

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



HABILIDADES SOCIALES Y SÍNTOMAS PSICOPATOLÓGICOS EN
INTERNOS RECLUIDOS POR HOMICIDIO CALIFICADO EN EL ESTABLECIMIENTO
PENITENCIARIO JULIACA 2019

Tesis presentada por los bachilleres:

MARAZA QUISPE, JEIDY BRITANI

MOROCCO ARAPA, ENZO NICOLE

Para optar el título profesional de

Psicólogos

ASESOR: EVERT NAZARET APAZA BEJARANO

AREQUIPA-PERÚ

2019

INDICE

PRESENTACIÓN.....	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN.....	iv
ABSTRACT.....	v
INTRODUCCIÓN	vi
PRIMER CAPÍTULO PROBLEMA DE ESTUDIO.....	1
1.1 Planteamiento del problema.....	1
1.2 Objetivos	4
1.2.1 Objetivo general.	4
1.2.2 Objetivos específicos.....	4
1.3 Hipótesis.....	4
1.3.1 Hipótesis general.	4
1.3.2 Hipótesis específicas.	5
1.4 Variables e indicadores	6
1.5 Justificación.....	7
1.6 Antecedentes	9
1.7 Definición de términos.	12
1.7.1 Habilidades sociales.	12
1.7.2 Homicidio Calificado.	12
1.7.3 Síntomas Psicopatológicos.	12

SEGUNDO CAPÍTULO REVISIÓN DE LA LITERATURA	13
2.1 Habilidades sociales	13
2.1.1 Definición de habilidades sociales.	13
2.1.2 Adquisición de las habilidades sociales.	14
2.1.3 Elementos conductuales de las habilidades sociales.	15
2.1.4 Importancia de las habilidades sociales.....	18
2.1.5 Déficits de las habilidades sociales.	19
2.1.6 Modelo explicativo de las habilidades sociales.....	21
2.1.7 Propuesta teórica de habilidades sociales según Arnold Goldstein.....	21
2.1.8 Clasificación de las habilidades sociales.....	22
2.1.9 Habilidades sociales y homicidio.	27
2.2 Síntomas psicopatológicos	28
2.2.1 Definición de síntomas psicopatológicos.	28
2.2.2 Modelos explicativos de los síntomas psicopatológicos	29
2.2.3 Importancia de la salud mental.....	29
2.2.4 Predisposición a la psicopatología.	30
2.2.5 Conducta normal – anormal.	31
2.2.6 Sintomatología psicopatológica.	32
2.2.7 Síntomas psicopatológicos en población penitenciaria.	36
2.2.8 Síntomas psicopatológicos y homicidio.	37

TERCER CAPÍTULO METODOLOGÍA	39
3.1 Tipo y diseño.....	39
3.1.1 Tipo.	39
3.1.2 Diseño.....	39
3.2 Sujetos	39
3.2.1 Criterios de inclusión.....	40
3.2.2 Criterios de exclusión.	40
3.2.3 Características de la muestra	40
3.3 Instrumentos y técnicas	43
3.3.1 Lista de chequeo de habilidades sociales.	43
3.3.2 SCL-90-R, lista de chequeo de 90 síntomas revisada.	46
3.4 Procedimiento.....	49
CAPITULO IV RESULTADOS.....	51
CAPÍTULO V DISCUSIÓN.....	59
CONCLUSIONES	66
RECOMENDACIONES	68
REFERENCIAS.....	69

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Operacionalización de Variables	6
Tabla 2 Ítems por cada área de la Lista de chequeo de Habilidades Sociales	44
Tabla 3 Ítems por cada área del SCL-90-R.....	47
Tabla 4 Relación entre las habilidades sociales y los síntomas psicopatológicos en el grupo de internos del Establecimiento Penitenciario Juliaca.....	51
Tabla 5 Nivel de habilidades sociales en internos del Establecimiento Penitenciario Juliaca	53
Tabla 6 Nivel de síntomas psicopatológicos en internos del Establecimiento Penitenciario Juliaca	55
Tabla 7 Habilidades sociales de los internos del Establecimiento Penitenciario Juliaca.	57
Tabla 8 Síntomas psicopatológicos de los internos del Establecimiento Penitenciario Juliaca ...	58

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Distribución de los sujetos por pabellones (nivel de peligrosidad).....	41
Figura 2. Distribución de los sujetos en función de la edad por grupos	41
Figura 3. Distribución de los sujetos en función al tiempo de reclusión por grupos	42

INDICE DE CASOS CLÍNICOS

CASO CLÍNICO N° 1	88
ANAMNESIS	89
EXAMEN MENTAL	98
INFORME PSICOMETRICO	102
INFORME PSICOLOGICO	108
PLAN PSICOTERAPÉUTICO.....	113
CASO CLÍNICO N° 2	120
ANAMNESIS	121
EXAMEN MENTAL	130
INFORME PSICOMÉTRICO	134
INFORME PSICOLÓGICO	138
PLAN PSICOTERAPÉUTICO.....	143

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.

Señores miembros del jurado evaluador.

Cumpliendo con las normas y lineamientos del reglamento de grados y títulos profesionales de la Facultad de Psicología, Relaciones Industriales y Ciencias de la Comunicación de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, presentamos a vuestra consideración la tesis titulada “Habilidades sociales y síntomas psicopatológicos en internos reclusos por homicidio calificado en el penal de Juliaca 2019” trabajo que al ser evaluado y aprobado nos permitirá optar el título profesional de Psicólogos.

Arequipa, julio de 2019

Bachilleres:

Maraza Quispe, Jeidy Britani

Morocco Arapa, Enzo Nicole

DEDICATORIA

A mis padres y hermanos, por mostrarme el camino correcto, por acompañarme de cerca en la ilusión y el empeño que he puesto en este proyecto, gracias por sus ánimos, por su paciencia, por su capacidad de aguante en los momentos más difíciles. A Jeidy, compañera de tesis y gran amiga. A mis preciados amigos, por permitirme aprender más de la vida a su lado. A ustedes les dedico este trabajo.

Enzo Morocco

A mis padres Jaime y Bertha, por mostrarme el camino hacia la superación por medio de la lucha constante, por su admirable perseverancia. A mi hermano Eduardo, por ser el motor de mi vida y el motivo para mi constante superación personal como profesional. A mi abuelo Antonio por guiarme y apoyarme para poder conseguir cada una de mis metas,

Jeidy Maraza

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios por permitirnos formar esta hermosa amistad, por hacer realidad esta meta trazada. A nuestro Asesor el Dr. Evert Nazaret Apaza Bejarano, por aceptar acompañarnos en la realización de la tesis. Al Dr. Alex Lajo Quispe, por brindarnos su colaboración, por la disposición de su tiempo y facilidades brindadas para poder llevar a cabo esta investigación.

Finalmente es menester agradecer a los docentes de nuestra amada escuela profesional de Psicología, quienes contribuyeron en nuestro desarrollo personal y profesional, brindándonos una formación científica estos seis años de estudio constante, así como tener una actitud crítica ante las dificultades que se nos puedan presentar en nuestra vida personal y desenvolvimiento profesional.

Jeidy Maraza y Enzo Morocco

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue determinar la relación que existe entre las habilidades sociales y síntomas psicopatológicos en internos recluidos por homicidio calificado en el Establecimiento Penitenciario Juliaca, en el año 2019.

El estudio fue realizado siguiendo un enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental, de corte transaccional, de tipo descriptivo correlacional. Los participantes fueron elegidos a través de un muestro no probabilístico y estuvo constituida por 81 internos del penal de Juliaca que cumplen una sentencia por Homicidio Calificado, reconocen la culpabilidad de su delito y desean participar de forma voluntaria. La variable Síntomas Psicopatológicos fue medida a través de la Lista de Chequeo de 90 Síntomas - Revisada (SCL 90 – R, siglas en inglés) y la variable Habilidades Sociales a través de la Lista de chequeo de Habilidades Sociales (LCHS).

Los resultados de la investigación indican que, respecto a los Síntomas Psicopatológicos en los internos, el nivel de distrés de síntomas refleja una afección en ellos y una elevada presencia de síntomas. El nivel de Habilidades Sociales en la población Evaluada revela un nivel promedio bajo. El índice de correlación encontrado entre las variables fue moderado inversa, por lo que la presencia de una variable podría potencialmente predecir la ausencia de la otra.

Palabras clave: Síntomas Psicopatológicos, Habilidades Sociales, Homicidio Calificado, Establecimiento Penitenciario.

ABSTRACT

The objective of the present investigation was to determine the relationship that exists between social skills and psychopathological symptoms in inmates detained for qualified homicide in the Juliaca Prison, in the year 2019.

The study was carried out following a quantitative approach, with a non-experimental design, of a transactional nature, of a correlational descriptive type. The participants were chosen through a non-probabilistic sample and was constituted by 81 inmates of the Juliaca prison who are serving a sentence for Qualified Homicide, acknowledge the guilt of their crime and wish to participate voluntarily. The variable Psychopathological Symptoms was measured through the Checklist of 90 Symptoms - Revised (SCL 90 - R) and the Social Skills variable through the Social Skills Checklist (LCHS).

The results of the investigation indicate that, regarding the psychopathological symptoms in the inmates, the level of distress of symptoms reflects a condition in them and a high presence of symptoms. The level of Social Skills in the Evaluated population reveals a low average level. The correlation index found between the variables was moderately inverse, so the presence of one variable could potentially predict the absence of the other.

Key words: Psychopathological Symptoms, Social Skills, Qualified Homicide, Penitentiary Establishment.

INTRODUCCIÓN

La sociedad moderna se vale de normas instituidas y aceptadas para continuar con su conservación, estas normas son consensuadas por la mayoría de la población; no obstante, existen personas que por diferentes motivaciones quebrantan estas normas; precisamente para estos sujetos, las instituciones encargadas de mantener el orden público han implementado sanciones para cada una de las infracciones o delitos que se puedan cometer; la acción de quitarle la vida a otra persona es quien en consecuencia tiene una de las mayores penalidades, la cual es la privación de libertad.

Como bien se refiere en la investigación de Alcázar, Verdejo, Bouso y Bezos (2010) no existe una comprensión completa de los mecanismos que se encuentran en la base de la conducta de los infractores sociales, pero es atribuida a factores psicofisiológicos y biológicos. En tal sentido, la Organización Panamericana de Salud [OPS] (2019) indicó que más de un tercio de las discapacidades en América se deben a un trastorno mental y por lo mismo instó a que se invierta más en esta problemática, la realidad peruana no es ajena a esto, pocos estudios se han preocupado por analizar las características específicas de las dolencias psicológicas de personas privadas de su libertad, de la vida en prisión, es por ello que resulta necesario conocer los diversos factores que influyen en el deterioro de las dimensiones psicológicas de la persona, precisamente en el deterioro psicológico de un recluso, puesto que estos individuos son sustraídos de la sociedad y pasan a ser encerrados en recintos que le otorgan condiciones de vida desventajosas, que poco a poco merman el equilibrio psicológico que haya podido alcanzar estando en libertad, como concluye Altamirano (2013) estas situaciones generan un desgaste psicológico de la persona, afectando su vida emocional, además de propiciar la aparición de síntomas psicopatológicos más altos que de la población general y un elevado número de quejas subjetivas; en el proceso de adaptación a la cárcel ocurren variaciones intrapsíquicas que producen en

el interno un estado de ánimo negativo que posteriormente pueden alcanzar serias repercusiones en alguna de las dimensiones de la personalidad.

Además es válido destacar las consecuencias en la socialización que conlleva el internamiento en una prisión, donde las normas institucionales limitan las actividades que se pueden realizar, hay una débil estimulación social resignando al recluso a un deterioro de sus competencias sociales; el encierro supone distanciamiento de una vida social en libertad y pasa a la vida social en encarcelamiento, con normas, modos de comunicación, autoridades y patrones de conducta diferentes a las anteriormente experimentadas en sociedad, la cárcel se convierte tarde o temprano en la realidad de estas personas y su interés por el exterior se ve reducido.

La bibliografía sugiere que al ser recluso, la persona percibe el nuevo entorno como perjudicial, ocasionándole afecciones psicológicas, así pues, la necesidad de desarrollar la investigación titulada “habilidades sociales y síntomas psicopatológicos en internos reclusos por homicidio calificado en el Establecimiento Penitenciario Juliaca 2019” se encuentra en su fin de realizar un estudio investigativo desde la perspectiva de la psicología jurídico forense para lograr entender la realidad en que se encuentra inmersos los reclusos, y dar una atención temprana o primaria a los casos donde se encuentra la problemática, evitando que más adelante se generen potenciales problemas de violencia o conductas homicidas desencadenadas por la presencia de síntomas psicopatológicos o una escases de herramientas para enfrentar las situaciones sociales.

Dicho esto, señalar que el trabajo presentado a continuación se divide en cinco capítulos. El primer capítulo de la tesis se dedica a presentar el problema de estudio, donde se abordan los aspectos metodológicos como el planteamiento del problema, los objetivos, hipótesis, justificación, antecedentes, limitaciones del estudio, definición de términos y variables e indicadores. Seguidamente, en el Capítulo II se abordan los aspectos teóricos relacionados a los

síntomas psicopatológicos y habilidades sociales; en la primera parte se tratan aspectos de las habilidades sociales y posteriormente, aspectos de los síntomas psicopatológicos, cada uno de estos temas analizados desde la población general y particularmente en la población penitenciaria.

A continuación, en el capítulo III, correspondiente al marco metodológico se describe el tipo y diseño de la investigación, sujetos, materiales e instrumentos que se utilizaron y el procedimiento que se siguió durante la investigación.

En el capítulo IV se ofrecen los resultados en figuras y tablas, en el que se comenta el análisis estadístico realizado para el contraste de las hipótesis.

Finalmente, en el capítulo V, encontraremos la discusión, las conclusiones y recomendaciones a un trabajo que ha pretendido abrir líneas de investigación a partir de los conceptos explorados, y ser punto de partida en el estudio del medio penitenciario y de los reclusos,

PRIMER CAPÍTULO

PROBLEMA DE ESTUDIO

1.1 Planteamiento del problema

En la actualidad la sociedad se encuentra en constante cambio y por lo tanto exige a los individuos una serie de conductas y respuestas de acuerdo a sus necesidades, hoy en día las demandas sociales son más complejas para que un individuo pueda desenvolverse positivamente, lo que implica para estos la aprehensión de habilidades sociales; estas necesidades varían en los individuos de acuerdo al entorno y la situación social a la que se enfrente, siendo el ambiente penitenciario una situación donde las herramientas con las que cuente el individuo para enfrentar la reclusión, determinaran su adaptación o fracaso en prisión, la reconocida relevancia de estas habilidades se puede apreciar en numerosas investigaciones, las cuales revelan que existen falencias en la adquisición y prevalencia de éstas, .

Así lo demuestra, Cabrera y Burga (2015), quienes realizaron un estudio acerca del nivel de habilidades sociales en internos del Establecimiento Penitenciario de San Martín, demostrando que los internos que cumplen sentencia por violación sexual y robo agravado cuentan con un nivel inferior de habilidades sociales, presenciándose deficiencias marcadas en múltiples áreas de este constructo.

En el estudio de esta variable se aprecia un claro predominio en investigaciones dedicadas a la elaboración y aplicación de programas para el fortalecimiento de habilidades sociales en niños y jóvenes, existiendo escasos estudios realizados en la población adulta y menos aún en el ámbito

penitenciario, en tal sentido De Miguel Calvo (2014) señala que el ambiente en prisión es asfixiante tanto en su aspecto arquitectónico como en su configuración social, a ello hay que añadir que las relaciones carcelarias están fuertemente determinadas por las relaciones de poder, ya sea en la relación autoridad-recluso como recluso- recluso, pues es fuente primordial de padecimientos psicológicos y emocionales, y al no contar con las suficientes estrategias de afrontamiento, como la ausencia de habilidades sociales, está puede convertirse en un factor de riesgo que posteriormente derivará en la dificultad de adaptación al entorno, desencadenando en estas personas trastornos depresivos, ansiosos, consumo de drogas, prevalencia de síntomas psicopatológicos, entre otros.

En tal sentido, según la (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2009) más del 25% de la población a nivel mundial y el 22% en América Latina y el Caribe, padecen uno o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de su vida, es decir aproximadamente una de cada cuatro familias tiene al menos un miembro perjudicado. Así pues, en el Perú 8 millones 669 mil 497 personas, es decir aproximadamente el 25% de los peruanos padecen al menos un trastorno mental alguna vez en su vida, con respecto a la región Puno se estima que 241 mil 576 personas equivalente al 22% de la población puneña sufren trastornos mentales (Ministerio de Salud [MINSA], 2018). Es así, que el análisis de los síntomas psicopatológicos del ser humano es un campo de estudio muy importante, su relevancia radica en el vínculo directo con las conductas agresivas, las cuales producen el riesgo de perder el principal bien jurídico que el estado debe proteger: el derecho humano a la vida, es decir una de las consecuencias más graves e irreversibles de la falta de intervención ante un problema psicopatológico es sin duda alguna el homicidio. En el Perú entre los años 2011 y 2017 se aprecia un incremento de la tasa de homicidios de 2,3 puntos, es decir, de 5,4 muertes violentas asociadas a un hecho delictivo doloso, en el año 2011 creció a

7,8 alcanzando 2 mil 487 muertes violentas por cada 100 mil habitantes en el año 2017. (Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2018).

Además, desde los años 90 los estudios realizados en población penitenciaria a nivel mundial concluyen que las personas encarceladas tienen entre 4 y 6 veces más probabilidad de padecer un trastorno psicótico o depresión grave que la población general y alrededor de 10 veces más probabilidad de ser diagnosticados de un trastorno antisocial de la personalidad. Fazel y Danesh, Andersen y Brugha et al. (Como se citó en Acín et al., 2011)

Frente al progresivo aumento de problemas psicopatológicos que se viene dando en la población general, a nivel nacional se han realizado diversos estudios en los que se establece relaciones entre los síntomas psicopatológicos y variables como autoestima, apego, estrés, entre otros; no obstante, escasas investigaciones contemplan a la población penitenciaria para evaluar la prevalencia de síntomas psicopatológicos que pueden padecer y la relación de estos con su nivel de habilidades sociales. Cabe resaltar que las investigaciones comparativas que se han llevado a cabo en el ambiente penitenciario centran su atención en comparar a los sujetos de acuerdo al delito cometido, restándole importancia al grado de peligrosidad en el que se categoriza a un interno, de acuerdo al reglamento de la institución. Por todo lo anteriormente expuesto se plantea la siguiente pregunta que fundamenta la investigación desarrollada: ¿Cuál es la relación entre las habilidades sociales y los síntomas psicopatológicos en internos recluidos por homicidio calificado en el Establecimiento Penitenciario Juliaca?

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo general.

Determinar la relación que existe entre las habilidades sociales y síntomas psicopatológicos en internos reclusos por homicidio calificado en el Establecimiento Penitenciario Juliaca

1.2.2 Objetivos específicos.

Identificar el nivel de habilidades sociales que presentan los internos reclusos por homicidio calificado en el Establecimiento Penitenciario Juliaca.

Evaluar los síntomas psicopatológicos que prevalecen en los internos reclusos por homicidio calificado en el Establecimiento Penitenciario Juliaca.

Establecer la diferencia que existe en cuanto al nivel de habilidades sociales y la prevalencia de síntomas psicopatológicos en los internos reclusos por homicidio calificado en relación al pabellón en el que se encuentran.

1.3 Hipótesis

1.3.1 Hipótesis general.

Existe una relación significativa inversa entre las habilidades sociales y síntomas psicopatológicos en internos reclusos por homicidio calificado en el Establecimiento Penitenciario Juliaca

1.3.2 Hipótesis específicas.

Las habilidades sociales que presentan los internos reclusos por homicidio calificado en el Establecimiento Penitenciario Juliaca se encuentran en un nivel bajo.

Es probable que exista un alto nivel de prevalencia de síntomas psicopatológicos en los internos reclusos por homicidio calificado en el Establecimiento Penitenciario Juliaca

Las habilidades sociales se diferencian significativamente de acuerdo al pabellón en el que se encuentran los internos reclusos por homicidio calificado en el Establecimiento Penitenciario Juliaca.

Los síntomas psicopatológicos se diferencian significativamente de acuerdo al pabellón en el que se encuentran los internos reclusos por homicidio calificado en el Establecimiento Penitenciario Juliaca.

1.4 Variables e indicadores

Tabla 1
Operacionalización de Variables

Variables	Indicadores	Sub Indicadores	Nivel de medición	Índices	Valores
Habilidades sociales	Interacción social	Habilidad básica	Escala Ordinal	Eneatipo 1: Nivel Deficiente	
		Habilidad social avanzada			
	Resolución de problemas	Control de sentimiento		Eneatipo 2 y 3: Nivel Bajo	(1) =nunca
		Enfrentar la agresión			(2) = rara vez
	Hacer frente a situación estresante	Control ante el estrés		Eneatipo 4, 5 y 6: Nivel Normal	(3) = a veces
		Relajación		Eneatipo 7 y 8: Nivel Alto	(4) =a menudo
Síntomas psicopatológicos	Planificación	Organización	Escala Ordinal	Eneatipo 9 : Nivel Excelente	(5) = siempre
		Formulación de objetivos			
	Síntomas clínicos	Somatización		Persona en riesgo (>65)	(0) = nada en absoluto
		Obsesión compulsión			
		Ideación paranoide			(1) = un poco
		Psicoticismo		Persona fuera de riesgo (<65)	(2) = moderadamente
		Ansiedad fóbica			(3) = bastante
	Síntomas psicológicos	Sensitividad interpersonal			(4) = mucho o extremadamente
		Depresión			
		Ansiedad			
		Hostilidad			

1.5 Justificación

El hombre es un ser social por naturaleza, desde su nacimiento se sumerge en un sinfín de relaciones las cuales llegarán a su culminación solo con la muerte, estas relaciones empiezan en el seno de la familia para posteriormente proyectarse hacia la sociedad, es decir se inician en la infancia adquiriendo diversos comportamientos sociales ya sean adecuados o inadecuados que se van desarrollando y modificando a lo largo de la vida en diferentes contextos sociales, en tal sentido se hace referencia a las habilidades sociales puesto que éstas influyen en las respuestas que el individuo manifestará ante un determinado escenario. Es así que, Trianes, Jiménez y Muñoz (Citado por Carrillo, 2015) señalan “que estas habilidades sociales son consideradas como herramientas para resolver conflictos, situaciones o tareas de tipo social” (p.22). Por consiguiente, cuando un sujeto no tiene las herramientas necesarias para resolver un conflicto con sus pares, tiende a responder con acciones socialmente inaceptables, exponiéndose a sanciones sociales como ser excluidos del grupo y castigados por la autoridad jurídica, debido a que en la mayoría de casos llegan a cometer una serie de faltas que pueden terminar en delitos que tienen como consecuencia la pérdida de su libertad, desencadenando en la mayoría de los casos que estas personas sean aisladas de la sociedad, es decir llevados a prisión; generando un escenario desagradable donde el recluso experimentará un cambio drástico de su estilo de vida, pues se somete a nuevas formas de interacción social y normas de convivencia “El encierro aunque se lleva a cabo de una manera muy objetiva, opera sobre la vida del interno principalmente en un ámbito subjetivo, podría decirse que ataca la psiquis del individuo, sus concepciones e identidades” (Nieto, 2013, p.23) no obstante:

El principio de la corrección busca que el individuo sufra una transformación en su comportamiento “desviado”, que a través del encierro logre una posterior readaptación social. Sin embargo, esto no se lleva a cabo de la manera esperada, y lo que termina

produciéndose en muchos casos es una transformación negativa de los internos. (Nieto, 2013, p.28)

Es decir, las conductas desviadas previas al encierro, se refuerzan negativamente a causa de las condiciones carcelarias, que traen como consecuencia una consistencia del comportamiento negativo. Numerosas investigaciones afirman que hoy en día se puede hablar de una consistencia del comportamiento puesto que, si se obtiene resultados satisfactorios a nivel individual, se repetirá la conducta ante una determinada situación. “Esa consistencia comportamental extrapolándola al campo de la psicopatología nos permite inferir rasgos psicopatológicos. Cuando de cierto patrón de comportamientos podemos inferir una cierta disposición individual a dicha manifestación comportamental” (Rodríguez, 2002, p. 39).

Aunque existen indicios sobre la relación de las habilidades sociales con algunos trastornos psicopatológicos y en consecuencia con sus síntomas, en la población penitenciaria no se cuenta con antecedentes sólidos que proporcionen resultados fiables sobre la evaluación y cuantificación de estas variables.

Martínez (2015) sostiene que “existen numerosos estudios que apoyan la existencia de dificultades especiales en los sujetos que delinquen (...), pero no se ha hallado una explicación clara de las relaciones entre las distintas variables investigadas” (p.197).

El estudio planteado permitirá comprender el valor fundamental que cumplen las habilidades sociales en las relaciones interpersonales, la detección de sintomatología psicopatológica y su intensidad presentes en los internos. El análisis correlacional de la presente investigación además de permitirnos tener información fiable acerca de los niveles de habilidades sociales y su relación con la prevalencia de síntomas psicopatológicos que padecen los internos

recluidos por homicidio calificado. En base a estos hallazgos, las instituciones pertinentes podrán implementar una propuesta de trabajo adecuada para el tratamiento psicosocial a la problemática que presenta esta población, con el uso de una serie de estrategias preventivas correctivas, apoyado en programas de entrenamiento de habilidades sociales además de un plan de rehabilitación acorde a la prevalencia de síntomas psicopatológicos, puesto que éstos serán indicadores de desencadenar un trastorno psicológico, ante una falta de intervención. La importancia de esta investigación, además de beneficiar a la población estudiada y a las instituciones que trabajen en su rehabilitación, favorece a la sociedad en general, puesto que estos sujetos al purgar la condena impuesta, se reintegrarán al entorno social del que fueron excluidos, y si no asimilaron herramientas para adaptarse a las exigencias sociales, crece la posibilidad de reincidencia pues mientras cumplieron condena conservaron y reforzaron sus conductas desadaptativas. De igual manera permitirá desde un punto de vista metodológico utilizar estos hallazgos, como punto de partida en próximas investigaciones, que permitan resultados beneficios para esta población y la sociedad en general.

1.6 Antecedentes

Molina, Pérez y Salaberría (2018) Ecuador, en su estudio denominado “Diferencias generales y entre sexos en salud mental: un estudio comparativo entre población penitenciaria y población general” en el cual se plantearon describir el nivel de síntomas y trastornos psicopatológicos presentes, en una muestra de 101 reclusos y compararlos con una muestra de la población general compuesta de 92 individuos residentes de Ecuador, con similares características en edad y sexo. Esta investigación se enmarca en la metodología cuantitativa y utiliza un diseño descriptivo y comparativo de dos grupos de corte transversal. Se aplicó la mini entrevista neuropsiquiátrica internacional (MINI) y el cuestionario de 90 síntomas revisado (SCL-90-R). Los

resultados mostraron que la población reclusa presentaba mayores niveles de sintomatología y mayor prevalencia de trastornos mentales que la población general.

Cabrera y Burga (2015) Perú, en su investigación titulada “Habilidades sociales en internos de robo agravado y violación sexual en un Establecimiento Penitenciario del departamento de San Martín” Perú que tuvo como objetivo comparar el nivel de habilidades sociales en los internos por robo agravado y violación sexual del Establecimiento Penitenciario Pampas de Sananguillo de la ciudad de Tarapoto, que estuvo conformada por 110 internos privados de la libertad por el delito de robo agravado y 85 internos que cumple pena privativa de la libertad por violación sexual de ambos sexos , entre las edades de 18 a 50 años , se utilizó el diseño no experimental de tipo comparativo. Utilizando la Escala de Evaluación de Habilidades Sociales que fue construido por Goldstein (1978). Demostrando que los internos que cumplen sentencia por violación sexual cuentan con un nivel inferior de habilidades sociales, presenciándose deficiencias marcadas en múltiples áreas de este constructo a diferencia de los internos por robo agravado que cuentan con un nivel considerado.

En Perú, Arias, Canales y De la Torre (2016), realizaron un estudio sobre “Características psicopatológicas en los reclusos del penal de Socabaya de Arequipa (Perú)” con el objetivo de analizar las manifestaciones clínicas de un grupo de 78 reclusos del penal de Socabaya de Arequipa, la muestra estuvo constituida por 78 reclusos varones entre 18 a 78 años que cumplen condena por múltiples delitos, se utilizó el diseño no experimental de tipo descriptivo. A través del inventario multifásico de personalidad de Minnesota, MMPI, versión abreviada MINI-MULT construida por Kincannom (1968). Los resultados señalan que los internos de este penal presentan diversas manifestaciones psicopatológicas, clínicamente significativas, se obtuvieron tres perfiles delictivos en base a las manifestaciones clínicas de la personalidad por medio del

análisis factorial de las escalas clínicas. Estos perfiles son el ansioso, el psicopático y el deprimido.

En Puno, Turpo y Huarachi (2017), llevaron a cabo un estudio sobre “Depresión e ideación suicida en internos por el delito de violación sexual del Establecimiento Penitenciario Juliaca-2017” cuyo objetivo fue determinar la relación entre depresión e ideación suicida en internos recluidos por el delito de violación sexual, la muestra estuvo constituida por 100 internos por el delito de violación sexual la cual está conformada por el pabellón A y B. La metodología de la presente investigación corresponde a un diseño no experimental de corte transeccional o transversal, de tipo descriptivo correlacional, los instrumentos utilizados fueron el Inventario de depresión de Beck-II (BDI-II) y la Escala de ideación suicida de Beck (Scale for Suicide Ideation, SSI) ambos instrumentos contruidos por Beck. Los resultados hallados evidencian que existe una correlación directa y significativa entre depresión e ideación suicida. Por tanto, se concluye que a mayor depresión mayor es el nivel de ideas suicidas

Flores y Mamani (2016) Puno, realizaron su investigación titulada “Habilidades sociales y agresividad en personal de tropa del cuartel general Manco Cápac de la ciudad de Puno – 2015” teniendo como objetivo determinar la relación entre habilidades sociales y agresividad en el personal de tropa del Cuartel General Manco Cápac de la ciudad de Puno, la muestra estuvo conformada por 188 soldados que realiza n su servicio militar. Corresponde a un diseño no experimental transeccional, de tipo descriptivo correlacional. Los instrumentos utilizados son el Cuestionario de Agresividad (MINSa) y la escala de Habilidades Sociales (EHS). Los resultados muestran que el 45.2% de los militares presentan un nivel promedio de agresividad y el 74.5% presenta un nivel bajo de habilidades sociales, existiendo una correlación indirecta y significativa

entre el nivel de agresividad y las habilidades sociales, así como la agresividad y cada una de las dimensiones de habilidades sociales.

1.7 Definición de términos.

1.7.1 Habilidades sociales.

Conjunto de conductas emitidas por el individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás y que generalmente resuelven esos problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas (Caballo, 2007, p.6).

1.7.2 Homicidio Calificado.

Acto de matar a otro concurriendo cualquiera de las circunstancias siguientes; ferocidad, codicia, lucro o por placer; para facilitar u ocultar otro delito; con gran crueldad o alevosía y por fuego, explosión o cualquier otro medio capaz de poner en peligro la vida o salud de otras personas. (Vásquez, Rodríguez, Vásquez, Deza, y Angelino, 2016).

1.7.3 Síntomas Psicopatológicos.

Galli (como se citó en Quiroz, 2017) “Es una referencia subjetiva que da un enfermo por la percepción o cambio que reconoce como anómalo, o causado por un estado patológico o enfermedad caracterizada por un deterioro en el funcionamiento comportamental o psicológico” (p.18).

SEGUNDO CAPÍTULO

REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1 Habilidades sociales

2.1.1 Definición de habilidades sociales.

Kelly (2002) define las Habilidades Sociales como: Aquellas conductas aprendidas que ponen en juego las personas en situaciones interpersonales para obtener o mantener reforzamiento del ambiente. Entendidas esta manera, las habilidades sociales pueden considerarse como vías o rutas hacia los objetivos de un individuo. (...) sus tres aspectos fundamentales son: entender la conducta socialmente hábil en términos de su posibilidad de llevar hacia consecuencias reforzantes, las situaciones interpersonales en la que se manifiestan habilidades sociales, y describir la conducta socialmente competente de modo objetivo. (p.19)

Para Roca (2005) las Habilidades Sociales son un conjunto de hábitos (a nivel de conductas, pero también de pensamientos y emociones), que nos permiten mejorar nuestras relaciones interpersonales, sentirnos bien, obtener lo que queremos, y conseguir que los demás no nos impidan lograr nuestros objetivos. También podemos definirlas como la capacidad de relacionarnos con los demás en forma tal que consigamos un máximo de beneficios y un mínimo de consecuencias negativas; tanto a corto como a largo plazo. (p.8)

Goldstein, Sprafkin, Gershaw y Klein (como se citó en Angeles, 2016) respecto a las habilidades sociales concluyen que son “las destrezas y conductas aprendidas por las personas, las

cuales le permiten llevar una vida efectiva y satisfactoria en lo personal como en lo interpersonal, donde la ausencia de un desarrollo adecuado implicaría la ausencia de competencia social” (p.21).

2.1.2 Adquisición de las habilidades sociales.

El ser humano desde su nacimiento, busca la forma de interactuar con su medio social, respondiendo a la conducta de sus cuidadores, en primera instancia con miradas, sonrisas, más adelante modelan los comportamientos de los padres y la familia, posteriormente el sujeto se expone a diversos modelos y circunstancias que le permitirán adquirir un conjunto de habilidades verbales y no verbales para adaptarse adecuadamente al contexto.

Diversas investigaciones afirman que la adquisición de habilidades sociales se aprenden los primeros años de vida, otras aseveran que se asimilan y modifican a lo largo de la vida de un individuo. Si bien es cierto no se puede definir un tiempo límite para la adquisición de habilidades sociales puesto que el sujeto se encuentra en constante cambio y sus respuestas varían acorde a la situación en la que se encuentre. Así pues dos personas presentes en un mismo programa de entrenamiento de habilidades sociales recepcionarán el aprendizaje de éstas de diferente modo. En tal sentido Kelly (2002) afirma:

Es posible que un determinado tipo de habilidad social nunca se adquiriera o haya sido aprendido inadecuadamente, no apareciendo, por tanto, en ninguna situación. En tal caso, el individuo no dispone en su repertorio de las habilidades conductuales apropiadas. En consecuencia, la habilidad no se manifiesta nunca o muy raras veces, independientemente de la situación en que se encuentre el cliente. Esto podría explicar la ineffectividad conductual de un individuo (...) que parece mostrar un deterioro social relativamente permanente. (p.24)

2.1.3 Elementos conductuales de las habilidades sociales.

Caballo (2007) plantea tres elementos conductuales de las habilidades sociales: componente conductual, psicológico y fisiológico.

2.1.3.1 Componente conductual.

Son de elementos del comportamiento que están más relacionados con las acciones y lo observable, es el componente de las habilidades sociales más estudiado. Hacen referencia al conjunto de comportamientos ante una determinada situación. De acuerdo con esto los componentes conductuales según Quinteros (2010) afirma: “Denominado así por la posibilidad de expresión motora, por ser observables y evaluables en cuanto a su frecuencia, intensidad y duración” (p.102).

A continuación se enumeran cuatro elementos que encierran los componentes conductuales propuestos por Caballo (2007):

2.1.3.1.1 Componentes no verbales.

Fernández Dols (como se citó en Petisco, 2013) señala: “El estudio del comportamiento no verbal como el estudio de mensajes vocales y no vocales que no poseen un código explícito, invariable y constituido por unidades discretas, es decir, un código lingüístico” (p.1). No cabe duda que el componente no verbal hace referencia a la comunicación mediante gestos que utiliza un individuo para transmitir mensajes consciente o inconscientemente. En ocasiones los componentes

no verbales enfatizan la comunicación verbal, además pueden sustituirlo, todo depende de la situación en la que se encuentre un individuo.

Caballo (2007) propone como componentes no verbales a la mirada, dilatación pupilar, expresión facial, sonrisa, postura corporal, gestos, distancia/proximidad, contacto físico y apariencia personal.

2.1.3.1.2 Componentes paralingüísticos.

Estos componentes acompañan a la comunicación verbal, se refiere a la forma en la que se emite el mensaje para comunicar diferentes estados de ánimo, existiendo así la posibilidad de alterar el contenido verbal. Además Van-der (2005) explica: “los elementos pueden llegar a afectar el significado del mensaje que se quiere transmitir; dado que un mismo mensaje no se lo puede transmitir con un tono de voz diferente y tendrá un distinto significado” (p.21).

Caballo (2007) plantea como componentes paralingüísticos al volumen, latencia, timbre, tono y la inflexión, la fluidez y perturbaciones del habla, claridad, velocidad, y el tiempo de habla.

2.1.3.1.3 Componentes verbales.

Hacen referencia al contenido verbal, estas indudablemente varían de acuerdo al contexto en el que se encuentre un individuo, al grado de familiaridad que le tenga al receptor, entre otros. Se relaciona básicamente a la conversación que mantienen dos o más sujetos, donde pueden intercambiar información, expresar afecto, pedir favores, dar elogios, etc., de manera recíproca e interactiva.

Caballo (2007) expone como componentes verbales; al contenido general, iniciar una conversación y retroalimentación.

2.1.3.1.4 Componentes mixtos más generales.

Se considera como el comportamiento que tiene un sujeto al momento de interactuar con sus pares, establecer empatía durante la conversación, relacionarse asertivamente, es decir “Ser capaz de percibir adecuadamente la situación interpersonal (...) Así podrá discriminar cuándo conviene comportarse de un modo u otro” (Roca, 2005, p.20).

Caballo (2007) muestra como componentes mixtos más generales; afecto, conducta positiva espontanea, escoger el momento apropiado, tomar la palabra, ceder la palabra, conversación en general, saber escuchar.

2.1.3.2 Componente Cognitivo.

Estos componentes hacen referencia específicamente a los recursos psicológicos de los que dispone el individuo para regular su respuesta al enfrentarse a una situación social. Así pues “Esta variable de la persona se basa en la capacidad para transformar y emplear la información de forma activa, para crear pensamientos y acciones, como en la solución de problemas” (Caballo, 2007, p.87) puesto que estos pensamientos no están rígidamente establecidas, sino que pueden ser modificadas, sustituidas o eliminadas a lo largo de la vida.

Roca (2005) se refiere a este componente como creencias con contenido emocional, dichas creencias pueden referirse a uno mismo o a otras personas y las relaciones interpersonales.

Según Caballo (2007) los elementos cognitivo son; conocimiento de la conducta habilidosa apropiada, conocimiento de las costumbres sociales, conocimiento de las diferentes señales de respuesta, saber ponerse en el lugar de la otra persona, capacidad de solución de problemas.

2.1.3.3 *Componente Fisiológico.*

En este grupo se ubican todas las implicaciones y cambios fisiológicos que experimenta la persona en una situación social, es decir se relaciona directamente con el sistema nervioso. No obstante existen pocos estudios realizados sobre estos componentes; según Caballo (2007) los componentes más estudiados son la tasa cardiaca, la presión sanguínea, flujo sanguíneo, respuestas electrodermales, respuestas electromiográfica y la respiración. El autor concluye que no existen investigaciones significativas que relacionen los componentes fisiológicos con las habilidades sociales, siendo la velocidad de activación el único elemento que resultaría importante en este estudio.

2.1.4 *Importancia de las habilidades sociales.*

Krishnamurti (1994) afirma, “si nos interesamos en nuestras propias vidas, si comprendemos nuestra relación con los demás, crearemos una sociedad nueva; de lo contrario, perpetuaremos el desorden caótico y la confusión que imperan actualmente” (p.58). Así pues si el sujeto experimenta una relación satisfactoria con sus pares, percibirá un bienestar emocional personal, por el contrario si presenta dificultades para relacionarse con su entorno, ésta traerá consigo la insatisfacción personal y social que dificultará su desarrollo personal. Por ello se puede afirmar que las habilidades sociales son indispensables para la interacción social, de ellas dependerán una adaptación eficaz al entorno social, puesto que es la base para el desarrollo del

individuo y son estas habilidades las que le permitirán, o no, enfrentarse adecuadamente a eventos estresantes. Así afirma Goleman (1985) Estas son las aptitudes sociales que garantizan la eficacia en el trato con los demás y cuya falta conduce a la ineptitud social o al fracaso interpersonal reiterado. Y también es precisamente la carencia de estas habilidades la causante de que hasta las personas intelectualmente más brillantes fracasen en sus relaciones y resulten arrogantes, insensibles y hasta odiosas. Estas habilidades sociales son las que nos permiten relacionarnos con los demás, movilizarles, inspirarles, persuadirles, influirles y tranquilizarles profundizar, en suma, en el mundo de las relaciones. (p.129)

2.1.5 Déficit de las habilidades sociales.

Las dificultades que en ocasiones pueden aparecer en las relaciones sociales se conocen como déficit de habilidades sociales, y tienen como principal característica la manifestación de una serie de comportamientos no adecuados llamados comportamientos pasivos o de inhibición y comportamientos agresivos o violentos. (Rosales, Caparrós, Molina y Alonso, 2013, p.38)

2.1.5.1 Comportamiento pasivo o inhibido.

El comportamiento pasivo se describe como la dificultad que experimenta el sujeto para expresar sus opiniones y defender sus derechos, inseguridad, baja autoestima, entre otros. Por ello se puede afirmar que las habilidades sociales ayudan a un individuo a tener una interacción positiva en sociedad y en consecuencia causarle bienestar, un déficit de habilidades, en general ocasionará en el individuo “Marginación o problemas sociales: tendencia al aislamiento, a la reserva y al mal humor; falta de energía; insatisfacción y dependencia. Ansiedad y depresión: Soledad; excesivos

miedos y preocupaciones; perfeccionismo; falta de afecto; nerviosismo, tristeza y depresión” (Goleman, 1996, p. 252).

2.1.5.2 Comportamiento agresivo o violento.

Esta conducta se caracteriza por violar los derechos de las personas, imponer opiniones, intimidar a sus pares, poseer una actitud dominante sobre los demás, carecer de empatía y asertividad a la hora de comunicarse. En tal sentido, “Se ha encontrado como propio perfil del agresor, la desinhibición, la ausencia de temor al rechazo, el deseo de dominio y un rasgo central, la capacidad de manipulación en la vinculación con otro” (Contini, 2015, p. 43).

Así pues el comportamiento violento se genera como respuesta ante una amenaza, que en ocasiones es real y en otras es malinterpretada por el sujeto. Por consiguiente para entender la conducta de los sujetos violentos Crick y Dodge (como se citó en Contini, 2015) afirman que estos individuos: “en la toma de decisiones prefieren asumir comportamientos agresivos por valorarlos como más eficaces para lograr los objetivos que se proponen” (p.44).

Los principales conflictos ocasionados en las personas según Goleman (1996) son: Problemas de atención o de razonamiento: incapacidad para prestar atención y permanecer quieto; ensoñaciones diurnas; impulsividad; exceso de nerviosismo que impide la concentración; bajo rendimiento académico; pensamientos obsesivos. Delincuencia o agresividad, relaciones con personas problemáticas; uso de la mentira y el engaño; exceso de justificación; desconfianza; exigir la atención de los demás; desprecio por la propiedad ajena; desobediencia en casa y en la escuela; mostrarse testarudo y caprichoso; hablar demasiado; fastidiar a los demás y tener mal genio. (pp. 252-253)

2.1.6 Modelo explicativo de las habilidades sociales

Respecto a las habilidades sociales y su funcionamiento, Olivos (2010) señala que es importante conocer algunos conceptos básicos sobre el concepto de conducta, ya que las habilidades sociales se manifiestan en la conducta visible, especialmente en cuanto a su aparición y como va evolucionando de manera variada de un individuo a otro. La teoría de Bandura (como se citó en Olivos, 2010) es básica para comprender como aprendemos las conductas sociales utilizando las competencias conductuales y cognitivas como información potencial que puede ir desarrollándose de acuerdo al individuo y su circunstancia. Estas habilidades pueden ser aprendidas por imitación, enseñanza directa o experiencias y permanecen o se modifican por las consecuencias del comportamiento, determinando así la exposición o evitación del individuo a determinada situación social. Según este modelo “el funcionamiento psicológico es una interacción reciproca continua entre determinantes personales, conductuales y ambientales” (Olivos, 2010, p.97).

2.1.7 Propuesta teórica de habilidades sociales según Arnold Goldstein.

El movimiento de las habilidades sociales y su estudio inician a mediados de los años ochenta destacando, entre otros autores, Goldstein (Bisquerra, 2009). El Dr. Goldstein reconocido mundialmente por su labor en la prevención de violencia y el estudio de las agresiones y los responsables de estas, centró sus estudios en una población de niños y adolescentes agresivos principalmente, pues en esta etapa, las personas aún no cuentan con herramientas para las relaciones interpersonales y una intervención en estos estadios, facilitarían la integración de la persona a su medio y a los primeros grupos sociales como son la familia y su centro educativo. La

persona en su desarrollo se irá enfrentando a situaciones cada vez más complejas y es necesario que aprenda a dominar habilidades avanzadas que le permitan superar los problemas personales e interpersonales que aparecerán en estas nuevas experiencias, de lo contrario esto representaría potencialmente conflictos con los compañeros, profesores, la escuela y posteriormente con las autoridades sociales (Goldstein et al., 1989). Es decir a nivel general las relaciones sociales satisfactorias demandan explícitas habilidades sociales, que se irán alcanzando con el desarrollo biopsicosocial del individuo. Así pues los sujetos se encuentran expuestos a situaciones estresantes, como formar parte de un nuevo círculo social, pérdida de algún familiar, cambiar de trabajo, terminar una relación sentimental, entre otros. Por lo que “En estas situaciones deben aprender a dominar el autocontrol, la capacidad de negociación y el enfrentarse a las presiones del grupo” (Goldstein et al., 1989, p.17).

La propuesta de Goldstein sugiere 50 habilidades sociales distribuidas en 6 grupos progresivamente más complejos, las cuales se irán aprendiendo en diferentes etapas del desarrollo, no existiendo parámetros en la edad para la adquisición de cada una de ellas. Estas habilidades sociales estarán presentes en la interacción interpersonal es decir que los individuos “deben ser capaces de reconocer lo que sienten o ciertas situaciones que requieren el empleo de determinadas habilidades para, así, poder utilizarlas en el marco de la vida real” (Goldstein et al., 1989, p.57).

2.1.8 Clasificación de las habilidades sociales.

Goldstein, Sprafkin, Gershaw y Klein (1989) plantean la siguiente categorización de las habilidades sociales.

2.1.8.1 *Primeras habilidades sociales.*

Hacen referencia a las habilidades sociales básicas, es decir que éstas son indispensables para que el sujeto logre interactuar con su entorno, que van desde atender a la información que brinda el interlocutor, mostrar interés por continuar la plática, hasta expresar opiniones de forma adecuada, destacando virtudes de una persona u otros cumplidos.

Según Goldstein et al. (1989) las primeras habilidades sociales son: “Escuchar, iniciar una conversación, mantener una conversación, formular una pregunta, dar las gracias, presentarse, presentar a otras personas, hacer un cumplido” (p.75).

2.1.8.2 *Habilidades sociales avanzadas.*

En este segundo grupo encontramos habilidades necesarias para una interacción social desarrollada, puesto que el individuo no siempre cuenta con los recursos necesarios para enfrentarse a un problema, por ende requerirá de la ayuda de sus pares y es imperativo que sepa cómo pedirla, además de aclarar los detalles de su solicitud y así conseguir superar el problema, estas habilidades se obtienen una vez adquiridas las primeras habilidades sociales. Goldstein et al. (1989) mencionan dentro de estas habilidades “Pedir ayuda, participar, dar instrucciones, seguir instrucciones, disculparse, convencer a los demás” (p.75).

2.1.8.3 *Habilidades sociales relacionadas con los sentimientos.*

Este conjunto de habilidades hace énfasis en explicar la importancia de reconocer los sentimientos de los demás y manifestar los propios, pues al tener dificultades para identificarlos,

esto conllevará a la insatisfacción personal que se manifestará en un posible aislamiento social y dificultades en general para relacionarse con el entorno social.

Goldstein et al. (1989) señalan como habilidades sociales relacionadas con los sentimientos a: “Conocer los propios sentimientos, expresar los sentimientos, comprender los sentimientos de los demás, enfrentarse con el enfado de otro, expresar afecto, resolver el miedo y autorrecompensarse” (p.75).

2.1.8.4 Habilidades alternativas a la agresión.

En cuanto a este grupo de habilidades se destacan las capacidades del individuo para solucionar un conflicto mediante la aplicación de alternativas que no impliquen reacciones agresivas, pues en este punto, el individuo debe tener en cuenta las necesidades propias y de los demás y buscar una solución que beneficie a ambas partes. Estas habilidades facilitaran la convivencia en los grupos a los que pertenezca y abrirá la posibilidad de ingreso a otros, puesto que la persona contará con la capacidad de pedir y brindar ayuda, además de responder de manera asertiva a las bromas y agresiones. Específicamente dentro de estas habilidades encontramos la capacidad de: “pedir permiso, compartir algo, ayudar a los demás, negociar, empezar el autocontrol, defender los propios derechos, responder a las bromas y así evitar los problemas con los demás y no entrar en peleas” (Goldstein et al., 1989, p.75).

2.1.8.5 Habilidades para hacer frente al estrés.

Es importante enfatizar que diversos eventos generan estrés en los sujetos, que afecta tanto la salud emocional como física, por ello es significativo responder de forma eficaz ante estas situaciones.

Goldstein et al. (1989) Indican como habilidades para hacer frente al estrés los siguientes elementos: Formular una queja, responder a una queja, demostrar deportividad después de un juego, resolver la vergüenza, arreglárselas cuando le dejan de lado, defender a un amigo, responder a la persuasión, responder al fracaso, enfrentarse a los mensajes contradictorios, responder a una acusación, prepararse para una conversación difícil y hacer frente a las presiones del grupo. (pp.75-76).

2.1.8.6 Habilidades de planificación.

Por último, este grupo de habilidades requiere de un juicio crítico del individuo, un grado de madurez que le permita al individuo decidir a su conveniencia y realidad, lo que le favorece o perjudica, analizando opciones que pueda controlar de acuerdo a sus experiencias y así plantear una solución efectiva a los problemas que le atañen. Dentro de este grupo encontramos las siguientes habilidades. “Tomar decisiones, discernir sobre la causa de un problema, establecer un objetivo, determinar las propias habilidades, recoger información, resolver los problemas según su importancia, tomar una decisión, concentrarse en una tarea” (Goldstein et al., 1989, p.76). Dada la complejidad de estas habilidades, no se pueden adquirir en los primeros estadios de desarrollo del ser humano, al contrario, suelen adquirirse de la juventud en adelante, cuando el individuo es capaz de elaborar un proyecto de vida de manera real y consciente, planteando objetivos claros e invirtiendo esfuerzo para conseguirlos.

2.1.8.7 Habilidades sociales en población penitenciaria.

Reconocida la importancia de las habilidades sociales en la población general se han realizado diversos estudios que señalan la importancia de éstas a la hora de resolver conflictos y

enfrentar situaciones estresantes, además de obtener relaciones sociales saludables que generan satisfacción personal. No obstante se encuentran escasas investigaciones realizadas sobre habilidades sociales en la población penitenciaria, cabe resaltar que la mayoría de estudios coinciden en que “El comportamiento delictivo es parcialmente el resultado de déficit en habilidades, cogniciones y emociones” (Rosser y Suriá, 2014, p.151).

Además al realizar una revisión de las familias de reclusos se hallaron características marcadas de violencia intrafamiliar, abandono familiar y un pobre repertorio para solución de conflictos, entre otros. Así Soria (2005) señalan que “Los estudios sobre las técnicas disciplinarias familiares en el seno de las familias de delincuentes las describen como duras, punitivas, laxas, erráticas y con un desarrollo muy pobre de las habilidades sociales” (p.48). Así también, señala Serrano (como se citó en García, 2014) “Las víctimas presentan alteraciones de carácter más interno, habitualmente presentan una baja autoestima, con actitudes y creencias sobre ellos mismos muy negativas, suelen presentar un déficit de las habilidades sociales y de resolución de problemas” (p.718). Esto haría suponer que esta población al no contar con experiencias socialmente satisfactorias en su infancia, no contaría con habilidades sociales adecuadas en su adultez.

Rosser y Suriá (2014) señalan: “Aunque todos estos fenómenos tienen un origen multifactorial, algunas de sus dimensiones psicológicas son claves al ser el sujeto el que realiza la conducta antisocial” (p.147).

Por otro lado “La mayoría de los investigadores y del personal correccional, por ejemplo, consideran el encarcelamiento como el tratamiento menos recomendado para los jóvenes delincuentes. El «encerrarlos» produce, con frecuencia, un aumento de la conducta antisocial”

(Goldstein et al., 1989, p.18). Por ello es importante que los establecimientos penitenciarios, desarrollen diversos programas de resocialización en esta población.

2.1.9 Habilidades sociales y homicidio.

Spierenburg (como se citó en Rodríguez, 2008) Clasifica la violencia según la motivación del agresor en estos dos tipos: la impulsiva; el homicidio es el resultado de las agresiones en el hogar o de las riñas callejeras, generalmente está asociados a la ingesta de alcohol o al consumo de drogas; no hay planeación o racionalidad en el acto, y la instrumental; el homicidio es un acto que se realiza de forma planeada y que tiene por objetivo conseguir un fin. (p.127)

Ahora bien, ya sea de forma impulsiva o instrumental, lo cierto es que el daño es irreversible, por ello es importante hallar las causas que llevan a un sujeto a cometer homicidio, en tal sentido numerosas investigaciones afirman que la ejecución de un delito como es el homicidio parte de una dificultad en la resolución de conflictos.

Además, los protagonistas de la violencia social y del homicidio en particular, no suelen ser propiamente enfermos mentales, sino más bien en su mayoría individuos con Trastorno de la Personalidad Antisocial y en algunas situaciones constituyen verdaderos psicópatas, ambos manifiestan una clara inadaptación social y agresividad. (Padrón y García, 2018, p.6)

Del mismo modo Ressler y Schactman (como se citó en Soria, 2005) en su investigación afirman: Los asesinos estudiados no desarrollaron las habilidades sociales necesarias para establecer relaciones con los otros, lo que les conduce a un proceso de aislamiento social. Este hecho no significa que todos fueran introvertidos y tímidos, por el contrario, algunos se mostraban

sociables y conversadores, pero esta conducta encubría su aislamiento interior y su incapacidad de conectar emocionalmente con la gente. (p.373)

Por otro lado, es importante considerar que la población reclusa por homicidio, se encuentra en un medio donde es difícil establecer vínculos sociales estables, por las condiciones del encierro lo cual obstaculiza la adquisición y la práctica de habilidades sociales.

2.2 Síntomas psicopatológicos

2.2.1 Definición de síntomas psicopatológicos.

La psicopatología es la rama de la psicología orientada a la comprensión de las desviaciones o patologías en el estado mental, la conducta y la disposición anímica de la persona. La unidad elemental de análisis de esta ciencia, según Hernández (2013) es el síntoma, específicamente el “síntoma psicopatológico” que es la manifestación del “enfermar psíquico”; afirma que es preciso estudiar el síntoma para poder conceptualizar el “hecho psicológico” y poder relacionarlo con la “conducta anómala” y esta a su vez con una “función cerebral” específica.

Vallejo (2015) señala que estos síntomas aparecen de manera prematura al trastorno y que muchas veces por su levedad son frecuentemente confundidos con rasgos de la personalidad; por lo que hace hincapié en la necesidad de distinguir estos elementos constitutivos para poder tratarlos y prevenir un trastorno.

2.2.2 Modelos explicativos de los síntomas psicopatológicos

Según Quiroz (2009) existen algunos modelos que tienden a explicar mejor la conducta psicopatológica

2.2.2.1 *Modelo científico exógeno*

Este modelo enfoca la conducta anormal de la siguiente manera:

Etiológico: analiza cómo influye el ambiente (educación) en la conducta anormal.

Evolutivo: estudia a las personas con alto riesgo de patología y cómo influyen sus experiencias vividas.

Aprendizaje: buscan que la aparición de trastornos sea explicado por modelos de aprendizaje.

2.2.2.2 *Modelo científico endógeno*

Se enfocan en tres aspectos para explicar la conducta anormal que son:

Genético. La psicopatología como conducta influenciada por los factores transmitidos

Ambiente interno: Estudian el impacto a la influencia del ambiente interno sobre la conducta anormal.

Neurofisiológico o neuroanatómico: se enfoca en los eventos que suceden en el Sistema Nervioso y como estos influyen en la psicopatología.

2.2.3 Importancia de la salud mental.

A lo largo de la historia, la concepción de salud mental se ha ido modificando y cobrando importancia tanto nivel social como individual. En este aspecto, la (Organización Mundial de la salud [OMS], 2013) define la salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo es

consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

A pesar de ello, en la actualidad se puede observar cierta indiferencia, puesto que se le da importancia a la salud mental cuando emerge una alteración en alguna de las facultades psicológicas, producto de una inadecuada interacción entre los factores biológicos, sociales y psicológicos.

Por otro lado, la importancia de la salud mental está relacionada con el concepto de salud orgánica, pues cualquier alteración en las funciones mentales repercutiría en el organismo, y una falencia en el organismo, comprometería un adecuado equilibrio psicológico.

2.2.4 Predisposición a la psicopatología.

Las diferentes dificultades psicopatológicas que presenta un sujeto parten de la manifestación de sus síntomas que dificultan su vida diaria, además poseen una naturaleza y origen diverso, existiendo condicionantes sin los cuales sería imposible entenderlos, estos factores son los, sociales, biológicos y psicológicos. Estos elementos son explorados, con el fin de identificar probables exposiciones del individuo a situaciones perjudiciales como podría ser una familia disfuncional, abuso físico o psicológico, consumo de sustancias psicoactivas, además de factores genéticos que predisponen a un sujeto a desencadenar un trastorno mental.

Según Casbona (como se citó en Ponce, 2012) los problemas psicopatológicos son respuestas a defectos o anomalías en la personalidad, además de otras circunstancias exteriores como el lugar de residencia, el nivel de educación y la condición socioeconómica.

2.2.5 Conducta normal – anormal.

Se ha determinado como objeto de investigación de la psicopatología la anormalidad de la conducta de un individuo, no obstante con esta premisa surgen innumerables dificultades para considerar ciertas conductas como “normales” o “anormales”, más aún si este acto no afecta el desenvolvimiento social y personal del individuo. Este conflicto parte de las amplias diferencias culturales y sociales, además de los estadios del desarrollo de un sujeto, es así que: “Los criterios estadísticos, sociales, morales o legales no son suficientemente científicos como para determinar lo que es «normal», aunque puedan ser utilizados tácitamente en la práctica para lograr una conceptualización derivada” (Checa, 2010, p.98).

De acuerdo a esto, diversos investigadores coinciden en que, se puede considerar a una persona como mentalmente saludable o normal de acuerdo a como enfrente satisfactoriamente la realidad, haciendo un uso adecuado de todos sus recursos sin caer en excesos que podrían dañarle o a su entorno, si la persona no consigue esto, se le puede considerar como mentalmente enfermo con predisposición o existencia de una psicopatología.

Por consiguiente en el desarrollo del estudio de la psicopatología, diferentes autores propusieron numerosos criterios de normalidad, no obstante en este apartado se consideran los más importantes.

2.2.5.1 Criterio estadístico.

Cortese (2004) considera que se relaciona con lo comúnmente observado en el comportamiento humano, distribuida de acuerdo a la curva de Gauss, donde el medio significa lo normal y los extremos lo patológico.

Así pues lo anormal resulta poco frecuente y es padecido por una escasa población. En este criterio en la línea que diferencia de normalidad y anormalidad es dinámica y varía constantemente de acuerdo a las normas sociales.

2.2.5.2 *Criterio biológico.*

Torres, Barrantes, y Tajima, (2015) afirman: “Este criterio señala que las alteraciones psicopatológicas se deben a la alteración y/o disfunción del funcionamiento o la estructura normal del organismo. Atiende a factores genéticos, inmunológicos, bioquímicos, entre otros” (p.11).

2.2.5.3 *Criterio Sociológico o interpersonal.*

“Desde este criterio se considera la normalidad (salud) como la adaptación del individuo a los modos de comportamiento esperables, habituales y considerados correctos por el grupo social al que pertenece” (Torres, Barrantes, y Tajima, 2015, p.11).

2.2.5.4 *Criterio Subjetivo o personal.*

Vallejo (2015) asocia los criterios de normalidad subjetiva, refiriéndose a la percepción de cada persona respecto a su salud mental sin considerar la opinión de su entorno.

2.2.6 *Sintomatología psicopatológica.*

Vásquez (como se citó en Rodríguez, 2002) Si bien la psicopatología de forma meramente descriptiva se puede sistematizar en síntomas que serían consideradas las unidades de comportamiento que presenten alguno de los criterios básicos en referencia al sufrimiento

personal, a la falta de adaptación al entorno, a la irracionalidad de sus comportamientos, al malestar del observador o a la violación de códigos éticos y/o morales establecidos. (p.38)

2.2.6.1 Dimensiones de los síntomas psicopatológicos.

Leornard Derogatis (1983) plantea los siguientes indicadores de síntomas psicopatológicos.

2.2.6.1.1 Somatización.

Se refiere a los síntomas que actúan sobre el factor físico de la persona generándole angustia y malestar emocional (Talarñ y Jarne, 2015). Estas afecciones pueden ser de diversa índole como la preocupación excesiva por enfermedades, por el aspecto o la apariencia de alguna parte del cuerpo, así como pueden ser específicas manifestándose en tensión muscular, algias, quejas inespecíficas de no encontrarse bien, problemas gastrointestinales, cardiovasculares o musculo esqueléticos (Ballespí, 2014).

2.2.6.1.2 Obsesiones y compulsiones.

Las obsesiones son pensamientos, imágenes o impulsos que recurren o persisten a pesar de los esfuerzos que hace la persona por eliminarlos, se experimentan como una invasión indeseable de conciencia, se consideran repugnantes o carentes de sentido y son inaceptables para la persona que las experimenta. Las compulsiones son actos propositivos y repetitivos, que se realizan de acuerdo con ciertas reglas o de forma ritualizada, en respuesta a una obsesión; la conducta compulsiva se lleva a cabo para reducir o prevenir la incomodidad asociada con alguna situación temida pero es evidentemente irracional o excesiva. Las compulsiones típicas comprenden

impulsos irresistibles por limpiarse, verificar que las luces o aparatos estén apagados y por contar objetos o posesiones. (Gerrig y Zimbardo, 2005, p.484).

2.2.6.1.3 Sensibilidad interpersonal.

“Sentimientos de incomodidad personal e inferioridad, particularmente en comparación con otros individuos; autodepreciación, marcada molestia durante las interacciones personales” (Lara, Espinosa, Cárdenas, Fócil, y Cavazos, 2005, p.44)

2.2.6.1.4 Depresión.

Beck (como se citó en Chinchilla, 2008) señala: La depresión presenta un esquema que se conoce como triada cognitiva, que incluye; una visión negativa acerca de sí mismo, se ve desgraciado, torpe, con poca valía y tiende a subestimarse y criticarse a sí mismo en base a sus defectos (“no valgo para nada”, “soy un inútil”); una tendencia a interpretar sus experiencias de manera negativa, atribuyéndolas en su mayoría a un fallo propio (“me maltratan porque me lo merezco”); una visión negativa acerca del futuro, que inevitablemente determina que cuando el paciente depresivo haga proyectos del futuro este anticipando unas expectativas de fracaso. (p.320)

2.2.6.1.5 Ansiedad.

Se caracteriza por un temor infundado como respuesta a una motivación irreal donde el individuo se siente amenazado, impotente, confundido, desorganizado ante dicho peligro (Checa, 2010). Estos síntomas se evidencian en la persona generando “pensamientos intrusivos difíciles de controlar sobre diferentes aspectos que pueden ir mal; la persona se preocupa por esos

pensamientos y, en consecuencia, se incrementa la preocupación y la ansiedad” (Talarn y Jarne, 2015, p.226)

2.2.6.1.6 Hostilidad.

Se manifiesta como una actitud negativa hacia los demás y hacia la misma naturaleza humana, que consiste en su enemistad, denigración y rencor. En general, la hostilidad entraña la devaluación de los motivos y valores de los demás, y la expectativa de que la gente es fuente de malas obras; implica, también, el deseo de oponerse a los demás, en cuanto a aspectos de relación, o incluso deseo de causarles daño. Se trata de una actitud muy dependiente de los aprendizajes sociales, que presupone la existencia de un estilo atribucional basado en la cognición de amenaza y la presunción de malevolencia por parte de los demás. (Palmero, 2010, p.436)

2.2.6.1.7 Ansiedad fóbica.

Se manifiesta como sentimientos de espera ante un peligro que aparece en situaciones u objetos en forma desproporcionada. Como consecuencia hay una conducta de evitación sistemática por parte de quien la padece a pesar de reconocer su carácter irracional” (Gonzales, 2013, p.33). Se caracteriza por “patrones de inhibición social, los sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la crítica y a la evaluación negativa y la tendencia a presentar temores exagerados o irracionales frente a situaciones específicas de la vida cotidiana” (Hernández, 2013, p.366).

2.2.6.1.8 *Ideación paranoide.*

Se caracteriza por una desconfianza y una sospecha general respecto a los demás (...) que los estén explotando, dañando o engañando; dudan de la lealtad o de la honradez de las otras personas; interpretan significados ocultos, degradantes o amenazadores en comentarios o sucesos benignos y perciben ataques a su carácter o reputación. (Oldham, Skodol, y Bender, 2007, p.60)

2.2.6.1.9 *Psicoticismo.*

Eysenck (como se citó en Grieco, 2012) señala que la particularidad de la variable psicoticismo es la soledad, la no importancia hacia la gente, generalmente son problemáticos y no encajan en ningún sitio. Puede presentar crueldad y carecer de sentimientos y empatía, es hostil con otros incluso con su propia familia. Le gustan las cosas inusuales y no le preocupa el peligro. (p.47)

Asimismo se hallan rasgos de personalidad patológica que se caracteriza por: “Una exhibición de un amplio rango de conductas extrañas, excéntricas e incongruentes culturalmente, o comportamientos y pensamientos inusuales, incluyendo procesos (por ejemplo, percepción, disociación) y contenido (por ejemplo, creencias)” (Magallón, Canalda y de la Fuente, 2014, p.728).

2.2.7 **Síntomas psicopatológicos en población penitenciaria.**

Numerosas investigaciones afirman que un gran porcentaje de las personas residentes en un Establecimiento Penitenciario padecen diferentes trastornos de personalidad y un estado de salud mental inadecuado, puesto que al ingresar a un reclusorio, cambian su estilo de vida

experimentando periodos de ansiedad, depresión, entre otros. Por ello en la actualidad se ha visto un interés por encontrar los síntomas psicopatológicos que prevalece en esta población, para explicar mejor algunas condiciones que no son precisamente trastornos mentales. Así pues, Mejía y Pérez (2008) afirman: “El delito es una conducta concreta y simbólica (...) en donde la infracción se muestra como síntoma, es decir, una forma de exponerse al exterior como una defensa emocional del sujeto, como medio para no caer en la disgregación de la personalidad” (p.71).

De acuerdo a esto, en la población penitenciaria hay varias circunstancias que condicionan su reclusión como puede ser delitos contra el cuerpo y la salud, contra la libertad, contra el patrimonio, etc. De acuerdo a Gonzales y Graña (2014) en la conducta delictiva encontramos aspectos psicopatológicos como: “Alta impulsividad, inestabilidad emocional, explosiones de ira ante estímulos estresantes, baja resistencia a la frustración, egocentrismo, suspicacia, baja empatía, frialdad emocional, búsqueda de sensaciones, dificultad para establecer vínculos afectivos” (p.211).

2.2.8 Síntomas psicopatológicos y homicidio.

En la actualidad la delincuencia está considerada como una conducta anormal, por ello se puede considerar objeto de estudio de la psicopatología que requiere hallar la posible causa a determinada conducta, que en un inicio se manifiesta a través de indicios. En tal sentido Jiménez (2013) afirma que los síntomas que caracterizan a una población penitenciaria sentenciada por homicidio son la carencia de empatía, tienden a ser personas insensibles ante los sentimientos de los demás, pueden ser irresponsables y explotadores en sus relaciones sexuales, tienen dificultades para adaptarse a las normas sociales, además de ser irritables e impulsivos. Estos síntomas son

comúnmente asociados a un trastorno de personalidad antisocial (Brunal, Amar, Cervantes Y Crespo, 2012).

Angermeyer, Cooper y Link (como se citó en Abasolo, 2016) Afirma: “La violencia interpersonal no es solo un síntoma o una manifestación psicopatológica, sino que es también un fenómeno recíproco e interactivo que surge en las relaciones sociales” (p.80).

Por otro lado, es evidente que el resultado más grave de la violencia es el homicidio, por ello la sociedad los califica como “enfermos mentales” que carecen de empatía y de inteligencia a la hora de resolver conflictos. No obstante Garrido (2007) menciona que el factor intelectual del individuo no juega una garantía frente a la realización del homicidio, es más influyente algunas características como la incapacidad de sentir amor, empatía, compasión o culpa; no cualquier persona puede llegar a ser un asesino, pero si presenta las características anteriormente mencionadas y sufre de privaciones y abusos en la infancia, aparecerán conductas antisociales en la adolescencia o incluso antes mostrándose como una forma de obtener privilegios por parte de su entorno.

TERCER CAPÍTULO

METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño.

3.1.1 Tipo.

La presente investigación se ejecutará bajo la propuesta teórica de Hernández, Fernández y Baptista (2014) basado en el enfoque cuantitativo de tipo descriptivo correlacional; descriptivo porque permite describir las variables y sus componentes; de alcance correlacional puesto que se asocian variables y se cuantifican las relaciones entre estas.

3.1.2 Diseño.

Se utilizará el diseño no experimental de corte transeccional correlacional, que es aquella que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Es decir, se observan los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos; de tipo correlacional, este tipo de estudios tienen como propósito medir el grado de relación que exista entre dos o más variables en un momento determinado. (Hernández et al., 2014).

3.2 Sujetos

La población del presente estudio está conformada por 1300 internos del Establecimiento Penitenciario Juliaca.

La muestra estará conformada por 81 reclusos sentenciados por el delito homicidio calificado. El tipo de muestreo que se utilizará es el no probabilístico intencional, puesto que la

elección de la muestra no dependerá de la probabilidad de ser elegidos sino de las características y exigencias de la investigación. (Hernández et al., 2014).

Para su determinación se establecieron los siguientes criterios:

3.2.1 Criterios de inclusión.

Reclusos sentenciados por el delito de homicidio calificado.

Reclusos con nociones básicas de comprensión lectora.

Reclusos con un tiempo de permanencia mínima de 6 meses.

Reclusos que deseen participar voluntariamente en la investigación.

3.2.2 Criterios de exclusión.

Reclusos procesados por el delito de homicidio calificado.

Reclusos que no reconozcan haber cometido el delito.

3.2.3 Características de la muestra

Los siguientes gráficos representan las características descriptivas de la muestra objeto de estudio en función a su grado de peligrosidad, edad, y tiempo de reclusión que tienen los sujetos.

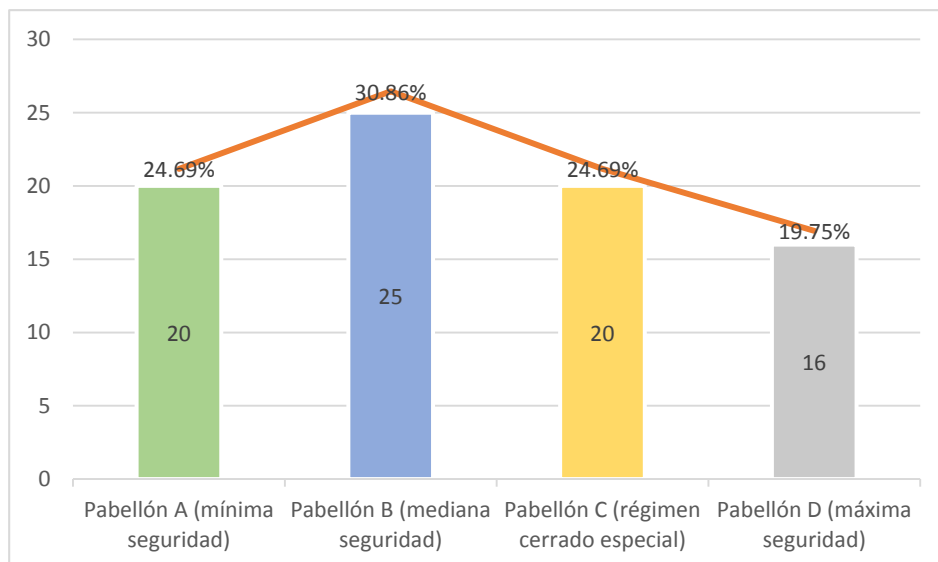


Figura 1. Distribución de los sujetos por pabellones (nivel de peligrosidad)

En el Figura 1, se presenta la distribución del total de los 81 reclusos participantes en función del pabellón que ocupan (nivel de peligrosidad), el mayor porcentaje pertenece al pabellón “B” 30.86% (25), los pabellones “A” (mínima seguridad) y “C” (régimen cerrado especial) albergan a 20 internos por pabellón (24.69% cada uno) y el pabellón “D” (máxima seguridad) posee al 19.75% (16) de la población evaluada.

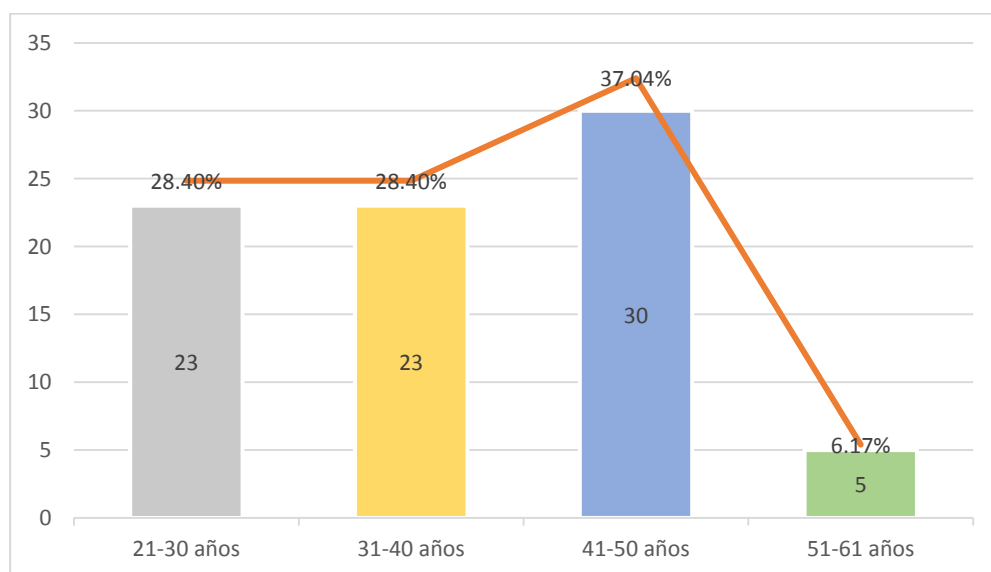


Figura 2. Distribución de los sujetos en función de la edad por grupos

La edad promedio de los reclusos que participaron de la evaluación fue de 27 años, el rango de edad de los evaluados estuvo comprendido entre los 21 y 61 años de edad, siendo el grupo de los 41 – 50 años el de mayor porcentaje, al estar compuesto por 37.04% de la muestra total, el grupo de 21 - 30 y 31 – 40 años de edad representan el 28.4% cada grupo, finalmente el grupo de 51 – 61 años representa el 6.17%.

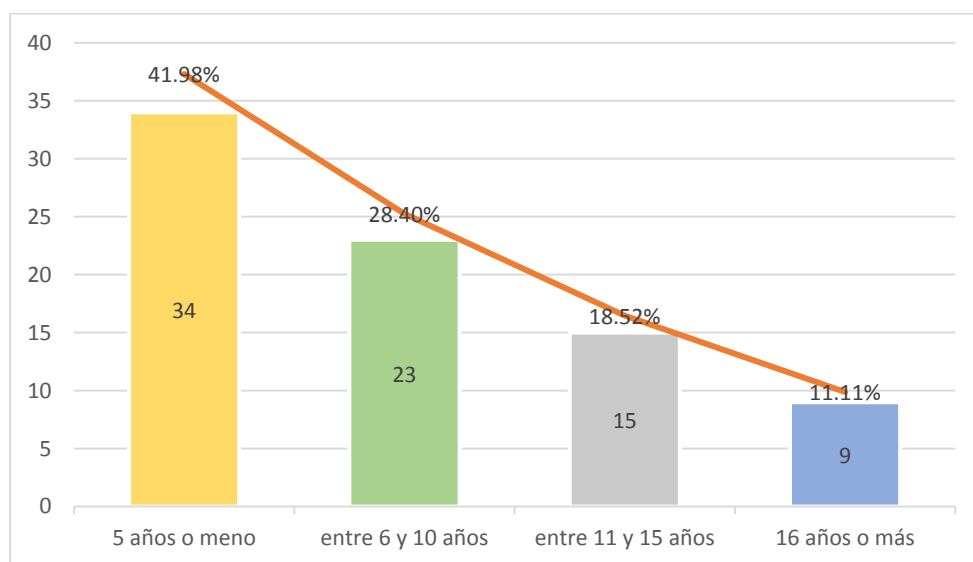


Figura 3. Distribución de los sujetos en función al tiempo de reclusión por grupos

En la Figura 3, en cuanto al tiempo de reclusión, 34 reclusos de la muestra total se encontraban reclusos menos de 5 años (41.98%); mientras que 23 internos llevaban entre 6 y 10 años de reclusión (28.40%); 15 tenían entre 11 y 15 años en prisión (18.52%) y finalmente 9 años a más de internamiento (11.11%).

3.3 Instrumentos y técnicas

3.3.1 Lista de chequeo de habilidades sociales.

3.3.1.1 *Ficha técnica.*

Nombre	: Lista de chequeo de habilidades sociales.
Autores	: Arnold P. Goldstein
Procedencia	: New York (1978)
Adaptación peruana	: Ambrosio Tomás Rojas (1995)
Aplicación	: Individual y colectiva.
Ámbito de aplicación	: De 12 años en adelante
Duración	: Entre 15 y 20 minutos.
Finalidad	: Determina las deficiencias y competencias que tiene una persona en sus habilidades sociales, además de identificar el uso de la variedad de habilidades sociales, personales e interpersonales.

3.3.1.2 *Descripción.*

La Lista de Chequeo de Habilidades Sociales está compuesta por un total de 50 ítems, agrupados en 6 áreas, las cuales tienen como respuesta una escala graduada de 1 a 5 de la siguiente manera: “Nunca, rara vez, a veces, a menudo, siempre”

Tabla 2
Ítems por cada área de la Lista de chequeo de Habilidades Sociales

Grupo	Área	Ítems
Grupo I	Primeras habilidades sociales	Ítems 01-08
Grupo II	Habilidades sociales avanzadas	Ítems 09-14
Grupo III	Habilidades relacionadas con los sentimientos	Ítems 15-21
Grupo IV	Habilidades alternativas a la agresión	Ítems 22-30
Grupo V	Habilidades para hacer frente al estrés	Ítems 31 – 42
Grupo VI	Habilidades de planificación	Ítems 43-50

3.3.1.3 Calificación.

La calificación es un procedimiento simple y directo que se ve facilitado por la estimación que hace el sujeto de su grado competente o deficiente en que usa las habilidades sociales comprendidas en la Lista de Chequeo, el cual está indicando un valor cuantitativo.

La puntuación máxima a obtener en un ítem es 5 y el valor mínimo es 1. Es posible obtener los siguientes puntajes de medidas del uso competente o deficiente de las habilidades sociales al usar la escala:

El puntaje obtenido en el ítem, el cual va de 1 a 5. Nos permite identificar en qué medida el sujeto es competente o deficiente en el empleo de una habilidad social, así como el tipo de situación en la que lo es. Las puntuaciones 1 y 2 indican, en general, un déficit en la habilidad.

El puntaje por áreas, el cual indica las deficiencias o logros del sujeto en un área específica. Se obtiene sumando los puntajes obtenidos en los ítems comprendidos en cada área del instrumento y comparándolo con los baremos correspondientes.

El puntaje total, que varía en función al número de ítems, que responde el sujeto en cada valor de 1 a 5. Este puntaje como mínimo es 50 y como máximo es 250 puntos.

Los resultados individuales y su interpretación serán fácilmente apreciados mediante la hoja del perfil de la Lista de Chequeo de Habilidad Sociales. Se trata de un informe gráfico, que se obtiene al convertir los puntajes directos en eneatis, señalarlos en el recuadro del perfil y luego unirlos por medio de líneas rectas.

De este modo quedará así conformado un perfil de cómoda interpretación. La significación de los niveles bajo (eneatis 1, 2 y 3), así como de los niveles medios (eneatis 4, 5 y 6) y de los niveles altos (eneatis 7, 8 y 9) para cada escala o área de la Lista de Chequeo y para el puntaje total, está consignada de manera clara en la línea superior de la tabla del perfil. Así tendremos:

Eneatis 1	: Deficiente nivel de Habilidades Sociales
Eneatis 2 y 3	: Bajo nivel de Habilidades Sociales
Eneatis 4, 5 y 6	: Normal nivel de Habilidades Sociales
Eneatis 7 y 8	: Alto nivel de Habilidades Sociales
Eneatis 9	: Excelente nivel de Habilidades Sociales

3.3.1.4 Validez.

Al realizar el análisis de ítems de la Lista de Chequeo de Habilidades Sociales Halló correlaciones significativas ($p < .05$, $.01$ y $.001$), quedando el instrumento intacto, es decir, con todos sus ítems completos ya que no hubo necesidad de eliminar alguno. Asimismo, cada una de las escalas componentes obtuvieron una correlación positiva y altamente significativa a un nivel

de $p < .001$ con Escala Total de Habilidades sociales, es decir, todas contribuyen de una manera altamente significativa a la medición de las 26 Habilidades sociales.

3.3.1.5 Confiabilidad.

Por su parte, la prueba test-retest fue calculada mediante el coeficiente de correlación Producto-momento de Pearson, obteniéndose un “ r ” = 0.6137 y una “ t ” = 3.011, la cual es muy significativa al $p < .01$. El tiempo entre el test y el re-test fue de 4 meses. Con propósitos de aumentar la precisión de la confiabilidad se calculó el Coeficiente Alpha de Cronbach, de consistencia interna, obteniéndose Alpha Total “ rtt ” = 0.9244. Finalmente, todos estos valores demostraron la precisión y estabilidad de la Lista de Chequeo de Habilidades Sociales de Goldstein.

3.3.2 SCL-90-R, lista de chequeo de 90 síntomas revisada.

3.3.2.1 Ficha técnica.

Nombre	: SCL-90-R, Lista de Chequeo de 90 Síntomas Revisada
Autores	: Leonard R. Derogatis
Procedencia	: Minnesota (1983)
Adaptación peruana	: Esteban, F., Reyes, S., Charcape, E. (2006)
Aplicación	: Individual y colectiva.
Ámbito de aplicación	: de 13 años en adelante
Duración	: Entre 30 y 45 minutos.

Finalidad : Apreciación de nueve dimensiones sintomáticas de psicopatología y tres índices globales de malestar, sin embargo, la valoración de malestar psicopatológico no implica evaluación diagnóstica.

3.3.2.2 Descripción.

Se trata de un cuestionario autoinformado de 90 ítems, las respuestas se presentan en una escala tipo Likert, de 0 a 4, en función de la intensidad con la que el sujeto ha vivido en las últimas semanas el malestar que cada ítem explora.

Los 90 ítems se agrupan en diez dimensiones sintomáticas de psicopatología y tres índices globales de malestar. Las dimensiones son:

Tabla 3
Ítems por cada área del SCL-90-R

Dimensiones	Ítems
Somatización	1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56, 58.
Obsesión – compulsión	3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55, 65.
Sensitividad interpersonal	6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69, 73.
Depresión	5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71, 79.
Ansiedad	2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80, 86.
Hostilidad	11, 24, 63, 67, 74, 81.
Ansiedad fóbica	13, 25, 47, 50, 70, 75, 82.
Ideación paranoide	8, 18, 43, 68, 76, 83.
Psicoticismo	7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88, 90.

Y síntomas misceláneos (ítems adicionales porque su peso factorial no permite incluirlos en ninguna de las otras escalas).

Los índices globales son: índice sintomático general (GSI, Global Severity Index), que proporciona una medida global o total de la intensidad del sufrimiento psíquico, utilizando esta valoración como si se trata de una sola escala sintomática; el total de síntomas positivos (PST, Positive Symptom Total), es decir, cual es el total de respuestas o síntomas presentes, lo que indica la amplitud y diversidad psicopatológicas, y el índice de distrés de síntomas positivos (PSDI, Positive Symptom Distress Index), que es un indicador de la intensidad del sufrimiento al relacionar el sufrimiento global con el número de síntomas presentes.

3.3.2.3 Calificación.

Las normas de corrección de la prueba son las siguientes:

Sumar por separado los ítems que componen cada escala, así como los adicionales.

Dividir la suma por el número de ítems que componen la escala, obteniendo dos cifras decimales (por ejemplo, en la escala “Somatización” dividiremos los puntos por 12).

Para calcular los tres índices globales deben darse los pasos siguientes:

Sumar todos los ítems de las 9 escalas conjuntamente y dividir esta suma por 90 y de este modo obtenemos el GSI (Índice de Severidad Global).

Contar todos los ítems a los que el sujeto ha respondido afirmativamente (respuesta distinta de 0) y de este modo obtendremos el PST (Total de Síntomas Positivos).

Dividiendo el total obtenido por la suma de los ítems que componen las 9 escalas por el Total de Síntomas Positivos obtenemos el PSDI (Índice de Malestar de Síntomas Positivos).

3.3.2.4 Validez.

La validez presenta divergencias en función a la muestra estudiada. En los estudios de Derogatis se encuentra una consistencia factorial en las nueve dimensiones sintomáticas, una buena validez convergente en paciente clínico con el MMPI y con otros instrumentos clínicos similares. La validez de criterio se ha demostrado por la alta sensibilidad al cambio en pacientes clínicos, algunos investigadores muestran que los factores no son del todo independientes, puesto que hay significativas correlaciones entre las dimensiones, lo que obliga a ser prudente en la utilización de las escalas específicas.

3.3.2.5 Confiabilidad.

Se encontró fiabilidad de las nueve dimensiones alcanzando valores cercanos o superiores a $r = 0.70$ en la mayoría de los estudios de confiabilidad test-retest y en torno a 0.80 en los análisis de consistencia interna. También se obtuvieron buenos niveles de consistencia interna para todas las escalas (Alfa de Cronbach de 0,72 a 0,86) y para el índice general (0,96), en población clínica. La confiabilidad también realizada con la prueba alfa de Cronbach, nos dice que los coeficientes obtenidos en la muestra de internos penitenciarios de Lima y Callao se encuentran entre los rangos 0.83 y 0.63 el más bajo (Esteban, Reyes y Charcape, 2006)

3.4 Procedimiento.

Se solicitará el permiso correspondiente dirigido al director de la oficina regional del altiplano Puno. Una vez obtenido el permiso se coordinará un horario con el director del

Establecimiento Penitenciario Juliaca, que serviría de guía para realizar las visitas correspondientes.

La muestra será escogida a través del tipo de muestreo no probabilístico intencional, con internos reclusos por el delito de homicidio calificado, con un mínimo de 6 meses de reclusión y que deseen participar voluntariamente en la investigación.

Una vez seleccionada la muestra se procede a la aplicación de ambos instrumentos. Para ello se utilizará la “lista de chequeo de habilidades sociales de Goldstein”, se le presentarán al participante una serie de enunciados referidos a las habilidades sociales, y éste debe señalar en qué medida considera cada uno de esos ítems importantes en su caso particular, las opciones de respuesta serán las siguientes: “Nunca”, “Rara vez”, “A veces”, “A menudo”, “Siempre”. La prueba será completada de manera individual y no existe límite de tiempo para su desarrollo, aunque se estima que con 15-20 minutos puede ser suficiente.

Seguidamente procede a la aplicación del segundo instrumento, para lo cual utilizará la prueba “SCL-90-R, lista de chequeo de síntomas revisada”, se le mostrarán al colaborador una serie de ítems referidos a los síntomas psicopatológicos, y éste debe indicar en qué medida considera que cada uno de esos enunciados le han preocupado o molestado durante la última semana, las opciones de respuesta serán las siguientes: “Nada”, “Muy poco”, “Poco”, “Bastante”, “Mucho”.

Una vez aplicados ambos instrumentos, se entrevistara a los integrantes de cada pareja evaluada, de este modo se obtendrán más datos que contribuyan al propósito de la investigación.

Una vez obtenidos los datos se procederá a la calificación, análisis e interpretación de los mismos.

CAPITULO IV

RESULTADOS

Tabla 4

Relación entre las habilidades sociales y los síntomas psicopatológicos en el grupo de internos del Establecimiento Penitenciario Juliaca.

	Grupo I Primeras habilidades sociales	Grupo II Habilidades sociales avanzadas	Grupo III Habilidades relacionadas con las sentimientos	Grupo IV Habilidades alternativas a la agresión	Grupo V Habilidades para hacer frente al estrés	Grupo VI Habilidades de planificación	Total de Habilidades Sociales
Somatización	-0.19	-0.34	-0.45	-0.32	-0.22	-0.40	-0.37
Obsesión- compulsión	-0.12	-0.43	-0.49	-0.36	-0.40	-0.51	-0.49
Sensibilidad interpersonales	-0.26	-0.49	-0.62	-0.41	-0.41	-0.58	-0.57
Depresión	-0.18	-0.48	-0.60	-0.44	-0.42	-0.61	-0.55
Ansiedad	-0.16	-0.37	-0.51	-0.39	-0.28	-0.55	-0.45
Hostilidad	-0.06	-0.26	-0.29	-0.24	-0.13	-0.32	-0.23
Ansiedad fóbica	-0.17	-0.21	-0.51	-0.28	-0.04	-0.26	-0.22
Ideación paranoide	-0.14	-0.42	-0.25	-0.36	-0.32	-0.53	-0.45
Psicoticismo	-0.26	-0.48	-0.24	-0.48	-0.29	-0.57	-0.55
Índice Sintomático General	-0.23	-0.55	-0.70	-0.53	-0.37	-0.70	-0.62
Total de síntomas positivos	-0.33	-0.51	-0.58	-0.48	-0.44	-0.58	-0.58
Índice de distrés de síntomas positivos	-0.09	-0.41	-0.57	-0.39	-0.18	-0.58	<u>-0.43</u>

Interpretación

Existe una correlación **inversa moderada** entre las habilidades sociales y el índice de distrés de síntomas positivos.

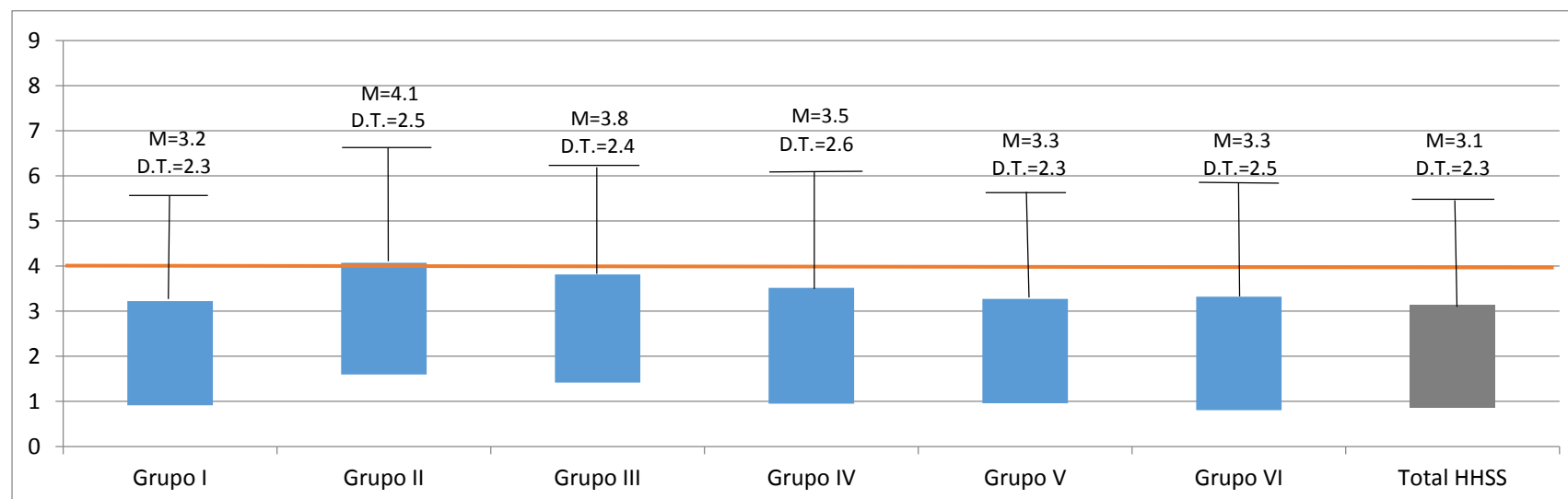
Las habilidades sociales están **altamente** asociadas con el índice sintomático patológico, y la presencia de síntomas positivos en forma **moderada**.

Entre los grupos, se observan las mayores correlaciones entre los síntomas psicopatológicos y los grupos III y VI, y las menores, con respecto a los grupos I y V.

Entre los síntomas, se observan mayores correlaciones entre las habilidades sociales y los síntomas: relaciones interpersonales, psicoticismo, depresión; y las menores, con los síntomas: hostilidad y ansiedad fóbica.

Tabla 5

Nivel de habilidades sociales en internos del Establecimiento Penitenciario Juliaca



Interpretación

Respecto a las habilidades sociales de los internos del Establecimiento Penitenciario Juliaca se observa que en el índice total de habilidades, se encuentran en promedio en el eneatispo 3.1, es decir en un bajo nivel.

En todas las dimensiones, los internos se ubican en promedio, por debajo del eneatispo 4, por lo que se precisa que tienen bajos niveles de habilidades sociales.

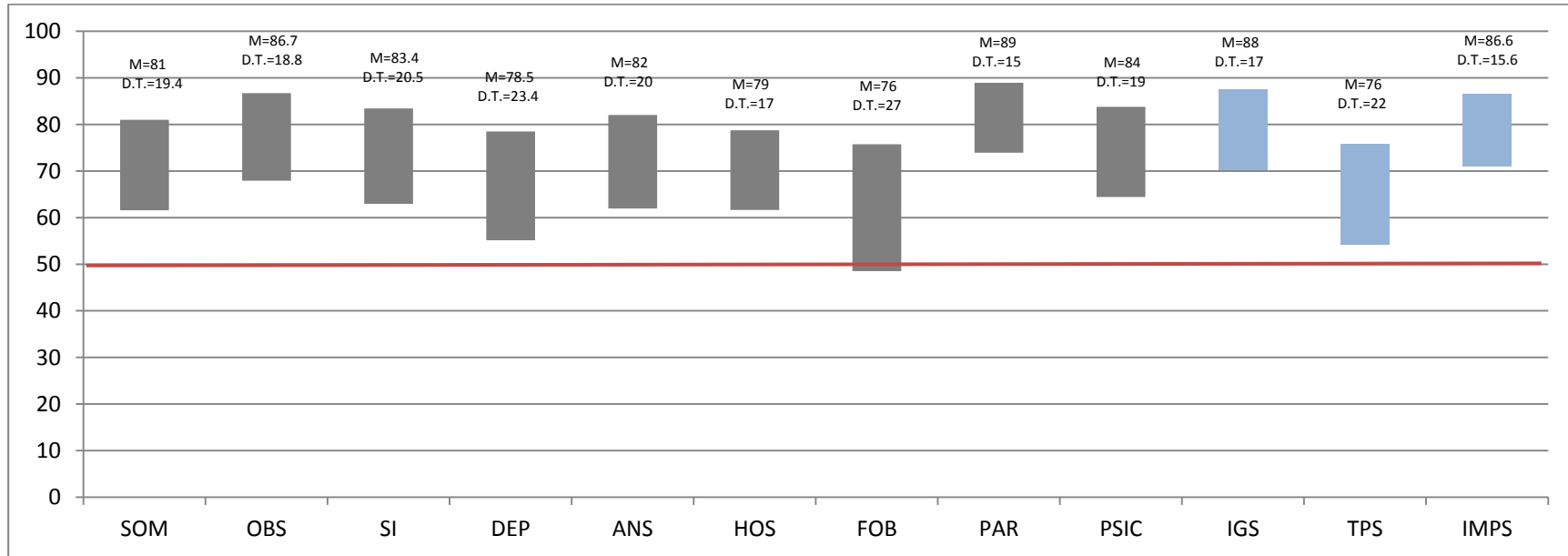
Entre las dimensiones evidencian los promedios más altos ($M=4.1$) en el grupo II (habilidades sociales avanzadas) y los menores ($M=2.3$) en el grupo V (habilidades para hacer frente al estrés) como en el grupo I (habilidades primarias). Siendo así, que muestran

mayor dificultad en combatir el estrés y menor dificultad en establecer dialogo para pedir ayuda, seguir y dar instrucciones y ser participativos.

El grupo IV (Habilidades alternativas a la agresión) es el área donde los sujetos evidencian mayor variabilidad, mientras que en el grupo I (habilidades primarias) y V (habilidades para hacer frente al estrés), las respuestas evidencian mayor similitud entre los internos. De modo tal que, hay quienes manifiestan conocer o procurar prácticas alternativas a la agresión como el autocontrol, mientras que hay quienes rotundamente reconocen no contar con ellas ni en lo mínimo. Mientras que en los alcances frente a las habilidades respecto al inicio de la interacción y frente al estrés, el grupo se muestra más homogéneo.

Tabla 6

Nivel de síntomas psicopatológicos en internos del Establecimiento Penitenciario Juliaca



Interpretación

El índice de distrés de síntomas positivos refleja gran afectación psicopatológica ($M=86.6$) en los internos del Establecimiento Penitenciario Juliaca, ahora bien, se evidencia que esto se relaciona algo más con la gravedad de los síntomas que por su presencia (véase que el total de síntomas positivos TPS promedio se encuentra doce puntos debajo del índice global de gravedad IGS manifestado).

Entre los síntomas, los que presentan mayores índices en el promedio de internos, son ideaciones paranoides ($M=89$) tanto como obsesiones y compulsiones ($M=86.7$), ambas relacionadas con los pensamientos que representan amenaza para ellos. Mientras que

manifiestan menor presencia de ansiedad fóbica ($M=76$) como de hostilidad ($M=79$), ambas dimensiones relacionadas con estados de alerta constante, sea de miedo o ira.

Asimismo, respecto a la ansiedad fóbica, antes desarrollada cabe mencionar que los internos evidenciaron gran variabilidad en sus respuestas ($D.T.=27$), de modo que la presencia del síntoma como su intensidad es experimentada en diferentes grados en los encuestados. En contraste, las ideas paranoides ($D.T.=15$) son vivenciadas en gran frecuencia y alteran el estado emocional de los internos en magnitudes similares, según expresan.

Tabla 7

Habilidades sociales de los internos del Establecimiento Penitenciario Juliaca.

ESTADÍSTICOS	A	B	C	D
Tamaño de la muestra =	20	25	20	16
Media =	3.05	3.84	2.21	3.24
Desviación estándar =	2.04	2.61	1.93	2.20
Los datos provienen de una distribución normal:	1.....Si 2.....No K.S. p-valor:0.03	1.....Si 2.....No K.S. p-valor:0.17	1.....Si 2.....No K.S. p-valor:0.00	1.....Si 2.....No K.S. p-valor:0.04

Interpretación

Las habilidades sociales de los internos del Establecimiento Penitenciario Juliaca muestran los promedios más altos en los del pabellón B, seguido del pabellón D, pabellón A y los menores promedios en los del pabellón C.

Los promedios no difieren significativamente (h de Kruskall Wallis, $p=0.144$, $\alpha=0.05$, $gl=3$)

Tabla 8

Síntomas psicopatológicos de los internos del Establecimiento Penitenciario Juliaca

ESTADÍSTICOS	A	B	C	D
Tamaño de la muestra =	20	25	20	16
Media =	88.90	84.76	87.42	85.82
Desviación estándar =	10.92	14.39	16.37	21.37
Los datos provienen de una distribución normal:	1.....Si 2.....No K.S. p-valor:0.04	1.....Si 2.....No K.S. p-valor:0.00	1.....Si 2.....No K.S. p-valor:0.00	1.....Si 2.....No K.S. p-valor:0.001

Interpretación

El índice de distrés de síntomas psicopatológicos de los internos del penal de Puno, evidencia los mayores promedios en los del pabellón A, seguido del pabellón C, pabellón D y menor en los del pabellón B.

Los promedios no difieren significativamente (h de Kruskall Wallis, $p= 0.521$, $\alpha=0.05$, $gl=3$)

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

A partir de los hallazgos encontrados se acepta la hipótesis general que establece que existe una correlación significativa inversa (-0.43) entre las habilidades sociales y síntomas psicopatológicos en internos recluidos por homicidio calificado en el Establecimiento Penitenciario Juliaca, dicho de otra manera, los internos que experimentan un alto distrés de síntomas psicopatológicos poseen un bajo nivel de habilidades sociales y viceversa.

Estos resultados guardan relación con lo que sostiene Olmos (2017) quien en su investigación en una población penitenciaria, encontró que el aislamiento social por motivo de reclusión quebranta el estilo de vida de la persona, reduce su esfera social, generando repercusiones en sus demás áreas de desenvolvimiento, atentando contra su bienestar psicológico. Por tanto los sujetos que experimentan una alteración en sus relaciones interpersonales, experimentan insatisfacción personal, aislamiento social, rechazo de los compañeros, entre otros, que se manifestará en una posible aparición de síntomas psicopatológicos.

Además, al efectuar un análisis específico de los grupos de habilidades sociales, se aprecia alta correlación (-0.57) entre el grupo de habilidades relacionadas con los sentimientos (grupo III) y los síntomas psicopatológicos, es decir a mayor dificultad para reconocer los sentimientos de los demás y manifestar los propios sentimientos, como consecuencia esta podría fomentar la aparición de síntomas psicopatológicos.

Asimismo se observa una mayor correlación (-0.58) de las habilidades de planificación (grupo VI), en otros términos, se evidencia que los internos recluidos por homicidio calificado que

no identifican las acciones que les favorecen o desfavorecen y no disciernen al respecto, presentarán sintomatología de diversas psicopatologías, esto concuerda con los resultados de Orrego, Fonseca y Paino (2016) en su investigación con sujetos que presentaban graves problemas de conducta, donde los evaluados con bajas aspiraciones y fracaso escolar presentaban mayor presencia de rasgos psicopatológicos. Asociando estos resultados al contexto penitenciario, se explicaría haciendo un análisis de las condiciones de vida y normas de convivencia del recinto, donde un actuar sin premeditación, trae consecuencias desfavorables en las condiciones individuales del internamiento que inevitablemente deriva en afecciones psicológicas.

Por otro lado el grupo de habilidades sociales que presenta menor correlación (-0.09) con los síntomas psicopatológicos son las primeras habilidades sociales (grupo I), éstas hacen referencia a las habilidades sociales básicas, que van desde iniciar una conversación, mostrar interés por continuar la plática, hasta expresar opiniones de forma adecuada, es decir si un sujeto posee alto o bajo puntaje en esta área no influye en la aparición de síntomas psicopatológicos, puesto que son habilidades que se suponen aprendidas en los primeros años de vida, además de ser básicas e indispensables en las relaciones interpersonales cotidianas.

Así también, las habilidades sociales para hacer frente al estrés (grupo V) presentan una muy baja correlación (-0.18) con los síntomas psicopatológicos, esto significa que en el contexto penitenciario, formular y responder a acusaciones, enfrentar a la presión grupal como al aislamiento del mismo y superar hechos vergonzosos, no predecirán la aparición de síntomas psicopatológicos, puesto que estos podrían estar presentes aun poseyendo habilidades adecuadas para hacer frente al estrés.

Referente a la primera hipótesis específica, se logra afirmar que los internos recluidos por homicidio calificado presentan un nivel bajo de habilidades sociales, pues se observa que el índice total de habilidades, se encuentra en promedio en el eneatispo 3.1, vale decir en un nivel bajo. Estos hallazgos coinciden con la investigación de Cabrera y Burga (2015), que en su investigación sobre habilidades sociales en internos recluidos por el delito de robo agravado y violación sexual, demostraron que éstos cuentan con un nivel inferior de habilidades sociales, presenciándose deficiencias marcadas en múltiples áreas de este constructo.

Mientras que al analizar los resultados de los síntomas psicopatológicos, se pudo hallar dimensiones sintomáticas con altos niveles que correlación inversa en relación a las habilidades sociales, es decir que la presencia de alguno de estos síntomas se relacionan moderadamente un nivel bajo de habilidades sociales y viceversa. Así pues existe congruencia con los resultados obtenidos por Costa y López (como se citó en Lacunza y Contini, 2011) quienes afirman que la aparición de un mayor número de trastornos psicopatológicos depende de la interrelación de factores de riesgo y protectores que exhibe un sujeto.

Además al realizar la exploración detallada de los síntomas psicopatológicos, se encontró que la población penitenciaria evaluada refleja que el síntoma que estaría más inversamente relacionado con habilidades sociales es la dimensión de Sensibilidad Interpersonal (-0.57), habiendo congruencia con los resultados obtenidos por Da Dalt y Regner (2009) quienes mencionan que las habilidades sociales están estrechamente relacionadas con la percepción y concepto que tiene cada uno de sí mismo, concluyendo que una mala autopercepción, sentimientos de inferioridad e inadecuación, revelan evitación a situaciones sociales y un bajo nivel de habilidades sociales.

Con respecto a la dimensión correspondiente a psicoticismo también presenta una alta correlación (-0.55), concordando con los resultados obtenidos por Hernández (2013) quien encontró en su estudio que individuos con alta presencia de psicoticismo estaban más predispuestos a tener conductas agresivas y hasta delictivas, también este síntoma está relacionado con las malas relaciones sociales, baja empatía y agresión hacia los demás, sustentando así la relación de que a una alto nivel del síntoma psicoticismo conlleva a un bajo nivel de habilidades sociales.

Asimismo, se encontró una correlación moderada (-0.55) en la dimensión sintomática de depresión, resultados que también fueron hallados por diferentes investigadores como Daga y Leon (2017), quienes mencionan que existe una ceñida relación entre la depresión y las habilidades sociales. Esto se atribuye a que una persona con síntomas de depresión procura evitar las situaciones sociales, la integración grupal, se aleja de sus metas y la planificación de actividades, muchas veces porque no encuentra la manera de comunicar su dolor lo cual lo orilla a tratar de enfrentar ese estado anímico solo.

Por otro lado la dimensión de síntomas psicopatológicos que presenta baja correlación (-0.23) con las habilidades sociales, es la hostilidad, que se manifiesta como una actitud negativa hacia los demás, que consiste en su enemistad y rencor, creando la expectativa de que la gente es fuente de malas obras. Esto se puede explicar a partir del encierro y el cambio de estilo de vida al que son sometidos, pues al perder su libertad experimentan deseos de oponerse a los demás, en cuanto a aspectos de relación, o incluso deseo de causarles daño, por lo que no necesariamente poseen un nivel bajo de habilidades sociales.

Por último la dimensión sintomática de Ansiedad Fóbica presenta una baja relación (-0.22) debido a que en un escenario carcelario enfrentarse a situaciones específicas que generen un miedo persistente no son muy buenos para estimar el nivel de habilidades sociales que pueda presentar un individuo.

Para poder realizar el análisis descriptivo de los datos recabados a través de la aplicación del SCL-90-R, y evaluar la prevalencia de síntomas psicopatológicos presentes en los internos, es importante tener en cuenta la dificultad por la que atraviesan estos sujetos al ingresar a un Establecimiento Penitenciario, pues adaptarse a las normas institucionales, al estilo de vida y aceptar haber perdido la libertad, es definitivamente un proceso difícil de aceptación, por ello es usual que las primeras consecuencias en aparecer sean la ansiedad ($M=82$), depresión ($M=78.5$), hostilidad ($M=79$) las somatizaciones ($M=81$) y la ansiedad fóbica ($M=76$), no obstante si el sujeto no cuenta con suficientes estrategias de afrontamientos estos síntomas podrían agravarse, como se aprecia en la tabla N3 el índice de distrés de síntomas positivos refleja gran afectación psicopatológica ($M=86.6$), también es importante aclarar que todos los sujetos evaluados cuentan con un tiempo de reclusión superior a un año. Asimismo los promedios más altos se encuentran en la dimensión; ideación paranoide ($M=89$) puesto que al estar en un entorno donde es constantemente vulnerado por las condiciones de vida, inevitablemente se empieza a percibir el ambiente adverso, ideado para perjudicarlos, entre otros. Igualmente podemos apreciar un alto promedio de sintomatología obsesivo compulsiva ($M=86.7$) puesto que los internos se ven absorbidos por el encierro y las reglas de convivencia que somete a estas personas a adoptar conductas bastantes similares, muchas veces repetitivas e involuntarias. En tal sentido existe similitud con los resultados obtenidos por Novo, Pereira, Vásquez y Amado (2017) en su estudio de la adaptación a prisión y los ajustes psicológicos de los internos, quienes al realizar un contraste

de la psicopatología entre población penitenciaria y población normal, en hallaron que los internos presentan psicopatología significativa propia de somatizaciones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. Del mismo modo, la población de internos evidenció padecer un mayor malestar clínico global (GSI), más síntomas positivos (PST) y una mayor severidad en los síntomas positivos (PSDI). Así también, Molina, Pérez, y Salaberría (2018) que en su estudio denominado; diferencias generales y entre sexos en salud mental: un estudio comparativo entre población penitenciaria y población general, encontraron que la población reclusa presentaba mayores niveles de sintomatología y mayor prevalencia de trastornos mentales que la población general. Por lo tanto se acepta la primera hipótesis específica que señala la existencia de un alto nivel de prevalencia de síntomas psicopatológicos en los internos recluidos por homicidio calificado en el Establecimiento Penitenciario Juliaca.

En cuanto a habilidades sociales, el análisis de los resultados nos muestran diferencias entre pabellones, siendo el pabellón B donde encontramos un mayor promedio ($M=3.84$), cabe enfatizar que poseen un nivel bajo de habilidades sociales, no obstante los internos pertenecientes al pabellón B muestran mejores habilidades sociales que el resto de la población, esto se podría explicar a partir del régimen en el que se encuentran pues la distribución de la población penitenciaria brinda mejores condiciones de intervención tanto por la cantidad de población, los ambientes disponibles y por la predisposición individual de los internos, por otra parte, el promedio menor fue encontrado en el pabellón C ($M=2.21$), perteneciente a régimen cerrado especial, donde el acceso para trabajar con esta población tiene bastantes restricciones, no cuenta con ambientes destinados a tratamiento, entre otros . Del mismo modo en el pabellón A y D se encontraron promedios de ($M=3.05$) y ($M=3.24$) respectivamente; pese a estos contrastes, no es posible afirmar

que exista una diferencia significativa en el nivel de habilidades sociales por pabellones, no obstante, se reafirma un bajo nivel de habilidades en la población evaluada.

En el mismo sentido, se afirmó anteriormente que los internos del pabellón B poseen mejor nivel de habilidades sociales por tanto se entiende que poseen menor prevalencia de síntomas psicopatológicos ($M=84.7$), esto se explica por la correlación moderada inversa existente entre ambas variables, no obstante es preciso destacar que la población penitenciaria evaluada presenta una prevalencia de síntomas psicopatológicos superior al promedio, así lo evidencia el pabellón C ($M=87.4$) quienes poseen una mayor prevalencia de síntomas psicopatológicos, seguidos del pabellón A y D encontrándose promedios de ($M=88.9$) y ($M=85.8$) respectivamente.

Es necesario señalar que existen algunas limitaciones propias del estudio, ya que este tipo de población, como señala American Psychiatric Association, (2014), tiende a la manipulación de sus respuestas. Además, Esteban, Reyes y Charcape (2007) afirman que estas personas tratan de ocultar sus características negativas para evitar sanciones u obtener una mejor clasificación en su régimen; así mismo, procuran proyectar sus características positivas para obtener un beneficio penitenciario. En tal sentido es importante señalar que el objetivo de ingreso a un Establecimiento Penitenciario es resocializar al sujeto, ayudándole a adquirir estrategias de afrontamiento durante el encierro para posteriormente devolverlo útil a la sociedad, no obstante la situación penitenciaria en el Perú atraviesa una crisis que se caracteriza por el hacinamiento, que trae como consecuencia la dificultad para llevar a cabo una intervención multidisciplinaria, constante y personalizada, que evidentemente obstruyen el camino hacia la resocialización.

CONCLUSIONES

PRIMERA: Existe una correlación inversa moderada entre las habilidades sociales y los síntomas psicopatológicos en los internos reclusos por homicidio calificado en el Establecimiento Penitenciario Juliaca, ello implica que el nivel de habilidades sociales se relacionan moderadamente la aparición, de síntomas psicopatológicos y viceversa.

SEGUNDA: Los grupos de habilidades sociales que resultan mejores para estimar la aparición de síntomas psicopatológicos son las habilidades sociales relacionadas con los sentimientos (grupo III) y las habilidades de planificación (grupo VI), en cambio los grupos de habilidades sociales para hacer frente al estrés (V) y las primeras habilidades sociales (grupo I) no necesariamente anuncian la aparición de síntomas psicopatológicos.

TERCERA: Las dimensiones sintomáticas de sensibilidad interpersonal, Psicoticismo y depresión revelan moderadamente el nivel de habilidades sociales que posee un sujeto, contrario a esto las dimensiones de hostilidad y ansiedad fóbica, siempre indican un determinado nivel de habilidades sociales.

CUARTA: Los internos evidencian una gran afectación psicopatológica, determinada en mayor medida por la gravedad de los síntomas que por su presencia, así pues los síntomas con mayor prevalencia son ideaciones paranoides y obsesiones compulsiones.

QUINTA: La población evaluada presenta un nivel bajo de habilidades sociales mostrando mayores deficiencias en las habilidades sociales primarias, habilidades para hacer frente al estrés y las habilidades de planificación.

SEXTA: No existen diferencias significativas al realizar el contraste por pabellones respecto a las variables evaluadas; no obstante el pabellón B presenta el mayor promedio de habilidades sociales y menor prevalencia de síntomas psicopatológicos, contrariamente al pabellón C, donde los síntomas psicopatológicos se ubican en una mayor prevalencia y consecuentemente un menor nivel de habilidades sociales.

RECOMENDACIONES

PRIMERA: Resulta importante realizar investigaciones psicológicas con la población penitenciaria, enfocados a descubrir otras variables que influyan en la aparición de síntomas psicopatológicos, para optimizar el proceso de resocialización.

SEGUNDA: Desarrollar programas psicoterapéuticos donde se brinden estrategias de afrontamiento para que los internos puedan prevenir la prevalencia y agravamiento de síntomas psicopatológicos y alcancen un equilibrio emocional.

TERCERA: Ejecutar réplicas del presente estudio con variables diferentes a las habilidades sociales con la finalidad obtener un panorama general sobre esta problemática para elaborar programas de rehabilitación acorde al delito cometido, evitando así una posible reincidencia.

CUARTA: Desarrollar programas de prevención del delito de parte de las Instituciones Educativas, el Instituto Nacional Penitenciario, entre otras instituciones, concientizando así a los estudiantes de las consecuencias que trae consigo el ingreso a un Establecimiento Penitenciario, además de brindarles herramientas para evitar atentar las normas judiciales.

QUINTA: Gestionar la integración de un mayor número de profesionales de la salud mental, de parte del Instituto Nacional Penitenciario, que puedan intervenir en el tratamiento carcelario cubriendo lo necesario y aceptable para la rehabilitación del interno, pues actualmente el establecimiento penal cuenta con aproximadamente 1300 internos.

REFERENCIAS

- Abasolo, A. (2016). El homicidio y los homicidas: Estudio descriptivo del homicidio en la provincia de Bizkaia (1992-2013). Características clínicas, médico-legales y jurídicas de los homicidas. (tesis doctoral). Universidad del País Vasco, Bilbao, España.
- Alcázar, M., Verdejo, A., Bouso, J. y Bezos, L. (2010). *Neuropsicología de la agresión impulsiva*. Revista de Neurología, 50(5), 291-299.
- Altamirano, Z. (2013). *El bienestar psicológico en prisión: antecedentes y consecuencias*. (tesis doctoral). Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España.
- American Psychiatric Association. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V). Madrid, España: Panamericana.
- Angeles, M. (2016). Relación entre resiliencia y habilidades sociales en un grupo de adolescentes de Lima Norte (Tesis doctoral). Universidad de San Martín de Porres, Lima, Perú.
- Arias, W., Canales, F. y De la Torre, N. (2016). Características psicopatológicas en los reclusos del penal de Socabaya de Arequipa (Perú). Anuario de Psicología Jurídica, 26(1), 80-87. Recuperado de:
<https://journals.copmadrid.org/apj/articulo.php?id=ced556cd9f9c0c8315cfbe0744a3baf0>
- Ballespi, S. (2014). Trastorno por ansiedad generalizada y trastorno de ansiedad por separación. En Ezpeleta, L. y Toro, J. (coords.), Psicopatología del desarrollo (pp. 443-470). Madrid, España: Pirámide.
- Bisquerra, A. (2009). Psicopedagogía de las emociones. Madrid, España: Síntesis.
- Brunal, G., Amar, J., Cervantes, M. y Crespo, F. (2012), Perfil psicosocial comparativo de personas condenadas por delitos contra la seguridad pública. En Aristizábal, E. y Amar, J. (Eds.). Psicología forense: estudio de la mente criminal (pp. 95-157). Barranquilla, Colombia: Universidad del Norte.
- Caballo, V. (2007). Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Madrid, España: Siglo XXI.

- Cabrera, A. y Burga, G. (2015). Habilidades sociales en internos de robo agravado y violación sexual en un Establecimiento Penitenciario del departamento de San Martín. *Revista de investigación apuntes psicológicos*, 1(1), 41-57. Recuperado de: https://revistas.upeu.edu.pe/index.php/ri_apsicologia/article/view/874
- Carrillo, C. (2015). Validación de un programa de lúdico para la mejora de las habilidades sociales en niños de 9 a 12 años (tesis doctoral). Universidad de Granada, Granada, España.
- Checa, M. (2010). Manual práctico de psiquiatría forense. Barcelona, España: Elsevier Masson.
- Chinchilla, A. (2008). La depresión y sus máscaras. Aspectos terapéuticos. Madrid, España: Médica Panamericana.
- Contini, N. (2015). Agresividad y habilidades sociales en la adolescencia. Una aproximación conceptual. *Psicodebate*, 15(2), 31-54.
- Cortese, E. (2004), Los conceptos normalidad – anormalidad, salud – enfermedad. En Cortese, E. et al. (Eds.). *Psicología médica salud mental* (pp. 101-109). Buenos Aires, Argentina: Nobuko.
- Da Dalt, Elizabeth y Regner, Evangelina Raquel (agosto de 2009). Autoconcepto y Habilidades Sociales en Adolescentes Marginales. En N. Cervone (Presidencia), *Psicología Clínica y Psicopatología*. Simposio llevado a cabo en el I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Argentina.
- Daga, E. y Leon, K. (2017). *Depresión, clima familiar, apoyo social y habilidades sociales en adolescentes de una institución educativa de Huancayo 2017*. (tesis de pregrado). Universidad Peruana los Andes, Huancayo, Perú.
- De Miguel Calvo, E. (2014). El encierro carcelario. Impacto en las emociones y los cuerpos de las mujeres presas. *Cuadernos de trabajo social*, 27(2), 395-404.

- Esteban, S., Reyes, S. y Charcape, E. (2007) *Baremacion de la lista de chequeo de 90 síntomas – revisada SCL 90 – R en internos de EE.PP. de Lima*. Lima, Peru: Centro de investigaciones criminológicas y penitenciarias.
- Flores, Y. y Mamani, L. (2016). Habilidades sociales y agresividad en personal de tropa del cuartel general Manco Capac de la ciudad de Puno – 2015 (tesis de pregrado). Universidad Peruana Unión, Puno, Perú.
- Garcia, E. (2014). Psicopatología forense. Comportamiento humano y tribunales de justicia. Bogotá, Colombia: Manual Moderno.
- Garrido, V. (2007). La mente criminal. Valencia, España: Temas de hoy.
- Gerrig, R y Zimbardo, P. (2005). Psicología y vida. Decimoséptima edición. Estado de México, México: Pearson Educación
- Gieco, D. (2012). Rasgos de personalidad y características resilientes en adultos en conflicto con la ley penal reincidentes (tesis de pregrado). Universidad abierta interamericana, Buenos Aires, Argentina.
- Goldstein, A., Sprafkin, R.; Gershaw, N. y Klein, P. (1989). Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia. Barcelona, España: Martínez Roca.
- Goleman, D. (1996). La inteligencia emocional. Por qué es más importante que el coeficiente intelectual. Recuperado de: <https://www.lectulandia.com/book/la-inteligencia-emocional/>
- González, A. (2013), Signos y síntomas. En Toro, R., Yepes, L. y Palacio, C. (Eds.), Fundamentos de Medicina: Psiquiatría (pp. 21-36). Medellín, Colombia: CIB.
- González, L. y Graña, J. (2014), Psicopatología, criminodinamia y repercusiones forenses de los trastornos de la personalidad. En García, E. (Ed.), Psicopatología forense. Comportamiento humano y tribunales de justicia (pp. 208–228). Bogotá, Colombia: Manual Moderno.
- Grupo Preca. (2011). Informe prevalencia de trastornos mentales en centros penitenciarios españoles. Recuperado de:

https://consaludmental.org/publicaciones/EstudioPRECA.pdf?fbclid=IwAR3UjFYDT2mRISQxsUJIW5VP11Teg5qqz234Z01in8EuNUpaJNrn0c_Ejck

Hernández, G. (2013). *Psicopatología básica*. Bogotá, Colombia: Editorial Pontificia Universidad Javeriana.

Hernández, R. (2013). Relación entre las dimensiones de personalidad y la presencia de conductas de agresión en adolescentes varones de un colegio particular de Lima Metropolitana. *Revista Psicológica Herediana* 8(1-2), 32-41.

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2018). Homicidios en el Perú, contándolos uno a uno 2011 - 2017. Recuperado de:
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1532/

Jiménez, F. (2009). *Evaluación Psicológica Forense*. Salamanca, España: Solo Soluciones.

Kelly, J. (2002). *Entrenamiento de las habilidades sociales*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.

Krishnamurti, J. (1994). *Sobre las relaciones*. Madrid, España: Edaf.

Lara, C., Espinosa I., Cárdenas, M., Fócil, M. y Cavazos, J. (2005). Confiabilidad y validez de la SCL-90 en la evaluación de psicopatología en mujeres. *Salud mental*, 28(3), 42-50.
Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252005000300042&lng=es&tlng=es

Magallón, E., Canalda, G. y de la Fuente, J. (2014), Trastorno de la personalidad. En Ezpeleta, L. y Toro, J. (coords.), *Psicopatología del desarrollo* (pp. 722-747). Madrid, España: Pirámide.

Martínez, T. (2015). *Psicopatía, violencia y trayectoria delictiva: análisis de su interacción en muestras penitenciarias* (tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.

Mejía, D. y Pérez, A. (2008). *Características psicológicas de los sujetos internos por el delito de homicidio calificado en el centro de readaptación social de Actopan, Hidalgo* (tesis de pregrado). Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Miguel Hidalgo, México.

- Ministerio de Salud. (2018). Plan Nacional de Fortalecimientos de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018 - 2020. Recuperado de: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4422.pdf>
- Molina, V., Pérez, J. y Salaberría, K. (2018). Diferencias generales y entre sexos en salud mental: un estudio comparativo entre población penitenciaria y población general. *Revista Mexicana de Psicología*, 35(2), 117-130. Recuperado de: <https://www.researchgate.net/publication/327273789>
- Nieto, H. (2013). Presos: un nuevo individuo bajo el encierro un estudio sobre las condiciones de vida de los internos de la cárcel Villahermosa, Cali Colombia (tesis de pregrado). Universidad del Valle, Cali, Colombia.
- Novo, M., Pereira, A., Vásquez, M. y Amado, B. (2017). Adaptación a la prisión y ajuste psicológico en una muestra de internos penitenciarios. *Acción Psicológica*, 14(2), 113-128-
- Oldham, J., Skodol, A. y Bender, D. (2007). Tratado de los trastornos de la personalidad. Barcelona, España: Elsevier Masson.
- Olivos, X. (2010). *Entrenamiento de habilidades sociales para la integración psicosocial de inmigrantes* (tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.
- Olmos, C. (2007). Mujeres en prisión. Intervención basada en sus características, necesidades y demandas. *Revista Española de Investigación Criminológica*, 4(5), 1-24
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2013). Salud mental: un estado de bienestar. Recuperado de https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2009). Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Recuperado de: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/740/9789275316320.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2019). OPS insta a aumentar la inversión en salud mental. Recuperado de

- https://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=4256:ops-insta-a-aumentar-la-inversion-en-salud-mental&Itemid=1062
- Orrego, J., Fonseca, E. y Paino, M. (2016). Perfil psicopatológico en adolescentes con problemas graves del comportamiento. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación*, 3(1), 19-27.
- Padrón, C. y García, T. (2018). Trastornos mentales y homicidio. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 34(1), 4-13. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252018000100002&lng=es&tlng=es.
- Palmero F. (2010). Hostilidad, psicofisiología y salud cardiovascular. En Oblitas, L. (coord.), *Psicología de la salud y calidad de vida* (pp. 433-448). México D.F., México: Cengage Learning.
- Petisco J. (04 de noviembre de 2013). José Manuel Petisco. La comunicación en el aula [Mensaje de Blog]. Recuperado de <https://aulacomunicacionnoverbal.blogspot.com/2013/10/es-importante-para-el-docente-formarse.html>
- Ponce, A. (2012), La conducta criminal, un abordaje desde la psicología forense. En Aristizábal, E. y Amar, J. (Eds.). *Psicología forense: estudio de la mente criminal* (pp. 24-44). Barranquilla, Colombia: Universidad del Norte.
- Quinteros, P. (2010) Entrenamiento de habilidades sociales a adolescentes institucionalizados (tesis de pregrado). Universidad de Aconcagua, Calama, Chile.
- Quiroz, k. (2017). Estandarización del cuestionario SCL 90-r en adolescentes de educación básica regular de dos distritos de Lima-Sur. (tesis de pregrado). Universidad Autónoma del Perú, Lima, Perú.
- Roca, E. (2005). *Cómo mejorar tus habilidades sociales*. Valencia, España: ACDE Ediciones.

- Rodríguez, M. (2002). Estrés y psicopatología en población normal, trastornos médico-funcionales y enfermos psiquiátricos (tesis de doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.
- Rodríguez, M. (2008). Violencia homicida: clasificación y factores de riesgo. *Medicina U.P.B.*, 27 (2), 125-139.
- Rosales, J., Caparrós, B., Molina, I. y Alonso, S. (2013). *Habilidades Sociales*. Madrid, España: McGraw-Hill/Interamericana de España.
- Rosser, A. y Suriá, R. (2014). *Prevención y tratamiento de la delincuencia: Actividades prácticas*. Alicante, España: Club Universitario.
- Santiago, B. (2016). *Habilidades sociales y conducta disocial en adolescentes de una institución educativa nacional del distrito de Nuevo Chimbote* (tesis de pregrado). Universidad Cesar Vallejo, Chimbote. Perú.
- Soria, M. (2005). La Psicología criminal: desarrollo conceptual y ámbitos de aplicación. En Soria, M. y Sáiz, D. (coords.), *Psicología criminal* (pp. 25-58). Madrid, España: Pearson Educación.
- Soria, M. (2005). La psicología de investigación criminal: perfiles psicológicos criminales y hallazgos criminológicos forenses. En Soria, M. y Sáiz, D. (coords.), *Psicología criminal* (pp. 363-396). Madrid, España: Pearson Educación.
- Talarn, A. y Jarne, A. (2015). *Manual de psicopatología clínica*. Recuperado de <https://www.lectulandia.com/book/manual-de-psicopatologia-clinica-2a-edicion-actualizada/>
- Torres, B., Barrantes, M. y Tajima, K. (2015). *Manual de psicopatología*. Recuperado de <https://academiapir.com/wp-content/uploads/2015/11/Psicopatologia1aEdicion.pdf>
- Turpo C. y Huarachi J. (2017). *Depresión e ideación suicida en internos por el delito de violación sexual del Establecimiento Penitenciario Juliaca-2017* (tesis de pregrado). Universidad Peruana Unión, Puno, Perú.

Vallejo, J. (2015), Introducción (I) Psicopatología, psiquiátrica y enfermedad mental. Tendencias en la psiquiatría actual. En Vallejo, J. (Ed.). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (pp.42-79). Barcelona, España: Elsevier Masson.

Vallejo, J. (2015), Introducción (II) Modelos psiquiátricos, Noción de normalidad psíquica. En Vallejo, J. (Ed.). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (pp.80-109). Barcelona, España: Elsevier Masson.

Van-der, C. (2005). El libro de las habilidades de comunicación. Madrid, España: Díaz de Santos.

Vásquez, A., Rodríguez, R., Vasquez, C., Deza, T. y Angelino, S. (2016). Código Penal Peruano. Décimo Segunda Edición. Lima, Perú. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.

ANEXOS

ANEXO A: Lista de chequeo de habilidades sociales

LISTA DE CHEQUEO Y EVALUACIÓN DE HABILIDADES SOCIALES

(Goldstein et. Al.)

INSTRUCCIONES

A continuación encontraras una lista de habilidades sociales que los adolescentes como tú pueden poseer en mayor o menor grado y que hace que ustedes sean más o menos capaces.

Deberás calificar tus habilidades marcando cada una de las habilidades que se describen a continuación, de acuerdo a los siguientes puntajes.

Marca 1 si nunca utilizas bien la habilidad

Marca 2 si utilizas muy pocas veces la habilidad

Marca 3 si utilizas alguna vez bien la habilidad

Marca 4 si utilizas a menudo bien la habilidad

Marca 5 si utilizas siempre bien la habilidad

	Nu	Mu y pocas	Alg	A	Sie
1.- Prestas atención a la persona que te está hablando y haces un esfuerzo para comprender lo que te están diciendo		2			
2.- Inicias una conversación con otras personas y luego puedes mantenerla por un momento		2			
3.- Hablas con otras personas sobre cosas que interesan a ambos		2			
4.- Eliges la información que necesitas saber y se la pides a la persona adecuada		2			

5.- Dices a los demás que tú estás agradecida(o) con ellos por algo que hicieron por ti		2			
6.- Te esfuerzas por conocer nuevas personas por propia iniciativa		2			
7.- Presentas a nuevas personas con otros(as)		2			
8.- Dices a los demás lo que te gusta de ellos o de lo que hacen		2			
9.- Pides ayuda cuando la necesitas		2			
10.- Te integras a un grupo para participar en una determinada actividad		2			
11.- Explicas con claridad a los demás como hacer una tarea específica		2			
12.- Prestas atención a las instrucciones, pides explicaciones y llevas adelante las instrucciones correctamente		2			
13.- Pides disculpas a los demás cuando haz echo algo que sabes que está mal		2			
14.- Intentas persuadir a los demás de que tus ideas son mejores y que serán de mayor utilidad que las de las otras personas		2			
15.- Intentas comprender y reconocer las emociones que experimentas		2			

16.- Permites que los demás conozcan lo que sientes		2			
17.- Intentas comprender lo que sienten los demás		2			
18.- Intentas comprender el enfado de las otras personas		2			
19.- Permites que los demás sepan que tu te interesas o te preocupas por ellos		2			
20.- Cuando sientes miedo, piensas porqué lo sientes, y luego intentas hacer algo para disminuirlo		2			
21.- Te das a ti misma una recompensa después de hacer algo bien		2			
22 - Sabes cuándo es necesario pedir permiso para hacer algo y luego se lo pides a la personas indicada		2			
23.- Compartes tus cosas con los demás		2			
24.- Ayudas a quien lo necesita		2			
25.- Si tú y alguien están en desacuerdo sobre algo, tratas de llegar a un acuerdo que satisfaga a ambos		2			
26.- Controlas tu carácter de modo que no se te escapen las cosas de la mano		2			
27.- Defiendes tus derechos dando a conocer a los demás cuál es tu punto de vista		2			

28.- Conservas el control cuando los demás te hacen bromas		2			
29.- Te mantienes al margen de situaciones que te pueden ocasionar problemas		2			
30.- Encuentras otras formas para resolver situaciones difíciles sin tener que pelearte		2			
31.- Le dices a los demás de modo claro, pero no con enfado, cuando ellos han hecho algo que no te gusta		2			
32.- Intentas escuchar a los demás y responder imparcialmente cuando ellos se quejan por ti		2			
33.- Expresas un halago sincero a los demás por la forma en que han jugado		2			
34.- Haces algo que te ayude a sentir menos vergüenza o a estar menos cohibido		2			
35.- Determinas si te han dejado de lado en alguna actividad y, luego, haces algo para sentirte mejor en esa situación		2			
36.- Manifiestas a los demás cuando sientes que una amiga no a sido tratada de manera justa?		2			
37.- Si alguien está tratando de convencerte de algo, piensas en la posición de esa persona y luego en la propia antes de decidir qué hacer		2			

38.- Intentas comprender la razón por la cual has fracasado en una situación particular		2			
39.- Reconoces y resuelves la confusión que te produce cuando los demás te explican una cosa, pero dicen y hacen otra		2			
40.- Comprendes de qué y porqué has sido acusada(o) y luego piensas en la mejor forma de relacionarte con la persona que hizo la acusación?		2			
41.- Planificas la mejor forma para exponer tu punto de vista, antes de una conversación problemática		2			
42.- Decides lo que quieres hacer cuando los demás quieren que hagas otra cosa distinta		2			
43.- Si te sientes aburrida, intentas encontrar algo interesante que hacer		2			
44.- Si surge un problema, intentas determinar que lo causó		2			
45.- Tomas decisiones realistas sobre lo que te gustaría realizar antes de comenzar una tarea		2			
46.- Determinas de manera realista qué tan bien podrías realizar antes de comenzar una tarea		2			
47.- Determinas lo que necesitas saber y cómo conseguir la información		2			

48.- Determinas de forma realista cuál de tus numerosos problemas es el más importante y cuál debería solucionarse primero		2			
49.- Analizas entre varias posibilidades y luego eliges la que te hará sentirte mejor		2			
50 - Eres capaz de ignorar distracciones y solo prestas atención a lo que quieres hacer.		2			

ANEXO B : SCL-90-R, Lista de Chequeo de 90 Síntomas Revisada

SCL-90-R

L. R. Derogatis.

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Grado de instrucción: _____ Estado Civil: _____

Lugar de nacimiento: _____

A continuación le presentamos una lista de problemas que tiene la gente.

Lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo se sintió, en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante la última semana (7 días).

Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta:

	1	2	3	4	5
1. Dolores de cabeza.					
2. Nerviosismo.					
3. Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza.					
4. Sensación de mareo o desmayo.					
5. Falta de interés en relaciones sexuales.					
6. Criticar a los demás.					
7. Sentir que otro puede controlar mis pensamientos.					
8. Sentir que otros son culpables de lo que me pasa.					
9. Tener dificultad para memorizar cosas.					
10. Estar preocupado/a por mi falta de ganas para hacer algo.					
11. Sentirme enojado/a, malhumorado/a.					
12. Dolores en el pecho.					
13. Miedo a los espacios abiertos o las calles.					
14. Sentirme con muy pocas energías.					
15. Pensar en quitarme la vida.					

16. Escuchar voces que otras personas no oyen.					
17. Temblores en mi cuerpo.					
18. Perder la confianza en la mayoría de las personas.					
19. No tener ganas de comer.					
20. Llorar por cualquier cosa.					
21. Sentirme incómodo/a con personas del otro sexo.					
22. Sentirme atrapada/o encerrado/a.					
23. Asustarme de repente sin razón alguna.					
24. Explotar y no poder controlarme.					
25. Tener miedo a salir solo/a de mi casa.					
26. Sentirme culpable por cosas que ocurren.					
27. Dolores en la espalda.					
28. No poder terminar las cosas que empecé a hacer.					
29. Sentirme solo/a.					
30. Sentirme triste.					
31. Preocuparme demasiado por todo lo que pasa.					
32. No tener interés por nada.					
33. Tener miedos.					
34. Sentirme herido en mis sentimientos.					
35. Creer que la gente sabe qué estoy pensando.					
36. Sentir que no me comprenden.					
37. Sentir que no caigo bien a la gente, que no les gusto.					
38. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro/a de que están bien hechas.					
39. Mi corazón late muy fuerte, se acelera.					
40. Náuseas o dolor de estómago.					
41. Sentirme inferior a los demás.					
42. Calambres en manos, brazos o piernas.					
43. Sentir que me vigilan o que hablan de mí.					
44. Tener problemas para dormirme.					

45. Tener que controlar una o más veces lo que hago.					
46. Tener dificultades para tomar decisiones.					
47. Tener miedo de viajar en tren, ómnibus o subterráneos.					
48. Tener dificultades para respirar bien.					
49. Ataques de frío o de calor.					
50. Tener que evitar acercarme a algunos lugares o actividades porque me dan miedo.					
51. Sentir que mi mente queda en blanco.					
52. Hormigueos en alguna parte del cuerpo.					
53. Tener un nudo en la garganta.					
54. Perder las esperanzas en el futuro.					
55. Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo.					
56. Sentir flojedad, debilidad, en partes de mi cuerpo.					
57. Sentirme muy nervioso/a, agitado/a					
58. Sentir mis brazos y piernas muy pesados					
59. Pensar que me estoy por morir.					
60. Comer demasiado.					
61. Sentirme incómodo/a cuando me miran o hablan de mí.					
62. Tener ideas, pensamientos que no son los míos.					
63. Necesitar golpear o lastimar a alguien.					
64. Despertarme muy temprano por la mañana sin necesidad.					
65. Repetir muchas veces algo que hago: contar, lavarme, tocar cosas.					
66. Dormir con problemas, muy inquieto/a.					
67. Necesitar romper o destrozar cosas.					
68. Tener ideas, pensamientos que los demás no entienden.					
69. Estar muy pendiente de lo que los demás puedan pensar de mí.					
70. Sentirme incómodo/a en lugares donde hay mucha gente.					
71. Sentir que todo me cuesta mucho esfuerzo.					

72. Tener ataques de mucho miedo o de pánico.					
73. Sentirme mal si estoy comiendo o bebiendo en público.					
74. Meterme muy seguido en discusiones.					
75. Ponerme nervioso/a cuando estoy solo/a.					
76. Sentir que los demás no me valoran como merezco.					
77. Sentirme solo/a aún estando con gente.					
78. Estar inquieto/a; no poder estar sentado/a sin moverme.					
79. Sentirme un/a inútil.					
80. Sentir que algo malo me va a pasar.					
81. Gritar o tirar cosas.					
82. Miedo a desmayarme en medio de la gente.					
83. Sentir que se aprovechan de mí si los dejo.					
84. Pensar cosas sobre el sexo que me molestan.					
85. Sentir que debo ser castigado/a por mis pecados.					
86. Tener imágenes y pensamientos que me dan miedo.					
87. Sentir que algo anda mal en mi cuerpo.					
88. Sentirme alejado/a de las demás personas.					
89. Sentirme culpable.					
90. Pensar que en mi cabeza hay algo que no funciona bien.					

CASO CLÍNICO N° 1

Presentado por bachiller:

Maraza Quispe Jeidy Britani

ANAMNESIS

1.1.DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos	: L.G.M.B.
Edad	: 39 años
Sexo	: Masculino
Fecha de Nacimiento	: 25 de abril de 1979
Lugar de Nacimiento	: Lima – Callao
Lugar de Procedencia	: Juliaca
Grado de Instrucción	: Secundaria completa
Estado Civil	: Divorciado
Ocupación	: Ninguna
Religión	: Católico
Informante	: Paciente
Lugar de Evaluación	: Establecimiento Penitenciario Juliaca
Fechas de Evaluación	: 23 de marzo de 2019 - 30 de abril de 2019
Examinador	: Maraza Quispe Jeidy Britani

1.2.MOTIVO DE CONSULTA

Paciente acude al servicio de psicología buscando orientación, refiere “he cometido muchos errores pero quiero cambiar, debo confesar que soy impulsivo, muchas veces reacciono de la peor forma y por más que quiero controlarme no puedo.”

1.3.HISTORIA DE ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente de 39 años de edad recluso en el Establecimiento Penitenciario Juliaca, por los delitos de robo agravado, secuestro y homicidio, como consecuencia fue sentenciado a 30 años de pena privativa de la libertad, menciona tener dificultad para controlar sus impulsos, además manifiesta querer cambiar de actitud.

El interno narra que desde su infancia, tenía dificultades para controlar sus impulsos, puesto que si en un juego no era el líder, decidía ya no jugar, además insultaba a sus compañeros constantemente si no obedecían sus indicaciones, indica que la primera vez que se vio implicado

en un comportamiento delictivo sucedió a los 8 años de edad, en compañía de su tío y primos, asisten a un restaurante donde presencia que uno de sus primos, hurta la cartera de un comensal, estos delitos se hicieron frecuentes en restaurantes, mercados, centros comerciales, por lo que en una ocasión su tío lo incita a que participe en el robo de una cartera, lo cual realiza con éxito, es donde L. refiere descubrir que tenía habilidad para realizar dichas actividades, lo que lo lleva a practicarlo constantemente. Señala también que a la edad de 14 años luego de ser agredido, junto a su amigo, en la vía pública, en su impotencia, se dirige a su vivienda, coge el arma de su padre y realiza disparos al aire, relata que esto le causó miedo pero recibió admiración de parte de sus agresores, lo que lo lleno de empoderamiento, más adelante, entabla una relación amical con sus agresores, con quienes forma una banda “los injertos del fundo oquendo” que se dedicaban a asaltar grifos, casas, entre otros, señala que si sus víctimas se resistían, era el paciente quien se encargaba de golpearlos, hasta el punto en que sus compañeros de banda tenían que calmarlo para evitar que asesine a sus víctimas, su primer ingreso a un establecimiento Penitenciario (Callao) ocurrió en el año 1996, a los 18 años de edad por verse involucrado en un asalto a mano armada, hecho que conlleva a que lo condenaran a 25 años de prisión, no obstante salió absuelto a los 10 meses; este suceso no impide que continuara delinquiendo, además empieza con el consumo de drogas. Posteriormente a los 20 años realizó un viaje a la ciudad de Cusco, donde empezó a cometer delitos en la modalidad de secuestro, los agraviados eran empresarios, manifiesta que la situación empeoró puesto que golpeaba a sus víctimas, sin motivo alguno, pese a que contribuían con el dinero que les pedían. Más adelante, mientras realizaban un atraco, inicia una persecución policial la cual culmina con su captura y posterior reclusión en el Establecimiento Penitenciario Cusco, dictándole una condena de cadena perpetua por el delito de secuestro y homicidio, menciona que en prisión, tenía múltiples rencillas con sus compañeros de celda, puesto que no acataba las órdenes que se le impartían, por lo que peleaba frecuentemente con ellos, asimismo con la autoridad del establecimiento penitenciario, pese a esto, salió absuelto 4 años después . En Octubre del 2003, señala que todavía mantenía comunicación con una banda criminal por lo que en febrero del 2004 se ve involucrado nuevamente en un asalto a mano armada a una casa de cambios; no obstante, es capturado y como consecuencia lo condenan a 30 años de pena privativa de la libertad en el Establecimiento Penitenciario de Cusco, empero por golpear a un técnico del INPE es trasladado al Establecimiento Penitenciario Challapalca, en el que permaneció 7 años, revela que fue en esta institución donde realizó su falta disciplinaria más grave, la participación de un motín llevado a

cabo en el año 2012, donde los internos tomaron como rehenes a 16 técnicos del INPE, a quienes golpearon y amenazaron de muerte, a la postre es trasladado al Establecimiento Penitenciario Juliaca donde se encuentra actualmente recluido, revela que estos 14 años de prisión, lograron que el paciente reflexione sobre sus actos, motivo por el cual desea cambiar, no obstante manifiesta no tener control de sus impulsos, ser agresivo con sus compañeros y en ocasiones con la autoridad.

1.4.ANTECEDENTES PERSONALES

1.4.1. Etapa pre-natal

El paciente refiere que fue un hijo deseado, la madre no evidenció problemas de salud o consumo de alcohol u otras sustancias durante el embarazo, el estado emocional de la madre fue estable puesto que esperaba con ansias la llegada de un hijo varón a la familia. El tiempo de embarazo duro los 9 meses correspondientes.

1.4.2. Parto

El nacimiento se produjo a los 9 meses de gestación, la madre no requirió de ayuda farmacológica para inducir el parto, por lo que se le practicó un parto eutócico, lloró en el momento de nacer, no presentó dificultades.

1.4.3. Etapa posnatal

Alimentación por medio de lactancia materna hasta los 4 años de edad, asiste a todos sus controles, recibió todas sus vacunas.

1.4.4. Desarrollo Psicomotor

Después del parto el paciente gozó de un desarrollo adecuado sin presentar ninguna alteración en su desarrollo psicomotor. El desarrollo del lenguaje curso con normalidad aumentando su vocabulario de acuerdo a su desarrollo, caminó y controló sus esfínteres a la edad correspondiente.

1.4.5. Etapa pre-escolar y escolar y/o superior

Ingresó a la etapa escolar a los 4 años de edad, menciona que tuvo dificultades para adaptarse al ambiente escolar y a sus nuevas amistades. Durante su educación en el nivel primario poseía un rendimiento académico óptimo, destacaba por ser un estudiante participativo, realizaba sus tareas individualmente, menciona que siempre tuvo interés por los estudios por lo que no necesitó apoyo de sus padres para desenvolverse en sus labores académicas, no obstante tenía dificultades con sus compañeros de clase, puesto que los insultaba si no era él quien dirigía los juegos o si no obedecían sus indicaciones.

En cuanto a su educación en el nivel secundario, el rendimiento académico era regular, debido a que en cuarto año de secundaria a los 14 años, faltó por primera vez al colegio para ir a la playa con sus amigos, consumir bebidas alcohólicas y drogas, conducta que se tornó repetitiva, el paciente señala que esto afectó su rendimiento académico, no obstante obtenía buenas calificaciones en las evaluaciones, todo esto para evitar problemas con sus padres, sin embargo manifiesta que a esta edad las relaciones interpersonales mejoraron. Una vez culminado sus estudios secundarios, a los 16 años ingresó a la Escuela Nacional de Marina Mercante "Almirante Miguel Grau" de la cual fue expulsado un año después, por una pelea que tuvo con un compañero, además de no cumplir con las normas establecidas por la institución.

1.4.6. Aspectos fisiológicos

El paciente señala que tuvo conocimiento sobre su sexualidad desde los 4 años puesto que le explicaron en la escuela la diferencia entre varones y mujeres. Menciona que no sufrió tocamientos indebidos durante la infancia. Indica que a la edad de 14 años aparece su interés por el atractivo físico del sexo opuesto derivando en conductas tendentes a obtener placer por medio de la autoestimulación.

1.4.7. Aspecto Psicosexual y Vida Matrimonial

Inicia su actividad sexual a los 15 años de edad con su primera pareja que era 4 años mayor que él, manteniendo una relación amorosa de un año aproximadamente, a los 20 años se muda a Arequipa, ciudad en la que conoce a su segunda pareja, con la que mantuvo una relación de 5 meses, producto de esta relación, su pareja queda embarazada; sin embargo, a los dos meses de embarazo sufre un aborto espontáneo, esto genera que la relación se torne conflictiva ocasionando

que ambos decidan culminar la relación, poco tiempo después, L. se muda a la ciudad de Cusco, en la que asiste por primera vez a un prostíbulo, acompañado de sus amigos. L. refiere que sostuvo numerosas relaciones, las cuales buscaba que sean espontáneas y de corta duración. A los 24 años, inicia una relación amorosa y posteriormente contrae matrimonio con quien, según narra el interno, es la pareja de quien se enamora por primera vez, producto de la relación nació su primer hijo; no obstante, la relación que sostenían era conflictiva, un año después del nacimiento de su hijo, L. inicia una relación extramatrimonial de la cual resulta su segunda hija, simultáneamente llevaba la relación con la madre de su primer hijo, con quien posteriormente tiene dos hijas más, no obstante el paciente se ve implicado una vez más en un robo y secuestro, como consecuencia tuvo su tercer ingreso al Establecimiento Penitenciario Cusco, lugar donde mostró mala conducta, como resultado y por motivos de seguridad es trasladado al Establecimiento Penitenciario Challapalca, el paciente señala que la relación con su pareja se tornó aún más conflictiva y distante por lo que ambos deciden iniciar con los trámites de divorcio. Actualmente mantiene una relación amorosa de dos años con la que fue una amiga de la infancia, la que lo visita eventualmente al Establecimiento Penitenciario y se comunican por medio de cartas.

1.4.8. Historia de la recreación y de la vida

L. refiere que a los 10 años de edad, en sus tiempos libres su padre le enseña a usar un arma de fuego, fundamentado que el paciente tenía que cuidar a sus hermanas, debido a que su padre viajaba constantemente por motivos de trabajo (ganadero) además señala que en su infancia, cuando estaba en casa, jugaba solo debido a que le precedían 13 hermanas mujeres y no compartían los mismos juegos, razón por la cual, su madre decide llevarlo a casa de sus tíos, para que así pueda jugar con sus primos. Señala que fue en casa de sus tíos donde observa por primera vez un arma de fuego, teniendo así, su primer contacto con un ambiente delictivo, es en este contexto donde, teniendo 8 años de edad, en compañía de su tío y primos, asisten a un restaurante donde presencia que uno de sus primos, hurta la cartera de un comensal, estos delitos se hicieron frecuentes en restaurantes, mercados, centros comerciales, por lo que en una ocasión su tío lo incita a que participe en el robo de una cartera, lo cual realiza con éxito, es donde L. refiere descubrir que tenía habilidad para realizar dichas actividades, lo que lo lleva a practicarlo constantemente. Por otro lado menciona que en la escuela prefería jugar con niños del mismo sexo, tenía disposición para hacer amigos y optaba por ser el líder en los juegos.

Durante la adolescencia le agradaba jugar fútbol, menciona que en cuarto año de secundaria a los 14 años, faltó por primera vez al colegio para ir a la playa con sus amigos, conducta que se tornó repetitiva, en éstas salidas consumían alcohol para posteriormente iniciar con el consumo de drogas, indica también que a esta edad continua delinquiendo acompañado de su tío materno, en la modalidad de robo a domicilios, además menciona que concurría eventualmente al cine.

1.4.9. Actividad laboral

No ha presentado actividad laboral hasta la fecha.

1.4.10. Historia militar

Ingresó al Cuartel “Simón Bolívar” en la ciudad de Lima, institución en la que permanece durante dos años, menciona que recibió múltiples castigos disciplinarios, señala que no cumplía con las normas que impartía la institución, posteriormente es retirado por verse implicado en un robo, como consecuencia tuvo su primer ingreso al Establecimiento Penitenciario Callao (Ex penal Sarita Colonia)

1.4.11. Religión

La familia del paciente profesa la religión católica, sin embargo el paciente refiere no tener una fuerte afiliación religiosa.

1.4.12. Hábitos e influencias nocivas o tóxicas

Refiere no tener dificultad para conciliar el sueño, sin embargo fuma con frecuencia, cinco cigarros al día, y consume drogas eventualmente.

1.4.13. Antecedentes mórbidos

El paciente niega haber sufrido intervenciones, accidentes y hospitalizaciones.

1.4.14. Personalidad pre mórbida

Durante su época escolar era un estudiante participativo en todo tipo de actividades, como cantar, actuar, bailar, entre otros, todo esto de forma individual, debido a que tenía dificultades para relacionarse con sus compañeros. En los juegos, optaba por ser el líder, durante la

adolescencia no le agradaba acatar los señalamientos que se le impartían, era una persona alegre, extrovertida, no obstante los años en prisión lo convirtieron en una persona seria, manipuladora que tiende a mentir constantemente.

1.5.ANTECEDENTES FAMILIARES

1.5.1. Composición familiar

L. proviene de una familia nuclear, compuesta por su padre de 79 años, su madre de 80 años de edad, que actualmente viven en la ciudad de Lima, su madre se desempeñaba como costurera y su padre como ganadero. Paciente es el decimocuarto hijo, lo preceden 13 hermanas, que actualmente tienen sus respectivas familias, viven en la ciudad de Lima 9 de sus hermanas culminaron sus estudios superiores y las 4 restantes se desempeñan como comerciantes.

1.5.2. Dinámica familiar

El paciente desde su nacimiento se ha desarrollado en un ambiente violento, donde la relación entre ambos padres era conflictiva, L. menciona que presencio múltiples discusiones y peleas entre sus padres, existiendo una inadecuada comunicación entre los miembros de la familia. La relación con sus hermanas siempre fue distante, sin embargo por ser el hermano menor y único varón lo cuidaban mucho. Señala que la dificultad que tuvo con sus hermanas empeoró en la adolescencia puesto que no aceptaban a sus enamoradas porque creían que las señoritas no eran convenientes para él, por lo que discutían frecuentemente, no obstante pese a sus ingresos al penal, actualmente recibe apoyo emocional de sus padres y hermanas.

Por otro lado manifiesta no tener comunicación con sus tres menores hijos desde que se divorció de su ex pareja, además refiere no conocer a su segunda hija, esto debido a que su pareja extramatrimonial no se lo permitió.

1.5.3. Condición socioeconómica

El paciente pertenece a una familia de nivel socio económico medio. En cuanto a las condiciones de la vivienda, el paciente menciona que cuenta con los servicios básicos de agua, luz y desagüe. Además su vivienda es de material noble, en la cual viven sus padres y una de sus hermanas.

1.5.4. Antecedentes familiares patológicos

Paciente refiere que de parte de su familia materna, cuatro de sus tíos, actualmente se encuentran privados de su libertad, señala también que uno de ellos posee rasgos psicopáticos marcados.

RESUMEN

Por los datos recabados el paciente refiere que fue un hijo deseado, el nacimiento se produjo a los 9 meses de gestación, no presentó dificultades, gozó de un desarrollo adecuado sin presentar ninguna alteración en su desarrollo psicomotor. Ingresó a la etapa escolar a los 4 años de edad, tuvo dificultades para adaptarse al ambiente escolar y a sus nuevas amistades. Durante su educación en el nivel primario poseía un rendimiento académico óptimo, no obstante tenía dificultades con sus compañeros de clase, puesto que los insultaba si no era él quien dirigía los juegos o si no obedecían sus indicaciones. Su educación en el nivel secundario, el rendimiento académico era regular, empezó a consumir bebidas alcohólicas y drogas, sin embargo manifiesta que a esta edad las relaciones interpersonales mejoraron. Una vez culminado sus estudios secundarios, a los 16 años ingresó a la Escuela Nacional de Marina Mercante "Almirante Miguel Grau" de la cual fue expulsado un año después, por una pelea que tuvo con un compañero, además de no cumplir con las normas establecidas por la institución. Posteriormente ingresó al cuartel "Simón Bolívar", menciona que recibió múltiples castigos disciplinarios, finalmente es retirado por verse implicado en un robo, como consecuencia tuvo su primer ingreso al Establecimiento Penitenciario Callao.

En cuanto al aspecto psicosexual y vida matrimonial; inicia su actividad sexual a los 15 años de edad, refiere que sostuvo numerosas relaciones las cuales buscaba que sean espontáneas y de corta duración. Contrae matrimonio a los 24 años de edad, producto de la relación nació su primer hijo; no obstante, inicia una relación extramatrimonial de la cual resulta su segunda hija, simultáneamente llevaba la relación con la madre de su primer hijo, con quien posteriormente tiene dos hijas más; una vez más el paciente se ve implicado en un robo y secuestro, como consecuencia tuvo su tercer ingreso al Establecimiento Penitenciario Cusco, lugar donde golpeó a un técnico del INPE, como resultado es trasladado al Establecimiento Penitenciario Challapalca, el paciente señala que la relación con su pareja se tornó aún más conflictiva y distante por lo que ambos deciden iniciar con los trámites de divorcio.

En cuanto a la actividad laboral, menciona que nunca trabajó. En lo referente a los hábitos e influencias tóxicas, fuma con frecuencia, cinco cigarros al día y consume drogas eventualmente.

Con respecto a la dinámica familiar el paciente se ha desarrollado en un ambiente violento, donde la relación entre ambos padres era conflictiva, la relación con sus 13 hermanas siempre fue distante, no obstante pese a sus ingresos al penal, actualmente recibe apoyo emocional de su familia. Por otro lado manifiesta no tener comunicación con sus hijos.

EXAMEN MENTAL

1.1. ACTITUD PORTE Y COMPORTAMIENTO

1.1.1. Apariencia general y actitud psicomotora

El paciente aparenta su edad cronológica, de contextura media, tez blanca, cabellos negros, ojos marrones, denota adecuado aseo personal con respecto a su persona, así como también con su vestimenta, su expresión facial denota frialdad, tono de voz adecuada. Su marcha es normal, presentando una postura encorvada.

1.1.2. Molestia general y manera de expresarla

Se le observa despreocupado, expresa cólera al momento de hablar de sus compañeros de celda y las autoridades, señala no tener control de sus impulsos, expresa comentarios pesimistas como “a veces creo que nunca voy a cambiar”, “mis compañeros me odian” y otros comentarios justificativos.

1.1.3. Actitud hacia el examinador y hacia el examen

El paciente mostró actitud respetuosa, cabe resaltar que durante las primeras entrevistas se mostró desconfiado y mentía constantemente, no obstante más adelante manifestó confianza, colaborando con la evaluadora, desenvolviéndose y cooperando satisfactoriamente respondiendo a las preguntas que se le indicaban.

1.1.4. Comportamiento

En su expresión facial denota frialdad a lo largo de la entrevista, puesto que siente rechazo hacia sus compañeros y autoridades, de la misma forma al hablar de los delitos cometidos, no muestra signos de arrepentimiento, en ocasiones se muestra soberbio. Ofrece una imagen concerniente a querer parecer como “víctima de las circunstancias”, queriendo obtener una opinión favorable por parte de los demás. Su marcha es pausada, presentando una postura erguida.

1.2. CONCIENCIA, ATENCIÓN Y ORIENTACIÓN

1.2.1. Conciencia y estado de alerta

Se encuentra con un nivel de conciencia lúcido, posee un estado de alerta adecuado.

1.2.2. Atención

El paciente muestra interés y se mantiene atento durante la entrevista y evaluación, mantiene la mirada fija hacia la evaluadora, se concentra al recibir las consignas de las instrucciones que se le brinda, es decir focaliza su atención ante los estímulos que se le presentan y responde a éstos de manera adecuada.

1.2.3. Orientación

Se encuentra orientado en persona, reconoce datos concernientes a su nombre, nacionalidad, edad, etc. así mismo se encuentra ubicado en relación al espacio, puesto que sabe el lugar en el que se encuentra, de igual forma se orienta adecuadamente con respecto al tiempo, dado que sabe el día, mes y año en que se encuentra.

1.3.LENGUAJE

El paciente expresa un lenguaje inteligible puesto que se evidencia coherencia al momento de expresar oraciones, sin distorsionar las palabras; en cuanto al curso del lenguaje existe fluidez en la continuidad del discurso, no presenta dificultades para expresar sus ideas; la velocidad que emplea al hablar es adecuada; utiliza un volumen de voz adecuado. En lo que concierne al lenguaje comprensivo, no presenta deterioro, comprende con facilidad lo que lee y escribe.

1.4.PENSAMIENTO

El curso del pensamiento es adecuado expresa ideas sin dificultad, responde adecuadamente a las preguntas planteadas y su capacidad de pensamiento dirigido a un objetivo es bueno; con respecto al contenido no se evidencian delirios, asocia correctamente los términos utilizados y su pensamiento es lógico, no obstante alberga pensamientos de querer dañar a otras personas.

1.5.PERCEPCIÓN

Su percepción se encuentra, conservada, no evidenciándose la presencia de percepciones distorsionadas con respecto a si mismo o al ambiente que le rodea.

1.6.MEMORIA

Tanto su memoria remota como reciente, se encuentran conservadas, recordando adecuadamente aspectos concernientes a hechos cronológicos de su historia personal.

No presenta dificultades para recordar los estímulos que se le presentan, interpreta adecuadamente textos y puede narrar detalladamente las actividades diarias que realiza.

1.7.FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL

Expresa sus ideas sin dificultad. Su fluencia verbal, es de curso adecuado, en cuanto al contenido del lenguaje, este se torna coherente y comprensible. Su lectura es pausada, no pudiendo concentrarse al máximo, en cuanto a su escritura es legible pero poco ordenada, sin embargo tiene una adecuada capacidad para manejar conceptos.

De acuerdo con el nivel cultural que presenta el paciente, manifiesta un adecuado nivel de abstracción y raciocinio, presentando una capacidad intelectual adecuada, para resolver problemas.

1.8.ESTADO DE ÁNIMO Y AFECTOS

El paciente afirma sentir cólera y resentimiento hacia la autoridad y compañeros puesto que tienen disputas constantemente, señala también que desde su tercer ingreso al penal hasta el presente año han pasado 14 años por lo que reflexionó sobre sus actos, manifiesta haber cambiado y estar preparado para rehacer su vida, señala que sus compañeros de celda, hacen que se moleste y las autoridades el ocasiones lo tratan mal, por lo que pierde el control de sus impulsos, experimenta rechazo. Su expresión facial denota congruencia con sus estados de ánimo, es decir existe coherencia entre lo que dice y expresa, por tanto sus respuestas emocionales tienen una expresión adecuada.

1.9.COMPRENSIÓN Y GRADO DE INCAPACIDAD DE LA ENFERMEDAD

El paciente manifiesta presentar problemas para controlar sus impulsos frente a situaciones en las que tiene que acatar las órdenes de sus compañeros, o de la autoridad. Es consciente de su situación y puede predecir futuras conductas ante posibles situaciones y además posee una buena capacidad para informar su situación de una manera apropiada y clara.

RESUMEN

El paciente aparenta su edad cronológica, de contextura media, tez blanca, cabellos negros, ojos marrones, denota adecuado aseo personal con respecto a su persona, así como también con su vestimenta, su expresión facial denota frialdad, tono de voz adecuada. Su marcha es normal, presentando una postura encorvada.

Se le observa despreocupado, expresa cólera al momento de hablar de sus compañeros de celda y las autoridades, señala no tener control de sus impulsos. Mostró actitud respetuosa, cabe resaltar que durante las primeras entrevistas se mostró desconfiado y mentía constantemente, no

obstante más adelante manifestó confianza, desenvolviéndose y cooperando satisfactoriamente. Ofrece una imagen concerniente a querer parecer como “víctima de las circunstancias”, queriendo obtener una opinión favorable por parte de los demás, no evidencia signos de arrepentimiento.

Posee un nivel de conciencia lúcido y un estado de alerta adecuado, muestra interés y se mantiene atento durante la evaluación, focaliza su atención ante los estímulos que se le presentan, responde a éstos de manera adecuada. Se encuentra orientado en tiempo, espacio y persona. Expresa un lenguaje inteligible puesto que se evidencia coherencia al momento de expresar oraciones, en lo que refiere al curso del lenguaje existe fluidez en la continuidad del discurso; la velocidad que emplea al hablar es adecuada. En cuanto al curso del pensamiento es adecuado expresa ideas sin dificultad, asocia correctamente los términos utilizados, no obstante alberga pensamientos de querer dañar a otras personas. Su percepción se encuentra, conservada, no evidenciándose la presencia de percepciones distorsionadas con respecto a sí mismo o al ambiente que le rodea; su memoria remota como reciente, se encuentran conservadas.

INFORME PSICOMETRICO

1.1.DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos	: L.G.M.B.
Edad	: 39 años
Sexo	: Masculino
Fecha de Nacimiento	: 25 de abril de 1979
Lugar de Nacimiento	: Lima – Callao
Lugar de Procedencia	: Juliaca
Grado de Instrucción	: Secundaria completa
Estado Civil	: Divorciado
Ocupación	: Ninguna
Religión	: Católico
Informante	: Paciente
Lugar de Evaluación	: Establecimiento Penitenciario Juliaca
Fechas de Evaluación	: 23 de marzo de 2019 - 30 de abril de 2019
Examinador	: Maraza Quispe Jeidy Britani

1.2.OBSERVACIONES GENERALES DE LA CONDUCTA

El paciente aparenta su edad cronológica, de contextura media, tez blanca, cabellos negros, ojos marrones, denota adecuado aseo personal con respecto a su persona, así como también con su vestimenta, su expresión facial denota frialdad, tono de voz adecuada. Su marcha es normal, presentando una postura encorvada.

Se le observa despreocupado, expresa cólera al momento de hablar de sus compañeros de celda y las autoridades, señala no tener control de sus impulsos. Mostró actitud respetuosa, cabe resaltar que durante las primeras entrevistas se mostró desconfiado y mentía constantemente, no obstante más adelante manifestó confianza, desenvolviéndose y cooperando satisfactoriamente. Ofrece una imagen concerniente a querer parecer como “víctima de las circunstancias”, queriendo obtener una opinión favorable por parte de los demás, no evidencia signos de arrepentimiento.

Posee un nivel de conciencia lúcido y un estado de alerta adecuado, muestra interés y se mantiene atento durante la evaluación, focaliza su atención ante los estímulos que se le presentan, responde a éstos de manera adecuada. Se encuentra orientado en tiempo, espacio y persona. Expresa un lenguaje inteligible puesto que se evidencia coherencia al momento de expresar oraciones, en lo que refiere al curso del lenguaje existe fluidez en la continuidad del discurso; la velocidad que emplea al hablar es adecuada. En cuanto al curso del pensamiento es adecuado expresa ideas sin dificultad, asocia correctamente los términos utilizados, no obstante alberga pensamientos de querer dañar a otras personas. Su percepción se encuentra, conservada, no evidenciándose la presencia de percepciones distorsionadas con respecto a sí mismo o al ambiente que le rodea; su memoria remota como reciente, se encuentran conservadas.

1.3.TECNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Observación
- Entrevista
- Pruebas psicológicas
 - ✓ Test proyectivo de la Figura Humana (*Karen Machover A.*)
 - ✓ Inventario Clínico Multiaxial de Millón – II (*Theodore Millon*)
 - ✓ Inventario de Agresividad de Buss – Durkee (*Arnold Buss y Durkee*)
 - ✓ TONI-2 Test de Inteligencia No Verbal (*L. Brown, R. J. Sherbenou, S. K. Johnsen*)

1.4.ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

1.4.1. TEST DE LA FIGURA HUMANA

El paciente evidencia signos de extroversión y pérdida de control de impulsos, lo que lo lleva a la agresividad, conjuntamente muestra fuertes deseos y luchas por ser socialmente fuerte y poderoso, sin lograr serlo en la realidad, posee implicaciones agresivas, todo esto se asocia con el desdén, arrogancia y egocentrismo que expresa, asimismo revela ser susceptible a la ofensa y resistente a la autoridad, por lo que se aferra a sus propias ideas; compensación por debilidad, es decir indica una compensación con fantasías de la propia debilidad, haciéndose una imagen del yo con cierta agresividad y socialmente dominante. Se halla perturbado a causa de la falta de

coordinación entre sus impulsos y sus funciones intelectuales, cabe resaltar que el impulso hacia la agresión verbal es fuerte, pero la represión hace que el individuo se retire cautelosamente.

Por otro lado muestra signos de dependencia maternal, indecisión y temor a la responsabilidad.

1.4.2. INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLÓN – II

Interpretación Cuantitativa

AREA	ESCALA	PUNTAJE FINAL	INDICADORES
Patrones clínicos de personalidad	Antisocial	116	Elevado
	Agresivo - sádico	111	Elevado
	Pasivo - agresivo	106	Elevado
Patología severa de la personalidad	Borderline	81	Moderado
Síndromes clínicos	Dependencia de drogas	84	Moderado
Síndromes severos	Desorden delusional	73	Sugestivo

Interpretación Cualitativa

Eje II: Trastornos de la Personalidad

El paciente presenta un indicador elevado en la escala *antisocial*, que hace referencia a que actúa para contrarrestar las expectativas de dolor y depreciación de otros; esto lo realiza mediante comportamientos ilegales dirigidos a manipular el entorno en favor de sí mismo, evidencia conductas impulsivas e irresponsables, es decir se considera a sí mismo liberado de las costumbres sociales y de restricciones por lealtades personales, valora la imagen y disfruta de la sensación de ser libre. De la misma forma posee un indicador elevado en la escala *Agresivo – Sádico*, que indica que el paciente experimenta satisfacción personal en comportamientos que humillan a los demás y violan sus derechos y sentimientos, le atraen los desafíos, riesgos y daños, se mantiene impávido ante el peligro y el castigo, muestra satisfacción al competir con otros, dominarlos y humillarlos, habitualmente expresa comentarios sociales abusivos, es altamente terco y de mentalidad cerrada,

se siente orgulloso de caracterizarse a sí mismo como asertivamente independiente. Además ostenta un indicador elevado en la escala *Pasivo – Agresivo*, es decir se resiste a cumplir las expectativas de los demás, revelando placer en desmoralizar las aspiraciones de los demás; asume roles conflictivos y cambiantes en las relaciones sociales, es desconfiado, descarga su enfado y otras emociones molestas hacia personas de menor importancia, expresa resentimiento por medios pasivos tales como actuar de una manera olvidadiza, se considera incomprendido.

Por otro lado exhibe un indicador moderado en la escala *borderline*, lo que revela que el paciente experimenta pensamientos rápidamente cambiantes, con respecto a los acontecimientos pasajeros, sus propias conductas provocan reacciones vacilantes en los demás, en situaciones de estrés retrae el control de impulsos, no consigue conciliar su estado de ánimo inestable con la realidad externa, tiene cambios marcados de la normalidad a la tristeza y a la excitación.

Eje I: Síndrome Clínico

Asimismo alcanzó un indicador moderado en la escala *dependencia de drogas* por lo que tiene dificultad para reprimir los impulsos o mantenerlos dentro de límites sociales convencionales y muestra una incapacidad para manejar las consecuencias personales de estos comportamientos.

Por otro lado obtuvo un indicador sugestivo en la escala *desorden delusional* que indica el estado de ánimo del paciente es habitualmente hostil y expresa sentimientos de estar maltratado, experimenta una tensión persistente, sospecha, vigilancia y alerta ante una posible traición.

1.4.3. INVENTARIO DE AGRESIVIDAD DE BUSS – DURKEE

Interpretación Cuantitativa

ESCALA	PUNTAJE	CATEGORIA
Agresividad verbal	12	Alto
Agresividad física	10	Alto
Agresividad indirecta	8	Medio
Irritabilidad	8	Medio
Resentimiento	8	Medio
Sospecha	7	Medio
PUNTAJE TOTAL	53	Medio Alto

Interpretación Cualitativa

El paciente obtuvo un puntaje de 53 lo que lo ubica dentro de una categoría medio alto de agresividad, es decir el paciente asume roles conflictivos, es obstructor e intolerante frente a los demás, expresando actitudes impulsivas, posee baja tolerancia a la frustración, insistiendo que las cosas tienen que ser sólo de la forma que él desea y no soporta que éstas sean diferentes a cómo cree que deberían ser, por lo que tiende a descargar su enfado con insultos y/o agresiones físicas. Desarrolla una actitud de molestia ante la circunstancia que le impide ser objetivo y soportar cualquier equivocación; se altera y demuestra en todo momento su incomodidad. Además no controla sus emociones y actúa como si sintiera que debe hacerlo sin pensar en las consecuencias de sus actos.

1.4.4. TEST DE INTELIGENCIA NO VERBAL (TONI 2)

Interpretación Cuantitativa

PUNTAJE DIRECTO (PD)	PERCENTIL L (PC)	COEFICIENTE INTELLECTUAL (CI)	CATEGORIA
40	79%	112	Por encima del promedio

Interpretación Cualitativa

El paciente se encuentra en un nivel por encima del promedio lo cual indica que contiene buenas capacidades intelectuales así mismo manifiesta un adecuado nivel de abstracción y raciocinio, aparente capacidad para conceptualizar y aplicar el razonamiento sistemático a problemas, en dar sentido a un material desorganizado y confuso, que facilitan la captación de una estructura compleja, siéndole factible la abstracción y comprensión de relaciones aplicadas a problemas no verbales.

RESUMEN

El paciente evidencia signos de extroversión y pérdida de control de impulsos, muestra fuertes deseos y luchas por ser socialmente fuerte y poderoso, posee implicaciones agresivas, todo esto se asocia con el desdén, arrogancia y egocentrismo que expresa, asimismo revela ser susceptible a la ofensa y resistente a la autoridad, por lo que se aferra a sus propias ideas, cabe resaltar que el impulso hacia la agresión verbal es fuerte, pero la represión hace que el individuo se retire cautelosamente.

Además actúa para contrarrestar las expectativas de dolor y depreciación de otros; esto lo realiza mediante comportamientos ilegales dirigidos a manipular el entorno en favor de sí mismo, se considera a sí mismo liberado de las costumbres sociales y de restricciones por lealtades personales, le atraen los desafíos, riesgos y daños, se mantiene impávido ante el peligro y el castigo, se siente orgulloso de caracterizarse a sí mismo como asertivamente independiente; asume roles conflictivos y cambiantes en las relaciones sociales, es desconfiado, descarga su enfado y otras emociones molestas hacia personas de menor importancia. Posee baja tolerancia a la frustración, insistiendo que las cosas tienen que ser sólo de la forma que él desea y no soporta que éstas sean diferentes, por lo que tiende a descargar su enfado con insultos y/o agresiones físicas.

Por otro lado presenta buenas capacidades intelectuales, igualmente manifiesta un adecuado nivel de abstracción y raciocinio aparente capacidad para conceptualizar y aplicar el razonamiento sistemático a problemas, en dar sentido a un material desorganizado y confuso.

Arequipa, 20 de mayo de 2019

Jeidy Maraza Quispe

Bachiller en Psicología

INFORME PSICOLOGICO

1.1.DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos	: L.G.M.B.
Edad	: 39 años
Sexo	: Masculino
Fecha de Nacimiento	: 25 de abril de 1979
Lugar de Nacimiento	: Lima – Callao
Lugar de Procedencia	: Juliaca
Grado de Instrucción	: Secundaria completa
Estado Civil	: Divorciado
Ocupación	: Ninguna
Religión	: Católico
Informante	: Paciente
Lugar de Evaluación	: Establecimiento Penitenciario Juliaca
Fechas de Evaluación	: 23 de marzo de 2019 - 30 de abril de 2019
Examinador	: Maraza Quispe Jeidy Britani

1.2.ANTECEDENTES PERSONALES

Por los datos recabados el paciente refiere que fue un hijo deseado, el nacimiento se produjo a los 9 meses de gestación, no presentó dificultades, gozó de un desarrollo adecuado sin presentar ninguna alteración en su desarrollo psicomotor. Ingresó a la etapa escolar a los 4 años de edad, tuvo dificultades para adaptarse al ambiente escolar y a sus nuevas amistades. Durante su educación en el nivel primario poseía un rendimiento académico óptimo, no obstante tenía dificultades con sus compañeros de clase, puesto que los insultaba si no era él quien dirigía los juegos o si no obedecían sus indicaciones. Su educación en el nivel secundario, el rendimiento académico era regular, empezó a consumir bebidas alcohólicas y drogas, sin embargo manifiesta que a esta edad las relaciones interpersonales mejoraron. Una vez culminado sus estudios secundarios, a los 16 años ingresó a la Escuela Nacional de Marina Mercante "Almirante Miguel

Grau” de la cual fue expulsado un año después, por una pelea que tuvo con un compañero, además de no cumplir con las normas establecidas por la institución. Posteriormente ingresó al cuartel “Simón Bolívar”, menciona que recibió múltiples castigos disciplinarios, finalmente es retirado por verse implicado en un robo, como consecuencia tuvo su primer ingreso al Establecimiento Penitenciario Callao.

En cuanto al aspecto psicosexual y vida matrimonial; inicia su actividad sexual a los 15 años de edad, refiere que sostuvo numerosas relaciones las cuales buscaba que sean espontaneas y de corta duración. Contrae matrimonio a los 24 años de edad, producto de la relación nació su primer hijo; no obstante, inicia una relación extramatrimonial de la cual resulta su segunda hija, simultáneamente llevaba la relación con la madre de su primer hijo, con quien posteriormente tiene dos hijas más; una vez más el paciente se ve implicado en un robo y secuestro, como consecuencia tuvo su tercer ingreso al Establecimiento Penitenciario Cusco, lugar donde golpeó a un técnico del INPE, como resultado es trasladado al Establecimiento Penitenciario Challapalca, el paciente señala que la relación con su pareja se tornó aún más conflictiva y distante por lo que ambos deciden iniciar con los trámites de divorcio.

En cuanto a la actividad laboral, menciona que nunca trabajó. En lo referente a los hábitos e influencias tóxicas, fuma con frecuencia, cinco cigarros al día y consume drogas eventualmente.

Con respecto a la dinámica familiar el paciente se ha desarrollado en un ambiente violento, donde la relación entre ambos padres era conflictiva, la relación con sus 13 hermanas siempre fue distante, no obstante pese a sus ingresos al penal, actualmente recibe apoyo emocional de su familia. Por otro lado manifiesta no tener comunicación con sus hijos.

1.3.OBSERVACIONES GENERALES DE LA CONDUCTA

El paciente aparenta su edad cronológica, de contextura media, tez blanca, cabellos negros, ojos marrones, denota adecuado aseo personal con respecto a su persona, así como también con su vestimenta, su expresión facial denota frialdad, tono de voz adecuada. Su marcha es normal, presentando una postura encorvada.

Se le observa despreocupado, expresa cólera al momento de hablar de sus compañeros de celda y las autoridades, señala no tener control de sus impulsos. Mostró actitud respetuosa, cabe resaltar que durante las primeras entrevistas se mostró desconfiado y mentía constantemente, no

obstante más adelante manifestó confianza, desenvolviéndose y cooperando satisfactoriamente. Ofrece una imagen concerniente a querer parecer como “víctima de las circunstancias”, queriendo obtener una opinión favorable por parte de los demás, no evidencia signos de arrepentimiento.

Posee un nivel de conciencia lúcido y un estado de alerta adecuado, muestra interés y se mantiene atento durante la evaluación, focaliza su atención ante los estímulos que se le presentan, responde a éstos de manera adecuada. Se encuentra orientado en tiempo, espacio y persona. Expresa un lenguaje inteligible puesto que se evidencia coherencia al momento de expresar oraciones, en lo que refiere al curso del lenguaje existe fluidez en la continuidad del discurso; la velocidad que emplea al hablar es adecuada. En cuanto al curso del pensamiento es adecuado expresa ideas sin dificultad, asocia correctamente los términos utilizados, no obstante alberga pensamientos de querer dañar a otras personas. Su percepción se encuentra, conservada, no evidenciándose la presencia de percepciones distorsionadas con respecto a sí mismo o al ambiente que le rodea; su memoria remota como reciente, se encuentran conservadas.

1.4.PRUEBAS ADMINISTRADAS

- ✓ Test proyectivo de la Figura Humana (*Karen Machover A.*)
- ✓ Inventario Clínico Multiaxial de Millón – II (*Theodore Millon*)
- ✓ Inventario de Agresividad de Buss – Durkee (*Arnold Buss y Durkee*)
- ✓ TONI-2 Test de Inteligencia No Verbal (*L. Brown, R. J. Sherbenou, S. K. Johnsen*)

1.5.ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

El paciente evidencia signos de extroversión y pérdida de control de impulsos, muestra fuertes deseos y luchas por ser socialmente fuerte y poderoso, posee implicaciones agresivas, todo esto se asocia con el desdén, arrogancia y egocentrismo que expresa, asimismo revela ser susceptible a la ofensa y resistente a la autoridad, por lo que se aferra a sus propias ideas, cabe resaltar que el impulso hacia la agresión verbal es fuerte, pero la represión hace que el individuo se retire cautelosamente.

Además actúa para contrarrestar las expectativas de dolor y depreciación de otros; esto lo realiza mediante comportamientos ilegales dirigidos a manipular el entorno en favor de sí mismo, se considera a sí mismo liberado de las costumbres sociales y de restricciones por lealtades personales, le atraen los desafíos, riesgos y daños, se mantiene impávido ante el peligro y el castigo, se siente orgulloso de caracterizarse a sí mismo como asertivamente independiente; asume roles conflictivos y cambiantes en las relaciones sociales, es desconfiado, descarga su enfado y otras emociones molestas hacia personas de menor importancia.

Posee baja tolerancia a la frustración, insistiendo que las cosas tienen que ser sólo de la forma que él desea y no soporta que éstas sean diferentes, por lo que tiende a descargar su enfado con insultos y/o agresiones físicas.

Por otro lado presenta buenas capacidades intelectuales, igualmente manifiesta un adecuado nivel de abstracción y raciocinio aparente capacidad para conceptualizar y aplicar el razonamiento sistemático a problemas, en dar sentido a un material desorganizado y confuso.

1.6.DIAGNOSTICO

El paciente experimenta una cruel despreocupación por los sentimientos de los demás y falta de capacidad de empatía, asimismo se muestra despreocupado por las normas, reglas y obligaciones sociales; posee bajo umbral para descargas de agresividad, dando incluso lugar a un comportamiento violento, no muestra sentimientos de culpa, no aprende de la experiencia en particular del castigo, tiende a culpar a los demás acerca de su comportamiento conflictivo; además refleja incapacidad para mantener relaciones personales duraderas. Considerando el criterio diagnóstico del CIE - 10, todos estos rasgos del paciente constituyen un trastorno disocial de la personalidad (F60.2)

1.7.PRONOSTICO

De pronóstico desfavorable, debido a que el paciente recibe constantes castigos disciplinarios por lo que no tiene autorización para salir de su celda, por ello no es posible realizar las sesiones terapéuticas, además de no contar con un soporte familiar.

1.8.RECOMENDACIONES

Comprometerse a realizar psicoterapia individual, enfocada en ayudar gradualmente al paciente en el control de sus impulsos y cambiar su forma de pensar y actuar.

Integración y participación en grupos sociales.

Mantener relaciones personales saludables, siguiendo una programación de actividades y asignación de tareas graduales.

Arequipa, 20 de mayo de 2019

Jeidy Maraza Quispe

Bachiller en Psicología

PLAN PSICOTERAPÉUTICO

1.1.DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos	: L.G.M.B.
Edad	: 39 años
Sexo	: Masculino
Fecha de Nacimiento	: 25 de abril de 1979
Lugar de Nacimiento	: Lima – Callao
Lugar de Procedencia	: Juliaca
Grado de Instrucción	: Secundaria completa
Estado Civil	: Divorciado
Ocupación	: Ninguna
Religión	: Católico
Informante	: Paciente
Lugar de Evaluación	: Establecimiento Penitenciario Juliaca
Fechas de Evaluación	: 23 de marzo de 2019 - 30 de abril de 2019
Examinador	: Maraza Quispe Jeidy Britani

1.2.DIAGNÓSTICO

El paciente experimenta una cruel despreocupación por los sentimientos de los demás y falta de capacidad de empatía, asimismo se muestra despreocupado por las normas, reglas y obligaciones sociales; posee bajo umbral para descargas de agresividad, no muestra sentimientos de culpa, no aprende de la experiencia en particular del castigo, tiende a culpar a los demás acerca de su comportamiento conflictivo; además refleja incapacidad para mantener relaciones personales duraderas. Considerando el criterio diagnóstico del CIE-10, todos estos rasgos del paciente constituyen un trastorno disocial de la personalidad (F60.2)

1.3.OBJETIVO GENERAL

Proporcionar estrategias de afrontamiento para reducir pensamientos desencadenantes de la conducta impulsiva y aumentar las reflexiones que controlan el comportamiento

1.4.DESCRIPCIÓN DEL PLAN TERAPÉUTICO

Nº	TÉCNICA	OBJETIVO
1	Relajación mediante imágenes guiadas.	Realizar ejercicios de relajación de manera profunda, continuado de la imaginería sobre la situación más agradable del paciente.
2	Reestructuración Cognitiva, Identificación de pensamientos inadecuados.	Identificar los pensamientos erróneos que el interno tiene en determinadas situaciones sobre sí mismo y otras personas
3	Reestructuración Cognitiva, Evaluación y análisis de pensamientos.	Evaluar los pensamientos erróneos que tiene el paciente según el grado de creencia.
4	Reestructuración Cognitiva, Búsqueda de pensamientos alternativos.	Modificar los pensamientos erróneos por pensamientos racionales y positivos
5	Resolución de problemas.	Valorar la importancia de tomar decisiones e identificar los pasos de la resolución de problemas
6	Técnica de dominio y agrado.	Lograr que el paciente reconozca el progreso de la terapia.

1.5.TÉCNICA TERAPÉUTICA

Las técnicas utilizadas están basadas en el modelo cognitivo conductual.

SESIÓN N° 1

TÉCNICA	OBJETIVO DE LA SESIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA
Relajación mediante imágenes guiadas	Realizar ejercicios de relajación de manera profunda, continuado de la imaginación sobre la situación más agradable del paciente	Se procederá a explicar la técnica de relajación. Seguidamente se le mencionará que cierre los ojos y que a la voz del facilitador mentalmente cuenten de 10 a 0 y se imagine que con cada número que el facilitador mencione, vaya descendiendo unas gradass mentalmente. Además, se le mencionara que cuando el facilitador mencione cero, se imagine que descienden de las gradass y que llega a una zona de mucha vegetación, con muchos árboles. Posteriormente se le mencionara que imagine ese lugar con todos los colores y detalles que desee y que con cada respiración que vaya dando irá acercándose a un lugar en el centro de la vegetación en donde estará protegido y que nada podrá quitarle ese estado de completa calma y relajación. Seguidamente se le mencionara que mentalmente tomen una posición cómoda en ese lugar y que empiece a recordar el momento más hermoso de su vida y que ponga atención a todos los detalles de esta situación, cuando ésta finalice la situación imaginaria se le dirá que es momento de volver. Se le pedirá que mentalmente realice una cuenta regresiva de 0 a 10 y que en la medida que avancen en el conteo de los números vuelvan al lugar donde se encuentran y que al llegar a diez abran lentamente sus ojos. Para finalizar, se le dará la oportunidad para que exponga las emociones que provoco la técnica de relajación.

SESIÓN N° 2

TÉCNICA	OBJETIVO DE LA SESIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA
Reestructuración Cognitiva de pensamientos automáticos (Identificación de pensamientos inadecuados)	Identificar los pensamientos erróneos que el interno tiene en determinadas situaciones sobre sí mismo y otras personas	<p>Se explica al paciente acerca de la influencia que los pensamientos inadecuados tienen sobre nuestras emociones y conductas, se le pedirá que mencione situaciones conflictivas de su vida y se le hará las siguientes preguntas: ¿hace cuánto tiempo se produjo tal situación?, ¿Qué ocurrió exactamente?, ¿Qué personas estaban presentes?, ¿Cómo actuaron estas personas? Y ¿Cómo actuó él?</p> <p>Una vez que se conocen los pensamientos inadecuados, se le señalará que anote todos ellos en primera persona. Hay que asegurarse de identificar los pensamientos importantes que producen el malestar emocional. Se han de registrar pensamientos concretos y cada pensamiento de forma separada.</p>

SESIÓN N° 3

TÉCNICA	OBJETIVO DE LA SESIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA
Reestructuración Cognitiva de pensamientos automáticos (Evaluación y análisis de pensamientos)	Evaluar los pensamientos erróneos que tiene el paciente según el grado de creencia.	<p>Según el listado de la sesión anterior, se determinará cuáles son en realidad los pensamientos negativos, para esto se le pedirá al paciente que los ordene de menor a mayor grado de creencia. Ordenada la nueva lista, se comenzará a analizar cada uno de los pensamientos, empezando siempre por el de menor grado. Cuando se mencione uno de los pensamientos, se le realizará preguntas para saber:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si son objetivos, si los pensamientos se ajustan a la realidad; ¿Tengo evidencias suficientes de que es

		<p>cierto?, ¿Qué datos confirman lo que estoy pensando? ¿Me hace falta información?, ¿Me responsabilizo en exceso?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si son útiles, si sirven para alcanzar sus objetivos; ¿Me sirve de algo darle vueltas de manera improductiva?, ¿Cómo incide mi forma de pensar en mis relaciones sociales?, ¿En mi estado de ánimo? • Analizar qué pasaría si lo que pienso fuese cierto; ¿Qué pasaría si las cosas fueran realmente como pienso? De esta manera se valora que hay pensamientos que no son realistas, que dificultan la resolución de la situación y que, aunque fuesen reales, el nivel de gravedad no sería tan alto como parecía en un principio.
--	--	--

SESIÓN N° 4

TÉCNICA	OBJETIVO DE LA SESIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA
Reestructuración Cognitiva de pensamientos automáticos (Búsqueda de pensamientos alternativos)	Modificar los pensamientos erróneos por pensamientos racionales y positivos	<p>Después de identificar y analizar los pensamientos negativos, se buscará pensamientos alternativos que deben ser más racionales y positivos, realizando las siguientes preguntas; ¿Es esta la única manera posible de interpretar la realidad?, ¿Hay otras maneras de hacerlo? ¿Cuáles?, ¿Qué probabilidades hay que estas formas sean las más adecuadas?, ¿Tienen más probabilidades de ayudarme a conseguir mis objetivos que la forma inicial de plantearme la situación?, ¿Tienen más probabilidades de conseguir mejorar mi estado de ánimo?, ¿Tienen más probabilidades de incidir positivamente en mi manera de actuar?</p> <p>Posteriormente se practicará estos pensamientos positivos, tomando como referencia situaciones pasadas, invitándolo a que practique para que en posteriores</p>

		situaciones conflictivas, pueda afrontarlas de mejor manera.
--	--	--

SESIÓN N° 5

TÉCNICA	OBJETIVO DE LA SESIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA
Resolución de problemas	Valorar la importancia de tomar decisiones e identificar los pasos de la resolución de problemas	<p>Se entenderá la importancia de la toma de decisiones a partir de un ejemplo aplicado a su vida diaria:</p> <p>Definir el problema; en este caso concreto, antes de empezar a pensar que tipo de actividad vamos a realizar, tendríamos que hacernos la siguiente pregunta: ¿qué queremos conseguir? La respuesta a esta pregunta nos ayudara a enunciar correctamente el problema que se nos plantea, debe determinar quién, qué, dónde, cuándo, por qué y cómo de cada problema. Describir claramente y en términos específicos y concretos. Utilizar la información relevante y solo hechos, no opiniones o creencias.</p> <p>Generar alternativas; una vez que tengamos el problema definido, la tarea consiste en apuntar alternativas para solucionarlo, algunas alternativas de solución. Para no complicar el proceso se puede tomar cuatro alternativas.</p> <p>Valorar las consecuencias de cada alternativa; para cada alternativa por separado, se consideran las ventajas y desventajas que puede tener. Seguidamente se da puntuación de 0 a 10 a cada ventaja y cada inconveniente en función de su importancia. Después, se suman el total de puntuaciones en ventaja y se restan el total de puntuaciones en inconvenientes.</p> <p>Elegir la mejor alternativa posible; solo queda elegir la alternativa con una puntuación positiva global más elevada.</p>

		Aplicar la alternativa escogida y comprobar si los resultados son satisfactorios.
--	--	---

SESIÓN N° 6

TÉCNICA	OBJETIVO DE LA SESIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA
Técnica de dominio y agrado	Lograr que el paciente reconozca el progreso de la terapia.	El paciente valora el dominio logrado en las actividades programadas, así como el goce logrado con su realización. Esto puede permitir al terapeuta reprogramar actividades con el paciente, de modo que aumente su dominio o agrado, además de corregir distorsiones cognitivas a la base (por ejemplo maximización de tareas no dominadas o desagradables y minimización de tareas agradables y dominadas)

1.6.TIEMPO DE EJECUCIÓN

El plan psicoterapéutico será ejecutado en un periodo aproximado de 2 meses, con una frecuencia de una sesión por semana, a medida que pase el tiempo se irá distanciando el tiempo entre sesiones para poder observar los logros y reforzar si fuera necesario. Cada sesión tendrá una duración de una hora aproximadamente.

1.7.AVANCES TERAPEUTICOS

No se llevó a cabo ninguna sesión

Arequipa, 20 de mayo de 2019

Jeidy Maraza Quispe
Bachiller en Psicología

CASO CLÍNICO N° 2

Presentado por bachiller:

Morocco Arapa Enzo Nicole

ANAMNESIS

1.1.DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos	: Cristian A. S. Q.
Fecha de Nacimiento	: 12 de diciembre de 1986
Lugar de Nacimiento	: Guadalajara – Jalisco - México
Edad	: 31 años
Sexo	: Masculino
Estado Civil	: Casado
Grado de Instrucción	: Secundaria incompleta (2do)
Ocupación	: Ultima – fletero (servicio de mudanzas)
Religión	: Católica
Informante	: Interno
Fechas de Entrevista	: 23 de marzo de 2019 – 30 de abril de 2019
Evaluador	: Enzo Nicole Morocco Arapa

1.2.MOTIVO DE CONSULTA

La paciente acude a seguimiento psicológico sin motivo aparente de consulta, no obstante, en la entrevista refiere tener problemas de “ansiedad” manifestando que trae un diagnóstico de “trastorno ansioso depresivo” desde su país de origen.

1.3.HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

Cristian empieza a relacionarse con sus pares en el colegio desde los 4 años, teniendo buenas relaciones y no es hasta los 10 años aproximadamente que experimenta la tartamudez, cuando era su turno de intervenir en el salón de clases, narra que la profesora le pidió que intervenga a lo que él se puso muy nervioso y no pudo hablar con fluidez, entonces sus compañeros empezaron a reírse y burlarse de él, después de este evento cada vez que participaba, en clases, tendía a tartamudear, por lo que evitaba hablar en público. No recibe tratamiento, refiere que, por iniciativa propia, empezó a practicar ejercicios que le enseñó su mamá para mejorar su motricidad oral. En su juventud y adolescencia experimento eventualmente nerviosismo y tartamudez cuando

tenía que relacionarse con jóvenes del sexo opuesto, estos sucesos, no eran tan severos como cuando tenía que participar en público, por lo que le fue fácil superarlo.

A los 25 años aproximadamente empieza su propio negocio de “fletero”, refiere que le iba bien, tenía bastantes clientes, narra que poco tiempo después de empezar su negocio, experimenta constantes preocupaciones por exceso de trabajo, menciona que empieza a tener problemas para dormir, problemas gastrointestinales, sudoración, taquicardias y mucho nerviosismo, preocupado por su situación, asiste a una consulta médica siendo diagnosticado con “colitis nerviosa” y además es derivado hacia un psiquiatra quien los diagnostica con “trastorno ansioso depresivo” para lo cual recibe un tratamiento farmacológico (clonazepam, ranitidina y bromuro de pinaverio) al consumir estos medicamentos, podía desenvolverse con tranquilidad. Desde el inicio de su problema legal e ingreso al E.P. (06 de noviembre de 2016), ha vuelto a experimentar estos síntomas.

1.4.ANTECEDENTES PERSONALES

1.4.1. Eta pre natal

El paciente refiere que fue un hijo deseado, mas no planificado, su madre al momento del embarazo, tenía 20 años, no evidenció problemas de salud, consumo de alcohol u otras sustancias durante el embarazo, narra que durante todo el embarazo, su madre estaba constantemente expuesta a RX ya que trabajaba como personal de limpieza en un laboratorio donde se realizaban estas pruebas. El estado emocional de su madre fue estable; pese a que, esperaba a su segundo hijo y no contaba con el apoyo del padre de este. El tiempo de embarazo duro los 9 meses correspondientes.

1.4.2. Parto

El nacimiento se produjo a los 9 meses de gestación, la madre no requirió de ayuda farmacológica para inducir el parto, por lo que se le practicó un parto eutócico, lloró en el momento de nacer, no presentó dificultades.

1.4.3. Etapa post natal

Cristian, no tuvo una alimentación exclusiva por lactancia materna, ya que se quedaba al cuidado de sus abuelos maternos, tuvieron que explorar alternativas para su alimentación, recurriendo a una lactancia artificial a base de leche de vaca. Asiste a todos sus controles

pediátricos y recibió todas sus vacunas. Sus abuelos le refieren que era un bebé travieso y que no podía mantenerse quieto.

1.4.4. Desarrollo psicomotor

Después del parto el paciente gozó de un desarrollo adecuado sin presentar ninguna alteración en su desarrollo psicomotor. El desarrollo del lenguaje cursó con normalidad aumentando su vocabulario de acuerdo a su desarrollo, caminó aproximadamente al año de edad y controló sus esfínteres anal y vesical a los dos años.

1.4.5. Etapa pre escolar y escolar

Empieza su etapa pre escolar a los 4 años, edad en la asiste al “kínder”, era una institución pública cercana a su casa, allí estaba a cargo de la maestra “Coco” la cual, refiere el paciente, lo quería mucho, también narra que es la primera vez que entra en contacto con más niños de su edad, quienes eran sus vecinos, es así que surgen sus primeras relaciones amicales. Estas condiciones resultaron en una fácil adaptación de Cristian al ambiente académico. Al empezar sus estudios primarios, se adapta fácilmente, continua con sus amistades del “kínder” y también hace nuevas amistades con quienes practicaba el futbol. Indica que su rendimiento académico en esta etapa era bueno, tenía notas altas, era aplicado y colaborador, realizaba sus tareas con ayuda de sus abuelos, su madre y su hermano mayor. Su educación secundaria inicia de la misma manera que la anterior, no obstante, al transcurrir los primeros meses, conoce otros compañeros con quienes empieza a cometer travesuras, también inicia sus primeros noviazgos, todos estos eventos derivan en un bajo rendimiento, ausentismo y posterior deserción académica en segundo año de educación secundaria. Esta decisión es permitida por su madre.

1.4.6. Desarrollo y función sexual

El paciente menciona que tuvo conocimiento sobre su sexualidad desde los 4 años puesto que le explicaron en la escuela la diferencia entre varones y mujeres. Menciona que no sufrió tocamientos indebidos en la infancia, se identifica como un hombre heterosexual. A los 12 años aparece su interés por el atractivo físico del sexo opuesto derivando en conductas tendentes a obtener placer por medio de la autoestimulación y a los 14 años tiene su primera enamorada con quien tiene su primera experiencia sexual, no utilizan métodos anticonceptivos, a pesar de que se la haya enseñado sobre estos en el colegio. Se define como un joven muy “noviero” manifestando que en ocasiones tenía más de una “novia” a la vez. Cuando tenía 16 años asiste por primera vez

a un burdel, acompañado de sus amigos, refiere que no fue una experiencia agradable, se sentía incómodo por el aspecto físico que tenían las trabajadoras del local. A los 18 años embaraza a una señorita que no era su pareja sentimental; sin embargo, deciden tener al bebé, posteriormente, a los 19 años empieza una relación amorosa con quien tendría su 2do y 3er hijo y se casa con ella a los 22 años sosteniendo su relación hasta la actualidad.

1.4.7. Aspecto psicosexual y vida matrimonial

Luego de tener su primer hijo, empieza una nueva relación amorosa, quien se convierte en su actual esposa y madre de sus dos menores hijos, se casa a los 22 años, después de tres años de relación. Refiere que su deseo sexual se ve conservado, antes de su ingreso al establecimiento penitenciario llevaba una vida sexual activa con su esposa, se define como una pareja compatible sexualmente. No presenta desviaciones o perversiones sexuales. Señala haber mantenido relaciones extramatrimoniales en repetidas ocasiones, hechos que su esposa desconoce; no obstante, el interno refiere que su esposa sospecha de un posible engaño, esto ha generado discusiones de pareja, conflictos y celos. Otros motivos de discusiones han sido sus encuentros con sus amigos para consumir bebidas alcohólicas y actualmente su ausentismo en la crianza de sus hijos por su ingresos al establecimiento penitenciario. A pesar de todo esto, el paciente refiere que tienen una relación estable manteniéndose constantemente comunicados.

1.4.8. Historia de la recreación y de la vida

Cuando era niño jugaba con su hermano y sus vecinos, prefería interactuar con niños de su mismo sexo, él tomaba la iniciativa de comenzar una amistad. En su niñez practicaba como deporte preferido el fútbol y aproximadamente desde los 9 años su padrastro lo entrena en boxeo. A los diez años tiene su primera experiencia ansiosa en el colegio, donde luego de que la profesora solicite su participación en clase, él presenta tartamudez ya que tenía miedo que se burlen de él, al igual que hicieron de sus compañero, efectivamente al participar es víctima de las burlas y risas de sus compañeros. A los 12 años prueba por primera vez marihuana, sin embargo, su consumo activo empieza a los 15 años y simultáneamente su consumo de alcohol. En la adolescencia aun presentaba problemas de tartamudez, no obstante, era popular con las personas del sexo opuesto, lo que motiva a que practique técnicas de respiración y ejercicios de articulación que su mamá le enseñó. En esta etapa se reunía constantemente con sus amigos del barrio llegando a formar grupos de hasta 20 individuos con quienes libaba licor y en ocasiones enfrentaban con grupos de otros

barrios, utilizando como armas botellas rotas y navajas; además de sus peleas grupales tenía peleas individuales que inicialmente se daban por defender a un amigo y posteriormente por búsqueda de respeto hacia su persona. A los 15 años luego de que uno de sus amigos sustrajera una autoparte, Cristian es llevado con sus amigos a un Consejo Tutelar de Menores donde queda detenido durante dos días. A los 17 años y a pesar del accidente sufrido, gustaba de conducir su motocicleta, actividad que realizaba hasta antes de su encarcelamiento y en ocasiones con sus hijos.

1.4.9. Actividad laboral.

Inicia a trabajar a los 10 años ayudando en negocios locales de artesanías, simultáneamente continuaba sus estudios primarios, también trabajaba ayudando a su padrastro en la fabricación de equipo de extracción y ventilación industrial, su primer trabajo formal lo obtiene a los 15 años en una fábrica de vidrio, posteriormente en una carpintería a los 17, se desempeñó también en una herrería, llantería y como tapizador de muebles. Aproximadamente a los 23 años empieza a trabajar como instalador de cable satelital donde adulteraba el número de canales del servicio a un menor precio, obteniendo buenas ganancias, dinero que ahorro para implementar su casa, se retira de este trabajo por miedo a ser descubierto por sus jefes. Cumpliendo 25 años decide dedicarse a su negocio propio como “fletero” negocio al que se dedicó en su país hasta antes de llegar a Perú para desempeñarse como abastecedor de maquinaria chancadora de cobre. En el establecimiento penitenciario se desempeñó en el módulo de manualidades y actualmente como promotor de salud.

1.4.10. Historia militar

No ha registrado actividad militar hasta la fecha

1.4.11. Religión

La familia del paciente profesa la religión católica, sin embargo el paciente refiere no tener una fuerte afiliación religiosa.

1.4.12. Hábitos e influencias nocivas o tóxicas

Cristian gusta de la buena comida, a pesar de su ingreso al establecimiento penitenciario, su apetito no se ha visto disminuido, aún conserva su rutina de aseo diario. Respecto a su ritmo de sueño, este se vio alterado al iniciar su negocio propio, en ese entonces, al encontrarse sobrecargado de trabajo no podía conciliar el sueño y sentir nerviosismo entonces se le recetó clonazepam, medicamento que consume hasta la actualidad. Su consumo de alcohol y marihuana empieza activamente a los 15 años, a los 26 años prueba por única vez cocaína. Desde su ingreso al establecimiento penitenciario, no ha vuelto a consumir alcohol, no obstante, si ha vuelto a

consumir marihuana refiriendo que fue porque había perdido sus pastillas de clonazepam luego de una requisa.

1.5.ANTECEDENTES MÓRBIDOS

1.5.1. Enfermedades y accidentes

Cristina refiere que su primer accidente lo sufre a los 7 años mientras jugaba en el techo de su casa, cae de este y pierde el conocimiento, al despertar se encontraba en el hospital con el brazo enyesado. El siguiente accidente que recuerda sucedió a sus 14 años mientras montaba una bicicleta con su hermana, pierde el control y ambos caen a un lado de la pista, refiere que el accidente no fue de mucha gravedad para él; no obstante, su hermana es quien termina con fuertes heridas en el cuerpo y rostro, Cristian se sentía culpable y experimenta mucha tristeza. Posteriormente a los 15 años, luego de estar ingiriendo bebidas alcohólicas, toma la motocicleta de un amigo y en compañía de otro, deciden dar un paseo, unas cuadas después por el exceso de velocidad, sufren un fuerte accidente, terminando herido de gravedad con varios huesos rotos, su completa recuperación tardó cerca de un año. A los 25 años empieza a experimentar problemas para dormir, problemas gastrointestinales, sudoración, taquicardias y mucho nerviosismo, luego de una consulta médica es diagnosticado con “trastorno Ansioso Depresivo” y “Colitis Nerviosa” entonces es medicado con “Bromuro de Pinaverio” y “Clonazepam” dos años después es diagnosticado con gastritis y a su medicación se le suma “Ranitidina”.

1.5.2. Personalidad premórbida

Desde niño era inquieto y travieso, en el colegio era un estudiante con buen desempeño y mantenía optimas relaciones con sus compañeros, tenía varios amigos; luego de su primera experiencia de tartamudez y ansiedad a los 10 años, su participación académica se ve mermada evitando participaciones en público, así también el establecimiento de nuevas relaciones amicales. En su adolescencia tenia peleas al enfrentarse con personas que consideraban abusadoras. Se define como una persona colaboradora y alegre, además se considera un buen administrador, prefiere mantenerse ocupado trabajando organizando y distribuyendo bien sus ganancias, es ahorrador y precavido experimentando impotencia frente a situaciones que no puede controlar además de ansiedad de frente a su participación oral en un grupo. Todos estos aspectos se han visto aumentados luego de su ingreso al establecimiento penitenciario.

1.5.3. Actividad social

Refiere siempre haber sido una persona con bastantes amigos, con quienes compartía bastante tiempo de ocio y recreación, teniendo relaciones largas y profundas. Todo esto ha cambiado desde su ingreso al establecimiento penitenciario, donde refiere no tener amigos, sus relaciones con los demás reclusos son superficiales y cortas, no obstante mantiene un trato cordial con sus compañeros para evitar conflictos con los mismos.

1.6.ANTECEDENTES FAMILIARES

1.6.1. Composición y dinámica familiar

Después de nacer, junto a su hermanastro, se quedó principalmente bajo el cuidado de sus abuelos maternos ya que su madre se dedicaba primordialmente a su trabajo. En esa época la señora Petra Q. G., su abuela, era una persona cariñosa y afectuosa, se desempeñaba como personal de limpieza en el colegio donde Cristian estudió su educación secundaria. El abuelo de Cristian, el señor Benito S. F., se desempeñaba como profesor, era una persona principalmente estricta, renegaba cuando no podía ver sus películas con tranquilidad y renegaba aún más cuando estaba bajo efectos de alcohol, en esa condición se tornaba agresivo y golpeaba a su esposa, quien reaccionaba llevando a Cristian y su hermano hacia otra habitación, su abuelo nunca castigó físicamente a sus nietos; fallece cuando Cristian tenía 14 años. En aquella casa también vivía el tío materno de Cristian a quien él define como “alcohólico y drogadicto” pese a esto, su abuela siempre lo atendía y se quedaba esperando hasta altas horas de la noche su llegada. Cuando cumple 7 años, Cristian y su hermanastro van a vivir junto a su mamá y la nueva pareja de esta, Arturo F., quien fue como un padre para él y con quien su madre sostuvo una relación de 20 años aproximadamente. La madre de Cristian, la señora Virginia S. Q., fue una madre cariñosa, quien pasaba su tiempo en casa ayudando y jugando con sus hijos, es una persona trabajadora, que evita depender económicamente de alguien, tiene tres hijos, cada uno de un diferente padre. El mayor de sus hijos es Ivan O. S. tenía un bajo rendimiento académico, razón por la que estudia hasta 1ro de secundaria, actualmente tiene 34 años se encuentra casado y con dos hijos, tiene un negocio propio distribuyendo agua potable, Cristian lo describe como una persona noble de quien fácilmente se han aprovechado. El segundo hijo es Cristian, él no conoció nunca a su padre aunque su madre le haya propuesto presentárselo, es por esto que el interno manifiesta estar muy agradecido con su madre y abuelos. La tercera hija es Arely, F. S. a quien Cristian define como

una persona bondadosa y que no sufrió carencias en su crianza ya que sus padres la consentían en sus necesidades, ella tiene dos hijos y sostiene una relación estable. A pesar de ser de diferentes padres, siempre ha tenido buena relación con ellos y recibido un trato igualitario por parte de su madre y abuelos. Al presente Cristian lleva 9 años de matrimonio con Brenda G. R. de 32 años, con quien tiene dos hijos (Kaled de 8 años y Dóminic de 2 años) Cristian se refiere a ella como una buena mujer con quien compatibiliza en varios aspectos de su vida, es una persona trabajadora y cariñosa, no obstante reniega fácilmente frente a las travesuras de sus hijos. El hijo mayor de Cristian es Jonathan de 12 años, con quien pasa entre 2 y 3 días al mes, todos sus hijos tienen una buena relación entre ellos. Al presente su familia se encuentra residiendo en México, por lo que no ha recibido visitas de estos. Se comunica constantemente con ellos mediante vía telefónica

1.6.2. Condición socioeconómica

El paciente pertenece a una familia de nivel socio económico medio. En cuanto a las condiciones de la vivienda, el paciente menciona que cuenta con los servicios básicos de agua, luz y desagüe. Además su vivienda es de material noble donde vivía con su esposa y sus dos hijos.

1.6.3. Antecedentes familiares patológicos

Paciente refiere que en su familia maternal, su madre y abuela han padecido de tartamudez, ninguna recibió tratamiento profesional. Actualmente su abuela mantiene este problema.

RESUMEN

Cristian nace por parto eutócico a los 9 meses, es el segundo hijo de tres para su madre, nunca conoció a su padre. Desde su nacimiento y hasta los 7 años se quedó primordialmente al cuidado de sus abuelos paternos, con quienes tiene una buena relación, al igual que con su madre y hermanos. Su vida académica empieza a los 4 años, se adapta bien al medio y tiene un buen desempeño además de bastantes amigos. A los 10 años sufre de burlas por parte de sus compañeros luego de haber tartamudeado en una intervención de clase, a esta edad empieza a trabajar ayudando en negocios de artesanía locales, esto deriva en una reducción de su rendimiento, al iniciar su educación secundaria empiezan nuevas relaciones amicales con quienes empieza a cometer travesuras y también interactúa con personas del sexo opuesto, estos eventos derivan en un bajo rendimiento, ausentismo y posterior deserción académica en segundo año de educación secundaria. Esta decisión es permitida por su madre. Luego de dejar el colegio, además de trabajar, empieza a tener frecuentes reuniones con sus amigos del barrio, donde empezó a consumir bebidas

alcohólicas y drogas, además de tener peleas en la calle, es así que en estado de ebriedad sufre un accidente con una motocicleta, quedando herido de gravedad y tardando casi un año en recuperarse. A los 18 años tiene su primer hijo con alguien que no era su pareja sentimental. A los 19 años inicia una nueva relación amorosa y se casa a los 22 años con quien tendría su segundo y tercer hijo. A los 25 años, junto a su esposa, deciden poner un negocio independiente que se dedicaba a brindar servicio de mudanzas y transporte, su negocio crece rápidamente eventualmente sobrecargándose de trabajo, es en ese momento cuando Cristian empieza a experimentar problemas para dormir, problemas gastrointestinales, sudoración, taquicardias y mucho nerviosismo, luego de una consulta pertinente es diagnosticado con “trastorno ansioso depresivo” además de “colitis nerviosa y gastritis” desde entonces consume fármacos para controlar estos síntomas. En el 2016 ingresa al Establecimiento Penitenciario Varones de Juliaca por el delito de “Tráfico Ilícito de Drogas” actualmente se encuentra recluido en dicho penal volviendo a experimentar los síntomas por los que recibió medicación.

EXAMEN MENTAL

1.1.ACTITUD PORTE Y COMPORTAMIENTO

El paciente de 31 años de edad es de apariencia sana. Adopta una postura erguida, dejando notar disposición para colaborar. Su cabello es corto, de color negro. Vestía de manera casual con un pantalón jean, un polo, polera y zapatillas. Su vestimenta era acorde a la estación y al lugar en el que se encontraba, denotaba limpieza y aseo personal. El paciente muestra ser flexible y ágil a nivel motor. Al inicio de la entrevista, se le nota algo nervioso, más adelante pudo percibir tranquilo, lo cual se vio reflejado en los gestos y movimientos que empleo, además utilizaba un tono de voz adecuado, facilitando la comunicación. El paciente fue muy colaborador y respetuoso ya que no mostró resistencia a brindar información íntima y prestaba mucha atención a las preguntas que se le formulaban.

1.2.CONCIENCIA, ATENCIÓN Y ORIENTACIÓN

El evaluado se encuentra atento y en estado de alerta, en un estado lúcido, es decir es una persona capaz de mantener una conversación y responder acertadamente a las interrogantes que se le formulan, evitando distraerse frente a estímulos externos. Se da cuenta del tiempo y el espacio en el que se encuentra, responde de una manera espontánea y acertada frente a preguntas sencillas, como por ejemplo cuál es su nombre, edad, ocupación, el delito por el que se encuentra en el E:P. en qué día estamos, el lugar en el que se encuentra y quienes están dentro del ambiente en el que se realiza la entrevista. El conocimiento que tiene acerca de sus aspectos personales evidencia una vez más el estado lúcido en el que se encuentra.

1.3.LENGUAJE

El evaluado, al momento de la entrevista, hace uso de un lenguaje coherente, coloquial y espontáneo, reactivo a las indicaciones del entrevistador, su discurso es normal con un tono de voz adecuado, mantiene el curso de su lenguaje a una velocidad apropiada, es un buen conversador; no obstante, manifiesta padecer dificultades al momento de enfrentarse a situaciones donde tiene que expresarse frente a un grupo o público numeroso, en estos escenarios, desaparecen todas sus cualidades de oratoria, presentes en la entrevista, se aminoran o extinguen, experimentando tartamudez, un retardo motor e incluso mutismo.

1.4.PENSAMIENTO

Puede relacionar correctamente las ideas que presenta, además responde adecuadamente a las preguntas planteadas y su capacidad de pensamiento dirigido a un objetivo es buena y apropiada para su edad. Su pensamiento es lógico, aunque presenta algunas ideas equivocadas sobre su persona producto de su condición y dificultad para expresarse en público, estas ideas son irracionales y repetitivas, manifiesta pensar que si tartamudea al hablar, los demás se burlarán y reirán de él, se evidencia un pensamiento predominantemente previsor.

1.5.SENSOPERCEPCIÓN

El evaluado no muestra alteraciones sensoperceptivas, sus capacidades sensoriales se encuentran conservadas ya que codifica, integra y discrimina adecuadamente los estímulos a los que se expone, manifiesta no haber experimentado alucinaciones o ilusiones de ningún tipo; sin embargo, señala experimentar sudoración corporal, problemas gastrointestinales y taquicardias al tener que enfrentarse a un público. Narra que la última vez que consumió marihuana dentro del E.P. bajo los efectos de esta sustancia sentía que sus compañeros lo miraban, como si lo criticasen por su consumo.

1.6.MEMORIA

El interno tiene una memoria remota y reciente conservada, responde sin ninguna dificultad, ante hechos personales como cuando es su cumpleaños, fechas memorables, donde estudio y cuestiones personales acerca de su niñez; juventud.

No presenta dificultades para recordar los estímulos que se le presentan, interpreta adecuadamente textos y puede narrar detalladamente las actividades que realiza en el E.P.

1.7.FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL

En cuanto a la concentración, al realizar sencillas y complejas operaciones matemáticas el evaluado demostró capacidad para responder, haciéndolo de una manera adecuada, entendiendo y explicando el procedimiento. También demostró habilidad para atender y responder adecuadamente a algunas órdenes dadas como por ejemplo deletrear algunas palabras pero al revés, el interno lee e interpreta correctamente los escritos mostrados, responde brevemente solo ante

algunas preguntas de cultura general, posee buena capacidad para copiar elementos presentados en otra hoja. Es capaz de comprender adecuadamente las semejanzas y diferencias entre dos elementos mostrados, además da una buena interpretación a los refranes presentados. Emite correctos juicios ante hipotéticas situaciones cotidianas a una velocidad conveniente.

1.8. ESTADO DE ÁNIMO Y AFECTOS

El paciente se muestra, predominantemente, con un buen estado de ánimo, en un inicio mostraba un poco de preocupación ya que estaría un tiempo sin realizar actividades en algún taller pero recientemente esa preocupación se a disipado después de su ingreso a la promotoría de salud. Manifiesta ser una persona alegre, en el E.P. tiene buenas relaciones con sus compañeros de taller, refiere sentir disgusto frente a los abusos y actos prepotentes de las personas llegando a sentir prefiriendo apartarse de la escena para evitar posibles conflictos generándole impotencia. Siente tristeza al recordar a su familia, se siente desolado, esto le ocurre principalmente por las noches. Mira con actitud positiva el futuro. Su expresión facial era congruente con sus estados de ánimo, es decir existe coherencia entre lo que dice y expresa, por tanto sus respuestas emocionales tienen una expresión adecuada

1.9. COMPRENSIÓN Y GRADO DE INCAPACIDAD DE LA ENFERMEDAD

El interno manifiesta que presenta problemas para controlar sus reacciones frente a situaciones en las que debe interactuar con varias personas, es consciente de su situación y puede predecir futuras conductas ante posibles situaciones y además posee una buena capacidad para informar su situación de una manera apropiada y clara.

RESUMEN

Interno se presenta al servicio de psicología adecuadamente alineado y aseado, muestra disposición a colaborar manteniéndose en estado de alerta y atento durante las entrevistas facilitando así el establecimiento del rapport. Se encuentra orientado en tiempo, espacio y persona. Se comunica con un lenguaje fluido y coherente, reactivo al entrevistador, usa un tono de voz adecuado. Su pensamiento mantiene un buen curso, pero respecto al contenido, se puede apreciar algunas ideas fijas. No presenta alteraciones sensorio-perceptivas. Posee un funcionamiento

intelectual óptimo y adecuado para su edad además de una memoria remota y reciente conservada. Predominantemente muestra un buen estado de ánimo y alegría, pero se muestra triste al hablar de su familia, además refiere experimentar síntomas de ansiedad frente a situaciones en las que debe participar de manera oral en público por miedo a las burlas y también en situaciones de ausencia o sobrecarga laboral. El interno es consciente de su situación por lo que pudo informarla de una manera clara y apropiada.

INFORME PSICOMÉTRICO

1.1.DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos	: Cristian A. S. Q.
Fecha de Nacimiento	: 12 de diciembre de 1986
Lugar de Nacimiento	: Guadalajara – Jalisco - México
Edad	: 31 años
Sexo	: Masculino
Estado Civil	: Casado
Grado de Instrucción	: Secundaria incompleta (2do)
Ocupación	: Ultima – fletero (servicio de mudanzas)
Religión	: Católica
Informante	: Interno
Fechas de Entrevista	: 02 de mayo de 2018 – 25 de junio de 2018
Evaluador	: Enzo Nicole Morocco Arapa

1.2.OBSERVACIONES DE LA CONDUCTA

Interno se presenta al servicio de psicología adecuadamente alineado y aseado, muestra disposición a colaborar manteniéndose en estado de alerta y atento durante la entrevista facilitando así el establecimiento del rapport. Se encuentra orientado en tiempo, espacio y persona. Se comunica con un lenguaje fluido y coherente, reactivo al entrevistador, usa un tono de voz adecuado. Su pensamiento mantiene un buen curso, pero respecto al contenido, se puede apreciar algunas ideas fijas. No presenta alteraciones sensorio-perceptivas. Posee un funcionamiento intelectual óptimo y adecuado para su edad además de una memoria remota y reciente conservada. Predominantemente muestra un buen estado de ánimo y alegría. El interno es consciente de su situación por lo que pudo informarla de una manera clara y apropiada.

1.3.INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS UTILIZADOS

Observación

Entrevista

Pruebas Psicológicas

Test de Matrices Progresivas (*J.C. Raven*)

Test del dibujo del árbol (*Karl Koch*)

Test del hombre bajo la lluvia (*Silvia Mabel Querol*)

Inventario clínico Multiaxial de Millon II (*Th. Millon*)

1.4.INTERPRETACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

Test de Matrices Progresivas

SUB TEST	PTJE BRUTO	% PARCIAL	CATEGOR IA
A	11	92	Término medio, posiblemente inferior al término medio
B	11	92	
C	6	50	
D	7	58	
E	3	25	
TOTAL CI	38	50	

Cristian obtuvo un puntaje de 38 que lo ubica en un percentil de 50, llegando a la conclusión que tiene un coeficiente intelectual de **Término medio, posiblemente inferior al término medio**, es decir, podría presentar dificultades en la capacidad para conceptualizar y aplicar el razonamiento sistemático a problemas, en dar sentido a un material desorganizado y confuso, puede presentar dificultades en la captación de una estructura compleja. Así mismo es lento para la abstracción y comprensión de relaciones aplicadas a problemas no verbales

1.5.El test del dibujo del árbol

Cristian se caracteriza por ser una persona dinámica, entusiasta que busca resultados rápidos donde pueda expresar sus capacidades, evitando en lo posible quedarse estático, es ordenado, prefiere seguir las normas de disciplina, pudiendo tornarse agresivo cuando alguien incumple estas; no obstante, consigue controlarse para así evitar potenciales problemas con sus compañeros, de este modo, Christian ha podido mantener un equilibrio entre el pesar y la alegría, no obstante, se observa una pérdida de vitalidad y fuerza. El análisis del índice de Wittegenstein arroja una edad de 7 años, edad en la que empieza a vivir a tiempo completo con su madre y hermanos.

1.6.El test del hombre bajo la lluvia

Christian transmite una sensación de incomodidad producto de su encierro, se siente amenazado por su entorno, lo cual le ha generado inseguridad, temor, ansiedad y retraimiento, esto propicia en él una inadecuada autopercepción; se observa su dependencia por el vínculo materno, ya que él nunca fue criado por su padre biológico, también se observa su necesidad de apoyo; no obstante, Christian muestra disposición para enfrentar a su entorno, a veces de manera impulsiva y agresiva, pero primordialmente, busca resolver los problemas evitando los potenciales riesgos para así evitar los conflictos y críticas de su entorno, ya que también se caracteriza por ser una persona preventiva.

1.7.Inventario clínico Multiaxial de Millon II

Eje II: Trastornos de la Personalidad

El perfil del MCMI-II de Cristian sugiere que experimenta periodos de inseguridad y desconfianza frente a otros guardando en buena medida la distancia interpersonal, es por esto que tiene pocas relaciones íntimas, viendo sus demás relaciones como hechos mecánicos, por lo mismo, se muestra como un observador pasivo e indiferente, ajeno a las gratificaciones y afectos de las relaciones sociales. Identifica su entorno como hostil, explorándolo en busca de amenazas y reaccionando en exceso ante acontecimientos inocuos que supone de forma ansiosa, hasta temerosa, que implican amenaza o experiencias negativas específicas que ha experimentado con anterioridad. Se aprecia labilidad emocional, experimenta intensos estados de ánimo endógenos, con periodos recurrentes de abatimiento y apatía. Su baja capacidad para regular sus estados

emocionales y sus escasos mecanismos para enfrentar escenarios estresores imprevistos, hacen que los resuelva de una forma evitativa, recurriendo al escape, pero no siempre es así, en ocasiones puede ser impulsivo y atrevido, cualidad que justifica al asumir que los demás son desleales, todo esto al fin de evitar humillaciones previstas.

Eje I: Síndrome Clínico

Cristian tiene una profunda sensación aislamiento e incompreensión por parte de los demás. Tiene ideas fijas de desconfianza, deseo de libertad arrebatada por la sociedad, llevándolo a sentirse solo y vacío, todo esto deriva de la presión de fuentes de peligro descontroladas. Cristian, eventualmente, ha enfrentado las situaciones estresoras con el consumo alcohol y drogas, que le han ocasionado un malestar considerable. Probablemente no admite su problema de consumo.

RESUMEN

El interno se caracteriza por ser una persona anticipada que en ocasiones puede presentar dificultades en aplicar el razonamiento sistemático a problemas, poseedora de una gran vitalidad y energía la cual se ha visto mermada por su encierro en el establecimiento penitenciario. Al sentirse inmerso en un ambiente hostil que lo expone a eventos amenazadores específicos, anteriormente experimentados, han aflorado sentimientos de inseguridad y ansiedad; y trata de enfrentar muchas veces estos eventos de manera impulsiva y agresiva, pero controlándose en el proceso optando por una reacción de escape, consiguiendo así un equilibrio y evitando potenciales problemas con su entorno. Sus relaciones sociales no son intimas, al contrario, las evita manteniendo una marca distancia interpersonal.

Arequipa, 20 de mayo de 2019

Enzo Morocco Arapa
Bachiller en Psicología

INFORME PSICOLÓGICO

1.1.DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos	: Cristian A. S. Q.
Fecha de Nacimiento	: 12 de diciembre de 1986
Lugar de Nacimiento	: Guadalajara – Jalisco - México
Edad	: 31 años
Sexo	: Masculino
Estado Civil	: Casado
Grado de Instrucción	: Secundaria incompleta (2do)
Ocupación	: Ultima – fletero (servicio de mudanzas)
Religión	: Católica
Informante	: Interno
Fechas de Entrevista	: 23 de marzo de 2019 – 30 de abril de 2019
Evaluador	: Enzo Nicole Morocco Arapa

1.2.MOTIVO DE CONSULTA

El paciente acude a consulta de manera voluntaria, refiere problemas de ansiedad, dificultad para poder expresarse en público y preocupación ante la ausencia o exceso de carga laboral. Ante estas manifestaciones consume medicamentos (Clonazepam y Ranitidina) o drogas como la marihuana, al encontrarse recluso en un establecimiento penitenciario no tiene fácil accesos a estas sustancias, por los problemas que representa el consumirlas, por ello estaría dispuesto a seguir un tratamiento psicológico para reducir su consumo y enfrentar las situaciones estresantes.

1.3.TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Observación

Entrevista

Pruebas Psicológicas

Test de Matrices Progresivas (*J.C. Raven*)

Test del dibujo del árbol (*Karl Koch*)

Test del hombre bajo la lluvia (*Silvia Mabel Querol*)

Inventario clínico Multiaxial de Millon II (*Th. Millon*)

1.4.ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

Cristian nace por parto eutócico a los 9 meses, es el segundo hijo de tres para su madre, nunca conoció a su padre. Desde su nacimiento y hasta los 7 años se quedó primordialmente al cuidado de sus abuelos paternos, con quienes tiene una buena relación, al igual que con su madre y hermanos. Su vida académica empieza a los 4 años, se adapta bien al medio y tiene un buen desempeño además de bastantes amigos. A los 10 años sufre de burlas por parte de sus compañeros luego de haber tartamudeado en una intervención de clase, a esta edad empieza a trabajar ayudando en negocios de artesanía locales, esto deriva en una reducción de su rendimiento, al iniciar su educación secundaria empiezan nuevas relaciones amicales con quienes empieza a cometer travesuras y también interactúa con personas del sexo opuesto, estos eventos derivan en un bajo rendimiento, ausentismo y posterior deserción académica en segundo año de educación secundaria. Esta decisión es permitida por su madre. Luego de dejar el colegio, además de trabajar, empieza a tener frecuentes reuniones con sus amigos del barrio, donde empezó a consumir bebidas alcohólicas y drogas, además de tener peleas en la calle, es así que en estado de ebriedad sufre un accidente con una motocicleta, quedando herido de gravedad y tardando casi un año en recuperarse. A los 18 años tiene su primer hijo con alguien que no era su pareja sentimental. A los 19 años inicia una nueva relación amorosa y se casa a los 22 años con quien tendría su segundo y tercer hijo. A los 25 años, junto a su esposa, deciden poner un negocio independiente que se dedicaba a brindar servicio de mudanzas y transporte, su negocio crece rápidamente eventualmente sobrecargándose de trabajo, es en ese momento cuando Cristian empieza a experimentar problemas para dormir, problemas gastrointestinales, sudoración, taquicardias y mucho nerviosismo, luego de una consulta pertinente es diagnosticado con “trastorno ansioso depresivo” además de “colitis nerviosa y gastritis” desde entonces consume fármacos para controlar estos síntomas. En el 2016 ingresa al Establecimiento Penitenciario Varones de Juliaca por el delito de “Tráfico Ilícito de

Drogas” actualmente se encuentra recluido en dicho penal volviendo a experimentar los síntomas por los que recibió medicación.

1.5.OBSERVACIONES CONDUCTUALES

Interno se presenta al servicio de psicología adecuadamente alineado y aseado, muestra disposición a colaborar manteniéndose en estado de alerta y atento durante las entrevistas facilitando así el establecimiento del rapport. Se encuentra orientado en tiempo, espacio y persona. Se comunica con un lenguaje fluido y coherente, reactivo al entrevistador, usa un tono de voz adecuado. Su pensamiento mantiene un buen curso, pero respecto al contenido, se puede apreciar algunas ideas fijas. No presenta alteraciones sensorio-perceptivas. Posee un funcionamiento intelectual óptimo y adecuado para su edad además de una memoria remota y reciente conservada. Predominantemente muestra un buen estado de ánimo y alegría, pero se muestra triste al hablar de su familia, además refiere experimentar síntomas de ansiedad frente a situaciones en las que debe participar de manera oral en público por miedo a las burlas y también en situaciones de ausencia o sobrecarga laboral. El interno es consciente de su situación por lo que pudo informarla de una manera clara y apropiada.

1.6.ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Cristian tuvo su primera experiencia ansiosa a los 10 años al tartamudear delante de sus compañeros en una intervención académica y que estos se burlaran de él, luego de este evento presenta dificultades para poder hablar con fluidez, empieza a trabajar, baja su rendimiento y participación escolar y sus relaciones interpersonales se ven estancadas, posteriormente abandona el colegio a los 13 años, es así que deja de contar con oportunidades para participar oralmente frente a un grupo ya que con los grupos que se reunía lo hacía para practicar deportes, consumir alcohol, drogas y eventualmente participar de peleas en la vía pública. Se convierte en padre a los 18 años y contrae matrimonio a los 22 años manteniendo actualmente esta relación, a los 25 años luego de poner un prospero negocio propio de mudanzas, se enfrenta a una sobrecarga laboral generando en él alteraciones en el sueño, problemas gastrointestinales, sudoración, taquicardias y nerviosismo por lo que empieza a recibir la medicación necesaria. Desde su ingreso al

establecimiento penitenciario estos síntomas se han visto aumentados ya que el entorno lo enfrenta a situaciones estresantes como su participación oral en público, permanente fluctuación entre ausencia y exceso de carga laboral y por perdida muchas veces no ha contado con sus medicamentos, recurriendo al consumo de marihuana, evidenciando así también un control de ansiedad bajo el consumo de sustancias y posible dependencia de estos.

El paciente posee una capacidad intelectual igual al promedio, hace uso de sus potencialidades, pero en ocasiones puede presentar dificultades para aplicar un razonamiento sistemático a sus problemas. Por el ambiente en el que se encuentra recluido, se siente inmerso en un ambiente hostil que aflora en él, sentimientos de inseguridad, ansiedad y labilidad emocional ya que experimenta intensos estados de ánimo endógenos, con periodos recurrentes de abatimiento y apatía. Es una persona anticipada, en quien predomina un pensamiento previsor, como se puede apreciar en lo programado que puede llegar a ser para evitar dificultades. Tiene un buen autoconcepto, puede llegar a ser exigente consigo mismo sin necesidad de impresionar a los demás. Es poseedor de una gran vitalidad, la cual se ha visto mermada desde su ingreso establecimiento penitenciario.

Sus relaciones interpersonales son superficiales, evita las relaciones profundas manteniendo una marcada distancia interpersonal y mostrando desconfianza hacia los demás para no exponerse a eventos amenazadores específicos, anteriormente experimentados. Tiende a mostrar respeto por las figuras de autoridad y por compañeros que pueden ayudarle para sus propios intereses, evita las presiones y escenarios potencialmente vergonzosos dentro del E.P. ya que podría reaccionar de una manera agresiva e impulsiva, característica de su conducta preventiva.

1.7.DIAGNÓSTICO

El interno presenta una inteligencia promedio por lo que puede tener dificultad para resolver problemas sistemáticamente, así mismo se muestra dócil al consumo de sustancias psicoactivas.

Presenta predominantemente un buen estado de ánimo, no obstante se observa labilidad emocional, además, sus relaciones interpersonales son poco profundas y le es difícil establecerlas, llegando a sentir desconfianza de sus compañeros. Impera en él un pensamiento previsor, es una

persona programada con un buen control de impulsos, pero siente ansiedad al no poder controlar situaciones estresantes específicas, anteriormente experimentadas, afronta estas situaciones con una conducta evitativa y con el consumo de alcohol y/o drogas. Todos estos rasgos configuran un Personalidad Ansiosa con Consumo perjudicial F1x.1 según CIE 10

1.8.PRONÓSTICO

De pronóstico *favorable*, por su compromiso a mantener la constancia en el tratamiento psicológico, su apego a las normas establecidas, participación en actividades cotidianas y porque es consciente de la situación que atraviesa y busca ayuda profesional de manera voluntaria.

1.9.RECOMENDACIONES

Continuar con el tratamiento psicológico.

Mantener en práctica los aprendizajes de cada sesión terapéutica.

Integración y participación en grupos sociales.

Arequipa, 20 de mayo de 2019

Enzo Morocco Arapa
Bachiller en Psicología

PLAN PSICOTERAPÉUTICO

1.1.DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos	: Cristian A. S. Q.
Fecha de Nacimiento	: 12 de diciembre de 1986
Lugar de Nacimiento	: Guadalajara – Jalisco - México
Edad	: 31 años
Sexo	: Masculino
Estado Civil	: Casado
Grado de Instrucción	: Secundaria incompleta (2do)
Ocupación	: Ultima – fletero (servicio de mudanzas)
Religión	: Católica
Informante	: Interno
Fechas de Entrevista	: 23 de marzo de 2019 – 30 de abril de 2019
Evaluable	: Enzo Nicole Morocco Arapa

1.2.DIAGNOSTICO PSICOLÓGICO

El interno presenta una inteligencia promedio la cual le permite resolver problemas sistemáticamente, así mismo se muestra propenso al consumo de sustancias psicoactivas.

Presenta predominantemente un buen estado de ánimo, no obstante se observa labilidad emocional, además, sus relaciones interpersonales son poco profundas y le es difícil establecerlas, llegando a sentir desconfianza de sus compañeros. Impera en él un pensamiento previsor, es una persona programada con un buen control de impulsos, pero siente ansiedad al no poder controlar situaciones estresantes específicas, anteriormente experimentadas, afronta estas situaciones con una conducta evitativa y con el consumo de alcohol y/o drogas. Todos estos rasgos configuran un Personalidad Ansiosa con Consumo perjudicial F1x.1 según CIE 10

1.3.OBJETIVO GENERAL

Disminuir respuesta fisiológica, cognitiva y conductual de la ansiedad.

1.4.MODALIDAD TERAPÉUTICA

A continuación se detalla cada una de las fases que conforman este plan psicoterapéutico.

PRIMERA SESIÓN: IDENTIFICACIÓN DE PENSAMIENTOS	
Objetivo	Identificar los pensamientos erróneos que el interno tiene en determinadas situaciones sobre si mismo y otras personas
Desarrollo de la técnica	<p>Para iniciar se hablará con el interno sobre las expectativas que tiene respecto a la psicoterapia, al mismo tiempo se establecerá una relación empática para que se encuentre cómodo durante las sesiones.</p> <p>Después de conversar con el paciente acerca de la influencia que los pensamientos tienen sobre nuestras emociones y conductas, se le pedirá que mencione situaciones conflictivas de su vida y se le hará las siguientes preguntas: ¿hace cuanto tiempo se produjo tal situación?, ¿Qué ocurrió exactamente?, ¿Qué personas estaban presentes?, ¿Cómo actuaron estas personas? Y ¿Cómo actuó él?</p> <p>Una vez que se conocen los pensamientos que le hacen experimentar ansiedad, se le señalará que anote todos ellos en primera persona, se revisará si ha escrito correctamente.</p>

SEGUNDA SESIÓN: ANÁLISIS DE PENSAMIENTOS	
Objetivo	Evaluar los pensamientos erróneos que tiene el paciente según el grado de creencia.
Desarrollo de la técnica	Según el listado de la sesión anterior, se determinará cuales son en realidad los pensamientos negativos, para esto se le pedirá al paciente que los ordene de menor a mayor grado de creencia. Ordenada la nueva lista, se comenzará a analizar cada uno de los pensamientos, empezando siempre por el de menor grado. Cuando se mencione uno de los pensamientos, se le hará preguntas para

	<p>saber: ¿Hasta qué punto se ajusta a la realidad?, ¿De qué forma influye en sus estados emocionales y conductuales? Y ¿Qué ocurriría si fuera cierto lo que dice?</p> <p>No olvidar que los pensamientos que se analizarán son aquellos que se experimentan antes, durante y después de la situación conflictiva.</p>
--	---

TERCERA SESIÓN: PENSAMIENTOS ALTERNATIVOS	
Objetivo	Modificar los pensamientos erróneos por pensamientos racionales y positivos
Desarrollo de la técnica	Después de identificar y analizar los pensamientos negativos, se buscará pensamientos alternativos que deben ser más racionales y positivos. Posteriormente se practicará estos pensamientos positivos, tomando como referencia situaciones pasadas, invitándolo a que practique para que en posteriores situaciones conflictivas, pueda afrontarlas de mejor manera.

CUARTA SESIÓN: TÉCNICAS DE RELAJACIÓN	
Objetivo	Favorecer la relajación del paciente para promover una mejora en su autorregulación emocional y su tranquilidad
Desarrollo de la técnica	<p>Se realizará ejercicio de respiración basado en la técnica de relajación de Benson</p> <p>La sesión empezará con instrucciones para la relajación general del cuerpo, controlando la respiración. Se sentará en una posición cómoda, cerrando los ojos y relajando todos los músculos del cuerpo, empezando por los pies, piernas, tronco, brazos, hombros, cuello y cara. Se ha de respirar por la nariz, siendo consciente de la inspiración/espriación. A medida que vaya expulsando el aire ha de pronunciar para él mismo la palabra “uno” (aunque puede ser otra palabra). Ha de inspirar cogiendo aire y espirando a la vez que pronuncia la palabra “uno”. Cuando se vaya acabando la sesión se le irá dando indicaciones para que pueda salir tranquilamente del estado de relajación. La repetición de la palabra se realizara con el objetivo de ayudar a que la respiración sea más lenta, profunda y concentrada.</p> <p>Se realizará ejercicio de relajación muscular progresiva de Jacobson</p>

	<p>Con este ejercicio se tensarán (se pondrán duras) diferentes partes del cuerpo y a continuación se relajarán (se pondrán flojas) con el objetivo de que el paciente se sienta cómodo y tranquilo al acabar el ejercicio. Las partes del cuerpo que se tensaran y luego relajarán serán las siguientes y en este orden: pies y piernas, tronco, manos y brazos y cuello y cara. Empezará moviendo los pies y se le preguntará cómo los siente; encogerá los dedos de los pies durante 5 segundos y regresarán a la posición normal. Levantará la pierna izquierda y con la mano deberá tocarla para comprobar que esta dura, la bajará y lo repetirá con la pierna derecha (cuando levante la pierna deberá contar hasta cinco y después bajarla y relajarla). Después se irá repitiendo el mismo proceso con abdomen, pecho, brazo, cuello y cara.</p>
--	---

SESIÓN 5: EXPOSICIÓN GRADUADA	
Objetivo	Superar la evitación de participar frente a grupos humanos
Desarrollo de la técnica	<p>Se llevara a cabo una exposición graduada a situaciones temidas, tanto a aquellas relacionadas con las crisis de ansiedad como a las situaciones de interacción social. Se comenzará, en relación a la participación en grupos, empezaremos con una participación frente a un grupo conocido, en este caso sus compañeros del área de promotoría de salud, emitiéndoles pequeños comunicados, así como frases motivadoras o algún chiste. Más adelante se buscará su participación en grupos menos conocidos para él, como el grupo del Programa de Intervención Multidisciplinario. En estas sesiones del tratamiento, se integrará las técnicas fisiológicas con las cognitivas, para él más útiles. Las exposiciones serán analizadas en función de los beneficios en las sesiones terapéuticas.</p>

SESIÓN 6: MANTENIMIENTO Y SEGUIMIENTO	
Objetivo	Establecer pautas que permitan al paciente tener un control práctico de situaciones donde se pueda presentar respuestas similares a la fobia.
Desarrollo de la técnica	Una vez alcanzados los primeros objetivos, se trabajará en el perfeccionamiento y optimización de las técnicas ya utilizadas, identificando posibles situaciones

	de riesgo y afrontándolas, desarrollando también técnicas como la solución de problemas, sistematizando estilos de afrontamiento, y perfeccionando las habilidades sociales del paciente. Una vez alcanzados los objetivos marcados con el paciente se favorecerá el trabajo en el reforzamiento de variables como la autoestima.
--	---

1.5.TIEMPO DE EJECUCIÓN

Se trabajara una sesión por semana (6 semanas)

1.6.AVANCES TERAPÉUTICOS

Al momento de la presentación de este Plan de intervención no se han avanzado sesiones.

Arequipa, 20 de mayo de 2019

Enzo Morocco Arapa
Bachiller en Psicología