crecimiento y desarrollo personal continuo
Factor 6: habilidades de relación interpersonal	<ul style="list-style-type: none"> - Habilidad para establecer relaciones interpersonales - Empatía / capacidad para entender los sentimientos de los demás - Habilidad para dar apoyo emocional - Habilidad para establecer relaciones interpersonales íntimas

Fuente: Tomado a partir de Lluch, 1999, p. 210.

Lluch en su trabajo de SMP parte desde dos enfoques conceptuales distintos, el primero es *SMP como concepto*, el cual, es definido como bienestar, resiliencia, calidad de vida, sentido de coherencia y felicidad. El segundo es *salud mental positiva como constructo*, la cual, estudia la satisfacción personal como factor operativo, no obstante, esta esta presenta dos dificultades: cuantos puntos de vista son necesarios para definir la SMP y qué características objetivas y subjetivas posee. Por ejemplo, a nivel físico, se detalla a las enfermedades de forma más concreta, por otro lado, para hablar de salud mental la terminología utilizada es más abstracta (Sánchez, 2015).

Muñoz, Restrepo y Cardona (2016), mencionan que, Seligman elabora su modelo de SMP a partir de lo conceptual y lo operativo, ocurrido a través de dos sucesos: la primera, explica las motivaciones humanas y, se divide en: hedónica -la conducta humana redirige to atención a experiencias positivas-; y la eudaimónica -las personas están en continuo desarrollo de las

capacidades-. La segunda situación destaca cómo ha evolucionado la teoría y separa a la salud mental de la enfermedad. Es decir, la salud mental es una herramienta dinámica para los seres humanos que les permite afrontar situaciones negativas, para así enfocarse y vivir experiencias agradables o positivas acorde a los cambios ambientales o culturales.

Los estudios sobre SMP en la primera década de los 2000, se dan por Carol Ryff y Corey Keyes. El modelo de Ryff denominado “bienestar psicológico” menciona que la SMP busca las aptitudes de los seres humanos, y señala como variables independientes la salud positiva y salud negativa, donde se entiende a la salud positiva como algo dinámico y multidimensional, pues, abarca la relación entre cuerpo-mente. El modelo propuesto por Keyes es el más utilizado en la actualidad, debido a que logra adaptar lo hedónico y eudaimónico para detallar el bienestar a partir de tres aspectos: bienestar emocional, bienestar subjetivo y bienestar social. Este último, se enfoca del funcionamiento de la persona en la sociedad y como ésta influye en su desarrollo, al estar conformada por aspectos como la coherencia, la contribución, la integración, la actualización y la aceptación social (Muñoz et al., 2016).

1.2.4. Salud mental positiva en personas privadas de libertad.

Si bien una conceptualización tal cual dirigida a esta población no ha sido realizada Woodall (2007), menciona que los centros penitenciarios tienen que dar a los reclusos la oportunidad de crecimiento personal, para que así no exista problemas en estos. No obstante, lograr esto dentro de las instituciones es complejo debido a que al encontrarse privados de libertad ya es un inconveniente en sí para asegurar una buena salud mental. Es por ello, que los profesionales en salud mental en los centros de reclusión guían a los PPL a través de la prevención y promoción, para que así tengan conocimiento sobre los problemas que implican estar en prisión.

Los estudios sobre salud mental en centros de reclusiones, en su mayoría, se centran en enfermedades físicas y mentales, problema de adaptación y necesidades. Sin embargo, son pocas las investigaciones que analicen el bienestar psicológico, recursos psicológicos y emociones positivas, además, de tratar temas como el estrés, depresión, y suicidio. Se estima que la población más longeva presenta una mejor adaptación al entorno penitenciario, debido a que maneja de mejor manera sus emociones al escoger relaciones sociales que favorezcan

su regulación emocional, esto no dice que no padezcan de algún trastorno mental, por ello, el profesional a cargo realiza controles a la población para así identificar que personas son propensas a desarrollar una patología y brindarle la ayuda que necesite (Chiclana et al., 2019).

Dentro de los centros de reclusión a falta de un lugar terapéutico bien estructurado, se han fortalecido los aspectos positivos de cada individuo a partir de talleres en los que participan para lograr una futura reinserción óptima a la sociedad. Estos espacios, se encargan de fomentar relaciones sociales sanas, a partir del respeto, la seguridad y la empatía, asimismo, esto permite salir de la cotidianidad del aislamiento, de los horarios rígidos, de las relaciones forzadas, las restricciones, la falta de desahogo emocional y estrés (Arroyo, 2011).

A inicios del 2020, surgen los problemas por el COVID-19, la cual, ocasionó que el contacto social disminuya significativamente y que las visitas a las cárceles fueran suspendidas por varios meses. Ante ello, se comprendió totalmente, que las visitas de familiares ayudaban al apoyo social desde el mundo exterior y a la disminución de la angustia, las autolesiones y el suicidio. Asimismo, se suspendieron todas las actividades dentro de la prisión, por lo cual, pasaban más horas dentro de las celdas y, al estar más tiempo aislados, ocasionaba ira, depresión, ansiedad, paranoia, psicosis o el desencadenamiento de algún otro trastorno mental. De hecho, y ante esa problemática, las prisiones exploran estrategias para promover el bienestar mental en todos los ámbitos donde los internos interactúan (Hewson et al., 2020).

Los programas lúdicos son un factor importante dentro de las prisiones, de este modo, les abre nuevas perspectivas sobre el autocuidado y el respeto hacia los demás. He aquí que los reclusos adquieren habilidades para afrontar al encierro y presentar niveles adecuados de salud mental positiva.

CAPITULO II. METODOLOGÍA

2.1. Metodología de la Investigación

El paradigma de la investigación, se encuadra en el post-positivismo. Hernández et al. (2010) citado en Ramos (2015), “el investigador forma parte del fenómeno de interés, el objeto de estudio influencia al investigador y viceversa, la teoría o hipótesis que sustenta la investigación influye en el desarrollo de la misma” (p. 11). Por consiguiente, el estudio tiene como finalidad establecer la correlación entre Personalidad y la Salud Mental Positiva en PPL de la ciudad de Ambato, por ello es necesario el uso de métodos estadísticos para corroborar si existe correlación entre las variables.

En cuanto al nivel del estudio es una investigación no experimental, para Hernández, Fernández y Baptista (2014): “...se realizan sin la manipulación deliberada de variables y... se observan los fenómenos en su ambiente natural para analizarlos” (p. 152). Dicho de otro modo, se intenta examinar cómo están desarrolladas las variables estudiadas dentro del centro de privación de la libertad, sobre todo aquellos fenómenos que no han sido estudiados antes sobre la población seleccionada y así evidenciar el resultado esperado.

Con relación al enfoque, es de carácter cuantitativo. Ésta maneja la recopilación de datos para verificar la hipótesis al hacer uso de herramientas estadísticas de medición numérica, para así establecer comportamientos y demostrar teorías (Hernández et al., 2014). Las investigaciones de este tipo, se encargan del proceso a realizarse en cuanto a la recolección de datos numéricos para ser procesados e interpretados por el investigador y corroborar si existe o no relación entre las variables.

El alcance del proyecto de investigación es de tipo descriptivo. De acuerdo con Hernández et al. (2014), se “busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno sometido a un análisis” (p. 92). En esta, se detallan los puntos más relevantes de cada variable desde el momento de su aparición, hasta conocer como esta ha variado o, se ha adaptado al paso del tiempo. Además, de conocer como esta influye en diversas poblaciones.

Asimismo, es de un alcance correlacional, donde el investigador sondea las diferentes combinaciones que surgen entre las variables (Ramos, 2015). Esta investigación indaga cuál

de las dos variables presenta un mayor nivel de influencia sobre la otra. Por consiguiente, este estudio muestra un alcance descriptivo y correlacional entre la Personalidad y la Salud Mental Positiva PPL, de este modo, se aclara la conexión entre estas variables y como estas influyen entre sí.

Los datos de la investigación fueron recolectados en un periodo de tiempo establecido, por lo cual, es de corte transversal, en este tipo de investigación, se “intentan analizar el fenómeno en un periodo de tiempo corto, un punto en el tiempo” (García. 2004, p. 1).

2.2. Técnicas e Instrumentos

2.2.1. Técnicas

Encuesta

La encuesta es una de las técnicas más relevantes, donde se recopila información dentro del grupo que está sujeto a investigación. García Fernando (1993) la conceptualiza,

como una técnica que utiliza un conjunto de procedimientos estandarizados de investigación mediante, los cuales, se recoge y analiza una serie de datos de una muestra de casos representativa de una población o universo más amplio del que se pretende explorar, describir, predecir y/o explicar una serie de características. (citado por Casas, Repullo & Donado, 2003, p. 527)

Entonces, la encuesta es utilizada especialmente, para recolectar información de un grupo amplio de personas. Está en el presente análisis tiene como fin recolectar información de los PPL, en cuanto a los aspectos sociodemográficos de cada individuo que complementen a las características de personalidad de cada interno.

Técnica Psicométrica

Las técnicas psicométricas dentro de un estudio son de vital importancia, debido a que está formulado como un procedimiento de medición estandarizado y objetivo sobre patrones de comportamiento, al evaluar cuantitativamente cada factor para obtener resultados cuantitativos y determinar particularidades psicológicas más o menos independientes (Paredes, 2020). Por consiguiente, esta técnica permite establecer en valores numéricos los indicadores de Personalidad y Salud Mental Positiva que presenten los PPL para examinarlos de modo preciso y objetivo.

2.2.2. Instrumentos

Las herramientas de investigación utilizadas para recopilar la información, se presentan, a continuación:

Ficha Sociodemográfica Ad Hoc

Con respecto a la ficha sociodemográfica, se realiza un compendio de datos, cuyo fin es recopilar datos en cuanto a aspectos sociodemográficos, académicos, laborales, penales, penitenciarios, hábitos y estado de salud general.

Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI)

Para evaluar la personalidad de cada persona privada de libertad, se utilizó el PAI. El inventario fue creado por Leslie C. Morey en 1991, posteriormente fue adaptado al contexto español por TEA Ediciones en 2009. La finalidad de este test es valorar la comprensiva de la psicopatología de los adultos. Este consta de 344 ítems distribuidos en 22 escalas: 11 escalas clínicas, 4 escalas de validez, 2 escalas de relaciones interpersonales y 5 escalas de consideraciones para el tratamiento, además, 10 escalas clínicas presentan subescalas con el fin de facilitar la interpretación y de afirmar que cubran todos los aspectos de las escalas clínicas. En relación con el tipo de respuesta, se utiliza una escala tipo Likert, en donde las respuestas van desde: absolutamente falso, ligeramente falso, principalmente cierto y muy cierto. (Morey, 1991, TEA Ediciones, 2009).

Tabla 5

Fiabilidad del Inventario de la Personalidad en el CPL Tungurahua N° 1

Escala	Ítems	Alfa
Global	53	0,824

Nota: 82 observaciones

En la tabla 5, en base a los datos obtenidos con el inventario utilizado para este estudio a través de la consistencia interna (α de Cronbach), obtienen un valor global de 0,824, por lo cual, es confiable y presenta consistencia para ser empleado en la investigación.

Para corroborar la fiabilidad del estudio, se expone los resultados de un trabajo realizado en la ciudad de Guayaquil a 54 mujeres privadas de libertad. El estudio demostró que la consistencia interna (α de Cronbach) de las escalas fue de 0,83 en la muestra clínica y 0,78

en la muestra normativa. Este resultado es porque solo usaron las escalas clínicas para desarrollar el estudio, por lo tanto, es confiable y, se comprueba la precisión del instrumento.

Cuestionario de Salud Mental Positiva

El inventario diseñado por María Terea LLuch (1999), nombrado Cuestionario de Salud Mental Positiva, consta de 39 preguntas divididas en 6 factores: Habilidades de relación interpersonal (7 ítems), Actitud prosocial (5 ítems), Satisfacción personal (8 ítems), Resolución de problemas y autoactualización (9 ítems), Autonomía (5 ítems) y Autocontrol (4 ítems). En relación con el tipo de respuesta, se utiliza una escala tipo Likert, en donde las respuestas van desde: Siempre o casi siempre, con bastante frecuencia, algunas veces y nunca o casi nunca (Lluch, 1999).

Tabla 6

Fiabilidad del Cuestionario de Salud Mental Positiva en CPL Tungurahua N° 1

Escala	Ítems	Alfa
Global	39	0,873

Nota: 82 observaciones

En la tabla 6, en base a los datos obtenidos con el cuestionario utilizado para este estudio a través de la consistencia interna (α de Cronbach), obtienen un valor global de 0,873, por lo cual, es confiable y presenta consistencia para ser empleado en la investigación.

De la misma manera, para corroborar la fiabilidad de la investigación, se presenta los resultados de un trabajo realizado en México a 400 trabajadores del sector de salud. Ése estudio presentó una consistencia interna (α de Cronbach) de los factores fue 0,862, lo cual, representa confiabilidad, por tanto, se llega a la conclusión que este cuestionario aplicado presenta fiabilidad para seguir con el estudio.

2.3. Participantes

Los participantes de esta investigación, comprende a 101 personas privadas de libertad del Centro de Privación de la Libertad Tungurahua N° 1, insertadas en el contexto educativo, no obstante, al encontrar inconsistencias en el cuestionario PAI, se optó por trabajar con 82 personas.

La población es catalogada como un conjunto definido, limitado y accesible de casos, cuyas circunstancias sirven como referencia para el muestreo y cumplen con un conjunto predefinido de criterios (Arias, Villasís & Miranda, 2016). En otras palabras, son aquellas personas que presentan características similares que aportan a la realización de un estudio. En la presente investigación la población es comprendida por hombres y mujeres privados de libertad, insertados en el contexto educativo.

La muestra dentro de una investigación es una parte o un subconjunto representativo de unidades llamado población o universo, seleccionado al azar y sujeto a análisis científico para obtener resultados precisos para todo el universo bajo estudio (López-Roldán & Fachelli, 2017). En esta investigación, el tamaño de la muestra es de 82 personas privadas de libertad. Esta muestra registra a aquellos individuos que están en el contexto educativo, los cuales, han sido escogidos para ser estudiados.

El muestreo fue de tipo no probabilístico discrecional porque en este procedimiento, se desconoce las posibilidades de que un individuo forme parte de la muestra, debido a que la selección es por el criterio del investigador, es decir, él escoge a aquellos que van a contribuir para el desarrollo de la investigación (Canal, 2006). Por este motivo, los participantes fueron escogidos por un experto que conozca los comportamientos, el estado de salud y compromiso de la población para contribuir al estudio. A la vez, ésta investigación cuenta con normas de inclusión y exclusión, donde delimitan la llamada POBLACIÓN BLANCO, es decir, aquel conjunto de individuos de los que quiere hablar (Castiglia, 2000). En otras palabras, se trabaja sobre aquella población que es de interés para el investigador, por ello, en esta investigación, se trabaja sobre los que están insertados en el contexto educativo y así obtener resultados fiables.

Los criterios de inclusión que conforman la investigación son: Hombres y mujeres que cumplan su condena en el Centro de Privación de Libertad Tungurahua N° 1, la edad desde los 18 años en adelante, que el tiempo de encarcelamiento sea al menos de 12 meses previo a la investigación, que se encuentren dentro del contexto educativo, y que acepten la participación voluntaria en el estudio. Por otra parte, los criterios de exclusión son: aquellos que no registren la edad, que su tiempo en prisión sea de 6 meses, que posea alguna restricción, que el cuestionario estese incompleto, y que presente dificultad para comprender las preguntas de los cuestionarios.

2.3.1. Caracterización de la muestra

Se muestran los resultados con relación al análisis de variables sociodemográficas para describir las características que presenta la población. De tal manera, se exhibirán los datos agrupados en función sociodemográfica, académica, laboral, penal y actividades de tiempo libre. En relación de las variables cuantitativas, se representan por la desviación estándar (Ds) y la media aritmética (M); por otro lado, se presentan las variables cualitativas con la representación porcentual (%) y la frecuencia.

Tabla 7

Análisis estadístico de la edad

Variable	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Edad	19	68	33,10	9,021

Nota: 82 observaciones

En la tabla 7, se observa que, en la variable edad, se halló que la población privada de libertad presenta una media de 33,10 años, lo que resulta significativo debido a que gran parte de esta población son adultos jóvenes.

Para corroborar los datos obtenidos, en un estudio elaborada en el país, Andrade (2016) informa en su trabajo realizado en el Centro de Rehabilitación Social Femenino de Guayaquil, que la categoría de edad presenta una media de 36,09 años, lo cual, indica que la población general rodearía los 20 a 62 años.

Tabla 8*Análisis estadístico de los datos sociodemográficos*

Variables		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Sexo	Masculino	60	73,2%	73,2%
	Femenino	22	26,8%	100%
Lugar de procedencia	Sierra	67	81,7%	81,7%
	Costa	15	18,3%	100%
Instrucción	Primaria	51	62,2%	62,2%
	Secundaria	21	25,6%	87,8%
	Superior	10	12,2%	100%
Ocupación	Sin repuesta	44	53,7%	53,7%
	Chofer	1	1,2%	54,9%
	Comerciante	2	2,4%	57,3%
	Estudiante	28	34,1%	91,5%
	Jubilado	1	1,2%	92,7%
	Mecánico	2	2,4%	95,1%
	Panadero	1	1,2%	96,3%
	Empleado privado	2	2,4%	98,8%
Nacionalidad	Obrero	1	1,2%	100%
	Ecuatoriana	82	100%	100%
Religión	Católica	53	64,6%	64,6%
	Cristiana	16	19,5%	84,1%
	Evangélico	3	3,7%	87,8%
	Ninguna	10	12,2%	100%
Estado Civil	Casado	18	22%	22%
	Separado	2	2,4%	24,4%
	Unido	26	31,7%	56,1%
	Soltero	25	30,5%	86,6%
	Divorciado	10	12,2%	98,8%
Mantiene contacto con la familia	Viudo	1	1,2%	100%
	Si	79	96,3%	96,3%
	No	3	3,7%	100%

Nota: 82 observaciones

En cuanto a la variable sexo en la tabla 8, se visualiza que los hombres predominan la representación porcentual con un 73,2% mientras que las mujeres abarcan un 26,8%. Esto indica, que se acogen con mayor porcentaje al ámbito educativo la población masculina. Por otro lado, en el lugar de procedencia, se observa que el 81,7% son oriundos de la sierra, y de la costa un 18,3%, esto da como resultado que el 100% sean de nacionalidad ecuatoriana. De igual manera, se observa en el nivel de instrucción, que un 62,2% tan solo presenta educación básica. En cuanto a ocupación, un 53,7% señalo que no tienen o tuvieron un trabajo, seguido de estudiantes con el 34,1%, lo cual, significa que este número de internos siguen con sus estudios. Asimismo, la religión que presenta más seguidores es la católica con el 64,6%. Por último, una cierta parte de la muestra (34,7%) son solteros, por tanto, estos datos representan cierta inestabilidad con sus relaciones interpersonales, lo cual, les ha

impedido entablar una relación. Entonces, es posible una relación entre la baja escolaridad con la empleabilidad.

De tal manera, en la investigación realizada por Formichella y London (2013), destacan la influencia de la educación para una mayor postulación en puestos de trabajos y así disminuir los números de desempleo. Si este problema persiste en las personas, se originan efectos negativos, es decir, al estar por un largo periodo de tiempo desempleado, el individuo busca otras formas para tener un sustento, lo que lo orienta a cometer actos delictivos. Por tal razón, se encuentran estos dos factores en gran porcentaje dentro de esta población.

En función de la variable mantiene contacto con la familia, se concluye que el 96,3% sí mantiene relación con sus familiares, no obstante, del 3,7% de personas privadas de libertad, el contacto con sus seres cercanos a cesado. Fuertes (2020), de igual manera, presentó un porcentaje alto de mujeres PPL que sí reciben visitas con 87%, mientras que, el 13% restante, no la reciben. Adicional a esto, González (2018) señala que el departamento administrativo proporciona las instalaciones para permitir que los reclusos tengan comunicación con familiares, amigos o abogados, a través de comunicaciones autorizadas y supervisadas. Las visitas de familiares son importantes para los internos, debido a que les permite conocer la situación del mundo exterior, asimismo, de fortalecer los vínculos y bajar los niveles de estrés generados por el encarcelamiento, que provocan y empeoran las enfermedades.

Tabla 9

Análisis estadístico de los datos académicos

Variables		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Actualmente Estudia	Si	80	97,6%	97,6%
	No	2	2,4%	100%

Nota: 82 observaciones

Es importante mencionar, que el 97,6% reciben estudios actualmente, en asignaturas como administración, mecánica automotriz, contabilidad, e informática. Es importante recalcar que los planes de estudios dentro del CPL contribuyen a una correcta reinserción en la sociedad.

En los resultados obtenidos del trabajo de Español y Moreno (2014), se observa que el 100% de los presos mencionan que la educación les ha permitido mejorar la convivencia, además, de desarrollar su crecimiento personal. Asimismo, en relación con la falta de educación, un 85% mencionan que esta problemática contribuye a cometer delitos y el 15% piensa a que sucede por otros factores. Es decir, la mayoría de los internos piensan que la educación les brinda nuevas capacidades para no reincidir y así desarrollar aspectos positivos como cambio del pensamiento, competencias laborales, relaciones más sanas y mejor percepción de sí mismos.

Tabla 10

Análisis estadístico de los datos laborales

Variables		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Tareas domésticas	Sin respuesta	47	57,3%	57,3%
	No	16	19,5%	76,8%
	Si	19	23,2%	100%
Trabaja	Si	50	61,0%	61,0%
	No	30	36,6%	97,6%
	Sin respuesta	2	2,4%	100%
Actividad que realiza	Maquilla	7	8,5%	8,5%
	Carpintero	10	12,2%	20,7%
	Ayudante de cocina	5	6,1%	26,8%
	Administrativo	7	8,5%	35,4%
	Sin respuesta	34	41,5%	76,8%
	Mecánico	3	3,7%	80,5%
	Artístico	14	17,1%	97,6%
Grupo de aseo	2	2,4%	100%	
Participación en Talleres	Ocupacional	39	47,6%	47,6%
	Deportes	2	2,4%	50,0%
	Artística	6	7,3%	57,3%
	Administrativo	3	3,7%	61,0%

Nota: 82 observaciones

En la tabla 10, se encontró el 23,2% si realizaron labores dentro del hogar y un 19,5% que no lo hacía. Asimismo, en la variable de trabajo el 61,0% afirman que han tenido una profesión como maquillista 8,5%, carpintero 12,2%, ayudante de cocina 6,1%, administrativo 8,5%, mecánico 3,7%, artístico 17,1%, labor de limpieza 2,4%. Esto demuestra que, si existe un porcentaje aceptable de personas que han trabajado, no obstante, el resto no han mantenido un trabajo estable o han realizado algún tipo de trabajo informal.

En el análisis cualitativo realizado en Cataluña por Esteban et al. (2014), señala que los talleres impartidos dentro de las cárceles apuntan hacia la reinserción laboral porque en las

entrevistas realizadas a los prisioneros y exprisioneros mencionan que existen diversos factores para entrar a un curso como evitar contacto con reclusos peligrosos, mantener el equilibrio emocional, ganar un sueldo para mejorar la calidad o ayudar a su familia, y reducir los años de sentencia al mostrar buen comportamiento. Sin embargo, los expertos destacan que no todos sacan provecho de los talleres impartidos y esto surge por los largos fracasos escolares que han sobrellevado. Por último, cabe destacar que los programas escolares desempeñan una función educativa y terapéutica en los centros de reclusión social porque brindan herramientas para que los individuos aspiren a trabajos mejor remunerados. Por ello, es importante impartir programas acordes a la demanda de cada sociedad.

Con relación a si participa en talleres, el 61,0% de PPL sí están en talleres, el 47,6% participa en actividades ocupacionales, el 2,4% realizan deportes, el 7,3% participan en talleres de artes, el 3,7 cumplen actividades administrativas. Estas actividades del Centro de Privación de la Libertad Tungurahua N° 1 permiten proveer servicios para otros PPL y administrativos, por lo cual, reciben ingresos económicos, además, de no pasar enclaustrados dentro de las celdas por todo el día (Fuentes, 2020). El objetivo de estos talleres es brindar un crecimiento personal de los internos al impartirles actividades de provecho, para el momento de reincorporarse a la sociedad, realicen emprendimientos y no participen en actividades ilícitas.

Tabla 11

Análisis estadístico de los datos penales

Variables	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Delito	Asesinato	10	12,2%
	Violación	14	17,1%
	Venta de estupefacientes	21	25,6%
	Asociación ilícita	6	7,3%
	Robo	22	26,8%
	Peculado	2	2,4%
	Accidente de transito	2	2,4%
	Abuso sexual	1	1,2%
	Acoso sexual	2	2,4%
	Extorsión	1	1,2%
	Porte de armas	1	1,2%
Años de Sentencia	0 a 9 años	57	69,5%
	10 a 19 años	9	11,0%
	20 a 29 años	11	13,4%
	30 a más años	5	6,1%

Nota: 82 observaciones

En la primera variable con relación al tipo de delito, se evidencia que el 12,2% de PPL cumplen una condena por asesinato, el 17,1% ha sido sentenciado por violación, el 25,6% está en prisión por venta de estupefacientes, el 7,3% por asociación ilícita, el 26,8% por robo, el 2,4% está sentenciada por peculado, el 2,4% por accidente de tránsito, el 1,2% cumple una sentencia por abuso sexual, el 2,4% por acoso sexual, el 1,2% por extorsión, y 1,2% por porte de armas.

Para corroborar la información obtenida, en el trabajo de Fuertes (2020), se visualiza relación con los delitos cometidos con mayor frecuencia dentro del contexto cultural, estos son el tráfico ilícito de sustancias con el 48,9% y el robo con un 28,8%. Agregado a esto Romero y Aguilera (2002), señalan que los delitos de este tipo son llevadas a cabo por personas de escasos recursos, problemas por el uso de sustancias, bajo nivel educativo, vivir en zonas de riesgos, maltrato físico, entre otros (citado por Martínez, Betancourt, Rendón & Burns de la Torre, 2012). Por lo tanto, se intuye que los que perpetradores de estos delitos son personas de ambos géneros, no obstante, la mayoría son hombres privados de libertad debido a la facilidad que poseen para cometer dichos actos.

En cuanto a los años de sentencia, el 69,5% cuentan con un tiempo a cumplir de 0 a 9 años, el 11,0% cumple de 10 a 19 años, el 13,4% permanecen de 20 a 29 años, el 6,1% cursan en prisión un tiempo de 30 o más años. En el estudio ejecutado en CPL Tungurahua N°1, se obtuvo los siguientes resultados la sentencia mínima fue de 4 meses debido al contravención de ingreso de artefactos prohibidos; y una sentencia máxima de 34 años con 8 meses por el delito de asesinato (Fuertes, 2020). Los datos obtenidos son similares debido a, que se encuentra una persona recluido por menos de un año por el delito de violación, no obstante, se encuentra procesado a la espera de una sentencia; y la máxima es de 40 años que concuerda con el delito de asesinato, al igual que en la investigación mencionada.

Tabla 12*Análisis estadístico de datos sociodemográficos: actividades de tiempo libre*

Variables		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Dormir	Si	25	30,5%	30,5%
	No	15	18,3%	48,8%
Ver televisión	Si	38	46,3%	46,3%
	No	8	9,8%	56,1%
Escuchar música	Si	46	56,1%	56,1%
	No	3	3,7%	59,8%
Juegos de mesa	Si	34	41,5%	41,5%
	No	5	6,1%	47,6%
Deportes	Si	62	75,6%	75,6%
	No	5	6,1%	81,7%
Leer	Si	50	61,0%	61,0%
	No	4	4,9%	65,9%

Nota: 82 observaciones

Dentro de los hábitos usuales de los PPL, en relación con la variable dormir el 30,5% señalan que si es un hábito y el 18,3% que no lo es, en cuanto a ver televisión el 46,3% si menciona que es parte de su rutina mientras que el 9,8% señalan que no, acerca de escuchar música el 56,1% si lo ve como hobby y el 3,7% no, con respecto a juegos de mesa para el 41,5% si es un hábito y para el 6,1% no lo es, en función a la variable deportes el 75,6% refieren que si es parte de su rutina y el 6,1% que no, para finalizar la actividad de leer el 61,0% si lo ven como un hábito y el 4,9% que no. De Alós et al. (2009), destaca “que el trabajo proporciona hábitos laborales y mejora las relaciones sociales y contribuye, también, a pasar mejor el tiempo en prisión y evitar situaciones conflictivas” (citado por Arroyo, 2019, p. 191). Esto nos dice que, mantener hábitos positivos orienta al individuo a mantener relaciones sanas y así evitar los conflictos con otros internos, de igual manera, a evitar relaciones que entorpezcan al proceso rehabilitación.

2.4. Procedimiento metodológico

Para el desarrollo del proyecto de investigación, se procedió a:

1. Recoger bibliográficamente los datos pertinentes para cada variable de estudio, después, se analiza la información.
2. Se seleccionó los instrumentos psicométricos adecuados que presenten fiabilidad y validez, para así evaluar cada variable de estudio.

3. Se realizó la recolección de información de forma individual, con un tiempo de 60 minutos para cada persona y así completar la ficha sociodemográfica, el PAI y el Cuestionario de Salud Mental Positiva.
4. Las personas privadas de libertad fueron entrevistadas en un área adecuada dentro del Centro de Privación de la Libertad Tungurahua N° 1, para responder a cada instrumento aplicado: la carta de consentimiento informado, la ficha sociodemográfica, el Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI), el Cuestionario de Salud Mental Positiva.
5. Se les informo a los participantes la finalidad del estudio, además, de recalcarles que la cooperación es anónima y los resultados son para fines investigativos.
6. Después de recopilar la información, transfiera los datos a Excel y luego al Sistema de Análisis Estadístico SPSS versión 21, un software estadístico que le permite analizar e ilustrar los datos estadísticos.
7. Al tener toda la información ya completa en el SPSS, se procedió al análisis estadístico.

CAPITULO III. RESULTADOS

A continuación, se analizaron los resultados obtenidos a partir de herramientas psicológicas para medir la Personalidad y la Salud Mental Positiva.

3.1. Análisis categorial del Inventario Evaluación de la Personalidad (PAI)

Ahora, se muestran los resultados de la frecuencia (f) y porcentaje (%) de cada una de las escalas del PAI con relación a la población total.

Tabla 13

Análisis categorial de los resultados de las escalas clínicas

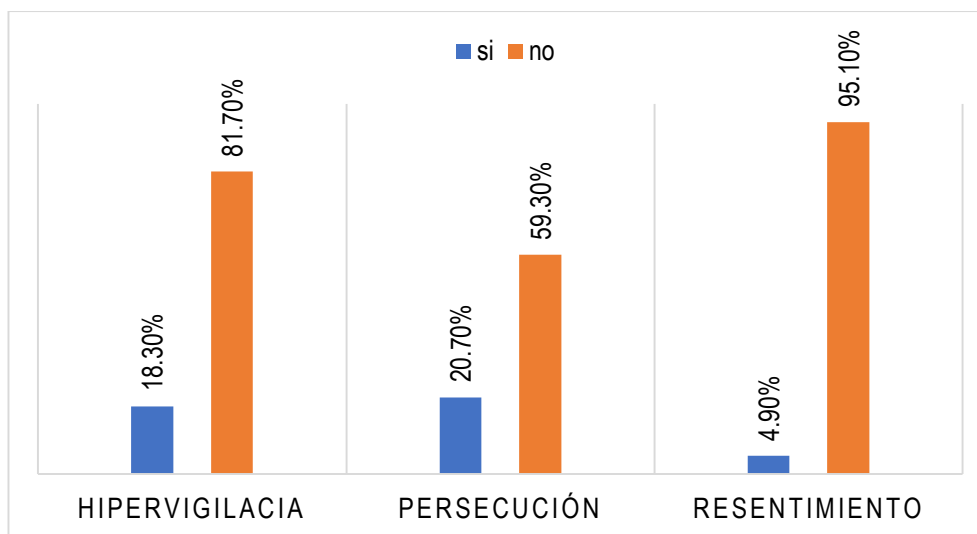
Dimensiones		Frecuencia	Porcentaje
Queja somática	Si	17	20,7%
	No	65	79,3%
Ansiedad	Si	18	22%
	No	64	78%
Trastorno Relacionado con la Ansiedad	Si	28	34,1%
	No	54	65,9%
Depresión	Si	22	26,8%
	No	60	73,2%
Manía	Si	19	23,2%
	No	63	76,8%
Paranoia	Si	43	52,4%
	No	39	47,6%
Esquizofrenia	Si	10	12,2%
	No	72	87,8%
Características Bordeline	Si	25	30,5%
	No	57	69,5%
Característica Antisociales	Si	37	45,1%
	No	45	54,9%
Problemas con el Alcohol	Si	26	31,7%
	No	56	68,3%
Problemas con las Drogas	Si	33	40,2%
	No	49	59,8%

Nota: 82 participantes

En el análisis categorial del PAI, en relación con las dimensiones clínicas, se observa una población propensa a riesgos en las siguientes escalas, con respecto a la paranoia existe un porcentaje del 52,4% que, si es propensa en presentar dificultades clínicas, en la escala características antisociales el 45,1% si presentan dificultades, el 40,2% presenta problemas con el uso de drogas. Por otro lado, las escalas con un menor porcentaje pero que si presentan riesgos son esquizofrenia con el 12,2%, queja somática con el 20,7%. Finalmente, ansiedad con un 22% esta última, se presenta en mayor frecuencia y en diferente tiempo dentro de los PPL por diversos factores asociados al encarcelamiento.

Figura 3

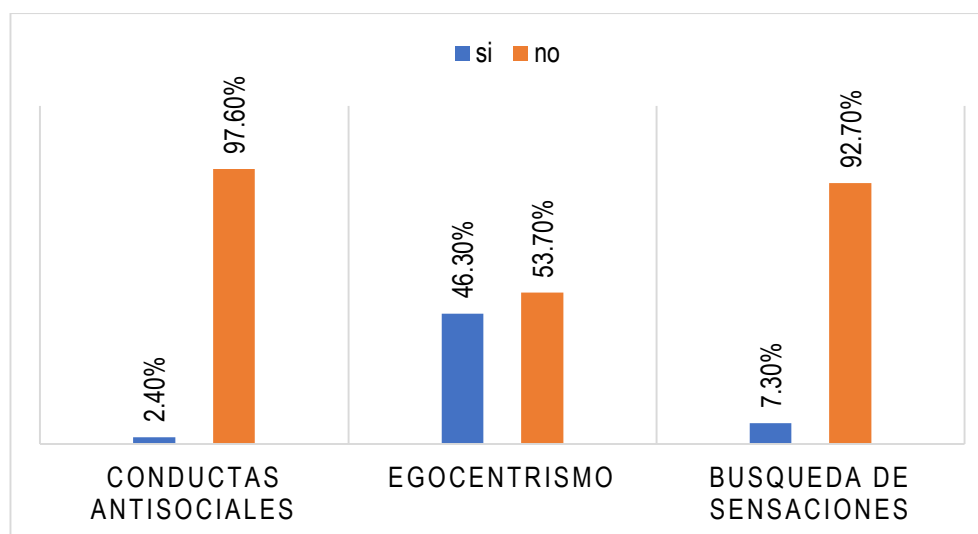
Representación gráfica de las subescalas de Paranoia (PAR)



En la figura 3, se evidencia las subescalas que complementan los datos brindados por paranoia con un 52,4%, donde sobresale persecución con el 20,7% de PPL propensos a presentar sensaciones de que los otros internos lo observan o planean algo en su contra. En el estudio de Burneo y Pérez (2018), se observa una significancia clínica del 20% en la escala de paranoia, a su vez, Martínez e Hinojal (1998) señalan que, durante la fase delirante, estos pacientes, se presentan tranquilos, no obstante, desarrollan un plan de acción ajustada perfectamente a sus delirios. Por lo tanto, esto afecta la adaptación de la persona dentro del centro penitenciario, puesto que, son propensos a presentar pleitos con los otros internos.

Figura 4

Representación gráfica de las subescalas de Rasgos Antisociales (ANT)

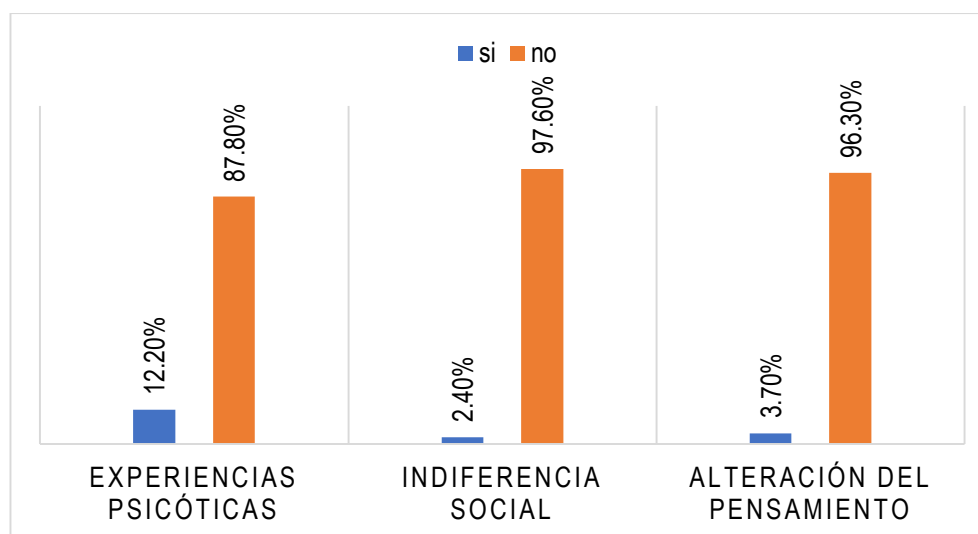


En cuanto a rasgos antisociales sus subescalas muestran, un mayor problema en la escala de egocentrismo con el 46,3%, lo cual, está relacionado con la falta de empatía característica de esta población, de la misma manera, se aprovechan de los demás para satisfacer sus necesidades. En la investigación realizada por Delgado (2021), se observa que el 32,4% de los internos poseen un índice clínico significativo de rasgos antisociales. Lo cual, indica un número similar de PPL con la presente investigación. En complemento, Fuertes (2020), destaca “quien más dominante demuestre ser, obtiene el lugar de líder ya sea por sus características de fortaleza física o por sus rasgos de autoritarismo” (p. 32). A partir de esto, se intuye que los internos toman una postura más rígida para sobrellevar sus días en prisión y obtener beneficios personales a partir de la intimidación o aprovechamiento de otros internos.

De igual modo, se encuentra que el problema con el consumo de drogas son un factor clínico significativo en las investigaciones de Burneo y Pérez (2018), la cual, cuenta con el 27,9% de la población carcelaria, asimismo, en lo realizado por Delgado (2021), se observa un 27% de internos que presenta adicción a estupefacientes. Adicional a esto Cardenas (2013), destaca que más de la mitad de los presos abusan del uso de sustancias para así sobrellevar el encarcelamiento. Lo cual, indica el alto porcentaje de uso de drogas en este estudio.

Figura 5

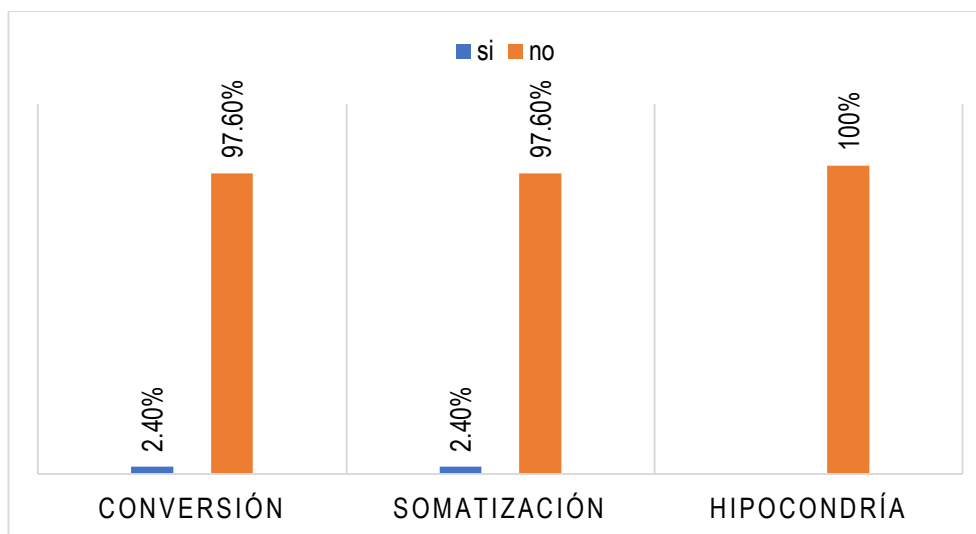
Representación gráfica de las subescalas de Esquizofrenia (ESQ)



En cuanto a las subescalas de esquizofrenia, las experiencias psicóticas sobresalen con el 12,2% los internos que padecen de esta sintomatología presentan percepciones inusuales. En una investigación similar, se obtuvo que los prisioneros con afección clínica de esquizofrenia son del 19,5%, además, se menciona que esta escala, se la utiliza para detectar comorbilidad con otros trastornos. Asimismo, estos resultados, se explican en parte por el amplio espectro de síntomas que cubre (Burneo & Pérez, 2018). Se observa, el porcentaje de internos con significancia clínica en la escala de esquizofrenia posee un número elevado, la cual, persiste o empeora por la falta de una intervención adecuada.

Figura 6

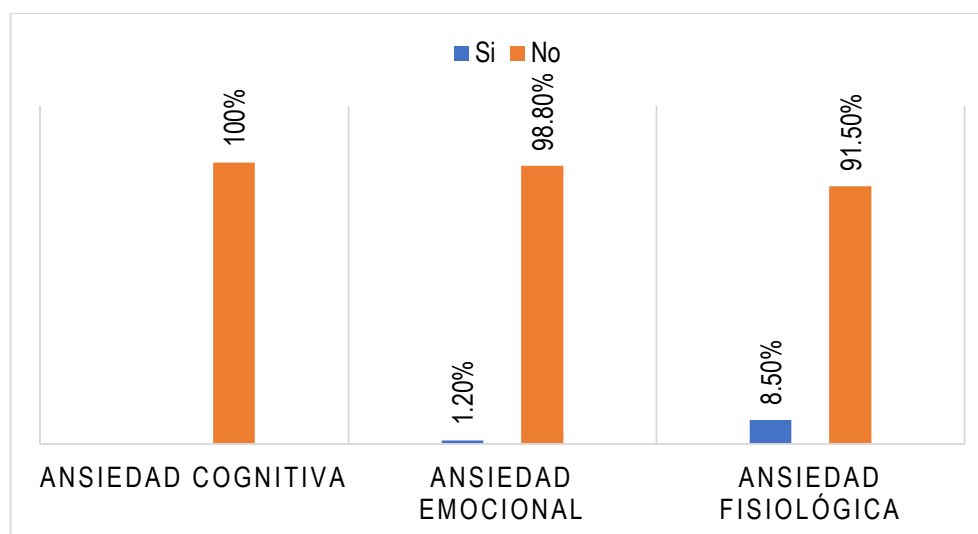
Representación gráfica de las subescalas de Trastornos Somatomorfos (SOM)



En la escala de trastornos somatomorfos, se encontró una significancia clínica del 20,7%, donde sobresalen las subescalas de conversión y somatización ambas con un 2,4% en la que visualizan síntomas senso-motores, problemas motores, en cuanto a somatización, se observa quejas físicas o enfermedades gastro-intestinales. Burneo y Pérez (2018), presentan una prevalencia de quejas somáticas entre personas privadas de libertad que es alrededor del 17,7%. Lo cual, es un porcentaje parejo a los datos del presente estudio. Gallego y Herrera (2010), mencionan que los profesionales que trabajan dentro las prisiones tratan de manera frecuente a internos que presentan síntomas por somatización lo que les genera impotencia y frustración. Esto nos demuestra que estos trastornos son recurrentes dentro de esta población como una consecuencia al encarcelamiento.

Figura 7

Representación gráfica de las subescalas de Ansiedad (ANS)



Por último, con relación en la escala de ansiedad, se obtuvo una prevalencia clínica del 22%, donde resalta la subescala de ansiedad fisiológica con un 8,5% en la que están presentes síntomas como rigidez, palpitaciones, sensación de ahogo, entre otras. Delgado (2021), menciona un porcentaje del 22% dentro de su estudio y, para complementar, Koheler (1990) destaca que la ansiedad vivida entre los prisioneros, no se la diferencia a partir del nivel de peligrosidad, sino que mejora de acuerdo al ambiente en el que viven (citado por Villa, 2000). En otras palabras, al controlar los espacios de interacción de los PPL, se evita todo riesgo de peligrosidad y los niveles de ansiedad disminuyan.

Tabla 14

Análisis categorial de las escalas relacionadas con la respuesta al tratamiento

Dimensiones		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Agresividad	Si	13	15,9%	15,9%
	No	69	84,1%	100%
Ideación Suicida	Si	39	47,6%	47,6%
	No	43	52,4%	100%
Estrés	Si	31	37,8%	37,8%
	No	51	62,2%	100%
Falta de Apoyo	Si	12	14,6%	14,6%
	No	70	85,4%	100%
Rechazo del Tratamiento	Si	4	4,9%	4,9%
	No	78	95,1%	100%

Nota: 82 participantes

En cuanto a las escalas relacionadas con el tratamiento, se constata que la dimensión de ideación suicida tiene mayor predominancia entre los PPL con el 47,6%. Daza, Palloni y Jones (2020) exponen que las autolesiones cometidas con frecuencia durante el confinamiento penitenciario son el ahorcamiento y la ingestión de veneno. A consecuencia de las distintas dificultades presentes durante el periodo de encarcelamiento. Por otro lado, la dimensión de rechazo al tratamiento presenta un 4,9%, lo cual, indica la apertura de los internos hacia los procesos de inserción social. Cervelló (2016), señala que al no rechazar el tratamiento los internos que acepten accederán a diferentes beneficios, no obstante, si lo rechaza no es merecedor a sanciones (citado por Olmo & Cubero, 2020). En esta realidad, los PPL que, si aceptan el tratamiento, tienen la oportunidad de beneficiarse con una atención de salud más oportuna o con la posibilidad de su salida de libertad para amenorar las afecciones de su salud física como mental.

Tabla 15

Análisis categorial de los resultados de las escalas de relación interpersonal

Dimensiones		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Dominancia	Si	3	3,7%	3,7%
	No	79	96,3%	100%
Calidez	Si	2	2,4%	2,4%
	No	80	97,6%	100%

Nota: 82 participantes

Finalmente, en los resultados de las escalas de relaciones interpersonales, la dimensión que predomina es dominancia con el 96,3%, esto sucede porque un gran número de internos son independientes y no son dominados por otros. Mientras, se observa que la dimensión de calidez puntúa el 97,6%, por esa razón, se deduce que es un grupo sociable, que se presenta amable con el resto de las personas dentro del centro penitenciario.

3.2. Análisis de la Salud Mental Positiva

3.2.1. Análisis descriptivo del Cuestionario de Salud Mental Positiva

Este instrumento de medición permite evaluar los niveles de SMP en 6 factores: habilidades de relaciones interpersonales, resolución de conflictos, autonomía, autocontrol, actitud prosocial y satisfacción personal. Para el análisis, se presenta los resultados a través de la desviación estándar (Ds) y la media (M) de cada uno de los factores en función a la población.

Tabla 16*Análisis descriptivo del Cuestionario de Salud Mental Positiva*

Factores	Media	Desv. Estandar	Mínimo	Máximo
Satisfacción personal	3,76	0,50	2	4
Actitud prosocial	3,63	0,55	2	4
Autocontrol	3,35	0,55	2	4
Autonomía	3,57	0,62	1	4
Resolución de problemas	3,69	0,48	2	4
Habilidades de relación interpersonal	3,37	0,53	2	4

Nota: 82 participantes

Del análisis descriptivo del cuestionario de SMP, se obtuvo en satisfacción personal una media de 3,76 puntos, por lo que, se deduce que los internos presentan perspectivas óptimas para su futuro y una mejora en su autoconcepto. En el factor de Actitud Prosocial, un valor de 3,63 puntos como media significa una inclinación hacia una fácil socialización entre PPL, a la par, que se aceptan los hechos sociales que los diferencian con las personas fuera del centro. El factor Autocontrol muestra una media de 3,35 puntos; esto evidencia que ciertos reclusos presentan dificultades al momento de afrontar situaciones estresantes o situaciones conflictivas, asimismo, de niveles bajos de tolerancia a la ansiedad y un pobre control de las emociones.

Con respecto al factor de Autonomía, se alcanzó una media de 3,67 puntos, lo que indica independencia en cuanto a tener criterio propio y confianza en sí mismo. En cuanto a Resolución de problemas, se observa una media 3,69 puntos, lo cual, evidencia la flexibilidad para adecuarse a cambios y del progreso personal constante. Finalmente, en el factor de Habilidades de Relación Interpersonal, se visualiza una media de 3,37 puntos, lo que significaría cierto nivel de dificultad en dar apoyo emocional a otros, además, de niveles bajos de empatía. Sobresalen los factores de Habilidades de relaciones interpersonales y Autocontrol, debido a que, se encuentran dificultades entre los internos y al mantener equilibrio emocional.

3.2.2. Análisis categórico del Cuestionario de Salud Mental Positiva

Posteriormente, se demuestran los resultados de la frecuencia (f) y el porcentaje (%); de cada uno de los factores en función de la población total.

Tabla 17*Análisis categorial del Cuestionario de Salud Mental Positiva*

Factores	Coefficiente SMP	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Satisfacción Personal	Bajo	3	3,7%	3,7%
	Moderado	13	15,9%	19,5%
	Alto	66	80,5%	100%
Actitud Prosocial	Bajo	3	3,7%	3,7%
	Moderado	24	29,3%	32,9%
	Alto	55	67,1%	100%
Autocontrol	Bajo	3	3,7%	3,7%
	Moderado	47	57,3%	61,0%
	Alto	32	39,0%	100%
Autonomía	Muy Bajo	1	1,2%	1,2%
	Bajo	3	3,7%	4,9%
	Moderado	26	31,7%	36,6%
	Alto	52	63,4%	100%
Resolución de Problemas	Bajo	1	1,2%	1,2%
	Moderado	23	28,0%	29,3%
	Alto	58	70,7%	100%
Habilidades en Relaciones Interpersonales	Bajo	2	2,4%	2,4%
	Moderado	47	57,3%	59,8%
	Alto	33	40,2%	100%

Nota: 82 participantes

En el análisis categorial del Cuestionario de Salud Mental Positiva, se evidencia en el factor de satisfacción personal un nivel alto con el 80,7% en donde los PPL, debido al encontrarse insertados en el contexto educativo, han mejorado su autoconcepto. En el factor actitud prosocial, se presenta un nivel alto del 67,1%, lo que muestra que un gran número de PPL aceptan su situación social. En el factor autocontrol, se observa un nivel moderado del 57,3%, por tanto, se deduce que una gran parte de presos presenta dificultades para controlar sus emociones ante situaciones conflictivas. En cuanto al factor de autonomía, el nivel es alto con un 63,4, lo que indica que, gran parte internos poseen seguridad personal.

El factor de resolución de problemas muestra un nivel alto del 70,7%, lo que denota que, los PPL que aceptan rehabilitarse, presentan actitudes de crecimiento y facilidad de aceptar los cambios en sus vidas. Por último, en el factor de habilidades de relación interpersonal, se visualiza un nivel moderado del 57,3%, lo que indica que, varios internos presentan dificultades de establecer relaciones sociales estables con otros a la vez de no entender las situaciones emocionales de los demás.

3.3. Análisis correlacional de la personalidad y la salud mental positiva

Este apartado busca establecer si las variables bajo observación demuestran el nivel de relación entre sí. Por consiguiente, se presenta cada una de variables de estudio con la V de Cramer (V).

Tabla 18

Análisis correlacional de personalidad y salud mental positiva

Factores Escalas	SMP											
	SP		AP		AC		A		RP		HRI	
PAI	Valor	p	Valor	p	Valor	p	Valor	p	Valor	p	Valor	p
SOM	,416	,028*					,377	,040*				
ANS							,381	,037*				
TRA					,463	,004**	,486	,002**				
DEP							,446	,006**			,446	,007**
MAN			,347	,043*			,389	,030*				
PAR												
ESQ	,461	,008**					,450	,005**				
LIM												
ANT					,403	,021*	,398	,023*			,445	,012*
ALC							,437	,008**				
DRG					,450	,005**						

Simbología: SOM: Trastornos Somatomorfos; ANS: Ansiedad; TRA: Trastornos Relacionados con la Ansiedad; DEP: Depresión; MAN: Manía; PAR: Paranoia; ESQ: Esquizofrenia; LIM: Rasgos Limites; ANT: Rasgos Antisociales; ALC: Problemas con el Alcohol; DRG: Problemas con las Drogas; SP: Satisfacción Personal; AP: Actitud Prosocial; AC: Autocontrol; A: Autonomía; RP: Resolución de Problemas; HRI: Habilidades de Relaciones Interpersonales.

Nota: 82 participantes, * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

Sobre el análisis a la escala de Trastornos Somatomorfos con Satisfacción personal, se correlaciona en $V = ,416$; $p < .05$, lo que indica correlación moderada positiva, igualmente, con el factor Autonomía, se encontró $V = ,377$; $p < .05$, que representa una correlación baja positiva. La escala de Ansiedad presenta correlación con el factor de Autonomía con $V = ,381$; $p < .05$, lo que refleja una correlación baja positiva. De igual manera, se observó correlación entre Trastornos relacionados con la ansiedad con Autocontrol con $V = ,463$; $p < .01$. Con respecto con el factor de Autonomía, se halló $V = ,486$; $p < .01$, lo que representa una correlación moderada positiva.

Por otra parte, la escala Depresión con Autonomía, se correlacionan en $V = ,446$; $p < .01$; con el factor de Habilidades de relaciones interpersonales, se halló $V = ,446$; $p < .01$, lo que revela una correlación moderada positiva con cada uno de los factores. En cuanto la escala de Manía, se encontró relación con el factor Actitud prosocial con $V = ,347$; $p < .05$, además, se

observó correlación con Autonomía con $V = ,389$; $p < .05$; esto refleja que la correlación entre las escalas y los factores es baja positiva. Por otra parte, la escala Esquizofrenia presenta correlación con Satisfacción personal con $V = ,461$; $p < .01$, además, se correlaciona con Autonomía con $V = ,450$; $p < .01$, esto indica una correlación moderada positiva con cada factor.

Se correlacionan los Rasgos Antisociales con el Autocontrol con $V = ,403$; $p < .05$; asimismo, con el factor de Habilidades de relaciones interpersonales, se encontró $V = ,445$; $p < .05$, ambas demuestran una correlación moderada positiva. Por otro lado, existe una correlación baja positiva de $V = ,398$; $p < .05$ con Autonomía. Asimismo, se encontró correlación entre Problemas con el Alcohol con Autonomía con $V = ,437$; $p < .01$, lo que demuestra una correlación moderada positiva. Por último, la escala Problemas con las Drogas, se correlaciona con el factor Autocontrol con $V = ,450$; $p < .01$; esto indica una correlación moderada positiva.

CONCLUSIONES

De este trabajo de investigación y de los resultados obtenidos, recogida y análisis de los datos pertinentes, han surgido las siguientes conclusiones:

- Se entiende a la personalidad como aquella característica que individualiza al ser humano y toma en cuenta aspectos psíquicos y físicos para estar en un constante desarrollo. En PPL, se modifica la personalidad al encontrarse en un ambiente conflictivo, donde adquieren nuevas conductas y refuerzan otras. En cuanto a SMP, se considera su concepto como un recurso o rasgo de personalidad para hacer frente a aspectos negativos de la vida, a partir de emociones positivas. Estos factores en PPL, se ven afectados debido al desconocimiento de habilidades de afrontamiento, de igual manera, la calidad de vida dentro del centro penitenciario incurre a que realicen actos delictivos dentro de la cárcel con el fin de ganarse un estatus social.
- En el diagnóstico del PAI, se identificó que, los tipos de personalidad que predominan entre los PPL son: paranoia con un 52,4%, características antisociales con el 45,1%, y problemas por abuso de sustancias con 40,2%. Lo cual, refleja problemas como ideas de persecución, niveles altos de ansiedad, falta de empatía y problemas de adicción con algún tipo de estupefaciente, lo que ocasiona dificultades para rehabilitación. Al encontrar estos rasgos en una significancia clínica alta y no ser tratados a tiempo, ocasionan conductas aversivas o trastornos de personalidad a largo plazo.
- Con respecto al Cuestionario de Salud Mental Positiva, se encontró niveles moderados a altos en todos los factores que comprenden al cuestionario: satisfacción personal 80,7%, actitud prosocial 67,1%, autocontrol 57,3%, autonomía 63,4%, resolución de problemas 70,7% y habilidades de relación interpersonal 57,3%. Esto indica que la población es capaz de generar o mantener hábitos que le permitan mantener una buena SMP, independientemente al lugar en donde estén. Por ello, al estar insertados en el contexto educativo, han adquirido las herramientas para mantener en equilibrio sus emociones dentro de prisión.
- En cuanto al análisis correlacional entre personalidad y los factores de SMP, se encuentra que la escala de *Rasgos Antisociales* influye de forma positiva con los factores de

Autonomía, Autocontrol y Habilidades de relaciones interpersonales. Esto debido a, que el interno es más estricto e independiente en su vida y sus actos, además, plantea sus objetivos personales de forma clara y deja todo acto ilegal de lado.

RECOMENDACIONES

Para facilitar futuras investigaciones, se hacen las siguientes recomendaciones:

- Tener en cuenta los estudios dimensionales de la personalidad dentro del ámbito penitenciario, dado que, esas dimensiones, se ven afectados por diferentes factores internos y externos al centro de privación de la libertad.
- Realizar futuras investigaciones que determinen los niveles de SMP, debido a que los estudios de esta variable en el ámbito penitenciario son limitados en Ecuador o en Latinoamérica. Los estudios existentes son muy pocos y realizados en otros idiomas, por lo cual, para que sea más efectiva la investigación, hay que realizar más investigaciones dentro de este contexto cultural.
- Impartir estrategias de afrontamiento a través de charlas ofrecidas por expertos de salud mental que laboran dentro del centro de privación de la libertad, para que así generen herramientas que les brinde un equilibrio emocional y mucho más en este momento, donde el estrés dentro de los reclusos se incrementó debido al COVID-19 y a las revueltas del último año, esto ha causado temor dentro de esta población, porque desconocen cómo actuar ante tal situación.
- Incrementar practicantes en este medio, al cual, se lo conoce como un sector vulnerable. Los practicantes, se encargarían de enseñar a cómo llevar una salud mental adecuada tanto dentro como fuera de prisión. Asimismo, esto fortalecería el desarrollo académico de los estudiantes para intervenir y dar seguimiento a un proceso psicológico adecuado, que contribuya al bienestar personal y colectivo.

BIBLIOGRAFÍA

- Alfageme, S., Quesada, C., & Domínguez, A. (2018). Relación entre el factor prisionización y las dimensiones de personalidad de extraversión y neuroticismo de Eysenck. *Cuadernos de Medicina Forense*, 24(1-2), 14-22. Recuperado de <https://bit.ly/31hYkvq>
- Allport, G. (1974). *Psicología de la Personalidad*. 4ta Edición. Editorial Paidós.
- Almeida, L. (2014). *La personalidad y su influencia en los estilos de Comunicación en estudiantes y docentes de psicología: Caso PUCESA* (Tesis de masterado). PUCESA, Ecuador.
- Alvarado, I., Rosario, I., & García, N. (2013). El trastorno antisocial de la personalidad en personas institucionalizadas en puerto rico: Estudio de casos. *Revista puertorriqueña de psicología*, 25(1), 62-77. Recuperado de <https://bit.ly/34IAaiB>
- Álvarez, M., Arévalo, N., & Godoy, E. (2015). *Características de personalidad en internos reincidentes* (Tesis de pregrado). Fundación Universitaria Los Libertadores, Colombia.
- Amar, J., Palacio, J., Llinás, H., Puerta, L., Sierra, E., Pérez, A., & Velásquez, B. (2008). Calidad de vida y salud mental positiva en menores trabajadores de Toluvejo. *Suma psicológica*, 15(2), 385-403. Recuperado de <https://bit.ly/2HzLoHi>
- Ampudia, A., Sánchez, G., & Jiménez, F. (2017). Precisión diagnóstica del MMPI-2 con la personalidad delictiva: un análisis con la curva ROC. *Revista de Psicología*, 35(1), 167-19. Recuperado de <https://bit.ly/3FQz4vc>
- Andrade, V. (2016). *Perfil sintomatológico de los trastornos de ansiedad y su relación con los determinantes psicosociales frecuentes en mujeres adultas privadas de libertad en la ciudad de Guayaquil* (Tesis de masterado). Universidad de Guayaquil, Ecuador.
- Ardila, R. (2013). Los orígenes del conductismo, Watson y el manifiesto conductista de 1913. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 45(2), 315-319. Recuperado de <https://bit.ly/3HtnFlx>
- Arias, J., Villasís, M., & Miranda, M. (2016). El protocolo de investigación III: La población de estudio. *Revista Alergia México*, 63(2), 201-206. Recuperado de <https://bit.ly/2JnfWnr>
- Arroyo, J. (2011). Estrategias asistenciales de los problemas de salud mental en el medio penitenciario, el caso español en el contexto europeo. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 13(3), 100-111. Recuperado de <https://bit.ly/36FR6AB>
- Arroyo, L. (2019). Enfoque criminológico del derecho al trabajo de las personas privadas de libertad en el Ecuador. *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 24(2), 190-215. Recuperado de <https://bit.ly/3FeGSas>

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. En *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®*.
- Barradas, M., Sánchez, J., Guzmán, M., & Balderrama, J. (2007). Factores de salud mental positiva en estudiantes de psicología universidad veracruzana. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 1(1). Recuperado de <https://bit.ly/3mg5hBX>
- Barrera, M. & Flores, M. (2013). Construcción de una escala de salud mental positiva para adultos en población mexicana. *Revista iberoamericana de diagnóstico y evaluación psicológica*. 1(39). Recuperado de <https://bit.ly/3HvaggQ>
- Burneo, C., & Pérez, M. (2018). Prevalence of psychopathological features in south american prisons using the personality assessment inventory. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 26(1), 177-194. Recuperado de <https://bit.ly/3bRdLMO>
- Bustamante, R., Paredes-Carbonell, J., Aviñó, D., González, J., Pitarch, C., Martínez, L., & Arroyo-Cobo, M. (2013). Diseño participativo de una Guía para la Promoción de la Salud Mental en el medio penitenciario. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 15(2), 44-53. Recuperado de <https://bit.ly/3t6pIiz>
- Canal, N. (2006). *Técnicas de muestreo. Sesgos más frecuentes*. Recuperado de <https://bit.ly/3mlot1M>
- Caro, I. (2013). El estudio de la personalidad en el modelo cognitivo de Beck: Reflexiones críticas. *Boletín de psicología*, s.d(109), 19-49. Recuperado de <https://bit.ly/3HvGrIW>
- Casas, J., Repullo., J., & Donado, J. (2003). La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos. *Atención primaria*, 31(8), 527-538. Recuperado de <https://bit.ly/3fNP70D>
- Castiglia, V. (2000). Requisitos metodológicos y estadísticos para publicaciones científicas: Parte I. *Revista de la Asociación Argentina de Ortopedia y Traumatología*, 66(1), 70-74. Recuperado de <https://bit.ly/2HO80nF>
- Chemama, R., & Vandermersch, B. (2004). *Diccionario del psicoanálisis*. 2da Edición. Amorrortu editores.
- Chiclana, S., Castillo, R., Paniagua, D., & Rodríguez, R. (2019). Salud mental, afectividad positiva y bienestar en prisión: Un estudio comparativo entre jóvenes y mayores presos. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 21(3), 147-157. Recuperado de <https://bit.ly/3xIB5FZ>
- Contreras, F., & Esguerra, G. (2006). Psicología positiva: Una nueva perspectiva en psicología. *Revista Diversitas-Perspectivas en Psicología*, 2(2), 311-319. Recuperado de <https://bit.ly/3mMaOCX>
- Cueli, J., Reidl, L., Martí, C., Lartigue, T., & Michaca, P. (1990). *Teorías de la Personalidad*. Editorial Trillas.

- Daza, S., Palloni, A., & Jones, J. (2020). The Consequences of Incarceration for Mortality in the United States. *Demography*, 57(2), 577-598. doi:10.1007/s13524-020-00869-5
- Delgado, M. (2021). *Prevalencia de los rasgos de personalidad y los síndromes clínicos en los sujetos internos en el Centro de Rehabilitación Social de Azogues* (Tesis de Pregrado). Universidad del Azuay, Ecuador.
- Español, W., & Moreno, B. (2014). La educación en cárceles, una experiencia desde un establecimiento de reclusión. *Revista Hojas y Hablas*, 11(s.n), 7-19. Recuperado de <https://bit.ly/3mmrJuW>
- Esteban, F., Alós, R., Jódar, P., & Miguélez, F. (2014). La inserción laboral de ex reclusos. Una aproximación cualitativa. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 145(s.n), 181-204. Recuperado de <https://bit.ly/310ArQa>
- Feist, J., Feist, G., & Roberts, T. (2014). *Teorías de la personalidad*. 8va Edición. McGraw Hill Education.
- Fernández-Guerrero, M. (2017). Los confusos límites del trastorno límite. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(132), 399-413. Recuperado de <https://bit.ly/31rxxd6>
- Formichella, M., & London, S. (2013). Empleabilidad, educación y equidad social. *Revista de Estudios Sociales*, 47(s.n), 79-91. Recuperado de <https://bit.ly/3orTfda>
- Fuertes, V. (2020). *Personalidad y efectos psicológicos del encarcelamiento en mujeres privadas de la libertad de Ambato* (Tesis de pregrado). PUCESA, Ecuador.
- Gallego, J., & Herrera, R. (2010). Atención a los trastornos somatomorfos en población reclusa. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 12(s.n), 40-47. Recuperado de <https://bit.ly/3oafnac>
- García, J. (2004). Estudios descriptivos. *Nure investigación*, 7(s.n), 1-3. Recuperado de <https://bit.ly/2JuVcTB>
- González, P. (2018). Los derechos humanos de las personas privadas de libertad. Una reflexión doctrinaria y normativa en contraste con la realidad penitenciaria en Ecuador. *Revista Latinoamericana de Derechos Humanos*, 29(2), 189-207. Recuperado de <https://bit.ly/3DavDOa>
- Hernández, M., De la Torre, J., Espinosa, M., Lara, B., & Gutiérrez, S. (2016). El concepto de salud mental desde la visión del Estado mexicano. *Revista de Educación y Desarrollo*, s.d(37), 89-93. Recuperado de <https://bit.ly/3hMQHBj>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. del P. (2014). *Metodología de la Investigación*. 6ta Edición. McGraw Hill Education

- Hewson, T., Shepherd, A., Hard, J., & Shaw, J. (2020). Effects of the COVID-19 pandemic on the mental health of prisoners. *The Lancet*, 7(7), 568-570. Recuperado de <https://bit.ly/2U6BymS>
- Larsen, R., & Buss, D. (2013). *Psicología de la Personalidad*. 2da Edición. McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A.: México, D.F.
- Lluch, M. (1999). *Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva* (tesis doctoral). Universidad de Barcelona, España.
- López-Roldán, P., & Fachelli, S. (2017). El diseño de la muestra. En P. López-Roldán y S. Fachelli, *Metodología de la Investigación Social Cuantitativa*. Bellaterra. (Cerdanyola del Vallès): Dipòsit Digital de Documents, Universitat Autònoma de Barcelona. Capítulo II.4.
- Lupano, M., & Castro, A. (2010). Psicología positiva: Análisis desde su surgimiento. *Ciencias Psicológicas*, 4(1), 43-56. Recuperado de <https://bit.ly/2VtdqLt>
- Macaya, C., Pihan, R., & Parada, B. (2018). Evolución del constructo de salud mental desde lo multidisciplinario. *Humanidades Médicas*, 18(2), 215-232. Recuperado de <https://bit.ly/3i1KUBx>
- Martínez, A., & Hinojal, R. (1998). Manejo del paciente violento en prisión. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 1(s.n), 13-19. Recuperado de <https://bit.ly/3bZUOrb>
- Martínez, P., Betancourt, D., Rendón, L., & Burns de la Torre, A. (2012). Factores de riesgo asociados a la delincuencia masculina en México: Un estudio a reclusos de un centro de readaptación social varonil. *Revista Criminalidad*, 54(1), 359-404. Recuperado de <https://bit.ly/3uxRwEi>
- Mayorga, M. (2018). *Escuelas de psicología: un breve recorrido por las teorías de la personalidad*. 1ra Edición. Centro de Publicaciones Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Mebarak, M., De Castro, A., Salamanca, M., & Quintero, M. (2009). Salud mental: Un abordaje desde la perspectiva actual de la psicología de la salud. *Psicología desde el Caribe*, s.d(23), 83-112. Recuperado de <https://bit.ly/3ywG902>
- Ministerio de Salud Pública. (2016). *Guía de salud mental comunitaria*. Primera edición. Quito: Proyecto Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones.
- Molina-Coloma, V., Salaberría, K. & Pérez, I. (2018). La personalidad en población carcelaria: un estudio comparativo en Ecuador. *Anuario de Psicología Jurídica*, 28, 1-7. doi: 10.5093/apj2018a5

- Montaño, M., Palacios, J., & Gantiva, C. (2009). Teorías de la personalidad. Un análisis histórico del concepto y su medición. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 3(1), 81-107. Recuperado de <https://bit.ly/3nUgjyw>
- Morey, L. (2009). *Inventario de evaluación de la personalidad: Manual de aplicación*. TEA Ediciones. (Trabajo original publicado en 1991).
- Morris, C., & Maisto, A. (2009). *Psicología*. (13ra edición). México: Pearson Education.
- Mülberger, A., Balltandre, M., Montero, Ò., & Graus, A. (2015). La psicología en la revista médica de Barcelona: Psicoterapia, higiene mental y moral. *Nova Època*, 8(s.n), 57-83. doi 10.2436/20.2006.01.190
- Muñoz, C., Restrepo, D., & Cardona, D. (2016). Construcción del concepto de salud mental positiva: revisión sistemática. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 39(3), 166-173. Recuperado de <https://bit.ly/3iajwYI>
- Olmo, P., & Cubero, M. (2020). *De los controles disciplinarios a los controles securitarios: Actas del II Congreso Internacional sobre la Historia de la Prisión y las Instituciones Punitivas*. Ediciones de la Universidad de Castilla La Mancha.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2004). *Promoción de la salud mental: conceptos, evidencia, práctica. Informe compendiado*. Recuperado de <https://bit.ly/3olkgMP>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2015). *Informe de evaluación del sistema de salud mental en Ecuador utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la OMS (IESM-OMS)*. Recuperado de <https://bit.ly/3ePN1O5>
- Ortiz, M., Cardenal, V., Ferragut, M., & Santamaría, P. (2017). Fiabilidad del Inventario de evaluación de la personalidad (PAI) en contextos chilenos y diferencias entre población general y clínica. *Revista Mexicana de Psicología*, 34(2), 110-124. Recuperado de <https://bit.ly/3Im1MW6>
- Paredes, K. (2020). *Inteligencia emocional y adaptación conductual en adolescentes con riesgo de callejización* (Tesis de pregrado). PUCESA, Ecuador.
- Pinos, G. (2005). *Semiología y síndromes en psicopatología*. Universidad de Cuenca: Facultad de ciencias médicas.
- Pulido, Á., Ballén, M., & Quiroga, L. (2017). Funciones ejecutivas, rasgos de personalidad e impulsividad en condenados por acceso carnal violento. *Diversitas*, 13(2), 169-185. doi: 10.15332/s1794-9998.2017.0002.03
- Ramos, C. (2015). Los paradigmas de la investigación científica. *Avances en psicología*, 23(1), 9-17. Recuperado de <https://bit.ly/3mjTljj>
- Restrepo, D., & Jaramillo, J. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(2), 202-211. Recuperado de <https://bit.ly/3jYfsNJ>

- Restrepo, J. (2007). Psicopatología y epistemología. *Revista colombiana de psiquiatría*, 26(1), 123-144. Recuperado de <https://bit.ly/3BSsaES>
- Rojas, J., & Eguibar, J. (2001). Pavlov y los reflejos condicionados. *Elementos: ciencia y cultura*, 8(41), 49-54. Recuperado de <https://bit.ly/3sWzz3z>
- Romero, E., Luengo, M., & Gómez-Fraguela, J. (2000). Factores psicosociales y delincuencia: Un estudio de efectos recíprocos. *Escritos de psicología*, 4, 78-91. Recuperado de <https://bit.ly/3jdXqmN>
- Rosso, M., & Lebl, B. (2006). Terapia humanista existencial fenomenológica: Estudio de caso. *Ajayu. Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología de la Universidad Católica Boliviana "San Pablo"*, 4(1), 90-117. Recuperado de <https://bit.ly/37fS5Jm>
- Salaverry, O. (2012). La piedra de la locura: Inicios históricos de la salud mental. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29(1), 143-148. Recuperado de <https://bit.ly/2UzwWoQ>
- Sánchez, M. (2015). *Efectividad de un programa de intervención psicosocial enfermera para potenciar la agencia de autocuidado y la salud mental positiva en personas con problemas crónicos de salud* (Tesis doctoral). Universitat de Barcelona, España.
- Schmidt, V., Firpo, L., Vion, D., De Costa, M., Casella, L., Cuenya, L., Blum, G., & Pedrón, V. (2010). Modelo psicobiológico de personalidad de Eysenck: Una historia proyectada hacia el futuro. *Revista Internacional de Psicología*, 11(2), 1-21. Recuperado de <https://bit.ly/3Jy3kNV>
- Sierra, J., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: Tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, 3(1), 10-59. Recuperado de <https://bit.ly/3jgX9j0>
- Skodol, A. (2019). *Generalidades sobre los trastornos de la personalidad*. Recuperado de <https://msdmnls.co/3JxZoMZ>
- Soler, H., & Prada, A. (2019). *Propiedades psicométricas del Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI) en población militar colombiana* (Tesis de posgrado). Univeridad Santo Tomás, Colombia.
- Subdirección de Salud de Murcia. (2009). *Guía de práctica clínica para el tratamiento de la esquizofrenia en centros de salud mental*. Recuperado de <https://bit.ly/2TjBHit>
- Vergés, A., & Gómez, L. (2016). Personalidad y psicopatología: editorial. *Revista de psicología Universidad de Chile*, 25(1), 1-4. Recuperado de <https://bit.ly/3HbYSly>
- Villa, G. (2000). La situación legal y los niveles de ansiedad de una población reclusa. *La psicología social en México*, 8(s.n), 575-581. Recuperado de <https://bit.ly/3H4qZEo>

- Woodall, J. (2007). Barriers to positive mental health in a Young Offenders Institution: A qualitative study. *Health Education Journal*, 66(2), 132-140. doi: 10.1177/0017896907076752
- Zúñiga, D., & Riera, A. (2018). Historia de la salud mental en Ecuador y el rol de la Universidad Central del Ecuador, viejos paradigmas en una sociedad digitalizada. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Quito)*, 43(1), 39-45. doi 10.29166/ciencias_medicas.v43i1.1455

ANEXOS

Anexo 1: Índice de Tablas

Tabla 1. Escalas y Subescalas del Inventario de Evaluación de la Personalidad	16
Tabla 2. Tipos de Trastornos de Personalidad.....	21
Tabla 3. Síntesis de las Concepciones de Salud Mental en el Campo de la Salud Pública .	25
Tabla 4. Definición de los Seis Factores del Cuestionario de Salud Mental Positiva	35
Tabla 5. Fiabilidad del Inventario de la Personalidad en el CPL Tungurahua N° 1.....	40
Tabla 6. Fiabilidad del Cuestionario de Salud Mental Positiva en CPL Tungurahua N° 1.	41
Tabla 7. Análisis estadístico de la edad	43
Tabla 8. Análisis estadístico de los datos sociodemográficos.....	44
Tabla 9. Análisis estadístico de los datos académicos.....	45
Tabla 10. Análisis estadístico de los datos laborales	46
Tabla 11. Análisis estadístico de los datos penales	47
Tabla 12. Análisis estadístico de datos sociodemográficos: actividades de tiempo libre	49
Tabla 13. Análisis categorial de los resultados de las escalas clínicas	51
Tabla 14. Análisis categorial de las escalas relacionadas con la respuesta al tratamiento...	56
Tabla 15. Análisis categorial de los resultados de las escalas de relación interpersonal.....	57
Tabla 16. Análisis descriptivo del Cuestionario de Salud Mental Positiva	58
Tabla 17. Análisis categorial del Cuestionario de Salud Mental Positiva	59
Tabla 18. Análisis correlacional de personalidad y salud mental positiva	60

Anexo 2: Índice de Figuras

Figura 1. Plan Estratégico Nacional de Salud Mental	30
Figura 2. Planteamientos Conceptuales de Jahoda	34
Figura 3. Representación gráfica de las subescalas de Paranoia (PAR)	52
Figura 4. Representación gráfica de las subescalas de Rasgos Antisociales (ANT)	53
Figura 5. Representación gráfica de las subescalas de Esquizofrenia (ESQ)	54
Figura 6. Representación gráfica de las subescalas de Trastornos Somatomorfos (SOM)..	55
Figura 7. Representación gráfica de las subescalas de Ansiedad (ANS)	56

Anexo 3: Primera Ficha Ad Hoc Sociodemográfica**FICHA SOCIODEMOGRÁFICA**

Elaborado por: _____ Fecha: _____

DATOS PERSONALES DEL INTERNO

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Género: _____

Lugar de Procedencia: _____ Instrucción: _____ Ocupación: _____

Nacionalidad: _____ Religión: _____

DATOS JURÍDICOS:	
Delito:	Estado de causa: Procesado: _____ Sentenciado: _____
Sentenciado (años):	Número de sentencias:
Tiempo cumplido:	
Tiempo restante:	
Lugar y fecha de detención:	
Fecha de ingreso al C.R.S A:	

ACTIVIDADES A LAS QUE SE DEDICABA ANTES DE LA DETENCIÓN	ESPECIFIQUE
Estudiar:	
Trabajo formal:	
Trabajo informal:	
Tareas Domésticas:	
Otras:	
Ninguna:	

ASPECTO FAMILIAR:						
Estado civil:	Casado	Separado	Unido	Soltero	Divorciado	Viudo
Número de hijos:						
Mantiene contacto con la familia	SI			NO		
Conformación del núcleo familiar:	Esposa	Esposo	Hijos	Solo	Padre	Madre
	Hermanos	Otros:				

ASPECTO ACADÉMICO:	
Nivel de Instrucción alcanzado:	
Actualmente estudia:	SI NO
Qué estudia?	
Nivel	Primario: _____ Secundario: _____ Universitario: _____
Especialidad:	

ASPECTO LABORAL DENTRO DE LA INSTITUCIÓN:	
Participación en talleres:	SI NO
Qué taller?	
Trabaja:	SI NO
Qué realiza?	

Tiempo:	
---------	--

SALUD:		
De qué padece?		
¿Ha presentado complicaciones de salud?	SI	NO
¿Recibe tratamiento psiquiátrico?	SI	NO
Especifique:		

HÁBITOS:	
Consumo de: Alcohol: _____ Tabaco: _____ Drogas: _____ Otros: _____ _____	
ACTIVIDADES DE TIEMPO LIBRE:	
Dormir:	
Ver televisión:	
Escuchar música:	
Juegos de mesa:	
Deportes:	
Leer:	

Anexo 4: Segunda Ficha Ad Hoc Sociodemográfica

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

Datos generales:

Nombre: _____ Edad: _____
 Instrucción: _____ Ocupación: _____
 Estado civil: _____ Número de hijos: _____
 Elaborado por: _____

A continuación, se encuentran con una serie de preguntas respecto las condiciones de permanencia en la institución.

Dimensión / Variables	SI	NO
Demográficos		
Mujeres		
Hombres		
Servicios de salud		
¿Es fácil acceder a atención médica o de enfermería si lo requiere		
¿Está satisfecho con la calidad de la atención?		
Seguridad personal y trato interpersonal		
¿Ha sufrido maltrato físico por otros internos?		
¿Ha sufrido maltrato físico por funcionarios?		
¿Ha sufrido maltrato psicológico por otros internos?		
¿Ha sufrido maltrato psicológico por funcionarios?		
Visitas y contacto con el mundo exterior		
Visitado por esposo(a) o pareja		
Visitado por hijo(a)		
Visitado por madre o padre		
Visitado por otros familiares o amigos		
¿Las visitas en general reciben un trato adecuado?		
Reclamos		
¿Conoce los pasos a seguir, para hacer un reclamo justo?		
Acceso a programas		
¿Ha participado en programas de capacitación laboral?		
¿Ha trabajado remuneradamente en la institución?		
¿Ha recibido educación dentro de la institución?		
¿Ha participado en taller psicológico o social?		
¿Ha participado en actividades deportivas?		
¿Ha participado en actividades artísticas o culturales?		
Disposición a votar		
Si usted pudiera votar en las próximas elecciones, ¿estaría dispuesto a hacerlo?		
Cosas que cambiaría en la institución		

Mejor trato a las visitas		
Mejor trato a los internos		
Más beneficios penitenciarios		
Más respeto en las requisas		
Más programas laborales		
Mejor atención médica o de enfermería		
Que haya teléfonos públicos		
Aclarar pasos para solicitudes		

Anexo 5: Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI)

Inventario PAI (Personality Assessment Inventory) Morey (1991)					
Si el significado de la oración es Absolutamente falso, rellene con una X en AF. Si el significado de la oración es Ligeramente cierto, rellene con X a LC. Si el significado de la oración es Principalmente cierto, rellene con X a PC. Si el significado de la oración es Muy cierto, rellene con X a MC		Absolutamente falso	Ligeramente cierto	Principalmente cierto	Muy cierto
1	Mis amigos/as están a mis disposición si los/as necesito				
2	Tengo luchas internas que me causan problemas				
3	Mis condiciones de salud han restringido mis actividades				
4	Estoy tan tenso/a en ciertas situaciones que tengo gran dificultad en manejarlo				
5	Tengo que hacer algunas cosas de cierta manera, si no me pongo nervioso/a				
6	Casi todo el tiempo estoy triste sin ninguna razón				
7	A menudo pienso y hablo tan rápido que la otra gente no puede seguirme				
8	Se puede confiar en casi toda las personas que conozco				
9	A veces no me acuerdo quién soy				
10	Tengo algunas ideas que otros piensan que son raras				
11	Normalmente me porto/portaba bien en la escuela				
12	Por años he ido a muchos médicos				
13	Soy una persona muy sociable				
14	Puedo cambiar de humor muy de repente				
15	A veces me siento culpable por lo mucho que bebo (alcohol)				
16	Soy una persona que se enfrenta a la vida				
17	Mi actitud acerca de mí mismo/a cambia mucho				
18	Las personas se sorprenderían si le gritara a alguien				
19	Mis relaciones han sido atormentadas				
20	A veces quisiera estar muerto/a				
21	Las personas tiene miedo de mi humor				
22	A veces uso drogas para sentirme mejor				
23	He probado casi todo tipo de drogas				
24	A veces dejo que me molesten mucho cosas de poca importancia				
25	A menudo tengo problemas concentrándome porque estoy nervioso				
26	A menudo tengo miedo de meter la pata y decir algo malo				
27	Creo que he quedado mal con todos				
28	Tengo muchas ideas brillantes				
29	Algunas personas se salen de su camino para molestarme				

30	Parece que no me relaciono muy bien con las personas				
31	He pedido prestado dinero sabiendo que no iba a pagarlo				
32	Casi todo el tiempo me siento bien				
33	Con frecuencia me siento con miedo				
34	Sigo reviviendo algo terrible que me pasó				
35	Casi todo el tiempo no me siento bien				
36	Puedo ser muy exigente cuando quiero que las cosas se hagan rápido				
37	Por lo común la gente me trata justamente				
38	Mi modo de pensar se ha puesto confuso				
39	Me fascina hacer cosas peligrosas				
40	Me encantan las películas de humor negro				
41	Me gusta estar junto con mi familia				
42	Necesito hacer algunos cambios importantes en mi vida				
43	He tenido enfermedades que los médicos no podían explicar				
44	No puedo hacer algunas cosas bien debido al nerviosismo				
45	Tengo impulsos fuertes y lucho para controlarlos				
46	Se me ha olvidado lo que es estar contento/a				
47	Me echo tantas responsabilidades encima que no puedo con ellas				
48	Tengo que estar en alerta a la posibilidad de que las personas me sean infieles				
49	Tengo visiones en las que me veo forzado/a a cometer delitos				
50	A veces, otras personas me ponen ideas en la cabeza				
51	A propósito he dañado la propiedad de otra persona				
52	Mis problemas de salud son muy complicados				
53	Me resulta fácil encontrar nuevos amigos				
54	Mis estados de ánimo se vuelven muy intensos o fuertes				
55	Tengo problemas controlando la bebida alcohólica				
56	Soy un/a líder de nacimiento				
57	Algunas veces me siento terriblemente vacío/a por dentro				
58	Les digo todo lo que pienso a las personas cuando lo merecen				
59	Quiero que ciertas personas sepan cuánto me han lastimado				
60	He pensado en las formas en que puedo matarme				
61	Algunas veces me da rabia y me descontrolo completamente				
62	Las personas me han dicho que tengo problemas con las drogas				
63	Nunca uso drogas para ayudarme a desenvolverme en la vida				
64	Algunas veces evito verme con alguien que no me gusta nada				
65	Con frecuencia me es difícil divertirme porque me preocupo de las cosas				
66	Tengo temores exagerados				
67	Algunas veces siento que no valgo nada				

68	Tengo algunos talentos especiales que pocos otros tienen				
69	Algunas personas hacen cosas para hacerme quedar mal				
70	No tengo mucho que decirle a nadie				
71	Me aprovecho de los demás si me dan la oportunidad				
72	Sufro de mucho dolor				
73	Me preocupo tanto que a veces siento que voy a desmayarme				
74	Pensamientos acerca de mi pasado, con frecuencia me molestan cuando estoy pensando en otra cosa				
75	No tengo problemas para dormir				
76	Me irrita mucho cuando la gente trata de impedir que alcance mis objetivos				
77	Parece que tengo tanta suerte en la vida como los demás				
78	Mis ideas me confunden algunas veces				
79	Hago muchas cosas alborotadas por el simple placer de hacerlo				
80	Algunas veces recibo anuncios en el correo o e-mail que en verdad no quiero				
81	Si tengo problemas, tengo con quién hablar				
82	Tengo que cambiar algunas de mis cosas, aunque me duelan				
83	No puedo explicarme por qué he tenido falta de sentido en partes de mi cuerpo				
84	A veces tengo miedo sin ninguna razón				
85	Me molesta cuando las cosas están fuera de su lugar				
86	Todo parece requerir un esfuerzo grande				
87	Recientemente he tenido mucha más energía de lo común				
88	La mayoría de la gente tiene buenas intenciones				
89	Desde el día en que nací estaba destinado/a a ser desdichado/a				
90	A veces parece que mis pensamientos se anuncian para que los otros puedan oírlos				
91	He hecho algunas cosas que no eran del todo legales				
92	Es una lucha para mí hacer las cosas con los problemas médicos que tengo				
93	Me gusta conocer gente nueva				
94	Mi forma de ser es muy estable				
95	Ha habido momentos en que he tenido que limitarme en la bebida				
96	Yo sería bueno/a en un trabajo donde le dijera qué hacer a los demás				
97	Me preocupa mucho que otras personas me abandonen				
98	Cuando me enojo con los otras personas desconocidas en la calle, se los hago saber				
99	Algunas personas que antes eran buenas amistades, han quedado mal conmigo				
100	He planeado cómo matarme				
101	A veces soy muy violento/a				
102	El uso de drogas me ha causado problemas de dinero				

103	Nunca he tenido problemas en el trabajo por las drogas				
104	A veces me quejo demasiado				
105	Con frecuencia estoy tan preocupado/a y nervioso/a que apenas puedo aguantarlo				
106	Me pongo muy nervioso/a cuando tengo que hacer algo delante de los demás				
107	No tengo ganas de hacer más esfuerzos				
108	Mis planes me harán famoso/a algún día				
109	Me son fieles las personas a mi alrededor				
110	Soy solitario/a				
111	Estoy dispuesto/a a hacer casi todo si considero que vale la pena				
112	Estoy bien de salud				
113	Algunas veces me siento mareado/a cuando he estado bajo mucha presión				
114	Hace mucho tiempo que me molestan los recuerdos de una mala experiencia				
115	Es raro que tenga problemas de sueño				
116	Algunas veces me enojo porque los demás no entienden mis planes				
117	He dado bastante pero no he recibido mucho a cambio				
118	Algunas veces tengo problemas distinguiendo entre ideas diferentes				
119	Mi comportamiento a veces es alborotado				
120	Me gustan los deportes poco comunes				
121	Paso casi todo el tiempo solo/a				
122	Necesito ayuda para enfrentarme con problemas importantes				
123	He tenido episodios de visión doble o de visión borrosa				
124	No soy el tipo de persona que se asusta fácilmente				
125	Puedo relajarme aun cuando mi casa esté desordenada				
126	Nada parece darme mucho placer				
127	A veces mis ideas se mueven rápidamente				
128	Normalmente supongo que la gente dice la verdad				
129	Creo que tengo tres o cuatro personalidades completamente diferentes dentro de mí				
130	Los demás pueden leer mis pensamientos				
131	Decía muchas mentiras para salir de apuros				
132	Mis problemas médicos siempre parecen difíciles de solucionar				
133	Soy una persona calurosa				
134	No controlo muy bien mi humor				
135	La bebida parece causarme problemas en mis relaciones con los demás				
136	Me es difícil defender mis intereses				
137	Con frecuencia me pregunto lo que debo hacer con mi vida				
138	No tengo miedo de gritarle a alguien para que me entienda				
139	Es raro que me sienta solo/a				

140	Recientemente he estado pensando en el suicidio				
141	Algunas veces rompo cosas cuando estoy enojado/a				
142	Nunca uso drogas ilegales				
143	A veces hago las cosas tan impulsivamente que me meto en líos				
144	A veces soy demasiado impaciente				
145	Mis amigos/as dicen que me preocupo mucho				
146	No me meten miedo con facilidad				
147	Parece que no puedo concentrarme muy bien				
148	He hecho algunas cosas extraordinarias				
149	Alguna gente trata de evitar que yo progrese				
150	No tengo relaciones cercanas con nadie				
151	Hablando puedo salirme de cualquier apuro				
152	Casi nunca me quejo de cómo me siento físicamente				
153	A menudo siento el corazón latiéndome fuerte				
154	No parece que pueda olvidarme de algo del pasado				
155	Estoy moviéndome más lento que de lo normal				
156	Tengo grandes planes y me irrita que la gente trate de meterse en ellos				
157	La gente no aprecia lo que he hecho por ellos				
158	Algunas veces parece que alguien está bloqueando mis pensamientos				
159	Si me canso de un lugar, simplemente recojo mis cosas y me voy				
160	La mayoría de la gente prefiere ganar o perder				
161	La mayoría de mis amistades me apoyan				
162	Me da curiosidad saber por qué me porto como me porto				
163	Ha habido momentos en que la vista se me ha puesto mala y después ha mejorado otra vez				
164	Soy una persona muy calmada y relajada				
165	La gente dice que soy perfeccionista				
166	He perdido interés en las cosas que antes me gustaban				
167	Mis amigos/as no pueden alcanzarme en las actividades sociales				
168	La gente generalmente esconde sus motivos verdaderos				
169	La gente no entiende cuánto sufro				
170	He oído voces que nadie más podía oír				
171	Me gusta saber hasta qué punto puedo salirme con la mía				
172	Solamente he tenido los problemas de salud que la mayoría de la gente tiene				
173	Tardo un poco en acercarme a la gente				
174	Siempre he sido una persona bastante feliz				
175	La bebida me ayuda a compartir situaciones sociales				
176	Me siento mejor en situaciones en las que soy líder				

177	No puedo aguantar bien la separación de aquellos que están cerca de mí				
178	Si puedo siempre evito discusiones				
179	He cometido verdaderos errores con la gente que escojo como amigos				
180	He pensado en el suicidio por mucho tiempo				
181	He amenazado con hacerle daño a la gente				
182	He usado recetas médicas para comprar medicamentos que me pongan de buen humor				
183	Cuando estoy disgustado/a normalmente hago algo para hacerme daño				
184	No acepto nada bien el que me critiquen				
185	No me preocupo por las cosas más que la mayoría de las otras personas				
186	No me molesta manejar en autopistas llenas de vehículos				
187	No importa lo que yo haga, nada sirve				
188	Creo que sé la solución de algunos problemas muy importantes				
189	Hay gente que quiere hacerme daño				
190	Disfruto de la compañía de otras personas				
191	No me gusta estar atado/a a otra persona				
192	Tengo problemas en la espalda				
193	Es fácil para mí relajarme				
194	He tenido algunas experiencias terribles que me hacen sentir culpable				
195	A menudo me despierto temprano por la mañana y no puedo dormir otra vez				
196	Me molesta cuando la gente es demasiado lenta para entender mis ideas				
197	Normalmente me han reconocido todo lo que he hecho				
198	Mis pensamientos tienden a cambiar rápidamente de una cosa a la otra				
199	La idea de “echar raíces” nunca me ha atraído				
200	Mis pasatiempos favoritos serían el tiro con arco y el coleccionar estampillas				
201	Las personas que conozco me tiene aprecio				
202	Me siento cómodo/a con mi persona tal como soy				
203	He tenido episodios en que he perdido la sensibilidad en las manos				
204	A menudo siento que algo terrible está a punto de pasar.				
205	Normalmente estoy consciente de objetos que tienen muchos gérmenes				
206	No tengo ningún interés en la vida				
207	Siento que tengo que mantenerme activo/a y no descansar				
208	La gente piensa que soy muy desconfiado/a				
209	De vez en cuando pierdo completamente la memoria				
210	Hay gente que trata de controlar mis pensamientos				
211	Nunca me expulsaron o me suspendieron de la escuela				
212	He tenido algunas enfermedades fuera de lo común				
213	A la gente le lleva tiempo conocerme				

214	Ha habido momentos en que he estado tan enfadado/a que no podía expresar toda mi ira				
215	Algunas personas a mi alrededor piensan que tomo demasiado alcohol				
216	Prefiero dejar que otros tomen las decisiones				
217	No me aburro fácilmente				
218	No me gusta levantar la voz				
219	Cuando alguien intenta hacerse mi amigo/a lo consigue fácilmente				
220	La muerte sería un alivio				
221	De adulto/a nunca he empezado una pelea física				
222	No puedo controlar el uso de las drogas				
223	Soy demasiado impulsivo/a y eso me trae problemas				
224	A veces dejo las cosas para última hora				
225	No me preocupo por las cosas que no puedo controlar				
226	No tengo miedo a las alturas				
227	Creo que me pasarán cosas buenas en el futuro				
228	Creo que sería un/a bueno/a humorista				
229	La gente casi nunca me trata mal a propósito				
230	Si puedo me gusta estar junto con otras personas				
231	No me gusta estar en una relación amorosa por mucho tiempo				
232	Tengo el estómago débil				
233	Cuando estoy bajo mucha presión, algunas veces tengo problemas con la respiración				
234	Sigo teniendo pesadillas acerca de mi pasado				
235	Tengo buen apetito				
236	No tengo paciencia con la gente que trata de detenerme en mi progreso				
237	Las personas con éxito generalmente se ha ganado el éxito				
238	Algunas veces me pregunto si me están robando los pensamientos				
239	Me gusta manejar rápido				
240	No me gusta comprar cosas que están a sobreprecio				
241	En mi familia discutimos más de lo que hablamos				
242	Muchos de mis problemas son de mi propia causa				
243	Ha habido veces en que las piernas las tenía tan débiles que no podía caminar				
244	Casi nunca me siento ansioso/a o tenso/a				
245	Las personas me ven como alguien que pone mucha atención en los pequeños detalles				
246	Últimamente eh estado contento/a casi todo el tiempo				
247	Recientemente he necesitado menos sueño de lo normal				
248	Las cosas casi nunca son como parecen por afuera				

249	Algunas veces lo veo todo en blanco y negro				
250	Tengo un sexto sentido que me dice lo que va a pasar				
251	Nunca he tenido problemas con la justicia				
252	Para mi edad, tengo bastante buena salud				
253	Trato de incluir a la gente que parece estar aislada				
254	Algunas veces lo primero que hago por la mañana es tomarme una bebida alcohólica				
255	La bebida me ha causado problemas en casa				
256	Digo lo que tengo en la mente				
257	Normalmente hago lo que otras personas me dicen				
258	Tengo mal genio				
259	Aguanto mucho antes de enfadarme				
260	He pensado lo que diría en una nota suicida				
261	No se me ocurre nada para seguir viviendo				
262	He tenido problemas de salud por usar drogas				
263	Gasto dinero demasiado fácilmente				
264	Algunas veces hago promesas que no puedo cumplir				
265	Normalmente me preocupo de las cosas más de lo que debo				
266	No subo a aviones				
267	Puedo contribuir algo de valor				
268	Recientemente me siento tan confiado/a de mí mismo/a que creo que puedo realizar cualquier cosa.				
269	La gente me la tiene jurada				
270	Entablo amistad fácilmente				
271	Me preocupo primero de mí mismo/a, que los otros se cuiden a sí mismos.				
272	Me dan más dolores de cabeza que a la mayoría de las personas				
273	Me transpiran las manos a menudo				
274	Desde que tuve una mala experiencia no me interesan más las cosas que antes disfrutaba				
275	Con frecuencia me despierto a mitad de la noche				
276	A veces estoy muy resentido/a y fácil de disgustar				
277	No soy el tipo de persona que guarda resentimientos				
278	Las ideas de pronto se me van de la cabeza				
279	No soy una persona que evita provocaciones arriesgadas				
280	La mayoría de las personas anticipan con agrado la visita al dentista				
281	Le dedico poco tiempo a mi familia				
282	Puedo resolver mis problemas por mí mismo/a				
283	A veces se me han paralizado partes del cuerpo				

284	Me asusto fácilmente				
285	Me mantengo bajo un control absoluto				
286	Casi siempre soy una persona feliz y positiva				
287	Casi nunca compro cosas por impulso				
288	La gente tiene que ganarse mi confianza				
289	No tengo ningún buen recuerdo de mi niñez				
290	No creo que haya gente pueda leer la mente				
291	Nunca me he llevado o apropiado de cosas que no fueran mías				
292	Me gusta hablar con la gente de sus problemas médicos				
293	Soy una persona afectuosa				
294	Nunca manejo o manejaría en estado de ebriedad				
295	Casi nunca tomo alcohol				
296	La gente escucha mis opiniones				
297	Si recibo mala atención en un comercio, se lo digo al gerente o jefe				
298	Mi carácter nunca me mete en problemas				
299	La ira nunca se me va de las manos				
300	He pensado en cómo los demás reaccionarían si me matara				
301	He tenido muchos incentivos para vivir				
302	Mis mejores amigos/as son aquellos con los que uso drogas				
303	Soy una persona desenfrenada				
304	Ha habido momentos en que podría haber sido más considerado/a de lo que fui				
305	Algunas veces me pongo tan nervioso/a que temo que voy a morir				
306	No me importa viajar en micro o por avión				
307	Tengo mucho éxito en lo que hago				
308	Nunca podría imaginarme ser famoso/a				
309	Soy víctima de una conspiración				
310	Me mantengo en contacto con mis amigos/as				
311	Cuando hago una promesa, en verdad no necesito cumplirla				
312	Con frecuencia tengo diarrea				
313	Nunca me tiemblan las manos				
314	Evito ciertas cosas que me traen malos recuerdos				
315	Tengo poco interés en el sexo				
316	Tengo poca paciencia con aquellos que no están de acuerdo con mis planes				
317	El ser servicial con los demás resulta de provecho al final				
318	Ahora puedo concentrarme tan bien como antes				
319	Nunca me arriesgo si puedo evitarlo				
320	En mi tiempo libre podría leer, mirar televisión o simplemente relajarme				
321	Tengo muchos problemas económicos				

322	Mi vida no se puede anticipar				
323	Ha habido muchos cambios en mi vida recientemente				
324	No hay mucha estabilidad en casa				
325	Las cosas no van bien dentro de mi familia				
326	Estoy contento con mi situación laboral				
327	Me preocupa el poder tener suficiente dinero para vivir				
328	Mi relación con mi esposa/o o compañera/o o amigo/a más íntimo/a no va bien				
329	Tengo severos problemas psicológicos que empezaron de repente				
330	Soy el tipo de persona que siente simpatía por los demás				
331	Las relaciones amorosas son importantes para mí				
332	Soy muy impaciente con la gente				
333	Tengo más amigos/as que la mayoría de la gente que conozco				
334	La bebida nunca me ha metido en problemas				
335	La bebida me ha causado problemas en el trabajo				
336	No me gusta decirle a las personas si estoy en desacuerdo con ellas				
337	Soy una persona muy independiente				
338	Cuando me enfado, me cuesta mucho calmarme				
339	La gente cree que soy agresivo/a				
340	Estoy pensando en suicidarme				
341	Las cosas nunca han estado tan mal como para pensar en suicidarme				
342	El que yo use drogas nunca me ha causado problemas con mi familia o mis amigos/as				
343	Tengo cuidado al gastar dinero				
344	Es raro cuando me pongo de mal humor				

Anexo 6: Cuestionario de Salud Mental Positiva

		Siempre o casi siempre	Con Bastante Frecuencia	Algunas Veces	Nunca o casi nunca
1	A mi, me resulta especialmente difícil aceptar a los otros cuando tienen actitudes distintas a las mías				
2	Los problemas me bloquean fácilmente				
3	A mi, me resulta especialmente difícil escuchar a las personas que me cuentan sus problemas				
4	.... me gusto como soy				
5	.... soy capaz de controlarme cuando experimento emociones negativas				
6	.... me siento a punto de explotar				
7	Para mi, la vida es aburrida y monótona				
8	A mi, me resulta especialmente difícil dar apoyo emocional				
9	.... tengo dificultades para establecer relaciones interpersonales profundas y satisfactorias con algunas personas				
10	.... me preocupa mucho lo que los demás piensan de mi				
11	Creo que tengo mucha capacidad para ponerme en el lugar de los demás y comprender sus respuestas				
12	.... veo mi futuro con pesimismo				
13	Las opiniones de los demás me influyen mucho a la hora de tomar mis decisiones				
14	.... me considero una persona menos importante que el resto de personas que me rodean				
15	.... soy capaz de tomar decisiones por mi misma/o				
16	.... intento sacar los aspectos positivos de las cosas malas que me suceden				
17	.... intento mejorar como persona				
18	.... me considero "un/a buen/a psicólogo/a"				

19	.... me preocupa que la gente me critique				
20	... creo que soy una persona sociable				
21	.... soy capaz de controlarme cuando tengo pensamientos negativos				
22	.... soy capaz de mantener un buen nivel de autocontrol en las situaciones conflictivas de mi vida				
23	.... pienso que soy una persona digna de confianza				
24	A mi, me resulta especialmente difícil entender los sentimientos de los demás				
25	.... pienso en las necesidades de los demás				
26	Si estoy viviendo presiones exteriores desfavorables soy capaz de continuar manteniendo mi equilibrio personal				
27	Cuando hay cambios en mi entorno intento adaptarme				
28	Delante de un problema soy capaz de solicitar información				
29	Los cambios que ocurren en mi rutina habitual me estimulan				
30	.... tengo dificultades para relacionarme abiertamente con mis profesores/jefes				
31	.... creo que soy un/a inútil y no sirvo para nada				
32	.... trato de desarrollar y potenciar mis buenas aptitudes				
33	.... me resulta difícil tener opiniones personales				
34	Cuando tengo que tomar decisiones importantes me siento muy insegura/o				
35	.... soy capaz de decir no cuando quiero decir no				
36	Cuando se me plantea un problema intento buscar posibles soluciones				
37	.... me gusta ayudar a los demás				
38	.... me siento insatisfecha/o conmigo misma/o				
39	.... me siento insatisfecha/o de mi aspecto físico				