

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, RELACIONES INDUSTRIALES
Y CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**



**«TRASTORNOS Y RASGOS DE PERSONALIDAD SEGÚN EL
DELITO COMETIDO POR INTERNOS VARONES DE MINIMA
SEGURIDAD DEL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO DE
AREQUIPA»**

Tesis presentada por los bachilleres:

**YANINA EVELIN AROSQUIPA
PAREDES
RENZO JOAO ANDRÉ GUTIÉRREZ
DÍAZ**

Para optar el título profesional de
Psicólogos

AREQUIPA - PERU

2016

Dedicamos la presente tesis a nuestros queridos padres pues son el principal cimiento para la construcción de nuestra vida profesional, cimientos elaborados con amor, responsabilidad y deseos de superación. A los pacientes pues en ellos radica nuestra motivación y vocación de servicio.

AGRADECIMIENTOS

La vida se encuentra plagada de retos, y uno de ellos es la universidad. Tras vernos dentro de ella, nos hemos dado cuenta que más que un reto es una base no solo para el entendimiento del campo en el que nos hemos visto inmersos, sino para lo que concierne a la vida y nuestro futuro.

Durante la construcción de este nuestro trabajo de tesis tuvimos la oportunidad de recibir el apoyo de grandes profesionales quienes se convirtieron en parte sustancial de nuestra investigación, mencionando a un distinguido docente quien nos guio a lo largo de nuestra investigación proporcionándonos pautas e ideas indispensables y necesarias para que este estudio llegara a su fin, muchas gracias por su apoyo.

Asimismo agradecer a la jefa del Área de Tratamiento de la Oficina Regional Sur del Instituto Nacional Penitenciario, por su apoyo incondicional, quien nos facilitó el acceso a los pacientes en dicha institución.

Es importante recalcar el agradecimiento mutuo entre los autores de la presente tesis, que a pesar de las muchas situaciones adversas nos apoyamos para lograr nuestro objetivo, que hoy lo vemos reflejado en el presente trabajo, que lo tomamos como un pequeño paso de lo mucho que lograremos en adelante.

PRESENTACIÓN

SEÑOR RECTOR DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA

SEÑOR DECANO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA, RELACIONES INDUSTRIALES Y CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN

SEÑOR DIRECTOR DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

SEÑOR PRESIDENTE DEL JURADO DICTAMINADOR

SEÑORES CATEDRÁTICOS MIEMBROS DEL JURADO DICTAMINADOR

Tenemos el honor de dirigirnos ante ustedes con el propósito de poner en consideración el trabajo de nuestra tesis titulada: “**TRASTORNOS Y RASGOS DE PERSONALIDAD SEGÚN EL DELITO COMETIDO POR INTERNOS VARONES DE MINIMA SEGURIDAD DEL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO DE AREQUIPA**”, esperando que vuestra justa apreciación evalúe el esfuerzo realizado.

Arequipa, 25 de octubre del 2016

Renzo Joao André Gutiérrez Díaz

Yanina Evelin Arosquipa Paredes

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue, identificar los trastornos y rasgos de personalidad específicos de los internos sentenciados y recluidos en la zona de mínima seguridad del establecimiento penitenciario de Arequipa, según el tipo de delito cometido. La muestra estuvo constituida por 328 internos de sexo masculino, entre las edades de 18 a 60 años, con grado de instrucción mínima de primero de Secundaria y que estén cumpliendo una sentencia actualmente por los delitos contra el patrimonio, contra la libertad sexual, contra la seguridad pública y contra la vida, el cuerpo y la salud, en los que se aplicó el Inventario Clínico Multiaxial de Millón III, que es un auto informe que consta de 175 ítems y cuenta con 4 índices que permiten evaluar la validez del protocolo y 24 escalas clínicas agrupadas de acuerdo con el nivel de gravedad: Patrones clínicos de personalidad, Patología grave de la personalidad, Síndromes clínicos, Síndromes clínicos graves.

Para la descripción de los resultados se utilizó la frecuencia y media aritmética. Los resultados mostraron que en los diferentes tipos de delito no hay presencia de trastornos de personalidad, sin embargo las diferentes escalas nos señalan que en los delitos contra el patrimonio hay presencia de rasgos de personalidad esquizoide y narcisista, así como rasgos que indicarían posible dependencia del alcohol. En cuanto a los delitos contra la libertad sexual presentan rasgos de personalidad esquizoide, narcisista y posible patología de personalidad de tipo paranoide, así como la presencia de posible dependencia del alcohol. En los delitos contra la seguridad publica presentan rasgos de personalidad esquizoide, narcisista. Por ultimo en los delitos contra la vida, el cuerpo y la salud presentan rasgos de personalidad narcisista, compulsivo.

Palabras claves: Trastorno de personalidad, rasgos de Personalidad, Tipología de delito.

ABSTRACT

The aim of this study was to determine disorders and personality traits of those sentenced and detained in the minimum security prison in Arequipa inmates, depending on the type of crime committed. The sample consisted of 328 inmates male, between the ages of 18-60 years, education level minimum first secondary and are serving a sentence today for crimes against property, against sexual freedom, against public safety and crime against life, body and health, in which the Clinical Multiaxial Inventory Million III, which is a self-report comprising 175 items and has 4 indexes to evaluate the validity of the protocol and 24 scales applied clinical grouped according to the severity level: clinical personality patterns, severe personality pathology, clinical syndromes, severe clinical syndromes.

The frequency and arithmetic mean was used for the description of the results. The results showed that different types of crime no presence of personality disorders, though on different scales we point out that in crimes against property have features of schizoid and narcissistic personality as well as the presence of possible alcohol dependence . As for crimes against sexual freedom have features of schizoid, narcissistic personality pathology and possible paranoid personality as well as the possible presence of alcohol dependence. In crimes against public safety they have features of schizoid, narcissistic personality. Finally in crimes with life, body and health have narcissistic personality traits, compulsive

Keywords: *Personality disorder, personality traits, type of crime.*

INDICE

| | |
|------------------------|-----|
| DEDICATORIA | i |
| AGRADECIMIENTOS | ii |
| PRESENTACIÓN | iii |
| RESUMEN | iv |
| ABSTRACT | v |
| ÍNDICE..... | vi |
| LISTA DE GRÁFICOS..... | ix |
| LISTA DE TABLAS | x |

CAPITULO I

| | |
|--|----|
| INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 2 |
| 2. FORMULACIÓN DE PROBLEMA | 3 |
| 3. HIPÓTESIS | 3 |
| 3.1. Sub Hipótesis | 3 |
| 4. OBJETIVOS | 4 |
| - Objetivo General | 4 |
| - Objetivos Específicos..... | 4 |
| 5. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO | 5 |
| 6. LIMITACIONES DEL ESTUDIO | 7 |
| 7. DEFINICION DE TERMINOS | 8 |
| A. Personalidad | 8 |
| B. Tipología del delito..... | 8 |
| a. Contra la vida, el cuerpo y la salud: | 8 |
| b. Contra el patrimonio: | 9 |
| c. Contra la libertad sexual:..... | 9 |
| d. Contra la seguridad pública | 10 |
| C. Conducta Delictiva | 11 |
| 8. VARIABLES E INDICADORES | 12 |

CAPITULO II

| | |
|---|----|
| MARCO TEÓRICO | 16 |
| 1. PERSONALIDAD..... | 16 |
| A. DEFINICION | 16 |
| B. TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD | 17 |
| a. Normalidad Frente A Patología | 21 |
| b. Perspectivas Sobre Los Trastornos De Personalidad | 23 |
| b.1. Perspectiva Biológica | 23 |
| b.2. Perspectiva Psicodinámica | 24 |
| b.3. Perspectiva Interpersonal..... | 25 |
| b.4. Perspectiva Cognitiva | 26 |
| b.5. Perspectiva De Los Rasgos | 28 |
| b.6. Perspectiva Evolutiva | 30 |
| b.6.1. Bases Evolutivas De La Personalidad | 32 |
| b.7. Modelo Evolutivo De Theodore Millón | 36 |
| C. DESARROLLO DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD | 39 |
| D. RELACION ENTRE PERSONALIDAD Y CONDUCTA DELICTIVA | 44 |
| a. Trastornos De La Personalidad Y Conducta Delictiva | 47 |
| E. EVALUACIÓN Y TERAPIA DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD .. | 48 |
| a. Evaluación de la Personalidad | 48 |
| b. Diagnóstico Frente La Evaluación..... | 49 |
| c. Fuentes De Información Para Un Diagnóstico | 50 |
| d. La Filosofía Del Modelo Multiaxial | 50 |
| e. Cuestionario Clínico Multiaxial De Millón (MCMI) | 51 |
| f. Escalas Del Cuestionario Clínico Multiaxial De Millón (MCMI) | 53 |
| 2. INSTITUTO NACIONAL PENITENCIARIO | 58 |
| A. DIRECCIÓN DE REGISTRO PENITENCIARIO | 60 |
| a. Funciones: | 60 |
| b. Asistencia Psicológica..... | 61 |
| B. ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO AREQUIPA | 63 |
| 3. TIPOLOGÍA DEL DELITO | 63 |

CAPITULO III

| | |
|---|----|
| MARCO METODOLÓGICO..... | 67 |
| 1. TIPO Y DISEÑO | 67 |
| 2. SUJETOS | 67 |
| 3. CRITERIOS INCLUSIÓN..... | 68 |
| 4. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN | 68 |
| 5. INSTRUMENTOS | 68 |
| A. MCMII. INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON III..... | 68 |
| 6. PROCEDIMIENTO..... | 71 |

CAPITULO IV

| | |
|--|-----|
| RESULTADOS..... | 73 |
| VARIABLES CUANTITATIVAS | 73 |
| 1. GRÁFICOS QUE REPRESENTAN EL TOTAL DE LA MUESTRA Y DE PRUEBAS EVALUADAS | 73 |
| 2. TABLAS POR CADA ESCALA DEL MCMIII SEGÚN EL DELITO COMETIDO | 75 |
| A. TABLAS POR ESCALAS DEL MCMIII EN DELITOS CONTRA EL PATRIMONIO..... | 75 |
| B. TABLAS POR ESCALAS DEL MCMIII EN DELITOS CONTRA LA LIBERTAD SEXUAL..... | 83 |
| C. TABLAS POR ESCALAS DEL MCMIII EN DELITOS CONTRA LA SEGURIDAD PÚBLICA..... | 91 |
| D. TABLAS POR ESCALAS DEL MCMIII EN DELITOS CONTRA LA VIDA, EL CUERPO Y LA SALUD..... | 99 |
| 3. TABLAS POR TIPOLOGÍA DE DELITO SEGÚN EL PROMEDIO | 107 |
| A. TABLAS SEGÚN EL PROMEDIO POR EL DELITO CONTRA EL PATRIMONIO..... | 107 |
| B. TABLA SEGÚN EL PROMEDIO POR EL DELITO CONTRA LA LIBERTAD SEXUAL..... | 110 |
| C. TABLA SEGÚN EL PROMEDIO POR EL DELITO CONTRA LA SEGURIDAD PÚBLICA..... | 112 |
| D. TABLA SEGÚN EL PROMEDIO POR EL DELITO CONTRA LA VIDA, EL CUERPO Y LA SALUD | 115 |
| 4. TABLA DE SEMEJANZAS Y DIFERENCIAS ENTRE LOS DISTINTOS TIPOS DE DELITO..... | 118 |

CAPITULO V

| | |
|-----------------------------|-----|
| DISCUSIÓN..... | 122 |
| CONCLUSIONES..... | 125 |
| RECOMENDACIONES..... | 127 |
| BIBLIOGRAFIA..... | 128 |

LISTA DE TABLAS

| | |
|----------------|----|
| TABLA 1 | 75 |
| TABLA 2 | 75 |
| TABLA 3 | 75 |
| TABLA 4 | 76 |
| TABLA 5 | 76 |
| TABLA 6 | 76 |
| TABLA 7 | 77 |
| TABLA 8 | 77 |
| TABLA 9 | 77 |
| TABLA 10 | 78 |
| TABLA 11 | 78 |
| TABLA 12 | 78 |
| TABLA 13 | 79 |
| TABLA 14 | 79 |
| TABLA 15 | 79 |
| TABLA 16 | 80 |
| TABLA 17 | 80 |
| TABLA 18 | 80 |
| TABLA 19 | 81 |
| TABLA 20 | 81 |
| TABLA 21 | 81 |
| TABLA 22 | 82 |
| TABLA 23 | 82 |
| TABLA 24 | 82 |
| TABLA 25 | 83 |
| TABLA 26 | 83 |
| TABLA 27 | 83 |
| TABLA 28 | 84 |
| TABLA 29 | 84 |
| TABLA 30 | 84 |
| TABLA 31 | 85 |
| TABLA 32 | 85 |
| TABLA 33 | 85 |
| TABLA 34 | 86 |
| TABLA 35 | 86 |
| TABLA 36 | 86 |
| TABLA 37 | 87 |
| TABLA 38 | 87 |
| TABLA 39 | 87 |
| TABLA 40 | 88 |
| TABLA 41 | 88 |

| | |
|----------------|-----|
| TABLA 42 | 88 |
| TABLA 43 | 89 |
| TABLA 44 | 89 |
| TABLA 45 | 89 |
| TABLA 46 | 90 |
| TABLA 47 | 90 |
| TABLA 48 | 90 |
| TABLA 49 | 91 |
| TABLA 50 | 91 |
| TABLA 51 | 91 |
| TABLA 52 | 92 |
| TABLA 53 | 92 |
| TABLA 54 | 92 |
| TABLA 55 | 93 |
| TABLA 56 | 93 |
| TABLA 57 | 93 |
| TABLA 58 | 94 |
| TABLA 59 | 94 |
| TABLA 60 | 94 |
| TABLA 61 | 95 |
| TABLA 62 | 95 |
| TABLA 63 | 95 |
| TABLA 64 | 96 |
| TABLA 65 | 96 |
| TABLA 66 | 96 |
| TABLA 67 | 97 |
| TABLA 68 | 97 |
| TABLA 69 | 97 |
| TABLA 70 | 98 |
| TABLA 71 | 98 |
| TABLA 72 | 98 |
| TABLA 73 | 99 |
| TABLA 74 | 99 |
| TABLA 75 | 99 |
| TABLA 76 | 100 |
| TABLA 77 | 100 |
| TABLA 78 | 100 |
| TABLA 79 | 101 |
| TABLA 80 | 101 |
| TABLA 81 | 101 |
| TABLA 82 | 102 |
| TABLA 83 | 102 |
| TABLA 84 | 102 |

| | |
|-----------------|-----|
| TABLA 85 | 103 |
| TABLA 86 | 103 |
| TABLA 87 | 103 |
| TABLA 88 | 104 |
| TABLA 89 | 104 |
| TABLA 90 | 104 |
| TABLA 91 | 105 |
| TABLA 92 | 105 |
| TABLA 93 | 105 |
| TABLA 94 | 106 |
| TABLA 95 | 106 |
| TABLA 96 | 106 |
| TABLA 97 | 107 |
| TABLA 98 | 110 |
| TABLA 99 | 112 |
| TABLA 100 | 115 |
| TABLA 101 | 118 |

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|-----------------|-----|
| GRAFICO 1 | 73 |
| GRAFICO 2 | 74 |
| GRAFICO 3 | 109 |
| GRAFICO 4 | 111 |
| GRAFICO 5 | 114 |
| GRAFICO 6 | 117 |

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

El Perú es uno de los países latinoamericanos con las tasas más altas en cuanto a reincidencia en la comisión de un delito se refiere, hoy en día del 100% de la población interna en un penal del Perú, el 30% es reincidente, de dos ingresos a más, cifras por demás alarmantes. Y esto sucede muchas veces por el tipo de tratamiento que reciben estas personas en los establecimientos penitenciarios del país, donde se trabaja de manera muy general, dejando de lado las peculiaridades de personalidad que presenta cada persona, por ejemplo los trastornos o rasgos de personalidad que presenta un infractor en delitos contra el patrimonio pueden ser diametralmente opuestas a las que podría presentar un infractor en delitos contra la libertad sexual y así sucesivamente en cada tipo de delito; recibiendo todos el mismo tratamiento de resocialización.

La violencia y delincuencia en nuestro país se incrementa de manera descontrolada; por ello la importancia del estudio de la personalidad es vital para determinar los parámetros de normalidad o si se presenta algún tipo de patología psicológica, esto plasmado en el comportamiento de las personas y su forma de reaccionar ante ciertas situaciones.

Los profesionales involucrados en esta problemática social como los psicólogos, sociólogos, antropólogos; plantean poner mayor énfasis en la prevención, evitación y reducción de las conductas violentas en la sociedad. Dejando aún cuestiones sin resolver como por ejemplo si las personas que cometan actos criminales tienen determinados trastornos o rasgos de personalidad que influyan en su comportamiento.

Es a partir de esta realidad, que nosotros al haber observado y sido parte del equipo de psicólogos responsables del tratamiento de estas personas infractoras, es que planteamos la presente investigación para determinar los trastornos y rasgos de personalidad específicos encontradas según el tipo de delito cometido y sirva como base para formular una propuesta nueva en el tratamiento psicológico y trabajar de forma tal que este sea brindado según las características dadas por cada infractor.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde el origen de la humanidad siempre ha sido tema de debate ¿por qué un ser humano incurre en la comisión de un delito? o aún peor en la reincidencia del mismo, pero pocas veces este debate se llevó al campo de la reeducación y resocialización de estas personas, cómo lograr la asimilación y reconocimiento del error cometido, que se plantee por si solo una actitud de cambio, que mantenga una motivación durante ese proceso de resocialización y por ende pueda modificar comportamientos y adecuarse a las normas que la sociedad le impone. En pocos países del mundo salvo contadas excepciones se han establecido políticas de estado donde se trate de reeducar y brindar armas de apoyo a estas personas infractoras, siempre se ha pensado en realizar el tratamiento de forma muy general solo con medidas disuasivas, pensando tal vez en que es suficiente que todos los internos estén involucrados.

En la mayoría de establecimientos penitenciarios del Perú, se ha trabajado con la misma metodología de tratamiento con todos los internos, tomando como ejemplo el establecimiento penitenciario de Arequipa; el proceso de tratamiento se inicia con la clasificación del interno, en la cual cada interno que ingresa es evaluado por el profesional psicólogo encargado, aplicando una entrevista semiestructurada y cuestionarios de valoración subjetiva; obteniendo como resultado una apreciación de su personalidad que no es evaluada de manera integral y por ende es derivado a la zona que se considere sea la apropiada.

Los internos que son derivados a la zona de mínima seguridad, continúan con el tratamiento brindado por el equipo técnico conformado por psicólogos, trabajadoras sociales, profesores y abogados. Dentro de este proceso de tratamiento el interno de manera voluntaria debe realizar actividades laborales y educacionales en caso sea necesario, debe presentarse cada dos meses a su seguimiento en el área de psicología y asistir a las charlas informativas que son brindadas por los profesionales psicólogos.

Tomando esta realidad como punto de partida es que consideramos que todo el proceso de tratamiento aplicado en los penales del país, no toma en cuenta la individualidad de cada interno dejando de lado además las características de personalidad presentes según el delito que hayan cometido. Planteamos entonces la necesidad de desarrollar la presente investigación para determinar los trastornos y rasgos de personalidad específicos que se encuentren en internos sentenciados según el tipo de delito que hayan

cometido y a partir de ello se pueda elaborar programas de orientación y tratamientos que sean mucho más eficaces y eficientes.

2. FORMULACIÓN DE PROBLEMA

¿Presentarán trastornos o rasgos de personalidad específicos los internos sentenciados por los delitos contra la vida, el cuerpo y la salud, contra el patrimonio, contra la libertad sexual y contra la seguridad pública; recluidos en la zona de mínima seguridad del establecimiento penitenciario de Arequipa y si presentaran trastornos y rasgos de personalidad existirían diferencias y semejanzas significativas según el delito cometido?

3. HIPÓTESIS

Los internos sentenciados por los delitos contra la vida, el cuerpo y la salud, contra el patrimonio, contra la libertad sexual y contra la seguridad pública; recluidos en la zona de mínima seguridad del establecimiento penitenciario de Arequipa presentan trastornos y rasgos de personalidad además de existir diferencias y semejanzas significativas según el delito cometido

3.1. Sub Hipótesis

Hipótesis 1

Los internos sentenciados por el delito contra la vida, el cuerpo y la salud presentan trastornos y rasgos de personalidad específicos.

Hipótesis 2

Los internos sentenciados por el delito contra el patrimonio presentan trastornos y rasgos de personalidad específicos.

Hipótesis 3

Los internos sentenciados por el delito contra la libertad sexual presentan trastornos y rasgos de personalidad específicos.

Hipótesis 4

Los internos sentenciados por el delito contra la seguridad pública presentan trastornos y rasgos de personalidad específicos.

Hipótesis 5

Existen diferencias entre los trastornos y rasgos de personalidad de los internos sentenciados por los delitos contra la vida, el cuerpo y la salud, contra el patrimonio y contra la libertad sexual.

Hipótesis 6

Existen semejanzas entre los trastornos y rasgos de personalidad de los internos sentenciados por los delitos contra la vida, el cuerpo y la salud, contra el patrimonio y contra la libertad sexual.

4. OBJETIVOS

- Objetivo General

Identificar los trastornos y rasgos de personalidad específicos de los internos sentenciados y recluidos en la zona de mínima seguridad del establecimiento penitenciario de Arequipa, señalando las diferencias y semejanzas según el tipo de delito cometido.

- Objetivos Específicos

1. Señalar los trastornos y rasgos de personalidad específicos de los internos sentenciados por el delito contra la vida, el cuerpo y la salud, recluidos en la zona de mínima seguridad del establecimiento penitenciario de Arequipa.
2. Reconocer los trastornos y rasgos de personalidad específicos de los internos sentenciados por el delito contra el patrimonio, recluidos en la zona de mínima seguridad del establecimiento penitenciario de Arequipa.
3. Establecer los trastornos y rasgos de personalidad específicos de los internos sentenciados por el delito contra la libertad sexual, recluidos en la zona de mínima seguridad del establecimiento penitenciario de Arequipa.
4. Definir los trastornos y rasgos de personalidad específicos de los internos sentenciados por el delito contra la seguridad pública, recluidos en la zona de mínima seguridad del establecimiento penitenciario de Arequipa.
5. Determinar si existen diferencias entre los trastornos y rasgos de personalidad de los internos sentenciados y recluidos en la zona de mínima seguridad del establecimiento penitenciario de Arequipa, según el delito cometido.

6. Identificar si existen semejanzas entre los trastornos y rasgos de personalidad de los internos sentenciados y recluidos en la zona de mínima seguridad del establecimiento penitenciario de Arequipa, según el delito cometido.

5. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

El Perú es uno de los países latinoamericanos con las tasas más altas de reincidencia al delito, hoy en día del 100% de la población penal, el 30% es reincidente, de dos ingresos a más, cifras por demás alarmantes. Y esto sucede muchas veces por el tipo de tratamiento que reciben estas personas en los establecimientos penitenciarios del país, donde se trabaja de manera muy general, dejando de lado por ejemplo que los rasgos de personalidad que presenta un infractor contra el patrimonio pueden ser diametralmente opuestas a los que podría presentar un infractor con la libertad sexual y así sucesivamente en cada tipo de delito.

Según el Observatorio de Criminalidad del Ministerio Público y la Fiscalía de la Nación (2015), los delitos de mayor incidencia en el Perú son: contra el patrimonio (27.5%), contra la seguridad pública (20.8%), contra la vida, el cuerpo y la salud (12.9%), contra la libertad sexual (11.7%), contra la administración pública (8.8%), contra la fe pública (7.8%) y contra la familia (3.7%). Estos siete delitos representan el 93.3% de toda la incidencia delictiva en el País. Del total de delitos registrados (65,522) el 27.8% (18,189) corresponde a ocho delitos específicos que afectan en mayor grado la seguridad ciudadana e incrementan la percepción de miedo, temor e inseguridad. Esto equivale a un promedio de 2,598 delitos por mes, 87 delitos por día y 4 delitos por hora. Huambachano, C.J. (2015), señala que actualmente hay 12.040 reos sentenciados por delitos contra la libertad sexual. De ellos, 4.985 fueron procesados por violación a mujeres adultas. En tanto, 4.975 purgan condena por ultrajar a menores y 852 por actos contra el pudor. “Nos llama poderosamente la atención que del 2010 al 2015 se triplicó el número de personas en prisión por este crimen, afirma que el 19,6% de reos en el Perú ha cometido algún delito sexual”.

El Observatorio de Criminalidad del Ministerio Público y la Fiscalía de la Nación (2015) refiere que dentro de los delitos contra el patrimonio, el robo agravado es el delito que se comete con mayor frecuencia en el Perú con el 34,5% y su tendencia va en aumento; de cada 100 delitos denunciados, 35 están asociados al delito contra el patrimonio y en los dos últimos años se registra un incremento de 4% de casos de robo agravado en sus diversas modalidades en todo el país. Ica, Lima, Lambayeque, Piura y

Arequipa son las ciudades donde ocurre el mayor número de denuncias por este tipo de acciones delictivas. De acuerdo a estas cifras se aplicaron 13 sentencias de cadena perpetua, y otras 77 personas fueron condenadas a más de 15 años por delitos por robo agravado.

El Censo de Homicidios ejecutado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2013), señala que estos ascienden a 2 mil 13 homicidios, cifra que al dividirse entre el total de la población (30 millones 475 mil 144 habitantes) y multiplicarse por cien mil, da como resultado una tasa de 6,6 homicidios por cada 100 mil habitantes. Llegando a la conclusión de que el Perú es el sexto país con mayor Tasa de Homicidios en América.

El Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (CEDRO, 2014), afirma en relación a los delitos contra la seguridad pública que las drogas son el tercer problema más importante del país. Sin embargo, lo preocupante es que la mayoría de los entrevistados sostiene que lo más grave es la venta al menudeo. Otro de los puntos que arroja la investigación que incluyó a personas de 12 a 65 años en Lima y en 12 provincias de la costa, sierra y selva, es que un 95.3% considera que es fácil conseguir alcohol y un 92.4% opina lo mismo del tabaco. En el caso de las drogas ilegales, un 45.4% manifestó que es fácil conseguir marihuana, un 30.9% dijo lo mismo del PBC, y un 24.1%, de la cocaína.

Del mismo modo el estudio de la personalidad y del comportamiento en la delincuencia es un tema abordado tanto por los psicólogos sociales como por sociólogos y antropólogos; los cuales proponen que este es un tema de interés público dado que los índices de violencia y delincuencia están incrementando en nuestra sociedad. Con mayor fuerza en los últimos años se ha debatido si las personas que cometan actos criminales tienen determinadas características o rasgos de personalidad que influyen en su comportamiento o si son las circunstancias ambientales las que determinan la violencia como lo señalan

Asimismo para la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (ONUDD, 2013). Señala que algunos de los tipos de tratamiento más eficaces son aquellos basados en enfoques cognitivo-conductuales y de aprendizaje social, en particular cuando tienen en cuenta las características personales del delincuente tales como, por ejemplo, su sensibilidad interpersonal, ansiedad interpersonal e inteligencia verbal. La terapia cognitivo-conductual está claramente entre los tratamientos de rehabilitación más prometedores para los delincuentes. Su eficacia comparada con otros

enfoques de tratamiento está categorizada como superior en términos de sus efectos sobre la reincidencia. La terapia tiene una base teórica bien desarrollada que va dirigida explícitamente al “modo de pensar criminal” como un factor que contribuye a la conducta desviada y puede ser adaptada a una gama de delincuentes. Al igual que la mayoría de otros programas basados en la prisión, también puede ser realizada exitosamente en la comunidad, sea como parte de un conjunto integral de intervenciones o como una sola.

Se ha insistido en que un estudio de esta naturaleza debe abarcar un doble aspecto: el biológico y el psicológico, para saber el mecanismo del delito y precisar por qué se ha cometido y bajo qué influencia el sujeto ha obrado de tal forma, para determinar las medidas adecuadas a su tratamiento.

Morchori, (1990), por tanto la psicología tiene por tarea aclarar este significado en una perspectiva genética. Estudiando la personalidad del que delinque podemos lograr su diagnóstico con el cual pueda darse un tratamiento correcto para lograr la readaptación por medio de una labor terapéutica integral. Conocer la personalidad del delincuente es fundamental para poder diferenciar un caso de otro y para poder reconstruir la etiología y dinámica del fenómeno criminal en particular. En el ambiente penitenciario la tarea de la psicología implica estudiar el aspecto del diagnóstico y tratamiento. El trabajo psicológico con personas delincuentes conlleva irremediablemente hacia un enfoque social pues el delito es una transgresión, una alteración o violación a una norma social. Por esta razón, la psicología parte de un diagnóstico que tiene por objetivo conocer quién es la persona que llega a la penitenciaria.

Planteamos entonces la necesidad de desarrollar el presente proyecto para determinar los trastornos y rasgos de personalidad de los internos sentenciados y recluidos en la zona de mínima seguridad del establecimiento penitenciario de Arequipa, señalando las diferencias y semejanzas según el tipo de delito cometido y a partir de ello se pueda elaborar nuevos tratamientos que sean mucho más eficaces y eficientes.

6. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

- ✓ Idiosincrasia de los sujetos evaluados
- ✓ Lentitud para tramites de permiso
- ✓ Ambiente poco favorable
- ✓ Presencia de elementos distractores
- ✓ Disponibilidad de los Internos

7. DEFINICION DE TERMINOS

A. Personalidad

Millón la define como “un patrón complejo de características psicológicas profundamente arraigadas, que son en su mayor parte inconscientes y difíciles de cambiar, y se expresan automáticamente en casi todas las áreas de funcionamiento del individuo. Estos rasgos intrínsecos y generales surgen de una complicada matriz de determinantes biológicos y aprendizajes, y en última instancia comprenden el patrón idiosincrático de percibir, sentir, pensar, afrontar y comportarse de un individuo.

B. Tipología del delito

Según el código penal del Perú los delitos genéricos son

a. Contra la vida, el cuerpo y la salud:

- **Homicidio simple:** El que mata a otro será reprimido con pena privativa de libertad no menor de seis ni mayor de veinte años.
- **Homicidio calificado – asesinato:** Será reprimido con pena privativa de libertad no menor de quince años el que mate a otro concurriendo cualquiera de las circunstancias.
- **Parricidio:** El que, a sabiendas, mata a su ascendiente, descendiente, natural o adoptivo, o a su cónyuge o concubino, será reprimido con pena privativa de libertad no menor de quince años.
- **Homicidio culposo:** El que, por culpa, ocasiona la muerte de una persona, será reprimido con pena privativa de libertad no mayor de dos años.
- **Lesiones graves:** El que causa a otro daño grave en el cuerpo o en la salud, será reprimido con pena privativa de libertad no menor de tres ni mayor de ocho años.
- **Lesiones leves:** El que causa a otro un daño en el cuerpo o en la salud que requiera más de diez y menos de treinta días de asistencia o descanso, según prescripción facultativa, será reprimido con pena privativa de libertad no mayor de dos años y con sesenta a ciento cincuenta días-multa.
- **Lesiones culposas:** El que por culpa causa a otro un daño en el cuerpo o en la salud, será reprimido, por acción privada, con pena privativa de libertad no mayor de un año y con sesenta a ciento veinte días-multa.

b. Contra el patrimonio:

- **Hurto agravado:** El agente será reprimido con pena privativa de libertad no menor de tres ni mayor de seis años si el hurto es cometido en casa habitada y durante la noche.
- **Hurto simple:** El que, para obtener provecho, se apodera ilegítimamente de un bien mueble, total o parcialmente ajeno, sustrayéndolo del lugar donde se encuentra.
- **Robo agravado:** La pena será no menor de diez ni mayor de veinte años, si el robo es cometido en casa habitada durante la noche o en lugar desolado a mano armada y con el concurso de dos o más personas.
- **Apropiación ilícita común:** El que, en su provecho o de un tercero, se apropiá indebidamente de un bien mueble, una suma de dinero o un valor que ha recibido en depósito, comisión, administración u otro título semejante que produzca obligación de entregar, devolver, o hacer un uso determinado.
- **Receptación:** El que adquiere, recibe en donación o en prenda o guarda, esconde, vende o ayuda a negociar un bien de cuya procedencia delictuosa tenía conocimiento o debía presumir que provenía de un delito.
- **Estafa:** El que procura para sí o para otro un provecho ilícito en perjuicio de tercero, induciendo o manteniendo en error al agraviado mediante engaño, astucia, ardid u otra forma fraudulenta.
- **Extorción:** El que mediante violencia, amenaza o manteniendo en rehén a una persona, obliga a ésta o a otra a otorgar al agente o a un tercero una ventaja económica indebida o de cualquier otra índole.

c. Contra la libertad sexual:

- **Violación sexual:** El que con violencia o grave amenaza, obliga a una persona a practicar el acto sexual u otro análogo, será reprimido con pena privativa de libertad no menor de cuatro ni mayor de ocho años.
- **Violación de persona en estado de inconsciencia o en la imposibilidad de resistir:** El que practica el acto sexual u otro análogo con una persona, después de haberla puesto con ese objeto en estado de inconsciencia o en la imposibilidad de resistir.
- **Violación de persona en incapacidad de resistencia:** El que, conociendo el estado de su víctima, práctica el acto sexual u otro análogo con una persona que

sufre anomalía psíquica, grave alteración de la conciencia, retardo mental o que se encuentra en incapacidad de resistir.

- **Violación sexual a menor de 14 años:** El que practica el acto sexual u otro análogo con un menor de catorce años de edad.
- **Violación sexual de menor de 14 años seguida de muerte o lesión grave:** Si los actos previstos en los incisos 2 y 3 del artículo anterior causan la muerte de la víctima o le producen lesión grave, y el agente pudo prever este resultado o si procedió con crueldad, la pena será de cadena perpetua.
- **Actos contra el pudor:** El que sin propósito de practicar el acto sexual u otro análogo, con violencia o grave amenaza comete un acto contrario al pudor en una persona.
- **Actos contra el pudor en menores:** El que sin propósito de practicar el acto sexual u otro análogo, comete un acto contrario al pudor en una persona menor de catorce años.
- **Favorecimiento a la prostitución:** El que promueve o favorece la prostitución de otra persona.
- **Proxenetismo:** El que compromete, seduce, o sustrae a una persona para entregarla a otro con el objeto de practicar relaciones sexuales, o el que la entrega con este fin.
- **Trata de personas:** El que promueve o facilita la entrada o salida del país o el traslado dentro del territorio de la República de una persona para que ejerza la prostitución.
- **Exhibiciones y publicaciones obscenas:** Será reprimido con pena privativa de libertad no menor de dos años el que, en lugar público, realiza exhibiciones, gestos, tocamientos u otra conducta de índole obscena.

d. Contra la seguridad pública

- **Conducción en estado de ebriedad o drogadicción:** El que encontrándose en estado de ebriedad o drogadicción conduce, opera o maniobra vehículo motorizado, instrumento, herramienta, máquina u otro análogo.
- **Promoción o favorecimiento al tráfico ilícito de drogas:** El que promueve, favorece o facilita el consumo ilegal de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, mediante actos de 14 (*) RECTIFICADO POR FE DE ERRATAS fabricación o tráfico o las posea con este último fin.

- **Receptación:** El que compre, guarde, custodie, oculte o reciba dichas ganancias, cosas, bienes o beneficios conociendo su ilícito origen o habiéndolo sospechado, será reprimido con la misma pena.
- **Lavado de dinero:** El que interviene en el proceso de lavado de dinero proveniente del tráfico ilícito de drogas o del narcoterrorismo, ya sea convirtiéndolo en otros bienes, o transfiriéndolo a otros países, bajo cualquier modalidad empleada por el sistema bancario o financiero o repatriándolo para su ingreso al circuito económico imperante en el país, de tal forma que ocultare su origen, su propiedad u otros factores potencialmente ilícitos, será reprimido con pena de cadena perpetua.
- **Micro comercialización o micro producción:** Si es pequeña la cantidad de droga o materia prima poseída, fabricada, extractada o preparada por el agente, la pena privativa de libertad será no menor de dos ni mayor de ocho años.
- **Tráfico ilícito de personas:** El que ilícitamente y con el fin de obtener una ventaja patrimonial, para sí o para otro, ejecuta, promueve, favorece o facilita el ingreso o salida del país de terceras personas, será reprimido con pena privativa de libertad.

C. Conducta Delictiva

Según Sandra Vázquez Barbosa (2012) la conducta delictiva es una conducta que transgrede las normas de la sociedad en la cual distinguimos entre delitos violentos, en la que se incluyen asesinatos, homicidios, detenciones ilegales, agresiones sexuales, robo con violencia, lesiones y coacciones; y delitos no violentos en las que se incluyen delitos contra la salud pública (tráfico de drogas), hurto, robo, amenazas, falsedad y estafa.

8. VARIABLES E INDICADORES

| VARIABLES | DEFINICIÓN OPERACIONAL | DIMENSIONES | INDICADORES |
|------------------------------------|---|--------------------------------------|---|
| TRASTORNO O RASGOS DE PERSONALIDAD | Según MILLON considera que las habilidades de afrontamiento del individuo y la flexibilidad adaptativa a su entorno son las que conforman una forma habitual de comportarse, o lo que podríamos denominar un patrón de personalidad | A. Patrones clínicos de personalidad | 1: Esquizoide 2A: Evitativo 2B: Depresivo 3: Dependiente 4: Histriónico 5: Narcisista 6A: Antisocial 6B: Agresivo-Sádico 7: Compulsivo 8A: Negativista 8B: Autodestructivo |
| | | B. Patología grave de personalidad. | S: Esquizotípico C: Límite P: Paranoide |
| | | C. Síndromes Clínicos | A: Trastorno de ansiedad H: Trastorno somatomorfo N: Trastorno bipolar |

| | | | |
|---------------------|--|---|---|
| | | | <p>D: Trastorno distímico</p> <p>B: Dependencia del alcohol</p> <p>T: Dependencia de sustancias</p> <p>R: Trastorno de estrés postraumático</p> |
| | D. Síndromes Clínicos Graves | | <p>SS: Trastorno del pensamiento</p> <p>CC: Depresión mayor</p> <p>PP: Trastorno delirante</p> |
| TIPOLOGÍA DE DELITO | Según el código penal es la clasificación de los delitos | A. Contra la vida, el cuerpo y la salud | <ul style="list-style-type: none"> e. Homicidio simple f. Homicidio calificado – asesinato g. Parricidio h. Homicidio culposo i. Infanticidio j. Lesiones graves k. Lesiones leves l. Lesiones culposas |

| | | |
|--|--------------------------------|---|
| | B. Contra el patrimonio | <ul style="list-style-type: none"> - Hurto agravado - Hurto simple - Robo agravado - Apropiación ilícita común - Receptación - Estafa - Extorsión |
| | C. Contra la libertad | <ul style="list-style-type: none"> - Violación sexual - Violación de persona en estado de inconsciencia - Violación sexual a menor de 14 años - Violación sexual de menor de 14 años seguida de muerte o lesión grave. - Actos contra el pudor - Favorecimiento a la prostitución - Proxenetismo - Trata de personas - Exhibiciones y publicaciones obscenas |
| | D. Contra la seguridad pública | <ul style="list-style-type: none"> - Conducción en estado de ebriedad o |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | <p>drogadicción</p> <ul style="list-style-type: none">- Promoción o favorecimiento al tráfico ilícito de drogas- Lavado de dinero- Micro comercialización o micro producción- Tráfico ilícito de personas |
|--|--|--|--|

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

TRASTORNOS Y RASGOS DE PERSONALIDAD SEGÚN EL DELITO COMETIDO POR INTERNOS DE MINIMA SEGURIDAD

El Marco Teórico de la presente tesis compone una descripción de los principales conceptos teóricos de este estudio (Trastornos - rasgos de personalidad y tipología de delito), sobre los cuales se ha realizado una revisión de la literatura referida a investigaciones que analizan la influencia mutua entre ellos.

El presente capítulo está orientado desde un enfoque Multidisciplinario ya que se examina el mismo problema desde un contexto y enfoques particulares de diversas disciplinas como la Psicología Clínica, Psicología Social, Ciencias Cognitivas, Conductuales y la Psicología Criminalística, que buscan al final una suma de contenidos para optar por la mejor solución.

La revisión de la literatura se divide en tres grandes apartados, el primer capítulo de ellos trata acerca de la personalidad abordada desde la psicología clínica, que nos permite ubicarnos en su amplitud: la personalidad, trastornos de personalidad en relación a una conducta delictiva, desde su definición, características, desarrollo, evaluación diagnóstico, y tratamiento. El segundo capítulo centra su atención en la descripción de la organización y función del Instituto Nacional Penitenciario: órgano encargado del tratamiento de las personas delictivas. En el tercer capítulo describimos los diferentes tipos de delitos sancionadas por la ley según el Código Penal Peruano.

Nuestro Marco Teórico supone explicar los fundamentos teóricos que dan sentido a esta investigación que se va a desarrollar, siendo por tanto el cimiento de esta tesis.

1. PERSONALIDAD

A. DEFINICION

Según Theodore Millón (2006). La forma de investigar la definición de un término es examinar cómo su significado y su utilización ha evolucionado a lo largo del tiempo. El término personalidad procede del vocablo latino persona, que originariamente se refería a la máscara que utilizaban los actores en el teatro clásico. El término persona sugería una pretensión de apariencia, es decir, la pretensión de poseer rasgos distintos de los que

caracterizan realmente a la persona que hay detrás de la máscara. Al cabo del tiempo, el término persona perdió su connotación de pretensión e ilusión y empezó a representar no a la máscara, sino a la persona real o a sus características explícitas. El tercer y último significado del término personalidad profundiza en la impresión superficial para iluminar el mundo interno, casi nunca manifiesto, y las características psicológicas ocultas de la persona. Por tanto, a lo largo de la historia, el significado del término ha pasado de ser una ilusión de lo externo a referirse a una realidad externa y finalmente, a rasgos internos oscuros u ocultos. Este último significado es el más cercano al uso contemporáneo del término. Millón entonces conceptualiza la personalidad como: “*Un patrón complejo de características psicológicas profundamente arraigadas, que son en su mayor parte inconscientes y difíciles de cambiar, y se expresan automáticamente en casi todas las áreas de funcionamiento del individuo. Estos rasgos intrínsecos y generales surgen de una complicada matriz de determinantes biológicos y aprendizajes, y en última instancia comprenden el patrón idiosincrático de percibir, sentir, pensar, afrontar y comportarse de un individuo*”.

La personalidad suele confundirse con dos términos relacionados con ella: temperamento y carácter. Aunque en el lenguaje cotidiano los tres tienen un significado similar, el carácter se refiere a las características adquiridas durante nuestro crecimiento y conlleva un cierto grado de conformidad con las normas sociales. El temperamento, por el contrario, no es el resultado de la socialización, sino que depende de una disposición biológica básica hacia ciertos comportamientos. Puede decirse de una persona que tiene «un buen carácter» y de otra que tiene «un temperamento irritable». Por tanto, el carácter refleja el resultado de la influencia de la educación, mientras que el temperamento representa la influencia de la naturaleza, físicamente codificada.

B. TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Continuando con Millón (2006). Refiere que la personalidad es lo que nos hace como somos, y también lo que nos diferencia de los demás. De las personas que poseen alguna característica que las distingue suele decirse que tienen «personalidad» y otras personas que «no tienen personalidad». Según como nos afecten las reacciones de una persona, diremos que tiene «un buen carácter» o «un mal carácter».

En las últimas décadas, el estudio de la personalidad y sus trastornos ha sido un aspecto fundamental del abordaje de la psicología anormal. Durante el trabajo clínico nos encontramos con personas con todo tipo de patologías. Algunas de ellas están sumidas

en un episodio depresivo, y otras deben afrontar los efectos permanentes de traumas que superan lo que consideramos una experiencia humana normal. Otras han perdido el contacto con la realidad y algunas solamente tienen problemas existenciales menores, que no pueden clasificarse como trastorno clínico. En cualquier caso, aunque los problemas varíen, todas ellas poseen una personalidad. Los trastornos de la personalidad ocupan hoy en día un lugar preponderante en el ámbito diagnóstico y constituyen un área de estudio científico. Sin duda, el estudio de los trastornos de la personalidad es complejo y mucho más sofisticado que la descripción cotidiana de la personalidad que reflejan las preguntas anteriores. Este estudio de Millón presunta la emergencia de esta nueva disciplina y analiza la personalidad y sus trastornos, comparando y contrastando las distintas premisas que constituyen la base de los diferentes enfoques de estas ideas, y exponiendo los principios de las perspectivas clásicas sobre la personalidad, que son fundamentales para la comprensión de los trastornos de personalidad.

El concepto de trastornos de la personalidad requiere el entendimiento previo del papel que desempeñan en el estudio del comportamiento anormal. El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) está considerado por los psiquiatras y psicólogos como la biblia de los trastornos mentales. La primera edición oficial, publicada en 1952, estaba muy influida por los sistemas previos establecidos por el ejército y la Veterans Administration para facilitar la comprensión de los problemas de salud mental que presentaban los soldados que habían combatido en la Segunda Guerra Mundial. Al cabo del tiempo, el DSM evolucionó más allá de su propósito militar originario y se convirtió en un conjunto de normas o compendio de todos los comportamientos anormales. Actualmente en su cuarta edición, el DSM-IV está ampliamente considerado como el sistema de clasificación o taxonomía oficial que deben utilizar los profesionales de la salud mental. Describe todos los trastornos mentales que se conocen, así como otros que se incluyen de forma provisional para una posterior investigación. El DSM-IV incluye doce trastornos de la personalidad, diez de los cuales están aceptados oficialmente y dos son provisionales. Millón incluye, dos trastornos de la personalidad que aparecieron en la tercera edición revisada del DSM ya que, aunque fueron eliminados de la última edición, estas entidades diagnósticas siguen siendo ampliamente utilizadas en el trabajo clínico cotidiano.

El área del comportamiento anormal posee su propio vocabulario o jerga. Muchos de los términos utilizados en la exposición de la conducta anormal aparecerán repetidamente a lo largo del desarrollo de los trastornos de personalidad, por lo que es

aconsejable aprenderlos ahora. Los criterios diagnósticos son las características definitorias que utilizan los profesionales para clasificar las personas dentro de una categoría clínica. Esencialmente, los criterios diagnósticos son un conjunto de síntomas que deben estar presentes para que pueda establecerse un diagnóstico. Cada trastorno tiene su propio conjunto de criterios, algunas de estas listas son breves, y otras más largas. Por ejemplo, el diagnóstico del trastorno antisocial de la personalidad incluye siete criterios. Uno de ellos es: «deshonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer» (DSM-IV, pág. 666). Citado en Millón (2006). El diagnóstico del trastorno histriónico de la personalidad consta de ocho criterios. Uno de los más interesantes es: «la interacción con los demás suele estar caracterizada por un comportamiento impropio, sexualmente seductor o provocador».

La lista de criterios para cada trastorno de la personalidad incluye siete, ocho o nueve elementos, cada uno de los cuales describe algún rasgo característico, actitud o conducta muy relacionados con el trastorno en particular. En el criterio del trastorno antisocial de la personalidad descrito anteriormente, la deshonestidad se considera un rasgo de personalidad, un patrón estable de comportamiento que permanece a lo largo del tiempo y en situaciones diversas.

También puede considerarse que los criterios del trastorno histriónico de la personalidad definen en parte la seducción como rasgo de la personalidad, ya que los histriónicos se caracterizan por sexualizar, de forma inadecuada, sus relaciones con los demás. Cuando muchos de estos rasgos de la personalidad aparecen de forma conjunta, se dice que constituyen un trastorno de la personalidad. El sujeto con un trastorno antisocial de la personalidad, por ejemplo, es mucho más que deshonesto; también es manipulador, temerario, agresivo, irresponsable, explotador y carente de empatía y remordimientos. Cuando todas estas características aparecen de forma conjunta, constituyen lo que denominamos un prototipo de personalidad, un modelo psicológico que rara vez se observa en estado puro. El trastorno es similar al prototipo, aunque menos extremo que su expresión más pura. Sin embargo, las personas reales rara vez se corresponden con los «tipos puros». En el DSM no es necesario que la persona posea todas y cada una de las características de un trastorno de la personalidad para que pueda establecerse el diagnóstico de ese trastorno. Lo más habitual es que la presencia de la mayor parte de los criterios sea suficiente. Por ejemplo, para diagnosticar un trastorno histriónico de la personalidad es necesario que se cumplan cinco de los ocho criterios, y para el

diagnóstico de trastorno narcisista de la personalidad, cinco de los nueve criterios. Es posible que se observen muchas combinaciones distintas de los criterios diagnósticos, lo cual ratifica que no existen dos personas exactamente iguales aunque a ambas se les haya diagnosticado el mismo trastorno de la personalidad. Así pues, aunque Charles Manson, Jeffre y Dahmer podrían ser diagnosticados de trastorno antisocial de la personalidad, sus personalidades son sustancialmente distintas. La determinación exacta de qué diferencia a las personas como Dahmer y Manson del resto de nosotros requiere una gran cantidad de información biográfica. Por este motivo, abordamos los factores más importantes para el desarrollo de cada trastorno de la personalidad. Por ejemplo, una relación muy afable entre un padre y su hija es una de las principales vías de desarrollo de un trastorno histriónico de la personalidad en el adulto.

La división en categorías presenta una gran ventaja: la facilidad de uso para aquellos clínicos que deben hacer diagnósticos relativamente rápidos debido a que tienen un gran número de pacientes y un período breve de visita para cada uno. Aunque en estos casos la atención clínica se centra sólo en los síntomas más destacados del paciente, con frecuencia las categorías sugieren un amplio aspecto de rasgos que no se han observado directamente. Las categorías parten de la base de la existencia de límites discontinuos, por un lado entre los distintos estilos de personalidad y por otro, entre la normalidad y la anormalidad, una característica que resulta práctica para el modelo médico, pero no para el funcionamiento de la personalidad, ya que este último existe de forma continua. Los argumentos de quienes están a favor de la adopción de modelos dimensionales se centran principalmente en la siguiente premisa: debido a que el modelo categorial implica límites discontinuos entre los distintos trastornos y entre la normalidad y la anormalidad, es simplemente inadecuado para los trastornos de la personalidad. La dimensión del rasgo tiene, sin duda, varias cualidades útiles. Sin embargo, entre los defensores de este modelo, no hay consenso en cuanto a la naturaleza y el número de rasgos necesarios para representar la personalidad de forma adecuada. Los teóricos pueden «inventar» dimensiones que cumplan sus expectativas, más que descubrirlas como si fueran una parte intrínseca de la naturaleza que está simplemente a la espera de ser detectada por los científicos. Al parecer, el número de rasgos que se requiere para evaluar la personalidad no está determinado por la capacidad de nuestras investigaciones para revelar algún tipo de verdad inherente, sino más bien por nuestras preferencias a la hora de concebir y organizar nuestras observaciones. Si utilizamos más de unas pocas dimensiones del rasgo para describir la personalidad, el resultado será la

formación de esquemas tan complejos que necesitaremos una representación geométrica o algebraica. Aunque no hay nada intrínsecamente erróneo en estos formatos cuantitativos, que plantean considerables dificultades de comprensión y comunicación entre los clínicos.

a. Normalidad Frente A Patología

Millón refiere que no es posible diferenciar de forma absolutamente objetiva entre normalidad y anormalidad. Todas las distinciones de este tipo, incluidas las categorías diagnósticas del DSM-IV, son en parte construcciones sociales y artefactos culturales. Aunque las personas se pueden agrupar en función de criterios explícitos y estas clasificaciones contribuyen a la respabilidad de la ciencia, la intención de agrupar y el acto de clasificar a las personas en grupos diagnósticos son únicamente sociales. Todas las definiciones de la patología, dolencia, mal, malestar, enfermedad o trastorno están cargadas de valores y son circulares (Feinstein, 1977). Los trastornos son lo que tratan los médicos, y lo que los médicos tratan está definido por normas sociales implícitas. Dada su base social, es probable que la mejor definición de la normalidad sea la conformidad con los comportamientos y costumbres típicos del propio grupo o cultura. Por tanto, la patología se definiría a partir de los comportamientos atípicos, irrelevantes o distintos de los del grupo de referencia. No es sorprendente que los autores norteamericanos hayan definido la normalidad como la capacidad para desempeñarse de una forma independiente y competente que permita obtener una sensación de satisfacción y gratificación. Otras culturas pueden tener otros estándares; en Asia, por ejemplo, no se valora tanto el individualismo como el respeto por las normas del grupo.

La normalidad y la patología se sitúan en un continuo. Una se convierte lentamente en la otra. Dado que los trastornos de la personalidad están formados por rasgos desadaptativos, existen dos formas en que la patología de la personalidad se agrava a lo largo del continuo entre la salud y la patología. En primer lugar, cada rasgo puede intensificar su expresión: la asertividad puede dar lugar a la agresividad, o la diferencia convertirse en masoquismo. En segundo lugar, puede incrementarse el número de rasgos desadaptativos. Si comparamos las afirmaciones relacionadas con un subgrupo de rasgos compulsivos. Podremos observar fácilmente cómo la normalidad da lugar, de forma gradual, a un trastorno de la personalidad.

Los trastornos de la personalidad se distinguen por tres características patológicas (Millón, 1969). La primera procede directamente de la concepción de la personalidad como la analogía psicológica del sistema inmunitario: los trastornos de la personalidad tienden a presentar una estabilidad frágil, o una carencia de capacidad de adaptación, en condiciones de estrés. La mayoría de las personas dispone de variadas y flexibles estrategias de afrontamiento. Cuando una determinada conducta o estrategia no funciona, las personas normales cambian y pasan a utilizar otra. Sin embargo, las personas con un trastorno de la personalidad tienden a utilizar las mismas estrategias una y otra vez, con variaciones mínimas. El resultado es que siempre acaban empeorando las cosas. En consecuencia, el grado de estrés se incrementa, amplifica su vulnerabilidad, provoca situaciones críticas y produce percepciones de la realidad social cada vez más distorsionadas.

La segunda característica se solapa con la primera son: que las personas con un trastorno de la personalidad son inflexibles desde el punto de vista adaptativo. El funcionamiento de la personalidad normal incluye la capacidad de ser flexible en cuanto al papel que se desempeña, es decir, la capacidad de saber cuándo tomar la iniciativa y modificar el entorno y cuándo adaptarse a lo que el entorno dispone. Es por eso que las personas normales son flexibles en sus interacciones, es decir, sus iniciativas o reacciones son proporcionales y adecuadas a las circunstancias que las suscitan. Cuando la situación limita la conducta, el comportamiento de las personas normales tiende a coincidir, independientemente de la personalidad. Si el jefe quiere que las cosas se hagan de una manera determinada, la mayoría de las personas sigue sus indicaciones. Es un tipo de situación que está muy bien definido ya que casi todo el mundo sabe qué hacer y cómo comportarse, y casi todo el mundo coincide.

En cambio, las personas con un trastorno de la personalidad disponen de pocas estrategias y conductas alternativas, y las imponen rígidamente sobre unas circunstancias para las que no encajan. Las personas con un trastorno de la personalidad impulsan o controlan implícitamente las situaciones interpersonales mediante la intensidad y rigidez de sus rasgos, que constriñen el curso de la interacción. Dado que no pueden ser flexibles, el entorno debe flexibilizarse al máximo. Cuando el entorno no puede adaptarse a la persona se produce una crisis. En consecuencia, se reducen aún más las oportunidades de aprender estrategias nuevas y más adaptativas, y la vida se vuelve mucho menos placentera.

La tercera característica de las personas con un trastorno de la personalidad es consecuencia de la segunda. Dado que estas personas no son capaces de cambiar, los repertorios patológicos que dominan su vida se repiten una y otra vez como círculos viciosos. Las personalidades patológicas son, a su vez, patogénicas. En efecto, la vida se convierte en una especie de primer acto teatral fallido que se repite una y otra vez. Pierden oportunidades de mejorar, ocasionan nuevos problemas y crean constantemente situaciones que replican sus fallos y que suelen ser variaciones mínimas sobre unos pocos asuntos relacionados con la autoevaluación.

b. Perspectivas Sobre Los Trastornos De Personalidad

b.1. Perspectiva Biológica

Millón menciona que en el Eje III del DSM contempla una importante dimensión de la naturaleza humana: donde refiere que todos somos criaturas biológicas, el resultado de cinco mil millones de años de evolución química en el planeta Tierra. En el transcurso de nuestra vida cotidiana no solemos pensar en el vínculo entre mente y cuerpo. Nuestro físico suele desplegar, sobre todo cuando somos jóvenes, una gran actividad de forma tan sincronizada que sus funciones son transparentes por completo. Desde un punto de vista subjetivo, nuestra existencia parece la de un alma capturada o encerrada en un cuerpo, no la de un ente global que emerge de una compleja organización física de neuronas que se comunican químicamente mediante sinapsis. La ilusión es tan potente que durante siglos, los filósofos han debatido si el universo está compuesto por mente, por materia o por ambas. Todos tenemos la impresión de que nuestras mentes son independientes y nuestra voluntad libre. Dado que nuestras decisiones parecen ser siempre propias, no podemos imaginar que nuestros organismos sean algo más que meros recipientes. Por tanto, no es extraño que muchas religiones sostengan que cada uno de nosotros posee un alma inmortal que escapa tras la muerte del cuerpo. Sin embargo, desde el punto de vista de la ciencia, los humanos somos seres sociales, psicológicos y biológicos. Como tales, nuestra voluntad no está ni totalmente determinada ni es totalmente libre. Sino sometida a las influencias de cada área de organización de la naturaleza. Las influencias biológicas sobre la personalidad pueden entenderse como proximales (cercañas) o distales (lejanas). Las influencias distales se originan en el código genético e incluyen características heredadas que son transmitidas como parte de la historia evolutiva de nuestra especie. Muchas de estas características son sociobiológicas que existen porque la recombinación genética no es posible en

ausencia de la sexualidad. Como prerrequisito de la evolución, somos seres con un sexo determinado que intentan maximizar la representación de sus propios genes en el mercado común genético. La mayoría de estas características ejerce una influencia sutil, pero incluso entre los seres humanos los machos tienden a ser más agresivos, dominantes y territoriales, y las hembras suelen ser más sociales, amorosas y maternales. Entre las personalidades normales estas tendencias se expresan de forma débil, pero algunos trastornos de la personalidad caricaturizan los estereotipos de su función sexual, sobre todo las personalidades antisociales y narcisista entre los hombres, y las personalidades histriónicas y dependientes entre las mujeres.

Existen otras influencias biológicas sobre la personalidad que se centran en causas proximales, estas influencias deben su existencia al hecho de que somos sistemas biológicos complejos. Cuando las estructuras que subyacen a la conducta discrepan entre sí y la propia conducta se ve afectada. Los dos conceptos de este estilo que son relevantes para la personalidad son el temperamento y la constitución.

b.2. Perspectiva Psicodinámica

De todas las grandes perspectivas sobre la personalidad, el psicoanálisis es quizá la más rica desde el punto de vista conceptual y, no obstante, la peor comprendida. Según Sigmund Freud el padre del psicoanálisis. La teoría psicoanalítica clásica, del inconsciente es la única parte de la mente que existe desde el nacimiento. En el nivel inmediatamente superior al inconsciente se encuentra el preconsciente, que está formado por todo aquello que puede acceder a la conciencia a voluntad. Por último, existe la parte de la mente que forma nuestra vida en estado de vigilia, a la que denominamos consciente. Según Freud, el deseo de satisfacer nuestros instintos inconscientes es la principal fuerza motivadora de la conducta humana a lo largo de toda la vida. Cuando afirmó que el inconsciente y sus impulsos eran el origen y el centro de la existencia psicológica, Freud declaró una revolución copernicana contra el racionalismo que dominaba el pensamiento de la época. La conducta no era fundamentalmente racional, sino irracional. Así como la tierra no es el centro del universo, la conciencia no es más que un remanso que oculta las principales corrientes de la vida mental. Por esta razón, el objetivo que Freud y Breuer pretendían conseguir con la hipnosis, la idea de hacer consciente lo inconsciente.

b.3. Perspectiva Interpersonal

Esta perspectiva intenta comprender la personalidad sin tener en cuenta el entorno. La personalidad surge desde el interior, tanto si se basa en el temperamento biológico como en las vicisitudes de las fuerzas inconscientes debidas a los conflictos psicodinámicos entre el ello, el yo y el superyó. Aunque otras corrientes, como la variante dinámica de las relaciones objétales, abordaron un cuadro más global, su centro de atención permaneció en las representaciones de experiencias internalizadas por la persona. Teniendo en cuenta sus representaciones objétales, la persona podía ser, una vez más, entendida de dentro afuera.

La perspectiva interpersonal sostiene que es mejor entender la personalidad como el producto social de las interacciones con los otros significativos. En un mundo que no fuera social, podríamos satisfacer muy pocas de nuestras necesidades, conseguir o cumplir muy pocos objetivos y deseos, y no podríamos sacar todo el provecho a nuestro potencial. Los teóricos interpersonales sostienen que, incluso cuando estamos solos, seguimos interactuando con los demás. Por ejemplo, cuando nos acostamos para dormirnos, nuestras reflexiones sobre los acontecimientos importantes del día casi siempre incluyen a gente. No soñamos sobre picaportes o sobre la vida privada de los hámsteres, sino sobre otras personas que son importantes, o de algún modo significativas, en nuestras vidas.

Desde el inicio hasta el final de nuestras vidas, siempre estamos interactuando con otras personas, reales o imaginadas, y con sus expectativas. La personalidad no puede entenderse desde el interior porque está inmersa intrínsecamente en un contexto. La propia vida trata sobre relaciones y la personalidad sólo se desarrolla en el contexto de estas relaciones y sólo desde ellas puede ser completamente comprendida.

La comprensión relacional de la personalidad va más allá de desmentir ciertos mitos culturales sobre la naturaleza humana y ciertas argumentaciones sobre el papel que desempeñan los valores culturales en la génesis de las teorías científicas. Como ya señaló Kiesler (1996), por ejemplo, el énfasis en el individualismo de la cultura occidental es contrario a los principios básicos de la perspectiva relacional. Para los occidentales, la identidad está autocontenido y se determina a sí misma. Como individualistas, asumimos que somos los autores de nuestras vidas y de nuestro propio destino. Nuestra libre voluntad determina quiénes somos y quiénes llegaremos a ser. Los demás no pueden influirnos, ni mucho menos cambiarnos, a menos que nosotros se lo permitamos.

Según la perspectiva interpersonal, la individualidad es una ilusión producto del énfasis occidental en la objetividad y el racionalismo. El razonamiento occidental requiere que se analicen las cosas, se dividan en partes, se destilen sus unidades fundamentales y por último se aíslen del amplio ecosistema que las sostiene y alimenta y que acaso sea la razón de su existencia. El yo ideal occidental es fuerte, independiente y autosuficiente, aunque no hay duda de que mantenemos relaciones, no las necesitamos, ya que relacionarse conlleva dependencia, y la dependencia conlleva debilidad, por eso las teorías científicas han heredado este sesgo. Incluso una noción que muchos psicólogos suscribirían, que la personalidad está compuesta por unidades menores o rasgos, puede considerarse una distorsión cultural.

b.4. Perspectiva Cognitiva

La relevancia de la cognición para la personalidad es obvia incluso para el observador más informal. La conducta no sólo está mediada por factores cognitivos. Sino también por el conocimiento profano de la cognición humana. Por ejemplo, los niños esperan a que sus padres estén «de buen humor» para pedirles permiso o para pedirles un nuevo juguete. Los cónyuges aprenden a evitar temas y acciones comprometidas que podrían ser malinterpretados por el otro. Los aspirantes a un puesto de trabajo intentan crear una primera impresión adecuada y esperan que la apariencia de profesionalismo y competencia durante la primera entrevista se interprete como una característica de personalidad y les permita conseguir el empleo. Los conferenciantes intentan cautivar a la audiencia con el sentido del humor, esperan que «si les gusto, les gustará lo que tengo que decirles». Los publicistas llenan sus anuncios de mensajes subliminales intentando motivar a la audiencia en el ámbito inconsciente. Los diplomáticos abogan por la paciencia, y esperan que las decisiones se tomen «en frío». Tal como ilustran estos ejemplos, el uso cotidiano que hacemos del conocimiento sobre la condición humana, el denominado conocimiento metacognitivo. Es rutinario, automático, implícito, espontáneo, inconsciente y sobre todo, previsible. Por ejemplo, la persona que va a una entrevista de trabajo vestida de forma inadecuada está comunicando de forma indirecta: «esto trabajo no es realmente importante para mí». Aunque raras veces somos conscientes de nuestros propios procesos mentales, las bases de la perspectiva cognitiva son profundas. En último término, esta perspectiva vuelve a la epistemología, la rama de la filosofía que estudia la naturaleza del conocimiento, su adquisición y sus límites. El origen latino del término cognitivo (*cognoscere*) significa «poseer conocimiento».

Las cuestiones ¿cómo aprendemos?, ¿qué podemos aprender? y ¿cómo se relacionan las sensaciones y la percepción? conectan el estudio de la cognición, el desarrollo humano y la vida cotidiana. Otras cuestiones, como cuál es la mejor manera de verificar la certeza de nuestros juicios, ilustran la relevancia de la cognición en la metodología científica y en la filosofía de la ciencia. De hecho, nunca pensaremos o percibiremos nada que no requiera una representación mental; esto implica que el estudio de la cognición está conectado con cualquier campo que abarque la curiosidad humana y con cada aspecto de nuestras vidas, por mundano que sea, desde una simple sensación hasta la experiencia más mística. Aunque las ideas no son la realidad, constituyen todo lo que nuestra mente conoce, mediante las ideas representamos el mundo, a nosotros mismos, a los demás y al futuro. Las ideas nos permiten almacenar las cosas en la cabeza, realizar operaciones con ellas, seleccionar algunas de sus características para analizarlas, descartar otras e incluso alterar el significado de algunas de ellas. Por tanto, no es sorprendente que las figuras más representativas de la psicología cognitiva consideren que la cognición constituye un modelo integrado de la personalidad. ¿Cómo se interpreta ese estímulo? Por ejemplo, las personalidades evitadoras creen que su sí mismo es defectuoso y vergonzoso: por tanto, son extremadamente sensibles a los indicadores de desaprobación y humillación. Cualquier cosa interpretable como señal de los defectos del sí mismo es abstraída del marco global de las comunicaciones y tomada como prueba de sus defectos. Lo cual, en último término, provoca que eviten prácticamente cualquier tipo de contacto social. Las personalidades paranoides transforman los comentarios inocentes en críticas. Las personalidades narcisistas necesitan creer en su superioridad y, por tanto, están extraordinariamente alerta frente a cualquier desliz o duda sobre su talento o inteligencia. La conclusión es que la grabadora falla porque la mente distorsiona todo lo que percibe.

Cuando las distorsiones cognitivas forman un patrón coherente, pueden considerarse como un estilo cognitivo. Las distintas personalidades procesan la realidad de forma diferente. Por ejemplo, el estilo disperso del histriónico cumple una función adaptativa. Simplemente, los histriónicos no son dados a reflexiones profundas y existenciales. Las personalidades depresivas pueden meditar una y otra vez sobre la condición humana, pero el histriónico no. Por el contrario, sus pensamientos saltan de un tema a otro. No procesan nada a fondo, lo cual les protege contra la ansiedad y, sobre todo, contra las preocupaciones producto de considerar desde todos los puntos de vista el objeto de preocupación. Los sujetos histriónicos se limitan a olvidar los problemas variando su

atención hacia alguna cosa más atractiva, entretenida y estimulante. Los obsesivo-compulsivos, que Leary (1957) definió de modo acertado como la «personalidad hipemormal», viven con un miedo constante a cometer una equivocación que pudiera provocar una crítica de una figura de autoridad, incluidas las internalizadas en su propio superyó. Por consiguiente, el obsesivo-compulsivo se convierte, en palabras de Piaget (1954), en un asimilador en vez de en un acomodador. Dado que los obsesivos-compulsivos no pueden arriesgarse a sufrir una desaprobación, deben hacer lo que es correcto y esperable; mejor ser un conformista que ser criticado por una idea ingeniosa que fracasa. Así pues, los obsesivos-compulsivos mantienen una línea de acción conservadora, repasan las posibilidades una y otra vez, justifican cada acción desde todos los ángulos antes de ponerla en práctica. Pueden ser críticos excelentes, pero son malos innovadores; al descubrimiento le va mejor la confianza en sí mismo del narcisista. Cada trastorno de la personalidad tiene su propio estilo de procesamiento cognitivo.

b.5. Perspectiva De Los Rasgos

Todos los modelos teóricos presentados aquí constituyen perspectivas sobre la personalidad que por definición, representan visiones parciales de una globalidad intrínseca. Históricamente, cada uno de ellos ha intentado excluir a los demás y establecerse como verdad única, y ha gozado de su propio período de dominación y entusiasmo científico. Por ejemplo, hoy en día la visión cognitiva es muy popular entre teóricos y terapeutas. Aunque la perspectiva inductiva aún no se ha establecido de forma independiente, es una visión prometedora y la hemos incluido aquí sólo como ejemplo de un modelo que está en boga en la actualidad.

Aunque la historia de la psicopatología se compone de una sucesión de teorías, desde la perspectiva de los rasgos y la perspectiva factorial, la propia teoría es el problema. La teoría debe construirse a partir de unos principios que se supone que organizan los contenidos de todo el ámbito de la personalidad. Por tanto, se considera que las otras perspectivas son periféricas o derivadas. Por ejemplo, los teóricos interpersonales consideran que lo fundamental es la conducta interpersonal. Los teóricos cognitivos, por el contrario, sostienen que dado las estructuras cognitivas internas siempre median entre la percepción, la interpretación y la comunicación, la teoría cognitiva es el mejor candidato para formar un modelo integrador. Éste es precisamente el problema de la teoría: su tendencia a asumir ciertas partes de la personalidad y a rechazar otras. Aunque

algunos científicos están dispuestos a tolerar un eclecticismo que contemple múltiples visiones, los teóricos inductivos intentan reiniciar el camino recopilando numerosas observaciones a las que aplicar una metodología científica rigurosa. La teoría construye el mundo de arriba abajo, los partidarios de la perspectiva de los rasgos buscan unas bases sólidas a partir de las cuales reconstruirlo de abajo arriba. La teoría emerge más tarde y sólo después de un largo proceso de evaluación sistemática y de un procesamiento estricto, desde el punto de vista metodológico, de los fenómenos relevantes.

En el campo de la personalidad, la perspectiva factorial está íntimamente ligada a la historia de la psicología de los rasgos. Los rasgos son dimensiones de diferencias individuales que se expresan de forma consistente a lo largo del tiempo y que están presentes en todo tipo de situaciones. En otras palabras, el comportamiento debe ser consistente, con independencia de dónde y cuándo se produzca, aunque el mismo rasgo pueda expresarse de formas distintas. Por ejemplo, se suele definir a los hombres como agresivos, y a las mujeres, no; para los hombres, la agresividad suele estar relacionada con la territorialidad y con la violencia física. Sin embargo, se suele socializar a las mujeres contra este tipo de demostraciones y, por tanto, aquéllas tienden a expresar la agresividad mediante sus relaciones (Crick y Bigbee, 1998), amenazando con abandonar una relación, manipulando el acceso a la empatía o la intimidad o propagando rumores perniciosos. Así pues, la agresividad se expresa de forma distinta según el sexo.

Sin embargo, el retorno a lo básico como enfoque de la personalidad presenta dos problemas relacionados. En primer lugar, los modelos científicos tienen que ser lo más exhaustivos posible, en general, es preferible un modelo que explique más con pocos principios, que un modelo que explique menos. A fin de garantizar la globalidad y rigurosidad, los investigadores recurrieron al diccionario para recoger todos los rasgos que podrían utilizarse para describir la personalidad. Allport y Odber (1936) fueron los primeros en utilizar esta estrategia en Estados Unidos y recogieron casi 18.000 términos que «diferenciaban la conducta de un ser humano de la de otro» de un total de 400.000 palabras de la edición de 192S del Webster's New International Dictionary. Después de eliminar términos con connotación evaluativa como bueno, excelente y mediocre, mantuvieron más de 4.500 palabras que reflejaban «tendencias determinantes generales y personalizadas». La idea de utilizar el diccionario como depósito de características se conoce como enfoque léxico, que sostiene la controvertida postura de que todos los términos relevantes para la descripción de la personalidad ya existen en el lenguaje

cotidiano. El diccionario garantizó la globalidad. Pero produjo un segundo problema: 1.000 características no son precisamente unos cuantos principios. Por tanto, ¿cómo es posible organizar miles de características y reducirlas a un número manejable sin perder algún rasgo esencial de la naturaleza humana? para resolver este problema los científicos utilizaron una técnica estadística denominada análisis factorial. Aunque sus principios matemáticos son complejos, su propósito es encontrar una forma de determinar las relaciones existentes entre un gran número de características de personalidad para definir cuáles son las fundamentales. Por ejemplo, toda lengua contiene términos que significan casi lo mismo. Así pues, las palabras obstinadas y tozudas, por ejemplo, son casi sinónimas; si excluimos una de las dos no perdemos prácticamente nada. El análisis factorial permite examinar de forma matemática el solapamiento entre estas características y obtener un número menor de dimensiones que las agrupen. Al retener sólo lo fundamental para la personalidad pueden excluirse las características menos descriptivas o redundantes sin perder capacidad de descripción. Así pues, pueden contemplarse cientos de características a partir de un esquema mucho más reducido. Se han desarrollado varios modelos factoriales tanto para la personalidad normal como para la anormal derivado no sólo de las palabras del diccionario, sino también a partir del estudio de los criterios para los trastornos de la personalidad del DSM y de la estructura subyacente de los test de personalidad estudiados por Millón.

b.6. Perspectiva Evolutiva

Las perspectivas mencionadas anteriormente organizan principios que se derivan de un único ámbito de la personalidad; mencionado que mientras las ciencias físicas avanzan a partir de los intentos de probar la falsedad de los modelos establecidos, las ciencias sociales avanzan cuando los ámbitos de contenido oculto pasan a la vanguardia del pensamiento científico. Los seguidores de las propuestas más nuevas creen que su perspectiva es el punto final de las ideas sobre la personalidad y que, en un breve espacio de tiempo, eliminarán a sus rivales y alcanzarán el lugar que se merecen como grandes señores del reino, como modelo científico perfecto, totalmente global y con completa coherencia teórica. En uno u otro momento del pasado, la psicología se ha identificado con las perspectivas biológicas, psicodinámica, interpersonal o cognitiva. Cada una de ellas ha captado adeptos que mantenían el flujo constante de artículos en las revistas científicas. Posteriormente, cada línea ha seguido su curso y la perspectiva ha empezado a desvanecerse a medida que sus fundadores desaparecían. Así, han

pasado a formar parte de la tradición psicológica, aunque a expensas del entusiasmo inicial Skinner ya no está, Freud sigue siendo una figura respetada, pero la teoría psicodinámica que se encuentra en pleno declive. La emergencia y caída de los diversos puntos de vista es consecuencia de la naturaleza abierta de las ciencias sociales, en las que el éxito de los modelos depende tanto del carisma y la energía de sus fundadores como de sus verdaderos méritos.

Mientras las distintas perspectivas pugnan por la predominancia, la personalidad se mantiene en un estado de perpetua disputa. Los modelos pasan a la ofensiva forzando a las variables ajenas, las pertenecientes a otros puntos de vista, a encajar en sistemas taxonómicos que organizan los constructos competitivos de otras áreas. Las variables de la propia perspectiva son fundamentales, las otras son periféricas. Por ejemplo, Freud sostenía que la naturaleza humana podía reducirse a las variables de sexo y agresividad actuando en el contexto de fuerzas sociales restrictivas. Leary (1957) fue influido por las ideas psicodinámicas sobre los niveles de conciencia, pero creía que los principios interpersonales eran fundamentales y podían organizar los conocimientos a partir del nivel de personalidad que denominaba «la simbolización privada», es decir, material inconsciente y preconsciente expresado mediante «los materiales proyectivos y fantasías indirectas» que surgen de los tests proyectivos, las fantasías, las producciones artísticas, los deseos, los sueños y las asociaciones libres. Kiesler (1986), por ejemplo, adaptó su círculo interpersonal del año 1982 al comportamiento observable. Benjamín (1986) adaptó su modelo AECS a fin de incluir los ámbitos afectivos y cognitivo. Los investigadores de métodos factoriales han intentado traducir los trastornos de la personalidad a perfiles basados en sus propias dimensiones estadísticas (Widiger y Costa. 1994). Este tipo de adaptaciones es impresionante, ya que demuestra el alcance del modelo a partir de su capacidad para organizar los ámbitos adyacentes.

Sin embargo, un análisis pormenorizado refleja que nos encontramos ante un mosaico de ideas incapaz de converger en una visión integrada de la personalidad. En vez de rendirnos frente a este eclecticismo incierto, debemos preguntarnos si existe alguna teoría capaz de reflejar la personalidad como el patrón de variables que abarca la constelación completa de la persona. Una teoría de este estilo no debería ser una mera perspectiva más, sino que debería dar lugar a un sistema de clasificación de los estilos y trastornos de la personalidad que integrara a todos y cada uno de los principales puntos de vista sobre esta materia. Como ya hemos dicho en numerosas ocasiones, la personalidad es una globalidad intrínseca de ámbitos que interactúan. Por consiguiente,

cualquier teoría de la personalidad debe construirse de forma tan integradora como el propio constructo de personalidad. La clave para construir una teoría de estas características reside en localizar los principios organizadores que son ajenos al propio campo de la personalidad (Millón. 1990). De otra manera lo único que haremos será repetir los errores del pasado al sostener la importancia de algún nuevo grupo de variables todavía por descubrir y construir una nueva perspectiva sobre la personalidad como fenómeno global perdiendo de vista la comprensión científica y la globalidad del propio fenómeno. En vez de avanzar y conquistar, la nueva teoría debería producir un grupo de constructos holísticos que existiera «por encima de» cualquier perspectiva particular. En caso contrario, la única alternativa que nos queda es un incómodo eclecticismo formado por inconexas visiones parciales.

b.6.1. Bases Evolutivas De La Personalidad

La evolución es la elección lógica para establecer las bases de una ciencia integrada sobre la persona. Así como la personalidad abarca el patrón total de variables que forman la completa constelación de la persona, es el organismo completo el que sobrevive y se reproduce, y transmite sus potenciales adaptativos y desadaptativos a las generaciones siguientes. Aunque en ocasiones se producen mutaciones letales, el éxito evolutivo de la mayoría de los organismos depende de la correspondencia entre la completa configuración de sus características y potenciales y los del entorno. Asimismo, la salud psicológica depende de la correspondencia entre la completa configuración de características y potenciales de la persona y los del entorno en el que se desenvuelve su actividad, como la familia, el trabajo. La escuela, la iglesia o el ocio.

- Supervivencia: preservar la vida y mejorar la calidad de vida (polaridad placer-dolor)**

La primera tarea de todo organismo es su supervivencia inmediata. Los organismos que no son capaces de sobrevivir son descartados, por decirlo de alguna manera, y no transmiten sus genes y características a las generaciones siguientes. Desde un virus hasta un ser humano, todos los organismos vivos deben protegerse frente a las amenazas depredadoras y las desventuras homeostáticas. Existen millones de maneras de morir, los mecanismos evolutivos relacionados con la supervivencia están orientados al incremento y la preservación de la vida. Lo primero tiene que ver con la mejoría de la calidad de vida y predispone a los organismos hacia la emisión de conductas que incrementan las probabilidades de supervivencia y supuestamente, al crecimiento y la

multiplicación. Lo último se refiere a la orientación de los organismos lejos de acciones o entornos que amenacen la supervivencia. Este tipo de mecanismos forma una polaridad placer-dolor. Las conductas experimentadas como placenteras suelen ser repetidas y promueven la supervivencia; las experiencias dolorosas son potencialmente peligrosas para la vida y por tanto, no se repiten; los organismos que repiten las experiencias dolorosas o son incapaces de repetir las placenteras no duran mucho.

Como hemos indicado, los mecanismos evolutivos asociados a esta etapa tienen que ver con los procesos de mejoría de la calidad de vida y preservación de la vida. Estos dos procesos de ordenación pueden denominarse objetivos existenciales, en el grado máximo de abstracción, estos mecanismos forman, desde el punto de vista fenomenológico o metafórico, lo que hemos denominado como polaridad placer-dolor. La mayoría de los seres humanos muestra ambos procesos, es decir, los orientados hacia la obtención de placer y la evitación del dolor. Sin embargo, algunas personas parecen tener conflictos con los objetivos existenciales (por ejemplo las personas sádicas), mientras que otras tienen déficit en relación con estos objetivos (por ejemplo las personas esquizoides). En función de las etapas evolutivas del desarrollo (Millón, 1969, 1981, 1990), las orientaciones respectos la polaridad placer-dolor se establecen durante el período de «unión sensorial», que tiene como objetivo madurar, así como refinar y centrar, de forma selectiva, la capacidad, en gran medida innata, de discernir entre las señales dolorosas y placenteras.

- **Adaptación: acomodación y modificación ecológicas (polaridad pasivo-activo)**

La segunda tarea evolutiva a la que se enfrenta cada organismo es la adaptación. Toda existencia se desarrolla en un entorno. Por tanto, los organismos deben adaptarse a su entorno o adaptar el entorno para que se adecúe y apoye a su propio estilo de funcionamiento. Todo organismo debe satisfacer necesidades básicas relacionadas entre sí, como la alimentación, la sed y el sueño. Los mamíferos y los seres humanos también deben satisfacer otras necesidades, como las relacionadas con la seguridad y la vinculación, tanto si el entorno es acogedor como hostil, la elección se limita a escoger entre una orientación pasiva o activa, es decir, o bien acomodarse a un determinado nicho ecológico, o bien modificar el entorno para adaptarlo a uno mismo. Estas formas de adaptación se diferencian de la primera fase de la evolución, el ser en que contemplan cómo se perdura.

Cuando existe una estructura integrada, ésta debe mantener su existencia mediante intercambios de energía a información con el entorno. La segunda fase evolutiva también consta de una polaridad: la que existe dentro una orientación pasiva, es decir, acomodarse desde el punto de vista ecológico al propio nicho que le ofrece el entorno, y una orientación activa, es decir, modificar desde el punto de vista ecológico e intervenir en el entorno o alterarlo. Cuando nos referimos al desarrollo psicológico, esta polaridad se expresa ontogénicamente como la «etapa sensitivo-motora de autonomía», durante la cual el niño evoluciona de un anterior estilo de adaptación relativamente pasivo a un estilo de modificación bastante activo de su entorno físico y social.

La polaridad acomodación modificación deriva de una ampliación del concepto de sistemas. Mientras que en la fase de supervivencia el sistema es sobre todo de naturaleza intraorgánica; la fase de adaptación amplía el concepto de sistemas hacia su progresión lógica, es decir, desde la persona hacia la persona en su contexto. Algunos individuos, los que tienen una orientación activa, funcionan como verdaderas empresas, ya que tienden a modificar su entorno en función de sus deseos. Estos individuos encajan en el modelo organismo-activo, otras sin embargo, buscan adaptarse a lo que el entorno les ofrece, en lugar de trabajar para cambiarlo y buscar horizontes nuevos y más acogedores cuando el entorno existente se vuelve problemático, estos individuos se ajustan al modelo organismo-pasivo.

- **Reproducción: cuidados reproductivos y propagación reproductiva (polaridad sí mismo-otros)**

La tercera tarea evolutiva que debo afrontar todo organismo es el estilo reproductivo, el mecanismo sociobiológico, que cada género utiliza para maximizar su representación en el mercado genético. En el último término, la evolución de cada organismo depende de su capacidad de reproducirse. En un extremo encontramos lo que los biólogos denominan la estrategia, en este caso, el objetivo es reproducir un gran número de descendientes que son abandonadas a su suerte frente a las adversidades del destino. En el otro extremo se encuentra la estrategia K, en la que los padres cuidan de los relativamente pocos descendientes. Aunque existen excepciones puntuales, un extremo reproduce la estrategia sociobiológica masculina, orientada hacia el mismo, y el otro la femenina, orientada hacia el cuidado de los demás. Desde el punto de vista psicológico, la primera estrategia suele considerarse egoísta, insensible, desconsiderada y descuidada; la segunda es afiliativa, íntima, y protectora (Gilligan. 1981: Rushton,

1985; Wiison, 1978). Los organismos que invierten sus fondos reproductivos en muchos descendientes de manera que limitan sus recursos, o los que los invierten en prolongados períodos de gestación pero no cuidan a sus proles, son descartados y desaparecen.

Aunque los organismos pueden estar bien adaptados a su entorno, la existencia de cualquier forma de vida tiene una limitación temporal. Para paliar esta limitación, los organismos muestran patrones de la tercera polaridad: las estrategias de reproducción, mediante las cuales dejan descendencia. Como hemos indicado, estas estrategias son las que los biólogos han denominado estrategia de propagación del sí mismo, en un extremo de la polaridad, y estrategia K, o cuidado de los demás, en el otro extremo. Al igual que ocurre con la polaridad placer-dolor, la polaridad sí mismo-otros no es unidimensional. Mientras que la mayoría de los seres humanos muestran un equilibrio razonable entre los dos extremos de una polaridad, algunos trastornos de la personalidad se caracterizan por la existencia de conflictos con esa polaridad, como es el caso de las personalidades obsesivo-compulsivo y negativista. Desde el punto de vista de las etapas evolutivas, la orientación de un individuo hacia el sí mismo y hacia los demás se produce sobre todo durante la etapa «identidad-intracortical».

Al igual que en la polaridad pasivo-activo, la bipolaridad sí mismo-otros es consecuencia de una expansión del concepto de sistemas. Mientras que en la fase de adaptación el sistema se consideraba como existente dentro de un entorno determinado, aquí el sistema se considera como una evolución a lo largo del tiempo. Como antes, el objetivo del organismo sigue siendo su supervivencia o continuidad. Sin embargo, cuando se expresa en función de una visión temporal, la supervivencia significa el hecho de reproducirse y las estrategias para hacerlo.

Además de las tres polaridades descritas, la teoría sostiene que muchas personas experimentan una ambivalencia, con respecto a las polaridades placer-dolor o sí mismo-otros. Por ejemplo, la personalidad obsesivo-compulsiva y negativista (pasivo-agresiva) comparten la ambivalencia sobre hacer prevalecer sus propias prioridades y expectativas o someterse y Favorecer a los demás. El negativista actúa según esta ambivalencia, el obsesivo-compulsivo la reprime. Por tanto, desde el punto de vista teórico, las dos personalidades están relacionadas, y la teoría predice que si la ira sumergida del obsesivo compulsivo pudiera afrontarse de forma consciente, tendría a actuar de forma pasivo- agresiva hasta que el conflicto pudiera reorientarse o resolverse. Superficialmente hablando, para transformar un trastorno obsesivo-compulsivo en

narcisista. La terapia debería resolver el conflicto entre el sí mismo y los otros promoviendo la ocupación del paciente en sus propios intereses. Para transformar un trastorno obsesivo-compulsivo en dependiente, la terapia debería resolver este conflicto en favor de las necesidades de los demás.

b.7. Modelo Evolutivo De Theodore Millón

La primera propuesta teórica de Millón estaba basada en un modelo de aprendizaje biosocial (Millon, 1976; Millon y Everly, 1994) decía que el refuerzo buscado podía ser la persecución del placer o la evitación de dolor (polaridad placer-dolor), que ese refuerzo podía ser buscado en sí mismo o en los otros (polaridad sí mismo-otros), y finalmente, que el individuo podía actuar de manera activa o de manera pasiva para alcanzarlo (polaridad pasivo-activo). La teoría sostiene que a partir del conocimiento de los defectos de estas tres dimensiones polares es posible derivar de forma deductiva ocho trastornos de personalidad básicos, combinando la naturaleza (positivo o placer contra negativo o dolor), la fuente (sí mismo versus otros), y las conductas instrumentales (activo contra pasivo). El modelo incluía, además, tres variantes de trastornos de personalidad más severos. De acuerdo con la idea de continuidad que sostiene el autor (Millon, 1976; Millon y Everly, 1994; Millon y Davis, 1998; Choca, 1999), los tres trastornos de personalidad patológica pueden ser considerados como elaboraciones más graves de los trastornos de personalidad básicos, que a su vez son una desviación patológica de estilos normales y saludables.

Según Millón, a medida que la severidad de la sintomatología aumenta, el sabor distintivo de los diferentes estilos de personalidad se atenúa (Choca, 1999) por lo que estos tres trastornos deben entenderse como derivaciones más patológicas, disfuncionales y desadaptativas de los otros tipos.

Otro notable hito en su desarrollo teórico ocurrió cuando Millón reformuló su teoría de la personalidad y sus trastornos para tener en cuenta los conceptos de la evolución mediante una teoría más evolutiva, filogenética, del desarrollo humano (Millón, 1990). El nuevo modelo procede a una reevaluación de las características más profundas en las que se basa el funcionamiento humano. La atención pasa de la psicología a otras expresiones de la naturaleza, examinando principios universales de la evolución derivados de manifestaciones no psicológicas. Cada especie muestra aspectos comunes en su estilo adaptativo, pero existen diferencias de estilo y de éxito adaptativo entre los miembros frente a los diversos y cambiantes entornos que enfrentan. La personalidad

sería el estilo distintivo de funcionamiento adaptativo que exhibe un organismo o especie frente a sus entornos habituales. Los trastornos de la personalidad serían estilos particulares de funcionamiento desadaptativo. La ampliación del modelo para incluir las fases de evolución no requirió una revisión significativa de las tres polaridades originales.

Concebida de este modo, la personalidad normal reflejaría los modos específicos de adaptación de un miembro de una especie que son eficaces en ambientes previsibles; los trastornos de personalidad representarían diferentes estilos de funcionamiento mal adaptados atribuibles a deficiencias, desequilibrios o conflictos en la capacidad de un miembro para relacionarse con los ambientes con que se enfrenta.

La propuesta original de Millón (1969) influyó en el desarrollo de un nuevo sistema de clasificación psiquiátrico propuesto en la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (APA, 1980). El DSM-III trajo como novedad la creación de un sistema de clasificación multaxial, con ejes múltiples para evaluar a los individuos en diversas dimensiones. La inclusión de un eje especialmente diseñado para sostener la composición de la personalidad (el eje II), era fiel a la división original de Millón entre personalidad patológica y otros tipos de psicopatología (Choca, 1999) (incluidas en el eje I del Manual). En el mismo sentido, el DSM-III (APA, 1980) planteaba explícitamente la diferencia entre rasgos y trastornos de la personalidad, reservando este último término para el caso de que "los rasgos de personalidad sean inflexibles y desadaptativos, causen incapacitación social significativa, disfuncionalidad ocupacional o malestar subjetivo". A su vez, los rasgos de personalidad eran definidos como "pautas duraderas de percibir, pensar y relacionarse con el ambiente y con uno mismo y se hacen patentes en un amplio margen de importantes contextos personales y sociales" (Belloch, Martínez-Narváez y Pascual, 1996). Esta tercera versión del Manual clasificaba los trastornos de la personalidad en tres grupos: a) extraños y excéntricos (trastornos esquizoide, esquizotípico y paranoide), b) teatrales, emotivos o erráticos (antisocial, límite, histriónico y narcisista), y c) (evitativo, dependiente, obsesivo compulsivo y pasivo agresivo). Esta división se mantendría hasta la actualidad, si bien se registraron algunos cambios en los trastornos específicos que incluye cada grupo.

En la pronta revisión del DSM-III, el DSM-IIIR (APA, 1988), se discutió la posibilidad de agregar dos trastornos de personalidad, el sádico y el masoquista. Estos trastornos fueron incluidos en el apéndice de categorías diagnósticas que requieren estudios ulteriores, aunque fueron excluidos luego en el DSM-IV (APA, 1995). Sin embargo,

estas nuevas categorías diagnósticas fueron incorporadas por Millón a su teoría (Millón, 1999).

En la revisión del DSM que llevó a su cuarta edición, el grupo de trabajo para los trastornos de la personalidad evaluó la posibilidad de agregar un trastorno depresivo de personalidad. Aunque el prototipo se descartó y aparece en el apéndice del DSM-IV (APA, 1995) como una entidad que necesita de estudios futuros, Millón tomó este concepto y agregó el prototipo a su lista en la tercera versión del MCMI aparecida en 1994 (Millón, 1997).

Los prototipos básicos de los trastornos de la personalidad tal como son definidos, por el DSM-IV (APA, 1995) o por Millón, son caracterizaciones descriptivas que responden a tipos ideales o versiones puras de los trastornos. Sin embargo, existen numerosas variaciones de los trastornos prototípicos que resultan tanto de la investigación empírica como de la práctica clínica y que combinan aspectos de más de un trastorno básico (Millon y Davis, 1998; Millon y Davis, 2000; Choca y Van Denburg, 1998). Es decir, por ejemplo, no existe un único trastorno dependiente de la personalidad sino que pueden observarse diferentes variaciones y distintas formas de expresarse fenotípicamente de cada trastorno prototípico. Las diferentes variantes que combinan rasgos de más de un tipo de personalidad reciben el nombre de subtipos.

(Millon y Davis, 2000; Millon y Davis, 1998), presenta diferentes subtipos de cada trastorno. Así, por ejemplo, para el trastorno dependiente de la personalidad junto al prototipo puro aparecen además combinaciones con características de los trastornos evitativo, autoagresivo (masoquista), esquizoide y depresivo.

Considerar no sólo al trastorno básico sino la correspondiente variación asegura un diagnóstico más rico y preciso, lo que permite al clínico una mayor discriminación entre pacientes diagnosticados, de acuerdo a los criterios del DSM-IV (APA, 1995) con un mismo trastorno. De esta manera, se tienen en cuenta aspectos de la persona que quedan ocultos bajo el rótulo de un trastorno específico. Para seguir con el ejemplo, un dependiente-evitativo (que intentará asegurar aún más su dependencia para no tener que enfrentar la situación social de buscar otros vínculos de los que depender), puede ser diferente a un dependiente-compulsivo (que asegurará su dependencia mediante conductas perfeccionistas y obsesivas) y ambos a su vez diferentes a un dependiente-negativista (que puede ser que se resista a la dependencia pero de manera obstrucciónista).

Millon (2000) sugiere que el eje II del DSM-V debería considerar la diferenciación de los trastornos de la personalidad en subtipos. Como se ha dicho anteriormente, Millon presenta un particular sistema de clasificación basado en los lineamientos de su teoría. El autor rechaza el agrupamiento en clusters (A, B y C) del DSM-IV (APA, 1995) y sostiene que agrupar los trastornos por características descriptivas no tiene ninguna significación pronostica, ni significado etiológico, ni lógica alguna en términos de un modelo teórico (Millon & Davis, 1998).

C. DESARROLLO DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Millón refiere que una de las fases más difíciles, y a la vez más valiosas, en el estudio de la ciencia médica y psicológica es establecer la historia evolutiva de la personalidad y sus trastornos. Este estudio de la causalidad que se suele denominar etiología en medicina y patogenia durante el desarrollo en psicología; intenta establecer la importancia relativa de varios determinantes de la patología de la personalidad y busca demostrar cómo determinantes, claramente no relacionados entre sí, se interconectan para dar lugar a un cuadro clínico. Se combinan métodos, tales como pruebas analíticas, casos clínicos, observaciones clínicas e investigación experimental con el fin de desenmarañar esta intrincada secuencia en el desarrollo.

La mayoría de la gente está condicionada a pensar en la causalidad como en un simple formato en el que un único acontecimiento, conocido como la causa, da lugar a un solo efecto. Los científicos han aprendido, sin embargo, que determinados resultados finales surgen, por lo general, de la interacción de un gran número de causas. Es más, no es infrecuente que una sola causa desempeñe un papel en varios resultados finales. Cada uno de estos resultados finales individuales puede desencadenar una serie independiente de acontecimientos que avanzarán a través de distintas e intrincadas secuencias.

Así pues, el estudio de la etiología durante el desarrollo se complica debido a que un resultado final determinado, como por ejemplo una enfermedad física, puede haberse producido por cualquiera, y en ocasiones mutuamente exclusivas, secuencias causales existentes. Por ejemplo, una persona puede tener cáncer debido a radiaciones o porque fuma. Debería resultar obvio que la causalidad no se limita a una única causa que conduce a un único efecto; desentrañar las diferentes y complejas vías que desembocan en una patología de la personalidad es una tarea muy compleja.

En filosofía, las causas suelen dividirse en tres clases: necesarias, suficientes y contribuyentes. Una causa necesaria es un suceso que debe preceder a otro para que éste

pueda producirse. Por ejemplo, algunos teóricos piensan que los individuos que no tienen un defecto genético concreto no acabarán desarrollando la patología de la esquizofrenia: suelen sostener que este defecto inherente tiene que complementarse con ciertas experiencias perjudiciales antes de que surja el patrón de la esquizofrenia. Según esta teoría, el defecto genético se considera una causa necesaria, pero no suficiente, para que aparezca la patología.

Una condición suficiente es una condición suficiente por sí misma para causar la patología; no es necesario que haya ningún otro factor asociado. Sin embargo, una condición suficiente no es una causa necesaria ni exclusiva para que se produzca un determinado trastorno. Por ejemplo, una infección neurosifilítica puede ser suficiente para producir ciertas formas de psicopatología, pero también existen muchas otras causas que pueden desembocar en estos trastornos.

Las causas contribuyentes son factores que aumentan la probabilidad de que se produzca un trastorno, pero no son necesarias ni suficientes para que ocurra. Estas condiciones, tales como las dificultades económicas o los conflictos raciales, cuando se añaden a otro conjunto de factores, conforman el desarrollo de la patología. Las causas contribuyentes suelen influir en el modo en que se expresa la patología y desempeñan papeles bastante limitados como determinantes primarios.

En la personalidad, las causas se dividen tradicionalmente en factores predisponentes y factores precipitantes.

Los factores predisponentes son condiciones que favorecen; aunque por lo general no son ni necesarias ni suficientes para ocasionar el trastorno, crean los cimientos para que se desarrolle. Ejercen una influencia durante un período bastante largo y establecen las bases para que luego surja la patología. Factores como la herencia, el estatus socioeconómico, el entorno familiar y los hábitos aprendidos en respuesta a experiencias traumáticas tempranas son claros ejemplos de esta predisposición.

No se puede establecer una línea directa y clara entre los factores predisponentes y los precipitantes: los factores precipitantes hacen referencia a sucesos muy específicos que ocurren poco antes del inicio de la manifestación de la patología. Estos factores o bien desenmascaran una predisposición patológica, o bien aceleran su aparición; es decir, evocan o desencadenan la expresión de factores de predisposición que estaban ocultos. Ejemplos de estos factores precipitantes pueden ser, entre otros, la muerte de un progenitor, un accidente grave de tráfico o la ruptura repentina de una relación sentimental.

Muchos teóricos creen en la premisa de que la experiencia temprana tiene un papel primordial en la formación y el desarrollo de los rasgos de la personalidad. El enunciado de esta premisa, sin embargo, no implica que se sepa qué factores específicos son críticos durante estos años de desarrollo para la generación de unos rasgos determinados, ni tampoco que se opine que las influencias hasta ahora conocidas sean necesarias ni suficientes en la formación de estos rasgos. Los teóricos psicoanalíticos casi siempre centran la búsqueda de la etiología en las experiencias de la primera infancia. Por desgracia, las opiniones respecto a cuáles son los aspectos cruciales para el desarrollo en esta etapa de la vida son muy divergentes.

Deberíamos preguntarnos si el análisis etiológico es incluso posible en lo referente a las patologías de la personalidad, ya que la naturaleza de las influencias durante el desarrollo es muy variable y compleja. Teniendo en cuenta que nos enfrentamos a una cadena secuencial e interactiva de causas compuestas por datos inherentemente inexactos y de una naturaleza probabilística en extremo, en la que incluso la más pequeña variación en el contexto o en la condición precedente, a menudo de carácter ínfimo o aleatorio, produce resultados muy divergentes, ¿puede llevarse a cabo esta actividad científica fundamental? Debido a que es inevitable que haya una gran cantidad de variables en la cadena causal, ¿tenemos fundamentos para creer que se trata de una tarea que se pueda llevar a cabo con solidez o es meramente ilusoria? Es más, ¿Puede el meticuloso estudio de los individuos revelar patrones repetitivos de congruencia sintomática y, ya no digamos de coherencia, entre los orígenes de distintos rasgos clínicos, tales como el comportamiento, el funcionamiento intrapsíquico y la predisposición biofísica? ¿Y serán las características etiológicas comunes y la coherencia sindrómica fenómenos válidos? Es decir, ¿no serán fenómenos meramente impuestos en relación con datos observados en virtud de las expectativas clínicas y los sesgos teóricos?

Entre otras preocupaciones, faltan datos fehacientes y pruebas inequívocas resultantes de investigaciones bien diseñadas y ejecutadas. Sería muy útil contar con hallazgos contundentes sobre los factores causales de entidades clínicas específicas, pero estos conocimientos no están disponibles. Desafortunadamente, nuestra base de datos etiológicos es escasa. Como se ha indicado, es probable que la situación no cambie debido a la naturaleza oscura, compleja e interactiva de las influencias que conforman el fenómeno psicopatológico. El gran deseo que existe entre los teóricos de diversos campos de que haya un conjunto claro de características etiológicas no puedo

reconciliarse con las complejas cuestiones filosóficas, los dilemas metodológicos y las sutiles influencias aleatorias y difíciles de desenmarañar que dan forma a los trastornos mentales. Casi todas las teorías etiológicas con las que contamos hoy en día son, como mucho, conjeturas perceptivas que en última instancia se elaboran considerando tenues fundamentos empíricos, y reflejan las opiniones de escuelas de pensamiento divergentes que postulan sus hipótesis favoritas. Estas nociones especulativas deberían considerarse cuestiones que merecen una evaluación empírica, en lugar de promulgarse como datos ya confirmados.

Las inferencias que se obtienen a partir de los casos observados en los consultorios clínicos en relación con las experiencias del pasado, sobre todo las de la primera infancia. Tienen un valor limitado e incluso dudable, ya que el paciente es la principal y en muchos casos la única fuente de información. Los sucesos y las relaciones durante los primeros años de vida no son fiables debido a la falta de claridad de los recuerdos retrospectivos. El mundo pre simbólico de los lactantes y de los niños que dan sus primeros pasos está formado por impresiones fugaces y sin articular que se quedan «incrustadas» creando formas amorfas y rudimentarias, formas que no pueden reproducirse a medida que las cogniciones del niño adoptan un carácter más diseñador y simbólico. Así pues, lo que se recuerda se inspira en un abanico de imágenes y afectos difusos, una fuente cuyo contenido revivido está sujeto a modificaciones sutiles o directas que provienen de fuentes contemporáneas, como por ejemplo las ejercidas por un terapeuta con una orientación teórica.

Los argumentos que apuntan hacia una continuidad temática o lógica entre la naturaleza de las experiencias tempranas y los comportamientos que se dan más tarde, con independencia de lo racionales que sean desde un punto de vista intuitivo o de que estén en consonancia con principios establecidos, no proporcionan pruebas inequívocas debido a que sus conexiones causales son distintas; se pueden postular, y de hecho se postulan, hipótesis evolutivas igualmente convincentes. Cada una de las explicaciones contemporáneas sobre los orígenes de la mayoría de los trastornos de la personalidad es persuasiva, pero sigue siendo eso; una entre varias posibilidades plausibles.

Entre otros aspectos problemáticos de las propuestas etiológicas contemporáneas se encuentra el de las diversas consecuencias sindrómicas que se atribuyen a causas en esencia idénticas. Aunque pueda resultar razonable trazar distintos resultados para antecedentes similares, existe una tendencia inusual entre los teóricos a asignar el mismo «conflicto temprano» o «relación traumática» a todas las variedades de dolencias

psicológicas. Por ejemplo, una experiencia horrible casi universal que supuestamente subyace a muchos síndromes como el de la personalidad narcisista y la personalidad límite, así como a un gran número de expresiones de la esquizofrenia y de enfermedades psicosomáticas: es la disociación o represión de los impulsos agresivos introyectados que se engendran a raíz de la hostilidad parental, y constituyen un mecanismo intrapsíquico necesario para contrarrestar los peligros que estos impulsos plantearían a la seguridad de la dependencia si llegaran a hacerse conscientes o a expresarse de forma conductual.

Es poco probable que orígenes singulares sean tan omnipresentes como los clínicos, como a menudo se postula; no obstante, incluso aunque así fuera, el impacto psicológico final diferiría de forma considerable en función de la configuración de otras influencias concurrentes o posteriores a las que el individuo estuviera expuesto. No puede presuponerse que factores causales «idénticos» tengan la misma importancia o significado, ni que sus consecuencias puedan averiguarse sin tener en cuenta el contexto más amplio de las experiencias vitales de cada individuo.

Es más, existen motivos y también datos para creer que la importancia de las relaciones problemáticas tempranas puede radicar menos en su singularidad o en la profundidad de su impacto, y más en el hecho de que son precursores de lo que con gran probabilidad se convertirá en un patrón recurrente de posteriores tropiezos con los progenitores. Puede ser la pura recapitulación y el consiguiente aprendizaje por repetición lo que en última instancia modela y arraiga profundamente el patrón de rasgos distintivos de la personalidad, aunque los tropiezos y las resoluciones en las etapas tempranas de la vida pueden ser precursores poderosos, la presencia de sintomatología clínica puede no arraigarse con fuerza durante la primera infancia, pero sí ser la resultante de un refuerzo reiterado.

A pesar de estos argumentos, Millón comparten la visión de que cuanto más temprana sea la experiencia, mayor será su impacto y duración. Por ejemplo, la naturaleza pre simbólico y aleatorio del aprendizaje durante los primeros años de vida a menudo imposibilita la consiguiente duplicación y por tanto, «protege» lo que ya se ha aprendido. Sin embargo, creemos que también es verdad que las experiencias etiológicas singulares, tales como las «introyecciones disociadas», con frecuencia son sólo la manifestación más temprana de un patrón recurrente de relaciones paterno filial. Por lo tanto, el aprendizaje temprano puede no lograr cambiarse, no porque haya cuajado de forma permanente, sino porque el mismo conjunto de experiencias limitadas

que ayudó a que se formara desde un principio persiste y continuará ejerciendo su influencia durante muchos años.

D. RELACION ENTRE PERSONALIDAD Y CONDUCTA DELICTIVA

En la historia de la psicología abundan los estudios que han tratado de encontrar diferencias individuales en la tendencia delictiva y posibles tipologías de delincuentes. El foco de atención ha sido variable con el transcurso de los años: desde el determinismo antropológico y biológico hasta aspectos puramente psicológicos del delincuente. Durante mucho tiempo se concedía un principal protagonismo a factores biológicos, sociales y ambientales como determinantes del comportamiento delictivo, pero a finales de los años ochenta hay un importante auge en la consideración de la influencia de las variables de la personalidad. Desde la Psicología se ha defendido que existen rasgos y características individuales que predisponen al delito. Las propuestas actuales se dirigen a focalizar más la atención en los síntomas o rasgos descriptivos de cada trastorno de la personalidad que en el análisis del trastorno de la personalidad como conglomerado. Posiblemente el cuadro en su conjunto esté relacionado con el modo en el que la conducta delictiva se “modela” y se motiva, mientras que la explicación de por qué un individuo ha pasado “al acto” (al delito) puede que se encuentre aludiendo a rasgos que aparecen descritos en distintos trastornos de la personalidad (ej. impulsividad, frialdad emocional, falta de empatía). Eysenck explica que el comportamiento se adquiere por aprendizaje por condicionamiento. En consecuencia, el comportamiento antisocial o delictivo obedece a un aprendizaje deficitario de las normas sociales en forma condicionada. El tipo de personalidad de cada individuo puede determinar su capacidad de condicionamiento; también será importante la calidad del condicionamiento recibido en su entorno familiar. Según González Guerrero, Laura (2011).

Según Luis Arroyo Zapatero (1993). La persona sufre modificaciones en el transcurso de su vida por el ambiente que le rodea. Hablar de variables de personalidad no implica negar la influencia del entorno o la posibilidad de variación del ser humano. Los factores genéticos no pueden explicar por sí solos la manifestación de la conducta antisocial, pero sí existe cierta evidencia sobre la transmisión genética de características que pueden incrementar las probabilidades de delinquir de un sujeto. La postura más defendida en el presente ante la cuestión herencia-medio arguye a la necesidad de que

confluyan condiciones ambientales e internas del organismo para que pueda llegar a desarrollarse el comportamiento delictivo.

El estudio de variables de personalidad o de variables individuales en relación a la conducta delictiva constituye un amplio campo de investigación que data de muy antiguo. Las primeras investigaciones sobre conducta delictiva, relacionada con factores individuales surgen de las consideraciones biológicas en torno al tema y es a partir de la obra de Lombroso (1836-1909), considerado el fundador de la escuela positivista del derecho penal y de sus teorías biogenéticas sobre el delito, cuando se comienza a considerar la conducta del delincuente desde el punto de vista individual y cuando pasa a ser objeto de estudio de la psicología

Uno de los modelos de investigación que más ha propiciado el análisis de personalidad y conducta delictiva ha sido el formulado por Eysenck (1964) en su obra “delincuencia y personalidad” este es un modelo biosocial en el cual los factores sociales interactúan con predisposiciones biológicas del organismo y desde él se predice que en sujetos con similares situaciones de condicionamiento, aquellos que tengan altas puntuaciones en las dimensiones de extraversión, neuroticismo y psicoticismo serían los más predisuestos a la conducta delictiva.

Intentando justificar estos resultados Hindelang y Weis (1972) argumentan que la teoría de Eysenck puede ser válida para predecir algunos tipos de actividades delictivas pero no para todos. En estudios más recientes Eysenck y Col. (1977) y McGurk y McDougall (1981) han demostrado que pueden existir diferentes tipos de personalidad entre los sujetos delincuentes.

En otros resultados de estudios como los de (Luengo, 1982), demuestran que los sujetos delincuentes conceden más importancia a aquellos valores, que tienen una relevancia inmediata y personal, que aquellos que tienen un carácter interpersonal. Los valores; “tener una vida cómoda”, “tener armonía interna”, “tener placer”, “ser ambicioso”, “ser limpio”, son considerados más importantes por los sujetos delincuentes, sin embargo “ser responsable”, “tener verdadera amistad”, son considerados significativamente menos importantes por el grupo de delincuentes. Por otra parte, los sujetos delincuentes estructuran los valores de forma diferente. Los valores que conciernen a su mundo personal se relacionan negativamente con los que hacen referencia a fines sociales o modos de conducta deseable socialmente. En los sujetos no delincuentes, aquellos que se refieren a la satisfacción personal se relacionan con valores interpersonales o sociales. La importancia que los delincuentes les dan a los valores centrados en sí

mismos y la relevancia de los valores personales frente a los valores sociales haría referencia a esa egocentricidad, en el sentido de que se tiene muy poca consideración por el mundo social y lo que se valora es la satisfacción de necesidades personales.

Este aspecto, es consistente con los estudios sobre razonamiento moral. Estos estudios basados en la teoría de Kohlberg, sitúan a los delincuentes en una etapa pre convencional de desarrollo moral. En esta etapa las cuestiones sobre lo correcto y lo malo se contestan solo en términos de sus necesidades personales y su satisfacción personal, implican una orientación de razonamiento centrada en sí mismo.

Han sido muchos los estudios realizados, para evaluar el nivel de razonamiento moral en los sujetos delincuentes y aunque no todos los resultados van en la misma dirección y los sujetos delincuentes pueden estar en estados diferentes de razonamiento moral, de las revisiones realizadas se puede llegar a las siguientes conclusiones:

- a). Los delincuentes muestran, en general, un nivel de desarrollo inferior al de los sujetos no delincuentes con las mismas características demográficas y socio-económicas.
- b). Distintos tipos de delincuentes muestra distintos niveles de desarrollo moral. Los sujetos con un nivel convencional y post convencional son detenidos con mayor probabilidad por actos que violen normas pero no causan perjuicio a otras personas, por ejemplo el uso de drogas; sin embargo, los sujetos con un nivel pre convencional estarían implicados más frecuentemente en todo tipo de actos delictivos.
- c). El nivel de desarrollo moral predice el ajuste posterior de los delincuentes, en el sentido de que la reincidencia es menor en los sujetos con niveles convencionales.

La conclusión a la que se llega al analizar estos estudios es que si bien no se puede decir que un bajo nivel de desarrollo cognitivo y de razonamiento moral sea la causa de la delincuencia un nivel convencional o post-convencional de razonamiento moral, puede actuar como una barrera o un aislante contra la conducta delictiva cuando las fuerzas situacionales proporcionan fuertes incentivos para tal conducta.

Otra variable relacionada con estos patrones de pensamiento egocéntrico a los que hemos venido aludiendo, es la empatía. Esta variable la ha introducido Morash (1983), en la formulación que hace en la teoría de Kohlberg al aplicarla a la conducta delictiva y la utiliza para justificar las diferencias encontradas entre los hombres y mujeres en relación a la conducta.

En los estudios sobre conducta pro-social, se ha puesto de manifiesto que la empatía es un factor importante en el proceso mediante el cual el individuo desarrolló pautas de

comportamiento acorde con las normas sociales y de aquí surge el interés en analizarla en relación a la conducta delictiva.

Aunque existe problemas en la decisión de empatía y en la operacionalización del concepto, la mayor parte de los autores, hacen referencia a tratar el concepto a la capacidad que tienen los sujetos de ponerse en lugar de otros, bien a nivel cognitivo, percibiendo y comprendiendo lo que le sucede a otra persona, o bien, a nivel afectivo, experimentando las emociones del otro.

Los resultados sobre los estudios de esta variable en relación a la conducta delictiva, aunque no son demasiados consistentes, han demostrado que los delincuentes son menos empáticos que los no delincuentes y las mayores diferencias se encuentran en la dimensión afectiva. También analizando distintos grupos de delincuentes, se ha encontrado que los delincuentes peor ajustados dentro de su propia subcultura y aquellos que presentan puntuaciones más altas en conductas agresivas son los que mantienen niveles más bajos de empatía (Ellis, 1982) Nuestros propios trabajos en relación a esta variable, aunque todavía en un estado muy incipiente, apuntan a esta dirección (Mirón, Otero y Luengo, 1987).

Los resultados de todos estos estudios, parecen indicar un déficit en el desarrollo cognitivo-social de los sujetos delincuentes que supondrían un mayor egocentrismo y una inhabilidad o habilidad disimulada para empatizar con otras personas, tomar conciencia de los otros, ponerse en su papel y adoptar conductas y actitudes aceptables socialmente. Otro conjunto de variables, relacionadas con el proceso de maduración cognitiva y con la capacidad de un individuo para solucionar los problemas dentro de un contexto social, harían referencia a lo que Yochelson y Samenow (1978), denominan “Fragmentación del pensamiento” y que se caracteriza por una tendencia a ver el mundo de una forma episódica, sin integrar la experiencia presente con la pasada y sin anticipar ni proyectar el futuro. En este sentido, los estudios empíricos han demostrado que una mayor impulsividad, una menor demora de gratificación y una perspectiva de tiempo futuro relativamente corta son características de los sujetos delincuentes.

a. Trastornos De La Personalidad Y Conducta Delictiva

González Guerrero Laura (2011). Refiere que los estudios respecto a la prevalencia de los trastornos de la personalidad en la población delincuencial, apuntan que es el trastorno antisocial de la personalidad el más frecuente, seguido del trastorno límite y

del trastorno paranoide de personalidad. Los trastornos de la personalidad son muy frecuentes en muestras de población delincuencial y son considerados predictores de la conducta criminal (Carrasco, 1993).

Sin embargo, en la actualidad no cabe duda que la etiología de la delincuencia es multifactorial. La relación entre trastorno de la personalidad y delincuencia es muy compleja dada la influencia de otros factores como el consumo de drogas y alcohol, factores sociodemográficos y biológicos (a los que los estudios más recientes otorgan un rol independiente). Lösel y Bender (2003) señalaban que el desarrollo de una carrera delictiva obedece a la acumulación de distintos factores de riesgo, entre los cuales apuntan: crianza deficitaria y falta de armonía en el hogar, falta de apego, rechazo del grupo de iguales, asociación con amigos antisociales, relaciones heterosexuales difíciles, ambiente multiproblemático y bajo nivel socioeconómico, temperamento difícil y bajo autocontrol, sesgos en el procesamiento de la información, pensamientos desadaptados, estilo de vida persistentemente antisocial, factores genéticos y problemas neurológicos, déficit cognitivos y problemas de atención, dificultades en la escuela, déficit en habilidades y situación de paro laboral. Ninguno de estos factores por separado se entiende como una condición previa para optar por el camino delincuencial, sin embargo, el acceso a una vida adaptada será cada vez más difícil en la medida en que se de acumulación progresiva de factores delictógenos con sus respectivas consecuencias (Muñoz, 2007).

E. EVALUACIÓN Y TERAPIA DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

a. Evaluación de la Personalidad

Millón (2006). Refiere que la evaluación debería servir como base para la terapia. Sin ella, la terapia no puede llevarse a cabo de una manera lógica. El objetivo de la evaluación es, esencialmente, el objetivo de la ciencia, pero siempre aplicada a la persona en su totalidad y no sólo a un área de estudio. El clínico debe entender desde una perspectiva científica la interacción de los síntomas manifiestos, los rasgos de la personalidad y los factores psicosociales. Deberían evaluarse por separado los componentes del modelo multiaxial del DSM para luego integrarlos en un compuesto único: tal conceptualización del caso.

b. Diagnóstico Frente La Evaluación

Si los fenómenos psicológicos se pudieran definir tan bien como los de la química o la física, todas las personas podrían ser diagnosticadas en una única categoría que cubriría por completo su manera particular de ser. Todo aquello que es la persona podría ubicarse bajo una única etiqueta, y a partir de ésta se podría saber de forma automática a qué tipo de problemas es vulnerable una persona y cuáles son las terapias más eficaces para tratarlos. De hecho, se podría predecir todo de antemano. Las técnicas de medida permitirían que los clínicos aislaran con exactitud «qué hace funcionar a una persona», y la aplicación de las leyes psicológicas permitiría modificar comportamientos, sentimientos y actitudes. Cada faceta de la persona podría explicarse en el contexto de esta ciencia determinista. Desde esta perspectiva, la individualidad es un enemigo, un obstáculo que limita la detección de los patrones subyacentes. Conociendo la etiqueta diagnóstica se puede conocer a la persona. Si se produce alguna desviación del diagnóstico, esta información se considera irrelevante y puede descartarse. Como es natural, las cosas no son tan sencillas, pero se siguen elaborando estudios para encontrar un sistema de clasificación de este tipo.

Los trastornos de la personalidad del DSM tratan de conservar lo mejor de una perspectiva basada en constructos. Además de permitir la medición de la individualidad; en primer lugar, el DSM permite asignar diversos diagnósticos de trastornos de la personalidad, son frecuentes las combinaciones de dos, tres o incluso cuatro trastornos de la personalidad. En segundo lugar, y como se ha señalado en el capítulo anterior, cada trastorno de la personalidad se operativiza como un prototipo formado por muchas características: sus criterios diagnósticos, dado que para matizar un diagnóstico sólo es necesario presentar un subconjunto de criterios, hay docenas de formas de ser histriónico, esquizoide, masoquista, etc. Existen múltiples maneras de cumplir los criterios diagnósticos para cada trastorno de la Personalidad. Estas amplias posibilidades están pensadas para acomodar la individualidad al sistema diagnóstico, mientras que las etiquetas diagnósticas reconocen, a pesar de todo, que las personas que reciben el mismo diagnóstico son similares. Los histriónicos se parecen entre sí, aunque unos pueden llamar más la atención o ser más expansivas, por ejemplo, y otros ser más seductores.

c. Fuentes De Información Para Un Diagnóstico

La información es la base de toda medición y por tanto, la base de toda evaluación clínica. Existen cinco maneras de obtener información que ayudan a describir el problema clínico; cada una tiene sus propias ventajas e inconvenientes. La primera fuente es el cuestionario autoaplicado; los sujetos informan sobre ellos mismos completando una lista determinada de ítems. La segunda consiste en las escalas de evaluación y las listas de síntomas; una persona que conozca bien al sujeto rellena este formulario para proporcionar una perspectiva alternativa. La tercera fuente es la entrevista clínica; el clínico hace preguntas y el sujeto las responde verbalmente y a menudo, sin ninguna restricción. El clínico es libre de seguir cualquier línea particular de preguntas y, por lo general, combina preguntas estándar con preguntas específicas del problema manifiesto. La cuarta fuente de información son las técnicas proyectivas, en las que se trata de acceder a estructuras y procesos inconscientes a los que, en general, la persona no podría acceder mediante la expresión verbal. Se puede considerar que las personas próximas al sujeto, quizás el cónyuge, un profesor, uno de sus progenitores, un buen amigo, o alguien que pueda proporcionar una perspectiva del problema, también constituyen una fuente de información. Las mediciones fisiológicas, los valores de neurotransmisores o de hormonas, por ejemplo, constituyen la última fuente, aunque la mayoría de los terapeutas no pueden disponer de ellas.

d. La Filosofía Del Modelo Multiaxial

Millón (2006). Señala que El MCMI-III es un instrumento derivado de un modelo integrado de la psicopatología y la personalidad y coordinado con el modelo multiaxial del DSM. En general, la lógica interpretativa del MCMI se deriva de estos dos hechos básicos. Los clínicos que empleen el MCMI deben hacerlo con el fin de alcanzar una comprensión de la persona como una integrada y no una mera agregación de diagnósticos.

En la psicopatología, la clave del bienestar psicológico no es ni la ansiedad ni la depresión, ni los estresores de la temprana niñez o de la vida contemporánea. Más bien, es el equivalente mental del sistema inmunológico del cuerpo, la estructura y el estilo de los procesos psíquicos que representan nuestra capacidad general de percibir y de afrontar nuestro mundo psicosocial es decir, el constructo psicológico que denominamos personalidad.

El modelo multiaxial se ha establecido específicamente para promover las concepciones integradoras de los síntomas que manifiesta un individuo, en términos de la interacción entre los estilos de afrontamiento arraigados y estresores psicosociales. Nuestra labor como clínicos consiste en recapitular la progresión del individuo para conseguir una concepción de su psicopatología que no simplemente diagnostique o documente sus estornudos, sino que contextualice estos trastornos manifiestos en función del contexto más amplio representado por el estilo individual de percibir, pensar, sentir y comportarse. El proceso interpretativo puede describirse en términos de varios niveles u órdenes que facilitan dichas interpretaciones integradas.

e. Cuestionario Clínico Multiaxial De Millón (MCMI)

En la actualidad en su tercera edición (MCMI-III; Millón et al., 1996), el MCMI es el cuestionario de trastornos de la personalidad más utilizado. Uno de los principales objetivos durante la elaboración del MC.MMII era que el número total de ítems fuera lo bastante reducido como para facilitar su utilización en ámbitos diagnósticos y terapéuticos diversos, pero lo bastante amplio como para permitir la evaluación de un amplio abanico de comportamientos clínicamente relevantes. Con 175 ítems, la versión más reciente es mucho más breve que los instrumentos comparables, y su terminología se ha adaptado a 8 grados. En consecuencia, el MCMI-III se puede completar en 20-30 minutos. El cuestionario está dirigido exclusivamente a sujetos en los que se sospecha la presencia de un trastorno de la personalidad y no debería utilizarse con sujetos normales. El MCMI suele emplearse en la investigación. Hasta la fecha, más de 650 publicaciones lo han incluido o se han centrado principalmente en él. Y cada año se publican unas 65 nuevas referencias.

El cuestionario se compone de 24 escalas clínicas y 3 escalas de corrección: sinceridad, deseabilidad social y defensividad que identifican la tendencia a revelar en exceso o esconder el trastorno, a favorecer sólo las respuestas socialmente aceptables o a apoyar sólo aquellas respuestas que claramente sugieren patología, respectivamente. Las siguientes dos secciones clínicas incluyen las escalas de los trastornos de la personalidad básicos. La primera de estas secciones evalúa los trastornos de la personalidad considerados moderadamente graves, del trastorno esquizoide al trastorno masoquista. Y la segunda sección representa los trastornos más graves: el trastorno esquizotípico. El trastorno límite y el trastorno paranoide de la personalidad. El MCMI-III ha conservado la personalidad masoquista y sádica que se incluían en la tercera

edición revisada del DSM, pero que se eliminaron en la cuarta edición. Las dos secciones siguientes cubren los trastornos del Eje I, desde los más moderados, como la ansiedad y la distimia. Hasta los más graves. Como el trastorno del pensamiento y el trastorno delirante (Millón, 1997).

El MCMI puede utilizarse en la práctica habitual en clínicas ambulatorias, servicios comunitarios, centros de salud mental, programas universitarios de asesoramiento. Hospitales generales y mentales, tribunales y en la práctica privada. La división entre escalas para los trastornos de la personalidad y para los trastornos clínicos corre paralela al modelo multiaxial y tiene importantes implicaciones interpretativas. El perfil resultante es útil para esclarecer la interacción entre los patrones caracterológicos arraigados y los síntomas clínicos manifiestos. La puntuación en las escalas de síndromes de la personalidad y clínicos oscila entre 0 y 115. De manera que las puntuaciones superiores a 85 indican patología en ese intervalo. Mediante el examen del patrón de las escalas clínicas se pueden hacer interpretaciones más amplias y dinámicas de las relaciones entre sintomatología, conductas de afrontamiento, estilo interpersonal y estructura de la personalidad. Para aumentar la concordancia con el DSM, los ítems que evalúan los trastornos de la personalidad se han escrito de manera que reflejen los criterios diagnósticos de sus constructos respectivos. Por ejemplo, el primer criterio del trastorno de la personalidad por dependencia del DSM-IV expone: «Tiene dificultades para tomar las decisiones cotidianas si no cuenta con un excesivo asesoramiento y reafirmación por parte de los demás», que es similar al ítem del MCMI-III, que dice: «La gente puede hacerme cambiar de opinión con facilidad, incluso teniendo las ideas claras».

Los informes clínicos realizados por ordenador se detallan a dos niveles. El informe del perfil de las puntuaciones de la escala es útil como herramienta para identificar a pacientes que pueden requerir una evaluación o atención profesional más profundas. Las líneas de corte del MCMI-III permiten tomar decisiones en cuanto a los trastornos primarios del comportamiento o los diagnósticos sindrómicos. Asimismo, los valores que reflejan un aumento de intensidad dentro de los subgrupos de escalas permiten evaluar el deterioro, la gravedad y la cronicidad del trastorno. El estudio del patrón configuracional de las 24 escalas clínicas puede derivar en interpretaciones más amplias y dinámicas de las relaciones entre sintomatología, conducta de afrontamiento, estilo interpersonal y estructura de la personalidad. Por otra parte, el informe interpretativo

proporciona un perfil de las puntuaciones de la escala, un análisis detallado de la dinámica de la personalidad y de los síntomas, así como sugerencias de tratamiento.

f. Escalas Del Cuestionario Clínico Multiaxial De Millón (MCMI)

f.1. Esquizoide (1)

Esta escala se corresponde con el trastorno de personalidad esquizoide del DSM-IV. Son individuos que se caracterizan por su carencia de deseo y su incapacidad para experimentar en profundidad placer o dolor intenso. Tienden a ser apáticos, desganados, indiferentes, distantes y asociales. Sus emociones y necesidades afectivas son mínimas y el individuo funciona como un observador pasivo indiferente a las recompensas y afectos, así como a las demandas de relaciones con los demás.

f.2. Evitativo (2a)

Los individuos evitativos experimentan pocos refuerzos positivos de sí mismos y de los demás. Permanecen en alerta y siempre en guardia, preparados para distanciarse de la anticipación ansiosa de las experiencias dolorosas o negativamente reforzantes de la vida. Su estrategia adaptativa refleja su miedo y desconfianza hacia los demás. Mantienen un control constante de sus impulsos y sus anhelos de afecto, para prevenir la repetición del dolor y la angustia que han experimentado con otras personas. Solo pueden protegerse a sí mismos mediante una retirada activa. A pesar de sus deseos de relacionarse, han aprendido que es mejor negar estos sentimientos y mantener bastante distancia interpersonal.

f.3. Depresivo (2b)

Hay cosas comunes en los tres primeros patrones clínicos de personalidad, especialmente tristeza, pesimismo, falta de alegría, incapacidad para experimentar placer y aparente retardo motor. Para el eje II del DSM, en el trastorno esquizoide de la personalidad, hay una incapacidad tanto para sentir alegría como tristeza. En el patrón de evitación existe una hipervigilancia hacia el dolor anticipado y consecuentemente una falta de atención hacia el disfrute y la alegría. En el patrón depresivo ha habido una pérdida significativa, una sensación de rendición y una pérdida de esperanza en la recuperación de la alegría. Ninguno de estos tipos de personalidad experimenta placer, pero por razones diferentes. La personalidad depresiva experimenta dolor como algo permanente. El placer ya no se considera posible.

F.4. Dependiente (3)

Es equivalente al trastorno de personalidad dependiente del DSM-IV. Estas personas han aprendido que quien les lidera les ha de proteger. Carecen de Iniciativa y de autonomía.

f.5. Histriónico (4)

La manipulación de los sucesos hace que aumente la cantidad de atención y favores que estos sujetos reciben y evitan el desinterés o la desaprobación de los demás. Estos pacientes muestran una búsqueda de estimulación y afecto insaciable, e Incluso indiscriminada.

f.6. Narcisista (5)

Aquellos que obtienen altas puntuaciones en esta escala se hacen notar por sus actitudes egoístas, experimentando placer sólo por permanecer pasivos o centrados en sí mismos. Las experiencias pasadas le han enseñado a sobreestimar su propio valor, esta confianza y superioridad puede fundarse en falsas promesas. Mantienen un aire de autoconfianza arrogante y pueden llegar, sin intención, a explotar a los demás.

f.7. Antisocial (6A)

Actúan para contrarrestar la expectativa de dolor y depreciación de otros, esto se hace mediante comportamientos ilegales dirigidos a manipular el entorno a favor de uno mismo. Su tendencia al engrandecimiento refleja el escepticismo respecto a las motivaciones de los otros, el deseo de autonomía y el deseo de venganza y recompensa. Son irresponsables e impulsivos. Insensibilidad y crueldad son sus únicos medios para evitar abusos y engaños.

f.8. Agresivo-Sádica (6B)

Son individuos que no son juzgados públicamente como antisociales, pero cuyas acciones significan placer y satisfacción personal en comportamientos que humillan a los demás y violan sus derechos y sentimientos.

f.9. Compulsiva (7)

Su conducta prudente, controlada y perfeccionista deriva de un conflicto entre la hostilidad hacia los demás y el temor hacia la desaprobación social. Resuelven esta ambivalencia no solamente suprimiendo el resentimiento, sino también sobre

aceptándolo y estableciendo elevadas exigencias sobre sí mismos. Detrás de este frente de decoro y restricción, aparece el enfado intenso y sentimientos opositores que ocasionalmente emergen si fallan los controles.

f.10. Pasivo Agresiva (8A)

Pugnan entre seguir los refuerzos ofrecidos por los demás y los deseados por sí mismos. Esto representa una Incapacidad para resolver conflictos. Estos pacientes se meten en discusiones y riñas interminables ya que vacilan entre la deferencia y la obediencia, el desafío y el negativismo agresivo. Su comportamiento muestra un patrón errático de terquedad o enfado explosivo entremezclado con períodos de culpabilidad y vergüenza.

f.11. Autodestructiva (8B)

Se relaciona con los demás de una forma obsequiosa y autosacrificada, estas personas permiten y quizás fomenten, que los demás les exploten o se aprovechen de ellos, incluso algunos afirman que merecen ser avergonzados y humillados. Para integrar su dolor y su angustia recuerdan activa y repetidamente sus percances pasados y trasforman otras circunstancias afortunadas en resultados potencialmente más afortunados. Actúan de manera modesta e intentan pasar desapercibidos, frecuentemente intensifican su déficit y se sitúan en una plano inferior o posición despreciable.

f.12. Esquizotípica (S)

Representa un patrón de distanciamiento cognitivo e interpersonal. Estas personas prefieren el aislamiento social con mínimas obligaciones y apegos personales. Inclinados a ser casi autistas o cognitivamente confusos, piensan de forma tangencial y con frecuencia aparecen ensimismados y reflexivos. Las excentricidades de comportamiento son notables y estos individuos son percibidos por los demás como extraños o diferentes. Pueden mostrarse con cautela ansiosa e hipersensible o un desconcierto emocional y falta de afecto.

f.13. Límite (C)

Subyacen contenidos teóricos de las pautas dependiente, discordante, independiente y ambivalente. Cada una de estas personalidades límite tiene fallos estructurales, experimentando intensos estados de ánimo endógenos, con períodos recurrentes de

abatimiento, y apatía frecuentemente entremezclado con periodos de enfado, inquietud o euforia. Lo que lo distingue claramente de los otros dos patrones graves es la desregulación de sus afectos vista más claramente en la inestabilidad y labilidad de su estado de ánimo. Muchos dan a conocer pensamientos recurrentes de suicidio y automutilación, aparecen hiper preocupados por asegurar el afecto, tienen dificultades para mantener un claro sentimiento de identidad y muestran una evidente ambivalencia cognitivo-afectiva con sentimientos simultáneos de rabia, amor y culpabilidad hacia los otros.

f.14. Paranoide (P)

Muestran una desconfianza vigilante respecto a los demás y una defensa anticipada contra la decepción y las críticas. Hay una áspera irritabilidad y una tendencia a la exasperación precipitada y colérica con los demás. Frecuentemente expresan un temor a la pérdida de independencia, lo que conduce a estos pacientes a resistirse al control y las influencias externas. Los paranoides se distinguen por la inmutabilidad de sus sentimientos y la rigidez de sus pensamientos.

f.15. Trastorno De Ansiedad (A)

Estos pacientes informan de sentimientos aprensivos o fóbicos, son típicamente tensos, indecisos e inquietos y tienden a quejarse de una gran variedad de malestares físicos, como tensión, excesiva sudoración, dolores musculares indefinidos y náuseas. La mayoría muestra un estado generalizado de tensión, manifestado por una incapacidad de relajación, movimientos nerviosos y rapidez para reaccionar y sorprenderse fácilmente. Los trastornos somáticos son característicos. También se muestran notablemente excitados y tienen un sentido aprensivo de la inminencia de problemas, una hipersensibilidad a cualquier ambiente, inquietud y susceptibilidad generalizada.

F.16. Somatomorfo (H)

Encontramos dificultades psicológicas expresadas a través de canales somáticos, periodos persistentes de agotamiento y abatimiento, una preocupación por la pérdida de salud y una variedad dramática, aunque inespecífica de dolores en regiones diferentes pero no relacionadas- del cuerpo. Las - quejas son presentadas de forma dramática, insidiosa y exagerada. Si están presentes de forma objetivas- verdaderas enfermedades, tienden a magnificarse a pesar de los informes médicos tranquilizadores.

F.17. Bipolar (N)

Estos pacientes evidencian periodos de alegría superficial, elevada autoestima, nerviosa sobre actividad y distrabilidad, habla acelerada, impulsividad e irritabilidad. También muestran un entusiasmo no selectivo, excesiva planificación para metas no realistas, una invasión incluso tiranizando y demandando más calidad en las relaciones interpersonales, disminución de las necesidades de sueño, fuga de ideas y cambios rápidos y lábiles del estado de ánimo.

F.18. Trastorno Distímico (D)

El paciente se ha visto afectado por un periodo de dos o más años con sentimiento de desánimo o culpabilidad, una carencia de iniciativa y apatía en el comportamiento, baja autoestima y con frecuencia expresiones de inutilidad y comentarios auto desvalorativos. Durante los periodos de depresión pueden haber llantos, ideas suicidas, sentimientos pesimistas hacia el futuro, alejamiento social, escaso apetito o excesivas ganas de comer, agotamiento crónico, pobre concentración, marcada pérdida de interés por actividades lúdicas y una disminución de la eficacia en cumplir tareas ordinarias y rutinarias de la vida.

F.19. Dependencia Del Alcohol (B)

Historia de alcoholismo, habiendo hecho esfuerzos para superar esta dificultad con mínimo éxito, y como consecuencia, experimentan un malestar considerable tanto en la familia como en el entorno laboral.

F.20. Dependencia De Sustancias (T)

Tienden a tener dificultades para reprimir los impulsos o mantenerlos dentro de los límites sociales convencionales y muestran una incapacidad para manejar las consecuencias personales de estos comportamientos.

F.21. Trastorno Del Pensamiento (SS)

Se clasifican normalmente como esquizofrénicos, psicosis reactiva breve o esquizofreniformes dependiendo de la extensión y curso del problema. Pueden mostrar periódicamente un comportamiento incongruente, desorganizado o regresivo, apareciendo con frecuencia confusos y desorganizados y ocasionalmente mostrando afectos inapropiados, alucinaciones dispersas y delirios no sistematizados. El

pensamiento puede ser fragmentado o extraño. Los sentimientos pueden embotarse y existir una sensación profunda de estar aislados e incomprendidos por los demás. Pueden ser retraídos y estar apartados o mostrarse con un comportamiento discreto o vigilante.

F.22. Depresión Mayor

Son incapaces de funcionar en un ambiente normal, se deprimen gravemente y expresan temor al futuro, ideas suicidas y un sentimiento de resignación. Algunos exhiben un marcado enlentecimiento motor, mientras que otros muestran una cualidad agitada, paseando continuamente y lamentando su estado triste. Varios procesos somáticos se perturban con frecuencia durante este periodo. Son notables la disminución de apetito, agotamiento, ganancia o pérdida de peso, insomnio o despertar precoz. Son comunes los problemas de concentración, así como sentimientos de inutilidad o culpabilidad. Se evidencian aprensiones e ideas obsesivas.

F.23. Trastorno Delirante

Son considerados paranoides agudos, pueden llegar a ser ocasionalmente beligerantes, experimentando delirios irracionales pero interconectados de naturaleza celotípica, persecutoria o de grandeza. Puede haber signos de trastornos de pensamiento e ideas de referencia. El estado de ánimo es habitualmente hostil y expresan sentimientos de estar sobrecogidos y maltratados. Además manifiestan tensión persistente, sospechas, vigilancia y alerta ante la posible traición.

2. INSTITUTO NACIONAL PENITENCIARIO

Los antecedentes históricos del INPE relatan que por fin, el artículo 26 del Código Penal de 1924, recoge la opinión de los entendidos en la materia al establecer la creación de la Inspección General de Prisiones. Esta institución se encargaría a partir de esa fecha de la dirección de todos los establecimientos carcelarios del país, siendo su primer director (Inspector General) el doctor Augusto Llontop. Tres años después, el 12 de febrero de 1927, el Decreto Supremo N° 70 crea la Escuela de Vigilancia, dando paso al funcionamiento del Servicio de Identificación Dactiloscópica como órgano de la Inspección General de Prisiones, y la publicación del Boletín de Criminología, revista que dejó de circular el año 1992.

El 26 de marzo de 1928, el Dr. Bernardino León y León asumen la dirección de la Inspección General de Prisioneros. Se pone en marcha grandes reformas al sistema penitenciario, como por ejemplo, el cambio de nombre por el de Dirección General de Prisiones. El 14 de enero de 1929 se dicta el Reglamento de Clasificación de Conducta de los Penados; y en febrero se da a conocer el Reglamento del Instituto de Criminología.

Los años subsiguientes evidenciaron un abandono del tema penitenciario, hasta que el 16 de agosto de 1937, mediante D.S. N° 97 se dicta un nuevo reglamento de penitenciaría de Lima. Siete años después, el 2 de junio de 1944, se abre la Escuela de Vigilantes que funcionó hasta mediados de diciembre de 1945.

Los vaivenes del sistema penitenciario son de conocimiento del entonces presidente de la República Luis Bustamante y Rivero, quien el 12 de marzo de 1946 ordena el funcionamiento de la Escuela de Personal Auxiliar de los Establecimientos Penales y de Tutela, institución que tuvo vigencia hasta diciembre de 1948. La administración Bustamante reorganiza los servicios médicos en los establecimientos penales y de tutela, elabora la ficha psico-física de reclusos y tutelados, crea el servicio social para esos centros, e inicia las investigaciones de las condiciones antropológicas y sociales de la penitenciaría, entre otras medidas. Pero, muchas de esas disposiciones quedaron truncas, como consecuencia del golpe de estado.

En 1951 se crea la colonia penal agrícola El Sepa. Años después, el primer gobierno del presidente Fernando Belaunde Terry construye el Centro Penitenciario de Lurigancho, en Lima, e inicia la construcción del Centro Penitenciario de Ica (Cachiche) y la cárcel de Quenqoro, en el Cusco. Por Resolución Suprema N° 211 del 13 de mayo de 1965, se establecen los estatutos para la creación del Centro de Capacitación Penitenciaria, que funcionó hasta setiembre de 1968.

Luego, el gobierno del General Juan Velasco Alvarado, dicta dispositivos legales referentes al derecho penitenciario peruano, y por Decreto Ley 17519 establece que la Dirección General de Establecimientos Penales forme parte de la estructura del Ministerio del Interior.

Durante ese mismo gobierno se crea el Centro de Formación y Capacitación Penitenciaria (CEFOCAP), con la finalidad de formar agentes penitenciarios. Sería después el siguiente gobierno militar, esta vez el de Francisco Morales Bermúdez que, de conformidad con lo establecido en la Constitución de 1979, reapertura el Ministerio

de Justicia, incluyendo en su estructura a la Dirección General de Establecimientos Penales.

En el segundo gobierno del arquitecto Fernando Belaunde Terry, a través de la Ley Orgánica del Ministerio de Justicia, se incluye a la Dirección General de Establecimientos Penales y Readaptación Social como uno de los órganos del sector Justicia.

El 06 de marzo de 1985, por Decreto Legislativo N° 330 se promulga el Código de Ejecución Penal, y por Decreto Supremo N° 012 del 12 de junio del mismo año se aprueba su reglamentación, dando origen así al INSTITUTO NACIONAL PENITENCIARIO, organismo público descentralizado, rector del Sistema Penitenciario Nacional integrante del Sector Justicia.

A. DIRECCIÓN DE REGISTRO PENITENCIARIO

La Dirección de Registro Penitenciario es el órgano encargado de organizar y administrar las actividades y procesos del registro penitenciario de la institución. Depende del Presidente del INPE

a. Funciones:

- Formular, proponer y ejecutar los lineamientos de política relativos al registro penitenciario.
- Coordinar y supervisar el cumplimiento de los proceso de ingreso y egresos de los internos, sentenciados a penas limitativas de derechos y de los liberados.
- Formular y proponer las normas, planes, programas y proyectos de desarrollo en materia de registro penitenciario.
- Organizar, centralizar y administrar la información sobre situación jurídica de los internos a nivel nacional.
- Asegurar la conservación y confidencialidad de la información contenida en el registro penitenciario.
- Organizar y actualizar la información del sistema integrado de información de registro penitenciario de la institución.
- Velar por la adecuada asignación y ejecución de los recursos correspondientes a las metas operativas del área de su competencia.
- Atender los requerimientos de información de las autoridades judiciales, entidades públicas y del público usuario; y,

- Otras funciones que le encomienda el Presidente del INPE.

b. Asistencia Psicológica

El Sistema Penitenciario Nacional tiene como premisa el reconocimiento jurídico y el respeto a la persona, persiguiendo como objetivo la resocialización del interno a través del tratamiento técnico - científico, fundamentado en las vigentes y modernas teorías que buscan dar solución a la compleja problemática de la conducta humana, es así que el servicio de Psicología como parte fundamental del tratamiento que brinda al interno, realiza una serie de acciones fundamentados en la aplicación de métodos y técnicas acorde a los avances científicos en la actualidad, es así que su trabajo está amparado en el artículo 92º del Código de Ejecución Penal y en los estatutos del código de ética profesional. Así entre las actividades que realiza el Psicólogo están las siguientes:

Participa como integrante de la Junta de Clasificación en los Establecimientos Transitorios de Procesados para la clasificación a las personas con mandato de detención ubicándolos según el grado de peligrosidad en el establecimiento penitenciario respectivo.

Participa como integrante en la Junta de Clasificación a los internos que ingresan al establecimiento penitenciario ubicándolos en el pabellón correspondiente.

Participa como integrante de la Junta de Clasificación realizando evaluaciones a los internos reclasificándolos según el nivel de progresión o regresión en el tratamiento.

Participa como integrante de la Junta de Clasificación reubicando a los internos en otros ambientes según el régimen destinado, asimismo reordena a la población penitenciaria según las normas establecidas.

Entrevista y evalúa a los internos desde que ingresan al establecimiento penitenciario aperturando su expediente psicológico y realizando el seguimiento respectivo según las acciones realizadas a su favor.

Aplica pruebas psicológicas para corroborar su impresión diagnóstica inicial.

Realiza tratamiento a los internos e internas a través de acciones de tipo Individual, Grupal y/o Familiar.

Realiza intervención psicológica a los hijos de las internas, menores de tres años que se encuentran en la cuna del establecimiento penitenciario, con la finalidad de brindar estimulación temprana en las áreas psicomotriz, social, emocional, intelectual, lo cual favorecerá a un armonioso desarrollo de su personalidad.

Aplica técnicas de corte Cognitivo - Conductual.

Es responsable de la ejecución de los programas de ejercicios básicos con la finalidad de canalizar los niveles de impulsividad y agresividad, estrés, ansiedad y otros generados como producto del encierro.

Desarrolla actividades complementarias al tratamiento tales como: Talleres, video fórum, escuela para padres, dinámicas grupales, etc.

Motiva a la población penitenciaria en general propiciando su participación a las actividades como: concursos sobre arreglo de sus habitaciones, poesía, dibujo entre otros.

Integra el equipo multidisciplinario participando en el desarrollo del Programa de Control de Tuberculosis (PCT) y del Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual VIH/SIDA (PROCETSS) con la finalidad de realizar acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria según su especialidad.

Coordina con otras áreas con la finalidad de hacer un trabajo integral e interdisciplinario.

Transfiere al interno a otras áreas de tratamiento, según la problemática detectada.

Realiza programas de salud mental.

Elabora informes psicológicos para Beneficios Penitenciarios, Indultos, Gracias Presidenciales entre otros.

Realiza investigaciones psicológicas con el objetivo de ampliar sus conocimientos respecto a la realidad penitenciaria.

Coordina con instituciones públicas y/o privadas con la finalidad de complementar las acciones de tratamiento psicológico realizadas a favor de los internos.

B. ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO AREQUIPA

Inaugurado el 03 de junio de 1987, está ubicado en la quebrada la Chucca jurisdicción del distrito de Socabaya, provincia de Arequipa. El Ministerio de Justicia es propietario del inmueble por haber sido afectado en uso, según Resolución Suprema N°020-84-VI5600, según obra en la Superintendencia Nacional de los Registros Públicos SUNARP

Capacidad de Albergue: Este penal está construido para albergar a 600 internos. La Seguridad Interna está a cargo del INPE desde el 30 de Junio del 2001 y la Seguridad Externa, desde el 01 de Marzo del 2008. Tiene el Régimen Cerrado Ordinario.

3. TIPOLOGÍA DEL DELITO

Según el código penal del Perú los delitos genéricos son:

- **Contra la vida, el cuerpo y la salud:**
- Homicidio simple: El que mata a otro será reprimido con pena privativa de libertad no menor de seis ni mayor de veinte años.
- Homicidio calificado – asesinato: Será reprimido con pena privativa de libertad no menor de quince años el que mate a otro concurriendo cualquiera de las circunstancias.
- Parricidio: El que, a sabiendas, mata a su ascendiente, descendiente, natural o adoptivo, o a su cónyuge o concubino, será reprimido con pena privativa de libertad no menor de quince años.
- Homicidio culposo: El que, por culpa, ocasiona la muerte de una persona, será reprimido con pena privativa de libertad no mayor de dos años.
- Lesiones graves: El que causa a otro daño grave en el cuerpo o en la salud, será reprimido con pena privativa de libertad no menor de tres ni mayor de ocho años.
- Lesiones leves: El que causa a otro un daño en el cuerpo o en la salud que requiera más de diez y menos de treinta días de asistencia o descanso, según prescripción facultativa, será reprimido con pena privativa de libertad no mayor de dos años y con sesenta a ciento cincuenta días-multa.
- Lesiones culposas: El que por culpa causa a otro un daño en el cuerpo o en la salud, será reprimido, por acción privada, con pena privativa de libertad no mayor de un año y con sesenta a ciento veinte días-multa.

- Contra el patrimonio:
- Hurto agravado: El agente será reprimido con pena privativa de libertad no menor de tres ni mayor de seis años si el hurto es cometido en casa habitada y durante la noche.
- Hurto simple: El que, para obtener provecho, se apodera ilegítimamente de un bien mueble, total o parcialmente ajeno, sustrayéndolo del lugar donde se encuentra.
- Robo agravado: La pena será no menor de diez ni mayor de veinte años, si el robo es cometido en casa habitada durante la noche o en lugar desolado a mano armada y con el concurso de dos o más personas.
- Apropiación ilícita común: El que, en su provecho o de un tercero, se apropiá indebidamente de un bien mueble, una suma de dinero o un valor que ha recibido en depósito, comisión, administración u otro título semejante que produzca obligación de entregar, devolver, o hacer un uso determinado.
- Receptación: El que adquiere, recibe en donación o en prenda o guarda, esconde, vende o ayuda a negociar un bien de cuya procedencia delictuosa tenía conocimiento o debía presumir que provenía de un delito.
- Estafa: El que procura para sí o para otro un provecho ilícito en perjuicio de tercero, induciendo o manteniendo en error al agraviado mediante engaño, astucia, ardid u otra forma fraudulenta.
- Extorsión: El que mediante violencia, amenaza o manteniendo en rehén a una persona, obliga a ésta o a otra a otorgar al agente o a un tercero una ventaja económica indebida o de cualquier otra índole.
- Contra la libertad:
- Violación sexual: El que con violencia o grave amenaza, obliga a una persona a practicar el acto sexual u otro análogo, será reprimido con pena privativa de libertad no menor de cuatro ni mayor de ocho años.
- Violación de persona en estado de inconsciencia o en la imposibilidad de resistir: El que practica el acto sexual u otro análogo con una persona, después de haberla puesto con ese objeto en estado de inconsciencia o en la imposibilidad de resistir.
- Violación de persona en incapacidad de resistencia: El que, conociendo el estado de su víctima, práctica el acto sexual u otro análogo con una persona que sufre anomalía psíquica, grave alteración de la conciencia, retardo mental o que se encuentra en incapacidad de resistir.

- Violación sexual a menor de 14 años: El que practica el acto sexual u otro análogo con un menor de catorce años de edad.
- Violación sexual de menor de 14 años seguida de muerte o lesión grave: Si los actos previstos en los incisos 2 y 3 del artículo anterior causan la muerte de la víctima o le producen lesión grave, y el agente pudo prever este resultado o si procedió con crueldad, la pena será de cadena perpetua.
- Actos contra el pudor: El que sin propósito de practicar el acto sexual u otro análogo, con violencia o grave amenaza comete un acto contrario al pudor en una persona.
- Actos contra el pudor en menores: El que sin propósito de practicar el acto sexual u otro análogo, comete un acto contrario al pudor en una persona menor de catorce años.
- Favorecimiento a la prostitución: El que promueve o favorece la prostitución de otra persona.
- Proxenetismo: El que compromete, seduce, o sustrae a una persona para entregarla a otro con el objeto de practicar relaciones sexuales, o el que la entrega con este fin.
- Trata de personas: El que promueve o facilita la entrada o salida del país o el traslado dentro del territorio de la República de una persona para que ejerza la prostitución.
- Exhibiciones y publicaciones obscenas: Será reprimido con pena privativa de libertad no menor de dos años el que, en lugar público, realiza exhibiciones, gestos, tocamientos u otra conducta de índole obscena.
- Contra la seguridad pública:
- Conducción en estado de ebriedad o drogadicción: El que encontrándose en estado de ebriedad o drogadicción conduce, opera o maniobra vehículo motorizado, instrumento, herramienta, máquina u otro análogo.
- Promoción o favorecimiento al tráfico ilícito de drogas: El que promueve, favorece o facilita el consumo ilegal de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, mediante actos de 14 (*) RECTIFICADO POR FE DE ERRATAS fabricación o tráfico o las posea con este último fin.
- Receptación: El que compre, guarde, custodie, oculte o reciba dichas ganancias, cosas, bienes o beneficios conociendo su ilícito origen o habiéndolo sospechado, será reprimido con la misma pena.
- Lavado de dinero: El que interviene en el proceso de lavado de dinero proveniente del tráfico ilícito de drogas o del narcoterrorismo, ya sea convirtiéndolo en otros

bienes, o transfiriéndolo a otros países, bajo cualquier modalidad empleada por el sistema bancario o financiero o repatriándolo para su ingreso al circuito económico imperante en el país, de tal forma que ocultare su origen, su propiedad u otros factores potencialmente ilícitos, será reprimido con pena de cadena perpetua.

- Micro comercialización o micro producción: Si es pequeña la cantidad de droga o materia prima poseída, fabricada, extractada o preparada por el agente, la pena privativa de libertad será no menor de dos ni mayor de ocho años.
- Tráfico ilícito de personas: El que ilícitamente y con el fin de obtener una ventaja patrimonial, para sí o para otro, ejecuta, promueve, favorece o facilita el ingreso o salida del país de terceras personas, será reprimido con pena privativa de libertad.
- Conducta Delictiva: Según Sandra Vázquez Barbosa (2012) la conducta delictiva es una conducta que transgrede las normas de la sociedad en la cual distinguimos entre delitos violentos, en la que se incluyen asesinatos, homicidios, detenciones ilegales, agresiones sexuales, robo con violencia, lesiones y coacciones; y delitos no violentos en las que se incluyen delitos contra la salud pública (tráfico de drogas), hurto, robo, amenazas, falsedad y estafa.

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

1. TIPO Y DISEÑO

Siguiendo los parámetros de Hernández Sampieri (2006), la presente investigación es de tipo Descriptivo porque describe y analiza los trastornos y rasgos de personalidad de los internos recluidos en el establecimiento penitenciario de Arequipa. A su vez es comparativa porque identificaremos los diferentes trastornos y rasgos de personalidad de los internos según el tipo de delito cometido.

Es de Diseño no experimental porque es un estudio que se realizó sin la manipulación deliberada de variables, observando a los fenómenos en su contexto natural, para posteriormente analizarlos.

La presente investigación se encuentra dentro de un enfoque cuantitativo, basándose en la medición a través de la media aritmética y la frecuencia y para la recolección de datos se evaluó con el Inventario Clínico Multiaxial de Millon III

2. SUJETOS

La población estuvo compuesta por todos los internos que están cumpliendo una condena de prisión en los Pabellones “A” y “B” los cuales se identifican por ser zonas de minima seguridad, en estas zonas encontramos a todas las personas que están cumpliendo condena por primera vez y por único delito, ya sea en cualquiera de los diferentes tipos de delitos.

La muestra estuvo compuesta por un total de 328 internos evaluados cada uno con el Inventario Clínico Multiaxial de Millon III. Estos internos seleccionados cumplían con todas los requerimientos requeridos por la prueba. De los 328 internos evaluados: 73 eran internos sentenciados por el delito “contra el patrimonio”, 125 por el delito “contra la libertad sexual”, 43 por el delito “contra la seguridad pública”, y 36 por el delito “contra la vida, el cuerpo y la salud”. Todos estos internos se encuentran recluidos en Instituto Nacional Penitenciario Socabaya en la ciudad de Arequipa.

De los 328 internos evaluados obtuvimos 328 pruebas, de las cuales 277 pruebas eran válidas, y 51 pruebas fueron invalidadas, pruebas que fueron descartadas para una

posterior interpretación, debido que los sujetos no respondieron de manera sincera en la prueba, requisito fundamental de la prueba evaluada.

3. CRITERIOS INCLUSIÓN

- Internos recluidos en los pabellones “A” y “B”
- Internos que posean grado de instrucción mínima de primero de Secundaria.
- Internos Sentenciados por delitos: contra la libertad sexual, contra el patrimonio, contra la seguridad pública, y contra la vida, el cuerpo y la salud.
- Internos que se les haya comprobado el delito y estén cumpliendo una sentencia actualmente.
- internos que estén dentro de las edades de 18 a 60 años de edad.

4. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- internos que no posean grado de instrucción
- internos que se encuentran procesados.
- Internos que se encontraban en el área de enfermería.
- Internos que se encontraban en área de psiquiatría.
- Internos que se encontraban en la zona de castigo.
- Internos que se encuentran cumpliendo un tratamiento en el PROGRAMA DE VIDA.

5. INSTRUMENTOS

Los instrumentos de la presente investigación es el siguiente.

A. MCMI-II. INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON III

| | |
|--------------------------|---|
| Nombre | : MCMI-III. Inventario Clinico Multiaxial de Millon – III |
| Nombre original | : MCMI-III. Millon Clinical Multiaxial Inventory |
| Autores | : Theodore Millón, y colaboración R. Davis y C. Millón |
| Aplicación | : Individual y colectiva |
| Ámbito de aplicación | : Adultos |
| Duración | : variable, entre 20 y 30 minutos |
| Descripción de la Prueba | |

Para la recogida de los datos de esta investigación se aplicará el Inventario Clínico Multiaxial de Millon – III, que tiene por finalidad la evaluación de 4 escalas de control, 11 escalas básicas, 3 rasgos patológicos, 7 síndromes de gravedad moderada y 3 síndromes de gravedad severa. El MCMI-III es una escala de auto informe compuesta con 175 ítems, cuyas respuestas son de dos maneras (verdaderas o falsas) según la elección del evaluado. El MCMI-III está basado en las anteriores versiones de MCMI-I y MCMI-II.

Los 11 patrones clínicos de la personalidad evaluados por el MCMI-III son los siguientes: esquizoide, evitativo, depresivo, dependiente, histriónico, narcisista, antisocial, agresivo-sádico, compulsivo, negativista, autodestructivo; los 3 rasgos patológicos grave de la personalidad: esquizotípico, límite y paranoide.

En cuanto a los 7 síndromes clínicos evaluados por el MCMI-III son: el trastorno de ansiedad, T somatomorfo, T bipolar, T distímico, dependencia al alcohol, dependencia de sustancias, y T de estrés postraumático; los 3 síndromes clínicos grave son: trastorno del pensamiento, depresión mayor y trastorno delirante; las tres últimas consideradas como síndromes clínicos graves.

Un perfil de MCMI-III se considera inválido si cumple alguna de las siguientes condiciones:

Cuando no se indica el sexo.

Cuando la edad es menor de 18 años o es desconocida, ya que es una prueba solo para adultos.

Cuando en 12 o más ítems se han omitido las respuestas o se han marcado las dos alternativas.

Si ha respondido verdadero a dos o tres ítems de la escala de validez (ítems 65,110, y 157). La conformidad con ítems cuya tasa de acuerdo es extremadamente baja indica que el examinado puede no haber prestado suficiente atención al contenido de los ítems o que haya tenido dificultad al leer o comprender los ítems.

La puntuación directa de la escala de sinceridad es menor que 34 o mayor que 178. Estas puntuaciones extremas indican que el examinado puede haber exagerado o minimizado determinados síntomas significativos hasta tal punto que no se pueden interpretar los resultados.

Ninguna de las puntuaciones PRE de las escalas de patrones de la personalidad (1 a 8B) es mayor que 59. En tal caso, no emerge ningún patrón claro de personalidad de los datos de la prueba y, por ello, no se debe intentar interpretar.

La mayoría de estos trastornos tienen correspondencia con los trastornos codificables en el Eje I del DSM-IV. El MCMI-III posee cuatro escalas de validación.

El índice de validez (escala V): esta escala incluye 3 ítems extravagantes o muy inverosímiles (ítems 65, 110, y 157). Cuando se responde verdadero a dos o más de estos ítems el protocolo se considera inválido. Una puntuación a 0 se considera válida y una puntuación de 1 indica una validez cuestionable.

El índice de sinceridad (escala X): esta es escala es un segundo indicador que puede revelar un comportamiento de respuesta problemático, en especial, indica si el paciente se inclina por ser franco y revelador o reticente y reservado. Cuando la puntuación directa de esta escala es inferior a 34 o superior 178 el protocolo debe considerarse inválido.

El índice de deseabilidad social (escala Y): esta escala evalúa el grado en que los resultados pueden verse afectados por la tendencia del paciente a presentarse como socialmente atractivo, moralmente virtuoso o emocionante estable. La PREV por encima de 75 en la escala Y indican cierta tendencia a presentarse de forma favorable o personalmente atractiva.

El índice de devaluación (escala Z): esta escala refleja las tendencias opuestas a las reflejadas en la escala Y. sin embargo, en ocasiones, ambos índices son altos, especialmente en los pacientes que son reveladores. Si las PREV son por encima de 75 sugieren una tendencia de despreciarse o devaluarse, presentando unas dificultades emocionales o personales más problemáticas de las normalmente se encontrarían en una revisión objetiva.

Para la realización del diagnóstico

En el MCMI-III implica examinar las puntuaciones en cada escala, los cuales exceden en los puntos PREV de 75 y 85. En los trastornos del eje II, una PREV de 75 puede considerarse como un indicio de la presencia de rasgos de personalidad clínicamente significativos. Si un individuo obtiene una PREV igual a 74 en la escala Límite, probablemente posee rasgos del constructo Límite. En contraste, las elevaciones de las puntuaciones PREV de 85 o más probablemente indican una patología lo suficientemente predominante como para denominarse TRASTORNO DE PERSONALIDAD. En el eje I, una PREV de 75 indica la presencia de un síndrome y una PREV de 85 o más indica su prominencia. Estas elevaciones forman la base de las hipótesis diagnósticas que hay que considerar dentro del contexto de otras fuentes de información aparte del inventario.

CALIFICACION:

| Niveles: | INDICADORES | CORTES |
|----------|---------------------|--------|
| | Indicador Elevado | >=85 |
| | Indicador Moderado | 75-84 |
| | Indicador Sugestivo | 60-74 |
| | Indicador Bajo | 35-59 |
| | Indicador Nulo | 0-34 |

6. PROCEDIMIENTO

Una vez que se delimito el tema a tratar, la primera acción que se realizó fue recabar toda la información necesaria a través de diversas fuentes de investigación primaria, secundaria, y terciaria para la elaboración del proyecto de tesis, una vez culminado la acción , se presentó el proyecto al jurado encargado de aprobar todos los temas de investigación, una vez aprobado el proyecto, inmediatamente se pasó a solicitar el ingreso al Instituto Penitenciario de Arequipa (INPE), para evaluar y realizar la investigación en el Penal de varones de Socabaya de Arequipa, una vez aceptada nuestra petición, nos reunimos con el jefe de tratamiento, exponiéndole todo el proceso de nuestra investigación, quien posteriormente nos derivó con la jefa de psicólogos de establecimiento penitenciario, quien nos brindó toda la información necesaria y las listas de todos los internos que cumplen condena en los pabellones “A” y “B” , así mismo nos derivó con los psicólogos encargados de dichos pabellones, con quienes estuvimos en comunicación durante toda la evaluación de los internos.

Una vez designado cada investigador en cada pabellón se pasó a seleccionar a todos los internos que cumplían con todos los requerimientos para la evaluación, así mismo se estableció la cantidad de internos a evaluar y los horarios de evaluación. En los días siguientes se inició con las evaluaciones a todos los internos seleccionados, iniciándose con el pabellón “A” y seguidamente con el Pabellón “B”, para ello se solicitó un área reservada y alejada, en donde se los pudo evaluar a los internos en grupos de 5, los

cuales eran evaluados durante 30 a 40 minutos y así sucesivamente con los demás internos, los horarios de evaluación fueron de 8:00am a 2:00pm de lunes a viernes. En el horario de la mañana se daba prioridad en las evaluaciones a los internos que se encontraban trabajando en la zona industrial (zona reservada con imposibilidad de salir de 9 de la mañana a 4 de la tarde, por ser una zona estrictamente de trabajo). Las evaluaciones se iniciaron en julio y finalizándose en septiembre, una vez culminada con las evaluaciones se pasó a la calificación de cada prueba, encontrándose pruebas invalidadas que se volvieron a tomar en una segunda ronda. Una vez culminada con la evaluación de las pruebas invalidadas se procedió a la segunda calificación, para su posteriormente interpretación. Se hizo la entrega de los resultados de cada prueba calificada a cada psicólogo encargado tanto del pabellón “A” y “B”, por ser pruebas de gran importancia en el ámbito judicial.

Al término, de la recolección de datos se armó la matriz la cual fue procesada, y seguidamente se continuó con la elaboración de la tesis.

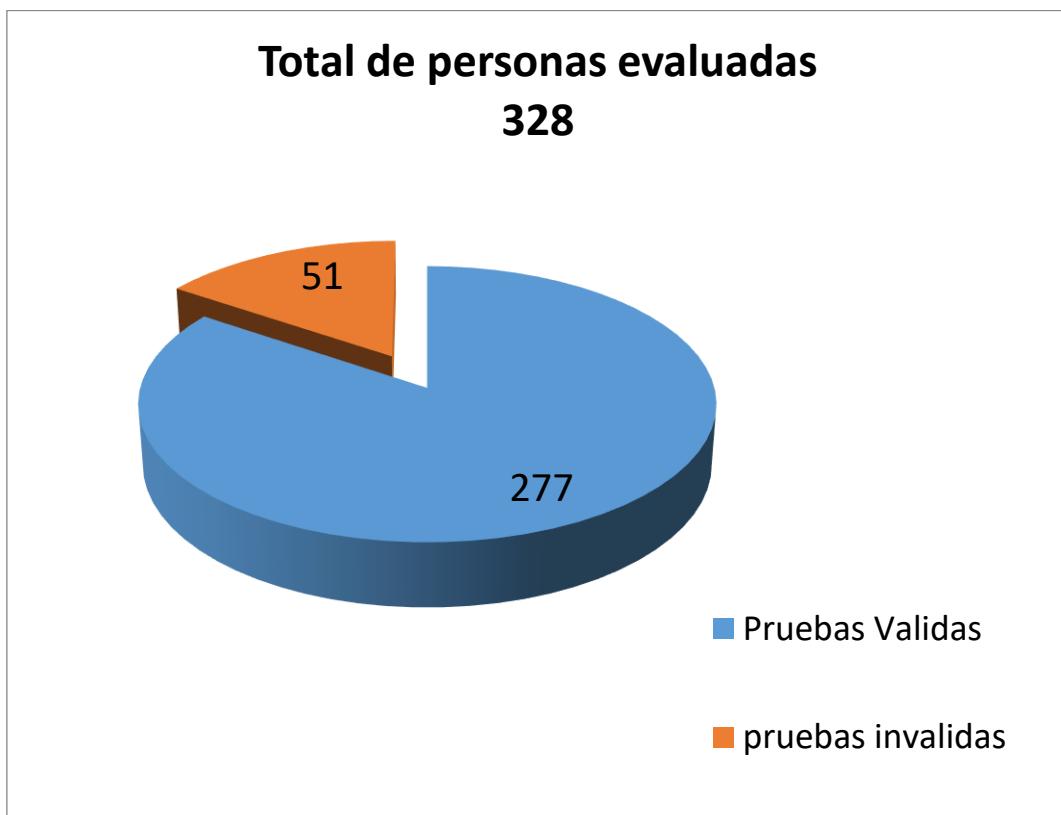
CAPITULO IV

RESULTADOS

VARIABLES CUANTITATIVAS

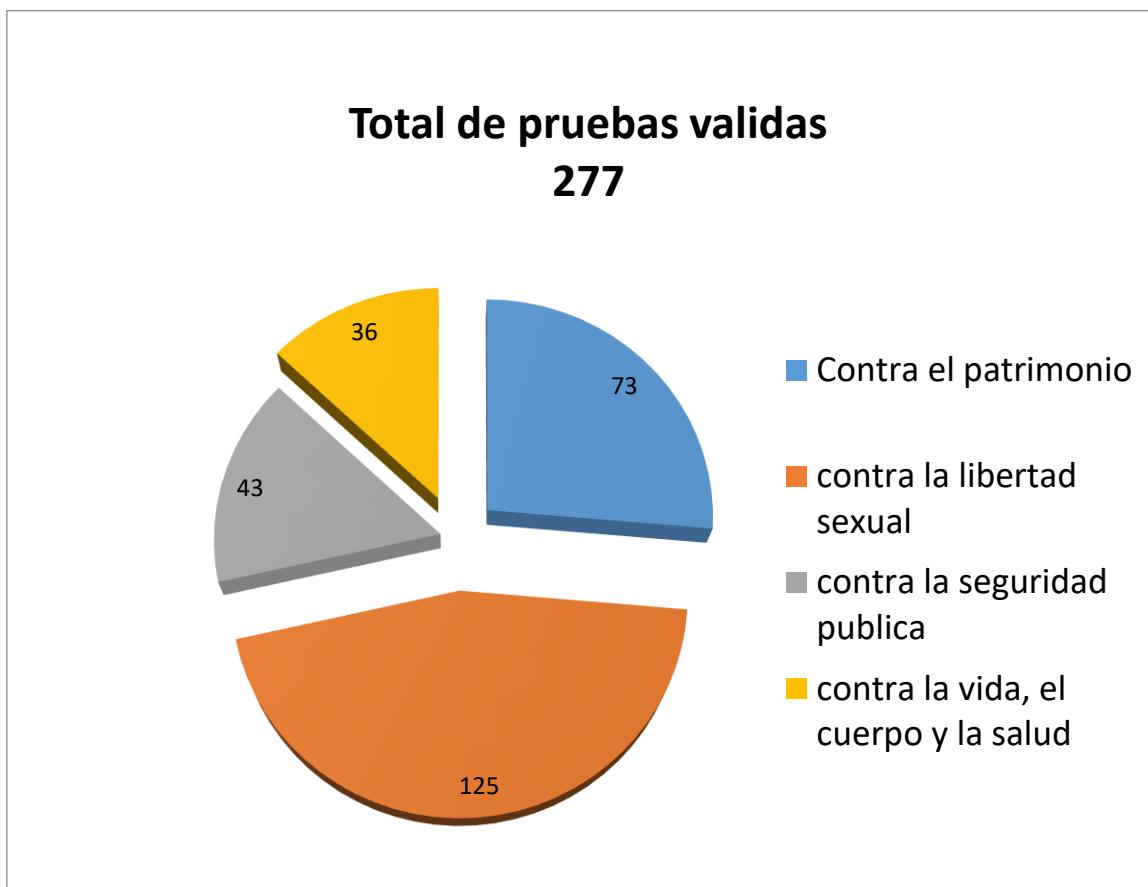
1. GRÁFICOS QUE REPRESENTAN EL TOTAL DE LA MUESTRA Y DE PRUEBAS EVALUADAS

GRAFICO 1



En el grafico podemos observar que fueron un total de 328 internos evaluados, obteniéndose la misma cantidad de pruebas calificadas, de los cuales solo 277 pruebas fueron aceptadas por ser validadas por la misma prueba, mientras que las otras 51 pruebas fueron invalidadas, motivo por el cual tuvieron que ser descartadas. Los internos evaluados cumplen condena por los delitos contra el patrimonio, contra la libertad sexual, contra la seguridad pública y contra la vida, el cuerpo y la salud en el establecimiento penitenciario de la ciudad de Arequipa.

GRAFICO 2



En este grafico observamos que de todas las pruebas aplicadas, 277 pruebas fueron validadas por la prueba, las cuales se utilizaron para una posterior interpretación. De las 277 pruebas: 125 pruebas corresponden al grupo de internos que están por el delito contra la libertad sexual, 73 pruebas de los que están por el delito contra el patrimonio, 43 pruebas por el delito contra la seguridad pública, y 36 pruebas por el delito contra la vida, el cuerpo, y la salud.

2. TABLAS POR CADA ESCALA DEL MCMI-III SEGÚN EL DELITO COMETIDO

A. TABLAS POR ESCALAS DEL MCMI-III EN DELITOS CONTRA EL PATRIMONIO

Tabla 1

| 1 Esquizoide | | |
|---------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 10 | 13.7 |
| Indicador Bajo | 7 | 9.6 |
| Indicador Sugestivo | 33 | 45.2 |
| Indicador Moderado | 18 | 24.7 |
| Indicador Elevado | 5 | 6.8 |
| Total | 73 | 100.0 |

En la escala 1 Esquizoide, del 100% de los internos evaluados: un 45,2% presenta un indicador sugestivo, el 24.7% presenta un indicador moderado, el 13,7% presenta un indicador nulo, el 9,6% presenta un indicador bajo, y solo un 6.8% muestran un indicador elevado en esta escala.

Tabla 2

| 2A Evitativo | | |
|---------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 26 | 35.6 |
| Indicador Bajo | 11 | 15.1 |
| Indicador Sugestivo | 12 | 16.4 |
| Indicador Moderado | 19 | 26.0 |
| Indicador Elevado | 5 | 6.8 |
| Total | 73 | 100.0 |

En la escala 2A Evitativo, del 100% de los internos evaluados: un 35,6% presenta un indicador nulo, el 26% presenta un indicador moderado, el 16,4% presenta un indicador sugestivo, el 15,1% presenta un indicador bajo, y solo un 6.8% muestran un indicador elevado en esta escala.

Tabla 3

| 2B Depresivo | | |
|---------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 19 | 26.0 |
| Indicador Bajo | 5 | 6.8 |
| Indicador Sugestivo | 29 | 39.7 |
| Indicador Moderado | 12 | 16.4 |
| Indicador Elevado | 8 | 11.0 |
| Total | 73 | 100.0 |

En la escala 2B Depresivo, del 100% de los internos evaluados: un 39,7% presenta un indicador sugestivo, el 26% presenta un indicador nulo, el 16,4% presenta un indicador moderado, el 11% presenta un indicador elevado, y solo un 6.8% muestran un indicador bajo en esta escala.

Tabla 4

| 3 Dependiente | | |
|---------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 33 | 45.2 |
| Indicador Bajo | 14 | 19.2 |
| Indicador Sugestivo | 15 | 20.5 |
| Indicador Moderado | 8 | 11.0 |
| Indicador Elevado | 3 | 4.1 |
| Total | 73 | 100.0 |

En la escala 3 Dependiente, del 100% de los internos evaluados: un 45,2% presenta un indicador nulo, el 20,5% presenta un indicador sugestivo, el 19,2% presenta un indicador bajo, el 11% presenta un indicador moderado, y solo un 4,1% muestran un indicador elevado en esta escala.

Tabla 5

| 4 Histriónico | | |
|---------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Bajo | 50 | 68.5 |
| Indicador Sugestivo | 19 | 26.0 |
| Indicador Moderado | 4 | 5.5 |
| Total | 73 | 100.0 |

En la escala 4 Histriónico, del 100% de los internos evaluados: un 68,5% presenta un indicador bajo, el 26% presenta un indicador sugestivo y solo un 5,5% presenta un indicador moderado.

Tabla 6

| 5 Narcisista | | |
|---------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Bajo | 29 | 39.7 |
| Indicador Sugestivo | 22 | 30.1 |
| Indicador Moderado | 11 | 15.1 |
| Indicador Elevado | 11 | 15.1 |
| Total | 73 | 100.0 |

En la escala 5 Narcisista, del 100% de los internos evaluados: un 39,7% presenta un indicador bajo, el 30,1% presenta un indicador sugestivo, el 15,1% presenta un indicador moderado, el otro 15,1% presenta un indicador elevado, y el indicador nulo está representado por un 0.0% en esta escala.

Tabla 7

| 6A Antisocial | | |
|---------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 19 | 26.0 |
| Indicador Bajo | 12 | 16.4 |
| Indicador Sugestivo | 28 | 38.4 |
| Indicador Moderado | 9 | 12.3 |
| Indicador Elevado | 5 | 6.8 |
| Total | 73 | 100.0 |

En la escala 6A Antisocial, del 100% de los internos evaluados: un 38,4% presenta un indicador sugestivo, el 26% presenta un indicador nulo, el 16,4% presenta un indicador bajo, el 12,3% presenta un indicador moderado, y solo un 6.8% muestran un indicador elevado en esta escala.

Tabla 8

| 6B Agresivo (sádico) | | |
|----------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 24 | 32.9 |
| Indicador Bajo | 13 | 17.8 |
| Indicador Sugestivo | 27 | 37.0 |
| Indicador Moderado | 7 | 9.6 |
| Indicador Elevado | 2 | 2.7 |
| Total | 73 | 100.0 |

En la escala 6B Agresivo (sádico), del 100% de los internos evaluados: un 37% presenta un indicador sugestivo, el 32,9% presenta un indicador nulo, el 17,8% presenta un indicador bajo, el 9,6% presenta un indicador moderado, y solo un 2,7% muestran un indicador elevado en esta escala.

Tabla 9

| 7 Compulsivo | | |
|---------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Bajo | 54 | 74.0 |
| Indicador Sugestivo | 16 | 21.9 |
| Indicador Moderado | 3 | 4.1 |
| Total | 73 | 100.0 |

En la escala 7 Compulsivo, del 100% de los internos evaluados: un 74% presenta un indicador bajo, el 21,9% presenta un indicador sugestivo, el 4,1% presenta un indicador moderado, en cuanto al indicador nulo y el indicador elevado están representados con un 0% cada uno en esta escala.

Tabla 10

| 8A Negativista (pasivo-agresivo) | | |
|----------------------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 25 | 34.2 |
| Indicador Bajo | 13 | 17.8 |
| Indicador Sugestivo | 6 | 8.2 |
| Indicador Moderado | 22 | 30.1 |
| Indicador Elevado | 7 | 9.6 |
| Total | 73 | 100.0 |

En la escala 8A Negativista, del 100% de los internos evaluados: un 34,2% presenta un indicador nulo, el 30,1% presenta un indicador moderado, el 17,8% presenta un indicador bajo, el 9,6% presenta un indicador elevado, y un 8,2% muestran un indicador sugestivo en esta escala.

Tabla 11

| 8B Autodestructivo | | |
|---------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 21 | 28.8 |
| Indicador Bajo | 9 | 12.3 |
| Indicador Sugestivo | 16 | 21.9 |
| Indicador Moderado | 24 | 32.9 |
| Indicador Elevado | 3 | 4.1 |
| Total | 73 | 100.0 |

En la escala 8B Masoquista, del 100% de los internos evaluados: un 32,9% presenta un indicador moderado, el 28,8% presenta un indicador nulo, el 21,9% presenta un indicador sugestivo, el 12,3% presenta un indicador bajo, y solo un 4,1% muestran un indicador elevado en esta escala.

Tabla 12

| S Esquizotípico | | |
|---------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 16 | 21.9 |
| Indicador Bajo | 18 | 24.7 |
| Indicador Sugestivo | 28 | 38.4 |
| Indicador Moderado | 8 | 11.0 |
| Indicador Elevado | 3 | 4.1 |
| Total | 73 | 100.0 |

En la escala S Esquizotípico, del 100% de los internos evaluados: un 38,4% presenta un indicador sugestivo, el 24.7% presenta un indicador bajo, el 21,9% presenta un indicador nulo, el 11% presenta un indicador moderado, y solo un 4.1% muestran un indicador elevado en esta escala.

Tabla 13

| C Límite | | |
|---------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 24 | 32.9 |
| Indicador Bajo | 16 | 21.9 |
| Indicador Sugestivo | 27 | 37.0 |
| Indicador Moderado | 6 | 8.2 |
| Total | 73 | 100.0 |

En la escala C Límite, del 100% de los internos evaluados: un 37% presenta un indicador sugestivo, el 32,9% presenta un indicador nulo, el 21,9% presenta un indicador nulo, el 8,2% presenta un indicador moderado, mientras que el indicador elevado está representado con un 0% en esta escala..

Tabla 14

| P Paranoide | | |
|---------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 14 | 19.2 |
| Indicador Bajo | 6 | 8.2 |
| Indicador Sugestivo | 37 | 50.7 |
| Indicador Moderado | 11 | 15.1 |
| Indicador Elevado | 5 | 6.8 |
| Total | 73 | 100.0 |

En la escala P Paranoide, del 100% de los internos evaluados: un 50,7% presenta un indicador sugestivo, el 19,2% presenta un indicador nulo, el 15,1% presenta un indicador moderado, el 8,2% presenta un indicador bajo, y solo un 6.8% muestran un indicador elevado en esta escala.

Tabla 15

| A Trastorno de Ansiedad | | |
|-------------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 25 | 34.2 |
| Indicador Bajo | 9 | 12.3 |
| Indicador Sugestivo | 9 | 12.3 |
| Indicador Moderado | 24 | 32.9 |
| Indicador Elevado | 6 | 8.2 |
| Total | 73 | 100.0 |

En la escala A. Trastorno de Ansiedad, del 100% de los internos evaluados: un 34,2% presenta un indicador nulo, el 32,9% presenta un indicador moderado, el 12,3% presenta un indicador sugestivo, y otro 12,3% presenta un indicador bajo, y solo un 8,2% muestran un indicador elevado en esta escala.

Tabla 16

| H Trastorno Somatomorfo | | |
|--------------------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 33 | 45.2 |
| Indicador Sugestivo | 39 | 53.4 |
| Indicador Elevado | 1 | 1.4 |
| Total | 73 | 100.0 |

En la escala H. Trastorno Somatomorfo, del 100% de los internos evaluados: un 53,4% presenta un indicador sugestivo, el 45,2% presenta un indicador nulo, el 1,4% presenta un indicador elevado, tanto el indicador bajo y el indicador moderado están representados con un 0% en esta escala.

Tabla 17

| N Trastorno Bipolar | | |
|----------------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 9 | 12.3 |
| Indicador Bajo | 12 | 16.4 |
| Indicador Sugestivo | 48 | 65.8 |
| Indicador Moderado | 2 | 2.7 |
| Indicador Elevado | 2 | 2.7 |
| Total | 73 | 100.0 |

En la escala N. Trastorno Bipolar, del 100% de los internos evaluados: un 65,8% presenta un indicador sugestivo, el 16,4% presenta un indicador bajo, el 12,3% presenta un indicador nulo, el 2,7% presenta un indicador moderado, y el otro 2,7% presenta un indicador elevado en esta escala.

Tabla 18

| D Trastorno Distimico | | |
|------------------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 28 | 38.4 |
| Indicador Bajo | 7 | 9.6 |
| Indicador Sugestivo | 27 | 37.0 |
| Indicador Moderado | 11 | 15.1 |
| Total | 73 | 100.0 |

En la escala D. Trastorno Distimico, del 100% de los internos evaluados: un 38,4% presenta un indicador nulo, el 37% presenta un indicador sugestivo, el 15,1% presenta un indicador moderado, el 9,6% presenta un indicador bajo, mientras que el indicador elevado está representado con 0% en esta escala.

Tabla 19

| B Dependencia Del Alcohol | | |
|----------------------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 7 | 9.6 |
| Indicador Bajo | 6 | 8.2 |
| Indicador Sugestivo | 26 | 35.6 |
| Indicador Moderado | 30 | 41.1 |
| Indicador Elevado | 4 | 5.5 |
| Total | 73 | 100.0 |

En la escala B Dependencia al Alcohol, del 100% de los internos evaluados: un 41,1% presenta un indicador moderado, el 35,6% presenta un indicador sugestivo, el 9,6% presenta un indicador nulo, el 8,2% presenta un indicador bajo, y solo un 5,5% muestra un indicador elevado en esta escala.

Tabla 20

| T Dependencia De Sustancias | | |
|------------------------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 16 | 21.9 |
| Indicador Bajo | 18 | 24.7 |
| Indicador Sugestivo | 36 | 49.3 |
| Indicador Elevado | 3 | 4.1 |
| Total | 73 | 100.0 |

En la escala T. Dependencia de Sustancias, del 100% de los internos evaluados: un 49,3% presenta un indicador sugestivo, el 24.7% presenta un indicador bajo, el 21,9% presenta un indicador nulo, el 4,1% presenta un indicador elevado, mientras que el indicador moderado está representado con un 0% en esta escala.

Tabla 21

| R Trastorno Estrés Postraumático | | |
|---|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 37 | 50.7 |
| Indicador Bajo | 11 | 15.1 |
| Indicador Sugestivo | 22 | 30.1 |
| Indicador Moderado | 2 | 2.7 |
| Indicador Elevado | 1 | 1.4 |
| Total | 73 | 100.0 |

En la escala R. Trastorno Estrés Postraumático, del 100% de los internos evaluados: un 50,7% presenta un indicador nulo, el 30,1% presenta un indicador sugestivo, el 15,1% presenta un indicador bajo, el 2,7% presenta un indicador moderado, y solo un 1,4% muestra un indicador elevado en esta escala.

Tabla 22

| SS Trastorno del Pensamiento | | |
|-------------------------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 23 | 31.5 |
| Indicador Bajo | 9 | 12.3 |
| Indicador Sugestivo | 39 | 53.4 |
| Indicador Moderado | 2 | 2.7 |
| Total | 73 | 100.0 |

En la escala SS. Trastorno del Pensamiento, del 100% de los internos evaluados: un 53,4% presenta un indicador sugestivo, el 31,5% presenta un indicador nulo, el 12,3% presenta un indicador bajo, el 2,7% presenta un indicador moderado, y un 0% representa al indicador elevado en esta escala.

Tabla 23

| CC Depresión Mayor | | |
|---------------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 34 | 46.6 |
| Indicador Bajo | 9 | 12.3 |
| Indicador Sugestivo | 28 | 38.4 |
| Indicador Moderado | 2 | 2.7 |
| Total | 73 | 100.0 |

En la escala CC. Depresión Mayor, del 100% de los internos evaluados: un 46,6% presenta un indicador nulo, el 38,4% presenta un indicador sugestivo, el 12,3% presenta un indicador bajo, el 2,7% presenta un indicador moderado, y un 0% representa un indicador elevado en esta escala.

Tabla 24

| PP Trastorno delirante | | |
|-------------------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 24 | 32.9 |
| Indicador Sugestivo | 46 | 63.0 |
| Indicador Moderado | 2 | 2.7 |
| Indicador Elevado | 1 | 1.4 |
| Total | 73 | 100.0 |

En la escala PP. Trastorno Delirante, del 100% de los internos evaluados: un 63% presenta un indicador sugestivo, el 32,9% presenta un indicador nulo, el 2,7% presenta un indicador moderado, el 1,4% presenta un indicador elevado, mientras que el indicador bajo está representado con un 0% en esta escala.

B. TABLAS POR ESCALAS DEL MCMI-III EN DELITOS CONTRA LA LIBERTAD SEXUAL

Tabla 25

| 1 Esquizoide | | |
|---------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 6 | 4.8 |
| Indicador Bajo | 25 | 20.0 |
| Indicador Sugestivo | 51 | 40.8 |
| Indicador Moderado | 32 | 25.6 |
| Indicador Elevado | 11 | 8.8 |
| Total | 125 | 100.0 |

En la escala 1 esquizoide, del 100% de los internos evaluados: encontramos que un 40,8% presenta un indicador sugestivo, el 25,6% presenta un indicador moderado, el 20% presenta un indicador bajo, el 8,8% presenta un indicador elevado, y un 4,8% muestra un indicador nulo en esta escala.

Tabla 26

| 2A Evitativo | | |
|---------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 33 | 26.4 |
| Indicador Bajo | 15 | 12.0 |
| Indicador Sugestivo | 20 | 16.0 |
| Indicador Moderado | 35 | 28.0 |
| Indicador Elevado | 22 | 17.6 |
| Total | 125 | 100.0 |

En la escala 2A Evitativo, del 100% de los internos evaluados: encontramos que un 28% presenta un indicador moderado, el 26,4% presenta un indicador nulo, el 17,6% presenta un indicador elevado, el 16% presenta un indicador sugestivo, y un 12% muestran un indicador bajo en esta escala.

Tabla 27

| 2B Depresivo | | |
|---------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 24 | 19.2 |
| Indicador Bajo | 16 | 12.8 |
| Indicador Sugestivo | 37 | 29.6 |
| Indicador Moderado | 33 | 26.4 |
| Indicador Elevado | 15 | 12.0 |
| Total | 125 | 100.0 |

En la escala 2B Depresivo, del 100% de los internos evaluados: encontramos que un 29,6% presenta un indicador sugestivo, el 26,4% presenta un indicador moderado, el 19,2% presenta un indicador nulo, el 12,8% presenta un indicador bajo, y un 12% muestra un indicador elevado en esta escala.

Tabla 28

| 3 Dependiente | | |
|---------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 31 | 24.8 |
| Indicador Bajo | 28 | 22.4 |
| Indicador Sugestivo | 29 | 23.2 |
| Indicador Moderado | 31 | 24.8 |
| Indicador Elevado | 6 | 4.8 |
| Total | 125 | 100.0 |

En la escala 3 Dependiente, del 100% de los internos evaluados: encontramos que un 24,8% presenta un indicador moderado, mientras que otro 24,8% presenta un indicador nulo, un 23,2% presenta un indicador sugestivo, el 22,4% presenta un indicador bajo, y un 4,8% muestra un indicador elevado en esta escala.

Tabla 29

| 4 Histriónico | | |
|---------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 14 | 11.2 |
| Indicador Bajo | 84 | 67.2 |
| Indicador Sugestivo | 22 | 17.6 |
| Indicador Moderado | 5 | 4.0 |
| Total | 125 | 100.0 |

En la escala 4 Histriónico, del 100% de los internos evaluados: encontramos que un 67,2% presenta un indicador bajo, el 17,6% presenta un indicador sugestivo, el 11,2% presenta un indicador nulo, el 4% presenta un indicador moderado, y un 0% representa al indicador elevado en esta escala.

Tabla 30

| 5 Narcisista | | |
|---------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 4 | 3.2 |
| Indicador Bajo | 66 | 52.8 |
| Indicador Sugestivo | 32 | 25.6 |
| Indicador Moderado | 11 | 8.8 |
| Indicador Elevado | 12 | 9.6 |
| Total | 125 | 100.0 |

En la escala 5 Narcisista, del 100% de los internos evaluados: encontramos que un 52,8% presenta un indicador bajo, el 25,6% presenta un indicador sugestivo, el 9,6% presenta un indicador elevado, el 8,8% presenta un indicador moderado, y un 3,2% muestra un indicador nulo en esta escala.

Tabla 31

| 6A Antisocial | | |
|----------------------|-------------------|-------------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 38 | 30.4 |
| Indicador Bajo | 32 | 25.6 |
| Indicador Sugestivo | 33 | 26.4 |
| Indicador Moderado | 16 | 12.8 |
| Indicador Elevado | 6 | 4.8 |
| Total | 125 | 100.0 |

En la escala 6A Antisocial, del 100% de los internos evaluados: encontramos que un 30,4% presenta un indicador nulo, el 26,4% presenta un indicador sugestivo, el 25,6% presenta un indicador bajo, el 12,8% presenta un indicador moderado, y un 4,8% muestra un indicador elevado en esta escala.

Tabla 32

| 6B Agresivo (Sádico) | | |
|-----------------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 35 | 28.0 |
| Indicador Bajo | 22 | 17.6 |
| Indicador Sugestivo | 54 | 43.2 |
| Indicador Moderado | 14 | 11.2 |
| Total | 125 | 100.0 |

En la escala 6B Agresivo (sádico), del 100% de los internos evaluados: encontramos que un 43,2% presenta un indicador sugestivo, el 28% presenta un indicador nulo, el 17,6% presenta un indicador bajo, el 11,2% presenta un indicador moderado, y un 0% representa un indicador elevado en esta escala.

Tabla 33

| 7 Compulsivo | | |
|---------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 3 | 2.4 |
| Indicador Bajo | 70 | 56.0 |
| Indicador Sugestivo | 43 | 34.4 |
| Indicador Moderado | 9 | 7.2 |
| Total | 125 | 100.0 |

En la escala 7 Compulsivo, del 100% de los internos evaluados: encontramos que un 56% presenta un indicador bajo, el 34,4% presenta un indicador sugestivo, el 7,2% presenta un indicador moderado, el 2,4% presenta un indicador nulo, y un 0% representa un indicador elevado en esta escala.

Tabla 34

| 8A Negativista (pasivo-agresivo) | | |
|---|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 35 | 28.0 |
| Indicador Bajo | 22 | 17.6 |
| Indicador Sugestivo | 25 | 20.0 |
| Indicador Moderado | 32 | 25.6 |
| Indicador Elevado | 11 | 8.8 |
| Total | 125 | 100.0 |

En la escala 8A Negativista (pasivo-agresivo), del 100% de los internos evaluados: encontramos que un 28% presenta un indicador nulo, el 25,6% presenta un indicador moderado, el 20% presenta un indicador sugestivo, el 17,6% presenta un indicador bajo, y solo el 8,8% muestra un indicador elevado en esta escala.

Tabla 35

| 8B Autodestructivo | | |
|---------------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 31 | 24.8 |
| Indicador Bajo | 10 | 8.0 |
| Indicador Sugestivo | 19 | 15.2 |
| Indicador Moderado | 59 | 47.2 |
| Indicador Elevado | 6 | 4.8 |

| | | |
|-------|-----|-------|
| Total | 125 | 100.0 |
|-------|-----|-------|

En la escala 8B Autodestructivo, del 100% de los internos evaluados: encontramos que un 47,2% presenta un indicador moderado, el 24,8% presenta un indicador nulo, el 15,2% presenta un indicador sugestivo, el 8% presenta un indicador bajo, y solo un 4,8% presenta un indicador elevado en esta escala.

Tabla 36

| S Trastorno Esquizotípico | | |
|----------------------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 26 | 20.8 |
| Indicador Bajo | 25 | 20.0 |
| Indicador Sugestivo | 53 | 42.4 |
| Indicador Moderado | 17 | 13.6 |
| Indicador Elevado | 4 | 3.2 |
| Total | 125 | 100.0 |

En la escala S Trastorno Esquizotípico, del 100% de los internos evaluados: encontramos que un 42,4% presenta un indicador sugestivo, el 20,8% presenta un indicador nulo, el 20% presenta un indicador bajo, el 13,6% presenta un indicador moderado, y solo un 3,2% presenta un indicador elevado en esta escala.

Tabla 37

| C Límite | | |
|---------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 52 | 41.6 |
| Indicador Bajo | 24 | 19.2 |
| Indicador Sugestivo | 36 | 28.8 |
| Indicador Moderado | 7 | 5.6 |
| Indicador Elevado | 6 | 4.8 |
| Total | 125 | 100.0 |

En la escala C Límite, del 100% de los internos evaluados: encontramos que un 41,6% presenta un indicador nulo, el 28,8% presenta un indicador sugestivo, el 19,2% presenta un indicador bajo, el 5,6% presenta un indicador moderado, y solo un 4,8% presenta un indicador elevado en esta escala.

Tabla 38

| P Paranoide | | |
|---------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 14 | 11.2 |
| Indicador Bajo | 14 | 11.2 |
| Indicador Sugestivo | 69 | 55.2 |
| Indicador Moderado | 16 | 12.8 |
| Indicador Elevado | 12 | 9.6 |
| Total | 125 | 100.0 |

En la escala P Paranoide, del 100% de los internos evaluados: encontramos que un 55,2% presenta un indicador sugestivo, el 12,8% presenta un indicador moderado, el 11,2% presenta un indicador bajo, y otro 11,2% presenta un indicador nulo, y solo un 9,6% presenta un indicador elevado en esta escala.

Tabla 39

| A Trastorno de Ansiedad | | |
|-------------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 47 | 37.6 |
| Indicador Bajo | 17 | 13.6 |
| Indicador Sugestivo | 10 | 8.0 |
| Indicador Moderado | 27 | 21.6 |
| Indicador Elevado | 24 | 19.2 |
| Total | 125 | 100.0 |

En la escala A Trastorno de Ansiedad, del 100% de los internos evaluados: encontramos que un 37,6% presenta un indicador nulo, el 21,6% presenta un indicador moderado, el 19,2% presenta un indicador elevado, el 13,6% presenta un indicador bajo, y un 8% presenta un indicador sugestivo en esta escala.

Tabla 40

| H Trastorno Somatomorfo | | |
|--------------------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 67 | 53.6 |
| Indicador Sugestivo | 56 | 44.8 |
| Indicador Moderado | 1 | .8 |
| Indicador Elevado | 1 | .8 |
| Total | 125 | 100.0 |

En la escala H Trastorno Somatomorfo, del 100% de los internos evaluados: encontramos que un 53,6% presenta un indicador nulo, el 44,8% presenta un indicador sugestivo, el 0,8% presenta un indicador moderado, el 0,8% presenta un indicador elevado, y un 0% representa al indicador bajo en esta escala.

Tabla 41

| N Trastorno Bipolar | | |
|----------------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 29 | 23.2 |
| Indicador Bajo | 18 | 14.4 |
| Indicador Sugestivo | 71 | 56.8 |
| Indicador Moderado | 6 | 4.8 |
| Indicador Elevado | 1 | .8 |
| Total | 125 | 100.0 |

En la escala N Trastorno Bipolar, del 100% de los internos evaluados: encontramos que un 56,8% presenta un indicador sugestivo, el 23,2% presenta un indicador nulo, el 14,4% presenta un indicador bajo, el 4,8% presenta un indicador moderado, y solo un 0,8% presenta un indicador elevado en esta escala.

Tabla 42

| D Trastorno Distimico | | |
|------------------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 48 | 38.4 |
| Indicador Bajo | 11 | 8.8 |
| Indicador Sugestivo | 41 | 32.8 |
| Indicador Moderado | 22 | 17.6 |
| Indicador Elevado | 3 | 2.4 |
| Total | 125 | 100.0 |

En la escala D Trastorno Distimico, del 100% de los internos evaluados: encontramos que un 38,4% presenta un indicador nulo, el 32,8% presenta un indicador sugestivo, el 17,6% presenta un indicador moderado, el 8,8% presenta un indicador bajo, y solo un 2,4% presenta un indicador elevado en esta escala.

Tabla 43

| B Dependencia del Alcohol | | |
|----------------------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 24 | 19.2 |
| Indicador Bajo | 17 | 13.6 |
| Indicador Sugestivo | 41 | 32.8 |
| Indicador Moderado | 38 | 30.4 |
| Indicador Elevado | 5 | 4.0 |
| Total | 125 | 100.0 |

En la escala B Dependencia del Alcohol, del 100% de los internos evaluados: encontramos que un 32,8% presenta un indicador sugestivo, el 30,4% presenta un indicador moderado, el 19,2% presenta un indicador nulo, el 13,6% presenta un indicador bajo, y solo un 4% presenta un indicador elevado en esta escala.

Tabla 44

| T Dependencia de Sustancias | | |
|------------------------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 50 | 40.0 |
| Indicador Bajo | 24 | 19.2 |
| Indicador Sugestivo | 47 | 37.6 |
| Indicador Moderado | 3 | 2.4 |
| Indicador Elevado | 1 | .8 |
| Total | 125 | 100.0 |

En la escala T Dependencia de Sustancias, del 100% de los internos evaluados: encontramos que un 40% presenta un indicador nulo, el 37,6% presenta un indicador sugestivo, el 19,2% presenta un indicador bajo, el 2,4% presenta un indicador moderado, y solo un 0,8% presenta un indicador elevado en esta escala.

Tabla 45

| R Trastorno de Estrés Postraumático | | |
|--|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 64 | 51.2 |
| Indicador Bajo | 14 | 11.2 |
| Indicador Sugestivo | 40 | 32.0 |
| Indicador Moderado | 7 | 5.6 |
| Total | 125 | 100.0 |

En la escala R Trastorno de Estrés Postraumático, del 100% de los internos evaluados: encontramos que un 51,2% presenta un indicador nulo, el 32% presenta un indicador sugestivo, el 11,2% presenta un indicador bajo, el 5,6% presenta un indicador moderado, y un 0% representa un indicador elevado en esta escala.

Tabla 46

| SS Trastorno del Pensamiento | | |
|-------------------------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 45 | 36.0 |
| Indicador Bajo | 7 | 5.6 |
| Indicador Sugestivo | 69 | 55.2 |
| Indicador Moderado | 4 | 3.2 |
| Total | 125 | 100.0 |

En la escala SS Trastorno del Pensamiento, del 100% de los internos evaluados: encontramos que un 55,2% presenta un indicador sugestivo, el 36% presenta un indicador nulo, el 5,6% presenta un indicador bajo, el 3,2% presenta un indicador moderado, y un 0% representa un indicador elevado en esta escala.

Tabla 47

| CC Depresión Mayor | | |
|---------------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 51 | 40.8 |
| Indicador Bajo | 16 | 12.8 |
| Indicador Sugestivo | 55 | 44.0 |
| Indicador Moderado | 2 | 1.6 |
| Indicador Elevado | 1 | .8 |

| | | |
|-------|-----|-------|
| Total | 125 | 100.0 |
|-------|-----|-------|

En la escala CC Depresión Mayor, del 100% de los internos evaluados: encontramos que un 44% presenta un indicador sugestivo, el 40,8% presenta un indicador nulo, el 12,8% presenta un indicador bajo, el 1,6% presenta un indicador moderado, y solo un 0,8% presenta un indicador elevado en esta escala.

Tabla 48

| PP Trastorno delirante | | |
|-------------------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 39 | 31.2 |
| Indicador Sugestivo | 82 | 65.6 |
| Indicador Moderado | 2 | 1.6 |
| Indicador Elevado | 2 | 1.6 |
| Total | 125 | 100.0 |

En la escala PP Trastorno Delirante, del 100% de los internos evaluados: encontramos que un 65,6% presenta un indicador sugestivo, el 31,2% presenta un indicador nulo, el 1,6% presenta un indicador moderado, y otro 1,6% presenta un indicador elevado, y un 0% representa un indicador bajo en esta escala.

C. TABLAS POR ESCALAS DEL MCMI-III EN DELITOS CONTRA LA SEGURIDAD PUBLICA

Tabla 49

| | | |
|-------|----|-------|
| Total | 43 | 100.0 |
|-------|----|-------|

| 1 Esquizoide | | |
|---------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 2 | 4.7 |
| Indicador Bajo | 12 | 27.9 |
| Indicador Sugestivo | 14 | 32.6 |
| Indicador Moderado | 13 | 30.2 |
| Indicador Elevado | 2 | 4.7 |
| Total | 43 | 100.0 |

En la escala 1 Esquizoide, del 100% de los internos evaluados: encontramos que un 32,6% presenta un indicador sugestivo, el 30,2% presenta un indicador moderado, el 27,9% presenta un indicador bajo, el 4,7% presenta un indicador nulo, y otro 4,7% presenta un indicador elevado en esta escala.

Tabla 50

| 2A Evitativo | | |
|---------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 15 | 34.9 |
| Indicador Bajo | 6 | 14.0 |
| Indicador Sugestivo | 7 | 16.3 |
| Indicador Moderado | 13 | 30.2 |
| Indicador Elevado | 2 | 4.7 |

En la escala 2A Evitativo, del 100% de los internos evaluados: encontramos que un 34,9% presenta un indicador nulo, el 30,2% presenta un indicador moderado, el 16,3% presenta un indicador sugestivo, el 14% presenta un indicador bajo, y solo un 4,7% presenta un indicador elevado en esta escala.

Tabla 51

| 2B Depresivo | | |
|---------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 11 | 25.6 |
| Indicador Bajo | 9 | 20.9 |
| Indicador Sugestivo | 11 | 25.6 |
| Indicador Moderado | 5 | 11.6 |
| Indicador Elevado | 7 | 16.3 |
| Total | 43 | 100.0 |

En la escala 2B Depresivo, del 100% de los internos evaluados: encontramos que un 25,6% presenta un indicador sugestivo, y otro 25,6% presenta un indicador nulo, el 20,9% presenta un indicador bajo, el 16,3% presenta un indicador elevado, y un 11,6% presenta un indicador moderado en esta escala.

Tabla 52

| 3 Dependiente | | |
|---------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 22 | 51.2 |
| Indicador Bajo | 8 | 18.6 |
| Indicador Sugestivo | 6 | 14.0 |
| Indicador Moderado | 5 | 11.6 |
| Indicador Elevado | 2 | 4.7 |
| Total | 43 | 100.0 |

En la escala 3 Dependiente, del 100% de los internos evaluados: encontramos que un 51,2% presenta un indicador nulo, el 18,6% presenta un indicador bajo, el 14% presenta un indicador sugestivo, el 11,6% presenta un indicador moderado, y solo un 4,7% presenta un indicador elevado en esta escala.

Tabla 53

| 4 Histriónico | | |
|---------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 1 | 2.3 |
| Indicador Bajo | 36 | 83.7 |
| Indicador Sugestivo | 5 | 11.6 |
| Indicador Moderado | 1 | 2.3 |
| Total | 43 | 100.0 |

En la escala 4 Histriónico, del 100% de los internos evaluados: encontramos que un 83,7% presenta un indicador bajo, el 11,6% presenta un indicador sugestivo, el 2,3% presenta un indicador nulo, y otro 2,3% presenta un indicador moderado, y un 0% representa al indicador elevado en esta escala.

Tabla 54

| 5 Narcisista | | |
|---------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Bajo | 24 | 55.8 |
| Indicador Sugestivo | 7 | 16.3 |
| Indicador Moderado | 4 | 9.3 |
| Indicador Elevado | 8 | 18.6 |
| Total | 43 | 100.0 |

En la escala 5 Narcisista 8B, del 100% de los internos evaluados: encontramos que un 55,8% presenta un indicador bajo, el 18,6% presenta un indicador elevado, el 16,3% presenta un indicador sugestivo, el 9,3% presenta un indicador moderado, y un 0% representa el indicador nulo en esta escala.

Tabla 55

| 6A Antisocial | | |
|---------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 15 | 34.9 |
| Indicador Bajo | 12 | 27.9 |
| Indicador Sugestivo | 8 | 18.6 |
| Indicador Moderado | 6 | 14.0 |
| Indicador Elevado | 2 | 4.7 |
| Total | 43 | 100.0 |

En la escala 6A Antisocial, del 100% de los internos evaluados: encontramos que un 34,9% presenta un indicador nulo, el 27,9% presenta un indicador bajo, el 18,6% presenta un indicador sugestivo, el 14% presenta un indicador moderado, y solo un 4,7% presenta un indicador elevado en esta escala.

Tabla 56

| 6B Agresivo (sádico) | | |
|----------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 15 | 34.9 |
| Indicador Bajo | 8 | 18.6 |
| Indicador Sugestivo | 15 | 34.9 |
| Indicador Moderado | 3 | 7.0 |
| Indicador Elevado | 2 | 4.7 |
| Total | 43 | 100.0 |

En la escala 6B Agresivo (Sádico), del 100% de los internos evaluados: encontramos que un 34,9% presenta un indicador sugestivo, y otro 34,9% presenta un indicador nulo, el 18,6% presenta un indicador bajo, el 7% presenta un indicador moderado, y solo un 4,7% presenta un indicador elevado en esta escala.

Tabla 57

| 7 Compulsivo | | |
|---------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Bajo | 25 | 58.1 |
| Indicador Sugestivo | 14 | 32.6 |
| Indicador Moderado | 4 | 9.3 |
| Total | 43 | 100.0 |

En la escala 7 Compulsivo, del 100% de los internos evaluados: encontramos que un 58,1% presenta un indicador bajo, el 32,6% presenta un indicador sugestivo, el 9,3% presenta un indicador moderado, y un 0% representa el indicador nulo y el indicador elevado.

Tabla 58

| 8A Negativista (pasivo-agresivo) | | |
|----------------------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 16 | 37.2 |
| Indicador Bajo | 10 | 23.3 |
| Indicador Sugestivo | 9 | 20.9 |
| Indicador Moderado | 5 | 11.6 |
| Indicador Elevado | 3 | 7.0 |
| Total | 43 | 100.0 |

En la escala 8A Negativista (Pasivo-Agresivo), del 100% de los internos evaluados: encontramos que un 37,2% presenta un indicador nulo, el 23,3% presenta un indicador bajo, el 20,9% presenta un indicador sugestivo, el 11,6% presenta un indicador moderado, y solo un 7% presenta un indicador elevado en esta escala.

Tabla 59

| 8B Autodestructivo | | |
|---------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 16 | 37.2 |
| Indicador Bajo | 3 | 7.0 |
| Indicador Sugestivo | 7 | 16.3 |
| Indicador Moderado | 15 | 34.9 |
| Indicador Elevado | 2 | 4.7 |
| Total | 43 | 100.0 |

En la escala 8B Autodestructivo, del 100% de los internos evaluados: encontramos que un 37,2% presenta un indicador nulo, el 34,9% presenta un indicador moderado, el 16,3% presenta un indicador sugestivo, el 7% presenta un indicador bajo, y solo un 4,7% presenta un indicador elevado en esta escala.

Tabla 60

| S Esquizotípico | | |
|---------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 13 | 30.2 |
| Indicador Bajo | 3 | 7.0 |
| Indicador Sugestivo | 21 | 48.8 |
| Indicador Moderado | 3 | 7.0 |
| Indicador Elevado | 3 | 7.0 |
| Total | 43 | 100.0 |

En la escala S Esquizotípico, del 100% de los internos evaluados: encontramos que un 48,8% presenta un indicador sugestivo, el 30,2% presenta un indicador nulo, un 7% presenta un indicador elevado, otro 7% presenta un indicador moderado, y un 7% representa al indicador bajo en esta escala.

Tabla 61

| C Límite | | |
|---------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 21 | 48.8 |
| Indicador Bajo | 10 | 23.3 |
| Indicador Sugestivo | 8 | 18.6 |
| Indicador Moderado | 2 | 4.7 |
| Indicador Elevado | 2 | 4.7 |
| Total | 43 | 100.0 |

En la escala C Límite, del 100% de los internos evaluados: encontramos que un 48,8% presenta un indicador nulo, el 23,3% presenta un indicador bajo, el 18,6% presenta un indicador sugestivo, el 4,7% presenta un indicador moderado, y un 4,7 % presenta un indicador elevado en esta escala.

Tabla 62

| P Paranoide | | |
|---------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 8 | 18.6 |
| Indicador Bajo | 4 | 9.3 |
| Indicador Sugestivo | 21 | 48.8 |
| Indicador Moderado | 8 | 18.6 |
| Indicador Elevado | 2 | 4.7 |
| Total | 43 | 100.0 |

En la escala P Paranoide, del 100% de los internos evaluados: encontramos que un 48,8% presenta un indicador sugestivo, el 18,6% presenta un indicador moderado, otro 18,6% presenta un indicador nulo, el 9,3% presenta un indicador bajo, y solo un 4,7% presenta un indicador elevado en esta escala.

Tabla 63

| A Trastorno de Ansiedad | | |
|-------------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 17 | 39.5 |
| Indicador Bajo | 3 | 7.0 |
| Indicador Sugestivo | 8 | 18.6 |
| Indicador Moderado | 4 | 9.3 |
| Indicador Elevado | 11 | 25.6 |
| Total | 43 | 100.0 |

En la escala A Trastorno de Ansiedad, del 100% de los internos evaluados: encontramos que un 39,5% presenta un indicador nulo, el 25,6% presenta un indicador elevado, el 18,6% presenta un indicador sugestivo, el 9,3% presenta un indicador moderado, y un 7% presenta un indicador bajo en esta escala.

Tabla 64

| H Trastorno Somatomorfo | | |
|--------------------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 23 | 53.5 |
| Indicador Sugestivo | 20 | 46.5 |
| Total | 43 | 100.0 |

En la escala H Trastorno Somatomorfo, del 100% de los internos evaluados: encontramos que un 53,5% presenta un indicador nulo, el 46,5% presenta un indicador sugestivo, los indicadores bajo, moderado y elevado están representados con un 0% cada una en esta escala.

Tabla 65

| N Trastorno Bipolar | | |
|----------------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 11 | 25.6 |
| Indicador Bajo | 10 | 23.3 |
| Indicador Sugestivo | 19 | 44.2 |
| Indicador Moderado | 1 | 2.3 |
| Indicador Elevado | 2 | 4.7 |
| Total | 43 | 100.0 |

En la escala N Trastorno Bipolar, del 100% de los internos evaluados: encontramos que un 44,2% presenta un indicador sugestivo, el 25,6% presenta un indicador nulo, el 23,3% presenta un indicador bajo, el 4,7% presenta un indicador elevado, y un 2,3% presenta un indicador moderado en esta escala.

Tabla 66

| D Trastorno Distimico | | |
|------------------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 18 | 41.9 |
| Indicador Bajo | 4 | 9.3 |
| Indicador Sugestivo | 15 | 34.9 |
| Indicador Moderado | 5 | 11.6 |
| Indicador Elevado | 1 | 2.3 |
| Total | 43 | 100.0 |

En la escala D Trastorno Distimico, del 100% de los internos evaluados: encontramos que un 41,9% presenta un indicador nulo, el 34,9% presenta un indicador sugestivo, el 11,6% presenta un indicador moderado, el 9,3% presenta un indicador bajo, y solo un 2,3% presenta un indicador elevado en esta escala.

Tabla 67

| B Dependencia del Alcohol | | |
|----------------------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 12 | 27.9 |
| Indicador Bajo | 6 | 14.0 |
| Indicador Sugestivo | 13 | 30.2 |
| Indicador Moderado | 11 | 25.6 |
| Indicador Elevado | 1 | 2.3 |
| Total | 43 | 100.0 |

En la escala B Dependencia de Alcohol, del 100% de los internos evaluados: encontramos que un 30,2% presenta un indicador sugestivo, el 27,9% presenta un indicador nulo, el 25,6% presenta un indicador moderado, el 14% presenta un indicador bajo, y solo un 2,3% presenta un indicador elevado en esta escala.

Tabla 68

| T Dependencia de Sustancias | | |
|------------------------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 21 | 48.8 |
| Indicador Bajo | 6 | 14.0 |
| Indicador Sugestivo | 13 | 30.2 |
| Indicador Moderado | 2 | 4.7 |
| Indicador Elevado | 1 | 2.3 |
| Total | 43 | 100.0 |

En la escala T Dependencia de Sustancias, del 100% de los internos evaluados: encontramos que un 48,8% presenta un indicador nulo, el 30,2% presenta un indicador sugestivo, el 14% presenta un indicador bajo, el 4,7% presenta un indicador moderado, y solo un 2,3% presenta un indicador elevado en esta escala.

Tabla 69

| R Trastorno de Estrés Postraumático | | |
|--|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 28 | 65.1 |
| Indicador Bajo | 3 | 7.0 |
| Indicador Sugestivo | 10 | 23.3 |
| Indicador Moderado | 1 | 2.3 |
| Indicador Elevado | 1 | 2.3 |
| Total | 43 | 100.0 |

En la escala R Trastorno de Estrés Postraumático, del 100% de los internos evaluados: encontramos que un 65,1% presenta un indicador nulo, el 23,3% presenta un indicador sugestivo, el 7% presenta un indicador bajo, el 2,3% presenta un indicador moderado, y otro 2,3% presenta un indicador elevado en esta escala.

Tabla 70

| SS Trastorno del Pensamiento | | |
|-------------------------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 17 | 39.5 |
| Indicador Bajo | 5 | 11.6 |
| Indicador Sugestivo | 19 | 44.2 |
| Indicador Moderado | 1 | 2.3 |
| Indicador Elevado | 1 | 2.3 |
| Total | 43 | 100.0 |

En la escala SS Trastorno del Pensamiento, del 100% de los internos evaluados: encontramos que un 44,2% presenta un indicador sugestivo, el 39,5% presenta un indicador nulo, el 11,6% presenta un indicador bajo, el 2,3% presenta un indicador moderado, y otro 2,3% presenta un indicador elevado en esta escala.

Tabla 71

| CC Depresión Mayor | | |
|---------------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 22 | 51.2 |
| Indicador Bajo | 5 | 11.6 |
| Indicador Sugestivo | 14 | 32.6 |
| Indicador Moderado | 1 | 2.3 |
| Indicador Elevado | 1 | 2.3 |

| | | |
|-------|----|-------|
| Total | 43 | 100.0 |
|-------|----|-------|

En la escala CC Depresión Mayor, del 100% de los internos evaluados: encontramos que un 51,2% presenta un indicador nulo, el 32,6% presenta un indicador sugestivo, el 11,6% presenta un indicador bajo, un 2,3% presenta un indicador moderado, y otro 2,3% presenta un indicador elevado en esta escala.

Tabla 72

| PP Trastorno delirante | | |
|-------------------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 15 | 34.9 |
| Indicador Sugestivo | 24 | 55.8 |
| Indicador Moderado | 4 | 9.3 |
| Total | 43 | 100.0 |

En la escala PP Trastorno Delirante, del 100% de los internos evaluados: encontramos que un 55,8% presenta un indicador sugestivo, el 34,9% presenta un indicador nulo, el 9,3% presenta un indicador moderado, los indicadores bajo y elevado están representados con un 0% cada una en la escala.

D. TABLAS POR ESCALAS DEL MCMI-III EN DELITOS CONTRA LA VIDA, EL CUERPO Y LA SALUD.

Tabla 73

| 1 Esquizoide | | |
|---------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 10 | 27.8 |
| Indicador Bajo | 6 | 16.7 |
| Indicador Sugestivo | 11 | 30.6 |
| Indicador Moderado | 6 | 16.7 |
| Indicador Elevado | 3 | 8.3 |
| Total | 36 | 100.0 |

En la escala 1 Esquizoide, del 100% de los internos evaluados: encontramos que un 30,6% presenta un indicador sugestivo, el 27,8% presenta un indicador nulo, un 16,7% presenta un indicador moderado, otro 16,7% presenta un indicador bajo, y solo un 8,3% presenta un indicador elevado en esta escala.

Tabla 74

| 2A Evitativo | | |
|---------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 12 | 33.3 |
| Indicador Bajo | 6 | 16.7 |
| Indicador Sugestivo | 9 | 25.0 |
| Indicador Moderado | 7 | 19.4 |
| Indicador Elevado | 2 | 5.6 |
| Total | 36 | 100.0 |

En la escala 2A Evitativo, del 100% de los internos evaluados: encontramos que un 33,3% presenta un indicador nulo, el 25% presenta un indicador sugestivo, el 19,4% presenta un indicador moderado, el 16,7% presenta un indicador bajo, y solo un 5,6% presenta un indicador elevado en esta escala.

Tabla 75

| 2B Depresivo | | |
|---------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 12 | 33.3 |
| Indicador Bajo | 3 | 8.3 |
| Indicador Sugestivo | 10 | 27.8 |
| Indicador Moderado | 6 | 16.7 |
| Indicador Elevado | 5 | 13.9 |
| Total | 36 | 100.0 |

En la escala 2B Depresivo, del 100% de los internos evaluados: encontramos que un 33,3% presenta un indicador nulo, el 27,8% presenta un indicador sugestivo, el 16,7% presenta un indicador moderado, el 13,9% presenta un indicador elevado, y un 8,3% presenta un indicador bajo en esta escala.

Tabla 76

| 3 Dependiente | | |
|---------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 12 | 33.3 |
| Indicador Bajo | 12 | 33.3 |
| Indicador Sugestivo | 7 | 19.4 |
| Indicador Moderado | 5 | 13.9 |
| Total | 36 | 100.0 |

En la escala 3 Dependiente, del 100% de los internos evaluados: encontramos que un 33,3% presenta un indicador nulo, otro 33,8% presenta un indicador bajo, el 19,4% presenta un indicador sugestivo, el 13,9% presenta un indicador moderado, y un 0% representa un indicador elevado en esta escala.

Tabla 77

| 4 Histriónico | | |
|---------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Bajo | 23 | 63.9 |
| Indicador Sugestivo | 8 | 22.2 |
| Indicador Moderado | 5 | 13.9 |
| Total | 36 | 100.0 |

En la escala 4 Histriónico, del 100% de los internos evaluados: encontramos que

un 63,9% presenta un indicador bajo, el 22,2% presenta un indicador sugestivo, el 13,9% presenta un indicador moderado, los indicadores nulo y elevado están representados con un 0% cada una en la escala.

Tabla 78

| 5 Narcisista | | |
|---------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Bajo | 18 | 50.0 |
| Indicador Sugestivo | 8 | 22.2 |
| Indicador Moderado | 6 | 16.7 |
| Indicador Elevado | 4 | 11.1 |
| Total | 36 | 100.0 |

En la escala 5 Narcisista, del 100% de los internos evaluados: encontramos que un 50% presenta un indicador bajo, el 22,2% presenta un indicador sugestivo, el 16,7% presenta un indicador moderado, el 11,1% presenta un indicador elevado, y un 0% representa un indicador nulo en esta escala.

Tabla 79

| 6A Antisocial | | |
|----------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 14 | 38.9 |
| Indicador Bajo | 10 | 27.8 |
| Indicador Sugestivo | 8 | 22.2 |
| Indicador Moderado | 1 | 2.8 |
| Indicador Elevado | 3 | 8.3 |
| Total | 36 | 100.0 |

En la escala 6A Antisocial, del 100% de los internos evaluados: encontramos que un 38,9% presenta un indicador nulo, el 27,8% presenta un indicador bajo, el 22,2% presenta un indicador sugestivo, el 8,3% presenta un indicador elevado, y un 2,8% presenta un indicador moderado en esta escala.

Tabla 80

| 6B Agresivo (sádico) | | |
|-----------------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 14 | 38.9 |
| Indicador Bajo | 5 | 13.9 |
| Indicador Sugestivo | 12 | 33.3 |
| Indicador Moderado | 2 | 5.6 |
| Indicador Elevado | 3 | 8.3 |
| Total | 36 | 100.0 |

En la escala 6B Agresivo (sádico), del 100% de los internos evaluados: encontramos que un 38,9% presenta un indicador nulo, el 33,3% presenta un indicador sugestivo, el 13,9% presenta un indicador bajo, el 8,3% presenta un indicador elevado, y un 5,6% presenta un indicador moderado en esta escala.

Tabla 81

| 7 Compulsivo | | |
|---------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Bajo | 20 | 55.6 |
| Indicador Sugestivo | 13 | 36.1 |
| Indicador Moderado | 3 | 8.3 |
| Total | 36 | 100.0 |

En la escala 7 Compulsivo, del 100% de los internos evaluados: encontramos que un 55,6% presenta un indicador bajo, el 36,1% presenta un indicador sugestivo, el 8,3% presenta un indicador moderado, los indicadores nulo y elevado están representados con un 0% cada una en la escala.

Tabla 82

| 8A Negativista (pasivo-agresivo) | | |
|----------------------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 10 | 27.8 |
| Indicador Bajo | 9 | 25.0 |
| Indicador Sugestivo | 5 | 13.9 |
| Indicador Moderado | 8 | 22.2 |
| Indicador Elevado | 4 | 11.1 |
| Total | 36 | 100.0 |

En la escala 8A Negativista (pasivo-agresivo), del 100% de los internos evaluados: encontramos que un 27,8% presenta un indicador nulo, el 25% presenta un indicador bajo, el 22,2% presenta un indicador moderado, el 13,9% presenta un indicador sugestivo, y solo un 11,1% presenta un indicador elevado en esta escala.

Tabla 83

| 8B Autodestructivo | | |
|---------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 14 | 38.9 |
| Indicador Bajo | 4 | 11.1 |
| Indicador Sugestivo | 3 | 8.3 |
| Indicador Moderado | 12 | 33.3 |
| Indicador Elevado | 3 | 8.3 |
| Total | 36 | 100.0 |

En la escala 8B Autodestructivo, del 100% de los internos evaluados: encontramos que un 38,9% presenta un indicador nulo, el 33,3% presenta un indicador moderado, el 11,1% presenta un indicador bajo, el 8,3% presenta un indicador sugestivo, y otro 8,3% presenta un indicador elevado en esta escala.

Tabla 84

| S Esquizotípico | | |
|---------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 14 | 38.9 |
| Indicador Bajo | 3 | 8.3 |
| Indicador Sugestivo | 16 | 44.4 |
| Indicador Moderado | 3 | 8.3 |
| Total | 36 | 100.0 |

En la escala S Esquizotípico, del 100% de los internos evaluados: encontramos que un 44,4% presenta un indicador sugestivo, el 38,9% presenta un indicador nulo, un 8,3% presenta un indicador moderado, otro 8,3% presenta un indicador bajo, y un 0% representa un indicador elevado en esta escala.

Tabla 85

| C Límite | | |
|---------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 18 | 50.0 |
| Indicador Bajo | 6 | 16.7 |
| Indicador Sugestivo | 10 | 27.8 |
| Indicador Moderado | 1 | 2.8 |
| Indicador Elevado | 1 | 2.8 |
| Total | 36 | 100.0 |

En la escala C Limite, del 100% de los internos evaluados: encontramos que un 50% presenta un indicador nulo, el 27,8% presenta un indicador sugestivo, el 16,7% presenta un indicador bajo, un 2,8% presenta un indicador moderado, y otro 2,8% presenta un indicador elevado en esta escala.

Tabla 86

| P Paranoide | | |
|---------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 12 | 33.3 |
| Indicador Bajo | 2 | 5.6 |
| Indicador Sugestivo | 16 | 44.4 |
| Indicador Moderado | 3 | 8.3 |
| Indicador Elevado | 3 | 8.3 |
| Total | 36 | 100.0 |

En la escala P Paranoide, del 100% de los internos evaluados: encontramos que un 44,4% presenta un indicador sugestivo, el 33,3% presenta un indicador nulo, un 8,3% presenta un indicador moderado, otro 8,3% presenta un indicador elevado, y un 5,6% presenta un indicador bajo en esta escala.

Tabla 87

| A Trastorno de Ansiedad | | |
|-------------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 21 | 58.3 |
| Indicador Bajo | 3 | 8.3 |
| Indicador Moderado | 6 | 16.7 |
| Indicador Elevado | 6 | 16.7 |
| Total | 36 | 100.0 |

En la escala A Trastorno de Ansiedad, del 100% de los internos evaluados: encontramos que un 58,3% presenta un indicador nulo, un 16,7% presenta un indicador moderado, otro 16,7% presenta un indicador elevado, un 8,3% presenta un indicador bajo, y un 0% representa al indicador sugestivo en esta escala.

Tabla 88

| H Trastorno Somatomorfo | | |
|--------------------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 20 | 55.6 |
| Indicador Sugestivo | 15 | 41.7 |
| Indicador Moderado | 1 | 2.8 |
| Total | 36 | 100.0 |

En la escala H Trastorno Somatomorfo, del 100% de los internos evaluados: encontramos que un 55,6% presenta un indicador nulo, el 41,7% presenta un indicador sugestivo, el 2,8% presenta un indicador moderado, los indicadores bajo y elevado están representados con un 0% cada una en la escala.

Tabla 89

| N Trastorno Bipolar | | |
|----------------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 11 | 30.6 |
| Indicador Bajo | 8 | 22.2 |
| Indicador Sugestivo | 14 | 38.9 |
| Indicador Moderado | 3 | 8.3 |
| Total | 36 | 100.0 |

En la escala N Trastorno Bipolar, del 100% de los internos evaluados: encontramos que un 38,9% presenta un indicador sugestivo, el 30,6% presenta un indicador nulo, el 22,2% presenta un indicador bajo, el 8,3% presenta un indicador moderado, y un 0% representa al indicador elevado en esta escala.

Tabla 90

| D Trastorno Distimico | | |
|------------------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 18 | 50.0 |
| Indicador Bajo | 7 | 19.4 |
| Indicador Sugestivo | 6 | 16.7 |
| Indicador Moderado | 5 | 13.9 |
| Total | 36 | 100.0 |

En la escala D Trastorno Distimico, del 100% de los internos evaluados: encontramos que un 50% presenta un indicador nulo, el 19,4% presenta un indicador bajo, el 16,7% presenta un indicador sugestivo, el 13,9% presenta un indicador moderado, y un 0% representa al indicador elevado en esta escala.

Tabla 91

| B Dependencia del Alcohol | | |
|----------------------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 12 | 33.3 |
| Indicador Bajo | 4 | 11.1 |
| Indicador Sugestivo | 12 | 33.3 |
| Indicador Moderado | 4 | 11.1 |
| Indicador Elevado | 4 | 11.1 |
| Total | 36 | 100.0 |

En la escala B Dependencia del Alcohol, del 100% de los internos evaluados: encontramos que un 33,3% presenta un indicador sugestivo, otro 33,3% presenta un indicador nulo, los indicadores bajo, moderado y elevado están representados con un 11,1% cada una en la escala.

Tabla 92

| T Dependencia de Sustancias | | |
|------------------------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 17 | 47.2 |
| Indicador Bajo | 8 | 22.2 |
| Indicador Sugestivo | 8 | 22.2 |
| Indicador Moderado | 3 | 8.3 |
| Total | 36 | 100.0 |

En la escala T Dependencia de Sustancias, del 100% de los internos evaluados: encontramos que un 47,2% presenta un indicador nulo, un 22,2% presenta un indicador sugestivo, otro 22,2% presenta un indicador bajo, el 8,3% presenta un indicador moderado, y un 0% representa al indicador elevado en esta escala.

Tabla 93

| R Trastorno de Estrés Postraumático | | |
|--|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 23 | 63.9 |
| Indicador Bajo | 3 | 8.3 |
| Indicador Sugestivo | 10 | 27.8 |
| Total | 36 | 100.0 |

En la escala R Trastorno de Estrés Postraumático, del 100% de los internos evaluados: encontramos que un 63,9% presenta un indicador nulo, el 27,8% presenta un indicador sugestivo, el 8,3% presenta un indicador bajo, los indicadores moderado y elevado están representados con un 0% cada uno en la escala.

Tabla 94

| SS Trastorno del Pensamiento | | |
|------------------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 18 | 50.0 |
| Indicador Sugestivo | 18 | 50.0 |
| Total | 36 | 100.0 |

En la escala SS Trastorno del Pensamiento, del 100% de los internos evaluados: encontramos que un 50% presenta un indicador sugestivo, y un 50% presenta un indicador nulo, los indicadores bajo, moderado y elevado están representados un 0% cada una en la escala.

Tabla 95

| CC Depresión Mayor | | |
|---------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 21 | 58.3 |
| Indicador Bajo | 4 | 11.1 |
| Indicador Sugestivo | 10 | 27.8 |
| Indicador Moderado | 1 | 2.8 |
| Total | 36 | 100.0 |

En la escala CC Depresión Mayor, del 100% de los internos evaluados: encontramos que un 58,3% presenta un indicador nulo, un 27,8% presenta un indicador sugestivo, un 11,1% presenta un indicador bajo, el 2,8% presenta un indicador moderado, y un 0% representa al indicador elevado en esta escala.

Tabla 96

| PP Trastorno delirante | | |
|------------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Indicador Nulo | 17 | 47.2 |
| Indicador Sugestivo | 17 | 47.2 |
| Indicador Elevado | 2 | 5.6 |
| Total | 36 | 100.0 |

En la escala PP Trastorno Delirante, del 100% de los internos evaluados: encontramos que un 47,2% presenta un indicador sugestivo, otro 47,2% presenta un indicador nulo, 5,6% presenta un indicador elevado, los indicadores bajo y moderado están representados con un 0% cada una en la escala.

3. TABLAS POR TIPOLOGÍA DE DELITO SEGÚN EL PROMEDIO

A. TABLAS SEGÚN EL PROMEDIO POR EL DELITO CONTRA EL PATRIMONIO

Tabla 97

| | N | Promedio | Indicadores |
|--|------------|----------|----------------|
| Patrones Clínicos de la Personalidad EJE-II | | | |
| 1 Esquizoide | 73 | 63.07 | Moderado |
| 2A Evitativa | 73 | 48.08 | Indicador Bajo |
| 2B Depresiva | 73 | 54.04 | Indicador Bajo |
| 3 Dependiente | 73 | 42.56 | Indicador Bajo |
| 4 Histríonica | 73 | 54.78 | Indicador Bajo |
| 5 Narcisista | 73 | 67.70 | Moderado |
| 6A Antisocial | 73 | 55.70 | Indicador Bajo |
| 6B Agresiva (sádica) | 73 | 49.99 | Indicador Bajo |
| 7 Compulsiva | 73 | 56.07 | Indicador Bajo |
| 8A Negativista (pasivo-agresivo) | 73 | 52.59 | Indicador Bajo |
| 8B Autodestructiva | 73 | 50.85 | Indicador Bajo |
| Patología grave de la Personalidad EJE-II | | | |
| S Esquizotípica | 73 | 47.60 | Indicador Bajo |
| C Límite | 73 | 45.41 | Indicador Bajo |
| P Paranoide | 73 | 58.97 | Indicador Bajo |
| Síndromes Clínicos EJE-I. | | | |
| A Trastorno de Ansiedad | 73 | 47.73 | Indicador Bajo |
| H Trastorno Somatomorfo | 73 | 40.52 | Indicador Bajo |
| N Trastorno Bipolar | 73 | 57.16 | Indicador Bajo |
| D Trastorno Distímico | 73 | 44.15 | Indicador Bajo |
| B Dependencia del Alcohol | 73 | 65.23 | Moderado |
| T Dependencia de Sustancias | 73 | 51.00 | Indicador Bajo |
| R Trastorno Estrés Posttraumático | 73 | 35.03 | Indicador Bajo |
| Síndromes Clínicos Graves EJE-I. | | | |
| SS Trastorno del Pensamiento | 73 | 46.74 | Indicador Bajo |
| CC Depresión Mayor | 73 | 36.00 | Indicador Bajo |
| PP Trastorno delirante | 73 | 48.90 | Indicador Bajo |
| N válido (según lista) | 277 | | |

En la Tabla podemos observar que de los 73 internos evaluados en los patrones clínicos de la personalidad, presentan un indicador moderado en la escala 1 Esquizoide y en la escala 5 Narcisista, mientras que el indicador bajo se repite en las escalas 2A Evitativa, 2B Depresiva, 3 Dependiente, 4 Histriónica, 6A Antisocial, 6B Agresiva, 7 Compulsiva, 8A Negativista, y en el 8B Autodestructiva. En cuanto a las escalas de patología grave de la personalidad (trastorno de personalidad), presentan un indicador bajo en las tres escalas: S Esquizotípico, C Límite y en el P Paranoide.

Así mismo observamos que en las escalas de síndromes clínicos (trastornos mentales y del comportamiento). Los internos muestran un indicador moderado en la escala B Dependencia del Alcohol, y un indicador bajo en las escalas A Trastorno de Ansiedad, H Trastorno Somatomorfo, N Trastorno Bipolar, D Trastorno Distímico, T Dependencia de Sustancias, y la escala R Trastorno Estrés Postraumático. En cuanto a las Escalas síndromes clínicos Graves, presentan un indicador bajo en las tres escalas: SS Trastorno del Pensamiento, CC Depresión Mayor, y PP Trastorno Delirante.

GRAFICO 3



En el grafico se observa que los internos sentenciados por el delito contra el patrimonio presentan un indicador moderado en las escalas 1 Esquizoide y en la escala 5 Narcisista; que pertenecen a los Patrones clínicos de la personalidad. No hay ninguna presencia de patología grave de la personalidad. Así mismo presentan un indicador moderado en la escala B Dependencia del Alcohol; que pertenece a las escalas de síndromes clínicos, más no se encontró ninguna presencia de síndromes clínicos Graves.

B. TABLA SEGÚN EL PROMEDIO POR EL DELITO CONTRA LA LIBERTAD SEXUAL

Tabla 98

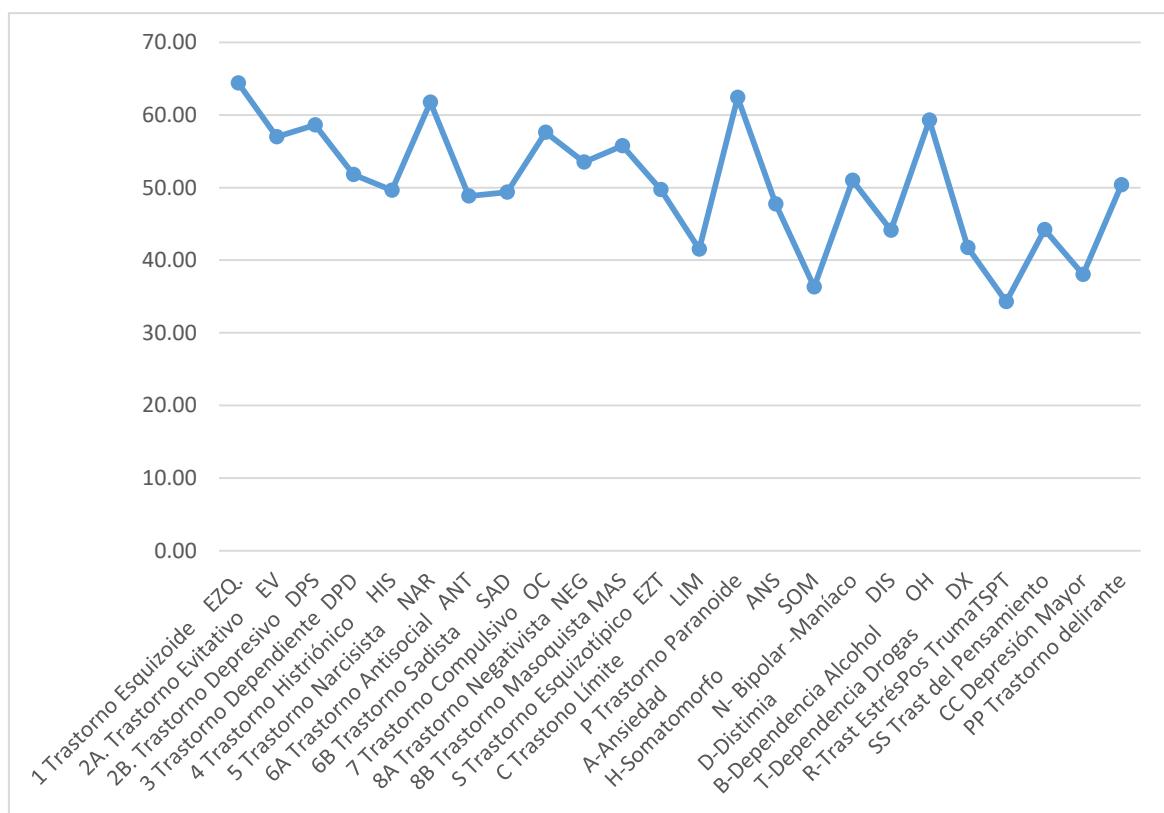
| | N | Promedio | Indicadores |
|--|------------|-----------------|--------------------|
| Patrones Clínicos de la Personalidad EJE-II | | | |
| 1 Esquizoide | 125 | 64.39 | Moderado |
| 2A Evitativa | 125 | 57.00 | Indicador Bajo |
| 2B Depresiva | 125 | 58.62 | Indicador Bajo |
| 3 Dependiente | 125 | 51.78 | Indicador Bajo |
| 4 Histriónica | 125 | 49.62 | Indicador Bajo |
| 5 Narcisista | 125 | 61.76 | Moderado |
| 6A Antisocial | 125 | 48.83 | Indicador Bajo |
| 6B Agresiva (sádica) | 125 | 49.38 | Indicador Bajo |
| 7 Compulsivo | 125 | 57.62 | Indicador Bajo |
| 8A Negativista (pasiva-agresiva) | 125 | 53.53 | Indicador Bajo |
| 8B Autodestructiva | 125 | 55.77 | Indicador Bajo |
| Patología Grave de la Personalidad EJE-II | | | |
| S Esquizotípica | 125 | 49.70 | Indicador Bajo |
| C Límite | 125 | 41.51 | Indicador Bajo |
| P Paranoide | 125 | 62.42 | Moderado |
| Síndromes Clínicos EJE-I. | | | |
| A Trastorno de Ansiedad | 125 | 47.74 | Indicador Bajo |
| H Trastorno Somatomorfo | 125 | 36.33 | Indicador Bajo |
| N Trastorno Bipolar | 125 | 51.01 | Indicador Bajo |
| D Trastorno Distímico | 125 | 44.14 | Indicador Bajo |
| B Dependencia del Alcohol | 125 | 59.28 | Moderado |
| T Dependencia de sustancia | 125 | 41.76 | Indicador Bajo |
| R Trastorno Estrés Posttraumático | 125 | 34.30 | Indicador Bajo |
| Síndromes Clínicos Graves EJE-I. | | | |
| SS Trastorno del Pensamiento | 125 | 44.21 | Indicador Bajo |
| CC Depresión Mayor | 125 | 38.06 | Indicador Bajo |
| PP Trastorno delirante | 125 | 50.38 | Indicador Bajo |
| N válido (según lista) | 277 | | |

En esta Tabla podemos observar que de los 125 internos evaluados en las escalas de Patrones clínicos de la personalidad, presentan un indicador moderado en la escala 1 Esquizoide y en la escala 5 Narcisista, mientras que el indicador bajo se repite en las escalas 2A Evitativa, 2B Depresiva, 3 Dependiente, 4 Histriónica, 6A Antisocial, 6B Agresiva, 7 Compulsivo, 8A Negativista, y en el 8B Autodestructiva. En cuanto a las escalas de patología grave de la personalidad (trastorno de personalidad), presentan un

indicador moderado en la escala P paranoide, mientras que el indicador bajo se repite en la escala S Esquizotípico, y la escala C. Límite.

Así mismo observamos que en las escalas de síndromes clínicos (trastornos mentales y del comportamiento). Los internos muestran un indicador moderado en la escala B Dependencia del Alcohol, y un indicador bajo en las escalas A Trastorno de Ansiedad, H Trastorno Somatomorfo, N Trastorno Bipolar, D Trastorno Distímico, T Dependencia de Sustancias, y la escala R Trastorno Estrés Postraumático. En cuanto a las Escalas de síndromes clínicos graves, presentan un indicador bajo en las tres escalas: SS Trastorno del Pensamiento, CC Depresión Mayor, y PP Trastorno Delirante.

GRAFICO 4



En el grafico se observa que los internos sentenciados por el delito contra la libertad sexual presentan un indicador moderado en la escala 1 Esquizoide y en la escala 5 Narcisista; que pertenecen a los Patrones clínicos de la personalidad. También presentan un indicador moderado en la escala P paranoide que pertenece a las escalas de patología grave de la personalidad. Así mismo presentan un indicador moderado en la

escala B Dependencia del Alcohol; que pertenece a las escalas de síndromes clínicos, más no se encontró ninguna presencia en las Escalas de síndromes clínicos Graves.

C. TABLA SEGÚN EL PROMEDIO POR EL DELITO CONTRA LA SEGURIDAD PÚBLICA

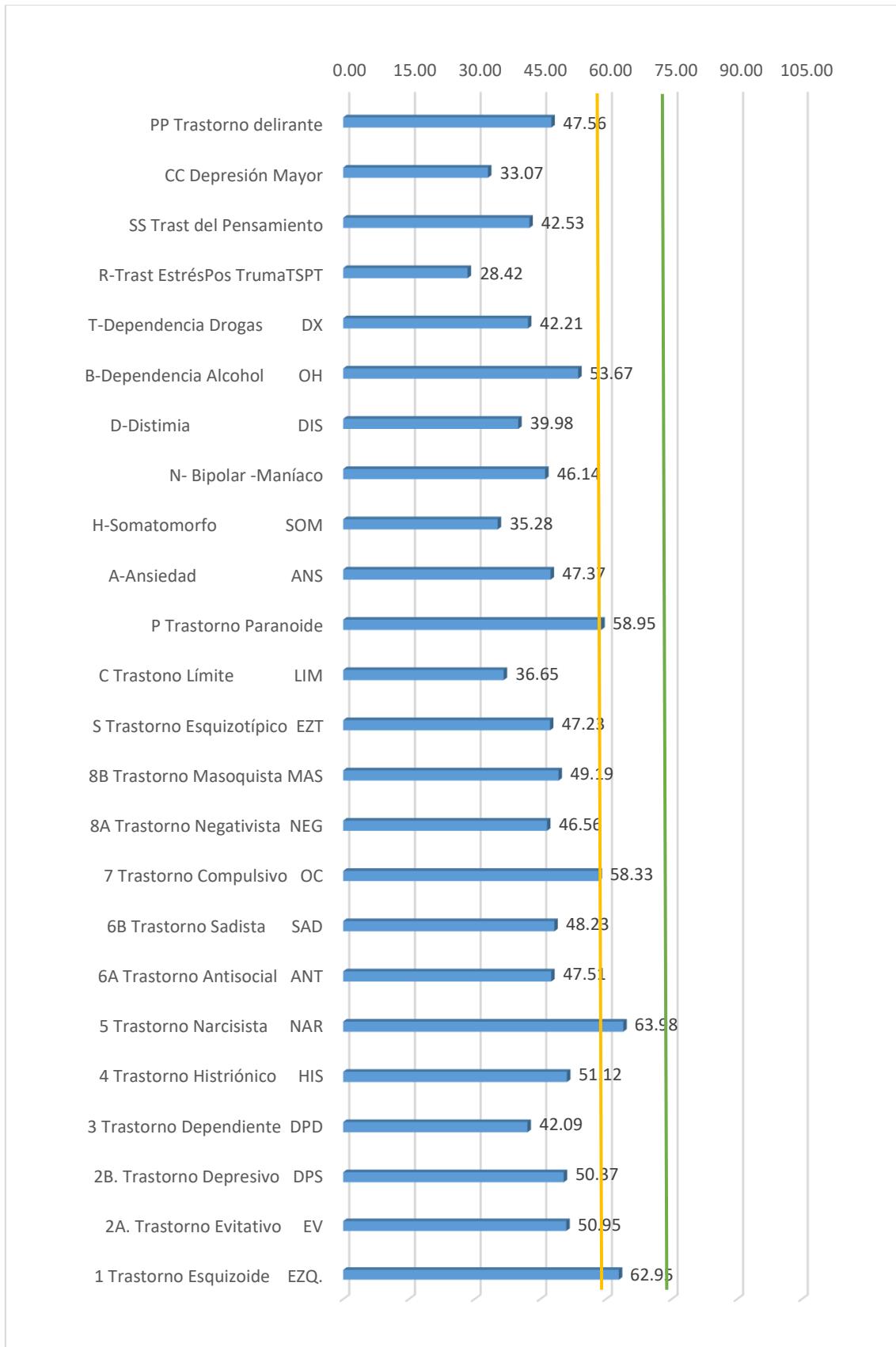
Tabla 99

| | N | Promedio | Indicadores |
|--|------------|----------|----------------|
| Patrones Clínicos de la Personalidad EJE-II | | | |
| 1 Esquizoide | 43 | 62.95 | Moderado |
| 2A Evitativa | 43 | 50.95 | Indicador Bajo |
| 2B Depresiva | 43 | 50.37 | Indicador Bajo |
| 3 Dependiente | 43 | 42.09 | Indicador Bajo |
| 4 Histrionica | 43 | 51.12 | Indicador Bajo |
| 5 Narcisista | 43 | 63.98 | Moderado |
| 6A Antisocial | 43 | 47.51 | Indicador Bajo |
| 6B Agresiva (sádica) | 43 | 48.23 | Indicador Bajo |
| 7 Compulsivo | 43 | 58.33 | Indicador Bajo |
| 8A Negativista (pasivo-agresivo) | 43 | 46.56 | Indicador Bajo |
| 8B Autodestructiva | 43 | 49.19 | Indicador Bajo |
| Patología Grave de la Personalidad EJE-II | | | |
| S Esquizotípica | 43 | 47.23 | Indicador Bajo |
| C Límite | 43 | 36.65 | Indicador Bajo |
| P Paranoide | 43 | 58.95 | Indicador Bajo |
| Síndromes Clínicos EJE-I. | | | |
| A Trastorno de Ansiedad | 43 | 47.37 | Indicador Bajo |
| H Trastorno Somatomorfo | 43 | 35.28 | Indicador Bajo |
| N Trastorno Bipolar | 43 | 46.14 | Indicador Bajo |
| D Trastorno Distímico | 43 | 39.98 | Indicador Bajo |
| B Dependencia del Alcohol | 43 | 53.67 | Indicador Bajo |
| T Dependencia de Sustancias | 43 | 42.21 | Indicador Bajo |
| R Trastorno Estrés Postraumático | 43 | 28.42 | Indicador Nulo |
| Síndromes Clínicos Graves EJE-I. | | | |
| SS Trastorno del Pensamiento | 43 | 42.53 | Indicador Bajo |
| CC Depresión Mayor | 43 | 33.07 | Indicador Nulo |
| PP Trastorno delirante | 43 | 47.56 | Indicador Bajo |
| N válido (según lista) | 277 | | |

En la Tabla podemos observar que de los 43 internos evaluados en las escalas de los Patrones clínicos de la personalidad, presentan un indicador moderado en la escalas 1 Esquizoide y en la escala 5 Narcisista, mientras que el indicador bajo se repite en las escalas 2A Evitativa, 2B Depresiva, 3 Dependiente, 4 Histriónica, 6A Antisocial, 6B Agresiva, 7 Compulsivo, 8A Negativista, y en la escala 8B Autodestructiva. En cuanto a las escalas de patología grave de la personalidad (trastorno de personalidad), presentan un indicador bajo en las tres escalas: P Trastorno paranoide, S Trastorno Esquizotípico, y la escala C Trastorno Límite.

Así mismo observamos que en las escalas de síndromes clínicos (trastornos mentales y del comportamiento). Los internos muestran un indicador bajo en las escalas B Dependencia del Alcohol, A Trastorno de Ansiedad, H Trastorno Somatomorfo, N Trastorno Bipolar, D Trastorno Distímico, T Dependencia de Sustancias, y un indicador nulo en la escala R Trastorno Estrés Postraumático. En cuanto a las Escalas de síndromes clínicos Graves, presentan un indicador bajo en dos escalas: SS Trastorno del Pensamiento, y PP Trastorno Delirante, y un indicador nulo en la escala CC Depresión Mayor.

GRAFICO 5



En el grafico se observa que los internos sentenciados por el delito contra la seguridad publica presentan un indicador moderado en la escala 1 Esquizoide y en la escala 5

Narcisista; que pertenecen a los Patrones clínicos de la personalidad. No hay presencia de patología grave de la personalidad. Así mismo no hay presencia en las escalas de síndromes clínicos, y en las Escalas de síndromes clínicos graves.

D. TABLA SEGÚN EL PROMEDIO POR EL DELITO CONTRA LA VIDA, EL CUERPO Y LA SALUD

Tabla 100

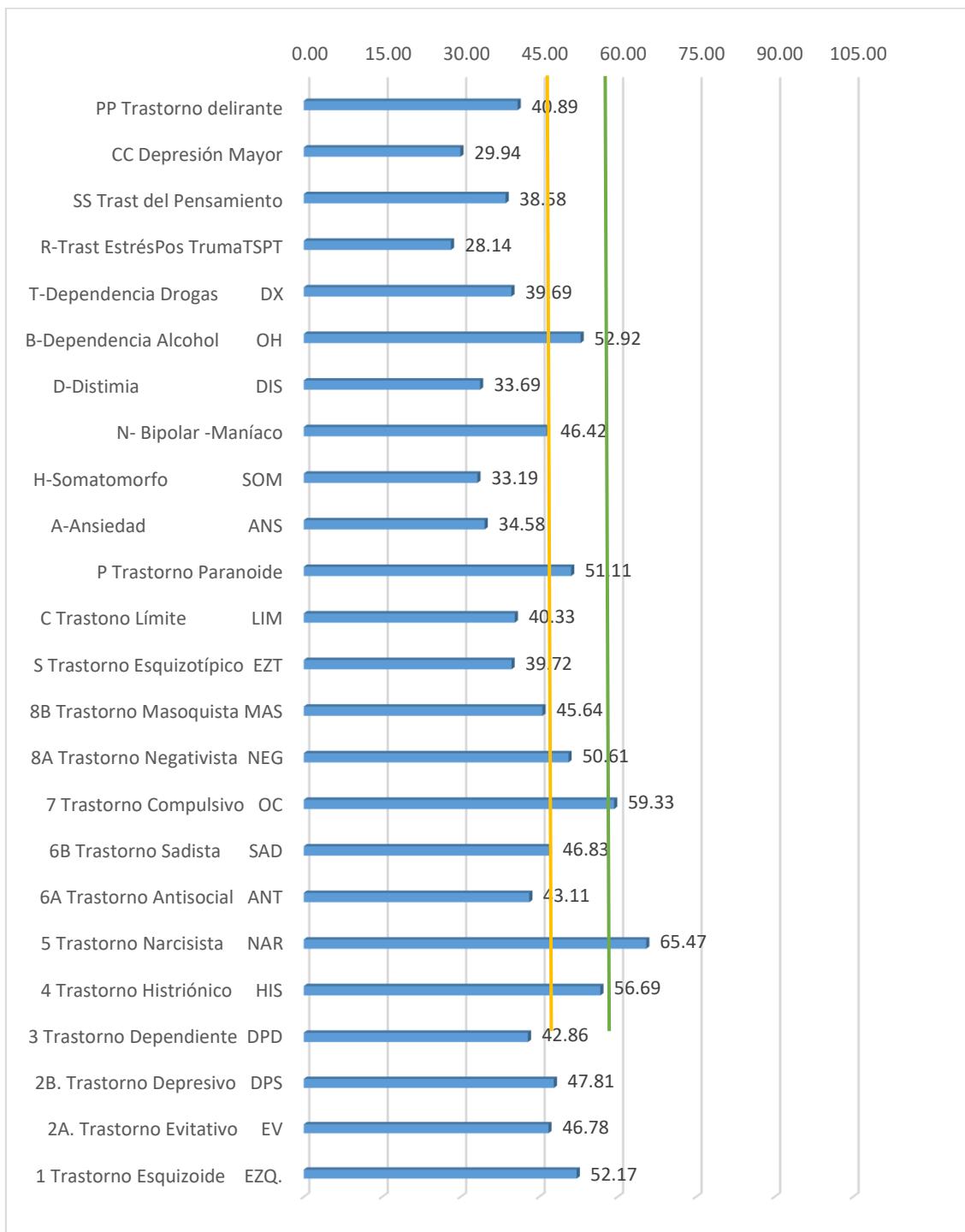
| | N | Promedio | Indicadores |
|--|----------|-----------------|--------------------|
| Patrones Clínicos de la Personalidad EJE-II | | | |
| 1 Esquizoide | 36 | 52.17 | Indicador Bajo |
| 2A Evitativa | 36 | 46.78 | Indicador Bajo |
| 2B Depresiva | 36 | 47.81 | Indicador Bajo |
| 3 Dependiente | 36 | 42.86 | Indicador Bajo |
| 4 Histriónica | 36 | 56.69 | Indicador Bajo |
| 5 Narcisista | 36 | 65.47 | Moderado |
| 6A Antisocial | 36 | 43.11 | Indicador Bajo |
| 6B Agresiva (sádica) | 36 | 46.83 | Indicador Bajo |
| 7 Compulsiva | 36 | 59.33 | Moderado |
| 8A Negativista (pasivo-agresivo) | 36 | 50.61 | Indicador Bajo |
| 8B Autodestructiva | 36 | 45.64 | Indicador Bajo |
| Patología Grave de la Personalidad EJE-II | | | |
| S Esquizotípica | 36 | 39.72 | Indicador Bajo |
| C Límite | 36 | 40.33 | Indicador Bajo |
| P Paranoide | 36 | 51.11 | Indicador Bajo |
| Síndromes Clínicos EJE-I. | | | |
| A Trastorno Ansiedad | 36 | 34.58 | Indicador Bajo |
| H Trastorno Somatomorfo | 36 | 33.19 | Indicador Nulo |
| N Trastorno Bipolar | 36 | 46.42 | Indicador Bajo |
| D Trastorno Distímico | 36 | 33.69 | Indicador Nulo |
| B Dependencia del Alcohol | 36 | 52.92 | Indicador Bajo |
| T Dependencia de Drogas | 36 | 39.69 | Indicador Bajo |
| R Trastorno Estrés Postraumático | 36 | 28.14 | Indicador Nulo |
| Síndromes Clínicos Graves EJE-I. | | | |
| SS Trastorno del Pensamiento | 36 | 38.58 | Indicador Bajo |
| CC Depresión Mayor | 36 | 29.94 | Indicador Nulo |

| | | | |
|-------------------------------|------------|-------|----------------|
| PP Trastorno delirante | 36 | 40.89 | Indicador Bajo |
| N válido (según lista) | 277 | | |

En la Tabla podemos observar que de los 36 internos evaluados en las escalas de Patrones clínicos de la personalidad, presentan un indicador moderado en las escala 7 Compulsivo y en la escala 5 Narcisista, mientras que el indicador bajo se repite en las escalas 1 Esquizoide, 2A Evitativa, 2B Depresiva, 3 Dependiente, 4 Histriónica, 6A Antisocial, 6B Agresiva, 8A Negativista, y en la escala 8B Autodestructiva. En cuanto a las escalas de patología grave de la personalidad (trastorno de personalidad), presentan un indicador bajo en las tres escalas: P Trastorno paranoide, S Trastorno Esquizotípico, y la escala C Trastorno Límite.

Así mismo observamos que en las escalas de síndromes clínicos (trastornos mentales y del comportamiento). Los internos muestran un indicador bajo en las escalas B Dependencia del Alcohol, A Trastorno de Ansiedad, N Trastorno Bipolar, T Dependencia de Sustancias, y un indicador nulo en las escalas: H Trastorno Somatomorfo, D Trastorno Distímico, y la escala R Trastorno Estrés Postraumático. En cuanto a las Escalas de síndromes clínicos Graves, presentan un indicador bajo en dos escalas: SS Trastorno del Pensamiento, y PP Trastorno Delirante, y un indicador nulo en la escala CC Depresión Mayor.

GRAFICO 6



En el grafico se observa que los internos sentenciados por el delito contra la vida, el cuerpo y la salud presentan un indicador moderado en la escala 5 Narcisista y la escala 7 Compulsivo; que pertenecen a los Patrones clínicos de la personalidad. No hay presencia de patología grave de la personalidad. Así mismo no hay presencia en las escalas de síndromes clínicos, ni en las Escalas de síndromes clínicos severos.

4. TABLA DE SEMEJANZAS Y DIFERENCIAS ENTRE LOS DISTINTOS TIPOS DE DELITO

Tabla 101

| TIPO DE DELITO | | | | | | | | | | |
|--|------------------------------------|----------------|---|----------------|---|----------------|--|----------------|--------------|----------------|
| | DELITO CONTRA EL PATRIMONIO | | DELITO CONTRA LA LIBERTAD SEXUAL | | DELITO CONTRA LA SEGURIDAD PÚBLICA | | DELITO CONTRA LA VIDA, EL CUERPO Y LA SALUD | | TOTAL | |
| | Pr o. | Indica dor | Pr o. | Indica dor | Pr o. | Indica dor | Pr o. | Indica dor | Pr o. | Indica dor |
| Patrones Clínicos de la Personalidad EJE-II | | | | | | | | | | |
| 1 Esquizoide | 63.07 | Modera do | 64.39 | Modera do | 62.95 | Modera do | 52.17 | Indicador Bajo | 62.23 | Modera do |
| 2A Evitativa | 48.08 | Indicador Bajo | 57.00 | Indicador Bajo | 50.95 | Indicador Bajo | 46.78 | Indicador Bajo | 52.38 | Indicador Bajo |
| 2B Depresiva | 54.04 | Indicador Bajo | 58.62 | Indicador Bajo | 50.37 | Indicador Bajo | 47.81 | Indicador Bajo | 54.73 | Indicador Bajo |
| 3 Dependiente | 42.56 | Indicador Bajo | 51.78 | Indicador Bajo | 42.09 | Indicador Bajo | 42.86 | Indicador Bajo | 46.69 | Indicador Bajo |
| 4 Histriónica | 54.78 | Indicador Bajo | 49.62 | Indicador Bajo | 51.12 | Indicador Bajo | 56.69 | Indicador Bajo | 52.13 | Indicador Bajo |
| 5 Narcisista | 67.70 | Modera do | 61.76 | Modera do | 63.98 | Modera do | 65.47 | Modera do | 64.15 | Modera do |
| 6A Antisocial | 55.70 | Indicador Bajo | 48.83 | Indicador Bajo | 47.51 | Indicador Bajo | 43.11 | Indicador Bajo | 49.69 | Indicador Bajo |
| 6B Agresiva | 49.99 | Indicador Bajo | 49.38 | Indicador Bajo | 48.23 | Indicador Bajo | 46.83 | Indicador Bajo | 49.03 | Indicador Bajo |

| | | | | | | | | | | |
|--|-----------|-------------------|-----------|-------------------|-----------|-------------------|-----------|-------------------|-----------|-------------------|
| 7 Compulsivo | 56. 07 | Indicador Bajo | 57. 62 | Indicador Bajo | 58. 33 | Indicador Bajo | 59. 33 | Moderado | 57. 54 | Indicador Bajo |
| 8A Negativista | 52. 59 | Indicador Bajo | 53. 53 | Indicador Bajo | 46. 56 | Indicador Bajo | 50. 61 | Indicador Bajo | 51. 82 | Indicador Bajo |
| 8B Autodestructivo | 50. 85 | Indicador Bajo | 55. 77 | Indicador Bajo | 49. 19 | Indicador Bajo | 45. 64 | Indicador Bajo | 52. 13 | Indicador Bajo |
| Patología Grave de la Personalidad EJE-II | | | | | | | | | | |
| S Esquizotípico | 47. 60 | Indicador Bajo | 49. 70 | Indicador Bajo | 47. 23 | Indicador Bajo | 39. 72 | Indicador Bajo | 47. 47 | Indicador Bajo |
| C Límite | 45. 41 | Indicador Bajo | 41. 51 | Indicador Bajo | 36. 65 | Indicador Bajo | 40. 33 | Indicador Bajo | 41. 63 | Indicador Bajo |
| P Paranoide | 58. 97 | Indicador Bajo | 62. 42 | Moderado | 58. 95 | Indicador Bajo | 51. 11 | Indicador Bajo | 59. 51 | Moderado |
| Síndromes Clínicos EJE-I. | | | | | | | | | | |
| A Trastorno de Ansiedad | 47. 73 | Indicador Bajo | 47. 74 | Indicador Bajo | 47. 37 | Indicador Bajo | 34. 58 | Indicador Bajo | 45. 97 | Indicador Bajo |
| H Trastorno Somatomorfo | 40. 52 | Indicador Bajo | 36. 33 | Indicador Bajo | 35. 28 | Indicador Bajo | 33. 19 | Indicador Nulo | 36. 86 | Indicador Bajo |
| N Trastorno Bipolar | 57. 16 | Indicador Bajo | 51. 01 | Indicador Bajo | 46. 14 | Indicador Bajo | 46. 42 | Indicador Bajo | 51. 28 | Indicador Bajo |
| D Trastorno | 44. | Indicador | 44. | Indicador | 39. | Indicador | 33. | Indicador | 42. | Indicador |

| | | | | | | | | | | |
|---|-----------|----------------|-----------|----------------|-----------|----------------|-----------|----------------|-----------|----------------|
| Distimico | 15 | Bajo | 14 | Bajo | 98 | Bajo | 69 | Nulo | 14 | Bajo |
| B Dependencia del Alcohol | 65. 23 | Moderado | 59. 28 | Moderado | 53. 67 | Indicador Bajo | 52. 92 | Indicador Bajo | 59. 15 | Moderado |
| T Dependencia de Sustancias | 51. 00 | Indicador Bajo | 41. 76 | Indicador Bajo | 42. 21 | Indicador Bajo | 39. 69 | Indicador Bajo | 44. 00 | Indicador Bajo |
| R Trastorno Estrés Posttraumático | 35. 03 | Indicador Bajo | 34. 30 | Indicador Bajo | 28. 42 | Indicador Nulo | 28. 14 | Indicador Nulo | 32. 78 | Indicador Nulo |
| Síndromes Clínicos Graves EJE-I. | | | | | | | | | | |
| SS Trastorno del Pensamiento | 46. 74 | Indicador Bajo | 44. 21 | Indicador Bajo | 42. 53 | Indicador Bajo | 38. 58 | Indicador Bajo | 43. 88 | indicador Bajo |
| CC Depresión Mayor | 36. 00 | Indicador Bajo | 38. 06 | Indicador Bajo | 33. 07 | Indicador Nulo | 29. 94 | Indicador Nulo | 35. 69 | Indicador Bajo |
| PP Trastorno delirante | 48. 90 | Indicador Bajo | 50. 38 | Indicador Bajo | 47. 56 | Indicador Bajo | 40. 89 | Indicador Bajo | 48. 32 | Indicador Bajo |

De los cuatro tipos de delitos evaluados (contra el patrimonio, contra la libertad sexual, contra la seguridad pública, y contra la vida, el cuerpo y la salud) se observa que las escalas que conforman los patrones clínicos de la personalidad; los internos por los delitos contra el patrimonio, contra la libertad sexual y contra la seguridad pública; presentan un indicador moderado en la escala 1 Esquizoide, mientras que los que están por el delito contra la vida, el cuerpo y la salud, presentan un indicador bajo. En la escala 5 Narcisista los 4 grupos presentan un indicador moderado. Así mismo los

internos por el delito contra la vida, el cuerpo y la salud presentan un indicador moderado en la escala 7 Compulsivo, mientras que los que están por los otros 3 delitos presentan un indicador bajo. Sin embargo Los 4 grupos evaluados por diferentes delitos presentan un indicador bajo en las escalas 2 Evitativa, 2B Depresiva, 3 Dependiente, 4 Histriónica, 6A Antisocial, 6B Agresiva, 8A Negativista, y 8B Autodestructiva. En cuanto en las escalas de patología grave de la personalidad (trastorno de personalidad), los 4 grupos presentan un indicador bajo en las escala S Esquizotípico, y C Límite; mientras que en la escala P paranoide los que están por el delito contra la libertad sexual presentan un indicador moderado y los otro 3 grupos presentan un indicador bajo.

Así mismo observamos que en las escalas de síndromes clínicos (trastornos mentales y del comportamiento). Los internos de los 4 tipos de delitos presentan un indicador bajo y nulo en las escalas, A Trastorno de Ansiedad, N Trastorno Bipolar, T Dependencia de Sustancias, H Trastorno Somatomorfo, D Trastorno Distímico, y la escala R Trastorno Estrés Postraumático. Sin embargo en la escalas B Dependencia del Alcohol, los internos que están por los delitos.

CAPITULO V

DISCUSIÓN

Desde hace algunos años la sociedad peruana y arequipeña ha cuestionado y criticado el trabajo que se viene realizando en los establecimientos penitenciarios de nuestro país, pues la percepción de inseguridad ciudadana ha llegado a niveles realmente preocupantes, y las instituciones indicadas para resolver esta situación como lo es el Instituto Nacional Penitenciario cuyo objetivo es resocializar a las personas que por diferentes circunstancias infringen la ley. Se cuestiona entonces si es realmente efectiva la política de estado para trabajar en los penales de nuestro país y partiendo de este cuestionamiento es que nosotros hemos analizado el proceso de resocialización que sigue un interno en un penal y las herramientas con las que cuenta el equipo de profesionales para realizar esta ardua labor; identificando que el tratamiento psicológico que siguen todos los internos en general es el mismo, no atendiendo las particularidades que puedan presentar los internos según el delito que hayan cometido; por lo que hemos planteado evaluar a 328 internos de la zona de mínima seguridad agrupándolos en cuatro diferentes tipos de delito y así poder determinar sus trastornos y rasgos de personalidad específicos, a fin de que podamos señalar si existen diferencias o semejanzas según el tipo de delito. Tomando en cuenta que los internos evaluados en el presente estudio han cometido el delito por primera vez puesto que su nivel de peligrosidad no es tan alto y pueden ser resocializados.

Consideramos que es de vital importancia tomar como base las particularidades individuales de cada interno, así como señala T. Millón: “*La evaluación debería servir como base para la terapia, sin ella la terapia no podría llevarse a cabo de manera lógica. El objetivo de la evaluación es, el objetivo de la ciencia, pero siempre aplicada a la persona en su totalidad y no a una área de estudio. Debe entenderse desde una perspectiva científica la interacción de síntomas manifiestos, los rasgos de personalidad y factores psicosociales*”. Consecuentemente pretendemos aportar información más detallada para que en lo posterior se haga evaluaciones más integrales y se trabaje con programas psicológicos más especializados y focalizados en los trastornos y rasgos de personalidad específicos presentes en cada uno de los delitos.

En consecuencia con lo antes mencionado presentamos que los internos sentenciados por delitos contra la libertad sexual no presentan trastornos de personalidad como tal, sin embargo los rasgos de personalidad encontrados nos encaminan a afirmar que estas personas podrían llegar a presentar trastorno paranoide, claro no sin antes realizar una evaluación psicológica más profunda y comprobarlo de manera individual. Podríamos señalar que a partir de nuestra observación y experiencia *in situ* que estas personas son en su mayoría desconfiadas, pero confiables para su víctima, es por ello que estas personas seleccionan a su víctima dentro de su esfera familiar y amical, asumiendo siempre el control de la situación.

Estas personas muestran también rasgos de personalidad esquizoide, narcisista y con probable dependencia al alcohol, esto explicado porque son individuos que se muestran pasivos, indiferentes a su entorno y preocupados en sí mismos, casi nunca participan en actividades sociales, asimismo la mayoría de actos de violación provocados por estas personas se produjeron bajo la influencia del alcohol.

Con respecto a los delitos contra el patrimonio los rasgos de personalidad predominantes son esquizoide, narcisista y dependencia al alcohol. Estas personas se muestran con pocas habilidades empáticas, la carencia de afecto por sus familiares cercanos es notoria, la mayoría de estos infractores provienen de clases económicas bajas y de familias disfuncionales por lo que tienen un marcado sentido de superioridad, mostrando superficialidad y compitiendo por ser el más fuerte dentro del mundo del hampa. Podemos señalar que el consumo excedido del alcohol es una actividad frecuente en este grupo de personas ya que en su mayoría cometan el delito para satisfacer este vicio.

En relación a los delitos contra la vida, el cuerpo y la salud encontramos la presencia de rasgos de personalidad compulsiva y narcisista. Estas personas muestran ser prudentes y controlados para no caer en el rechazo social, muchas veces caen en la supresión de sus sentimientos apagándose a personas con carácter más fuerte que el de ellos, detrás de este aparente decoro social aparece el enfado y el poco manejo de la ira, que conlleva en ellos una situación de descontrol ocasionando lesiones y hasta la muerte misma en sus víctimas.

En los delitos contra la seguridad pública los rasgos de personalidad predominantes son esquizoide y narcisista ya que estas personas no tienen conciencia del daño que producen a sus víctimas, son indiferentes y poco empáticos, en su mayoría también provienen de estratos económicos bajos por lo que incurren en la comercialización de drogas o armas para ganar dinero, son personas pasivas ya que no utilizan medios violentos para lograr sus fines.

Pensamos que el interés de estos resultados radica en el planteamiento y la formulación de nuevos planes de intervención de los delincuentes y ser más precisos en el pronóstico de reincidencia en los penales de nuestro país, partiendo del hecho de que los trastornos y rasgos de personalidad se asemejen en función al tipo de delito cometido, pudiéndose orientar a posibles intervenciones psicológicas más eficaces.

En conclusión creemos que se puede y se debe tomar en cuenta los datos ofrecidos en el presente estudio como punto de partida para posteriores investigaciones y así poder trabajar en la resocialización de personas infractoras de la ley, ya que no solo es necesario disuadir sino también prevenir estas conductas delictivas que tanto daño le hacen a la sociedad.

CONCLUSIONES

PRIMERA: Que los internos sentenciados por los delitos contra la vida, el cuerpo y la salud no presentan trastornos de personalidad, sin embargo dentro de los patrones clínicos de personalidad encontramos dos escalas con indicadores moderados, narcisista y compulsivos, en el resto de escalas, indicadores bajos. En cuanto a patología grave de la personalidad nos muestran todas las escalas con indicadores bajos. En los síndromes clínicos hay 3 escalas con indicadores nulos, somatomorfo, distimia y trastorno por estrés post-traumático; en el resto de escalas, indicadores bajos. En los síndromes clínicos graves la escala de depresión presenta indicador nulo, la escala delirante presenta indicador bajo.

SEGUNDA: Que los internos sentenciados por los delitos contra el patrimonio no presentan trastornos de personalidad, sin embargo dentro de los patrones clínicos de personalidad encontramos dos escalas con indicadores moderados, esquizoide y narcisista, en el resto de escalas indicadores bajos. En cuanto a patología grave de la personalidad nos muestran todas las escalas con indicadores bajos. En los síndromes clínicos hay 1 escala con indicador moderado, dependencia del alcohol; en el resto de escalas indicadores bajos. En los síndromes clínicos graves las escala de depresión y delirante presentan indicadores bajos.

TERCERA: Que los internos sentenciados por los delitos contra la libertad sexual no presentan trastornos de personalidad, sin embargo dentro de los patrones clínicos de personalidad encontramos dos escalas con indicadores moderados, esquizoide y narcisista, en el resto de escalas indicadores bajos. En cuanto a patología grave de la personalidad nos muestran una escala con indicador moderado, paranoide; en el resto de escalas indicadores bajos. En los síndromes clínicos hay 1 escala con indicador moderado, dependencia del alcohol; en el resto de escalas indicadores bajos. En los síndromes clínicos graves las escala de depresión y delirante presentan indicadores bajos.

CUARTA: Que los internos sentenciados por los delitos contra la seguridad pública no presentan trastornos de personalidad, sin embargo dentro de los patrones clínicos de personalidad encontramos dos escalas con indicadores moderados, esquizoide y narcisista, en el resto de escalas indicadores bajos. En cuanto a patología grave de la

personalidad nos muestran todas las escalas con indicadores bajos. En los síndromes clínicos hay 1 escala con indicador nulo, trastorno por estrés post-traumático; en el resto de escalas indicadores bajos. En los síndromes clínicos graves las escala de depresión presenta indicador nulo y la escala delirante presenta indicador bajo.

QUINTA: Existen diferencias entre los distintos tipos de escalas presentes en los diversos tipos de delitos.

SEXTA: Existen una sola escala que repite el indicador moderado, la escala narcisista, en los cuatro tipos de delitos estudiados. Asimismo presentan indicadores bajos en los diversos tipos de delito las escalas evitativo, depresivo, dependiente, histriónico, antisocial, sadista, negativista, masoquista, esquizotípico, límite, ansiedad, bipolar-maniaco, dependencia de drogas, trastorno del pensamiento, trastorno delirante.

RECOMENDACIONES

PRIMERA: En base a las semejanzas y diferencias entre los rasgos de personalidad encontrados, elaborar planes de tratamiento psicológicos pensados en el tipo de delito que hayan cometido, para resolver aspectos específicos que ayuden a la correcta resocialización de los internos.

SEGUNDA: Elaborar investigaciones más profundas como estudios de caso o investigaciones cualitativas para obtener información que ayude a ampliar el conocimiento de las características que presentan los internos y contribuir con su correcto tratamiento.

TERCERA: Que se implanten nuevas políticas de estado en relación al proceso de resocialización que se lleva a cabo en los penales de nuestro país, con el fin de tener una clasificación de internos más objetiva y permita aplicar el tratamiento psicológico adecuado.

CUARTA: Que se brinde las facilidades y las herramientas correspondientes al equipo de psicólogos que laboran en los penales de nuestro país, para que ejecuten su trabajo de la mejor manera y brinden los resultados que la sociedad espera.

QUINTA: Que se trabaje psicopedagógicamente conductas pro sociales, tomando en cuenta que se debe buscar la prevención de conductas delictivas sobre todo en las instituciones educativas de todo el Perú en especial en los niveles iniciales y primarios.

BIBLIOGRAFIA

- OCMP. (15 de marzo del 2016). *Boletín informativo sobre índice de criminalidad.* Obtenido de Observatorio de Criminalidad del Ministerio Público y la Fiscalía de la Nación: <http://portal.mpfn.gob.pe/boletininformativo/informaciongeneral>
- Huambachano. C.J. (2015).), Escuela del Ministerio Publico, Lima. Recuperado el abrilde 2016, de 2016
https://www.inei.gob.pe/media/criminalidad/Exposiciones/Juan_Huambachano.pdf
- UNODC, (2013), *noticias UNODC Perú.* Obtenido de Oficina de las Naciones Unidas Contra la Drogen y el Delito: <https://www.unodc.org/peruandecuador/es/>
- García, E. A., & Sánchez-López, P. (1999). *Los estilos de personalidad: su medida a través del inventario millon.* Madrid, España. Recuperado el Mayo de 2016, de http://www.um.es/analesps/v15/v15_2pdf/06v98_19pilars3.PDF
- Guerrero, L. G. (2011). *Trastornos de la personalidad:influencia sobre la conducta delictiva y repercusiones forenses en la jurisdiccion penal.* Madrid, España. Recuperado en el 2016 <https://www.psicologosforenses.org/wp-content/uploads/2014/02/Tesis-Laura.pdf>
- INPE. (18 de octubre de 2016). *Republica del Peru.* Obtenido de Instituto Nacional Penitenciario: <http://www.inpe.gob.pe/>
- Millon, T. (2006). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna* (2da. Edicion ed.). (M. S. Fernandez, Trad.) Barcelona, España: M Masson. Recuperado <https://tuvntana.files.wordpress.com/2015/06/trastornos-de-la-personalidad-en-la-vida-moderna-millon-theodore.pdf>
- Millon, T. (2007). *Inventario Clinico Multiaxial de Millon III.* España: TEA Ediciones .
- Morchori. (1990). *Psicología Penitenciaria.* recuperado el 10 de abril del 2016,
<http://aprenderalacan.es.tl/PSICOLOGIA-FORENSE-%3Cimg-src%3D-g->-d--s--s-www-.freeiconsweb-.com-s-Icons-s-16x16-.~-.-New-.~-.-icons-s-New-.~-.-icons-.~-.-07-.gif-g-%3E.htm>

Pozo, J. H. (1999-2000). *Derecho penal y discriminación de la mujer: anuario de derecho penal*. Peru . Recuperado el Septiembre de 2016, de
<https://books.google.com.pe/books?id=ekJXx433U5AC&pg=PA337&dq=codigo+penal+peruano+actual&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwjr0cmj1JjRAhWF6yYKHYjAOAQ6AEINzAG#v=onepage&q=codigo%20penal%20peruano%20actual&f=false>

Rivero, J. C., Vergara, B. B., & Carballo, Á. S. (2014). Trastornos de la personalidad en reclusos que han cometido delitos agravados. *Article Information*, 34-47. Recuperado el Septiembre de 2016, de
<http://revistas.ugca.edu.co/index.php/inciso/article/view/264/501>

Sánchez, R. O. (2003). *Theodore Millon, una teoría de la personalidad y su patología*. Argentina . Recuperado el Julio de 2016, de
<http://www.scielo.br/pdf/pusf/v8n2/v8n2a08.pdf>

Tallo, M. O., Sánchez, L. M., & Cardenal, V. (2002). *PERFIL PSICOLÓGICO DE DELINCUENTES SEXUALES*. Barcelona, España. Recuperado el Abril de 2016, de
http://www.uma.es/Psicologia/docs/eudemon/divulgacion/perfil_psicologico_delincuentes_sexuales.pdf

Zapatero, L. A. (1993). *Estudios de Criminología I* (Universidad la Castilla - La Mancha ed.). La Castilla . Recuperado
https://books.google.com.pe/books?id=5NIwdx6BzzEC&pg=PA100&lpg=PA100&dq=el+desarrollo+moral+de+un+delincuente&source=bl&ots=tcYVmPmpVS&sig=9L9o6eb_I9D4AppqxvaGcYRQH5U&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwjU8aDc4JLRAhXDLSYKHThpDaEQ6AEIRzAH#v=onepage&q=el%20desarrollo%20moral%20de%20un%20delincuente&f=false

Zavarse, M. F. (2013). *UN ENFOQUE PSICOLOGICO DE LA PERSONALIDAD CRIMINAL*. Venezuela . Recuperado el Abril de 2016, de
<http://servicio.bc.uc.edu.ve/educacion/revista/a3n5/3-5-14.pdf>

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE "SAN AGUSTÍN" DE AREQUIPA
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

"AÑO DE LA CONSOLIDACIÓN DEL MAR DE GRAU"

Arequipa, 2016 Julio 11

1005

(Alobo 642)

SEÑORA
EUFEMIA RODRIGUEZ LOAIZA
DIRECTORA DE LA OFICINA REGIONAL SUR – INPE

PRESENTE

Es grato dirigirnos a usted, para expresarle un cordial saludo, siendo estudiantes de la Escuela Profesional de Psicología de la Facultad de Psicología, Relaciones Industriales y Ciencias de la Comunicación de la Universidad Nacional de San Agustín:

- Arosquipa Paredes, Yanina Evelin
- Gutiérrez Díaz, Renzo

Los cuales tuvimos el privilegio de realizar nuestras Prácticas Pre-Profesionales de Psicología Clínica y Psicología Social en el Penal de Socabaya (pabellón de varones) del 12 de enero al 15 de diciembre del 2015 y habiendo culminado satisfactoriamente nuestras Prácticas Pre-Profesionales. Pasamos a solicitarle permiso para realizar la investigación que lleva por título "**PERFIL PSICOLÓGICO DE INTERNOS VARONES SENTENCIADOS Y RECLUIDOS EN LA ZONA DE MINIMA SEGURIDAD DEL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO DE SOCABAYA DE AREQUIPA – 2016**", para la elaboración de nuestra Tesis, las cuales planeamos realizarla en dicha institución, tomando como muestra la población de los pabellones "A" y "B", los cuales serán evaluados con el MILLON III (test psicológico). Así mismo solicitamos el permiso para el ingreso a dicha institución por un periodo de 2 meses (julio y agosto) del presente año, permitiéndonos así la evaluación a todos los internos que se encuentran recluidos en la zona de minima seguridad. Apelamos a su comprensión, comprometiéndonos a entregar los resultados de la investigación al jefe encargado del departamento de Psicología del Penal de Socabaya.

Agradeciendo su gentil colaboración para la realización de nuestra investigación y permitirnos crecer como profesionales, quedo de usted.

Adjuntamos:

- ✓ El proyecto de investigación
- ✓ Test psicológico (MILLON III)

Atentamente, la suscrita

YANINA EVELIN AROSQUIPA PAREDES
ESTUDIANTE DE PSICOLOGÍA

Arequipa, 03 de julio de 2016

04-7-16
Atk.

Señor Dr.

Lucio Portugal Catacora

Coordinador del Módulo de Psicología Social

Presente.-

Asunto: Opinión Proyecto de Tesis "PERFIL PSICOLOGICO DE INTERNOS VARONES SENTENCIADOS Y RECLUIDOS EN LA ZONA DE MÍNIMA SEGURIDAD DEL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO DE SOCABAYA DE AREQUIPA - 2016", presentada por los Bachilleres Arósquiza Paredes Yanina Evelin y Gutiérrez Díaz Renzo Joao André

De mi especial consideración:

Previos mis saludos hago llegar a Ud. Opinión respecto al proyecto de tesis de la referencia, la propuesta es adecuada, original y de contribución al sector que está dirigido.

Sin otro particular me suscribo de Ud.

Atentamente:


Dr. José Ángel Roldán Humpire.

120

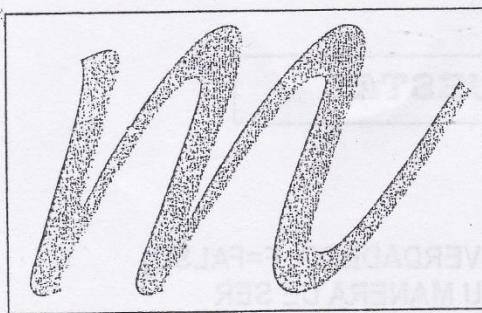


INSTITUTO NACIONAL PENITENCIARIO



MCMII - III

INVENTARIO CLÍNICO MULTIDIMENSIONAL DE MILLON (III)



Datos socio-demográficos y clínicos

NOMBRE

Nº DE IDENTIFICACIÓN

FECHA DE NACIMIENTO

 - -

SEXO

| | |
|---|---|
| M | F |
|---|---|

1. ESTADO CIVIL

- | | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> No ha estado casado | <input type="checkbox"/> Casado en 1er. matrimonio | <input type="checkbox"/> Casado (segundas nupcias o más) |
| <input type="checkbox"/> Separado | <input type="checkbox"/> Divorciado | <input type="checkbox"/> Vive en pareja |
| <input type="checkbox"/> Viudo | <input type="checkbox"/> Otros (especificar) _____ | |

2. NIVEL DE ESTUDIOS ALCANZADO (Marque con una aspa el que corresponda)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Primarios (hasta 6º grado de Educación Primaria) | <input type="checkbox"/> Instituto Incompleto |
| <input type="checkbox"/> Secundaria completa | <input type="checkbox"/> Superior Universitario Completo |
| <input checked="" type="checkbox"/> Secundaria incompleta | <input type="checkbox"/> Superior Universitario incompleto |
| <input type="checkbox"/> Instituto Completo | <input type="checkbox"/> Otros niveles (indicar) _____ |

3. ENTORNO EN EL QUE CONTESTA LA PRUEBA (Marque con una aspa el que corresponda)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Centro docente (Escuela, Universidad, etc.) | <input type="checkbox"/> Centro de salud |
| <input type="checkbox"/> Ingresado en un centro hospitalario o clínica | <input type="checkbox"/> Orientación o selección profesional |
| <input checked="" type="checkbox"/> Centros de detención | <input type="checkbox"/> Otros niveles (indicar) _____ |

4. LUGAR DE ORIGEN Y RESIDENCIA

Lugar de Origen

Lugar de residencia

5. INDIQUE CON LOS NUMEROS 1 Y 2 SUS DOS PRINCIPALES PROBLEMAS

- | | | |
|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Matrimonial o familiar | <input type="checkbox"/> Confianza en si mismo | <input type="checkbox"/> Trabajo, estudios, empleo |
| <input type="checkbox"/> Cansancio o enfermedad | <input type="checkbox"/> Soledad | <input type="checkbox"/> Alcohol |
| <input type="checkbox"/> Drogas | <input type="checkbox"/> Problemas mentales | <input type="checkbox"/> Conducta antisocial |
| <input type="checkbox"/> Otros (especificar) _____ | | |



INSTITUTO NACIONAL PENITENCIARIO



INSTITUTO NACIONAL PENITENCIARIO

HOJA DE RESPUESTAS

MARQUE CON UN ASPA LA RESPUESTA (V=VERDADERO; F=FALSO)
QUE MEJOR LE DESCRIBA A UD. Y A SU MANERA DE SER

| | V | F |
|---|---|---|
| 1 | | F |
| 2 | V | |
| 3 | F | |
| 4 | F | |
| 5 | F | |

| | V | F |
|----|---|---|
| 26 | | F |
| 27 | V | |
| 28 | V | |
| 29 | V | |
| 30 | | F |

| | V | F |
|----|---|---|
| 51 | | F |
| 52 | V | |
| 53 | F | |
| 54 | F | |
| 55 | | F |

| | V | F |
|----|---|---|
| 76 | | F |
| 77 | | F |
| 78 | | F |
| 79 | | F |
| 80 | | F |

| | V | F |
|-----|---|---|
| 101 | V | |
| 102 | | F |
| 103 | V | |
| 104 | | F |
| 105 | | F |

| | V | F |
|-----|---|---|
| 126 | V | |
| 127 | V | |
| 128 | | F |
| 129 | | F |
| 130 | | F |

| | V | F |
|-----|---|---|
| 151 | | F |
| 152 | | F |
| 153 | | F |
| 154 | | F |
| 155 | V | |

| | V | F |
|----|---|---|
| 6 | V | |
| 7 | F | |
| 8 | F | |
| 9 | F | |
| 10 | V | |

| | V | F |
|----|---|---|
| 31 | | F |
| 32 | | F |
| 33 | | F |
| 34 | | F |
| 35 | | F |

| | V | F |
|----|---|---|
| 56 | | F |
| 57 | | F |
| 58 | | F |
| 59 | | F |
| 60 | V | |

| | V | F |
|----|---|---|
| 81 | | F |
| 82 | V | |
| 83 | | F |
| 84 | | F |
| 85 | V | |

| | V | F |
|-----|---|---|
| 106 | | F |
| 107 | | F |
| 108 | | F |
| 109 | | F |
| 110 | | F |

| | V | F |
|-----|---|---|
| 131 | V | |
| 132 | | F |
| 133 | V | |
| 134 | V | |
| 135 | V | |

| | V | F |
|----|---|---|
| 11 | | F |
| 12 | F | |
| 13 | F | |
| 14 | F | |
| 15 | V | |

| | V | F |
|----|---|---|
| 36 | | F |
| 37 | | F |
| 38 | | F |
| 39 | | F |
| 40 | V | |

| | V | F |
|----|---|---|
| 61 | | F |
| 62 | V | |
| 63 | | F |
| 64 | | F |
| 65 | | F |

| | V | F |
|----|---|---|
| 86 | | F |
| 87 | V | |
| 88 | | F |
| 89 | V | |
| 90 | V | |

| | V | F |
|-----|---|---|
| 111 | | F |
| 112 | | F |
| 113 | V | |
| 114 | V | |
| 115 | V | |

| | V | F |
|-----|---|---|
| 136 | | F |
| 137 | V | |
| 138 | | F |
| 139 | | F |
| 140 | | F |

| | V | F |
|----|---|---|
| 16 | V | |
| 17 | F | |
| 18 | F | |
| 19 | F | |
| 20 | V | |

| | V | F |
|----|---|---|
| 41 | | F |
| 42 | | F |
| 43 | | F |
| 44 | V | |
| 45 | | F |

| | V | F |
|----|---|---|
| 66 | | F |
| 67 | | F |
| 68 | | F |
| 69 | V | |
| 70 | | F |

| | V | F |
|----|---|---|
| 91 | | F |
| 92 | V | |
| 93 | | F |
| 94 | | F |
| 95 | | F |

| | V | F |
|-----|---|---|
| 116 | V | |
| 117 | | F |
| 118 | | F |
| 119 | | F |
| 120 | | F |

| | V | F |
|-----|---|---|
| 141 | V | |
| 142 | V | |
| 143 | P | |
| 144 | V | |
| 145 | V | |

| | V | F |
|----|---|---|
| 21 | V | |
| 22 | | F |
| 23 | F | |
| 24 | F | |
| 25 | F | |

| | V | F |
|----|---|---|
| 46 | | F |
| 47 | V | |
| 48 | V | |
| 49 | V | |
| 50 | | F |

| | V | F |
|----|---|---|
| 71 | V | |
| 72 | | F |
| 73 | F | |
| 74 | F | |
| 75 | F | |

| | V | F |
|-----|---|---|
| 96 | | F |
| 97 | V | |
| 98 | V | |
| 99 | V | |
| 100 | F | |

| | V | F |
|-----|---|---|
| 121 | | F |
| 122 | V | |
| 123 | V | |
| 124 | V | |
| 125 | P | |

| | V | F |
|-------|---|---|
| 146 | V | |
| 147 | V | |
| 148</ | | |

1. Últimamente parece que me quedo sin fuerzas, incluso por la mañana.
2. Me parece muy bien que haya normas porque son una buena guía a seguir.
3. Disfruto haciendo tantas cosas diferentes que no puedo decidir por cuál empezar.
4. Gran parte del tiempo me siento débil y cansado.
5. Sé que soy superior a los demás, por eso no me importa lo qué piense la gente.
6. La gente nunca ha reconocido suficientemente las cosas que he hecho.
7. Si mi familia me presiona, es probable que me enfade y me resista a hacer lo qué ellos quieren.
8. La gente se burla de mí a mis espaldas, hablando de lo que hago o parezco.
9. Frecuentemente critico mucho a la gente que me irrita.
10. Raramente exteriorizo las pocas emociones que suelo tener.
11. Me resulta difícil mantener el equilibrio cuando camino.
12. Muestro mis emociones fácil y rápidamente.
13. En el pasado, mis hábitos de tomar drogas me han causado problemas a menudo.
14. Algunas veces puedo ser bastante duro y desagradable con mi familia.
15. Las cosas que hoy van bien no durarán mucho tiempo.
16. Soy una persona muy agradable y sumisa.
17. Cuando era adolescente, tuve muchos problemas por mi mal comportamiento en el colegio.
18. Tengo miedo a acercarme mucho a otra persona porque podría acabar siendo ridiculado o avergonzado.
19. Parece que elijo amigos que terminan tratándome mal.
20. He tenido pensamientos tristes gran parte de mi vida desde que era niño.
21. Me gusta coquetear con las personas del otro sexo.
22. Soy una persona muy variable y cambio opiniones y sentimientos continuamente.
23. Beber alcohol nunca me ha causado verdaderos problemas en mi trabajo.
24. Hace unos años comencé a sentirme un fracasado.
25. Me siento culpable muy a menudo sin ninguna razón.
26. Los demás envidian mis capacidades.
27. Cuando puedo elegir, prefiero hacer las cosas solo.
28. Pienso que el comportamiento de mi familia debería ser estrictamente controlado.
29. La gente normalmente piensa que soy una persona reservada y seria.
30. Últimamente he comenzado a sentir deseos de destrozar cosas.
31. Creo que soy una persona especial y merezco que los demás me presten una particular atención.
32. Siempre estoy buscando hacer nuevos amigos y conocer gente nueva.
33. Si alguien me criticase por cometer un error rápidamente le señalaría sus propios errores.
34. Últimamente he perdido los nervios.
35. A menudo renuncio a hacer cosas porque temo no hacerlas bien.
36. Muchas veces me dejo llevar por mis emociones de ira y luego me siento terriblemente culpable por ello.
37. Muy a menudo pierdo mi capacidad para percibir sensaciones en partes de mi cuerpo.
38. Hago lo que quiero sin preocuparme de las consecuencias que tenga en los demás.

- 39 Tomar las llamadas "drogas ilegales" puede ser imprudente, pero reconozco que en el pasado las he necesitado.
- 40 Creo que soy una persona miedosa e inhibida.
- 41 He hecho impulsivamente muchas cosas estúpidas que han llegado a causarme grandes problemas.
- 42 Nunca perdonó un insulto ni olvido una situación embarazosa que alguien me haya causado.
- 43 A menudo me siento triste o tenso, inmediatamente después de que me haya pasado algo bueno.
- 44 Ahora me siento terriblemente deprimido y triste gran parte del tiempo.
- 45 Siempre hago lo posible por complacer a los demás, incluso a quienes no me gustan.
- 46 Siempre he sentido menos interés por el sexo que la mayoría de la gente.
- 47 Siempre tiendo a culparme a mí mismo cuando las cosas salen mal.
- 48 Hace mucho tiempo decidí que lo mejor es tener poco que ver con la gente.
- 49 Desde niño, siempre he tenido que tener cuidado con la gente que intentaba engañarme.
- 50 No soporto a las personas influyentes que siempre piensan que pueden hacer las cosas mejor que yo.
- 51 Cuando las cosas son aburridas, me gusta provocar algo interesante o divertido.
- 52 Tengo un problema con el alcohol que nos ha creado dificultades a mi familia y a mí.
- 53 Los castigos nunca me han impedido hacer lo que yo quería.
- 54 Muchas veces me siento muy alegre y animado sin ninguna razón.
- 55 En las últimas semanas me he sentido agotado sin ningún motivo especial.
- 56 Últimamente me he sentido muy culpable porque ya no soy capaz de hacer nada bien.
- 57 Pienso que soy una persona muy sociable extrávertida.
- 58 Me he vuelto muy nervioso en las últimas semanas.
- 59 Controlo muy bien mi dinero para estar preparado en caso de necesidad.
- 60 Simplemente, no he tenido la suerte que otros han tenido en la vida.
- 61 Algunas ideas me dan vueltas en la cabeza una y otra vez y no desaparecen.
- 62 Desde hace uno o dos años, al pensar sobre la vida, me siento muy triste y desanimado.
- 63 Mucha gente ha estado espiando mi vida privada durante años.
- 64 No sé por qué pero, a veces, digo cosas crueles sólo para hacer sufrir a los demás.
- 65 En el último año he cruzado el Atlántico en avión 30 veces.
- 66 En el pasado, el hábito de abusar de las drogas me ha hecho faltar al trabajo.
- 67 Tengo muchas ideas que son avanzadas para los tiempos actuales.
- 68 Últimamente tengo que pensar las cosas una y otra vez sin ningún motivo.
- 69 Evito la mayoría de las situaciones sociales porque creo que la gente va a criticarme o rechazarme.
- 70 Muchas veces pienso que no merezco las cosas buenas que me pasan.
- 71 Cuando estoy solo, a menudo noto cerca de mí la fuerte presencia de alguien que no pude ser visto.
- 72 Me siento desorientado, sin objetivos, y no sé hacia dónde voy en la vida.
- 73 A menudo dejo que los demás tomen por mí decisiones importantes.

- DE LA PÁGINA DE CINCO MUY ALTA DE MIL 100
74. No puedo dormirme, y me levanto tan cansado como al acostarme.
75. Últimamente sudo mucho, y me siento muy tenso.
76. Tengo una y otra vez pensamientos extraños de los que desearía poder librarme.
77. Tengo muchos problemas para controlar el impulso de beber en exceso.
78. Aunque esté despierto, parece que no me doy cuenta de la gente que está cerca de mí.
79. Con frecuencia estoy irritado y de mal humor.
80. Para mí es muy fácil hacer muchos amigos.
81. Me avergüenzo de algunos de los abusos que sufrió cuando era joven.
82. Siempre me aseguro de que mi trabajo esté bien planeado y organizado.
83. Mis estados de ánimo cambian mucho de un día para otro.
84. Me falta confianza en mí mismo para arriesgarme a probar algo nuevo.
85. No culpo a quien se aprovecha de alguien que se lo permite.
86. Desde hace algún tiempo me siento triste y deprimido y no consigo animarme.
87. A menudo me enfado con la gente que hace las cosas lentamente.
- (88) Cuando estoy en una fiesta nunca me aíslo de los demás.
89. Observo a mi familia de cerca para saber en quién se puede confiar y en quién no.
90. Algunas veces me siento confuso y molesto cuando la gente es amable contigo.
91. El consumo de "drogas ilegales" me ha causado discusiones con mi familia.
92. Estoy solo la mayoría del tiempo y lo prefiero así.
93. Algunos miembros de mi familia dicen que soy egoísta y que sólo pienso en mí mismo.
94. La gente puede hacerme cambiar de ideas fácilmente, incluso cuando pienso que ya había tomado una decisión.
95. A menudo irrito a la gente cuando les doy órdenes.
96. En el pasado la gente decía que yo estaba muy interesado y apasionado por demasiadas cosas.
97. Estoy de acuerdo con el refrán: "Al que manda Dios le ayuda".
98. Mis sentimientos hacia las personas importantes en mi vida muchas veces oscilan entre el amor y el odio.
99. Cuando estoy en una reunión social, en grupo, casi siempre me siento tenso y cohibido.
100. Supongo que no soy diferente de mis padres ya que, hasta cierto punto, me he convertido en un alcohólico.
101. Creo que no me tomo muchas de las responsabilidades familiares tan seriamente como debería.
102. Desde que era niño he ido perdiendo contacto con la realidad.
103. Gente mezquina intenta con frecuencia aprovecharse de lo que he realizado o ideado.
104. No puedo experimentar mucho placer porque no creo merecerlo.
105. Tengo pocos deseos de hacer amigos íntimos.
106. He tenido muchos períodos en mi vida en los que he estado tan animado y he consumido tanta energía que luego me he sentido muy bajo de ánimo.
107. He perdido completamente mi apetito y la mayoría de las noches tengo problemas para dormir.
108. Me preocupa mucho que me dejen solo y tenga que cuidar de mí mismo.

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

- INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS
- 145 Me paso la vida preocupándome por una cosa u otra.
- 146 Siempre me pregunto cuál es la razón real de que alguien sea especialmente agradable conmigo.
- 147 Ciertos pensamientos vuelven una y otra vez a mi mente.
- 148 Pocas cosas en la vida me dan placer.
- 149 Me siento tembloroso y tengo dificultades para conciliar el sueño debido a dolorosos recuerdos de un hecho pasado que pasan por mi cabeza repetidamente.
- 150 Pensar en el futuro al comienzo de cada día me hace sentir terriblemente deprimido.
- 151 Nunca he sido capaz de librarme de sentir que no valgo nada para los demás.
- 152 Tengo un problema con la bebida que he tratado de solucionar sin éxito.
- 153 Alguien ha estado intentando controlar mi mente.
- 154 He intentado suicidarme.
- 155 Estoy dispuesto a pasar hambre para estar aún más delgado de lo que estoy.
- 156 No entiendo por qué algunas personas me sonríen.
- 157 No he visto un coche en los últimos diez años.
- 158 Me pongo muy tenso con las personas que no conozco bien, porque pueden querer hacerme daño.
- 159 Alguien tendría que ser bastante excepcional para entender mis habilidades especiales.
- 160 Mi vida actual se ve todavía afectada por 'imágenes mentales' de algo terrible que me pasó.
- 161 Parece que creo situaciones con los demás en las que acabo herido o me siento rechazado.
- 162 A menudo me pierdo en mis pensamientos y me olvido de lo que está pasando a mí alrededor.
- 163 La gente dice que soy una persona delgada, pero creo que mis muslos y mi trasero son demasiado grandes.
- 164 Hay terribles hechos de mi pasado que vuelven repetidamente para perseguirmel en mis pensamientos y sueños.
- 165 No tengo amigos íntimos al margen de mi familia.
- 166 Casí siempre actúo rápidamente y no pienso las cosas tanto como debiera.
- 167 Tengo mucho cuidado en mantener mi vida como algo privado, de manera que nadie pueda aprovecharse de mí.
- 168 Con mucha frecuencia oigo las cosas con tanta claridad que me molesta.
- 169 Siempre estoy dispuesto a ceder en una riña o desacuerdo porque temo el enfado o el rechazo de los demás.
- 170 Repito ciertos comportamientos una y otra vez, algunas veces para reducir mi ansiedad y otras para evitar que pase algo malo.
- 171 Recientemente he pensado muy en serio en quitarme de en medio.
- 172 La gente me dice que soy una persona muy formal y moral.
- 173 Todavía me aterrorizo cuando pienso en una experiencia traumática que tuve hace años.
- 174 Aunque me da miedo hacer amistades, me gustaría tener más de las que tengo.
- 175 A algunas personas que se supone que son mis amigos les gustaría hacerme daño.

FIN DE LA PRUEBA.

COMPRUEBE, POR FAVOR,
QUE NO HA DEJADO NINGUNA
FRASE SIN CONTESTAR.

CASO 1

ANAMNESIS

I. DATOS DE FILIACIÓN

- Nombre y apellidos : J.J.S. G
- Edad : 31
- Sexo : Masculino
- Fecha de nacimiento : 03/09/1983
- Lugar de nacimiento : Puno
- Grado de instrucción : Superior incompleta
- Estado civil : Soltero
- Procedencia : Arequipa
- Ocupación : Estudiante de derecho
- Religión : Cristiano
- Ocupación actual : Sin actividad
- Referente : Consejo Técnico de Tratamiento
- Informantes : El interno y la Madre
- Lugar de evaluación : Sistema Penitenciario
- Fechas de evaluación : Mes de Agosto a Septiembre del 2016
- Examinadora : Yanina Evelin Arosquipa Paredes

II. MOTIVO DE CONSULTA

El paciente es derivado a consulta psicológica por el consejo técnico de tratamiento del establecimiento penitenciario, debido a que actualmente se encuentra armando beneficios penitenciarios para el cual requiere de una evaluación psicológica completa.

III. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD O DEL PROBLEMA ACTUAL

➤ Tiempo de duración

El paciente tiene el problema de sustraer cosas desde la edad de 5 años, hasta antes de su ingreso al Sistema Penitenciario.

➤ Forma de inicio

Se inicia a la edad de 5 años comenzando a sustraer dinero de sus padres y demás familiares, mientras crecía el aumento de alzar cosas era más frecuente. Durante el colegio: sustraía las pertenencias de sus profesores, compañeros, amigos y demás personas que laboraban en dicha institución, por ese motivo tuvo que cambiarse de escuela en varias ocasiones. Este comportamiento fue incrementando cada día más en la adolescencia. En la juventud empieza a planificar sus robos y estudiar a las personas buscando las oportunidades e ingeníárselas para conseguir su objetivo, tomando dinero y cosas materiales de los demás.

➤ Síntomas principales

Al inicio cuando comenzó a sustraer dinero y cosas materiales de las personas solo era por fastidiar a los demás, luego quiso probarse a sí mismo su habilidad e ingeniosidad para pasar desapercibido y no ser descubierto. Pero mientras crecía no le parecía suficiente lo que le

daban sus padres, por eso decide conseguir dinero por sus medios, para gastar todo lo que quería, y para vestirse con ropa de marca. Comenzó a tener la necesidad de siempre tener dinero a su disposición, y con la confianza de que cada vez que se metía en problemas su madre era quien terminaba solucionando todos sus problemas, su comportamiento de sustraer cosas comenzó hacerse más frecuente.

➤ **Relato**

El paciente empieza desde pequeño a sustraer dinero de sus familiares, mientras crecía no solo alzaba dinero sino también cosas materiales de sus compañeros, profesores y demás personas. En su adolescencia se da cuenta que tiene la habilidad de sustraer cosas de las personas sin que nadie se dé cuenta o sospechare de él, debido a que siempre andaba bien vestido y todos sabían que provenía de una familia estable económicamente, es así que decide aprovecharse de esa situación. En su juventud salía a las calles y atracaba a personas para robarle sus objetos de valor, pero menciona que sólo fue en pocas ocasiones sobre todo cuando se encontraba en estado de ebriedad, no le gustó esas experiencias debido al contacto directo con las personas, porque él solamente quería quitarle sus objetos de valor mas no lastimarlos, es por eso que nunca utilizó objetos punzocortantes en sus robos. Cuando inicio la universidad conoce a un amigo que le incita el robo de personas homosexuales, resaltando que característica de estas personas son: falta de amor afectiva, debido a que muchos de ellos esconde su orientación sexual por el temor de ser rechazados. Motivo por el cual comienza a conocer a estas personas mediante una red social y también asiste a bares o discotecas de ese entorno para relacionarse con ese tipo de personas, haciéndose pasar por una persona con la misma orientación sexual. Ganándose la confianza de ellos, para luego doparlos, llevarlos a un hotel o a la misma casa de la víctima y extraer dinero y objetos de valor para luego venderlos. Para no ser denunciado él tomaba fotos a sus víctimas con él, y los amenazaba que si ellos decían algo o lo denunciaban, todos sus amigos y familiares iban a conocer su verdadera orientación sexual, ya que muchos de sus víctimas eran de familias ricas, empresarios, otros tenían esposas e hijos, y algunos eran hijos modelos. Nunca nadie lo denuncio, es por eso que él continuaba haciendo esto, hasta el día de su ingreso al establecimiento penitenciario.

➤ **Antecedentes clínicos**

Nunca estuvo enfermo de gravedad, cuando era joven sufrió de gastritis, aspecto que ya ha sido tratado y solucionado, durante su juventud tuvo un accidente jugando futbol fracturándose el brazo izquierdo y la nariz.

Su madre padece de episodios depresivos con frecuencia que le impiden a desenvolverse con normalidad, teniendo que consumir pastillas, refiere el paciente.

IV. ANTECEDENTES PERSONALES

➤ **Gestación y nacimiento**

Se desarrolló de manera normal.

➤ **Niñez**

Cuando tenía 4 años de edad sus padres se separaron, menciona que su padre consumía mucho bebidas alcohólicas, era mujeriego, agresivo, gritón y que golpeaba a su madre delante de él, las peleas y discusiones de sus padres eran constantes, en cuanto a su madre la describe

como una persona renegona, gritona y agresiva. Refiere que él y sus padres vivían en la casa de sus abuelos (padres de su mamá), con los que mantenía una buena relación y les tenía mucho afecto, hasta el día que descubrió que su abuelo tenía una amante y que dejó a su abuela para irse con ella. Desde ese día no siente ningún aprecio hacia su abuelo, debido a la decepción que se llevó de él. La abuela era quien le brindaba comprensión y amor cuando sus padres se separaron, además menciona que fue la única persona quien se preocupaba por él, nunca tuvo confianza, ni respeto, ni se sentía amado por sus padres, cuando tenía problemas acudía siempre a su abuela y solo en pocas ocasiones a su madre. Cuenta también que cuando empezó a alzar dinero solo le reñían, su padre nunca lo castigó, su madre solo le pellizcaba en los brazos y le daba algunos correazos; nunca sufrió de necesidades económicas, debido a que sus padres y familiares vienen de un ámbito económico estable perteneciendo a una clase media alta económicamente. Le gustaba jugar fútbol, usar ropa de marca y estar con sus amigos, las veces que sustrajo dinero cuando era niño fue de familiares, amigos, profesores y compañeros. En la adolescencia se vino a vivir a la ciudad de Arequipa con sus tíos y posteriormente su madre también se vino para vivir con él, a su padre solo lo veía algunos días a la semana.

➤ **Escolaridad**

Inició la etapa escolar a la edad de 4 años cuando fue al jardín, en la primaria no fue un buen estudiante, porque no le gustaba estudiar, solo deseaba estar con los amigos y hacer chacota, en esta edad comienza a alzar cosas más frecuentemente de sus maestros, amigos, y compañeros, motivado por el sentimiento de satisfacción de sí mismo al mostrar la habilidad de pasar desapercibido y de no ser atrapado por los demás; todos pensaban que solo era chacotero y juguetón. Mantuvo buenas relaciones con sus profesores y compañeros, por ser una persona con habilidades sociales al momento de relacionarse con los demás.

En la secundaria tuvo problemas de conducta, debido a que no le gustaba obedecer y porque seguía sustrayendo dinero y objetos de las personas, tuvo que cambiarse de escuela varias veces, pero nunca fue expulsado, en ocasiones no iba al colegio, esperaba que su madre se fuera a trabajar para esconderse, y luego regresar a su casa y saltarse las clases. En esta etapa comienza a disfrutar más del tiempo que pasaba con sus amigos que de sus familiares, debido a las constantes comparaciones con sus primos por parte de sus padres. La facilidad de hacer amigos y de entablar comunicación con ellos, era mucho mejor de la que mantenía con su madre, refiriendo que ella nunca mostró interés por él, aludiendo que en una ocasión su madre se enteró que había repetido después de haber pasado un año, también menciona que en muchas ocasiones invitó a su madre a que asistiera a sus partidos de futbol en los campeonatos de futbol, pero que ella nunca asistió, hecho que le terminó decepcionando y que hasta el día de hoy le fastidia al recordarlo. Así mismo menciona que tuvo que cambiarse de escuela en 8 oportunidades por su comportamiento, nunca fue maltratado por un amigo u otra persona, debido a que no tenía miedo a nadie y que siempre se hacía respetar.

En su juventud ingresa a una universidad particular donde estuvo estudiando publicidad y derecho, nunca mostró interés por los estudios, y que solo iba para conocer gente y salir con chicas, en esa época comenzó a consumir bebidas alcohólicas y salir a bares constantemente, la relación con sus padres siempre fue la misma. Aquí conoce más gente que le incita a robos más perfeccionados, donde aprende a planificar, y manipular a las personas; habilidad que refiere que ha sabido perfeccionarlo con el tiempo. Asistió a la universidad por un periodo de dos años, lo abandona por falta de interés, y decide dedicarse completamente al robo de dinero y objetos materiales de víctimas homosexuales.

➤ **Aspecto psicosexual**

Nunca recibió ninguna charla por parte de sus padres sobre el ámbito sexual, porque no le dieron importancia; sus primeros conocimientos sobre el sexo lo obtuvo, de sus amigos, charlas que recibió en su colegio y anuncios que salían en el televisor. En cuanto a sus primeros impulsos sexuales lo tuvo a la edad de 14 años cuando se encontraba jugando a las escondidas con una de sus amigas de su colegio, quien le atraía mucho, en esa misma edad se interesó en salir con chicas, pero nunca lo tomó en serio, porque solo era curiosidad. A la edad de 19 años se interesó en una señorita que vivía cerca de su casa, con quien salía frecuentemente a cenar y a bares; menciona que lo que más le agradaba de ella era su sencillez, durante el tiempo que mantuvo una relación afectiva con ella nunca le fue infiel, le gustaba complacerla en todo lo que le pedía y la trataba bien, pero nunca le dijo a que se dedicaba o de donde sacaba dinero, porque ella sabía que él tenía una familia acomodada y por eso no sospechaba. La relación se terminó después de 2 años, debido a que la familia de él no aceptaba a su enamorada por ser de una familia de bajos recursos, y la familia de ella no lo aceptaba a él porque hizo que abortara en dos oportunidades.

Actualmente se encuentra manteniendo una relación amorosa con tres señoritas, dos de ellas son solteras y una es madre soltera todas ellas profesionales, las dos señoritas solteras lo visitan de vez en cuando, la tercera señorita es quien lo visita todos los domingos y es con la que mantienen más una relación de pareja, comenta que todas la señoritas que lo visitan saben a lo que se dedicó y porque está en el Penal, no tiene miedo que lo dejen debido a que él no se encuentra enamorado de ninguna de ellas. Solo desea sacar provecho de ellas, para que lo visiten, le traigan cosas y lo complazcan sexualmente. Menciona haber comenzado a sentir más aprecio por la señorita que es madre soltera, por eso procura no pedirle cosas debido a que tiene un hijo y no quiere que descuide a su hijo por traerle cosas para él.

➤ **Historia de la recreación y de la vida**

Desde pequeño le gustaba jugar fútbol, estar con sus amigos, y estar siempre bien vestido; en la adolescencia le gusta salir con chicas. En esta etapa el empieza a interesarse más por extraer cosas de las demás personas comenzando a planificar sus robos y estudiar a sus víctimas, cada vez que miraba que podía alzar algo y pasar desapercibido lo hacía, refiere que nunca le interesó robar a una persona que sabía que no tenía, pero si la persona era fácil de manipular terminaba aprovechándose de cualquier persona; siendo esto una de las actividades que más le gustaba hacer debido a que siempre conseguía dinero fácilmente, el cual le permitía gastar sin restricciones en ropa de marca, mujeres, alcohol y fiestas. Cuando empieza a asistir a la universidad conoce a un amigo quien le enseña robar a personas homosexuales, calificándolas como personas que siempre necesitan afecto debido a que muchas veces esas personas tenían que ocultar su orientación sexual debido al miedo del rechazo de las personas, es ahí donde inicia su interés por este tipo de personas, haciéndose pasar por homosexual para atraer a estas personas, luego doparlos y llevarlos a un hotel, y extraer todas sus pertenencias de valor. Esta acción le pareció tan fácil que decide especializarse por completo en el robo de personas homosexuales, y solo en ocasiones salía a la calle a interceptar a transeúntes.

➤ **Actividad laboral**

Su primer trabajo lo tuvo a la edad de 18 años, como vendedor de Cd pero solo estuvo 3 meses debido a que renunció, ya que no le gustaba recibir órdenes; luego ingresó como vendedor en un supermercado permaneciendo solo por 2 meses, al igual que el primero terminó renunciando; y como último trabajo fue supervisor de maquinaria pesada, en donde estuvo por contrato, cuando terminó este se retiró. Refiere que nunca extrajo algo de sus centros de trabajo, debido a que no sintió interés y le parecía aburrido. Actualmente dentro del Sistema Penitenciario no trabaja solo ayuda de vez en cuando a algunas autoridades que laboran en dicha institución.

➤ **Servicio militar**

No asistió al servicio militar, porque nunca le interesó.

➤ **Hábitos e influencia nocivas o toxicas**

Nunca se interesó por el consumo de drogas, pero si bebía alcohol, pero nunca tuvo problemas para controlarlo, ya que muchas veces tomaba solo para que su enamorada lo viero y se sintiera culpable por dejarlo. La mayor parte de su vida le gustaba estar sobrio para planear bien sus robos.

V. ANTECEDENTES MÓRBIDOS PERSONALES

➤ **Enfermedades y accidentes**

Cuando era niño sufrió de gastritis, pero que entró en tratamiento y eliminó el malestar; también refiere que por estar jugando fútbol se fracturó la tibia y el peroné, a la edad de 19 años tuvo un accidente automovilístico en donde se golpeó la cabeza fracturándose la nariz, por el cual ha tenido intervenciones quirúrgicas en la nariz en tres oportunidades.

➤ **Personalidad Pre mórbida**

Siempre fue un niño alegre, inquieto, le gustaba hacer bromas constantemente, en ocasiones se tendía a comerse las uñas, le agradaba estar con sus amigos jugando fútbol, deporte por el cual manifestó más interés, el cual le permitió hacer amigos rápidamente; sus pasatiempos en la adolescencia era siempre vestirse bien, usar cosas de marca, salir con chicas y amigos, irse a fiestas o de viaje con sus amigos. Para lo cual el dinero que necesitaba, lo conseguía mediante el robo de dinero, no solamente a familiares, sino también a compañeros, profesores, amigos y conocidos. Siendo en esta etapa, donde se observó el aumento el comportamiento delictivo, por necesidad de satisfacer solo sus deseos personales, al inicio sus robos solo era con la intención de fastidiar a los demás y probarse así mismo su capacidad de pasar desapercibido. Pero el comportamiento de sustraer objetos de los demás fue más frecuente, convirtiendo en una habitación, ya que siempre que él veía la oportunidad de sustraer dinero y objetos materiales sin que se den cuenta, lo hacía. En la juventud el deseo de siempre tener dinero en su poder aumentaba, a pesar de que sus padres y familiares le daban dinero. Mientras repetía una y otra la acción empezó a perfeccionar sus robos, dándose cuenta que la gente más fácil para robar, eran las personas que emocionalmente inestables y los que eran fáciles de manipular. Aspecto del cual él se aprovechó, para salirse con la suya. Ya que sus padres eran quienes se encargaban de interferir, cuando él se metía en problemas por su comportamiento, nunca fue castigado, solo en ocasiones fue reprendido, motivo por el cual nunca dejó de seguir realizando las mismas acciones una y otra vez.

VI. ANTECEDENTES FAMILIARES

➤ Composición familiar

Su familia está compuesta por su padre, madre y él, siendo el único hijo de ambos; su madre tiene 56 años es abogada y fiscal, su padre tiene 58 años es operador de movistar. Cuando tenía 4 años sus padres se separaron, su padre se fue de la casa, su madre y él se quedaron a vivir en la casa de sus abuelos maternos. En la adolescencia comenzó a vivir con su madre en un apartamento hasta el día de su ingreso al penal. Su padre siempre ha estado ausente, solo lo veía los fines de semana o cuando necesitaba dinero.

➤ Dinámica familiar

Manifiesta que su familia son personas que desean que todos sus miembros de su familia estudien, para que sean profesionales y esperan que se relacionen con personas de su mismo vínculo social. Tiene tíos que lo apoyan actualmente, pero que algunos lo critican, actitud que le es indiferente. Solo siente agradecimiento y respeto por su abuela materna y su tío Omar hermano de su mamá, quien lo visita y le da dinero actualmente.

➤ Condición socioeconómica

Toda su familia pertenece a la clase media alta, sus abuelos son de Puno y ahí tienen propiedades, su padre es operador en Movistar, su madre es Abogada y Fiscal , sus tíos también tienen propiedades todos ellos son profesionales, sus primos estudian y trabajan en sus profesiones, y que él es el único “descarriado” en su familia, antes de su ingreso al penal vivió en un departamento con su madre siempre estuvo bien amoblada y es propiedad de su madre; su padre vive separado también tiene su departamento que cuentan con todos los servicios básicos y necesarios para la familia; menciona que a veces se iba a vivir en una casa que él mismo alquiló donde guardaba todas las cosas que extraía de sus víctimas. Nunca le hizo falta dinero porque siempre sus padres, sus tíos y abuelos le daban.

➤ Antecedentes patológicos

Ningún familiar suyo tuvo problemas de salud graves, su padre sufre de asma pero que ya ha sido controlado, su madre actualmente presenta estados depresivos.

VII. RESUMEN

El paciente es hijo único, a la edad de 4 años sufre el proceso de separación de sus padres, el exceso del consumo de bebidas alcohólicas por parte de su padre provocaba discusiones frecuentes con su madre, debido a las constantes infidelidades por parte de él, motivo por el cual su madre decide separarse. La relación con sus abuelos maternos fue buena, sentía que ellos lo comprendían mejor y que verdaderamente se preocupaban por él, pero a la edad de 5 años su abuelo se separa de su abuela por irse con otra mujer, hecho que lo decepcionó mucho, debido a la gran admiración que sentía por su abuelo. En esa edad es donde comienza a ser rebelde y comenzar alzar dinero de sus padres y familiares para llamar la atención de ellos. En la adolescencia comienza a presentar problemas de comportamiento, provocando que sea cambiado de escuela en varias oportunidades, hecho que le fue indiferente por la falta de apego afectivo que presentaba. También en esa edad comenzó a alzar cosas con más frecuencia no solo de familiares, sino ahora de amigos, profesores, compañeros y desconocidos; gastando todo lo que desea en chicas, fiestas, ropas de marca, y en reuniones con sus amigos. Nunca recibió castigos por sus acciones, por lo que continuaba haciéndolos

una y otra vez, sus padres nunca mostraron interés por sus actividades, por lo que terminó acostumbrándose a esa situación; mostrándose indiferente a ello. Sus padres solo mostraban interés o preocupación cuando causaba problemas en el colegio, pero que a pesar de eso él era feliz porque podía hacer lo que él quería y podía obtener cosas materiales de ello. En su juventud conoce a un amigo que le incita a robar a personas homosexuales, manifestando que son personas fáciles de manipular y de aprovecharse de ellos. Motivo por el cual comienza a concurrir a bares o reuniones donde asistían este tipo de personas, para realizar sus atracos a estas personas.

La relación con sus padres siempre fue distante, no mantenía buena relación con sus demás familiares, debido a los constantes robos realizados por él a su propia familia. Toda su familia tenía un ámbito económico estable, ya que todos eran profesionales y empresarios, por eso nunca se interesó por trabajar, porque sus padres solventaban sus gastos personales; pero a pesar de eso él siempre tenía la necesidad de tener más, por eso nunca dejó de robar, manifestando que ya se había convertido en un hábito. Siempre actuó solo, debido a que no le gusta recibir órdenes de los demás, ni compartir con nadie sus logros.

24 de octubre del 2016

EXAMEN MENTAL

I. DATOS DE FILIACIÓN

- Nombre y apellidos : J. J. S. G
- Edad : 31
- Sexo : Masculino
- Fecha de nacimiento : 03/09/1983
- Lugar de nacimiento : Puno
- Grado de instrucción : Superior incompleta
- Estado civil : Soltero
- Procedencia : Arequipa
- Ocupación : Estudiante de derecho
- Religión : Cristiano
- Ocupación actual : Sin ocupación
- Referente : Consejo Técnico de Tratamiento
- Informantes : El interno y la madre
- Lugar de evaluación : Sistema penitenciario
- Fechas de evaluación : Mes de Agosto a Septiembre del 2016
- Examinador : Yanina Evelin Arosquipa Paredes

II. PORTE, COMPORTAMIENTO Y ACTITUD

➤ Apariencia general y actitud psicomotora

El paciente de 31 años de edad, de una estatura de 177cm, contextura gruesa, tiene ojos cafés, de tez trigueña, el color de cabello es castaño claro, tiene 4 tatuajes (hombro, pantorrillas y en la muñeca), también se observa dos cicatrices (brazo izquierdo y nariz) a consecuencia del accidente que tuvo cuando era joven, durante la entrevista siempre mostró una postura relajada y cómoda. Presenta un adecuado alineo personal. Actualmente se encuentra cumpliendo condena por el delito de robo agravado en el establecimiento penitenciario de la ciudad de Arequipa.

➤ Molestia general y manera de expresarla

Durante la entrevista el paciente se mostró tranquilo, sereno y colaborador, nunca se incomodó con las preguntas que se le realizaban, siempre dispuesto a responder a toda pregunta. De la persona que más se refería era de su madre, mencionando que está cansado que su madre le eche la culpa de su problema de depresión, y que se queje con todos las personas del comportamiento presentado por él, así mismo por las constantes comparaciones con su padre. Muestra su molestia cuando refiere “que me molesta la actitud de mi mamá, porque siempre llora haciéndose la víctima y no se da cuenta que la que se hace más daño es ella misma por su comportamiento, y que al final, el que está en prisión soy yo, no ella, mi padre y mis tíos ya lo han superado y solo me dicen que siga adelante y siento que me apoyan, pero mi madre se ahoga en un vaso de agua, ¿porque no lo supera ella?, si ya todos lo superamos, me da cólera esa actitud de mi mamá, porque no me gusta dar pena a la gente”. Menciona que solo su madre lo viene a ver o se interesa por él cuándo hace cosas malas dentro del Penal, pero cuando está tranquilo ni siquiera lo llama. Su padre y su tío Omar son quienes lo visitan frecuentemente. Cuando se le preguntó quiénes eran las personas más

importantes en su vida, señala que su abuela materna y su madre, al mismo rato mencionan que no le importa su madre. Mostrando una contradicción en sus sentimientos hacia su madre.

➤ **Actitud hacia el examinador y hacia el examen**

Se mostró respetuoso, cuando se le preguntaba siempre respondía con un tono de voz adecuado y acompañada de una sonrisa de satisfacción, mostrándose como una persona alegre, chacotero, seguro y tranquilo. En cuanto a las evaluaciones al inicio, los comienzo a realizar de manera rápida, preguntando para que servía cada uno de las pruebas aplicadas, interesándose en los resultados que pueda salir; cuando le tocó realizar la prueba de inteligencia se mostraba más serio, concentrado, preocupado y nervioso, tomándose más tiempo que las demás pruebas.

➤ **Comportamiento**

Su comportamiento en todo momento fue de una persona tranquila, relajada y cómoda con lo que decía; en momentos mostraba molestia cuando hablaba de la actitud de su madre, pero luego continuaba hablando con mucha comodidad y tranquilidad.

III. ATENCIÓN, CONCIENCIA Y ORIENTACIÓN

➤ **Atención**

Durante toda la entrevista se mostró atento, no hubo la necesidad de repetir las preguntas.

➤ **Conciencia o estado de alerta**

El paciente es consciente de sus actos, pero no muestra arrepentimiento por cometerlos, comprende lo que las personas o profesionales le dicen, pero no los acata debido a que no le gusta recibir órdenes. Así mismo no le preocupa lo que los demás digan o piensen de él, porque no le gusta estresarse por esas cosas.

➤ **Orientación**

Se encuentra orientado en espacio, tiempo y persona. Discrimina adecuadamente el lugar en el que se encuentra, de qué manera afrontarlo y como sobrevivir dentro de ello, mostrando mucha confianza de sí mismo.

IV. LENGUAJE

El desarrollo de su lenguaje es adecuado, usa palabras técnicas, teniendo en cuenta que él tuvo estudio superior, pero que no logró culminarlo, así mismo estuvo estudiando derecho en el mismo centro penitenciario. Durante la entrevista no se observó ninguna alteración en la comunicación, entendía rápido lo que se le preguntaba y respondía tranquilo con un tono de voz adecuado y fácil de comprender.

V. PENSAMIENTO

El curso del pensamiento se encuentra conservado, pero si se observó la presencia de ideas fijas en cuanto a su comportamiento, mencionando muchas veces que él es así, y que nadie lo va a poder cambiar.

VI. PERCEPCIÓN

No se observó ninguna alteración en cuanto a la percepción, pero presenta dificultades para sentir empatía por las demás personas, debido a que siempre pone sus necesidades en primer lugar.

VII. MEMORIA

Su memoria se encuentra conservada, tanto su memoria mediata e inmediata, mencionando fechas, edades y lugares donde ocurrieron algunas acciones que el paciente recuerda y las menciona.

VIII. FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL

De acuerdo a la evaluación y desenvolvimiento durante la entrevista, presenta un coeficiente intelectual normal promedio, aspecto que le permite analizar las situaciones para tomar una decisión y ser responsable de sus actos.

IX. ESTADO DE ÁNIMO Y AFECTOS

Su estado de ánimo durante la entrevista, fue de una persona tranquila, serena y relajada, mostrando alegría en todo momento, con una actitud de satisfacción cuando narraba los hechos. Refiriendo que durante su vida siempre fue una persona feliz y alegre, que aunque esté en un Sistema Penitenciario siempre trata de sacarle el lado bueno, encontrando algo para divertirse, hasta el día que pueda salir de allí, pero que no se desespera por eso.

X. COMPRENSIÓN Y GRADO DE INCAPACIDAD DEL PROBLEMA O ENFERMEDAD

El paciente reconoce que tiene problemas debido a que le gusta tomar las cosas de los demás, sin importarle lo que pase después, pero menciona que dentro del Sistema penitenciario solo extrajo algunos objetos para molestar a las personas y que miente solo para salvarse de cualquier castigo. Menciona que el impulso de robar, él lo puede contralar, porque en algunas ocasiones piensa en lo que está mal o bien, y las consecuencias que le pueden traer. Pero trata de evitar ese tipo de pensamientos para que más adelante no se estrese.

XI. RESUMEN

El paciente aparece su edad cronológica, presenta aseo y un adecuado arreglo personal, es de tez trigueña y de contextura gruesa; durante toda la entrevista se mostró tranquilo, sereno y colaborador, nunca se incomodó con las preguntas que se le realizaban, siempre estuvo dispuesto a responder cada uno de ellas. Se encuentra orientado en espacio, tiempo, persona, así mismo es consciente de los actos que le llevaron a perder su libertad, por el cual se encuentra cumpliendo una condena de 8 años en el establecimiento penitenciario de Arequipa por el delito de robo agravado. En cuanto a su nivel intelectual presenta un nivel normal promedio, su lenguaje es inteligible y claro; su memoria mediata e inmediata se encuentran conservados; así mismo se observó la presencia de pensamientos fijos, debido a que él quería tener siempre la razón, estuvo atento durante toda la entrevista, su actitud fue de una persona que no le temía a nada, que no le preocupa lo que las demás personas

piensen de él, que está tranquilo y feliz porque no se preocupa de las cosas, ni las piensa demasiado. En ocasiones se molestaba cuando hablaba de su madre debido a que no le gusta que se queje o llore haciéndose la víctima y culpándolo a él de su depresión.

24 de octubre del 2016

INFORME PSICOMÉTRICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

- Nombre y apellidos : J. J. S. G
- Edad : 31
- Sexo : Masculino
- Fecha de nacimiento : 03/09/1983
- Lugar de nacimiento : Puno
- Grado de instrucción : Superior incompleta
- Estado civil : Soltero
- Procedencia : Arequipa
- Ocupación : Estudiante de derecho
- Religión : Cristiano
- Ocupación actual : Sin actividad
- Referente : Consejo Técnico de Tratamiento
- Informantes : El interno y la madre
- Lugar de evaluación : Centro penitenciario
- Fechas de evaluación : Mes de Agosto a Septiembre del 2016
- Examinadora : Yanina Evelin Arosquipa paredes

II. OBSERVACIONES GENERALES

Durante la evaluación el paciente se muestra tranquilo, y colaborador; cuando realizó los dibujos solicitados, comenzó a realizarlos de prisa, manifestando “que no sabe dibujar bien”; en el test de inteligencia mientras avanzaba en los ítems comenzaba ponerse nervioso debido al grado de dificultad de los ítems, moviendo la cabeza de un lado al otro, llevando sus manos hacia la boca una y otra como señal de concentración y en ocasiones sonreía y preguntaba “¿está bien si me equivoco, verdad?” y seguidamente continuaba.

III. INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Pruebas Psicológicas y Proyectivas
- Test de inteligencia TONI – 2
 - Inventario Clínico Multiaxial de Millón III
 - Cuestionario revisado de personalidad de Eysenck EPQ - R
 - Test del árbol
 - Test de la persona bajo la lluvia
 - Cuestionario para el perfil de agresividad

IV. INTERPRETACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

A. ÁREA INTELECTUAL

- TONI – 2

En cuanto a su nivel intelectual se encuentra en un “Promedio Normal”, es decir que el evaluado es capaz de entender y solucionar los diversos problemas que se le presenten, así

mismo puede adaptarse al entorno que le rodea. Presenta la capacidad de aprender de sus experiencias pasadas para su posterior análisis. Así como también tiene la capacidad de hacerse responsable de sus actos y asumir las consecuencias de ellos.

B. ÁREA DE PERSONALIDAD

- Millón III

El Paciente presenta rasgos narcisistas, presentando actitudes egoístas, y experimentando placer solo por permanecer pasivo o centrado en sí mismo, sus experiencias pasadas le han enseñado a sobreestimar su propio valor, manteniendo un aire de superioridad y autoconfianza que puedan llegar a explotar o aprovecharse de los demás.

Así mismo se observa características antisociales, debido a que es una persona que tiende a actuar para contrarrestar la expectativa de dolor y desprecio de otros, mediante comportamientos ilegales dirigidos a manipular el entorno a favor de él mismo, su tendencia al engrandecimiento refleja el escepticismo respecto a las motivaciones de los otros, tiende a ser irresponsable e impulsivo, utilizando la insensibilidad y crueldad como sus únicos medios para evitar abusos y engaños.

- EPQ – R Eysenck

Paciente que tiende a ser problemático, no se preocupa por lo que diga la gente, en ocasiones suele ser cruel e inhumano, carece de sentimientos y empatía, siendo en general insensible y hostil incluso con las personas que lo aprecian, ridiculizándolas y contrariándolas siempre. Le gustan las cosas inusuales y extrañas, refiriendo que no teme al peligro. Es sociable, impulsivo, generalmente arriesgado e improvisado, le gustan las bromas, y se adapta con facilidad a los cambios, pero no siempre es una persona fiable.

- La persona bajo la lluvia y El árbol

Presenta características extrovertidas y narcisistas, tiende a afrontar los problemas sin exponerse a riesgos innecesarios, suele ser egoísta, vanidoso e infantil. Presenta la capacidad de prever y recurrir a la agresión como defensa, usando la lógica y frialdad para el análisis. Así mismo presenta tendencias psicóticas, con índices de desconfianza hacia las personas que lo rodean.

C. AREA DE AGRESIVIDAD

En cuanto a su perfil de agresividad, es una persona que hace uso de la agresión proactiva y reactiva, esta agresión es premeditada y planificada para conseguir un fin determinado y tener control sobre alguien mediante la agresión hostil, así mismo usa la fuerza física cuando se siente demasiado hostigado por sus compañeros.

24 de octubre del 2016

INFORME PSICOLÓGICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

- Nombre y apellidos : J. J. S. G
- Edad : 31
- Sexo : Masculino
- Fecha de nacimiento : 03/09/1983
- Lugar de nacimiento : Puno
- Grado de instrucción : Superior incompleta
- Estado civil : Soltero
- Procedencia : Arequipa
- Ocupación : Estudiante de derecho
- Religión : Cristiano
- Ocupación actual : Sin actividad
- Referente : Consejo Técnico de Tratamiento
- Informantes : El interno y la madre
- Lugar de evaluación : Sistema Penitenciario
- Fechas de evaluación : Mes de Agosto a Septiembre del 2016
- Examinadora : Yanina Arosquipa Paredes

II. MOTIVO DE CONSULTA

El paciente es derivado a consulta psicológica por el consejo técnico de tratamiento del establecimiento penitenciario, debido a que actualmente se encuentra armando beneficios penitenciarios para el cual requiere de una evaluación psicológica completa.

III. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Observación
- Entrevista
- Pruebas Psicológicas
 - Test de inteligencia TONI – 2
 - inventario Clínico Multiaxial de Millón III
 - Cuestionario revisado de personalidad de Eysenck EPQ - R
 - Test del árbol
 - Test de la persona bajo la lluvia
 - Cuestionario para el perfil de agresividad

IV. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

El paciente es hijo único, a la edad de 4 años sufre el proceso de separación de sus padres, el exceso del consumo de bebidas alcohólicas por parte de su padre provocaba discusiones frecuentes con su madre, debido a las constantes infidelidades por parte de él, motivo por el cual su madre decide separarse. La relación con sus abuelos maternos fue buena, sentía que ellos lo comprendían mejor y que verdaderamente se preocupaban por él, pero a la edad de 5 años su abuelo se separa de su abuela por irse con otra mujer, hecho que lo decepcionó

mucho, debido a la gran admiración que sentía por su abuelo. Es en esa edad donde comienza a ser rebelde y comenzar alzar dinero de sus padres y familiares para llamar la atención de ellos. En la adolescencia comienza a presentar problemas de comportamiento, provocando que sea cambiado de escuela en varias oportunidades, hecho que le fue indiferente por la falta de apego afectivo que presentaba. También en esa edad comenzó a alzar cosas con más frecuencia no solo de familiares, sino ahora de amigos, profesores, compañeros y desconocidos; gastando todo lo que desea en chicas, fiestas, ropas de marca, y en reuniones con sus amigos. Nunca recibió castigos por sus acciones, por lo que continuaba haciéndolos una y otra vez, sus padres nunca mostraron interés por sus actividades, por lo que terminó acostumbrándose a esa situación; mostrándose indiferente a ello. Sus padres solo mostraban interés o preocupación cuando causaba problemas en el colegio, pero que a pesar de eso él era feliz porque podía hacer lo que él quería y podía obtener cosas materiales de ello. En su juventud conoce a un amigo que le incita a robar a personas homosexuales, manifestando que son personas fáciles de manipular y de aprovecharse de ellos. Motivo por el cual comienza a concurrir a bares o reuniones donde asistían este tipo de personas, haciéndose pasar por una persona con el mismo interés sexual y atrayéndolos por medio de una red social, para luego doparlos, robarles su dinero y objetos personales. Aspecto que se dedicó hasta antes de ingresar al instituto penitenciario y por el cual cumple una condena.

La relación con sus padres siempre fue distante, no mantenía buena relación con sus demás familiares, debido a los constantes robos realizados por él a su propia familia. Toda su familia tenía un ámbito económico estable, ya que todos eran profesionales y empresarios, por eso nunca se interesó por trabajar, porque sus padres solventaban sus gastos personales; pero a pesar de eso él siempre tenía la necesidad de tener más, por eso nunca dejó de robar, manifestando que ya se había convertido en un hábito. Siempre actuó solo, debido a que no le gusta recibir órdenes de los demás, ni compartir con nadie sus logros.

V. OBSERVACIONES CONDUCTUALES

Paciente de 31 años de edad, presenta aseo y un adecuado arreglo personal, es de tez trigueña y de contextura gruesa; durante toda la entrevista se mostró tranquilo, sereno y colaborador, siempre estuvo dispuesto a responder a cada pregunta. Se encuentra orientado en espacio, tiempo, persona, así mismo es consciente de los actos que le llevaron a perder su libertad, mas no demuestra señales de arrepentimiento, excusando que nunca utilizó la violencia con sus víctimas y que solo extrajo objetos materiales de ellos. Su lenguaje es inteligible y claro; su memoria mediata e inmediata se encuentra conservados; así mismo se observó la presencia de pensamientos fijos, que le ha permitido creer que él es el único que puede controlar su conducta delincuencial, la actitud que muestra es la de una persona que no le teme a nada, que está tranquilo, y que prefiere actuar de manera impulsiva, para no pensar las cosas demasiados, evitando episodios de estrés.

Durante su permanencia en el establecimiento penitenciario ha trabajado en el área de manualidades, que posteriormente fue abandonado; actualmente se encuentra apoyando en el área legal con la clasificación de papelería, siendo este su única actividad que se le conoce. El paciente asiste de forma puntual y responsable a su tratamiento en el área de psicología, los cuales se asisten cada 2 meses. Sin embargo recibió una sanción de 20 días para permanecer en el cuarto de meditación, debido a que se le encontró un mp3 en su poder; y así mismo por sustraer las zapatillas de uno de sus compañeros de habitación, por lo cual se señala que el paciente presenta dificultades de adaptación.

VI. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

De acuerdo a la entrevista, observación y la evaluación al paciente sentenciado por robo agravado: presenta un nivel intelectual dentro del “Promedio Normal”, es decir que el evaluado es capaz de aprender de las experiencias para poder analizar y superar los diversos obstáculos que se le presenten, lo cual le permite ser consciente y responsable de sus actos y acciones. En cuanto a su personalidad presenta características narcisistas y antisociales, mostrando actitudes egoístas y manteniendo un aire de superioridad hacia los demás. Presenta un alto nivel de autoconfianza, aspecto que se observó cuando el paciente refiere “que él puede controlar su comportamiento delictivo”, así mismo tiende a confiar en su habilidad de aprovecharse y manipular de los demás, para conseguir satisfacciones personales, aspecto que el paciente alaba de sí mismo.

Es una persona sociable, lo cual le facilita el poder relacionarse con los demás y congeniar con mucha facilidad; es impulsivo, aspecto que le ha llevado a tener problemas dentro del sistema penitenciario, debido a que no se para a pensar en las consecuencias posteriores de su conducta. Es insensible, debido a que no se percibe ningún sentimiento de empatía de él hacia los demás, poniendo sus necesidades personales por encima de los demás, mostrando ausencia de lazos afectivos hacia sus padres, familiares y parejas actuales. Tiende a actuar para contrarrestar la expectativa de dolor y desprecio de otros, mostrándose siempre como una persona indiferente a lo que piensan o digan los demás de él. Todos estos comportamientos están dirigidos a manipular y llamar la atención de los demás, debido a la falta de interés y amor que recibió por parte de sus padres. Así mismo utiliza la insensibilidad como único medio para evitar episodios de arrepentimiento después de cometer un robo, excusándose en que solo roba a personas con dinero más no a personas pobres o necesitadas, y que nunca ha hecho uso de la violencia para obtener lo que desea.

Suele ser fanfarrón, alegre, conversador, bromista y extrovertido, características resaltantes de su personalidad antisocial, así mismo hace uso del hostigamiento para conseguir su fin determinado y tener control sobre los demás, comportamiento que se le observó en todo momento, consiguiendo que sus padres, profesionales dentro del sistema penitenciario terminen haciendo lo que él desea.

VII. DIAGNÓSTICO Y CONCLUSIÓN

De acuerdo al CIE – 10 el paciente presenta el trastorno Disocial de la personalidad (F60.2), debido a que se observa comportamientos como despreocupación por los sentimientos de los demás, poniendo sus necesidades personales en primer lugar; suele ser irresponsable, debido a que no se compromete con ningún trabajo o actividad; presenta la incapacidad para mantener relaciones duraderas, debido a la falta de lealtad por parte de él hacia los demás; evita sentimientos de culpa , debido a que no le gusta pensar en sus acciones evitando afrontar sus problemas. Presenta una marcada predisposición a culpar a los demás, para evitar ser castigado, descuida sus deberes y obligaciones constantemente.

Se encontró presencia de rasgos de personalidad narcisista y antisocial bien marcados debido a comportamientos como: auto importancia exagerando sus logros y capacidades, falta de empatía hacia los demás, problemas para adaptarse a las normas sociales, mostrando una despreocupación por su propia seguridad, debido a los constantes problemas de comportamiento que presenta. Hay ausencia de remordimientos de sus actos cometidos, minimizando cada una de sus acciones.

Por todo lo expuesto se concluye que el paciente presenta una baja probabilidad de reinserción social, debido a las características propias de su personalidad, como la falta de conciencia de la gravedad de sus acciones, de los cuales no se muestra arrepentido, así mismo los actos cometidos por el propio paciente dentro del Establecimiento Penitenciario que le llevaron a hacer sancionado en dos ocasiones.

VIII. PRONOSTICO

Desfavorable: Debido la presencia de pensamientos fijos, características de su personalidad, y resistencia a su entorno.

IX. RECOMENDACIONES

- Terapia familiar.
- Terapia individual.

24 de octubre del 2016

Yanina Evelin Arosquipa Paredes
Bachiller de Psicología

PLAN PSICOTERAPÉUTICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

- Nombre y apellidos : J. J. S. G
- Edad : 31
- Sexo : Masculino
- Fecha de nacimiento : 03/09/1983
- Lugar de nacimiento : Puno
- Grado de instrucción : Superior incompleta
- Estado civil : Soltero
- Procedencia : Arequipa
- Ocupación : Estudiante
- Religión : Cristiano
- Ocupación actual : Sin ocupación
- Referente : Consejo Técnico de Tratamiento
- Informantes : El interno y la madre
- Lugar de evaluación : Sistema penitenciario
- Fechas de evaluación : Mes de Agosto a Septiembre del 2016
- Examinadora : Yanina Evelin Arosquipa Paredes

II. DIAGNOSTICO PSICOLÓGICO

De acuerdo al CIE – 10 el paciente presenta el trastorno Disocial de la personalidad (F60.2), debido a que se observa comportamientos como despreocupación por los sentimientos de los demás, poniendo sus necesidades personales en primer lugar; suele ser irresponsable, debido a que no se compromete con ningún trabajo o actividad; presenta la incapacidad para mantener relaciones duraderas, debido a la falta de lealtad por parte de él hacia los demás; evita sentimientos de culpa , debido a que no le gusta pensar en sus acciones evitando afrontar sus problemas. Presenta una marcada predisposición a culpar a los demás, para evitar ser castigado, descuida sus deberes y obligaciones constantemente.

Se encontró presencia de rasgos de personalidad narcisista y antisocial bien marcados debido a comportamientos como: auto importancia, llegando exagerando sus logros y capacidades, falta de empatía hacia los demás, problemas para adaptarse a las normas sociales, mostrando una despreocupación por su propia seguridad, debido a los constantes problemas de comportamiento que presenta. Hay ausencia de remordimientos de sus actos cometidos, minimizando cada una de sus acciones.

Es así que por todo lo expuesto se concluye que el paciente presenta una baja probabilidad de reinserción social, debido a las características propias de su personalidad, como la falta de conciencia de la gravedad de sus acciones, de los cuales no se muestra arrepentido, así mismo los actos cometidos por el propio paciente dentro del sistema penitenciario que le llevaron a hacer sancionado en dos ocasiones.

III. OBJETIVOS GENERALES

- Modificar el carácter o los esquemas de la personalidad centrado principalmente en la eliminación de conductas problemáticas específicas y patrones de comportamiento mediante la reestructuración cognitiva.

IV. ACCIONES PSICOTERAPÉUTICAS

- Utilización de la Terapia racional
- Utilización de la terapia cognitivo-conductual
- Reestructuración cognitiva
- Codificación y procesamiento de la información
- El cuestionamiento de las reacciones emocionales actuales mediante la empatía
- Búsqueda de procesos de afrontamiento alternativos para la solución de problemas.

V. DESARROLLO DE LAS TÉCNICAS PSICOTERAPÉUTICAS

➤ Sesiones avanzadas

| Numero de sesiones | TÉCNICA PSICOTERAPÉUTICA | OBJETIVO | META |
|--------------------|--------------------------|--|--|
| 1 | Rapport | Entablar confianza con el paciente y presentación. | Lograr un clima de confianza con el interno. |
| 2 | Entrevista | Recopilación de información sobre su niñez y su familia. | Llenado de la Anamnesis |
| 3 | Entrevista | Recopilación de información sobre su adolescencia, juventud y adultez. | Finalización del llenado de Anamnesis |
| 4 | Observación y entrevista | Indagación sobre la dinámica del delito y observación de su comportamiento al momento de la narración. | Evaluar el grado de conciencia de su delito |
| 5 | Evaluación | Determinar su nivel de inteligencia y grado de agresividad. | Aplicación del Toni II y el cuestionario del perfil de agresividad |
| 6 | Evaluación | Determinar su personalidad mediante la aplicación de test psicológicos. | Aplicación del Millon III, Eysenck y Test Proyectivos. |

➤ **Sesiones recomendadas**

| | | | |
|----|--|---|--|
| 1 | Auto-descubrimiento | Identificar los detonadores de su conducta delictiva y situaciones que potencian su conducta. | Que el paciente admita que tiene un problema. |
| 2 | Identificación del problema | Explorar la historia de los patrones de conducta ilegal o poco ética y la consecuencia de ellos. | Ayudar al paciente a confrontar los intentos de minimización, negación de su conducta y asuma la responsabilidad de sus actos. |
| 3 | Auto-Reconocimiento | Identificar a las verdaderas víctimas de sus acciones. | Disminuir la idea de sí mismos (como buenos) al reconocer como victimizan a los demás. |
| 4 | Análisis de su autoimagen grandiosa | Detectar y discutir distorsiones y creencias desadaptativas. | Mantener una concepción positiva mas no grandiosa de sí mismo, y eliminar las creencias de "yo soy así" |
| 5 | La reestructuración de su imagen | Hacer que el paciente sea realista cuando extraiga conclusiones sobre los pensamientos, sentimientos y motivaciones de los demás. | Fomentar que se sienta responsable, y que se vea capaz de conseguir lo que quiere, pero sin explotar a los demás. |
| 6 | Empatía | Abordar su egolatría (primero yo) y la actitud de ser el número uno siempre. | Que el paciente reconsidera su necesidad de centrarse en él mismo y se comprometa a pensar más en los demás. |
| 7 | Entrenamiento en empatía | Formular creencias más empáticas y programar acorde a ellas. | Estabilizar las emociones del paciente mediante la inversión de roles. |
| 8 | Entrenamiento en solución de problemas | Analizar e identificar las situaciones problemáticas | Establecer prioridades y escoger Soluciones. |
| 9 | Auto - reflexión | Alentar a respetar las reglas y normas, para evitar sanciones. | Mejorar las pautas de relación con las figuras de autoridad. |
| 10 | Terapia Familiar | Exponerles a los padres, sobre el problema de su hijo, para un análisis auto-reflexivo. | Comprometer a los padres de familia en la colaboración en la terapia de su hijo. Mediante refuerzos y castigos. |

VI. TIEMPO DE EJECUCIÓN

El tiempo de ejecución de la terapia dependerá del tiempo que se cuenta en el Establecimiento Penitenciario, y también a la disposición de colaboración del interno en cada una de las sesiones y el avance en cada una de ellas.

VII. AVANCES TERAPÉUTICOS

Se pudo avanzar con las 6 primeras sesiones con una duración de 40 a 50 minutos cada una de ellas. Logrando percibir la presencia de pensamientos fijos y erróneos de su autoimagen y la falta de disposición para el cambio de sus acciones.

24 de octubre del 2016

**Yanina Evelin Arosquipa Paredes
Bachiller de Psicología**

ANEXOS DE

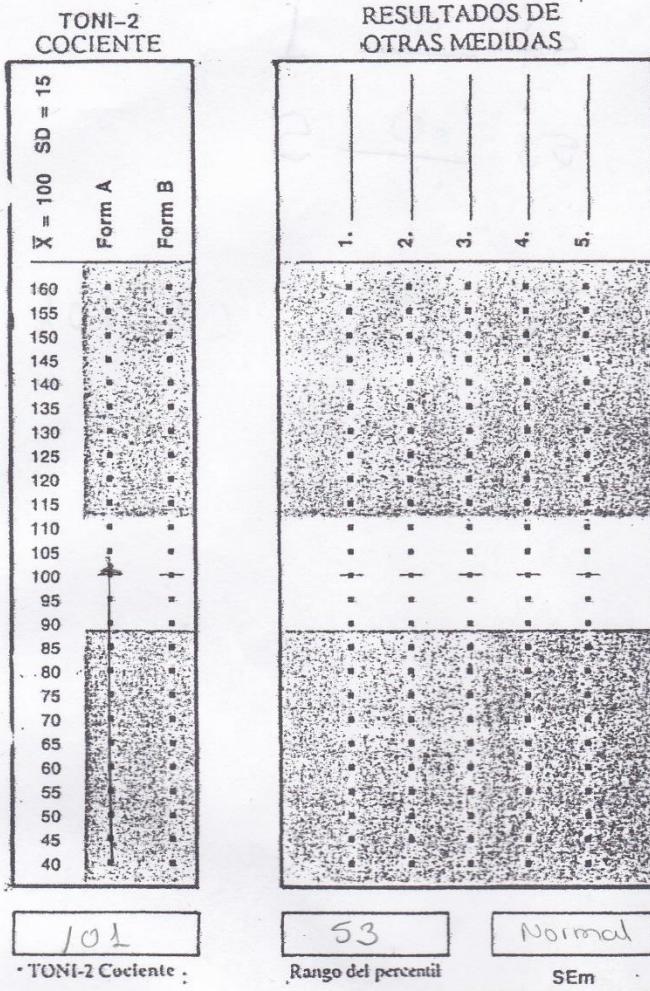
CASO 1

TONI-2

Test of Nonverbal Intelligence

FORMA A HOJA DE RESPUESTAS Y FORMA DE REGISTRO

Sección II. Perfil de los resultados de la Prueba



| Sección III. Datos de Pruebas adicionales | | |
|---|---------------------|-----------------|
| Nombre | Fecha de aplicación | Cociente equiv. |
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 4. | | |

Sección I. Datos de Identificación

Nombre del examinado: Jonathan Jeal Salas
Evaluada

Nombre del padre o tutor del examinado: _____

Colegio: _____ Grado: 2do de universidad

Nombre del Examinador: _____

Título del Examinador: _____

| | |
|---------|-----------|
| Año | Mes |
| 2016 | 06 |
| 1983 | - 09 - 03 |
| 31 años | 9 meses |

Sección IV. Condiciones de Evaluación

¿Quién refirió al sujeto? _____

¿Cuál fue el motivo de referencia? _____

Evaluación individual.

¿Con quién se discutió la referencia del examinado?

Por favor describa las condiciones de evaluación para el TONI – 2 completando o revisando las categorías expuestas debajo.

Administración Grupal (G) ó Individual (I) I

Variables de Ubicación:
Interferente (I) ó No interferente (N)

Nivel de ruido N

Interrupciones, distracciones N

Luz, temperatura N

Privacidad N

Otros _____

Variables de Evaluación:
Interferente (I) ó No interferente (N)

Comprensión del contenido de la prueba N

Comprensión del formato de la prueba N

Nivel de Energía N

Actitud frente a la prueba N

Salud N

Rapport N

25 1 1

26 1 2

27 1 4

28 1 3

29 1 1

30 1 1

31 1 1

32 1 4

33 1 3

34 0 3

35 0 5

36 0 2

37 1 5

38 1 2

39 1 1

40 1 2

41 1 4

42 1 3

43 1 2

44 0 2

45 1 2

46 0 5

47 0 4

48 0 3

49 1 2

50 0 4

51 1 1

52 0 2

53 0 3

54 0 1

55 0 5

56 0 1

57 0 1

58 0 1

59 0 1

60 0 1

61 0 1

62 0 1

63 0 1

64 0 1

65 0 1

66 0 1

67 0 1

68 0 1

69 0 1

70 0 1

71 0 1

72 0 1

73 0 1

74 0 1

75 0 1

76 0 1

77 0 1

78 0 1

79 0 1

80 0 1

81 0 1

82 0 1

83 0 1

84 0 1

85 0 1

86 0 1

87 0 1

88 0 1

89 0 1

90 0 1

91 0 1

92 0 1

93 0 1

94 0 1

95 0 1

96 0 1

97 0 1

98 0 1

99 0 1

100 0 1

101 0 1

102 0 1

103 0 1

104 0 1

105 0 1

106 0 1

107 0 1

108 0 1

109 0 1

110 0 1

111 0 1

112 0 1

113 0 1

114 0 1

115 0 1

116 0 1

117 0 1

118 0 1

119 0 1

120 0 1

121 0 1

122 0 1

123 0 1

124 0 1

125 0 1

126 0 1

127 0 1

128 0 1

129 0 1

130 0 1

131 0 1

132 0 1

133 0 1

134 0 1

135 0 1

136 0 1

137 0 1

138 0 1

139 0 1

140 0 1

141 0 1

142 0 1

143 0 1

144 0 1

145 0 1

146 0 1

147 0 1

148 0 1

149 0 1

150 0 1

151 0 1

152 0 1

153 0 1

154 0 1

155 0 1

156 0 1

157 0 1

158 0 1

159 0 1

160 0 1

161 0 1

162 0 1

163 0 1

164 0 1

165 0 1

166 0 1

167 0 1

168 0 1

169 0 1

170 0 1

171 0 1

172 0 1

173 0 1

174 0 1

175 0 1

176 0 1

177 0 1

178 0 1

179 0 1

180 0 1

181 0 1

182 0 1

183 0 1

184 0 1

185 0 1

186 0 1

187 0 1

188 0 1

189 0 1

190 0 1

191 0 1

192 0 1

193 0 1

194 0 1

195 0 1

196 0 1

197 0 1

198 0 1

199 0 1

200 0 1

201 0 1

202 0 1

203 0 1

204 0 1

205 0 1

206 0 1

207 0 1

208 0 1

209 0 1

210 0 1

211 0 1

212 0 1

213 0 1

214 0 1

215 0 1

216 0 1

217 0 1

218 0 1

219 0 1

220 0 1

221 0 1

222 0 1

223 0 1

224 0 1

225 0 1

226 0 1

227 0 1

228 0 1

229 0 1

230 0 1

231 0 1

232 0 1

233 0 1

234 0 1

235 0 1

236 0 1

237 0 1

238 0 1

239 0 1

240 0 1

241 0 1

242 0 1

243 0 1

244 0 1

245 0 1

246 0 1

247 0 1

248 0 1

249 0 1

250 0 1

251 0 1

HOJA DE RESPUESTAS

Nombres y Apellidos: Jonathan Teal Salas Guenora Edad: 21
 Fecha de Nacimiento: 03/09/1983 Estado Civil: Soltero
 Fecha de Evaluación: 28/10/2015 Ocupación: Estudiante
 Grado de Instrucción: Superior Incompleta Evaluador:

MARQUE CON UN ASPA LA RESPUESTA (V=VERDADERO; F=FALSO)
 QUE MEJOR LE DESCRIBA A UD. Y A SU MANERA DE SER

| | | | | | | | | | | | | | |
|----|-----|----|-----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1 | V F | 26 | V F | 51 | V F | 76 | V F | 101 | V F | 126 | V F | 151 | V F |
| 2 | X | 27 | X | 52 | X | 77 | X | 102 | X | 127 | X | 152 | X |
| 3 | X | 28 | X | 53 | X | 78 | X | 103 | X | 128 | X | 153 | X |
| 4 | X | 29 | X | 54 | X | 79 | X | 104 | X | 129 | X | 154 | X |
| 5 | X | 30 | X | 55 | X | 80 | X | 105 | X | 130 | X | 155 | X |
| 6 | X | 31 | X | 56 | X | 81 | X | 106 | X | 131 | X | 156 | X |
| 7 | X | 32 | X | 57 | X | 82 | X | 107 | X | 132 | X | 157 | X |
| 8 | X | 33 | X | 58 | X | 83 | X | 108 | X | 133 | X | 158 | X |
| 9 | X | 34 | X | 59 | X | 84 | X | 109 | X | 134 | X | 159 | X |
| 10 | X | 35 | X | 60 | X | 85 | X | 110 | X | 135 | X | 160 | X |
| 11 | X | 36 | X | 61 | X | 86 | X | 111 | X | 136 | X | 161 | X |
| 12 | X | 37 | X | 62 | X | 87 | X | 112 | X | 137 | X | 162 | X |
| 13 | X | 38 | X | 63 | X | 88 | X | 113 | X | 138 | X | 163 | X |
| 14 | X | 39 | X | 64 | X | 89 | X | 114 | X | 139 | X | 164 | X |
| 15 | X | 40 | X | 65 | X | 90 | X | 115 | X | 140 | X | 165 | X |
| 16 | X | 41 | X | 66 | X | 91 | X | 116 | X | 141 | X | 166 | X |
| 17 | X | 42 | X | 67 | X | 92 | X | 117 | X | 142 | X | 167 | X |
| 18 | X | 43 | X | 68 | X | 93 | X | 118 | X | 143 | X | 168 | X |
| 19 | X | 44 | X | 69 | X | 94 | X | 119 | X | 144 | X | 169 | X |
| 20 | X | 45 | X | 70 | X | 95 | X | 120 | X | 145 | X | 170 | X |
| 21 | X | 46 | X | 71 | X | 96 | X | 121 | X | 146 | X | 171 | X |
| 22 | X | 47 | X | 72 | X | 97 | X | 122 | X | 147 | X | 172 | X |
| 23 | X | 48 | X | 73 | X | 98 | X | 123 | X | 148 | X | 173 | X |
| 24 | X | 49 | X | 74 | X | 99 | X | 124 | X | 149 | X | 174 | X |
| 25 | X | 50 | X | 75 | X | 100 | X | 125 | X | 150 | X | 175 | X |

Jonathan Jeal Salas Guevara

| <i>Hoja de respuestas</i> | | | | | |
|---|------------------------------|---------------------------------|-----------------|----------------|-------------------------------|
| | Total Verdaderas Proto | Total Verdaderas No Proto | Total Falsas | Total Crudo | Puntajes BR (Base Rate) |
| Total sin contestar | 0 | | | | |
| Errores(doble marca) | 0 | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Escalas de Validez | | | | | |
| V - Validity | | | 0 | 0 | E10 Debe siempre estar en "0" |
| "X" Ajuste de Apertura | | | | 96 | 61 |
| "Y" Deseabilidad | 6 | | 11 | 17 | 80 |
| "Z" Alteración | 4 | | | 4 | 45 |
| | | | | | |
| Escalas Clínicas de los Patrones de Personalidad EJE-II | | | | | |
| 1 Trastorno Esquizoide EZQ. | 2 | 4 | 0 | 6 | 64 |
| 2A. Trastorno Evitativo EV | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2B. Trastorno Depresivo DPS | 0 | 1 | | 1 | 20 |
| 3 Trastorno Dependiente DPD | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 4 Trastorno Histriónico HIS | 14 | | 9 | 23 | 79 |
| 5 Trastorno Narcisista NAR | 6 | 6 | 10 | 22 | 88 |
| 6A Trastorno Antisocial ANT | 14 | 6 | 1 | 21 | 95 |
| 6B Trastorno Sadista SAD | 8 | 8 | | 16 | 76 |
| 7 Trastorno Compulsivo OC | 2 | | 2 | 4 | 21 |
| 8A Trastorno Negativista NEG | 4 | 3 | | 7 | 52 |
| 8B Trastorno Masoquista MAS | 2 | 1 | | 3 | 60 |
| | | | | | |
| Patología de Personalidad Severa EJE-II | | | | | |
| S Trastorno Esquizotípico EZT | 0 | 0 | | 0 | 0 |
| C Trastorno Límite LIM | 6 | 3 | | 9 | 68 |
| P Trastorno Paranoide | 6 | 0 | | 6 | 62 |
| | | | | | |
| Escalas Síndromes Clínicos EJE-I. | | | | | |
| A-Ansiedad ANS | 0 | 0 | | 0 | 0 |

Jonathan Leal Salas Guevara.

| | | | | | |
|---|------|---|---|---|----|
| H-Somatomorfo | SOM | 6 | 1 | 7 | 68 |
| N- Bipolar -Maníaco | | 4 | 3 | 7 | 64 |
| D-Distimia | DIS | 0 | 1 | 1 | 20 |
| B-Dependencia Alcohol | OH | 0 | 9 | 2 | 11 |
| T-Dependencia Drogas | DX | 0 | 8 | 8 | 67 |
| R-Trast EstrésPos Truma | TSPT | 0 | 1 | 1 | 15 |
| Escalas Síndromes Clínicos EJE-I. Severos | | | | | |
| SS Trast del Pensamiento | | 0 | 0 | 0 | 0 |
| CC Depresión Mayor | | 2 | 4 | 6 | 64 |
| PP Trastorno delirante | | 0 | 3 | 3 | 63 |

HOJA DE RESPUESTAS EPQ - R

Nombres y Apellidos: Jonathan Jeal Salas Guevara Edad: 31
 Fecha de Nacimiento: 03/09/1983 Estado Civil: Soltero
 Fecha de Evaluación: 24/06/2015 Ocupación: Estudiante
 Grado de Instrucción: Superior Incompleta Evaluador:

**MARQUE CON ASPA LA RESPUESTA SI; NO
QUE MEJOR LE DESCRIBA A UD. Y A SU MANERA DE SER**

| Si | No | Si | No | Si | No | Si | No | Si | No | Si | No | Si | No |
|-----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 1 . | X | 13 | X | 25 | X | 37 | X | 49 | X | 61 | X | 73 | X |
| 2 | X | 14 | X | 26 | X | 38 | X | 50 | X | 62 | X | 74 | X |
| 3 | X | 15 | X | 27 | X | 39 | X | 51 | X | 63 | X | 75 | X |
| 4 | X | 16 | X | 28 | X | 40 | X | 52 | X | 64 | X | 76 | X |
| 5 | X | 17 | X | 29 | X | 41 | X | 53 | X | 65 | X | 77 | X |
| 6 | X | 18 | X | 30 | X | 42 | X | 54 | X | 66 | X | 78 | X |
| 7 | X | 19 | X | 31 | X | 43 | X | 55 | X | 67 | X | 79 | X |
| 8 | X | 20 | X | 32 | X | 44 | X | 56 | X | 68 | X | 80 | X |
| 9 | X | 21 | X | 33 | X | 45 | X | 57 | X | 69 | X | 81 | X |
| 10 | X | 22 | X | 34 | X | 46 | X | 58 | X | 70 | X | 82 | X |
| 11 | X | 23 | X | 35 | X | 47 | X | 59 | X | 71 | X | 83 | X |
| 12 | X | 24 | X | 36 | X | 48 | X | 60 | X | 72 | X | | |

PERFIL

| | | | | |
|----|----|----|----|----|
| PD | E | N | P | L |
| | 17 | 8 | 11 | 5 |
| T | 64 | 42 | 65 | 25 |

INSTRUCCIONES PARA RELLENAR EL PERFIL

Marque la puntuación T correspondiente a cada escala
y luego una los puntos de las escalas E, N, y P

| Dimensiones | PD | T | Puntuaciones Bajas Caracterizan A una persona como... | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | Puntuaciones Altas Caracterizan A una persona como... | |
|------------------------------|----|----|--|----|----|----|----|----|--|---|
| Extraversión | 17 | 64 | Reservada, discreta, socialmente inhibida | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | Sociable, activa, animada | E |
| Emotividad (Neuroticismo) | 8 | 42 | Relajada, poco preocupada y estable | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | Aprendiosa, ansiosa y con humor deprimido | N |
| Dureza (Psicoticismo) | 11 | 65 | Altruista, empática y convencional | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | Impulsiva, creativa y poco socializada | P |
| Escala L | 5 | 25 | Sincera, inconformista | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | Poco sincera, conformista | L |

30 40 50 60 70

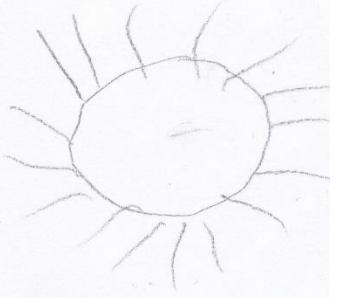
E → Dto
 N → Bajo
 P → Dto
 L → muy bajo



Mi árbol es de noble, está en medio del campo, es un árbol fuerte, que da buenos frutos.



Yo, en el Parque, esperando que pase esto
con buen ánimo.



Son amigos, que se conocen hace tiempo, si la va
a dejar a su amiga a su casa, se cuentan
todo y sobre todo se entienden

Jonathan

Jonathan Salas Guevara

CUESTIONARIO

Instrucciones: A continuación, encontrarás una serie de frases sobre formas de pensar, sentir o actuar. Léelas atentamente y decide si estás de acuerdo o no con cada una de ellas. Rodea con un círculo la alternativa que mejor crees que corresponde con su forma de pensar o sentir, siguiendo esta escala:

| | 1 Completamente FALSO para mí | 2 Bastante falso para mí | 3 Ni verdadero ni falso para mí | 4 Bastante verdadero para mí | 5 Completamente verdadero para mí |
|--|-------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|---|
| 1. De vez en cuando no puedo controlar el impulso de golpear a otra persona | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Cuando no estoy de acuerdo con mis amigos, discuto abiertamente con ellos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. He tenido peleas con otros para demostrar que era superior | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. He destrozado cosas para divertirme | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Si me provoca lo suficiente, puedo golpear a otra persona | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. A menudo no estoy de acuerdo con la gente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. He gritado a otros cuando me han irritado o enfadado. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. He participado en peleas de pandillas para sentirme valorado o "guay" | X | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Si alguien me golpea, le respondo golpeándole también | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. He usado la fuerza física para que otros hicieran lo que yo quería | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Me he enfadado o enfurecido cuando he perdido en un juego | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Me suelo implicar en las peleas algo más de lo normal | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Cuando la gente no está de acuerdo conmigo, no puedo evitar discutir con ellos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. He usado la fuerza para obtener dinero o cosas de otros | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Me he sentido bien después de pegar o gritar a alguien | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Si tengo que recurrir a la violencia para proteger mis derechos, lo hago | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Mis amigos dicen que discuto mucho | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. He pegado a otros para defenderme | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. He llevado armas para usarlas en una pelea | X | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Hay gente que me incita a tal punto que llegamos a pegarnos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. He gritado a otros para aprovecharme de ellos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. He reaccionado furiosamente cuando otros me han provocado | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. He conseguido que otros se junten para ponerse en contra de alguien | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. Me he enfadado o enfurecido cuando no me salgo con la mía | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. He amenazado a gente que conozco | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. Me he enfadado cuando otros me han amenazado | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. He llegado a estar tan furioso que rompía cosas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29. He destrozado cosas porque me sentía enfurecido | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

MI PERFIL

MI PERFIL DE COMPORTAMIENTO ANTISOCIAL AGRESIVO SE CARACTERIZA POR LOS SIGUIENTES TIPOS DE AGRESIVIDAD.

MI PERFIL DE COMPORTAMIENTO DELICTIVO SE CARACTERIZA POR CONDUCTAS COMO:

SESION 8 : SE CONTINUA CON EL COMPORTAMIENTO DELICTIVO AGRESIVO
SESION 9: CARACTERISTICAS DEL COMPORTAMIENTO DELICTIVO

- Agresividad física → 29. actos de violencia que realizan mediante munición etc con instrumentos
- Agresividad verbal → 15
- Proactiva → 28. son actos agresivos premeditados y planificados para conseguir un fin determinado
- Reactiva → 27. este tipo de agresión es ser más hostil o impulsiva

CASO 2

ANAMNESIS

I. DATOS DE AFILIACIÓN

- Nombre y apellidos : Guillermo
- Edad : 37
- Fecha de nacimiento : 18-06-1979
- Lugar de nacimiento : Lima
- Grado de instrucción : Superior Técnica incompleta
- Estado civil : Conviviente
- Procedencia : Arequipa
- Ocupación : Taller de manualidades del pabellón B del E.P.S.A
- Religión : Católico
- Informantes : Paciente, su madre y conviviente
- Lugar de evaluación : Pabellón B del establecimiento penitenciario de Arequipa
- Fechas de evaluación : Julio y Agosto
- Examinador : Renzo Joao André Gutiérrez Díaz

II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente que es derivado a consulta por el consejo técnico de tratamiento del establecimiento penitenciario Socabaya-Arequipa, debido a que el paciente está pronto a postular a un beneficio penitenciario y se requiere de una evaluación psicológica. Paciente que refiere tener problemas que a lo largo de 10 años de reclusión han persistido, tales como pesadillas y sueños interrumpidos, sensaciones de “escalofríos, miedo y dolores (punzantes) en el cuello y parte occipital del cerebro”, manifiesta también que ya no quiere “comerse las uñas y que sus manos no suden; asimismo manifiesta que con su actual pareja en el momento de tener relaciones sexuales, las erecciones que se presentan son “débiles y de corta duración”, hechos que lo mantienen muy tenso y preocupado.

III. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD O DEL PROBLEMA ACTUAL

➤ Tiempo de duración

Guillermo presenta estos síntomas desde los 27 años, edad en la cual se produjo su ingreso al Sistema Penitenciario, mostrando episodios y momentos de mayor intensidad.

➤ Forma de inicio

Paciente que desde los 16 años consume sustancias alucinógenas (cocaína); a la edad de 20 años sufrió infidelidad por parte de su primer compromiso alejándose de su hija por más de 10 años y a los 27 años se vio involucrado en el delito de homicidio calificado en agravio de un delincuente; presentándose desde esa fecha toda la sintomatología presente.

➤ Síntomas principales

Se presenta en Guillermo pesadillas, insomnio, onicofagia, sentimientos de tristeza, miedo y angustia, escalofríos, dolor de cuello y zona occipital del cerebro, disfunción eréctil.

➤ **Relato**

Paciente que desde hace 12 años por motivos de trabajo tuvo que viajar a Lima y por ende alejarse de su primera pareja e hija que tenía en ese entonces 4 años, al regresar a Arequipa se enteró que su pareja le era infiel con uno de sus amigos, hecho que lo sumió en una gran depresión ya que no volvió a ver a su hija, como consecuencia de este episodio se inició en el consumo de alcohol y drogas; tras unos cuantos meses en esta situación y al estar su madre en Estados Unidos tuvo, que conseguir trabajo como barman en una discoteca; es en este lugar donde conoce a su segundo compromiso con la cual tiene un hijo varón, transcurrido un año de relación hubo una pelea que los separó durante un tiempo; tiempo en el cual el paciente volvió al consumo de alcohol y drogas. Es entonces que en una salida nocturna exactamente el 18 de febrero del 2007, Guillermo se encontraba libando licor en un local de diversión nocturna a unas pocas cuadras de su domicilio y es en este local donde conoce a 3 sujetos, a los cuales invita a su domicilio para seguir bebiendo, Guillermo se percata que la intención de estas personas era robarle y asaltarle, luego de producirse forcejeos y peleas, dos de los sujetos logran huir de la casa, Guillermo narra que golpeó con un trozo de madera en la cabeza al presunto ladrón, occasionándole que este caiga al suelo y después de propiciarle varios golpes contundentes le produjo la muerte, a partir de ese momento refiere no acordarse exactamente lo que sucedió, recuerda haber visto mucha sangre y algunos episodios cortos que su memoria evoca produciéndole una ansiedad generalizada. Al llegar la policía y realizar todas las diligencias correspondientes es trasladado al establecimiento penitenciario de Socabaya donde es condenado a 20 años de prisión efectiva, una vez internado es derivado al programa DEVIDA porque se encontraba sumido en problemas de consumo de sustancias alucinógenas, a los 7 años de reclusión en el penal, ha logrado ser dado de alta del programa de rehabilitación, pero refiere que aún persiste "ocasionalmente" el consumo. Todas las semanas por lo menos 3 veces tiene pesadillas y sueños en los que ve oscuridad y monstruos, sueña que lo persiguen y quieren hacerle daño, desde niño siempre le han sudado las manos pero en estos 9 años suda todo el día, siente angustia y miedo cada vez que dentro del penal sus compañeros discuten y levantan la voz. Desde que pasó este suceso cada vez que mantiene relaciones sexuales con su pareja los días de visita no logra mantener erecciones firmes y duraderas, siente y piensa que lo están escuchando o que pueden verlo, por lo que no llega a eyacular, refiere sentirse avergonzado y preocupado por no satisfacer a su pareja.

➤ **Antecedentes clínicos**

Guillermo refiere que tuvo una hepatitis A cuando tenía 12 años, llevando tratamiento por 6 meses, complicándose por una gastritis, pero que ya ha sido tratada. A los 17 años tuvo una operación de apéndice realizada sin mayores complicaciones. En el año 2005 producto de un asalto a la salida de una discoteca sufrió un corte en la cara a la altura del pómulos izquierdo del rostro siendo suturado con 7 puntos, cicatriz que posteriormente fue disimulada con cirugía por láser.

IV. ANTECEDENTES PERSONALES

➤ Gestación

Desarrollada con relativa normalidad.

➤ Nacimiento

El parto fue asistido y realizado por cesárea, mantuvo el cordón umbilical atado al cuello por un par de minutos, nació con un peso de 3kg en una clínica particular de la ciudad de Lima.

➤ Niñez

Guillermo de niño fue muy inquieto, logra el control de esfínteres a los 5 años, no presentó dificultades en el área de lenguaje; al ser hijo único y por estar separado de su padre fue un niño muy engreído y consentido brindándole todas las facilidades posibles.

➤ Escolaridad

Inició la etapa escolar a la edad a los 4 años asistiendo al jardín, en la primaria la realizó en la ciudad de Arequipa, refiere que no fue tan buen estudiante, En la secundaria se mantuvo como alumno regular no teniendo problemas de conducta. En esta etapa le gustaba mucho andar con amigos. Menciona que tuvo que cambiarse de escuela durante la secundaria por motivos personales de su madre, ocasionándole profunda tristeza separarse de su familia.

A los 17 años de edad ingresó a un instituto de gastronomía, donde estudia para ser Barman, carrera que no logra culminar por iniciarse en el consumo de drogas.

➤ Aspecto psicosexual

Guillermo siempre ha sido una persona inhibida con las mujeres, tanto es así que recién a los 20 años establece su primera relación amorosa y sexual, con la mujer que a la postre sería la madre de su primera hija; después de la separación con su primer compromiso y transcurridos cuatro años conoce a la madre de su segundo hijo que es su pareja actualmente y con la que refiere ha tenido problemas dentro de la intimidad manifestando que sus erecciones no son duraderas y de frágil tonicidad a pesar de sentir el deseo y la excitación con su pareja.

➤ Historia de la recreación y de la vida

Guillermo que siempre tuvo un agrado por estar con sus amigos, le gustaba salir, beber alcohol y fumar cocaína, habitualmente lo hacía todos los fines de semana; para compensar éste ritmo de vida practicó Karate, Judo y Tae Kwon Do, pues refiere que tuvo la predilección por el ejercicio ya que era vanidoso con su cuerpo, afirma también que a los 24 años se realiza dos tatuajes, una ave fénix en el brazo izquierdo y una calavera en el abdomen.

➤ Actividad laboral

El primer trabajo del paciente lo tuvo a la edad de 18 años, como recepcionista en un gimnasio, posteriormente como chef y barman. Actualmente dentro del Sistema Penitenciario labora en el taller de manualidades del pabellón B.

➤ **Servicio militar**

No asistió al servicio militar.

➤ **Hábitos e influencia nocivas o toxicas**

Se inicia en el consumo de drogas a los 16 años junto a sus amigos del barrio en el distrito de Miraflores en Lima. Se consideraba un fumador social.

V. ANTECEDENTES MÓRBIDOS PERSONALES

➤ **Enfermedades y accidentes**

Guillermo refiere que tuvo una hepatitis A cuando tenía 12 años, llevando tratamiento por 6 meses, complicándose por una gastritis, pero que ya ha sido tratada. A los 17 años tuvo una operación de apéndice realizada sin mayores complicaciones. En el año 2005 producto de un asalto a la salida de una discoteca sufrió un corte en la cara a la altura del pómulo izquierdo del rostro

➤ **Personalidad Pre mórbida**

Desde niño fue muy engreído por la madre, hasta los 20 años siempre estuvo libre de responsabilidades, pues era una persona con una esfera moral cuestionable, tenía un carácter rebelde y autoritario, sus hábitos y costumbres se basaban en el alcohol, la cocaína y la diversión nocturna, no planificó metas ni objetivos familiares, laborales, personales. Los eventos que ocasionaban en él impulsividad frecuentemente terminaban en grescas o peleas, utilizaba su conocimiento en artes marciales para imponerse sobre sus semejantes. Siempre ha sido una persona posesiva y dominante con sus parejas, satisfacía primero sus necesidades y dejaba de lado el aspecto afectivo, amoroso; aunque en sus fracasos estaba sujeto a tendencias depresivas.

VI. ANTECEDENTES FAMILIARES

➤ **Composición familiar**

Su familia está compuesta por su madre, su conviviente y su menor hijo, desde que nació sus padres se separaron y vivía en la casa de sus abuelos maternos. En la adolescencia vivía solo con su madre y conoció a su padre a los 14 años.

➤ **Dinámica familiar**

La madre de Guillermo, siempre quiso que su hijo sea profesional y que este rodeado de amigos con valores éticos y morales, por ello siempre lo matriculó en colegios particulares y vivía en un distrito de gente acomodada. Actualmente solo su madre y conviviente se preocupan por él y se mantienen pendiente de sus necesidades.

➤ **Condición socioeconómica**

Paciente que proviene de una clase económica y social media, refiere que su madre trabajaba como comerciante para cubrir sus necesidades básicas, al culminar sus estudios técnicos y cumplir la mayoría de edad el paciente trabajaba en una discoteca como Barman, posteriormente labora como técnico en refrigeración manteniendo éste trabajo hasta los 24 años dónde regresa a laborar como barman en una discoteca de Arequipa.

➤ **Antecedentes patológicos**

Su padre sufre de cáncer que por el momento se encuentra controlado, su madre no presenta enfermedad alguna.

VII. RESUMEN

Guillermo de 36 años de edad, proveniente de la ciudad de Lima, es hijo único, siempre estuvo libre de responsabilidades, tenía un carácter rebelde y autoritario, sus hábitos y costumbres se basaban en el alcohol, la cocaína y la diversión nocturna, no planificó metas ni objetivos familiares, laborales, personales. Desde los 16 años consume sustancias alucinógenas (cocaína); a la edad de 20 años sufrió infidelidad por parte de su primer compromiso alejándose de su hija. Los eventos que ocasionan en él, impulsividad frecuentemente terminaban en grescas o peleas, utilizaba su conocimiento en artes marciales para imponerse sobre sus semejantes. Siempre ha sido una persona posesiva y dominante con sus parejas. A los 27 años se vio involucrado en un homicidio calificado en agravio de un delincuente; presentándose desde esa fecha toda la sintomatología presente: pesadillas, preocupación, onicofagia, tristeza, sentimientos de miedo y angustia, escalofríos, dolor de cuello y zona occipital del cerebro, disfunción en la sexualidad. Acude a consulta derivado por el consejo técnico de tratamiento del establecimiento penitenciario Socabaya-Arequipa, debida a que el paciente está pronto a postular a un beneficio penitenciario y se requiere de una evaluación psicológica.

EXAMEN MENTAL

I. DATOS DE AFILIACIÓN

- Nombre y apellidos : Guillermo
- Edad : 36
- Fecha de nacimiento : 18-06-1979
- Lugar de nacimiento : Lima
- Grado de instrucción : Superior Técnica incompleta
- Estado civil : Conviviente
- Procedencia : Arequipa
- Ocupación : Taller de manualidades del pabellón B del E.P.S.A
- Religión : Católico
- Informantes : Paciente, su madre y conviviente
- Lugar de evaluación : Pabellón B del establecimiento penitenciario de Arequipa
- Fechas de evaluación : Julio y Agosto
- Examinador : Renzo Joao André Gutiérrez Díaz

II. PORTE, COMPORTAMIENTO Y ACTITUD

➤ Apariencia general y actitud psicomotora

Dentro de las características antropomórficas del paciente este se presenta como una persona de 1.72 mts de estatura y 78 kg de peso, es una persona de corpulencia robusta, tez blanca, cabello corto y castaño, ojos café oscuros; muestra un alineo personal adecuado al lugar de reclusión donde se encuentra, presenta un tatuaje en el brazo izquierdo de aproximadamente 40 cm. de color rojo y un tatuaje en el abdomen de 15 cm. de color negro, se le observa en una postura rígida al caminar, por momentos pensativo y con la mirada fija, mantiene un tono de voz adecuado durante todas las sesiones de evaluación.

➤ Molestia general y manera de expresarla

Durante toda la entrevista Guillermo siempre se mostró tranquilo, sereno y colaborador, nunca se incomodó con las preguntas que se le hacían, siempre estuvo dispuesto a responder, demuestra su molestia cuando menciona “**que él pudo haber evitado todo esto si no hubiera consumido alcohol, que se arrepiente no estar cerca de su hija mayor de la cual no sabe nada, que su madre este sufriendo mucho por su culpa**”. También menciona que solo su mamá y su conviviente lo vienen a ver o se interesan por él.

➤ Actitud hacia el examinador y hacia el examen

Guillermo se mostró colaborador y respetuoso, cuando se le preguntaba siempre respondía con un tono de voz adecuado y acompañada de una sonrisa de satisfacción. En cuanto a las evaluaciones las comienza a realizar de manera minuciosa y atenta, interesándose en los resultados que puedan salir.

➤ **Comportamiento**

Su comportamiento en todo momento fue tranquilo, relajado.

III. ATENCIÓN, CONCIENCIA Y ORIENTACIÓN

➤ **Atención**

Atención y concentración conservadas, pacientes que durante toda la evaluación y en cada actividad realizada se mantiene atento.

➤ **Conciencia o estado de alerta**

Paciente es consciente de sus actos y del lugar en que se encuentra, comprende lo que las personas o profesionales le indican.

➤ **Orientación**

Se encuentra orientado en espacio, tiempo y persona. Discrimina adecuadamente el lugar en que se encuentra, de qué manera afrontarlo y como sobrevivir dentro de ello, mostrando mucha confianza en sí mismo.

IV. LENGUAJE

El Flujo verbal en el paciente es adecuado ya que expresa lo que siente y piensa.

V. PENSAMIENTO

En cuanto al curso del pensamiento, se presenta bloqueo del mismo; la fluidez se detiene abruptamente por la falta de asociaciones, mientras que en el contenido del pensamiento encontramos la presencia de ideas depresivas.

VI. PERCEPCIÓN

No presenta distorsiones perceptuales ni sensoriales.

VII. MEMORIA

Memoria a corto plazo conservada; mientras que la memoria a largo plazo se encuentra alterada por el shock emocional producto del episodio violento y traumático que vivió el paciente.

VIII. FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL

Se encuentra en un nivel normal promedio, sin presencia de trastorno relacionado con la inteligencia.

IX. ESTADO DE ÁNIMO Y AFECTOS

Denota preocupación, abatimiento, desesperanza, incertidumbre. Sentimientos de tristeza, impotencia ante problemas familiares, que desencadenan en llanto.

X. COMPRENSIÓN Y GRADO DE INCAPACIDAD DEL PROBLEMA O ENFERMEDAD

Guillermo no reconoce que el consumo de drogas persiste. Refiere que haberle quitado la vida a una persona merece un castigo, pero no acepta responsabilidad en este suceso.

XI. RESUMEN

Guillermo de 36 años de edad, aparenta la edad cronológica, de características antropomórficas 1.72 mts de estatura y 78 kg de peso, de corpulencia robusta, tez blanca, cabello corto y castaño, ojos café oscuros; muestra un alineo personal adecuado al lugar de reclusión donde se encuentra, presenta un tatuaje en el brazo izquierdo de aproximadamente 40 cm. de color rojo y un tatuaje en el abdomen de 15 cm. de color negro, se le observa en una postura rígida al caminar, por momentos pensativo y con la mirada fija, mantiene un tono de voz adecuado durante todas las sesiones de evaluación. El paciente muestra una expresión emocional de preocupación, angustia, tristeza, cansancio, presenta actitud positiva y reflexiva de su situación y enfermedad. Dentro de los procesos cognoscitivos encontramos que la atención y concentración se encuentran conservadas, los procesos perceptuales no presentan anomalías, encontrándose orientado en espacio, tiempo y persona; el área de memoria a corto plazo se encuentra conservada; mientras que la memoria de largo plazo presenta alteraciones por el shock emocional vivido, ya que el paciente no logra evocar ciertas situaciones ocurridas en el pasado. En cuanto al curso del pensamiento, se presenta bloqueo del mismo; la fluidez se detiene abruptamente por la falta de asociaciones, mientras que en el contenido encontramos la presencia de ideas depresivas. El Flujo verbal en el paciente es adecuado, no presenta problemas de función lingüística y se encuentra en un nivel normal promedio en el área de inteligencia. En cuanto a la vida afectiva, carácter y actitudes del paciente encontramos un estado de ánimo que denota: preocupación, abatimiento, desesperanza, incertidumbre; sus afectos y sentimientos son de: tristeza, llanto e impotencia ante problemas familiares. Presenta un carácter pasivo, su actitud hacia la entrevista y evaluación en general es positiva.

INFORME PSICOMÉTRICO

V. DATOS DE AFILIACIÓN

- Nombre y apellidos : Guillermo
- Edad : 36
- Fecha de nacimiento : 18-06-1979
- Lugar de nacimiento : Lima
- Grado de instrucción : Superior Técnica incompleta
- Estado civil : Conviviente
- Procedencia : Arequipa
- Ocupación : Taller de manualidades del pabellón B del E.P.S.A
- Religión : Católico
- Informantes : Paciente, su madre y conviviente
- Lugar de evaluación : Pabellón B del establecimiento penitenciario de Arequipa
- Fechas de evaluación : Julio y Agosto
- Examinador : Renzo Joao André Gutiérrez Díaz

VI. OBSERVACIONES GENERALES

Paciente que muestra un adecuado alineo personal al momento de la evaluación, en todas las actividades programadas denota compromiso y motivación por acceder a la evaluación. Al informarle sobre el motivo de la evaluación y las pruebas psicológicas a aplicar; el paciente se muestra conforme y da su consentimiento expreso.

VII. INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Pruebas Psicológicas
- Inventario Clínico Multiaxial de Millón III
 - Test Koch o dibujo del árbol

VIII. INTERPRETACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

A. ÁREA DE PERSONALIDAD

Inventario Clínico Multiaxial de Millón III

- Análisis Cuantitativo

| Escalas de Validez | | |
|----------------------|----------------------------|--------------|
| Escalas | Puntajes BR (base rate) | Indicador |
| V-Validez | 0 | Siempre en 0 |
| X-Ajuste de apertura | 100 | valido |
| Y-Deseabilidad | 51 | valido |
| Z-Alteración | 74 | valido |

| Escalas Clínicas de la personalidad EJE-II | | |
|--|----------------------------|-----------|
| Escalas | Puntajes BR (base rate) | Indicador |
| 1. Esquizoide EZQ. | 89 | elevado |
| 2A. Evitativo EV | 90 | elevado |
| 2B. Depresivo DPS | 115 | elevado |
| 3. Dependiente DPD | 83 | elevado |
| 4 Histriónico HIS | 40 | bajo |
| 5 Narcisista NAR | 57 | Bajo |
| 6 ^a Antisocial ANT | 72 | Sugestivo |
| 6B Sadista SAD | 86 | elevado |
| 7 Compulsivo OC | 56 | Bajo |
| 8A Negativista NEG | 107 | elevado |
| 8B Masoquista MAS | 95 | elevado |

| Patología de Personalidad Severa EJE-II | | |
|---|----------------------------|-----------|
| Escalas | Puntajes BR (base rate) | Indicador |
| S Esquizotípico EZT | 75 | moderado |
| C Límite LIM | 85 | elevado |
| P Paranoide | 91 | elevado |

Escalas Síndromes Clínicos EJE-1

| Escalas | Puntajes BR (base rate) | Indicador |
|--|----------------------------|-----------|
| A. Trastorno Ansiedad ANS | 90 | elevado |
| H- Trastorno Somatomorfo SOM | 66 | sugestivo |
| N- Trastorno Bipolar -Maníaco | 71 | sugestivo |
| D-Trastorno Distimico DIS | 82 | elevado |
| B-Dependencia Alcohol OH | 68 | Sugestivo |
| T-Dependencia Drogas DX | 60 | sugestivo |
| R-Trastorno por Estrés Pos Traumático TSPT | 63 | sugestivo |

Patología de Personalidad Severa EJE-II

| Escalas | Puntajes BR (base rate) | Indicador |
|------------------------------|----------------------------|-----------|
| SS Trastorno del Pensamiento | 74 | sugestivo |
| CC Depresión Mayor | 61 | sugestivo |
| PP Trastorno delirante | 65 | sugestivo |

- **Análisis Cualitativo**

Nótese el puntaje 0 en la escala “V” (índice de validez), traduciéndose la correcta validez de la prueba, lo que permite analizar la escala de ajuste de apertura “X” con puntaje de 100 ubicándose dentro del rango permitido por lo que el protocolo es considerado válido también, en la escala deseabilidad “Y” con 51 de puntaje no muestra relevancia significativa asimismo en la escala alteración “Z” con un puntaje de 74 no muestra relevancia significativa.

Los rasgos con puntajes elevados los observamos de la siguiente manera: Esquizoide con puntaje base de 89, evitativo con 90, depresivo con 115, dependiente 83, sadista 86, negativista 107, masoquista 95, límite 85, paranoide 91, ansiedad 90, distímia 82.

Podemos interpretar todas estas puntuaciones elevadas como marcados rasgos de personalidad clínicamente significativos. Dichos rasgos de personalidad describen al paciente como una persona indiferente, observadora de su medio más no participante del mismo, es una persona que constantemente está en estado de alerta, anticipándose siempre a posibles hechos de violencia, trata de reprimir sus impulsos a fin de evitar recuerdos dolorosos, no experimenta placer pues prefiere percibir la sensación de dolor como algo permanente, muestra dependencia emocional para con su madre ya que sin la aprobación de ella nada es seguro, durante gran parte de su vida tuvo sentimientos de superioridad, hallando placer en la humillación social de sus semejantes, mayormente busca la resolución de conflictos de manera explosiva. Se podría afirmar que es una persona con cambios intensos en sus estados de ánimo, puede pasar de la apatía al enfado y euforia muy rápido, lo que conlleva a una inestabilidad emocional, muestra constantemente molestias físicas como tensión, excesiva sudoración, dolores musculares y susceptibilidad generalizada, así como una marcada disminución en cumplir con tareas diarias.

Test de Koch o dibujo del árbol

- **Análisis Cuantitativo**

| | |
|-------------|-------|
| Segmento AB | 236mm |
| Segmento CD | 104mm |

- **Análisis Cualitativo**

1. El suelo y las raíces: Interpretamos los trazos puntiagudos en la base del árbol como actitudes de protesta e incomodidad, normalmente se presenta en personas con descontento injustificado de la propia situación. Observamos que las raíces del árbol penetran en la tierra y dan solidez al propio árbol, esto generalmente en personas tradicionalistas.

2. El tronco: Observamos un tronco largo que representa deseos de sobresalir, rasgos de susceptibilidad y acentuadas ambiciones de índole social, por la anchura del tronco se denota a una persona que prepara e idea proyectos, al ser el tronco un tanto tembloroso se interpreta como vacilaciones, inseguridad o probabilidad de presencia de intoxicación, al terminar el tronco abierto en la parte inferior se muestra la persona con alta impresionabilidad, emotividad y características de extraversion.

3. Las Ramas: Las ramas que observamos en el dibujo del paciente están orientadas hacia la parte superior lo cual denota extraversion, sublimación intelectual, superficialidad; al estar las ramas abiertas se interpreta también como extraversion e indecisión.

4. La copa: Al dibujar una copa grande el paciente proyecta extraversion e imaginación; el abundante follaje denota subjetividad, le da muchas vueltas a una idea, la forma doble y ágil de la copa es también extraversion.

5. Elementos ajenos al árbol: El árbol dibujado con flores y frutas se interpreta como deseos de la persona por mostrar su propia capacidad, deseos de alegrar la vida a los demás, optimismo.

INFORME PSICOLÓGICO

X. DATOS DE AFILIACIÓN

- Nombre y apellidos : Guillermo
- Edad : 36
- Fecha de nacimiento : 18-06-1979
- Lugar de nacimiento : Lima
- Grado de instrucción : Superior Técnica incompleta
- Estado civil : Conviviente
- Procedencia : Arequipa
- Ocupación : Taller de manualidades del pabellón B del E.P.S.A
- Religión : Católico
- Informantes : Paciente, su madre y conviviente
- Lugar de evaluación : Pabellón B del establecimiento penitenciario de Arequipa
- Fechas de evaluación : Julio y Agosto
- Examinador : Renzo Joao André Gutiérrez Díaz

XI. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente es derivado a consulta por el consejo técnico de tratamiento del establecimiento penitenciario Socabaya-Arequipa, debido a que el paciente esta pronto a postular a un beneficio penitenciario y se requiere de una evaluación psicológica para ser evaluada la posibilidad de Libertad. Paciente que refiere tener problemas que a lo largo de 9 años de reclusión han persistido, tales como pesadillas y sueños interrumpidos, sensaciones de "escalofríos, miedo y dolores (punzantes) en el cuello y parte occipital del cerebro", manifiesta también que ya no quiere "comerse las uñas y que sus manos no suden; asimismo manifiesta que con su actual pareja en el momento de tener relaciones sexuales, las erecciones que se presentan son "débiles y de corta duración".

XII. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Observación
- Entrevista
- Pruebas Psicológicas
 - Inventario Clínico Multiaxial de Millón III
 - Test de Koch o dibujo del árbol

XIII. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

Guillermo de 36 años de edad, proveniente de la ciudad de Lima. Paciente que desde los 16 años consume sustancias alucinógenas (cocaína); a la edad de 20 años sufrió infidelidad por parte de su primer compromiso alejándose de su hija y a los 27 años se vio involucrado en un homicidio calificado en agravio de un presunto ladrón; presentándose desde esa fecha toda la sintomatología presente: pesadillas, preocupación, onicofagia, tristeza, sentimientos de miedo y angustia, escalofríos, dolor de cuello y zona occipital del cerebro, disfunción en la sexualidad. El paciente es hijo único por ende desde niño fue muy engreído por la madre,

quien lo educa sola al estar separado de su padre; hasta los 20 años siempre estuvo libre de responsabilidades, tenía un carácter rebelde y autoritario, sus hábitos y costumbres se basaban en el alcohol, la cocaína y la diversión nocturna, no planificó metas ni objetivos familiares, laborales, personales. Los eventos que ocasionaban en él, impulsividad frecuentemente terminaban en grescas o peleas, utilizaba su conocimiento en artes marciales para imponerse sobre sus semejantes. Siempre ha sido una persona posesiva y dominante con sus parejas, dejando de lado el aspecto afectivo y amoroso; aunque en sus fracasos estaba sujeto a tendencias depresivas.

XIV. OBSERVACIONES CONDUCTUALES

Paciente que muestra un alineo personal adecuado al lugar de reclusión donde se encuentra, se le observa en una postura rígida al caminar, por momentos pensativo y con la mirada fija, mantiene un tono de voz adecuado durante todas las sesiones de evaluación. El paciente muestra una expresión emocional de preocupación, angustia, tristeza, cansancio. Se muestra con una capacidad motora aparentemente normal, hay conciencia parcial de sí mismo, actitud positiva y reflexiva de su situación y enfermedad. Dentro de los procesos cognoscitivos encontramos que la atención y concentración se encuentran conservadas, los procesos perceptuales no presentan anomalías, encontrándose orientado en espacio, tiempo y persona; el área de memoria inmediata se encuentra conservada; mientras que la memoria mediata presenta alteraciones por el shock emocional vivido, ya que el paciente no logra evocar ciertas situaciones ocurridas en el pasado. En cuanto al curso del pensamiento, se presenta bloqueo del mismo; la fluidez se detiene abruptamente por la falta de asociaciones, mientras que en el contenido encontramos la presencia de ideas depresivas. El Flujo verbal en el paciente es adecuado, no presenta problemas de función lingüística y se encuentra en un nivel normal promedio en el área de inteligencia. En cuanto a la vida afectiva, carácter y actitudes del paciente encontramos un estado de ánimo que denota: abatimiento, desesperanza, incertidumbre; sus afectos y sentimientos son de tristeza e impotencia ante problemas familiares. Presenta un carácter pasivo, su actitud hacia la entrevista y evaluación en general es positiva.

XV. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Concluido el proceso evaluativo al paciente, referimos que producto de provenir de un hogar disfuncional donde hubo carencia de figura paterna, se formó la personalidad del paciente en base a la permisividad y falta de normas de conducta, no hubo corrección de actitudes negativas por parte de la madre. Este conglomerado de puntos produjeron en el paciente; rebeldía y descontrol durante la adolescencia y pubertad ya que a los 16 años se da el inicio del consumo de alcohol y drogas (cocaína) siendo esta última la que por sus efectos inducía al paciente a tener comportamientos impulsivos y agresivos que eran el detonante de la mayoría de problemas en los que se involucraba el paciente. Al haber tal descontrol del paciente, este estuvo libre de asumir responsabilidades tanto personales como familiares, por ende los hábitos de vida se centraron solo y exclusivamente en las salidas nocturnas y el consumo de sustancias psicoactivas. En cuanto a los lazos afectivos y amorosos con sus eventuales parejas estuvieron ausentes durante casi toda la adolescencia y parte de la juventud, sufriendo la mayor decepción amorosa a los 20 años producto de la infidelidad de su conviviente; siendo este punto un evento causante de depresión y recaída en el consumo de drogas, consecuencia de esto es que se produce el homicidio en el cual se vio involucrado, que debido a las escenas

de extrema violencia se comenzó a presentar la sintomatología descrita. Actualmente el paciente y la familia vienen colaborando con la recuperación del mismo, habiendo podido haber concluido un tratamiento para la adicción de drogas, mostrando actitudes de cambio dentro del establecimiento penitenciario.

XVI. DIAGNÓSTICO Y CONCLUSIÓN

Guillermo presenta rasgos marcados de personalidad esquizoide, evitativo, dependiente, paranoide y depresivo. Presenta trastorno de Ansiedad, consecuentemente no se ha rehabilitado del consumo de sustancias psicoactivas

XVII. PRONOSTICO

Desfavorable: debido a que el paciente no acepta ni es consciente de las consecuencias de sus actos, las condiciones del ambiente social poco favorables y la persistencia en el consumo de sustancias alucinógenas.

XVIII. RECOMENDACIONES

- Iniciar terapia individual con el paciente.
- Iniciar terapia familiar.
- Integrar al paciente en grupos de autoayuda.

24 de octubre del 2016

Renzo Joao André Gutiérrez Díaz
Bachiller de Psicología

PLAN PSICOTERAPÉUTICO

VIII. DATOS DE AFILIACIÓN

- Nombre y apellidos : Guillermo
- Edad : 36
- Fecha de nacimiento : 18-06-1979
- Lugar de nacimiento : Lima
- Grado de instrucción : Superior Técnica incompleta
- Estado civil : Conviviente
- Procedencia : Arequipa
- Ocupación : Taller de manualidades del pabellón B del E.P.S.A
- Religión : Católico
- Informantes : Paciente, su madre y conviviente
- Lugar de evaluación : Pabellón B del establecimiento penitenciario de Arequipa
- Fechas de evaluación : Julio y Agosto
- Examinador : Renzo Joao André Gutiérrez Díaz

IX. DIAGNOSTICO PSICOLÓGICO

Guillermo presenta rasgos marcados de personalidad esquizoide, evitativo, dependiente, paranoide y depresivo. Presenta trastorno de Ansiedad, consecuentemente no se ha rehabilitado del consumo de sustancias psicoactivas

X. OBJETIVOS GENERALES

- Reducir la mayor cantidad de sintomatología presente en el paciente a través de la terapia cognitivo-conductual, a fin de que pueda entender cómo ciertos pensamientos acerca de su trauma le causan estrés y hacen al mismo tiempo que sus síntomas empeoren
- Enseñar al paciente la mejor manera de vivir con sus síntomas y cómo hacer frente a otros problemas asociados con el trastorno de estrés postraumático.
- Trabajar en la mejora de sus relaciones en el trabajo, o mejorar la comunicación con sus amigos y familiares.

XI. ACCIONES PSICOTERAPÉUTICAS

- Utilización de la terapia cognitivo-conductual.
- Técnicas de control físico: relajación-respiración.
- Inoculación del estrés y auto instrucciones.
- Reestructuración cognitiva.
- El cuestionamiento de las reacciones emocionales actuales mediante la razón.
- Búsqueda de procesos de afrontamiento alternativos para la solución de problemas.
- Terapia familiar.

XII. DESARROLLO DE LAS TÉCNICAS PSICOTERAPÉUTICAS

| Numero de sesiones | TÉCNICA PSICOLOGICAS Y PSICOTERAPÉUTICAS | OBJETIVO | META |
|---------------------------|--|--|---|
| 1 | Rapport | -Entablar la relación de confianza con el paciente. | Lograr un clima de confianza con el paciente. |
| 2 | Observación y Entrevista Psicológica | -Recopilar información sobre su vida en sus primeras etapas y su dinámica familiar. | Información para la Anamnesis. |
| 3 | Observación y Entrevista Psicológica | -Recopilar información de su adolescencia, juventud y adultez. -Indagar sobre la dinámica del delito y observación de su comportamiento al momento de la narración. | Finalización del llenado de Anamnesis. |
| 5 | Primera Evaluación | Evaluar su personalidad mediante entrevista psicológica y aplicación de test psicológicos. | Aplicación del Millon III, y Test Proyectivos. |
| 6 | Técnicas de Relajación y desensibilización sistemática | Potenciar el control de las emociones negativas como la ansiedad, el enfado, el dolor o la ira. | -Relajación progresiva. -Relajación autógena. -Técnicas de respiración. |
| 7 | Técnicas operantes | -Proporcionar una serie de estímulos de forma ordenada al paciente, a fin de facilitar la modificación de la conducta problemática. | -Técnicas operantes para el incremento y el mantenimiento de conductas. -Técnicas operantes para la adquisición de nuevas conductas. -Técnicas operantes para la reducción o eliminación de |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | conductas. |
| 8 | Inoculación del estrés y auto instrucciones | <p>Desarrollar en el paciente, habilidades y destrezas que le permitan:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Disminuir o anular la tensión y la activación fisiológica. ▪ Sustituir las antiguas interpretaciones negativas por un conjunto de pensamientos positivos (autoinstrucciones) que sirven para afrontar el estrés. ▪ Identificar situaciones estresantes y prepararlo para afrontarlas en el futuro | Que el paciente maneje y controle las situaciones productoras de estrés |
| 9 | Reestructuración cognitiva. | Estimular al paciente para que altere los esquemas de pensamiento desordenados y se vea a sí mismo y al mundo de forma más realista | Ayudar al paciente a cambiar afirmaciones (autoafirmaciones) irracionales autoinducidas por afirmaciones (autoafirmaciones) racionales |
| 7 | Terapia del perdón | -Expulsar los sentimientos y pensamientos negativos que puedan estar causando culpa, tristeza y melancolía en el paciente | Que el paciente elabore listas o cartas que serán desecharadas, con el fin de liberarse de culpas y resentimientos pasados, de tal manera que pueda perdonarse y pedir perdón |

| | | | |
|----|------------------------|---|---|
| 8 | Psicoterapia de grupos | <ul style="list-style-type: none"> -Alcanzar la expresión total de sus sentimientos para potenciar su crecimiento. -Cambiar la conducta social, para una aceptación de normas por parte del individuo | |
| 12 | Terapia familiar | <ul style="list-style-type: none"> -Involucrar y apoyar a la familia del paciente durante el proceso terapéutico | Mantener buenas relaciones, y hacer frente a las emociones fuertes. |
| 13 | Seguimiento | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar sesiones con prudente espacio de tiempo para monitorear al paciente | |

XIII. TIEMPO DE EJECUCIÓN

Se tiene programado que todo el tratamiento tendrá una duración de 1 año aproximadamente.

XIV. AVANCES TERAPÉUTICOS

Gracias al apoyo del paciente se pudo cumplir hasta la sesión número 6, obteniendo avances significativos con relación al desfogue y la tranquilidad emocional del paciente.

24 de octubre del 2016

**Renzo Joao André Gutiérrez Díaz
Bachiller de Psicología Clínica**

ANEXOS DE

CASO 2

1. Últimamente parece que me quedo sin fuerzas, incluso por la mañana.
2. Me parece muy bien que haya normas porque son una buena guía a seguir.
3. Disfruto haciendo tantas cosas diferentes que no puedo decidir por cuál empezar.
4. Gran parte del tiempo me siento débil y cansado.
5. Sé que soy superior a los demás, por eso no me importa lo qué piense la gente.
6. La gente nunca ha reconocido suficientemente las cosas que he hecho.
7. Si mi familia me presiona, es probable que me enfade y me resista a hacer lo que ellos quieren.
8. La gente se burla de mí a mis espaldas, hablando de lo que hago o parezco.
9. Frecuentemente critico mucho a la gente que me irrita.
10. Raramente exteriorizo las pocas emociones que suelo tener.
11. Me resulta difícil mantener el equilibrio cuando camino.
12. Muestro mis emociones fácil y rápidamente.
13. En el pasado, mis hábitos de tomar drogas me han causado problemas a menudo.
14. Algunas veces puedo ser bastante duro y desagradable con mi familia.
15. Las cosas que hoy van bien no durarán mucho tiempo.
16. Soy una persona muy agradable y sumisa.
17. Cuando era adolescente, tuve muchos problemas por mi mal comportamiento en el colegio.
18. Tengo miedo a acercarme mucho a otra persona porque podría acabar siendo ridiculizado o avergonzado.
19. Parece que elijo amigos que terminan tratándome mal.
20. He tenido pensamientos tristes gran parte de mi vida desde que era niño.
21. Me gusta coquetear con las personas del otro sexo.
22. Soy una persona muy variable y cambio opiniones y sentimientos continuamente.
23. Beber alcohol nunca me ha causado verdaderos problemas en mi trabajo.
24. Hace unos años comencé a sentirme un fracasado.
25. Me siento culpable muy a menudo sin ninguna razón.
26. Los demás envidian mis capacidades.
27. Cuando puedo elegir, prefiero hacer las cosas solo.
28. Pienso que el comportamiento de mi familia debería ser estrictamente controlado.
29. La gente normalmente piensa que soy una persona reservada y seria.
30. Últimamente he comenzado a sentir deseos de destrozar cosas.
31. Creo que soy una persona especial y merezco que los demás me presten una particular atención.
32. Siempre estoy buscando hacer nuevos amigos y conocer gente nueva.
33. Si alguien me criticase por cometer un error, rápidamente le señalaría sus propios errores.
34. Últimamente he perdido los nervios.
35. A menudo renuncio a hacer cosas porque temo no hacerlas bien.
36. Muchas veces me dejo llevar por mis emociones de ira y luego me siento terriblemente culpable por ello.
37. Muy a menudo pierdo mi capacidad para percibir sensaciones en partes de mi cuerpo.
38. Hago lo que quiero sin preocuparme de las consecuencias que tenga en los demás.

- 39 Tomar las llamadas "drogas ilegales" puede ser imprudente, pero reconozco que en el pasado las he necesitado.
- 40 Creo que soy una persona miedosa e inhibida.
- 41 He hecho impulsivamente muchas cosas estúpidas que han llegado a causarme grandes problemas.
- 42 Nunca perdonó un insulto ni olvido una situación embarazosa que alguien me haya causado.
- 43 A menudo me siento triste o tenso, inmediatamente después de que me haya pasado algo bueno.
- 44 Ahora me siento terriblemente deprimido y triste gran parte del tiempo.
- 45 Siempre hago lo posible por complacer a los demás, incluso a quienes no me gustan.
- 46 Siempre he sentido menos interés por el sexo que la mayoría de la gente.
- 47 Siempre tiendo a culparme a mí mismo cuando las cosas salen mal.
- 48 Hace mucho tiempo decidí que lo mejor es tener poco que ver con la gente.
- 49 Desde niño, siempre he tenido que tener cuidado con la gente que intentaba engañarme.
- 50 No soporto a las personas influyentes que siempre piensan que pueden hacer las cosas mejor que yo.
- 51 Cuando las cosas son aburridas, me gusta provocar algo interesante o divertido.
- 52 Tengo un problema con el alcohol que nos ha creado dificultades a mi familia y a mí.
- 53 Los castigos nunca me han impedido hacer lo que yo quería.
- 54 Muchas veces me siento muy alegre y animado sin ninguna razón.
- 55 En las últimas semanas me he sentido agotado sin ningún motivo especial.
- 56 Últimamente me he sentido muy culpable por que ya no soy capaz de hacer nada bien.
- 57 Pienso que soy una persona muy sociable extrávertida.
- 58 Me he vuelto muy nervioso en las últimas semanas.
- 59 Controlo muy bien mi dinero para estar preparado en caso de necesidad.
- 60 Simplemente, no he tenido la suerte que otros han tenido en la vida.
- 61 Algunas ideas me dan vueltas en la cabeza una y otra vez y no desaparecen.
- 62 Desde hace uno o dos años, al pensar sobre la vida, me siento muy triste y desanimado.
- 63 Mucha gente ha estado espiando mi vida privada durante años.
- 64 No sé por qué pero, a veces, digo cosas crueles sólo para hacer sufrir a los demás.
- 65 En el último año he cruzado el Atlántico en avión 30 veces.
- 66 En el pasado, el hábito de abusar de las drogas me ha hecho faltar al trabajo.
- 67 Tengo muchas ideas que son avanzadas para los tiempos actuales.
- 68 Últimamente tengo que pensar las cosas una y otra vez sin ningún motivo.
- 69 Evito la mayoría de las situaciones sociales porque creo que la gente va a criticarme o rechazar me.
- 70 Muchas veces pienso que no merezco las cosas buenas que me pasan.
- 71 Cuando estoy solo, a menudo noto cerca de mí la fuerte presencia de alguien que no puedo de ser visto.
- 72 Me siento desorientado, sin objetivos, y no sé hacia dónde voy en la vida.
- 73 A menudo dejo que los demás tomen por mí decisiones importantes.

74. No puedo dormirme, y me levanto tan cansado como al acostarme.
75. Últimamente sudo mucho, y me siento muy tenso.
76. Tengo una y otra vez pensamientos extraños de los que desearía poder librarme.
77. Tengo muchos problemas para controlar el impulso de beber en exceso.
78. Aunque esté despierto, parezco que no me doy cuenta de la gente que está cerca de mí.
79. Con frecuencia estoy irritado y de mal humor.
80. Para mí es muy fácil hacer muchos amigos.
81. Me avergüenzo de algunos de los abusos que sufrió cuando era joven.
82. Siempre me aseguro de que mi trabajo esté bien planeado y organizado.
83. Mis estados de ánimo cambian mucho de un día para otro.
84. Me falta confianza en mí mismo para arriesgarme a probar algo nuevo.
85. No culpo a quien se aprovecha de alguien que se lo permite.
86. Desde hace algún tiempo me siento triste y deprimido y no consigo animarme.
87. A menudo me enfado con la gente que hace las cosas lentamente.
88. Cuando estoy en una fiesta nunca me aísló de los demás.
89. Observo a mi familia de cerca para saber en quién se puede confiar y en quién no.
90. Algunas veces me siento confuso y molesto cuando la gente es amable conmigo.
91. El consumo de "drogas ilegales" me ha causado discusiones con mi familia.
92. Estoy solo la mayoría del tiempo y lo prefiero así.
93. Algunos miembros de mi familia dicen que soy egoísta y que sólo pienso en mí mismo.
94. La gente puede hacermé cambiar de ideas fácilmente, incluso cuando pienso que ya había tomado una decisión.
95. A menudo irrito a la gente cuando les doy órdenes.
96. En el pasado la gente decía que yo estaba muy interesado y apasionado por demasiadas cosas.
97. Estoy de acuerdo con el refrán: "Al que manda Dios le ayuda".
98. Mis sentimientos hacia las personas importantes en mi vida muchas veces oscilan entre el amor y el odio.
99. Cuando estoy en una reunión social, en grupo, casi siempre me siento tenso y cohibido.
100. Supongo que no soy diferente de mis padres ya que, hasta cierto punto, me he convertido en un alcohólico.
101. Creo que no me tomo muchas de las responsabilidades familiares tan seriamente como debería.
102. Desde que era niño he ido perdiendo contacto con la realidad.
103. Gente mezquina intenta con frecuencia aprovecharse de lo que he realizado o ideado.
104. No puedo experimentar mucho placer porque no creo merecerlo.
105. Tengo pocos deseos de hacer amigos íntimos.
106. He tenido muchos períodos en mi vida en los que he estado tan animado y he consumido tanta energía que luego me he sentido muy bajo de ánimo.
107. He perdido completamente mi apetito y la mayoría de las noches tengo problemas para dormir.
108. Me preocupa mucho que me dejen solo y tenga que cuidar de mí mismo.

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

- 145 Me paso la vida preocupándome por una cosa u otra.
- 146 Siempre me pregunto cuál es la razón real de que alguien sea especialmente agradable conmigo.
- 147 Clertos pensamientos vuelven una y otra vez a mi mente.
- 148 Pocas cosas en la vida me dan placer.
- 149 Me siento tembloroso y tengo dificultades para conciliar el sueño debido a dolorosos recuerdos de un hecho pasado que pasan por mi cabeza repetidamente.
- 150 Pensar en el futuro al comienzo de cada día me hace sentir terriblemente deprimido.
- 151 Nunca he sido capaz de librarme de sentir que no valgo nada para los demás.
- 152 Tengo un problema con la bebida que he tratado de solucionar sin éxito.
- 153 Alguien ha estado intentando controlar mi mente.
- 154 He intentado suicidarme.
- 155 Estoy dispuesto a pasar hambre para estar aún más delgado de lo que estoy.
- 156 No entiendo por qué algunas personas me sonríen.
- 157 No he visto un coche en los últimos diez años.
- 158 Me pongo muy tenso con las personas que no conozco bien, porque pueden querer hacerme daño.
- 159 Alguien tendría que ser bastante excepcional para entender mis habilidades especiales.
- 160 Mi vida actual se ve todavía afectada por 'imágenes mentales' de algo terrible que me pasó.
- 161 Parece que creo situaciones con los demás en las que acabo herido o me siento rechazado.
- 162 A menudo me pierdo en mis pensamientos y me olvido de lo que está pasando a mi alrededor.
- 163 La gente dice que soy una persona delgada, pero creo que mis muslos y mi trasero son demasiado grandes.
- 164 Hay terribles hechos de mi pasado que vuelven repetidamente para perseguirme en mis pensamientos y sueños.
- 165 No tengo amigos íntimos al margen de mi familia.
- 166 Casí siempre actúo rápidamente y no pienso las cosas tanto como debiera.
- 167 Tengo mucho cuidado en mantener mi vida como algo privado, de manera que nadie pueda aprovecharse de mí.
- 168 Con mucha frecuencia oigo las cosas con tanta claridad que me molesta.
- 169 Siempre estoy dispuesto a ceder en una riña o desacuerdo porque temo el enfado o el rechazo de los demás.
- 170 Repito ciertos comportamientos una y otra vez, algunas veces para reducir mi ansiedad y otras para evitar que pase algo malo.
- 171 Recientemente he pensado muy en serio en quitarme de en medio.
- 172 La gente me dice que soy una persona muy formal y moral.
- 173 Todavía me aterrorizo cuando pienso en una experiencia traumática que tuve hace años.
- 174 Aunque me da miedo hacer amistades, me gustaría tener más de las que tengo.
- 175 A algunas personas que se supone que son mis amigos les gustaría hacerme daño.

FIN DE LA PRUEBA.

COMPRUEBE, POR FAVOR,
QUE NO HA DEJADO NINGUNA
FRASE SIN CONTESTAR.

Inventario Clínico Multiaxial de MCMI - III MILLON
Hoja de Respuestas

Nombre Guillermo Prado H. Edad 37 Fecha de Aplicación 02-07-16

| | | |
|-----|---|---|
| 1 | V | X |
| 2 | X | F |
| 3 | X | F |
| 4 | X | F |
| 5 | V | X |
| 6 | V | X |
| 7 | X | F |
| 8 | X | F |
| 9 | X | F |
| 10 | V | X |
| 11 | V | X |
| 12 | X | F |
| 13 | V | X |
| 14 | V | X |
| 15 | X | F |
| 16 | X | F |
| 17 | X | F |
| 18 | V | X |
| 19 | V | X |
| 20 | X | F |
| 21 | X | F |
| 22 | X | F |
| 23 | X | F |
| 24 | X | F |
| 25 | X | F |
| 26 | X | F |
| 27 | X | F |
| 28 | X | F |
| 29 | V | X |
| 30 | V | X |
| 31 | X | F |
| 32 | V | X |
| 33 | V | F |
| 34 | X | F |
| 35 | X | F |
| 36 | X | F |
| 37 | V | F |
| 38 | V | X |
| 39 | V | X |
| 40 | X | F |
| 41 | X | F |
| 42 | X | F |
| 43 | X | F |
| 44 | V | X |
| 45 | X | F |
| 46 | V | X |
| 47 | X | F |
| 48 | X | F |
| 49 | X | F |
| 50 | V | X |
| 51 | X | F |
| 52 | V | X |
| 53 | V | X |
| 54 | V | X |
| 55 | V | X |
| 56 | X | F |
| 57 | V | X |
| 58 | X | F |
| 59 | X | F |
| 60 | X | F |
| 61 | X | F |
| 62 | X | F |
| 63 | V | X |
| 64 | X | F |
| 65 | V | X |
| 66 | V | A |
| 67 | V | X |
| 68 | X | F |
| 69 | X | F |
| 70 | X | F |
| 71 | V | X |
| 72 | X | F |
| 73 | X | F |
| 74 | V | X |
| 75 | V | X |
| 76 | V | X |
| 77 | V | X |
| 78 | V | X |
| 79 | V | X |
| 80 | V | X |
| 81 | X | F |
| 82 | X | F |
| 83 | X | F |
| 84 | X | F |
| 85 | V | X |
| 86 | X | F |
| 87 | X | F |
| 88 | X | F |
| 89 | V | F |
| 90 | X | F |
| 91 | V | X |
| 92 | X | F |
| 93 | V | X |
| 94 | V | X |
| 95 | X | F |
| 96 | X | F |
| 97 | X | F |
| 98 | V | F |
| 99 | V | X |
| 100 | V | X |
| 101 | V | X |
| 102 | V | X |
| 103 | X | F |
| 104 | X | F |
| 105 | X | F |
| 106 | X | F |
| 107 | V | X |
| 108 | X | F |
| 109 | V | X |
| 110 | V | X |
| 111 | V | X |
| 112 | X | F |
| 113 | V | X |
| 114 | V | F |
| 115 | X | F |
| 116 | V | F |
| 117 | V | X |
| 118 | V | X |
| 119 | V | X |
| 120 | X | F |
| 121 | V | X |
| 122 | X | F |
| 123 | X | F |
| 124 | X | F |
| 125 | V | X |
| 126 | X | F |
| 127 | X | F |
| 128 | V | X |
| 129 | V | X |
| 130 | V | X |
| 131 | V | X |
| 132 | X | F |
| 133 | X | F |
| 134 | V | X |
| 135 | V | X |
| 136 | V | X |
| 137 | X | F |
| 138 | V | X |
| 139 | X | F |
| 140 | V | X |
| 141 | V | F |
| 142 | V | X |
| 143 | V | X |
| 144 | V | X |
| 145 | V | X |
| 146 | X | F |
| 147 | X | F |
| 148 | X | F |
| 149 | V | X |
| 150 | V | X |
| 151 | V | X |
| 152 | V | X |
| 153 | V | X |
| 154 | V | X |
| 155 | V | X |
| 156 | X | F |
| 157 | V | X |
| 158 | X | F |
| 159 | X | F |
| 160 | V | X |
| 161 | V | X |
| 162 | X | F |
| 163 | V | X |
| 164 | V | X |
| 165 | X | F |
| 166 | X | F |
| 167 | X | F |
| 168 | X | F |
| 169 | V | X |
| 170 | V | X |
| 171 | V | X |
| 172 | X | F |
| 173 | V | X |
| 174 | V | X |
| 175 | V | X |

| Hoja de respuestas | | | | | |
|--|------------------------|---------------------------|--------------|-------------|-------------------------------|
| Total sin contestar | 0 | | | | |
| Errores (doble marca) | 0 | | | | |
| | Total Verdaderas Proto | Total Verdaderas No Proto | Total Falsas | Total Crudo | Puntajes BR (Base Rate) |
| Escalas de Validez | | | | | |
| IV - Validity | | | 0 | 0 | E10 Debe siempre estar en "0" |
| "X" Ajuste de Apertura | | | | 172 | 100 |
| "Y" Deseabilidad | 7 | | 4 | 11 | 51 |
| "Z" Alteración | 18 | | | 18 | 74 |
| | Total Verdaderas Proto | Total Verdaderas No Proto | Total Falsas | Total Crudo | |
| Escalas Clínicas de los Patrones de Personalidad EJE-II | | | | | |
| 1 Trastorno Esquizoide EZQ. | 10 | 4 | 2 | 16 | 89 |
| 2A. Trastorno Evitativo EV | 10 | 5 | 2 | 17 | 90 |
| 2B. Trastorno Depresivo DPS | 14 | 5 | | 19 | 115 |
| 3 Trastorno Dependiente DPD | 8 | 5 | 0 | 13 | 83 |
| 4 Trastorno Histriónico HIS | 8 | | 3 | 11 | 40 |
| 5 Trastorno Narcisista NAR | 6 | 3 | 5 | 14 | 57 |
| 6A Trastorno Antisocial ANT | 6 | 4 | 0 | 10 | 72 |
| 6B Trastorno Sadista SAD | 12 | 8 | | 20 | 96 |
| 7 Trastorno Compulsivo OC | 16 | | 3 | 19 | 56 |
| 8A Trastorno Negativista NEG | 16 | 6 | | 22 | 107 |
| 8B Trastorno Masoquista MAS | 10 | 6 | | 16 | 95 |
| Patología de Personalidad Severa EJE-II | | | | | |
| S Trastorno Esquizotípico EZT | 10 | 2 | | 12 | 75 |
| C Trastorno Límite LIM | 12 | 4 | | 16 | 85 |
| P Trastorno Paranoide | 14 | 6 | | 20 | 91 |
| Escalas Síndromes Clínicos EJE-I. | | | | | |

GUILLERMO P.M.

| A-Ansiedad | ANS | 6 | 4 | | 10 | 90 |
|--|-----|---|---|---|----|----|
| H-Somatomorfo | SOM | 4 | 2 | | 6 | 66 |
| N- Bipolar -Maníaco | | 6 | 5 | | 11 | 71 |
| D-Distimia | DIS | 8 | 5 | | 13 | 82 |
| B Dependencia Alcohol | OH | 0 | 5 | 0 | 5 | 68 |
| T-Dependencia Drogas | DX | 0 | 4 | | 4 | 60 |
| R-Trast EstrésPos TrumaTSPT | | 0 | 6 | | 6 | 63 |
| Escalas Síndromes Clínicos EJE-I. Severos | | | | | | |
| SS Trast del Pensamiento | | 8 | 6 | | 14 | 74 |
| CC Depresión Mayor | | 0 | 4 | | 4 | 61 |
| PP Trastorno delirante | | 0 | 4 | | 4 | 65 |

