



Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.

Facultad de Ciencias Médicas.

Carrera de Psicología



Tema:

Síntomas psicopatológicos que presentan los internos del Sistema Penitenciario Nacional de Chinandega en periodo de adaptación Marzo- Octubre 2007.

Elaborado por:

Br. Mayra Yessenia López Hernández

Br. Mayerlin Yorlene Vargas Valladares

Tutor:
Dr. Trinidad Caldera

Asesor:
Lic. Ever Téllez



DIDICATORIA

Dedicamos este triunfo a quienes han colaborado a que alcancemos el ideal que nos propusimos y en especial

- Dios: que nos ha iluminado dándonos la fuerza, el don de la vida y la sabiduría para lograr culminar nuestro estudio con éxito.
- Nuestros padres: a quienes debemos la vida y que forjaron con sacrificio las sendas que hemos recorrido para darnos esta oportunidad de un futuro mejor.
- Nuestros docentes: que durante todo el trayecto nos han formado integralmente con su conocimiento, cariño y abnegación.
- Y a todas las personas que con su ayuda hicieron posible la realización de nuestro trabajo.



AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios nuestro padre celestial fuente de sabiduría y amor que ha iluminado nuestro camino para alcanzar nuestra meta a pesar de las adversidades.

A nuestros padres que con mucho esfuerzo, sacrificio, dedicación, apoyo y amor nos han brindado soporte para concluir nuestra tesis de grado.

A nuestro tutor el Dr. Trinidad Caldera y a nuestro asesor estadístico Lic. Ever Téllez que con mucho esmero, abnegación y tolerancia nos dieron el pan de la enseñanza, confianza y perseverancia.

“A TODOS ELLOS MUCHAS GRACIAS”



INDICE

Agradecimiento

Dedicatoria

I.	Introducción	1
II.	Planteamiento del Problema	3
III.	Objetivos	4
IV.	Marco de Referencia	5
V.	Diseño Metodológico	19
VI.	Resultados	25
VII.	Discusión de los resultados	27
VIII.	Conclusiones	30
IX.	Recomendaciones	31
X.	Referencias bibliográficas	32
XI.	Anexos	36



I. INTRODUCCIÓN

Salud mental es el estado que se caracteriza por el bienestar psíquico y la autoaceptación. Desde una perspectiva clínica la salud mental es la ausencia de enfermedades mentales, afecciones o síndromes psíquicos y conductuales, es la manera como se conoce en términos generales el estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural lo que garantiza su participación laboral, intelectual y de relaciones para alcanzar un bienestar y calidad de vida.

Muchos expertos consideran a la salud mental como un continuum, es decir, que la salud mental de un individuo puede tener diferentes y múltiples valores. El bienestar mental, es visto como aquel atributo positivo por el que una persona puede alcanzar los niveles correspondientes de prosperidad que resultan en la capacidad de vivir en plenitud y con creatividad, además de poseer una evidente flexibilidad que le permite afrontar dificultades, fracasos y los retos inevitables que plantea la vida.

El tema de la salud mental, además, no concierne sólo a los aspectos de atención posterior al surgimiento de desordenes mentales evidentes, sino que corresponde además al terreno de la prevención de los mismos con la promoción de un ambiente socio-cultural determinado por aspectos como la autoestima, las relaciones interpersonales y otros elementos que deben venir ya desde la educación más primaria de la niñez y de la juventud.

Un trastorno mental es conceptualizado como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico que tiene relevancia clínica, aparece asociado a un malestar (p. ej., dolor), a una discapacidad (p. ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica.¹



En nuestra labor de investigadoras de dicho estudio nos encontramos con que no existen estudios o antecedentes sobre los síntomas psicopatológicos que presentan las personas privados de libertad utilizando como instrumento el test SCL-90R lo que encontramos eran estudios sobre transgresores de la ley y privados de libertad.

Nosotras consideramos de gran importancia el estudio de los síntomas psicopatológico de los internos del penitenciario de Chinandega, pues estos están expuestos a un sinnúmero de situaciones y privaciones que pueden provocar algún tipo de alteración en la salud mental de los mismos debido a la condición de privación de libertad en la que se encuentran, pues esto representa un hecho relevante en el estilo de vida que llevaban anteriormente. También consideramos de gran importancia las relaciones de compañerismo que estos privados de libertad puedan desarrollar en el penitenciario para disminuir la posible ansiedad que puedan presentar por su condición actual.

Los internos del sistema penitenciario que son motivo de estudio pertenecen a un grupo de reos que aun no habían sido condenados y con delitos mayores, los que son llevados al pabellón donde se encuentran los reos que son clasificados como "periodo de adaptación" el cual consiste en un tiempo de un año en el cual se pretende que se adapten al lugar donde cumplirán condena.

Esperamos que este trabajo sea de gran utilidad para los estudiantes de grados menores, al director del penitenciario y a la sociedad en general que les interese nuestra investigación.



II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los síntomas psicopatológicos que presentan los internos del Sistema Penitenciario Nacional de Chinandega en periodo de adaptación Marzo - Octubre 2007?



III. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Determinar los síntomas psicopatológicos que presentan los internos del Sistema Penitenciario Nacional de Chinandega en periodo de adaptación en el tiempo Marzo a Octubre 2007.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✓ Describir los datos sociodemográficos de los internos del Sistema Penitenciario Nacional de Chinandega que forman parte de nuestro estudio.
- ✓ Identificar síntomas psicopatológicos que presentan los internos del Sistema Penitenciario Nacional de Chinandega en periodo de adaptación.
- ✓ Reconocer los síntomas psicopatológicos que son mas frecuentes entre hombres y mujeres internos del Sistema Penitenciario Nacional de Chinandega en periodo de adaptación.



IV. MARCO REFERENCIAL

LA SALUD MENTAL:

Es el Desarrollo óptimo del individuo dentro de su entorno teniendo en cuenta su edad, capacidad innata, condiciones de vida y cultura.

Satisface la demanda grupal comunitaria y social, se integra más con la salud psíquica y busca de manera objetiva alcanzar lo que se conoce como salud integral no solo la ausencia de enfermedad una elevación de parámetros de calidad de vida, bienestar individual y colectivo.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la salud mental puede definirse de la siguiente manera: "La salud mental ha sido definida de múltiples formas por estudiosos de diferentes culturas. Los conceptos de salud mental incluyen el bienestar subjetivo, la autosuficiencia perseguida, la autonomía, la competitividad, la dependencia intergeneracional y la autoactualización del propio intelecto y potencial emocional, entre otros. Desde una perspectiva cultural, es casi imposible definir la salud mental de manera comprensible. Sin embargo, algunas veces se utiliza una definición amplia y los profesionales generalmente están de acuerdo en decir que la salud mental es un concepto más complejo que decir simplemente que se trata de la carencia de un desorden mental"

Dice además la OMS que el aspecto de la salud mental es una materia de vital importancia en todo el mundo pues tiene que ver con el bienestar de la persona, de las sociedades y de las naciones, Concluye la organización que los desórdenes mentales son producto de una compleja interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales.

PSICOPATOLOGÍA:

En psicología se puede decir que Psicopatología es el estudio de los problemas de conducta, conciencia y comunicación, considerados como procesos patológicos de la vida psíquica. Es también denominada psicología de los procesos anormales o de las conductas desviadas.



Es necesario no separar la realidad de la salud mental de la salud física, lo corresponde a la perfección con la sentencia "mente sana en cuerpo sano". La relación que existe entre enfermedades biológicas y enfermedades mentales tienen una evidente conexión, como lo señala Benedetto Saraceno en el Simposio "Salud mental y física durante toda la vida" de la Organización Panamericana de la Salud (OPS): "Los desafíos complejos que presenta la comorbilidad de las enfermedades mentales y físicas estarían dirigidos a permitir que el paciente sea mucho mejor atendidos en todo el mundo con estrategias de atención integral dirigidas al paciente y a la comunidad.

ENFERMEDAD MENTAL:

Son afecciones o síndromes psíquicos y conductuales, opuestos a los propios de los individuos que gozan de buena salud mental. En general, son causa de angustia y deterioro en importantes áreas del funcionamiento psíquico, afectando al equilibrio emocional, al rendimiento intelectual y la adaptación social. A través de la historia y en todas las culturas se han descrito diferentes tipos de trastornos, pese a la vaguedad y a las dificultades que implica su definición.

Existen numerosas enfermedades mentales con mayor o menor gravedad y repercusión social.

- Enfermedad que no altera la autocrítica, su autodeterminación, conserva la autonomía y su personalidad por que el juicio no esta perturbado.
- Cuando hay perturbaciones del juicio comprometida con la autocrítica no ser responsable con sus actos por deficiencia o desviación.
- Esquizofrenia: son de mayor repercusión personal, social y familiar
- El paciente impide o dificulta el tratamiento de la enfermedad: falta de convencer que el tiene que padecer la enfermedad.
- Resistencia a ser atendido por un profesional.
- Toma de medicamento o que acuda a una psicoterapia ocupacional, o una hospitalización en casos de crisis, desorden de las ideas, sentimientos un trastorno grave de razonamiento, comportamiento de la facultad de reconocer la realidad y de adaptarse a los hechos normales de la vida.



SOMATIZACIÓN

Esencialmente el trastorno de somatización es un patrón de síntomas somáticos, recurrentes, múltiples y clínicamente significativos. Se considera que un síntoma somático es clínicamente significativo si requiere tratamiento médico (p. ej., tomar un medicamento) o causa un deterioro evidente de la actividad social o laboral, o en otras áreas importantes de la actividad del individuo, demostrando con pruebas diagnósticas o presuntivas de que los síntomas tienen origen psicológico.

El trastorno de somatización es el trastorno somatomorfo más extendido. Por definición, es un trastorno polisintomático que afecta a múltiples sistemas orgánicos.

El trastorno de somatización ha sido el trastorno somatomorfo más meticulosamente estudiado y el más validado en términos de fiabilidad diagnóstica, estabilidad a lo largo del tiempo, predicción de la utilización de servicios sanitarios, e incluso carácter hereditario. Sin embargo, se ha discutido su validez como síndrome individualizado (Bass y Murphy, 1990).¹

OBSESIVO-COMPULSIVO

Las obsesiones se definen como ideas, pensamientos, impulsos o imágenes de carácter persistente que el individuo considera intrusas e inapropiadas y que provocan una ansiedad o malestar significativos.

Esta cualidad intrusa e inapropiada que caracteriza las obsesiones se ha venido a denominar «egodistónica». Este concepto hace referencia a la sensación que tiene el individuo de que el contenido de la obsesión es ajeno fuera de su control y no encaja en el tipo de pensamientos que él esperaría tener. Sin embargo, el individuo es capaz de reconocer que estas obsesiones son el producto de su mente y no vienen impuestas desde fuera (como sucede en la inserción del pensamiento).



Las obsesiones más frecuentes son ideas recurrentes que versan sobre temas como la contaminación (p. ej., contraer una enfermedad al estrechar la mano de los demás), dudas repetitivas (p. ej., preguntarse a uno mismo si se ha realizado un acto en concreto, como haber atropellado a alguien con el coche o haber olvidado cerrar la puerta con llave), necesidad de disponer las cosas según un orden determinado (p. ej., intenso malestar ante objetos desordenados o asimétricos), impulsos de carácter agresivo u horroroso (p. ej., herir a un niño o gritar obscenidades en una iglesia) y fantasías sexuales (p. ej., una imagen pornográfica recurrente). Estos pensamientos, impulsos o imágenes no constituyen simples preocupaciones excesivas por problemas de la vida real (p. ej., inquietud o dificultades del momento, p. ej., económicas, laborales, o escolares); es más, rara vez se relacionan con hechos de la vida real.

El individuo que tiene obsesiones intenta con frecuencia ignorar o suprimir estos pensamientos o impulsos o bien neutralizarlos mediante otras ideas o actividades (es decir, compulsiones).

Las compulsiones se definen como comportamientos (p. ej., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. ej., rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter recurrente, cuyo propósito es prevenir o aliviar la ansiedad o el malestar, pero no proporcionar placer o gratificación. En la mayoría de los casos la persona se siente impulsada a realizar la compulsión para reducir el malestar que lleva consigo una obsesión determinada o bien para prevenir algún acontecimiento o situación negativos. Por ejemplo, los individuos que están obsesionados por la posibilidad de contraer una enfermedad pueden aliviar este malestar mental lavándose las manos hasta que se les arruga la piel; los individuos perturbados por la idea de haber olvidado cerrar una puerta con llave pueden sentirse impulsados a comprobar la cerradura cada 5 min.; los individuos obsesionados por pensamientos blasfemos no deseados pueden verse aliviados contando del 1 al 10 y del 10 al 1 cien veces por cada uno de estos pensamientos. Por definición, las compulsiones resultan claramente excesivas o no están conectadas de forma racional con las ideas que deben neutralizar o prevenir. Las compulsiones más frecuentes implican tareas de lavado o limpieza,



comprobaciones, demandas o exigencias de certeza, actos de carácter repetitivo y puesta en orden de objetos. ²

SENSITIVIDAD INTERPERSONAL

Se focaliza en detectar la presencia de sentimientos de inferioridad e inadecuación, en especial cuando la persona se compara con sus semejantes

Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las áreas siguientes:

1. Cognición (p. ej., formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos).
2. Afectividad (p. ej., la gama, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional).
3. Actividad interpersonal.
4. Control de los impulsos. ⁴

DEPRESION

Los trastornos depresivos constituyen un grupo de trastornos mentales habitualmente caracterizados por un conjunto coherente de síntomas que son la expresión de la afectación de diferentes funciones psicológicas: afectividad (tristeza), cognición (desesperanza), psicomotricidad (inhibición) y conducta (hipoactividad). El síndrome depresivo es extraordinariamente heterogéneo en relación a sus causas (desde factores biológicos a factores psicológicos), su evolución (desde la remisión hasta la cronicidad o el suicidio), o su intensidad (desde estados próximos a la normalidad o con repercusión casi exclusiva en la esfera subjetiva, hasta cuadros muy graves con incapacitación en todas las áreas de funcionamiento personal).



Por otra parte, hay que reconocer que los límites de la depresión son difusos, y la depresión puede ser conceptualizada alternativamente como síntoma, síndrome, enfermedad, o incluso, como una forma de reacción normal del ser humano ante acontecimientos de la vida. Esto hace que cuestiones como la definición, diagnóstico y clasificación de la depresión planteen serios problemas teóricos y prácticos (terapéuticos) aún no resueltos completamente. Estos problemas se reflejan en las principales denominaciones empleadas para definir estas condiciones. La palabra depresión es la más utilizada tanto en ambientes médicos como popularmente, sin embargo, es demasiado genérica e inespecífica y además implica que todas las depresiones son iguales, lo cual no es cierto; con el término plural de las depresiones se enfatiza su heterogeneidad clínica, el término de trastorno(s) depresivo(s) refleja que la condición es clínicamente relevante; y el término de enfermedad depresiva se emplea para aquellos casos más graves con síntomas endogenomorfos y de fundamento más biológico que clásicamente han constituido el núcleo de las definiciones de trastorno depresivo.

Trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor. Estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza, ideaciones suicidas.

El estado de ánimo o humor es un estado afectivo de carácter relativamente autónomo y duradero en el tiempo, aunque generalmente de carácter autolimitado, que afecta de modo global a las experiencias psicológicas y corporales. Es, por lo tanto, un modo de experiencia total que afecta primariamente a la percepción del propio yo, y secundariamente a la experiencia del mundo que rodea a la persona. Los sentimientos son vivencias muy variables, que en su concepción más habitual son de naturaleza psicológica (pena, alegría, ira, rabia, frustración), pero no exclusivamente.¹



Sentimientos menos próximos al cuerpo

Euforia: estado afectivo en el que el sujeto vive un sentimiento exagerado de bienestar psicológico, no adecuado a la situación del momento.

Aplanamiento afectivo: es la disminución de la capacidad de respuesta emocional. Bajo este término se entiende una deficiencia en la capacidad empática y de la modulación del afecto.

Apatía: estado afectivo que se caracteriza por la ausencia casi total de la capacidad de respuesta emocional, frente a sí mismo como frente al mundo que lo rodea.

Desánimo: estado afectivo en el cual el sujeto es incapaz de entusiasmarse para iniciar una actividad.

Tristeza: estado afectivo de pena, amargura, desesperanza, desamparo, pesimismo y abatimiento, que habitualmente es provocado por la pérdida de algo importante en la vida psíquica del sujeto.

Depresión: es un estado afectivo caracterizado por una disminución cuantitativa del ánimo, que es vivida por el paciente como un sentimiento de tristeza.

Disforia: es un estado afectivo en que el sujeto está inconfortable, desagradado, insatisfecho, inquieto, irritable, ansioso y triste. Todos estos sentimientos, oscilan, dando un ánimo cambiante.

Irritabilidad: estado afectivo que se caracteriza por una excesiva sensibilidad o excitabilidad frente a un sinnúmero de situaciones que hacen que el sujeto reaccione en forma impaciente, tenso y agresivo.

Miedo: estado afectivo vivenciado como una reacción emocional frente a una situación de la cual hay que huir, o enfrentar con todas las energías.⁶



Muchos estudios han encontrado que la depresión unipolar en general se presenta dos veces más en las mujeres que en los varones (Reynolds y Cols., 1990).¹

ANSIEDAD

Los trastornos de ansiedad conforman uno de los grupos más frecuentes dentro de las enfermedades psiquiátricas y ocasionan un deterioro funcional y malestar importantes.¹

La ansiedad (del latín *anxietas*, angustia, aflicción) es un estado que se caracteriza por un incremento de las facultades perceptivas ante la necesidad fisiológica del organismo de incrementar el nivel de algún elemento que en esos momentos se encuentra por debajo del nivel 'adecuado'; o por el contrario, ante el temor de perder un bien preciado. La ansiedad no siempre es patológica o mala: es una emoción común, junto con el miedo, la ira, tristeza o felicidad, y tiene una función muy importante relacionada con la supervivencia.⁷

Los síntomas de ansiedad son muy diversos, tal vez los más comunes consistan en hiperactividad vegetativa que se manifiesta con taquicardia, taquipnea, midriasis, sensación de ahogo, temblores en las extremidades, sensación de pérdida de control o del conocimiento, transpiración, rigidez muscular, debilidad muscular, insomnio, inquietud motora, dificultades para la comunicación, pensamientos negativos y obsesivos, etc. La ansiedad se puede manifestar de tres formas diferentes; a través de síntomas fisiológicos, cognitivos y conductuales. Estos hacen referencia a tres niveles distintos, los cuales pueden influirse unos en otros. Es decir, los síntomas cognitivos pueden exacerbar los síntomas fisiológicos y estos a su vez disparar los síntomas conductuales.

Cabe notar que algunos síntomas de la ansiedad suelen parecerse a los de padecimientos no mentales, tales como la arritmia cardiaca o la hipoglucemia. Se recomienda a los pacientes someterse a un examen médico completo para descartarlos.



La ansiedad también puede convertirse en un Trastorno de pánico, en el cual la persona cree que va a desmayarse, fallecer o sufrir algún otro percance fisiológico.⁸

HOSTILIDAD

Se denomina hostilidad a las conductas abusivas que se ejercen en forma de violencia emocional por parte de una persona, un grupo pequeño, o un colectivo grande. La hostilidad la puede sufrir una sola persona, un grupo o un colectivo grande.

La ruptura de hostilidades significa pasar de la violencia emocional a la agresión violenta. En algunos casos de hostilidad entre naciones puede desencadenar un conflicto armado en forma de guerra entre diferentes ejércitos mediante la invasión o actos violentos y armados. En casos de colectivos menores la ruptura de hostilidades desemboca en reyertas o peleas.⁹

La hostilidad es un componente cognitivo, esta formada por creencias, expectativas y actitudes negativas duraderas y estables sobre la naturaleza humana y las cosas. Como principales creencias se encuentran el cinismo y las atribuciones hostiles, pensamientos acerca de que las demás personas son mezquinas, egoístas, deshonestas, antisociales e inmorales, con lo que para estas personas con hostilidad el resto de personas constituyen una fuente de amenaza percibiéndolas como antagónicas y amenazantes. Además suelen aparecer expectativas negativas como desconfianza o sospecha y una actitud negativa caracterizada por enemistad, negativismo y resentimiento.

Quienes muestran hostilidad tienden a esperar lo peor de los demás y estar siempre a la defensiva creando ambientes en los que predomina la competitividad y la tensión, con lo que estas personas perciben el ambiente como una lucha incesante para lograr sus objetivos, para lo que tiene que permanecer constantemente en alerta en el caso de que los demás lleven a cabo conductas malintencionadas con el fin de que les impidan conseguir su propósito; esto va a llevar a sentimientos de ira en estas personas y el que



estén en constante hipervigilancia les va a hacer más propensos a padecer una enfermedad cardiovascular¹⁰

ANSIEDAD FÓBICA

Cuando se habla de los trastornos de ansiedad fóbica según el DSM IV se hace referencia a:

Agorafobia.

Fobias sociales.

Fobias específicas (aisladas).

Otros trastornos de ansiedad fóbica.

Trastorno de ansiedad fóbica sin especificación.

Este malestar alude a una respuesta persistente de miedo (a personas específicas, lugares, objetos, situaciones) que es en sí misma irracional y desproporcionada en relación con el estímulo que la provoca.

La característica esencial de la fobia específica es un miedo intenso y persistente a objetos o situaciones claramente discernibles y circunscritos. La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad. Esta respuesta puede adquirir la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada. Aunque los adolescentes y adultos con este trastorno reconocen que este temor es excesivo e irracional, esto no sucede a veces en el caso de los niños. En la mayoría de las ocasiones el estímulo fóbico es evitado, si bien a veces puede experimentarse, aunque con sumo terror. El diagnóstico es correcto sólo si este comportamiento de evitación, miedo o ansiedad de anticipación en relación con el estímulo fóbico interfiere significativamente con las actividades cotidianas del individuo, con sus relaciones laborales o sociales, o si la existencia de esta fobia provoca un malestar evidente.

La ansiedad fóbica también puede hacer referencia a la posibilidad de perder el control, angustiarse y desmayarse al exponerse al objeto temido. Por ejemplo, los individuos



temerosos de la sangre y las heridas pueden estar preocupados asimismo por la posibilidad de desmayarse, los que tienen miedo a las alturas también pueden sentir inquietud por los mareos y los que tienen miedo a las aglomeraciones pueden preocuparse asimismo por la posibilidad de perder el control y empezar a gritar entre la gente.²

IDEACION PARANOIDE

El sufijo "oide" significa semejante, por eso se designa como paranoide a la persona que presenta rasgos atenuados que hacen recordar a la psicosis delirante paranoica.

El manual de los trastornos mentales DSM-IV no considera a la paranoia como una categorización aparte, solo menciona algunos de sus manifestaciones dentro de la categoría de "Trastornos de personalidad" en la cual se enumeran una serie de subcategorías dentro del llamado grupo "A" cuando aparecen manifestaciones que no son exclusivas de una esquizofrenia o de síntomas psicóticos.

El trastorno paranoide de la personalidad se manifiesta por desconfianza en las intenciones de los demás, interpretándolas como maliciosas, por ejemplo por sospechas de que los demás van a aprovecharse de ellos, o les van a hacer daño o a engañar, preocupaciones y dudas por la lealtad o fidelidad. Presenta rencores y percibe ataques hacia si mismo que no son aparentes para los demás.¹¹

El rasgo paranoide se caracteriza por girar alrededor de un núcleo que es la desconfianza. La falta de confianza, en última instancia, es un problema de fe.

Su síntoma principal son las ideas delirantes (creencia falsa, firmemente asentada, y resistente por ello a la crítica) y las más típicas son las de persecución (se considera víctima de una conspiración), las de grandeza (el sujeto se cree de ascendencia noble, principesca, santa, genial e incluso divina) o las celotípicas (celos desmedidos). En cualquier caso, la personalidad paranoide es defensiva, rígida, desconfiada y egocéntrica, por lo que tiende a aislarse y puede llegar a ser violentamente antisocial. Este trastorno normalmente suele iniciarse en la mitad o al final de la vida, destruyendo las relaciones sociales, sobre todo las de pareja.³



En la Clasificación Internacional de Enfermedades, en su apartado psiquiátrico, se sitúa la Paranoia entre los llamados Trastornos de ideas delirantes. Son trastornos psicóticos, esto es, enfermedades parecidas a la Esquizofrenia pero diferentes de ella, en las que se produce un quiebro de la realidad y el enfermo crea una nueva dentro de su mente. La Paranoia y los demás Trastornos de ideas delirantes, como su propio nombre indica, se caracterizan principalmente por la presencia de delirio o ideas delirantes, que pueden definirse como falsas creencias de diferentes temáticas o contenidos (existen delirios de perjuicio, de grandeza, de enfermedad, de seducción, de ruina... y de muchos mas temas) que se basan en una incorrecta valoración de la realidad exterior.

En el caso concreto de la Paranoia la temática del delirio es el perjuicio. Suele ser un delirio bien estructurado en el sentido de que el sujeto que lo padece se siente victima de las acciones de una persona o de varias personas o de una institución, cree que actúan en su contra con ánimo de perjudicarlo, con un entramado argumental comprensible, pero no real, con el que intenta justificar su delirio. Es el caso, por ejemplo, de un trabajador que a raíz de un comentario inocente entre dos compañeros de oficina, que interpreta de forma errónea, empieza progresivamente a recelar, a sentirse perseguido por la empresa las 24 horas al día, culpándolo, según cree, de algo que no ha hecho. El paciente paranoico siente que hay cámaras y micrófonos para vigilarle, aunque no los ve y puede incluir en su delirio a vecinos e incluso desconfiar de sus propios familiares, en una enorme confabulación que a todas luces es errónea y patológica, pero que altera toda su forma de vida previa, pudiendo llegar a presentar claras alteraciones de conducta y agresividad.¹¹

PSICOTISISMO

El manual de trastornos mentales DSM-IV pone reparos para considerar a la psicosis como una entidad independiente. Por una parte se mencionan características consideradas tradicionalmente psicóticas dentro de la categoría de "Trastornos de personalidad" en la cual se enumeran una serie de subcategorías dentro del llamado



grupo "A" cuando aparecen manifestaciones que no son exclusivas de una esquizofrenia o de síntomas psicóticos.

Según el manual solo se requiere para hablar de psicosis si las ideas delirantes son extrañas, o se trata de una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas. En este sentido se manifiesta una disfunción social y laboral. Lo que rompe con la idea tradicional y aceptada por muchas personas del campo "Psi" (psicología, psiquiatría, psicoanálisis, etc) de considerar a la esquizofrenia como una psicosis.¹²

Clásicamente se consideran psicosis todos los trastornos mentales en los que la pérdida de contacto con la realidad es muy llamativa (por ejemplo, en casos en los que el paciente no distingue en absoluto entre la realidad y su fantasía, o entre sus miedos internos y las amenazas reales, etc.). En sentido estricto, la pérdida de contacto con la realidad se da en distinto grado en muchos trastornos psiquiátricos, incluidas las neurosis graves, pero en los trastornos psicóticos éste síntoma es más característico o grosero.

Las psicosis cursan con mucha frecuencia con delirios Los delirios son falsas creencias, tales como la idea de que alguien está en su contra o que la televisión le envía mensajes secretos (pensamientos ilógicos, con frecuencia muy extravagantes y sin base real, que no están basados en una creencia cultural compartida y que no se pueden rebatir mediante argumentación lógica) y con alucinaciones , Las alucinaciones son percepciones falsas, como escuchar, ver o sentir algo que no existe, (percepciones sin estímulo real como voces, visiones, etc.). Las alucinaciones y los delirios pueden verse en cuadros de depresión psicótica, o manía delirante en el trastorno bipolar, en intoxicaciones por drogas estimulantes o alucinógenas, como efecto secundario de algunos fármacos, en el seno de algunas enfermedades médicas (neurológicas, reumatológicas, etc.) y, de una manera muy característica, en los trastornos que se exponen en este apartado. El trastorno psicótico más conocido es la esquizofrenia.¹³



V. DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio: Descriptivo de corte transversal.

Área de estudio: Sistema Penitenciario Nacional ubicado en el Departamento de Chinandega a ½ cuadra del cementerio municipal parte Este.

Población de estudio: Los 200 internos (as) del sistema penitenciario de Chinandega del periodo de adaptación pabellón uno.

Muestra: 70 internos que están ingresando por primera vez y que se encontraban en el periodo de adaptación.

Criterios de inclusión:

- Se incluyo a todos los y las internas del sistema penitenciario que estaban en el periodo de adaptación es decir que tuvieran menos de un año de estar internos (tiempo establecido por las autoridades del sistema penitenciario).
- Que no fueran reingresos
- Que no se encontraran con pena judicial, pero con delitos mayores.
- Que sean originarios de cualquier Departamento de Nicaragua.
- Sin importar rango de edades.
- Sin importar credo político, ni religioso.
- Que aceptaron participar en la realización del test.

Consideraciones éticas:

Se pidió consentimiento y autorización para la realización de nuestro trabajo investigativo en el Sistema Penitenciario Nacional de Chinandega al alcaide del lugar, de igual modo se les informo a los participantes que se les realizo el test.

Se les brindo la información necesaria sobre el estudio a todas las partes involucradas, también se les brindo la protección y confidencialidad de la información proporcionada a los que aceptaron realizar la prueba.



No se alteraron los resultados de los datos obtenidos en dicho estudio, además que fueron manejados con discreción y confidencialidad. Se tomo en cuenta el aceptar participar en nuestra investigación

Instrumento y técnica de recolección de información:

El listado de síntomas diseñado por Derogatis (1994) conocido como Symptom Check List-90 o SCL-90-R. La técnica evalúa síntomas que el sujeto que responde experimenta en este momento o ha vivenciado hace poco tiempo (una semana); no se propone evaluar la personalidad ni sus trastornos. Requiere un nivel mínimo de comprensión lectora que, en caso de ser muy bajo, se reemplaza por la lectura de cada ítem a cargo del profesional evaluador. La respuesta a ser marcada en la hoja correspondiente ofrece cinco opciones, sobre la base de una escala tipo Likert. El SCL-90-R puede administrarse en la forma de cuadernillo/hoja de respuesta o en una edición especial por computadora (PC) que se responde informáticamente. El Listado de Síntomas SCL-90-R desarrollado por Derogatis permite evaluar patrones o clusters de síntomas presentes en un sujeto; puede utilizarse tanto en tareas epidemiológicas, comunitarias y de diagnóstico clínico individual.

Está integrado por 90 ítems que se responden en base a una escala de cinco puntos (0-4). El sujeto marca su respuesta teniendo en cuenta lo que ha sentido y pensado durante la última semana y tiene cinco opciones: nunca, muy poco, poco, bastante, mucho.

Es aplicable a personas entre 13 y 65 años de edad.

Las respuestas son evaluadas en función de nueve dimensiones primarias y tres índices globales de malestar psicológico. Estas dimensiones fueron definidas sobre la base de criterios clínicos, racionales y empíricos.

1) Somatizaciones (ítems 1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56, 58)

Evalúa la presencia de malestares que la persona percibe relacionados con diferentes disfunciones corporales (cardiovasculares, respiratorias, gastrointestinales).



2) Obsesiones y compulsiones (ítems 3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55, 65).

Incluye síntomas que se identifican con el síndrome clínico del mismo nombre: pensamientos, acciones e impulsos que son vivenciados como imposibles de evitar o no deseados.

3) Sensitividad interpersonal (ítems 6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69, 73).

Se focaliza en detectar la presencia de sentimientos de inferioridad e inadecuación, en especial cuando la persona se compara con sus semejantes.

4) Depresión (ítems 5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71, 79).

Los ítems son una muestra representativa de las principales manifestaciones clínicas de un trastorno de tipo depresivo: estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza, ideaciones suicidas).

5) Ansiedad (ítems 2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80, 86).

Evalúa la presencia de signos generales de ansiedad tales como el nerviosismo, tensión, ataques de pánico, miedos.

6) Hostilidad (ítems 11, 24, 63, 67, 74, 81).

Se hace referencia a pensamientos, sentimientos y acciones característicos de la presencia de afectos negativos relacionados con el enojo.

7) Ansiedad fóbica (ítems 13, 25, 47, 50, 70, 75, 82).

Este malestar alude a una respuesta persistente de miedo (a personas específicas, lugares, objetos, situaciones) que es en sí misma irracional y desproporcionada con el estímulo que la provoca.

8) Ideación paranoide (ítems 8, 18, 43, 68, 76, 83).

Evalúa comportamientos paranoides en tanto desórdenes del pensamiento: pensamientos proyectivos, suspicacia, temor a la pérdida de autonomía.



9) Psicoticismo (ítems 7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88, 90).

Incluye síntomas relacionados con sentimientos de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control del pensamiento.

ITEMES ADICIONALES:

Estos siete ítems no se incorporan a las nueve dimensiones pero tienen relevancia clínica: 19 (poco apetito), 44 (problemas para dormir), 59 (pensamientos sobre la muerte o morir), 60 (comer en exceso), 64 (despertarse muy temprano), 66 (sueño intranquilo), 89 (sentimientos de culpa).

El Inventario se evalúa e interpreta de acuerdo a los siguientes criterios:

- 1) Se calculan las puntuaciones directas o brutas para cada una de las nueve dimensiones y los tres índices.
- 2) Sumar los valores asignados a cada ítem y dividir ese total por el número de ítems respondidos.
- 3) Se convierten esas puntuaciones directas en puntuaciones T (Media = 50 y D.T. = 10) También se puede trabajar con percentiles.
- 4) Se considera indicativa de una persona *en riesgo* toda puntuación T superior a 63.
- 5) Indica presencia de patología severa toda puntuación igual o superior a T 75.
(Percentil 98)
- 6) Existen baremos separados según sexo (varones, mujeres).

Plan de análisis:

Después de haber aplicado el test se recolectó toda la información en una base de datos en el programa SPSS versión 14, luego de esto se hizo una recodificación interna dentro de cada variable para un posterior análisis de las mismas, donde se introdujeron los datos de cada uno de los ítems del instrumento, para presentarlos en tablas de frecuencia y porcentaje.



Posibles sesgos:

Dentro de estos encontramos que existen factores como el de selección, el ruido y el espacio físico que pudieron haber dificultado o entorpecido la recolección de nuestros datos.

Control de sesgos:

Se aplico una prueba piloto a los internos en periodo de adaptación ajenos a nuestra muestra, con el fin de saber si el instrumento que aplicamos era entendible.

Para disminuir el sesgo de selección de la población de estudio se tomo en cuenta que solo se seleccionaran a los internos que tuviesen menos de un año en el penitenciario, esperando sentencia y con delitos mayores.

Para el control de otro de los sesgos (el ruido y el espacio físico) se pidió a las autoridades del sistema que se nos proporcionara un espacio para entrevistar a cada interno y así poder disminuir el ruido provocado por los internos de los otros pabellones que se encuentran jugando a los alrededores.



Variable de estudio:

Variable	Definición	Valor	Escala
Datos sociodemográficos	Conjunto de caracteres propios de las personas	<ul style="list-style-type: none">- Edad- Sexo- Educación- Estado civil- Ocupación- Lugar de nacimiento	Ordinal
Síntomas psicopatológicos	Alteración del ánimo intensa y pasajera acompañada de conmociones somáticas	<ul style="list-style-type: none">- Somatizaciones- Obsesiones y compulsiones.- Sensitividad interpersonal.- Depresión.- Ansiedad.- Hostilidad.- Ansiedad fóbica.- Ideación paranoide.- Psicoticismo.	Nominal



VI. RESULTADOS

Al analizar nuestros datos nos encontramos con las siguientes características:

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS DE LA POBLACION

En nuestra población encontramos que un 64.2% de los internos tienen entre 18 y 30 años de edad; un 21.4% entre 31 y 40 años; un 14.2% entre 41 y 50 años de edad. El 14.2% de los entrevistados son del sexo femenino y el 85.7% son masculinos. Con respecto al estado civil encontramos que un 12.8% son casados; el 44.2% son solteros; el 20% son separados; el 1.4% es viudo y el 21.4% viven en pareja o unión libre (ver tabla nº 1 anexos).

SÍNTOMAS PSICOPATOLÓGICOS

Un 90% de las internas mujeres entrevistadas presentan posibilidad de **somatizar** algunos síntomas de esta enfermedad, al igual que el 80% de los hombres entrevistados. El 90% de las internas mujeres entrevistadas desarrollaron síntomas de **obsesiones y compulsiones** durante una semana antes de que fueran entrevistadas, así mismo aunque en menor porcentaje el 55% de los internos varones también lo presentaron. (Ver tabla nº 2 anexos)

Con respecto a los síntomas de **sensitividad interpersonal** el 70% de las internas mujeres presentaron alguno de los síntomas de este trastorno en la semana anterior a la entrevista, el 76.6% de los internos varones entrevistados tienen ausencia de dicho síntoma. En cuanto al trastorno de **depresión** el 80% de las internas mujeres tuvieron síntomas de depresión en la semana antes que se les entrevistara, contrariamente el 71.6% de los internos varones no sintieron manifestaciones sintomáticas de este trastorno. (Ver tabla nº 2 anexos)

En relación al trastorno de **ansiedad** el 60% de las internas entrevistadas manifestaron síntomas de este trastorno, de igual modo el 68.3% de los internos hombres



entrevistados lo manifestaron. Un 60% de las internas presentaron ausencia de síntomas de **hostilidad** en la semana antes que se les entrevistara, al contrario que en el caso de los varones pues el 58.3% de los internos entrevistados si desarrollaron algún síntoma de dicho trastorno. (Ver tabla nº 2 anexos)

Los síntomas del trastorno de **ansiedad fóbica** estaban presentes en un 90% de las internas entrevistadas y en el 65% de los internos entrevistados. Significativamente el 100% de las internas entrevistadas mujeres presentaron síntomas de **ideaciones paranoides** en la semana antes que se les entrevistara, en cuanto a los internos varones el 68.3% padecieron algunos síntomas de dicho trastorno. (Ver tabla nº 2 anexos)

En un alto porcentaje con el 100% de las entrevistadas mujeres presentaron síntomas **psicóticos**, un 80% de los internos varones también manifestaron algunos síntomas de este trastorno. (Ver tabla nº 2 anexos)



VII. DISCUSIÓN

El estudio hace referencias a un conjunto de sintomatología que agrupan 9 trastornos que el sujeto experimenta en este momento o ha vivenciado hace poco tiempo (una semana antes de la entrevista); no se propone evaluar la personalidad ni sus trastornos.

Las mujeres y los varones presentaron malestares significativos en referencias a los síntomas de somatización, el cual es un trastorno polisintomático. Las (os) entrevistas (os), prestaban síntomas como dolores de cabeza, trastornos del sueño, dolores de estómago entre otros, los que afectan sus actividades sociales produciendo mala relación con las mismas compañeras de celdas y teniendo que hacer uso de fármacos para aliviar los dolores, lo ante mencionado es reforzado por el tratado de psiquiatría donde se menciona que la característica esencial del trastorno de somatización es un patrón de síntomas somáticos, recurrentes, múltiples y clínicamente significativos. Se considera que un síntoma somático es clínicamente significativo si requiere tratamiento médico (p. ej., tomar un medicamento) o causa un deterioro evidente de la actividad social o laboral, o en otras áreas importantes de la actividad del individuo. En relación a los síntomas de obsesivo compulsivo las mujeres presentaron un mayor número de dichos síntomas debido a que estas adquieren un patrón de repetición de actividades como bañarse a una hora determinada, limpiar o revisar sus cosas repetidamente, entre otras, este comportamiento es reforzados por las mismas normas internas del sistema penitenciario, clínicamente se debe a que en la mayoría de los casos la persona se siente impulsada a realizar la compulsión para reducir el malestar que lleva consigo una obsesión determinada o bien para prevenir algún acontecimiento o situación negativos, según el DSM-IV. Sin embargo en los hombres estos síntomas no fueron significativos.

Según Reynolds y Cols, 1990 en el Tratado de psiquiatría menciona que la depresión unipolar en general se presenta dos veces más en las mujeres que en los varones, de igual manera se ve reflejado en nuestro estudio donde encontramos que las mujeres tienen un porcentaje alto en sintomatología depresivas afectando en gran medida su funcionamiento personal. Generalmente cuando las personas se ven privada de libertad



desarrollan comportamientos de rechazo, depresión y hostilidad sin embargo estos síntomas no presentaron un malestar significativo en los internos varones del sistema penitenciarios de Chinandega, esto es debido a que estas personas no tenían sentencia definida, por lo cual guardaban la esperanza de obtener su libertad a pesar de ser acusados de delitos mayores.

Los síntomas de ansiedad son muy diversos los más comunes consisten en taquicardia, sensación de ahogo, temblores en las extremidades, sensación de pérdida de control o del conocimiento, transpiración, rigidez muscular, debilidad muscular, insomnio, inquietud motora, dificultades para la comunicación, etc como fue manifestado por los encuestados varones, lo que es reforzado por un artículo publicado en Internet por terra.es el que afirma que la ansiedad se puede manifestar de tres formas diferentes; a través de síntomas fisiológicos, cognitivos y conductuales.

Según el DSM IV Cuando se habla de los trastornos de ansiedad fóbica se hace referencia a lo que es: Agorafobia, Fobias sociales, Fobias específicas (aisladas), Otros trastornos de ansiedad fóbica y trastorno de ansiedad fóbica sin especificación. Este malestar alude a una respuesta persistente de miedo (a personas específicas, lugares, objetos, situaciones) que es en sí misma irracional y desproporcionada en relación con el estímulo que la provoca. Las internas presentaron síntomas similares a lo referido anteriormente ya que expresaron perder el control y angustiarse al encontrarse solas en lugares cerrados aun más pequeños que la celda en la que se encuentran. Los hombres no presentaron malestar significativo.

Mujeres y hombres internos en el sistema penitenciario presentaron síntomas de persecución, desconfianza de sus mismo compañeros, rencor y preocupación por su bienestar físico, así mismo en un artículo publicado en Internet por CLINICAPSI.COM menciona que el trastorno paranoide de la personalidad se manifiesta por síntomas de desconfianza en las intenciones de los demás, interpretándolas como maliciosas, preocupaciones y dudas por la lealtad presentando rencores y perciben ataques hacia si mismo que no son aparentes para los demás.



En relación a síntomas de psicosis se obtuvieron muy significativo las puntuaciones en hombres y mujeres siendo característico el escuchar voces que lo llaman y le indican a realizar acciones así mismo creen ver cosas. Según el artículo publicado por la página Web: salud.discapnet.es, expresa que Las psicosis cursan con mucha frecuencia con delirios (pensamientos ilógicos, con frecuencia muy extravagantes y sin base real, que no están basados en una creencia cultural compartida y que no se pueden rebatir mediante argumentación lógica) y con alucinaciones (percepciones sin estímulo real como voces, visiones, etc.).



VIII. CONCLUSIONES

Al analizar nuestros resultados llegamos a las siguientes conclusiones:

- Socio demográficamente en nuestro estudio encontramos que son los jóvenes entre las edades de 18 a 30 años los que están siendo infractores de la ley y presentando algunos de los síntomas psicopatológicos que comprende nuestro estudio, en su mayoría son del sexo masculino, se encuentran con un estado civil de solteros y con una educación secundaria incompleta.
- La población de mujeres internas en el Sistema Penitenciario Nacional de Chinandega en el periodo de adaptación sin condena definida son las más afectadas para desarrollar con mayor facilidad los síntomas de la mayoría de las nueve dimensiones de trastornos que mide el SCL-90R (somatizaciones, obsesivo-compulsivo, depresión, ansiedad fóbica, ideas paranoides y psicoticismo.)
- En relación a los hombres internos en el Sistema Penitenciario Nacional de Chinandega en el periodo de adaptación sin condena definida, encontramos que estos son más propensos a desarrollar síntomas de somatización, ansiedad ideaciones paranoides y psicoticismo.
- La población de estudio desarrollo estos síntomas posiblemente con mayor intensidad, debido al hecho que se encuentran privados de libertad lo que hace que se maximicen los síntomas presentes en cada uno de ellos.



IX. RECOMENDACIONES

- **AL GOBIERNO:** le recomendamos que se agilicen los procesos judiciales de los reos que están esperando ser juzgados, con el fin que en el sistema penitenciario no haya hacinamiento en las celdas y exposición a los síntomas psicopatológicos con mayor intensidad que ilustramos en el estudio por la condición de reo.

- **A LA INSTITUCION:** le recomendamos que sea regulado el reglamento de funciones en el personal de psicología, con el fin que estos brinden el tiempo necesario a la promoción de la salud mental de los internos del sistema penitenciario para una mejor y adecuada reinserción de estas personas a la sociedad, por medio de charlas interactivas, consejerías, terapias, etc.

- **A LOS INTERNOS:** hombres y mujeres les recomendamos que se integren en las diferentes actividades recreativas (deportivas, grupos de auto apoyo, actividades creativas, entre otras) que posee el Sistema Penitenciario Nacional de Chinandega, para disminuir un poco los síntomas psicopatológicos que estos presentan.

- **A LAS FAMILIAS:** de los internos y las internas les recomendamos que busquen asistencia psicológica para que sea más efectiva la reinserción a la sociedad y a la nueva vida que quiere llevar al salir del penitenciario, si así lo ameritara el caso.



X. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Robert E. Hales, M.D., M.B.A. Stuart C. Yudofsky, M.D. John A. Talbott, M.D.
Tratado de psiquiatría. Tomo I 3ª edición.
2. DSM IV-R. Manual Diagnostico y estadístico de los trastornos mentales – revisado.
3. Microsoft ® Encarta ® 2007. © 1993-2006 Microsoft Corporation.
4. SCL-90R [en línea]. Disponible en:
www.aidep.org/UBA/bibliografia/scl.90%20R%20200?pdf. Fecha de consulta [24 mayo del 2008]
5. SCL-90R [en línea]. Disponible en: www.pearsonassessments.com/tests/scl90r.htm.
Fecha de consulta [24 mayo del 2008]
6. Afectividad en [en línea]. Disponible en: www.lacuarta.cl/diario/2006/10/22/VAS.AFECTIVIDAD.html. Fecha de consulta [29 de mayo del 2007]
7. Ansiedad [en línea]. Disponible en: www.wikipedia.org/wiki/ansiedad. Fecha de consulta [24 mayo del 2008]
8. Ansiedad [en línea]. Disponible en:
http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/cie_10/cie10_f40-f49.html. Fecha de consulta [24 mayo del 2008]
9. Ansiedad [en línea]. Disponible en: www.cepvi.com/CIE10/p48.shtml . Fecha de consulta [24 mayo del 2008]
10. Hostilidad [en línea]. Disponible en: www.wikipedia.org/wiki/hostilidad. Fecha de consulta [24 mayo del 2008].



11. Hostilidad [en línea]. Disponible en: www.psicologiaonline.com/articulos/2008/ira/hostilidad.agresion.shtml-52k. Fecha de consulta [24 mayo del 2008]
12. Paranoia [en línea]. Disponible en: www.clinicapsi.com/paranoia.html. Fecha de consulta [05 de julio del 2008]
13. Psicosis [en línea]. Disponible en: www.clinicapsi.com/psicosis.htm. Fecha de consulta [24 mayo del 2008]
14. Psicosis [en línea]. Disponible en: <http://salud.discapnet.es/Castellano/Salud/Guias%20de%20Salud/Guia%20sobre%20salud%20mental/Trastornos%20psicoticos/Paginas/trastornos%20psicoticos.aspx> . Fecha de consulta [25 de julio del 2008]
15. Psicosis [en línea]. Disponible en: www.tc.umn.edu/cana0021/1-4/piscosi.pdf. Fecha de consulta [24 mayo del 2008]
16. Psicosis [en línea]. Disponible en: www.monografias.com/trabajos6/psicox/psicox.shtml. Fecha de consulta [24 mayo del 2008]
17. DSM IV [en línea]. Disponible en: www.psicocarea.org/dsmiv_16.htm Fecha de consulta [24 mayo del 2008]
18. Afectividad en [en línea]. Disponible en: www.wordreference.com/definicion/afectividad. Fecha de consulta [16 de mayo del 2007].
19. Afectividad en [en línea]. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Afectividad>". Fecha de consulta [16 de mayo del 2007]



20. Afectividad en [en línea]. Disponible en: www.lacuarta.cl/diario/2006/10/22/VAS.AFECTIVIDAD.html. Fecha de consulta [29 de mayo del 2007]
21. Trastorno del estado de ánimo [en línea] disponible en: www.drwebsa.com.ar/aap/alcmeon/19/a19_02.htm. Fecha de consulta [29 de mayo del 2007]
22. Afectividad en [en línea]. Disponible en: perso.wanadoo.es/enriquecases/antropologia3/09htm. Fecha de consulta [16 de mayo del 2007]
23. Afecto en [en línea]. Disponible en: www.interrogantes.net/includes/documento.php?IdDoc=1267&IdSec=154. Fecha de consulta [16 de mayo del 2007]
24. Patología Afectividad en [en línea]. Disponible en: www.biopsicologia.net/fichas/page8315.html. Fecha de consulta [21 de mayo del 2007]
25. Trastorno del estado de ánimo [en línea] disponible en: www.herrerros.com.ar/melanco/merck.hm. Fecha de consulta [29 de mayo del 2007]
26. Trastorno del estado de ánimo [en línea] disponible en: <http://www.redalyc.uanex.mx/redalyc/pdf/314/31406105.pdf>. Fecha de consulta [07 de octubre del 2007]
27. Trastorno del estado de ánimo [en línea] disponible en: <http://español.answer.yahoo.com/question.index?qid=20060924110744AAeywUg>. Fecha de consulta [07 de octubre del 2007]
28. Trastorno del estado de ánimo [en línea] disponible en: http://www.psisquis.com/arg/00_21_n05_A05.pdf. Fecha de consulta [07 de octubre del 2007]
29. SCL-90R agresores_contra_la_mujer[1].doc. Fecha de consulta [07 de octubre del 2007]



30. Paranoia [en línea] disponible en:

www.esmas.com/salud/enfermedades/mentales/471944.htm. Fecha de consulta [07 de septiembre del 2008]

31. Sensibilidad Interpersonal [en línea] disponible en:

www.books.google.com.ni/books?isbn=8445817698... Fecha de consulta [07 de septiembre del 2008]



ANEKOS



VALORES PROMEDIOS Y DISPERSIÓN OBTENIDOS EN LA MUESTRA DE ADULTOS, SEGÚN GÉNEROS.

DIMENSIONES DE SINTOMAS	MUJERES N: 381		VARONES N: 379	
	M	DT	M	DT
Somatizaciones	0.85	0.62	0.57	0.48
Obsesiones, Compulsiones	1.12	0.70	1.0	0.69
Sensibilidad Interpersonal	0.85	0.63	0.69	0.59
Depresión	1.05	0.69	0.81	0.59
Ansiedad	0.96	0.64	0.74	0.56
Hostilidad	0.80	0.66	0.78	0.65
Ansiedad Fóbica	0.41	0.51	0.29	0.39
Ideaciones Paranoides	0.90	0.78	0.85	0.71
Psicoticismo	0.52	0.49	0.46	0.47
Índice Severidad Global	0.16	0.09	0.13	0.07
Total de síntomas positivos	38.78	16.71	33.82	17.05
Total de malestares positivos	1.90	0.48	1.81	0.45

Rango de las medias y desviaciones estándar tomadas como referencia para el corte de las mismas en nuestro estudio de investigación a la hora de clasificar las posibles manifestaciones de síntomas patológicos en los encuestados.



VALORES PROMEDIOS Y DISPERSIÓN OBTENIDOS EN LA MUESTRA DE ADULTOS, SEGÚN GÉNEROS DEL SISTEMA PENITENCIARIO NACIONAL DE CHINANDEGA.

DIMENSIONES DE SINTOMAS	MUJERES N: 10		VARONES N: 60	
	M	DT	M	DT
Somatizaciones	2.00	0.83	1.22	0.79
Obsesiones, Compulsiones	1.88	0.45	1.37	0.80
Sensibilidad Interpersonal	1.60	1.15	1.16	0.69
Depresión	1.80	0.66	1.42	0.74
Ansiedad	1.51	0.73	1.33	0.92
Hostilidad	0.55	0.47	1.00	0.82
Ansiedad Fóbica	1.26	0.70	0.73	0.77
Ideaciones Paranoides	1.75	0.46	1.49	0.85
Psicoticismo	1.38	0.60	1.17	0.69
Índice Severidad Global	1.17	0.04	20.1	9.4
Total de síntomas positivos	48.3	11.8	35.2	12.8
Total de malestares positivos	0.6	6.8	0.8	0.4

Resultados propios del estudio en el Sistema Penitenciario Nacional de Chinandega



1. DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS

Tabla nº 1

Datos socio demográficos			
Variables	Internos de la muestra		
	Rango	frecuencia	%
Edades	18-30	45	64.28
	31-40	15	21.42
	41-50	10	14.28
	Total	70	100
Sexo	Femenino	10	14.28
	Masculino	60	85.71
	Total	70	100
Estado Civil	Casado	9	12.85
	Soltero	31	44.28
	Divorciados	0	0
	Separado	14	20
	Viudo	1	1.42
	En pareja	15	21.42
	Total	70	100
Educación	Primaria incompleta	14	20
	Primaria completa	11	15.71
	Secundaria incompleta	27	38.57
	Secundaria completa	6	8.57
	Terciario completo	6	8.57
	Universidad completa	6	8.57
Total	70	100	



TABLA Nº 2

Características psicopatológicas	MUJERES					VARONES				
	Presencia de síntomas		Ausencia de síntomas		Total encuestados MUJERES	Presencia de síntomas		Ausencia de síntomas		Total encuestados VARONES
	frecuencia	%	frecuencia	%		frecuencia	%	frecuencia	%	
Somatización	9	90	1	10	10	48	80	12	20	60
Obsesivo-Compulsivo	9	90	1	10	10	33	55	27	45	60
Sensitividad interpersonal	7	70	3	30	10	14	23.3	46	76.6	60
Depresión	8	80	2	20	10	17	28.3	43	71.6	60
Ansiedad	6	60	4	40	10	41	68.3	19	31.6	60
Hostilidad	4	40	6	60	10	35	58.3	25	41.6	60
Ansiedad fóbica	9	90	1	10	10	39	65	21	35	60
Ideación paranoide	10	100	0	0	10	41	68.3	19	31.6	60
Psicoticismo	10	100	0	0	10	48	80	12	20	60



Consentimiento informado.

He leído la información proporcionada, he tenido la oportunidad de preguntar dudas sobre ello y se me ha respondido satisfactoriamente.

Se me ha explicado los métodos para la elaboración de la prueba y los fines de esta, y acepto voluntariamente participar en este estudio que tiene como objetivo conocer los síntomas psicopatológicos que presentan los internos del Sistema Penitenciario Nacional de Chinandega en periodo de adaptación.

N. de identificación del Participante_____



SCL-90 SYMPTOMS CHECK LIST

La siguiente es una lista de 90 síntomas o problemas que se puede tener en distintas ocasiones. Marque cuánto le ha molestado en la última semana con la cifra que corresponda según lo siguiente;

0 = nada

1 = poco

2 = bastante

3 = mucho

4 = muchísimo

1.	Dolor de cabeza	
2.	Nerviosismo o intranquilidad interior	
3.	Repetidos y desagradables pensamientos que no abandonan su mente	
4.	Cansancio o mareo	
5.	Falta de interés en placer sexual (Ha disminuido el deseo sexual?)	
6.	Se siente crítico hacia otros	
7.	Tiene la idea de que otra persona puede controlar sus pensamientos	
8.	Siente que otros son los culpables por la mayoría de sus problemas.	
9.	Dificultad para recordar las cosas.	
10.	Le molesta el desorden?	
11.	Se siente fácilmente enojado o irritado	
12.	Dolores en el pecho o el corazón	
13.	Se siente con miedo en lugares abiertos o en la calle	
14.	Se siente con falta de energías o mas lento de lo común	
15.	Pensamientos de terminar con su vida	
16.	Escucha voces que otras personas no pueden escuchar.	
17.	Se siente tembloroso	
18.	Siente que no se puede confiar en la mayoría de la gente	
19.	Falta de apetito	
20.	Llora fácil	
21.	Se siente tímido y no le es fácil tomar contacto con el sexo opuesto	
22.	Una sensación de estar enredado o atrapado	
23.	Se asusta de pronto sin motivo	

Síntomas psicopatológicos que presentan los internos del sistema penitenciario Nacional de Chinandega en periodo de adaptación Marzo - Octubre 2007.



24.	Incontrolables reacciones de rabia o bronca	
25.	Siente miedo a salir solo (a) de su casa	
26.	Se culpa a si mismo por las cosas	
27.	Dolores de espalda	
28.	Dificultad para hacer las cosas	
29.	Se siente solo/a	
30.	Se siente triste	
31.	Se preocupa demasiado por las cosas	
32.	No siente interés alguno en las cosas	
33.	Se siente con miedo y ansioso/a	
34.	Se siente fácilmente herido/a	
35.	Siente que otros pueden leer sus pensamientos	
36.	Siente que otros no lo comprenden o no se preocupan por Ud.	
37.	Siente que otros no son amistosos o no gustan de Ud.	
38.	Tiene que hacer las cosas muy lentamente para estar seguro que son correctas	
39.	El corazón golpea o palpita fuerte	
40.	Nauseas, ganas de vomitar y estomago nervioso	
41.	Se siente inferior a otros	
42.	Dolores musculares	
43.	Se siente observado y que otros hablan de Ud	
44.	Le cuesta dormirse	
45.	Debe controlar una o mas veces lo que hace	
46.	Dificultad en tomar decisiones	
47.	Temor de viajar en bus, tren u otro medio	
48.	Dificultad para tomar aire, le falta el aire	
49.	Olas de frío o calor en todo el cuerpo	
50.	Evita ciertas cosas, lugares o actividades porque lo atemorizan	
51.	La mente se le pone en blanco	
52.	Adormecimientos o picazones en distintas partes del cuerpo	
53.	Un nudo en la garganta	
54.	Siente desesperanza ante el futuro	
55.	Problemas para concentrarse	
56.	Se siente débil en algunas partes del cuerpo	
57.	Se siente tenso y alerta	

Síntomas psicopatológicos que presentan los internos del sistema penitenciario Nacional de Chinandega en periodo de adaptación Marzo - Octubre 2007.



58.	Sensaciones de pesadez en brazos y piernas	
59.	Pensamientos de muerte, de estar muriendo	
60.	Come demasiado	
61.	Se siente incomodo cuando otra gente habla de Ud o lo están observando	
62.	Tiene pensamientos que no le son propios	
63.	Tiene impulsos de golpear o herir a otros	
64.	Se despierta muy temprano en la mañana	
65.	Tiene que repetir la misma acción muchas veces (contar plata, lavarse las manos, etc.)	
66.	Sueño alterado o nervioso	
67.	Impulsos de romper o arrojar cosas	
68.	Tener ideas o pensamientos que otros no comparten	
69.	Se siente egocéntrico, ocupado de sí mismo aun cuando está junto a otros	
70.	Siente desagrado cuando está entre mucha gente, por ej. en el mercado o el cine	
71.	Siente que todo es un esfuerzo	
72.	Angustia o ataques de pánico	
73.	Si siente inconfortable al comer o beber en público	
74.	Cae frecuentemente en discusiones fuertes	
75.	Se siente nervioso cuando está solo	
76.	Otros no aprecian suficientemente lo que Ud. hace	
77.	Se siente solo, aún cuando está con otra gente	
78.	Se siente tan nervioso que no se puede sentar quieto	
79.	Siente que no sirve para nada, sin valor	
80.	Tiene la sensación de que algo malo va a pasar	
81.	Grita o arroja cosas	
82.	Siente miedo de poder desmayarse cuando está entre mucha gente	
83.	Siente que la gente lo utilizara i pudiera	
84.	Tiene pensamientos de contenido sexual que lo molestan bastante	
85.	Pensamientos de que debería ser castigado por sus pecados	
86.	Pensamientos e imágenes de naturaleza terrible	
87.	La idea de que algo serio está mal con su cuerpo	
88.	Nunca se siente cercano a otra persona	
89.	Sentimientos de culpa	
90.	La idea de que algo está mal con su mente	