

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



**PERSONALIDAD Y DISTORSIONES COGNITIVAS EN AGRESORES
SEXUALES SENTENCIADOS DE MENORES DE EDAD**

Tesis presentada por las Bachilleres:

BETTSY GRIMLEY LOAYZA LLERENA

DANIELA ALEXANDRA ZEGARRA ACOSTA

Para optar el título profesional de Psicólogas

Asesorado por:

DR. EVERT NAZARET APAZA BEJARANO

Arequipa – Perú

2019

DEDICATORIA

A mi familia, quienes me impulsaron a lograr mis metas con su amor, paciencia y esfuerzo, me han permitido llegar a cumplir hoy un sueño más, gracias por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo y valentía, de no temer las adversidades porque Dios está conmigo siempre.

Daniela Alexandra

El presente trabajo está dedicado a mi familia por haber sido mi apoyo a lo largo de toda mi carrera universitaria y a lo largo de mi vida. A todas las personas especiales que me acompañaron en esta etapa, aportando a mi formación tanto profesional y como ser humano.

Bettsy Grimley

AGRADECIMIENTOS

Me van a faltar páginas para agradecer a las personas que se han involucrado en la realización de este trabajo, sin embargo, merecen reconocimiento especial mi familia que con su esfuerzo y dedicación me ayudaron a culminar mi carrera universitaria y me dieron el apoyo suficiente para no decaer cuando todo parecía complicado e imposible.

Asimismo, agradezco infinitamente a mis maestros que con sus enseñanzas por fortalecer mi espíritu y plasmar mi profesión.

Daniela Alexandra

Dedico esta investigación a mi familia, y a quienes me apoyaron en el camino de la realización de esta tesis.

Bettsy Grimley

PRESENTACIÓN

SEÑOR RECTOR DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA
SEÑOR DECANO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA, RELACIONES INDUSTRIALES
Y CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN

SEÑOR DIRECTOR DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

SEÑOR PRESIDENTE DEL JURADO DICTAMINADOR

SEÑORES CATEDRÁTICOS MIEMBROS DEL JURADO DICTAMINADOR

Tenemos el honor de dirigirnos ante ustedes con el propósito de poner en consideración el trabajo de nuestra tesis titulada: **“PERSONALIDAD Y DISTORSIONES COGNITIVAS EN AGRESORES SEXUALES SENTENCIADOS DE MENORES DE EDAD**, habiendo realizado este estudio el penal de varones con la finalidad obtener resultados objetivos, esperando que vuestra justa apreciación evalúe el esfuerzo realizado

Arequipa, 27 de noviembre del 2019

LAS BACHILLERES

Loayza Llerena Bettsy Grimley
Zegarra Acosta Daniela Alexandra

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue determinar la relación de los trastornos de personalidad y las distorsiones cognitivas en agresores sexuales de menores de edad. La muestra estuvo constituida por 61 internos de sexo masculino, que se encuentran cumpliendo una sentencia por los delitos contra la libertad sexual de menores de edad. Se aplicó el Inventario Clínico Multiaxial de Millon III para evaluar personalidad y la escala de cogniciones Abel y Becker, para distorsiones cognitivas relacionadas con el comportamiento del agresor sexual. Respecto a los resultados obtenidos, en los agresores sexuales de menores de edad, en la investigación se encontró que ciertos trastornos de personalidad poseen una relación directa o positiva con respecto a las distorsiones cognitivas; es decir que a mayor presencia de trastornos de personalidad será también mayor la presencia de distorsiones cognitivas en estos individuos.

Palabras claves: Personalidad, distorsiones cognitivas, agresión sexual, menor de edad.

ABSTRACT

The objective of the present study was to determine the relationship of personality disorders and cognitive distortions in sexual offenders of minors. The sample consisted of 61 male inmates, who are serving a sentence for crimes against sexual freedom of minors. The Millon III Multiaxial Clinical Inventory was applied to assess personality and the Abel and Becker scale of cognitions, for cognitive distortions related to the sexual aggressor's behavior. Regarding the results obtained, in sexual offenders of minors, the investigation found that certain personality disorders have a direct or positive relationship with respect to cognitive distortions; that is, the greater the presence of personality disorders, the presence of cognitive distortions in these individuals will also be greater.

Key Words: Personality, cognitive distortions, sexual aggression, minor.

ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTOS.....	ii
PRESENTACIÓN.....	iii
RESUMEN.....	iv
ABSTRACT.....	v
INTRODUCCIÓN	x

CAPÍTULO I LA INVESTIGACIÓN

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2. Formulación del problema.....	3
2. OBJETIVOS.....	3
A. OBJETIVO GENERAL.....	3
B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	3
3. JUSTIFICACIÓN	3
4. LIMITACIONES DE ESTUDIO.....	5
7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	7

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

1. PERSONALIDAD.....	8
1.1. Definición.....	8
1.2. Normalidad frente a patología.....	10
1.3. Trastornos de personalidad	11
A. Criterios diagnósticos Según el DSM-V	12
1.4. Tipología de los trastornos de personalidad según DSM- V.....	13
A. Grupo A –raros y excéntricos	13
B. Grupo B - Dramáticos emotivos e inestables	15
C. Grupo c -Temerosos ansiosos.....	18
1.5. Factores etiológicos de los trastornos de personalidad según Agüero	19
1.6. Modelo evolutivo de Millon	20

1.7.	Personalidad y comportamiento delictivo	22
1.8.	Personalidad en agresores sexuales.....	23
2.	DISTORSIONES COGNITIVAS	24
2.1.	Definición.....	24
2.2.	Distorsiones Cognitivas y La Percepción Social	25
2.3.	La Teoría Cognitiva de Beck respecto a las distorsiones	27
2.4.	Enfoque Cognitivo Conductual en la intervención de las distorsiones cognitivas	29
2.5.	Las distorsiones cognitivas en los delitos sexuales contra menores de edad	30
2.6.	Tipos de distorsiones cognitivas	34
3.	AGRESIÓN SEXUAL	36
3.1.	Concepto.....	36
3.2.	Etiología de la agresión sexual.....	37
3.3.	Factores que influyen en la agresión sexual	39
A.	Factores biológicos	39
B.	Factores Ambientales.....	40
3.4.	Tipología de agresores sexuales.....	41
A.	Clasificación según García-Andrade, (1994):.....	41
B.	Clasificación Según Barudy	41
C.	Clasificación Según Nicholas Groth	42
3.5.	Abuso sexual de menores	43
A.	Características de agresores sexuales sociodemográficas.....	43
B.	Características psicológicas de los abusadores de menores	43
3.6.	Consideraciones del código penal.....	44

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

1.	Enfoque y Tipo de investigación	46
2.	Diseño	46
3.	Muestra	47
A.	Población	47
B.	Muestra.....	47
4.	Materiales e instrumentos	48
A.	Inventario clínico Multiaxial Theodore Millon III	48
B.	ABEL AND BECKER COGNITION SCALE.....	51
5.	Procedimiento.....	54

**CAPÍTULO IV
RESULTADOS**

Análisis e interpretación de los resultados.....	55
--	----

**CAPÍTULO V
DISCUSIÓN**

DISCUSIÓN	71
CONCLUSIONES.....	76
BIBLIOGRAFÍA.....	78

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Operacionalización de variables	7
Tabla 2 Fiabilidad del Instrumento de medición.....	53
Tabla 3 Baremos creados para establecer los niveles de Distorsión Cognitiva	54
Tabla 4 Distribución según grado de peligrosidad.....	56
Tabla 5 Escalas Clínicas de los Patrones de Personalidad (Primer Grupo)	57
Tabla 6 Escalas Clínicas de los Patrones de Personalidad (Segundo Grupo)	60
Tabla 7 Patología de Personalidad Severa	62
Tabla 8 Niveles de Distorsión Cognitiva	63
Tabla 9 Prueba de normalidad.....	64
Tabla 10 Relación entre Escalas Clínicas de los Patrones de Personalidad (Primera parte) y Distorsión Cognitiva	65
Tabla 11 Relación entre Escalas Clínicas de los Patrones de Personalidad (Segunda parte) y Distorsión Cognitiva	67
Tabla 12 Relación entre Patología de Personalidad Severa y Distorsión cognitiva.....	69

INTRODUCCIÓN

Actualmente el país enfrenta una dura batalla frente la delincuencia, el delito que crea mayor impacto e impotencia en los peruanos es aquel que van contra la libertad sexual de una persona. El Perú es uno de los países con más altas tasas de denuncias por violaciones sexuales en América Latina (MIMP,2019), siendo la violencia sexual un fenómeno extendido en todos los sectores tanto económicos, grupos de edad, espacios urbanos y rurales. La cara más cruda de este delito son las agresiones sexuales de menores de edad, siendo esta la población más vulnerable e incapaz de decidir o consentir una relación sexual. La literatura sobre la agresión sexual indica la presencia de factores determinantes en la comisión del delito, dentro estos factores inciden la personalidad y las distorsiones cognitivas.

Theodore Millon, define la personalidad como un conjunto de rasgos psicológicos inconscientes y difíciles de cambiar, que influyen en el funcionamiento del individuo y surgen de una base biológica, social e idiosincrática (Millon 1998). Abel y Becker son los primeros autores en hablar sobre las distorsiones cognitivas en agresores sexuales, definiéndolas como sistemas de creencias que apoyan y justifican una conducta inadecuada para minimizar y racionalizar su comportamiento (Abel & Becker 1989).

En el contexto local no se halló investigaciones que relacionen personalidad con distorsiones cognitivas de agresores sexuales de menores. Por ende, la presente investigación tiene como objetivo determinar la relación de los trastornos de personalidad y las distorsiones cognitivas frente al comportamiento delictivo de los agresores sexuales de menores de edad, con el fin de obtener resultados objetivos que sirvan para contribuir conocimientos en el campo de la Psicología.

La investigación es de enfoque cuantitativo y será de tipo correlacional, ya que analizará la realidad objetiva a partir de mediciones numéricas y análisis estadísticos, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías; así mismo estudiará el grado de relación o asociación que existe entre dos o más variables, en un contexto particular. La presente investigación estará dividida en IV capítulos los cuales abarcarán información transcendental que será útil para la compresión de la misma.

CAPÍTULO I LA INVESTIGACIÓN

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente en la sociedad la delincuencia y la transgresión de las normas son una preocupación constante y creciente en el país, así mismo se observa el incremento de diversos delitos que atentan contra la libertad del ser humano, delitos de toda índole como robos, asesinatos y violaciones, los cuales causan un gran malestar en la población (INPE, 2018).

El país a lo largo de los años ha tenido un incremento alarmante en delitos contra la libertad sexual, incluso ubicándose como el segundo país con mayor índice de violencia sexual en América Latina (MIMP, 2019).

En la última década en los departamentos de Tumbes, Ancash, Arequipa, Cusco, Huancavelica, Cajamarca y Huánuco se observó un crecimiento significativo de más del 100% en los casos de violencia familiar y sexual (MIMP, 2019). Según la distribución de la población penitenciaria que procede del departamento de Arequipa el 12.5% se encuentra recluido por violación sexual, el 9.5% por violación sexual de menor de edad.

Entre enero y marzo de 2018 se han denunciado un total de 1,727 casos de abuso sexual contra menores, de entre 0 y 17 años, es decir, que han sido víctimas de violación sexual o tocamientos indebidos, si bien son cifras alarmantes no están incluidas en ellas los casos de agresión sexual no denunciados.

En Arequipa, los casos de violación a la libertad sexual (en sus diversas modalidades) son cada vez más frecuentes, el abuso sexual, más aún el infantil, se constituye como un fenómeno nefasto de altísimas consecuencias para sus víctimas y la sociedad en general (Losada, 2012).

Echándole un vistazo al centro penitenciario de varones “Socabaya”, el cual en total alberga más de 2 mil varones por diferentes delitos, se confirma que el abuso sexual es el segundo más frecuente, luego de robo agravado, dentro de ellos existe un porcentaje considerable recluido por violación sexuales a menores (MIMP, 2019).

Ahora bien, se han dado diversos estudios para tratar de explicar en parte la conducta de los agresores sexuales, según Castro (2009) en su estudio refiere que los delincuentes sexuales de menores presentan mayormente rasgos de personalidad esquizoide, dependiente, fóbica y compulsiva.

Según Ortiz(2002) refiere que los agresores sexuales que han cometido delitos contra menores, presentan un estilo de personalidad que tiende a afrontar las relaciones interpersonales con dificultad, incapaces de establecer relaciones sociales, así personas con estas características suelen actuar de forma impulsiva e irresponsable y no prestan atención a las consecuencias de sus actos, suelen tener actitudes desleales y deshonestas, violando de forma activa los códigos socialmente establecidos con conductas habitualmente ilegales.

Algunas otras investigaciones mencionan a las distorsiones cognitivas como un factor importante en el actuar de los agresores sexuales, de hecho, un estudio realizado en un centro penitenciario catalán observó que el 100% de delincuentes sexuales tenía distorsiones cognitivas sobre sus actos y la realidad (Garnacho, 2014). Una de las distorsiones cognitivas más relevantes hallada en violadores fue que incluso ante la presencia de un arma, creían que las mujeres deseaban ser agredidas sexualmente (Lee et al, 2002).

Por todo lo expuesto se hace necesario determinar la relación de la personalidad y las distorsiones cognitivas en agresores sexuales sentenciados de menores de edad, que en base a los resultados obtenidos estos servirán como aporte para futuras investigaciones, con el fin de que, en el contexto actual, se puedan tomar en cuenta para la implementación y utilización de programas de tratamiento en los centros penitenciarios.

1.2. Formulación del problema

¿Existe relación entre los trastornos de personalidad y las distorsiones cognitivas en agresores sexuales sentenciados de menores de edad en el centro penitenciario de varones Socabaya?

2. OBJETIVOS

A. OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre los trastornos de personalidad y las distorsiones cognitivas en agresores sexuales sentenciados de menores de edad en el centro penitenciario de varones Socabaya.

B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a)** Describir los trastornos de personalidad en agresores sexuales sentenciados de menores de edad.
- b)** Identificar las distorsiones cognitivas en agresores sexuales sentenciados de menores de edad.
- c)** Relacionar los trastornos de personalidad y las distorsiones cognitivas presentadas en agresores sexuales sentenciados de menores de edad.

3. JUSTIFICACIÓN

Las agresiones sexuales en los que se ven implicados niños y mujeres, generan angustia y rechazo en la sociedad; sin embargo, a pesar que la agresión sexual tiene historia a lo largo de los años como un acto violento y perjudicial para la víctima, aun en varios países es considerada como normal la unión carnal entre un hombre adulto y una menor de edad, tal es el caso de los países Bangladesh, Pakistán e Indonesia.

En el contexto actual no se halló investigaciones relacionadas a la personalidad y distorsiones cognitivas de agresores sexuales. Por lo cual la presente investigación busca

determinar la relación de los patrones de personalidad de agresores sexuales y las distorsiones cognitivas que puedan presentar estos internos trasgresores de las normas, con el fin de alcanzar una respuesta y a partir de los resultados se pretende compartir la información a la población interesada, como tal es el caso de los centros penitenciarios y correccionales y a partir de la información dada se puedan seguir generando investigaciones que profundicen más estos conocimientos y así se puedan generar programas de tratamientos en estos individuos.

La personalidad influye en cómo percibimos, sentimos, pensamos y hacemos frente a nivel individual e interpersonal. Por esta razón es importante abordar la temática de personalidad en agresores sexuales de menor de edad. Es así que en investigaciones sobre la personalidad han encontrado que los trastornos antisociales, de evitación, depresivos, paranoico y obsesivo-compulsivos son más frecuentes en los delincuentes sexuales infantiles (Madsen et al., 2006). Los trastornos de la personalidad dentro de la población de delincuentes sexuales infantiles pueden proporcionar una comprensión de sus motivaciones heterogéneas y la justificación del delito.

Así mismo en investigaciones realizadas sobre las distorsiones cognitivas en abusadores sexuales, se obtiene que los delincuentes sexuales minimizan su culpabilidad en sus delitos con justificaciones, excusas y mitos (Abel et al, 1984; Abel, Mittleman, & Becker, 1985; Neidigh & Krop, 1992; Stermac & Segal, 1989). El contenido de estas cogniciones equivocadas incluye ideas como “los niños desean tener relaciones sexuales con adultos”, “el sexo entre un adulto y un niño ayuda al niño”, “los niños se inician en el sexo con adultos por razones específicas” y “el sexo entre niños y adultos es o será aceptable en la sociedad” (Abel et al., 1989).

Se ha descubierto que los agresores sexuales de menores de edad son más propensos, que los agresores sexuales de adultos, a ver a los niños como seductores y deseables, como capaces de consentir a tener relaciones sexuales con adultos y como no perjudicados por tales actividades (Gore, 1988).

4. LIMITACIONES DE ESTUDIO

En cuanto a las limitaciones del presente estudio podemos señalar las siguientes:

- La lentitud en trámites de permiso para el ingreso al centro penitenciario se demoró 4 meses, por razones externas, ocasionando el retraso de la investigación, así como la reducción del tiempo de aplicación de los instrumentos, además el exceso de trabajo de los psicólogos de cada pabellón dificultaba la obtención de datos de internos específicos.
- La decisión de la dirección del establecimiento penitenciario que exigía la presencia de un varón, generó pérdida de tiempo en la búsqueda de un aplicador que esté disponible el tiempo y horario establecido para la aplicación, así como el incremento de los gastos del proyecto.
- La ausencia de un instrumento específico para la evaluación de distorsiones cognitivas, que permitiera identificar el tipo de distorsiones existentes en los agresores sexuales de menores, generó que los resultados sean genéricos no pudiendo hacer una descripción más detallada de cada distorsión.
- La escasa bibliografía sobre distorsiones cognitivas en agresores sexuales, generó la compra de artículos, la traducción de los documentos, pagos al traductor, lo que elevo los costos y el tiempo de la investigación.

5. CONCEPTOS FUNDAMENTALES

- Agresión sexual
- Distorsiones cognitivas
- Menor de edad
- Trastorno personalidad

6. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- a) **Agresión Sexual:** Una agresión sexual es cualquier tipo de violencia de naturaleza sexual cometida contra otra persona, atacando su libertad sexual. Aunque la agresión sexual esté asociada al crimen de violación, puede cubrir otros tipos de violencia que generalmente no encajan en la definición de violación (Katherine Ramsland, 2005).
- b) **Distorsiones cognitivas:** Son afirmaciones que excusarían, explicarían y justificarían o minimizarían el comportamiento sexualmente abusivo con ideas sobre la falta de control, la incapacidad de controlar la agresión, la peligrosidad y hostilidad de los demás, la necesidad de poder y reafirmación, la intencionalidad sexual infantil, la minimización del daño o la necesidad de sexo de las mujeres (Polaschek y Ward, 2002).
- c) **Menor de Edad:** Una persona será considerado menor de edad hasta 18 años, a menos que él o ella se convierta en adulto legal antes. En el Perú la mayoría de edad se alcanza a los 18 años (MIMP, 2012).
- d) **Personalidad:** Patrón complejo de características psicológicas profundamente arraigadas que son en su mayor parte inconscientes y difíciles de cambiar y se expresan automáticamente en casi todas las áreas del funcionamiento del individuo. Estos rasgos intrínsecos y generales surgen de una complicada matriz de determinantes biológicos y aprendizajes y en última instancia comprenden el patrón idiosincrático de percibir, sentir, pensar, afrontar y comportarse de un individuo” (Millon, 1998).

7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Tabla 1 Operacionalización de variables

Variable	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Niveles
Trastorno de personalidad	Desviación de personalidad de internos por violación a una persona menor de 14 años, recluidos en el penal de Socabaya.	a. Patrones Clínicos De Personalidad b. Patología grave de las Personalidad	• 2A: Evitativo • 2B: Depresivo • 36B: Agresivo-Sádico • S Trastorno Esquizotípico • C Trastorno Limite • P Trastorno Paranoide	• Indicador nulo • Indicador bajo • Indicador sugestivo • Indicador moderado • Indicador elevado
Distorsión cognitiva	Afirmaciones que excusarían, justificarían o minimizarían el comportamiento sexualmente abusivo con ideas erróneas que presentan los reos condenados, por violación a una persona menor de 14 años, recluidos en el penal de Socabaya.	a. El sexo entre adultos y niños ayuda a los menores. b. Los niños inician las relaciones sexuales del tipo niño-adulto. c. Los adultos inician las relaciones sexuales con los niños por razones específicas, d. El comportamiento del niño demuestra su deseo por las relaciones sexuales de tipo niño-adulto. e. Los adultos pueden predecir cuándo las relaciones sexuales niño-adulto puede dañar al niño en el futuro, f. Las relaciones sexuales de los niños y los adultos son aceptables en la sociedad.	Tener relaciones sexuales con un niño(a) es una buena manera para que un adulto le enseñe al niño acerca del sexo. Cuando un menor le pregunta a un adulto acerca del sexo, eso significa que el/la menor quiere ver los órganos sexuales del adulto o tener relaciones sexuales con el adulto. Un menor nunca tendrá una relación sexual con un adulto, a menos que el menor lo deseé. Si un niño(a) coquetea con un adulto, eso significa que quiere tener relaciones sexuales con el adulto. Un adulto puede saber qué cantidad de sexo entre él y un niño, le hará daño al niño más adelante. Alguna vez, en el futuro, nuestra sociedad se dará cuenta de que las relaciones sexuales entre un menor de edad y un adulto son normales.	• Alto • Medio • Bajo

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

1. PERSONALIDAD

1.1. Definición

La personalidad es un término que viene originariamente del latín “persona”, este término en primer momento se utilizó para referirse a una “mascara” que era utilizada por el elenco en el teatro clásico, esto para poder interpretar diversos personajes con emociones diferentes como tristeza, alegría, ira, etc. Luego de transcurrido el tiempo, este término ya no se utilizó para pretender características personales, sino a características y sentimientos reales de las personas (Pastrana, 2007).

Millon conceptualiza la personalidad como: “Un patrón complejo de características psicológicas profundamente arraigadas que son en su mayor parte inconscientes y difíciles de cambiar y se expresan automáticamente en casi todas las áreas del funcionamiento del individuo. Estos rasgos intrínsecos y generales surgen de una complicada matriz de determinantes biológicos y aprendizajes y en última instancia

comprenden el patrón idiosincrático de percibir, sentir, pensar, afrontar y comportarse de un individuo” (Millon, 1998 citado en López, 2011).

Por tanto, la personalidad se constituye de una serie de características psicológicas, las cuales llamaremos rasgos. Rasgo se define como una característica fija en la personalidad, una propiedad estable, en conductas, emociones, pensamientos y comportamientos, que generan estabilidad y consistencia en una persona, y establecen formas similares de reaccionar ante diversas circunstancias, estos rasgos estables van a surgir de una red compleja biopsico-sociocultural (Agüero, 2016). Es decir, al referirnos a personalidad se debe considerar tanto aspectos biológicos y aspectos adquiridos, así como aspectos psicológicos, sociales y culturales.

Personalidad normal

La personalidad normal será entendida como aquellos estilos distintivos que permiten la adaptación a los entornos, es decir la llamada personalidad normal y saludable posee la capacidad de relacionarse flexible y de forma adaptativa con su entorno, así también las personas que tienen una personalidad saludable poseen percepciones positivas y constructivas sobre sí mismo y sobre su entorno (Cardenal y Sánchez, 2017).

Millon & Escovar (1996), citado por Díaz Piñella (2016), mencionan que las personas que tienen una personalidad “normal” o sana, poseen una adecuada manifestación de la capacidad de encarar el ambiente que lo rodea de una manera flexible y adaptable, logrando así satisfacción personal a través de sus percepciones, en cambio cuando las percepciones causan la insatisfacción y malestar personal, al no poder adaptarse al ambiente, estaríamos frente a un patrón patológico o desadaptativo.

Según Millon (1998) citado en López (2011), la personalidad consiste en múltiples unidades y en múltiples niveles de datos, los cuales son:

- a) Datos biofísicos: Se refieren a aquellas deficiencias y defectos químicos que traen la aparición de síntomas.
- b) Datos intrapsíquicos: Explican la importancia de experiencias en la etapa temprana, las cuales originarían trastornos en el adulto lo que impide que siga desempeñándose de forma cotidiana y su comportamiento sea considerado insidioso.
- c) Datos fenomenológicos: Se refieren a los datos de la experiencia fenomenológica y consciente de cada individuo y derivan de las corrientes humanísticas y existenciales.

Desde esta perspectiva lo importante es la forma en que son sentidas las cosas y elaboradas por la persona, más allá de una “realidad objetiva”.

- d)** Datos comportamentales: De acuerdo a esta perspectiva las influencias ambientales son mucho más importantes en el desarrollo de una personalidad sana.
- e)** Datos socioculturales: Se centra en la perspectiva sociológica y antropológica, así como en el ambiente sociocultural de crecimiento.

1.2. Normalidad frente a patología

Millon comenta que tanto normalidad como patología, son conceptos relativos, es decir son extremos de un continuo, y no estados fijos. No existe una línea de división significativa entre la personalidad normal y la personalidad anormal, ya que ambas tienen en común mecanismos y principios de desarrollo; los tipos de personalidad son esencialmente iguales en cuanto a rasgos básicos, ya sean normales o patológicas, lo que las distingue es que la capacidad de adaptarse al entorno, así como la flexibilidad de la misma, ya que en personalidades con trastornos existe una rigidez y oposición al cambio (Cardenal; Sánchez, 2007).

Entonces tanto la normalidad y la patología se encuentran en un continuo, donde la personalidad normal se va transformando lentamente en anormal o en patológica, ya que los trastornos de personalidad están formado por rasgos de personalidad que no son adaptativos, en cuanto a las maneras en que una personalidad saludable puede convertirse en patología se dice que hay dos formas, una de ellas es que cada rasgo de personalidad podría intensificar la manera en que es expresado por ejemplo la asertividad puede convertirse en agresividad o en su defecto pasividad; la segunda forma se refiere al incremento de rasgos desadaptativos, ya que se ha observado que en cuanto un rasgo se vuelve desadaptativo, empiezan a seguirlo así otros rasgos.

Por tanto, se puede decir que la personalidad llamada “normal” posee estilos de adaptación que son capaces de adaptarse a entornos diferentes, mientras que los trastornos de personalidad o personalidad anormal, carecen de esta capacidad de adaptación al medio habitual (López, 2010).

1.3. Trastornos de personalidad

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V) define a un trastorno de la personalidad como “un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta notablemente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y conllevan malestar o perjuicios para el sujeto” (APA, 2014).

Mientras que la CIE-10 (Clasificación Internacional de las Enfermedades) los define como “alteraciones y modos de comportamiento que tienen relevancia clínica por sí mismos, que tienden a ser persistentes y son la expresión de un estilo de vida y de la manera característica que el individuo tiene de relacionarse consigo mismo y con los demás. Algunas de estas alteraciones y modos de comportamiento aparecen en estadios del desarrollo del individuo, como resultado tanto de factores constitucionales como de experiencias vividas, mientras que otros se adquieren más tarde a lo largo de la vida” (OMS, 2008).

Un trastorno de la personalidad tiene como característica principal la manera de ser, de sentir, pensar y comportarse de manera desadaptativa, constante y firme que se aleja de los intereses de la cultura. Es por esto que no se debe confundir a un trastorno de la personalidad con la dificultad de adecuarse a una cultura diferente, de igual manera no se toman en cuenta costumbres religiosas, hábitos propios de culturas diversas. Los trastornos de personalidad, suelen provocar angustia y molestia en los sujetos que lo sufren y a su alrededor familiar que lo acompaña, provocando estimulando conflictos en ámbitos como el social, familiar, laboral, etc. Pero en algunos casos, y en tipos especiales de trastornos no se llega a presentar un malestar propio, es decir son egocéntricos y no conscientes de su propia enfermedad (Agüero, 2014).

Millon (2006) comenta que los trastornos de la personalidad se diferencian a través de tres características anómalas. La primera proviene de la concepción de la personalidad como la analogía psicológica del sistema inmunitario; los trastornos de la personalidad presentan una firmeza frágil, o no poseen la capacidad de adaptarse a las condiciones de estrés. En la mayoría de casos, las personas suelen utilizar formas diversas de estrategias de afrontamiento, y cuando dicha estrategia no da resultado, las personas con una personalidad normal, la modifican o deciden utilizar otra. Sin embargo, aquellas personas

que presentan un trastorno de la personalidad, deciden seguir utilizando las mismas estrategias, a pesar de su continuo fallo y dando como resultado aumentar el estrés e incrementar su inseguridad, logrando que la realidad sea cada vez más distorsionada.

La segunda característica se encuentra muy relacionada con la primera ya nos dice que las personas con trastorno de personalidad no tienen la capacidad de adaptarse, siendo sus actitudes y conductas repetitivos y coinciden continuamente sin importar la situación. Las personas con un trastorno de la personalidad ostentan de estrategias muy básicas y limitadas de conductas opcionales, estas son impuestas estrictamente durante cada circunstancia sin importar las diferencias entre ellas. Una vez que el entorno no encaja con el afrontamiento de la persona se da una crisis, por lo que se hace más difícil aprender estrategias de adaptación y el placer personal disminuye.

Y por último la tercera característica de las personas con un trastorno de la personalidad es resultado de la segunda. Es decir, ya que, al ser incapaces de modificar el entorno a través de estrategias, utilizan una y otra vez las mismas acciones, lo cual culmino en un círculo vicioso, donde la persona falla una y otra vez en problemas y circunstancias de la vida.

En cuanto a la forma en que se abordan los trastornos de personalidad, la clasificación dada por el DSM – V es la más completa y más reconocida, por ello que la tomaremos en cuenta para explicar este tema a través de la distribución que se le da en este manual.

A. Criterios diagnósticos Según el DSM-V

Los criterios diagnósticos generales para un trastorno de la personalidad según el DSM-V son:

- a) Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos o más de las áreas siguientes:
 - Cognición: Formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos.
 - Afectividad: La gama, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional.
 - Actividad interpersonal.
- b) Control de impulsos

- Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.
- Este patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la vida adulta.
- El patrón persistente no es atribuible a una manifestación o una consecuencia de otro trastorno mental.
- El patrón persistente no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (droga, un medicamento) ni a una enfermedad médica (traumatismo craneal).

1.4. Tipología de los trastornos de personalidad según DSM- V

El DSM-V, divide a los trastornos de personalidad en diez, agrupándolos en tres grupos diferentes.

A. Grupo A –raros y excéntricos

a) Trastorno paranoide de la personalidad

Este trastorno está caracterizado por comportamiento defensivo, las personas que lo poseen son muy sensibles y tienen ideas y preocupaciones no justificadas continuamente en sus pensamientos que le resulta difícil olvidar, además presentan comportamientos de suspicacia y la tendencia a distorsionar experiencias, torciendo siempre la realidad al malinterpretar las acciones amistosas de las personas como si se trataran de acciones hostiles y despectivas. El trastorno de personalidad paranoide posee un patrón de conducta estable caracterizado por la desconfianza y la suspicacia, de forma que se interpreta maliciosamente la intención de los actos de los demás, la sospecha de ser engañados se mantiene constante pese a la ausencia de datos que lo justifiquen, evitan dar información a los demás que consideran que serán utilizados en su contra, la percepción continua de ataques contra su persona o a su reputación generan rencores mantenidos de forma prolongada en el tiempo, la desconfianza sobre la lealtad o fidelidad de amigos y parejas ocasiona graves dificultades de convivencia(Pastrana, 2005).

(Poletti, 2015) comenta que las personas con personalidad paranoide son patológicamente celosas, sospechan a menudo que su pareja les es infiel sin tener una justificación

adecuada, quieren mantener un control total sobre las personas con las que tienen relaciones íntimas para evitar ser traicionados, suelen comportarse de una forma cautelosa, reservada aparentan ser fríos, con mayor frecuencia predominan las expresiones de hostilidad, obstinación y sarcasmo.

b) Trastorno esquizoide de la personalidad

Las personas con este trastorno tienen como característica apartarse de los contactos afectivos, sociales y demás, con preferencia por la fantasía, las actividades solitarias y la introspección. Hay incapacidad para expresar sentimientos y para experimentar placer (Apal, 2012).

Así mismo no suelen desear ni disfrutar de las relaciones personales, ni siquiera de la familia, por lo que prefieren actividades solitarias, no se disfruta de prácticamente ningún tipo de actividad, ni amistad ni relaciones sexuales. Todo esto se enmarca en un clima de frialdad emocional en el que los halagos o las críticas de los demás son irrelevantes, prefieren emplear el tiempo en sí mismos, más que estar con otras personas ya que suelen estar socialmente aislados o ser solitarios, muestran un interés muy escaso en tener experiencias sexuales con otra persona (Pastrana, 2005), respecto a esto Poletti(2015) refieres que hay una reducción de la sensación de placer a partir de experiencias sensoriales, corporales o interpersonales, no tienen amigos íntimos o personas de confianza, a excepción de algún familiar, son indiferentes a la aprobación o la crítica de los demás y no muestran preocupación alguna por lo que los demás puedan pensar de ellos, a menudo no responden adecuadamente a las normas sociales, de forma que parecen socialmente ineptos o superficiales y enfrascados en sí mismos.

c) Trastorno esquizotípico de la personalidad

El trastorno esquizotípico de la personalidad agrupa una serie de alteraciones en el comportamiento, pensamiento y percepción, se producen problemas sociales e interpersonales junto a una reducción de las relaciones sociales al principio de la vida adulta, la expresión del lenguaje se hace rara, así como las experiencias perceptivas, el resultado final es una falta de amigos y de confianza, salvo en familiares de primer grado, generando una elevada ansiedad social relacionada fundamentalmente con los miedos paranoides más que con juicios negativos autocríticos sobre sí mismo (Pastrana, 2005).

Se trata de personas excéntricas, con alteraciones en el pensamiento, la percepción, el lenguaje y la conducta, pero que no son suficientemente graves como para ser diagnosticadas como esquizofrénicas, las alteraciones perceptivas de estas personas alcanzan también la autoimagen personal pues tienen sentimientos de extrañeza y de despersonalización respecto a sí mismos y visten extravagantes con un aspecto externo desaliñado (Apal, 2012).

Los individuos con este trastorno no tienen las habilidades interpersonales necesarias para relacionarse adecuadamente por tanto suelen interactuar con los demás de una manera inapropiada, inflexible o constreñida; interpretan como problemáticas las relaciones interpersonales ya que no se encuentran cómodos relacionándose con otras personas así mismo acostumbran a tener pocos o ningún amigo íntimo o persona de confianza aparte de los familiares de primer grado y se sienten ansiosos en situaciones sociales (Poletti, 2015).

B. Grupo B - Dramáticos emotivos e inestables

a) Trastorno antisocial de la personalidad

Este trastorno se caracteriza por transgresión de las normas o leyes sociales y endurecimiento de los sentimientos hacia los demás. Hay gran disparidad entre el comportamiento de la persona y las normas y leyes sociales prevalecientes, la conducta no se modifica fácilmente a través de la experiencia adversa ni aun por medio del castigo, también se observa que la tolerancia a la frustración es baja, lo mismo que el umbral tras el cual se descarga la agresión e incluso la violencia. Hay tendencia a culpar a los otros o a ofrecer racionalizaciones verosímiles acerca del comportamiento que lleva las personas a entrar en conflicto con la sociedad, la ley y hacer justicia por sus propias manos (Apal, 2012).

Las personas que tienen el trastorno de personalidad antisocial son personas que desprecian y violan con frecuencia los derechos de los demás desde muy jóvenes, y fracasan en adaptarse a las normas sociales, son deshonestos para conseguir un beneficio personal o simplemente por placer, su actuación se suele enmarcar en la impulsividad, irritabilidad y agresividad con gran dificultad para planificar el futuro con despreocupación de su seguridad o de la de los demás ,la irresponsabilidad y la falta de remordimientos les hace justificar su conducta inadaptada socialmente (Pastrana, 2005).

Los comportamientos característicos específicos del trastorno antisocial son las agresiones a la gente o los animales, destrucción de la propiedad, fraudes o hurtos, o violación grave de las normas. El patrón de comportamiento antisocial persiste hasta la edad adulta y no logran adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, pueden perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención. Se pone de manifiesto un patrón de impulsividad mediante la incapacidad para planificar el futuro es decir las decisiones se toman sin pensar, sin prevenir nada y sin tener en cuenta las consecuencias para uno mismo o para los demás. Suelen ser irritables y agresivos y pueden tener peleas físicas repetidas o cometer actos de agresión, también muestran una despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás. Tienden a ser extremadamente irresponsables, carecen de empatía y tienden a ser insensibles, cínicos y a menospreciar los sentimientos, derechos y penalidades de los demás, tienen un concepto de sí mismos engreído y arrogante, y pueden ser excesivamente tercos, autosuficientes o fanfarrones. Suelen mostrar labia y encanto superficial y ser muy volubles (Poletti, 2015).

b) Trastorno límite de la personalidad

Las características generales de este trastorno son la inestabilidad y la impulsividad , así mismo Límite se refiere a la fluctuación de la frontera entre la psicosis y la neurosis ,esta inestabilidad puede estar referida al estado de ánimo que cambia con facilidad de la normalidad a la depresión o a la irritabilidad ; o a la conducta interpersonal que puede oscilar desde una necesidad extrema de atención hasta un rechazo de las relaciones íntimas, de ahí que se haya propuesto también la denominación de cicloide para esta alteración de la personalidad (Millon, 1981). También son frecuentes en este trastorno las alteraciones en la propia identidad y auto concepto, así como los cambios bruscos en el rol sexual en los valores y metas asumidos, se trata de personas que no toleran la soledad que son muy sensibles al rechazo y que carecen de recursos psicológicos para vivir consigo mismos sin ansiedad.

Las personas con este trastorno demuestran impulsividad, tienen una inestabilidad afectiva que es debida a una notable reactividad del estado de ánimo, estas personas pueden estar atormentadas por sentimientos crónicos de vacío, se aburren con facilidad y están buscando siempre algo que hacer, expresan ira inapropiada e intensa, muestran sarcasmo extremo, amargura persistente o explosiones verbales así mismo estas

expresiones de ira suelen ir seguidas de pena y culpabilidad y contribuyen al sentimiento que tienen de ser malos. Presentan comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes o comportamiento de automutilación, estos actos autodestructivos suelen estar precipitados por los temores a la separación o al rechazo, o por la expectativa de tener que asumir una mayor responsabilidad (Apal, 2012).

c) Trastorno histriónico de la personalidad

El cambio de denominación de histeria a trastorno histriónico es reciente y obedece a tres razones; suprimir un término que se ha convertido en un insulto, evitar la ligación de este cuadro clínico con connotaciones sexuales (muy presente en la conceptualización histórica de la histeria) y señalar el carácter nuclear de la teatralidad y de la aparatosidad de este trastorno, se trata de personas activas intolerantes al aburrimiento, extrovertidas, muy expresivas emocionalmente intuitivas y empáticas afectivamente pro necesitadas insaciablemente de afecto atención y protagonismo, esta hipersensibilidad no exenta de suspicacia viene acompañada de reacciones exageradas, de una fragilidad emocional y de unas relaciones interpersonales excesivamente inestables y fluctuantes en las que no son ajenos los intentos de seducción y manipulación (Apal, 2012).

d) Trastorno narcisista de la personalidad

Las personas aquejadas de este trastorno son egocéntricas y despectivas en relación a los demás, con un sentido exagerado de la propia importancia, las relaciones personales suelen ser arrogantes distantes e interesadas frecuentemente caracterizadas por el exhibicionismo y la búsqueda exagerada de atención y admiración, todo ello lleva a una falta de empatía, a una ausencia de generosidad y en un intento de explotación de los demás al servicio del propio interés (Apal, 2012).

El estilo cognitivo de estas personas está caracterizado por la recurrencia de fantasías de grandezas, por la envidia y la minusvaloración de los logros de los demás y por una deformación de los hechos reales para acomodarlos a este tipo de fantasías, así como por una falta de reconocimiento de los propios errores (Apal, 2012).

Lo más característico de las personalidades histriónicas, surgidas a veces en un marco familiar de sobreprotecciones, la hipersensibilidad y la tendencia a atribuir a pequeñeces grandes desastres, así como la propensión a la fantasía, de ahí proceden los errores

perceptivos, la sobre activación emocional, la variabilidad de los estados del humor y la facilidad con que se pueden sentir humilladas (Echeburua citado en Esbel et al, 2005)

C. Grupo c -Temerosos ansiosos

a) Trastorno evitación de la personalidad

Este trastorno de la personalidad está caracterizado por sentimientos de tensión, inseguridad e inferioridad, posee anhelo permanente por gustar y ser aceptado, una hipersensibilidad al rechazo y a la crítica, conjuntamente con una restricción de los efectos personales y una tendencia a evitar ciertas actividades, por exageración habitual de los peligros y riesgos potenciales de incomodidad personal de las situaciones cotidianas (Apal, 2012). Otra característica es la falta de confianza en sí mismas, los sentimientos de inseguridad e inferioridad, el miedo a sufrir cualquier humillación y el temor a mostrarse tal como son, así como la carencia de habilidades sociales, esto lleva a una inhibición social y a mostrarse hipersensibles a cualquier crítica; cuando se da un patrón evitativo con características negativista, nos enfrentamos a sujetos con un retraimiento típico pero, al mismo tiempo, con una hostilidad impulsiva y con reacciones más agresivas, que pueden atacar a otras personas al sentir que sus necesidades afectivas no son reconocidas, las víctimas suelen ser personas conocidas por las que se sienten rechazados o desconocidas que simbolizan el rechazo real o imaginario (Esbec, et al, 2010).

b) Trastorno dependencia de la personalidad

Trastorno de la personalidad que se caracteriza por una dependencia y subordinación a otras personas para tomar decisiones en la vida, tanto importantes como insignificantes, las personas con este trastorno tienen temor al abandono, sentimientos de desamparo y de incompetencia, complacencia pasiva con los deseos de los mayores y de los demás y una débil respuesta a las demandas de la vida cotidiana, la falta de vitalidad puede hacerse evidentemente en las esferas intelectual o emocional (Apal, 2012).

c) Trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad

Este trastorno se caracteriza por pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados causando ansiedad o malestar significativos , estos pensamientos, impulsos

o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real a pesar que la persona intenta ignorarlos o neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos, así mismo la persona reconoce que estos pensamientos son el producto de su mente pero no puede evitar realizarlos de manera compulsiva (Apal, 2012).

1.5. Factores etiológicos de los trastornos de personalidad según Agüero

A. Biológicos

Las influencias biológicas sobre la personalidad pueden entenderse como proximales o distales, las influencias distales tendrán como origen el código genético ya que incluyen características que son heredadas y transmitidas como parte de la historia evolutiva de la especie, mayormente estas características son solo influencia sutiles, sin embargo incluso entre los seres humanos no pueden controlar totalmente esta influencia, por ejemplo los varones suelen ser más agresivos, dominantes y territoriales mientras que las mujeres suelen ser más sociables amorosas y maternales, en una personalidad normal estas características biológicas no suelen ser visibles y pasan desapercibidas, sin embargo en personalidad con trastornos suelen maximizar y exagerar actitudes y estereotipos sexuales este es el caso del trastorno de personalidad histriónico.

En cuanto a las influencias proximales deben su existencia a la sencilla razón de que el ser humano es un sistema biológico complejo donde los niveles altos de endorfinas endógenas pueden estar relacionados con personas flemáticas (temperamento apático, indiferente, con cierta anestesia emocional). Síntomas psicóticos que se ven en la esquizofrenia (y en algunos trastornos de personalidad como el esquizotípico) se vinculan con hiperdopaminergia principalmente subcortical, mientras que los síntomas negativos serían la resultante de la hipodopaminergia frontal. Los niveles de ácido hidroxindolacético (metabolito de la serotonina) son bajos en personas con intento de suicidio, impulsivos y agresivos. La serotonina reduce la depresión, impulsividad y la rumiación en muchas personas.

B. Socioculturales

Si bien las condiciones sociales y culturales no son causa por si mismas de trastornos de la personalidad, sino que sirven como contexto dentro del cual tienen lugar las experiencias de la vida de un sujeto y sus relaciones interpersonales. Por lo que son

influencias que no deben desestimarse, ya que pueden establecer modelos desadaptativos y patógenos, las condiciones familiares, ambientales, roles, creencias, estereotipos y normas sociales, económicas, etc. son influencias a las que se ve expuesto un sujeto en su desarrollo. Al respecto comenta Millon (1998) “niños expuestos a la pobreza y la indigencia, que acuden a escuelas inadecuadas, que viven en grupos de casas pobres en comunidades decadentes, que crecen en hogares caóticos y rotos, que carecen de modelos paternos de éxito y se hallan inmersos en una atmósfera penetrante de desesperanza, futilidad y apatía, no pueden hacer otra cosa que cuestionarse la validez de la buena sociedad”.

1.6. Modelo evolutivo de Millon

Millon percibe que existe un conjunto de teorías que no permite tener una visión integrada de la personalidad, y se cuestiona si existe alguna teoría, capaz de reflejar la personalidad como el patrón de variables que abarca la constelación completa de la persona (Millon 2006 citado Díaz Piñella, 2016).

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

El siguiente cambio en la teoría de Millon fue la reformulación de su teoría de la personalidad y sus trastornos, para tener en cuenta los conceptos de la evolución mediante una teoría más evolutiva, filogenética, del desarrollo humano. El nuevo modelo procede a una reevaluación de las características más profundas en las que se basa el

funcionamiento humano. La atención pasa de la psicología a otras expresiones de la naturaleza, examinando principios universales de la evolución derivados de manifestaciones no psicológicas. La personalidad sería el estilo distintivo de funcionamiento adaptativo que exhibe un organismo o especie frente a sus entornos habituales y por otro lado los trastornos de la personalidad serían estilos particulares de funcionamiento desadaptativos. La personalidad normal reflejaría los modos específicos de adaptación de un miembro de una especie que son eficaces en ambientes previsibles; los trastornos de personalidad representarían diferentes estilos de funcionamiento mal adaptados atribuibles a deficiencias, desequilibrios o conflictos en la capacidad de un miembro para relacionarse con los ambientes con que se enfrenta. El DSM-III trajo como novedad la creación de un sistema de clasificación multiaxial, con ejes múltiples para evaluar a los individuos en diversas dimensiones, la inclusión de un eje especialmente diseñado para sostener la composición de la personalidad (el eje II), era fiel a la división original de Millon entre personalidad patológica y otros tipos de psicopatología. En el mismo sentido, el DSM-III (APA, 1980) planteaba explícitamente la diferencia entre rasgos y trastornos de la personalidad, reservando este último término para el caso de que "los rasgos de personalidad sean inflexibles y desadaptativos, causen incapacitación social significativa, disfuncionalidad ocupacional o malestar subjetivo". A su vez, los rasgos de personalidad eran definidos como "pautas duraderas de percibir, pensar y relacionarse con el ambiente y con uno mismo y se hacen patentes en un amplio margen de importantes contextos personales y sociales". Esta tercera versión del Manual clasificaba los trastornos de la personalidad en tres grupos: a) extraños y excéntricos (trastorno esquizoide, esquizotípico y paranoide), b) teatrales, emotivos o erráticos (antisocial, límite, histriónico y narcisista), y c) (evitativo, dependiente, obsesivo compulsivo y pasivo agresivo). Esta división se mantendría hasta la actualidad, si bien se registraron algunos cambios en los trastornos específicos que incluye cada grupo. En la pronta revisión del DSM-III, el DSM-IIIR (APA, 1988), se discutió la posibilidad de agregar dos trastornos de personalidad, el sádico y el masoquista. Estos trastornos fueron incluidos en el apéndice de categorías diagnósticas que requieren estudios ulteriores, aunque fueron excluidos luego en el DSM-IV (APA, 1995). Sin embargo, estas nuevas categorías diagnósticas fueron incorporadas por Millon a su teoría (Millon, 1999). Millon tomó este concepto y agregó el prototipo a su lista en la tercera versión del MCMI aparecida en 1994 (Millon, 1997). Los prototipos básicos de los trastornos de la

personalidad tal como son definidos, por el DSM-IV (APA, 1995) o por Millon, son caracterizaciones descriptivas que responden a tipos ideales o versiones puras de los trastornos.

Sin embargo, existen numerosas variaciones de los trastornos prototípicos que resultan tanto de la investigación empírica como de la práctica clínica y que combinan aspectos de más de un trastorno básico. Por ejemplo, no existe un único trastorno dependiente de la personalidad, sino que pueden observarse diferentes variaciones y distintas formas de expresarse fenotípicamente de cada trastorno prototípico. Las diferentes variantes que combinan rasgos de más de un tipo de personalidad reciben el nombre de subtipos. (Millon y Davis, 2000; Millon y Davis, 1998), presenta diferentes subtipos de cada trastorno. De esta manera, se tienen en cuenta aspectos de la persona que quedan ocultos bajo el rótulo de un trastorno específico. Para seguir con el ejemplo, un dependiente-evitativo (que intentará asegurar aún más su dependencia para no tener que enfrentar la situación social de buscar otros vínculos de los que depender), puede ser diferente a un dependiente-compulsivo (que asegurará su dependencia mediante conductas perfeccionistas y obsesivas) y ambos a su vez diferentes a un dependiente negativista (que puede ser que se resista a la dependencia, pero de manera obstrucciónista). Millon (2000) sugiere que el eje II del DSM-V debería considerar la diferenciación de los trastornos de la personalidad en subtipos. Como se ha dicho anteriormente, Millon presenta un particular sistema de clasificación basado en los lineamientos de su teoría. El autor rechaza el agrupamiento en clusters (A, B y C) del DSM-IV (APA, 1995) y sostiene que agrupar los trastornos por características descriptivas no tiene ninguna significación pronostica, ni significado etiológico, ni lógica alguna en términos de un modelo teórico (Millon & Davis, 1998).

1.7. Personalidad y comportamiento delictivo

En la historia de la psicología, y de la criminología existen muchos estudios que tratan de encontrar diferencias individuales en la tendencia delictiva y posibles tipologías de delincuentes (Llescas, et al, 2007). El foco de atención ha sido variable con el transcurso de los años: desde el determinismo antropológico y biológico hasta aspectos puramente psicológicos del delincuente, si bien durante mucho tiempo se concedía un principal protagonismo a factores biológicos, sociales y ambientales como determinantes del comportamiento delictivo, progresivamente y especialmente desde finales de los años

ochenta hay un importante auge en la consideración de la influencia de las variables de la personalidad (Gonzales, 2011).

Así mismo se destacan la relación entre trastorno de personalidad y violencia en función de cuatro dimensiones de la personalidad: impulsividad, falta de regulación emocional, narcisismo y amenaza del yo, además de identificar la ira como una emoción de rabia, resentimiento o irritabilidad, en cualquier caso, podría considerarse a la ira como una respuesta neurofisiológica ante la amenaza o daño percibido (Esbec, et al,2016).

1.8. Personalidad en agresores sexuales

Para Millon (1998), "todos los patrones comportamentales patológicos, independientemente de la gravedad que presenten suponen características de funcionamiento profundamente arraigadas que son producto de la interacción de las influencias constitucionales y de la experiencia". Así, el autor propone que el estilo de personalidad y de afrontamiento de cada individuo se fija tan firmemente, que se convierte en formas de respuesta automática en la vida diaria. Se propiciarían círculos viciosos dentro del comportamiento que llevarían a la persona a nuevas dificultades, y éstas a reacciones similares una y otra vez, el estilo es la manera funcional con la que el individuo se relaciona con el mundo interior y exterior, y la estructura representa estereotipos profundamente arraigados y relativamente duraderos de recuerdos, actitudes, temores, etcétera, que alteran el impacto de las experiencias siguientes de acuerdo con las expectativas e inclinaciones preformadas. La estructura queda así definida como una organización casi permanente de la personalidad y el estilo como una forma de expresión (Ortiz & Sánchez, 2002).

Los delincuentes sexuales de menores se muestran como el grupo de sujetos con menos alteraciones estables de la personalidad y con rasgos de personalidad dependiente, fóbicos y compulsivos quedarían así descritos como personas que tienen dificultades para las relaciones interpersonales, que buscan la aceptación, pero sienten un intenso miedo al rechazo que les lleva a la distancia de sus iguales para evitar el menoscabo y la humillación que suponen, tienen dificultades para asumir roles maduros e independientes, inhibiéndose así de responsabilidades adultas (Ortiz & Sánchez, 2002).

En sus manifestaciones externas pueden representar repetidamente conductas socialmente encomiables que pueden ser diametralmente opuestas a sus más profundos sentimientos

antagónicos y prohibidos. En este sentido se expresan argumentos dentro de teorías actuales que proponen como explicación a la pedofilia los problemas de relación. Serían personas con poca o nula capacidad para empatizar e incapacidad para conseguir intimidad, tendrían más dificultad a la hora de establecer vínculos emocionales junto con una sensación de indefensión y de vulnerabilidad en sus relaciones con los adultos, lo que les llevaría a la relación sexual desviada (Cáceres, 2001, citado en Ortiz & Sánchez, 2002).

Los delincuentes sexuales de adultos aparecen con rasgos de personalidad dependientes, antisociales y compulsivos y con trastornos de personalidad límite o bordelinde, mientras que personas que han cometido delitos contra menores presentan un estilo de personalidad que tiende a afrontar las relaciones interpersonales con dificultad, en este grupo de sujetos los rasgos de personalidad antisociales complican las relaciones sociales, así personas con estas características suelen actuar de forma impulsiva e irresponsable y no prestan atención a las consecuencias de sus actuaciones, suelen tener actitudes desleales y deshonestas, violando de forma activa los códigos socialmente establecidos con conductas habitualmente ilegales (Ortiz-Tallo, 2002).

2. DISTORSIONES COGNITIVAS

2.1. Definición

Abel, Becker y Cunningham-Rathner (1984) definen a las distorsiones cognitivas de los agresores sexuales como sistemas de creencias que apoyan tener contacto sexual con menores de edad, y también como “justificaciones, percepciones y juicios utilizados por el agresor sexual para racionalizar su comportamiento sobre el abuso de menores” (Abel et al., 1989, p.137).

Las distorsiones cognitivas que se relacionan con la agresión sexual son suposiciones aprendidas, conjuntos de creencias irracionales y auto-declaraciones sobre comportamientos sexuales desviados como el abuso y la violación de menores de edad que sirven para negar, justificar, minimizar y racionalizar las acciones del agresor sexual. Por lo tanto, el agresor sexual puede mitigar su responsabilidad y hacer aceptable su comportamiento sexual desviado, continuando sin los sentimientos de culpa, ansiedad y vergüenza que normalmente se presentan en los actos que son contrarios a las normas sociales (Abel et al., 1984).

Investigaciones sobre distorsiones cognitivas han encontrado que los agresores sexuales de menores de edad, tienen pensamientos significativamente más distorsionados sobre el abuso de menores que los agresores sexuales de adultos u otros delincuentes y personas sin delito. Así mismo se considera en que en agresor sexual surge las distorsiones cognitivas después del delito con el fin de reducir la vergüenza y la culpa sobre su comportamiento inaceptable, manteniéndose este pensamiento distorsionado hasta que el propio delincuente acepte la culpa. Este punto de vista está en marcado contraste con la teoría de Ward, que postula que las distorsiones cognitivas de los delincuentes están en su lugar, aunque inconscientemente antes de que ocurra el delito (Abel et al.1989).

Las distorsiones cognitivas de los agresores sexuales que frecuentemente han encontrado los investigadores son: “El niño no fue lastimado”, “El niño quería tener relaciones sexuales conmigo”, “Las mujeres son violadas porque se lo merecen”, “No se puede confiar en las mujeres”, “Las mujeres nunca dicen la verdad”, “Los hombres tienen derecho a tener relaciones sexuales con quien quieran” (Ward & Keenan, 1999).

Algunas investigaciones con agresores sexuales se han centrado en la cuestión de la responsabilidad en lugar de aceptabilidad de la conducta, es decir que los agresores sexuales son más propensos a afirmar que las mujeres y niños son responsables de dicha agresión sexual, y que los propios agresores sexuales se consideran inocentes y víctimas.

2.2. Distorsiones Cognitivas y La Percepción Social

Existe tres características cognitivas que parecen distinguir a los agresores sexuales de los no agresores sexuales (Lipton, McDonel y McFall, 1987). Estas características son; excitación sexual desviada (Malamuth, Feshbach y Heim, 1980), actitudes desviadas e insensibles con respecto a mujeres y niños (Clark y Lewis, 1977), y una deficiencia en habilidades y conocimientos heterosociales (Abel, Becker & Blanchard, 1978).

Según Clark y Lewis (1977) las actitudes desviadas e insensibles que los agresores sexuales muestran hacia los niños y mujeres, reflejan falta de respeto hacia los derechos y sentimientos de estos, confusión sobre la naturaleza de la sexualidad, así misma insensibilidad al sufrimiento de sus víctimas de agresión sexual. Malamuth y Check (1980) sugieren que estas actitudes desinhiben a los agresores sexuales, es decir los alienta a interpretar los comportamientos de los menores de edad de forma ambigua, a creer que sus víctimas no se sienten ofendidas ni lastimadas por los comportamientos

sexuales coercitivos y a percibir a sus víctimas como una gratificación que desea ser atacada.

Para Fiske y Taylor (1991) existen esquemas se han creado durante la infancia a través de la experiencia, y estas creencias afectan los procesos cognitivos sociales, como la percepción y la interpretación. Según el enfoque cognitivo social, las personas a menudo están motivadas para comportarse como avaros cognitivos; es decir que buscan información que confirme sus creencias y costumbres, perciben su complejo mundo de una manera más manejable al confiar en información que ya está disponible para ellos, como esquemas.

El modelo de procesamiento de información de McFall (1982) proporciona un marco útil para descubrir la naturaleza y el alcance de las deficiencias cognitivas que pueden tener los delincuentes. Este modelo describe un proceso secuencial de tres etapas por el cual los delincuentes transforman cognitivamente la información del estímulo entrante. Estos son: (a) habilidades de decodificación, son los procesos involucrados en recibir, percibir e interpretar con precisión la información sensorial entrante; (b) habilidades de decisión, son los procesos centrales involucrados en la generación de opciones de respuesta, que coinciden con las demandas de la tarea, seleccionando la mejor opción, buscando esa opción en un repertorio conductual y evaluando la utilidad de las opciones de resultados esperados y (c) habilidades de ejecución, los procesos involucrados en ejecutar sin problemas una respuesta, monitorear el impacto de esa respuesta en el medio ambiente y hacer los ajustes necesarios para lograr el impacto deseado. El presente modelo destaca un tema común en la investigación de agresiones sexuales, donde los agresores sexuales parecen tener dificultades para procesar con precisión la información social que reciben de los comportamientos de los menores de edad; tienden a interpretar erróneamente las señales negativas como positivas y a responder con comportamientos sexuales inapropiados que sus víctimas consideran agresiones sexuales (Malamuth et al., 1980; Lipton, McDonel y McFall 1987).

Hanson (2003) en relación a la empatía de los agresores sexuales, señala que hay cuatro factores relacionados con la empatía que deben considerarse, estos son: las relaciones entre las personas involucradas, la capacidad de tomar una perspectiva, los mecanismos para hacer frente y la angustia percibida y la reacción emocional resultante. Hanson argumenta que el agresor sexual en realidad puede disfrutar presenciando el sufrimiento

de la víctima, percibe a su víctima como un objetivo de agresión sexual con el fin de satisfacerse él solo, y a pesar de percibir la angustia de su víctima su comportamiento no será inhibido. Por lo tanto, la respuesta emocional del agresor sexual al sufrimiento de su víctima no sería empática porque sus objetivos son hostiles. Hanson también habla de las distorsiones cognitivas, sugiere que las distorsiones cognitivas de los agresores sexuales son los mecanismos que usan para hacer frente a la angustia percibida. Basándose en la alta correlación entre las distorsiones cognitivas y la empatía de las víctimas de Marshall et al. (2001), Hanson sugiere que la falta de empatía con la víctima puede ser el resultado de la insensibilidad y la actitud defensiva de la víctima, es decir algunos agresores sexuales pueden reconocer el daño que les están infligiendo a cometer abuso sexual.

Existen factores que diferencian a los agresores sexuales, de los no delincuentes, en términos de actitudes, creencias relacionadas con la agresión sexual, los agresores sexuales de menores de edad parecen tener creencias desadaptativas que no solo les permiten cometer sus crímenes, sino que también ayudan a moldear y mantener su comportamiento ofensivo. Si los agresores sexuales son capaces de reconocer la angustia de su víctima y se dan cuenta de que les están causando daño, ¿qué es lo que les permite continuar? Curiosamente, también parecería que las actitudes y las creencias relacionadas con la violación, y algunas distorsiones cognitivas son factores que se correlacionan con los problemas de percepción (Malamuth y Brown, 1994).

2.3. La Teoría Cognitiva de Beck respecto a las distorsiones

Aaron Beck fue el responsable de desarrollar esta teoría con la intención de tratar a pacientes que presentaban cuadros depresivos, posteriormente se fue ampliando a otros trastornos tales como la ansiedad y las fobias (Gabalda, 2007). Dentro de esta teoría se destacan la importancia de las distorsiones cognitivas para producir, mantener o inhibir las creencias irracionales, los esquemas cognitivos y los pensamientos automáticos. Beck en su libro Terapia cognitiva de la depresión (1983), afirma que el paciente depresivo está predispuesto a realizar distorsiones cognitivas sobre sí mismo, el mundo y el futuro, utiliza estas distorsiones para producir, mantener o inhibir las creencias irracionales.

Las distorsiones cognitivas más frecuentes señaladas por (Beck A., 2003) son:

- a) Inferencia arbitraria: Es el proceso por el cual se adelanta una conclusión sin evidencia a favor que la sustente o cuando se sostienen ciertas afirmaciones incluso con evidencia contraria.

- b) Maximización: Consiste en agrandar ciertos aspectos o cualidades; maximizando los errores, las carencias, las faltas, las pérdidas.
- c) Minimización: Se da cuando se subestiman o empequeñecen ciertos aspectos o cualidades; minimización de logros, éxitos, las buenas cualidades, los aciertos.
- d) Abstracción selectiva: Consiste en centrarse en un aspecto, atributo o detalle sacándolo del contexto, dejando de lado características relevantes de la situación y a partir de allí elaborar ciertas conclusiones.
- e) Generalización excesiva: Se da cuando a partir de uno o varios hechos o situaciones aisladas se sacan reglas que se generalizan para otras situaciones.
- f) Personalización: Es la tendencia a auto-atribuirse hechos y fenómenos externos que no tienen que ver con ellos mismos y sin evidencia que establezca dicha relación.
- g) Pensamiento dicotómico: También llamado pensamiento absolutista, consiste en la utilización de categorías polares para clasificar a situaciones o personas, sin poder ver matices o grados, todo se evalúa en extremos.
- h) Visión catastrófica: Adelantar acontecimientos y, de entre las distintas opciones, pensar que siempre va a ocurrir lo peor.
- i) Culpabilidad: Consiste en atribuirse a uno mismo o a los demás toda la responsabilidad de los acontecimientos, ignorando otros factores que contribuyen a los mismos.

Salinas (2015) dice que los esquemas son elementos organizados de reacciones y experiencias pasadas que forman un cuerpo de conocimientos relativamente cohesivo y persistente, capaz de guiar percepciones y evaluaciones subsecuentes (p.147). Los esquemas cognitivos son unidades organizadas que contienen información acerca de cómo se van a estructurar y organizar los estímulos que se presenten en el ambiente, que además contienen unidades más simples como son las creencias nucleares que se relaciona con la visión que tiene la persona acerca de si mismo, los otros y el mundo (Fernández, García, y Crespo, 2012). Derivados de los esquemas, estarían los pensamientos automáticos, caracterizados por ser involuntarios, la persona no puede controlar y les asigna un valor de creencia que otra persona pudiera refutar, considerados poco razonables. Son conclusiones o interpretaciones que aparecen en forma verbal o como imágenes y van acompañados e influenciados por emociones (Gabalda, 2007). Beck (2003) sobre los pensamientos automáticos relacionados con la agresión resalta la tendencia a imponer reglas “deberías” y “no deberías”, que es una forma de atribuir la responsabilidad del problema a otra persona, aplicado al agresor sexual cuando ha

transgredido una regla, y sabe que su comportamiento es malo, automáticamente el agresor tiende a atribuir significados erróneos a las acciones de los demás, interpreta el comportamiento de los demás como un indicativo de que desean engañarlo, manipularlo o hacerle fracasar.

2.4. Enfoque Cognitivo Conductual en la intervención de las distorsiones cognitivas

Las explicaciones cognitivo-conductuales de los delitos sexuales han llegado a dominar la literatura de investigación (Sampson, 1994). En el modelo cognitivo-conductual, el comportamiento de agresión sexual puede ser aprendido cuando un delincuente sexual asocia ciertos estímulos es decir imágenes de niños con satisfacción sexual, tal vez como resultado de experiencias sexuales infantiles o interacciones con niños como adultos.

Esta conducta sexual se ve reforzada por la masturbación que tiene el agresor sexual con imágenes mentales del contacto sexual con el menor de edad, y sustenta en sistemas de creencias diseñados para justificar y apoyar la conducta sexual, es “decir el contacto sexual que tiene el agresor con los niños es un método para educarlos sobre el sexo” (Hall & Hirschman, 1992). En los últimos años, se han recomendado enfoques cognitivo-conductuales integrales para el tratamiento de los delincuentes sexuales para lograr la máxima eficacia en la reducción de la reincidencia por delitos sexuales como el abuso sexual y la violación (Marshall & Pithers, 1994).

El enfoque cognitivo conductual con respecto a las distorsiones debe ser integral y basado en el comportamiento cognitivo. Un componente integral del enfoque cognitivo-conductual generalmente implica la reestructuración cognitiva, en la cual las distorsiones cognitivas de los agresores sexuales son confrontadas y desafiadas. Este aspecto particular del tratamiento se basa en la suposición de que los sistemas de creencias y actitudes subyacentes juegan un papel importante en el inicio y la continuación de la conducta de agresión sexual (Abel, Becker & Cunningham, 1984). La mayoría de los de tratamiento se dirigen a cogniciones defectuosas con respecto a la agresión sexual que el adulto comete con el menor de edad, existen programas basados en la teoría del aprendizaje social que enfatizan los métodos de tratamiento que involucran mitos desafiantes sobre delitos sexuales y actitudes disfuncionales hacia los menores de edad (Sampson, 1994).

Los programas de tratamiento multidimensional también incorporan distorsiones cognitivas como objetivos de intervención. Marshall y Pithers (1994) señalan que las tasas de reincidencia por sí solas pueden no ser suficientes para determinar la eficacia del tratamiento y además destacan la importancia de utilizar medidas en papel y lápiz para evaluar los factores de la delincuencia sexual, como las distorsiones cognitivas. Aunque los patrones de pensamiento distorsionados de los delincuentes sexuales han sido reconocidos como significativos en la etiología y el mantenimiento de las agresiones sexuales, sigue habiendo una falta de investigación controlada disponible sobre estas distorsiones cognitivas. A pesar de este déficit, estas creencias actúan como indicadores genuinos de la motivación y el progreso del tratamiento, el grado de empatía y remordimiento, el nivel de responsabilidad, el potencial de rehabilitación y la probabilidad de reincidencia (Marshall, Laws & Barbaree, 1990).

Finalmente, los programas de tratamiento cognitivo-conductual típicamente incluyen procedimientos de reestructuración cognitiva que se dirigen específicamente a las distorsiones cognitivas. La teoría del comportamiento cognitivo proporciona la esperanza de que los comportamientos sexuales de los agresores pueden ser modificables porque uno de los principios centrales de esta teoría es que lo que se ha aprendido puede ser ignorado. Cuando se identifican cogniciones distorsionadas, pueden ser desafiadas y finalmente reemplazadas por creencias menos dañinas (Jenkins-Hall, 1989; Laws, 1989; Marshall y Eccles, 1991; Marshall, Laws & Barbaree, 1990). Claramente, existe una necesidad específica de investigación empírica sobre la eficacia de la reestructuración cognitiva en los programas de tratamiento, particularmente a la luz de la afirmación de que los agresores que tienen actitudes y creencias distorsionadas sobre el contacto sexual con menores de edad (Stermac & Segal, 1989).

2.5. Las distorsiones cognitivas en los delitos sexuales contra menores de edad

La agresión sexual contra los niños ha sido explicada por una serie de modelos teóricos que enfatizan los componentes cognitivos. Varios modelos multivariados han incorporado factores cognitivos, así como fisiológicos, afectivos y de personalidad en su comprensión de la agresión sexual (Finkelhor, 1984; Hall & Hirschman, 1991; Marshall & Barbaree, 1990).

Se ha descubierto que los agresores sexuales de menores de edad son más propensos que otros delincuentes sexuales y no delincuentes a ver a los niños como sexo seductor y

deseable, como capaces de consentir a tener relaciones sexuales con adultos y como no perjudicados por tales actividades, esto quiere decir que los agresores sexuales ven al niño como un ser sin protección al cual se le puede infilir todo tipo de daño (Gore, 1988).

Stermac y Segal (1989) también observaron que los agresores sexuales de menores juzgaban que los niños eran más responsables de los contactos sexuales con un adulto que los grupos de violadores y no delincuentes, utilizando frases “él/ella se me sedujo”, “lo hizo por venganza”, “me dijo que la tocara”, “yo no tengo la culpa, porque no le hice nada” “me acariciaba”.

Constantine (1981) habla de los factores que influyen en las consecuencias positivas o negativas en los menores de edad agredidos sexualmente estas que son en primer lugar el tipo de actividad sexual involucrada, no es lo mismo si un niño es tocado en sus partes íntimas a que el niño sea penetrado por el miembro viril o algún otro objeto; segundo la madurez de desarrollo del niño y tercero la relación entre el niño y el adulto, por ejemplo si un exhibicionista se muestra al niño, las consecuencias negativas para el niño son menores que si un sádico lo viola brutalmente; si el niño involucrado es un niño de 15 años emocionalmente maduro, un encuentro sexual con un hombre de 40 años puede verse como una experiencia más positiva que si el niño tuviera ocho años y fuera bastante inmaduro.

Se toma en consideración que la interacción sexual entre un adulto y un menor de edad desconocido, las consecuencias en el futuro pueden ser fáciles de tratar, sin embargo, si el encuentro sexual se da entre un familiar adulto y un menor de edad, este encuentro tendrá más consecuencias negativas en el niño a futuro. Las consecuencias negativas para el menor de edad son más probables cuando el adulto involucrado es mayor que el menor de edad, ya que este por su autoridad que ejerce como adulto lo presiona para ocultar la interacción sexual ante los demás y más aún si es un familiar de confianza o un amigo cercano. El más desconcertante de estos problemas parece ser la ocultación esto quiere decir que cuanto mayor es la presión para ocultar, es más probable que ocurran consecuencias negativas para el niño, ya que este al sufrir un acto sexual sin su consentimiento, esta desconcertado, asustado y más aún cuando no puede contar nada. Constantine (1981).

También las consecuencias negativas para el niño tienen más probabilidades de ocurrir cuando el menor de edad tiene conocimiento que la interacción sexual entre niños y

adultos son inapropiadas es decir que el niño sabe que está mal que alguien lo toque o le haga daño en sus partes íntimas; la divulgación de la interacción sexual se retrasa; el menor de edad vive una situación familiar problemática; tiene actitudes negativas hacia la sexualidad en general, desarrolla miedos, ansiedades, pérdida de peso, pesadillas u otros síntomas psicológicos después de la interacción, y más aún cuando el menor cree que el responsable de dicha violación es el mismo, ya el agresor sexual lo acusa de ser responsable de la violación, quedando desamparado el menor(Abel et al., 1984).

La forma de la interacción sexual también influye en las consecuencias para el para el menor de edad, cuando la interacción sexual involucra solo una exposición mutua, las consecuencias negativas son menos probables; sin embargo si ocurre penetración vaginal, oral o anal; la interacción es continua con el tiempo además haciendo uso de la fuerza o amenaza para provocar dicha interacción sexual, o se usó un arma para presionar al menor de edad, como también esta interacción sexual tiene visibilidad social es decir redes sociales, es más probable que se produzcan consecuencias negativas para el menor de edad por grado de fuerza que utiliza por el agresor sexual adulto (Abel et al., 1989).

El problema del agresor sexual ansioso por interactuar sexualmente con el menor de edad, es que le guste o no, las opiniones de los demás influyen fuertemente en las consecuencias de tales interacciones para el niño y no sorprende que los agresores sexuales involucrados con los menores de edad, con frecuencia intenten presionarlos para no revelar el contacto sexual. Sin embargo, esto en sí mismo hace que sea más probable que el menor experimente una consecuencia negativa de la experiencia. A menos que las creencias culturales de nuestra sociedad cambien para que otros no tengan actitudes negativas con respecto a las actividades sexuales entre niños y adultos, es muy probable que tales interacciones den lugar a consecuencias negativas (Becker, Skinner, Abel & Tracey, 1982).

Se habla también sobre si el niño da o no su consentimiento para la interacción sexual; el consentimiento del niño es variable es decir implica que, bajo ciertas condiciones, un niño podría si ya ha alcanzado los requisitos necesarios, ser capaz de dar su consentimiento antes de alcanzar la mayoría de edad. Cuando un adulto usa la fuerza o amenaza para lograr la participación del menor en las actividades sexuales, hay pocas dudas de que no se da el consentimiento del menor. La confusión surge cuando el adulto y el niño participan en actividades sexuales en las que no se observa coerción, por ejemplo, si se

habla de un “enamoramiento de un adulto de 18 años con una menor de 14”, estas actividades llegan a la atención de los demás, surgen debates complejos sobre si esas actividades eran moralmente correctas o incorrectas, si el enjuiciamiento debería o no ocurrir y si tales experiencias tienen consecuencias negativas para el menor de edad. Finkelhor (1979) ha aportado claridad a este tema al sugerir que, en lugar de centrarse en los argumentos morales, legales o psicológicos, es mejor examinar si un menor de edad involucrado en tales actividades ha dado su consentimiento informado.

Ahora bien ¿Es consciente el niño de lo que está dando su consentimiento? Si el niño no es completamente consciente de lo que él o ella está aceptando participar, él o no está informado y por lo tanto, no puede dar su consentimiento; por ejemplo cuando un adulto acepta participar sexualmente con otro adulto, ambas partes debido a sus experiencias sexuales previas y su conocimiento del comportamiento sexual, tienen un conocimiento razonable de lo que están consintiendo; sin embargo las dificultades de los niños que dan su consentimiento para actividades sexuales con adultos es que los niños tienen un conocimiento limitado del comportamiento sexual y también recursos limitados para conocer estas actividades. El niño puede preguntarle a un compañero, a su amigo, pero este o amigo también puede tener un conocimiento limitado sobre este tema, el niño puede preguntarle a otro adulto, pero el agresor generalmente hace todo lo posible para evitar que el niño hable con otros adultos sobre estas actividades sexuales (Abel et al., 1984).

El agresor sexual puede pedirle a un menor de edad para que le haga o se deje hacer sexo oral, penetración vaginal o anal, pero estas palabras o descripciones de las actividades sexuales tendrán un significado limitado para un niño o una niña, muchas veces desconocen tales términos. ¿Sabría una niña de seis años qué implica chupar el pene de un hombre de 40 años durante el coito oral hasta que el hombre eyacula? ¿Sabe un niño de 13 años que es la penetración anal y como receptor necesita dilatar su ano para lograr una penetración nula y reducir el dolor o la incomodidad durante el empuje anal del pene?, aunque suene cruda estas preguntas, muchos niños sufren la agresión sexual hasta el punto de costarle la vida (Abel et al., 1984).

Un segundo problema con respecto a los niños que dan su consentimiento es que, al tomar decisiones sobre el acto sexual, necesita conocer los estándares sociales aceptados, es decir que es poco probable que un adulto pueda tener relaciones sexuales con otro

adulto en una zona concurrida, porque en nuestra cultura actual esto se consideraría inapropiado, y la participación sería ridiculizada y puesta que afronten sanciones legales. En la mayoría de las culturas, los niños aún no han tenido la oportunidad de aprender sus estándares sexuales culturales, entonces los menores de edad son aún menos conocedores de las actividades sexuales entre niños y adultos, ya que esta información rara vez se discute con un niño hasta que él o ella es mayor (Abel et al., 1984).

Concluyendo el tema del consentimiento que pueda dar el menor de edad ante una situación sexual, es extremadamente difícil para un niño hacer un juicio sobre la participación en actividades sexuales con un adulto, ya que los niños carecen de conocimiento sobre los estándares sexuales de su cultura y sin ese conocimiento les resulta extremadamente difícil saber las consecuencias positivas o negativas de la actividad sexual entre el menor de edad y el agresor sexual; el consentimiento informado, por lo tanto, es problemático y dicotómico en el menor de edad (Abel et al., 1984).

2.6. Tipos de distorsiones cognitivas

Los agresores sexuales interpretan la realidad basándose en su propio mundo interno, un mundo interno infantil e inmaduro sin tener en cuenta los aspectos concretos y reales. Las distorsiones cognitivas pueden traducirse en minimización o negación del delito cometido o de la responsabilidad de ellos frente a su comportamiento; los agresores sexuales son incapaces de pensar de forma lógica, objetiva y racional sin entrar en sobre-generalizaciones, distorsionando los hechos y externalizando la culpa (Jimenez 2009).

Ward y cols (1997), mencionan que distorsiones cognitivas frecuentemente encontradas en los agresores sexuales de menores de edad incluyen frases del tipo "Los niños a menudo incitan la actividad sexual y saben lo que quieren", "los niños disfrutan del contacto sexual con adultos", "el sexo es bueno para los niños", "los hombres sólo cometen delitos sexuales cuando pierden control", "las necesidades de los hombres son más importantes que las necesidades de los niños," y "los hombres pueden hacer lo que quieren los niños".

Según Burns (1980), los tipos de distorsiones cognitivas más frecuentes son del tipo:

- a) Pensamiento dicotómico o polarizado: Consiste en una visión extremista del mundo con una dificultad para tener en cuenta las categorías intermedias de tal manera si algo no es perfecto, entonces estaría mal.

- b) Generalización Excesiva: Consiste en un pensamiento derrotista basado en eventos aislados o únicos. Tendencia a considerar que todo saldrá mal de forma desesperanzada.
- c) Filtro Mental: También se conoce como abstracción selectiva y consiste en que un solo detalle negativo o suceso difícil opaca toda la realidad circundante independientemente de si existen más elementos positivos.
- d) Descalificación de lo positivo: consiste en apreciar los comportamientos positivos como algo normal y abstener de tener en cuenta las cosas o sucesos agradables, casi siempre se mantiene una creencia negativa que se contradice con las experiencias diarias
- e) Conclusión precipitada: es también llamada como inferencia arbitraria y consiste en hacer una lectura negativa de las cosas sin disponer de los datos que la fundamenten. Puede ocurrir de dos formas:
 - Lectura del pensamiento, pensar mal: La persona supone sin pruebas lo que otros piensan sin tener forma de comprobarlo.
 - Anticipación negativa: Consiste en esperar que las cosas salgan mal sin tener pruebas para ello. Así, la persona piensa como real lo que solo podría ser una posibilidad y actúa en consecuencia a su pensamiento negativo anticipado
- f) Magnificación o minimización: consiste en exagerar la importancia de las situaciones, hechos o cosas o por el contrario reducirlas hasta que parezcan insignificantes.
- g) Razonamiento Emocional: Consiste en suponer que las emociones negativas reflejan de forma definitiva la realidad.
- h) Los deberías o imperativos: Consiste en hacer uso de exigencias absolutistas y rígidas hacia uno mismo “debo de”, “tengo que”, o acerca de los demás “ellos deberían ser”, o acerca de la vida “la vida no debería ser así”. Cuando la persona dirige los “debería” hacia ella misma la consecuencia que aparece es la sensación y pensamientos de culpabilidad. Cuando los “deberías” son dirigidos hacia los demás el consecuente es la ira y el resentimiento. Finalmente, cuando la persona dirige estos imperativos hacia la vida misma, la consecuencia es la poca tolerancia y la frustración.
- i) Etiquetación: consiste en evaluar a las personas basándose en aspectos negativos, se trata de una generalización aplicada al comportamiento humano.

- j) Personalización y vergüenza: la persona se atribuye la responsabilidad de los sucesos que tienen consecuencias negativas para los demás. Generando en ella sentimientos de culpabilidad.

Riso (2006), propone otras distorsiones cognitivas adicionales a las ya mencionadas como son:

- a) Catastrofización: La persona piensa que existe algo que le podría llegar a suceder y que sería difícil que lo pudiera superar. Esto involucra un aspecto afectivo demostrado en lo mal que podría llegar a sentirse la persona si el evento “x” o “y” llegara a suceder.
- b) Echar la culpa: La persona considera que existen otros individuos que son responsables de su situación actual en relación a sus sentimientos negativos “Yo soy así porque de pequeño mis padres no fueron cariñosos conmigo”.
- c) Comparación falsa: La persona interpreta y analiza los eventos basándose en información errónea, en estándares poco realistas. Focalizándose en aquellas personas que son mejores que él en algún aspecto o característica sintiéndose inferior como resultado.
- d) Orientación hacia el remordimiento o lo que “podría haber sido y no fue”: La persona enfatiza en el mejor resultado que había podido obtener de haber hecho las cosas de una forma específica en el pasado dejando de lado lo que es en el aquí y en el ahora.
- e) “Y que si...”: La persona afirma de modo oposicionista una negación para cambiar dadas unas condiciones específicas, la distorsión es del tipo “Y que importa si esto o aquello ocurre”. Por ejemplo: “Si, pero y que si soy agresivo” “Y que si no me puedo controlar”. Esta distorsión es una manera de resistirse pasivamente.
- f) Inabilidad para desconfirmar: La persona rechaza activamente toda evidencia o argumento que pueda llegar a contradecir sus pensamientos negativos. Se refiere a una inatención selectiva.

3. AGRESIÓN SEXUAL

3.1. Concepto

La Organización Mundial de la Salud define la agresión sexual como: “todo acto sexual, tentativa de consumar un acto sexual, o insinuaciones no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante

coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo” (OMS, 2002)

Se entiende por agresión sexual, cualquier tipo de violencia de naturaleza sexual ejercida sobre otra persona, vulnerando su libertad sexual. A pesar de que la agresión sexual se encuentre vinculada al delito de violación, engloba tipos diferentes de violencia que no encajan con específicamente con la definición de violación. (Katherine Ramsland, 2005)

La agresión sexual es aquel atentado hacia la libertad sexual de otra persona, mediante la violencia o amenaza. La violación: es la agresión o abuso sexual que concluye en la penetración ya sea vía vaginal, anal o bucal, del aparato sexual o cualquier objeto (Bonifacio, 2018).

3.2. Etiología de la agresión sexual

Según Redondo, S. (2002) este tipo de agresiones sexuales representa una minoría en cuanto a la delincuencia conocida y la mayoría de agresores suelen ser varones, como vimos anteriormente es cierto que tanto los factores biológicos como los trastornos de personalidad influyen en la comisión del delito de agresión sexual, mas no son determinantes.

El comportamiento de un agresor sexual es desviado, ya que se obsesionan con el sexo y su manera de afrontar situaciones de estrés, es justamente el comportamiento sexual normal o anormal. Existen numerosas investigaciones que aseguran que gran porcentaje de los agresores sexuales fueron abusados durante su infancia por lo que presentan conductas anormales o trastornadas. Su comportamiento anómalo trae consigo actitudes y percepciones distorsionadas las cuales contribuyen a mantener relaciones insatisfactorias y justifican sus comportamientos sexuales desviados (Marshall, 2001).

Analizando investigaciones realizadas se ha observado ciertas conductas que se repiten en delincuentes sexuales, sin embargo, se complica dar una explicación acerca de ellos ya que en la etiología intervienen diferentes factores, los cuales deberían ser estudiados individualmente en cada caso, es muy frecuente que los agresores sexuales tengan tres tipos de problemas relacionados entre sí, su comportamiento sexual, su conducta social, en su pensamiento a través de las distorsiones cognitivas (Valverde-Velazco, 2011).

Los agresores sexuales poseen un comportamiento sexual desviado y dirigido a objetivos sexuales no aceptables, como lo son los niños o menores de edad, o la violencia usada

cuento se abusa de una mujer. Lo que quiere decir que tiene una preferencia hacia estas desviaciones, las cuales obtienen mayor excitación por parte del agresor y a pesar del esfuerzo por reprimirlo no pueden,

La mayoría de preferencias desviadas se consolidaron en el agresor a través del condicionamiento clásico, es decir se creó una asociación entre la excitación sexual y la conducta anormal y violenta con los menores, estas desviaciones aumentaran debido a la dificultad de relacionarse normalmente de manera sexual con personas adultas, esto por las pocas o inexistentes habilidades de interacción social con las personas de su alrededor, suelen presentar dificultad al comunicarse, dificultad al ser empáticas, así como la presencia de ansiedad y nervios exagerados que conllevaban a un mayor aislamiento social.

Para Marshall (2001) los delincuentes sexuales tienen una alta probabilidad de crecer en hogares en los que el apego a su padre ha sido una experiencia destructiva, que les ha enseñado a enfrentarse con violencia o con estrategias evitativas; en ambos casos hay un sentimiento de auto indulgencia, de no asumir la responsabilidad personal. El origen de todo habría que ponerlo, entonces, en las características de las familias de los delincuentes sexuales, dominadas por el abuso del alcohol, el abuso y la negligencia hacia sus hijos, actividades delictivas y aislamiento social.

A su vez Marshall añade al conjunto de experiencias relevantes para comprender la etiología de la delincuencia sexual el haber sufrido ellos mismos abusos en la infancia, lo que probablemente les oriento para que consideraran esas experiencias como algo positivo, dado que cuando eran abusados recibían atención de sus agresores, y en su edad adulta tienden a olvidar los aspectos emocionales negativos de tales experiencias.

Marshall y Barbaree 1990 citado en Valverde-Velazco, 2011; mencionan un modelo comprensivo de la etiología de la agresión sexual, donde tenían cabida las influencias biológicas, el contexto sociocultural y el desarrollo psicológico del individuo. Es en este punto (en la psicología) donde Marshall ubica el peso del proceso de convertirse en delincuente sexual, y para ello emplea el concepto de “vulnerable. Para Marshall, los niños que sufren un apego con sus padres caracterizado por la indiferencia e inconsistencia relación o padres e hijos ansiosa-ambivalente, o bien la frialdad y falta de cuidado y amor (relación de evitación) desarrollaran una pobre autoestima, escasas

habilidades sociales y muchas dudas a la hora de enfrentarse a los problemas de la vida diaria (Garrido, 2005).

3.3. Factores que influyen en la agresión sexual

A. Factores biológicos

Hay investigaciones que nos dicen que existen factores genéticos, hormonales y neurotransmisores que tienen alta posibilidad de tener una relación con comportamientos impulsivos, así como en el acrecentamiento del interés y excitación sexual (Valencia, 2010). Estas teorías explicaban que los niveles elevados de la hormona masculina podían ejercer alta influencia en los delincuentes sexuales del sexo masculino (Berlin y Meinecke , 1981 citado en Marshal 2001)

a) Sistema monoaminérgico

Estudios realizados han encontrado una relación entre el funcionamiento del sistema monoaminérgico cerebral y rasgos propios de los agresores sexuales como la dominancia o la agresividad especialmente en el caso de la serotonina; bajos niveles de serotonina se relacionan con comportamientos impulsivos, respuestas exageradas al estrés, agresividad y comportamiento antisocial, rasgos propios de algunos delincuentes, entre ellos los delincuentes sexuales (Verde y Sánchez, 1994, citado en Garnacho, 2014).

b) Arousal

El término arousal hace referencia al estado de activación y excitación fisiológica (Carrasco y Calderón, 2006, citado en Garnacho ,2014). Diversos estudios muestran que los agresores sexuales presentan un mayor nivel de activación (arousal) ante escenas de violación en comparación con la visión de escenas de sexo consentido. Entonces un incremento anormal del grado de arousal implica una disfunción en el funcionamiento psicosocial y la posible presencia de una desviación sexual. Así pues, este nivel anormalmente incrementado de arousal estaría relacionado con la comisión y la reincidencia sexual (Verde & Sánchez, 1994).

c) Sexo

La mayoría de las víctimas de agresión sexual son mujeres, por el contrario, la mayoría de delincuentes sexuales son varones, tal y como afirman los datos penitenciarios. La importancia de influencia de la testosterona sobre el comportamiento masculino se ve

reflejada en el efecto de la castración química (procedimiento basado en la reducción de la producción de testosterona) sobre la conducta. Distintos estudios indican que este procedimiento reduce notablemente los comportamientos sexuales, especialmente aquellos relacionados con parafílias o instintos extremadamente anormales (Robles, 2007).

d) Trastornos de personalidad

Los trastornos de personalidad surgen cuando las ideas, sentimientos y comportamientos de una persona se vuelven fijos, persistentes, desadaptativos, inflexibles y provocan en ésta un malestar clínicamente significativo, además, provocan en el individuo cierto deterioro social, laboral o de cualquier otra área (Barbosa, 2012). Algunos investigadores consideran que existe una relación entre determinados trastornos de personalidad y la agresión sexual (Cáceres, 2001, citado por Castro et al, 2009).

B. Factores Ambientales

a) Subcultura delictiva

Autores como Garrido (2006), proponen a subcultura delictiva como uno de los posibles orígenes de las agresiones sexuales, estas investigaciones proponen que los violadores son personas que rivalizan con las conductas y valores socialmente establecidos, por lo que deberían tener antecedentes por otro tipo de delitos. Numerosos estudios han evaluado la versatilidad delictiva de los delincuentes sexuales hallando, mayoritariamente, que no todos los agresores sexuales son delincuentes específicos.

b) Drogas (Alcohol)

Uno de los factores desencadenantes más importantes según las distintas investigaciones es el consumo de alcohol, puesto que está demostrado que la intoxicación etílica desinhibe el deseo sexual y la agresividad en los varones, esta desinhibición puede explicarse debido al efecto que el consumo produce sobre la conducta y el pensamiento del sujeto. Cuando una persona (en este caso, el agresor), ingiere alcohol de forma excesiva, se produce un sesgo atención al interpretativo respecto a estímulos ambiguos. Así, aquellos hombres que están interesados en mantener una relación sexual, interpretarán las señales ambiguas de las mujeres de forma errónea (Esbec y Echeburúa, 2010).

c) Distorsiones cognitivas

Las distorsiones cognitivas son pensamientos que no se corresponden con la realidad, formando imágenes equivocadas de una situación, las distorsiones cognitivas son errores de pensamiento y percepción (Castro et al, 2009).

Una de las distorsiones cognitivas más relevantes hallada en violadores era que incluso ante la presencia de un arma, creían que las mujeres deseaban ser forzadas (Lee et al, 2002) citado en Garnacho, 2014. Otros ejemplos podrían ser: “las mujeres deben someterse”, “aunque sea de forma obligada disfrutó”, etc. (Illescas et al, 2007).

3.4. Tipología de agresores sexuales

A. Clasificación según García-Andrade, (1994):

- a) **Primarios:** Se trata de sujetos con una orientación sexual dirigida primariamente a niños, sin apenas interés por los adultos, y con conductas compulsivas no mediatisadas por situaciones de estrés, generalmente poseen un campo limitado de intereses y actividades, lo cual los hace solitarios ,estos individuos son, en el sentido estricto del término, pedófilos; los pedófilos primarios pueden mostrar rechazo al sexo en las relaciones con mujeres e incluso una cierta aversión a las características sexuales secundarias de las mujeres adultas, como el desarrollo de los senos, el vello en el pubis, etc. Los niños, al no presentar todavía una maduración física suficiente, “permiten” al pedófilo realizar un tipo de acto sexual pobre e incompleto.
- b) **Secundarios:** Son individuos que tienen contactos sexuales aislados con niños, y éstos son reflejo de una situación de soledad o estrés. Las conductas habituales de estos sujetos son relaciones sexuales con adultos, normalmente heterosexuales, aunque suelen aparecer alteraciones en el curso de éstas, como impotencia ocasional, falta de deseo y algún tipo de tensión o conflicto con sus parejas, las conductas de abuso pueden ser un medio de compensar la autoestima deficiente del sujeto o de dar rienda suelta a una hostilidad que no puede liberarse por otras vías (Echeburúa y Echevarría, 2000).

B. Clasificación Según Barudy

Para Barudy existían los siguientes tipos de abusadores:

- a) **Abusadores sub-individuados totalmente indiferenciados:** Presentan una tendencia a aislarse socialmente, el abuso es mayoritariamente intrafamiliar y su finalidad parece ser la de protegerse de la angustia persecutoria de la relación con su padre al proyectar el mal

sobre los hijos y/o de reencontrar en la relación abusiva incestuosa, el vínculo tranquilizador de la relación con su madre.

b) Abusadores sub-individuados con una diferencia débil: Los abusos son parte de estrategias de supervivencia para compensar carencias del pasado, pueden cometer abuso intra/extra familiar y homo/ heterosexual.

c) Abusadores sub-individuados con una diferencia moderna:

En momentos de crisis que lo confronten a la angustia de perder sus fuentes de afecto y reconocimiento, pueden abusar de sus hijos, comprenden dentro del grupo de abusadores regresivos.

d) Abusadores Subindividuados indiferenciados: Presentan tenencia a aislarse socialmente, el abuso se da dentro del ambiente intrafamiliar y su finalidad parece ser protegerse de la angustia persecutoria de la relación con su padre al proyectarse el mal sobre sus hijos y poder reencontrar en relación abusiva incestuosa, el vínculo tranquilizador de la relación con su madre.

e) Abusadores individuados con una diferenciación moderada: Crecieron en un ambiente de violencia y rechazo del padre y de sobreprotección de la madre. Construyeron una imagen de sí mismos de derechos omnipotentes sin respetar los derechos de los demás.

C. Clasificación Según Nicholas Groth

a) Violación de hostilidad: En este tipo de violación hay más violencia de la necesaria para consumar el acto, de modo que la excitación se produce probablemente por el mismo uso de la fuerza del agresor, estas personas suelen ser agresivos en otros contextos cotidianos (familia, trabajo, etc.).

b) Violación de poder: Al cometer el acto busca compensación a su vida rutinaria, es decir, la agresión es el medio por el que el sujeto afirma su identidad personal y su adecuación sexual, presentan gran cantidad de fantasías masturbadoras.

c) Violación sádica: En este tipo de agresión no hay explosión concomitante con la agresión, sino que el asalto es aquí totalmente premeditado, proporcionando la perpetración de las lesiones una satisfacción ascendente.

3.5. Abuso sexual de menores

En general el abuso sexual se refiere a los contactos o interacciones entre niño y un adulto, con el propósito de conseguir la estimulación sexual del adulto (Paradise, 1990). Otros autores lo definen también como cualquier tipo de actividad sexual con un niño sin consentimiento de este o sin que dicho consentimiento puede darse (Berline, 2000, citado en Becerra, 2002). En la definición hay que tener en cuenta que la edad legal para tener relaciones sexuales consentidas en el Perú son los 18 años. Diferentes estudios nos revelan que el abuso sexual se puede dar en diferentes culturas y en cualquier nivel socio económico (Paredes, 2009).

A. Características de agresores sexuales sociodemográficas

En las investigaciones realizadas se ve que los abusadores sexuales de menores son varones, los agresores sexuales se manifiestan con mayor frecuencia en la etapa media de la vida entre los 50 y los 30 años Becerra (2002). En agresores sexuales de menores se ha estudiado si estas personas sufrieron un clima familiar negativo caracterizado por abusos y maltratos durante su infancia. Existe un amplio cuerpo de investigación que indica que personas que han cometido delitos sexuales presentan en mayor medida una historia de abusos sexuales, físicos y psicológicos en la infancia en comparación con delincuentes no sexuales (Glasser et al, 2001, citado en Becerra, 2002).

B. Características psicológicas de los abusadores de menores

Los agresores sexuales de niños a menudo desarrollan una relación con un niño para manipularlo a fin de que cumpla con el acto sexual, que es quizás el componente más perjudicial del abuso sexual infantil (John Jay College, 2004). De hecho, una característica definitiva del abuso sexual infantil es la percepción del delincuente de que la relación sexual es mutua y aceptable (Groth, 1983).

Diversos estudios revelan que agresores sexuales infantiles poseen dificultades para relacionarse socialmente, estas personas muestran un déficit en habilidades sociales en comparación con otros infractores de la ley tanto sexuales como no sexuales (Marshall, 1985), así también esta persona presenta un mayor nivel de miedo y ansiedad ante la posibilidad de ser evaluados negativamente en situaciones de interacción social donde se requiere dar una respuesta assertiva (Overholser & Beck, 1986; citado en

Becerra(2002). A si también se observa que los abusadores sexuales de niños poseen falta de seguridad en sí mismo cuando tienen que enfrentarse a situaciones sociales.

En cuanto a estudios realizados con el MCMI y sus versiones, los estudios revisados indican heterogeneidad en cuanto a las escalas de personalidad, mostrando los abusadores de menores algunas diferencias respecto a otros grupos algunos trabajos encuentran que tanto abusadores sexuales de menores como de adultos, presentan una puntuación más elevada en la escala fóbica (evitativa) del MCMI (Becerra, 2002). Ahora en cuanto a investigaciones neuropsicológicas de tipo psicométrico , diferentes estudios han utilizado técnicas de neuroimagen que han aportado evidencia sobre la afectación estructural y funcional de las áreas frontales en abusadores sexuales de menores , los estudios de neuroimagen han investigado hasta ahora a agresores sexuales con presencia de pedofilia y presentan un menor volumen de sustancia gris,regiones frontales y subcorticales ,amígdala , hipotálamo, regiones septales (Schiffer et al, 2007).

3.6. Consideraciones del código penal

Según el manual de derecho de penal peruano Código Penal decreto legislativo 635, los delitos de abuso sexual son reprimidos con pena privativa de libertad según los artículos modificados por el artículo 1 de la ley N°28704

Artículo 170°. - Violación sexual

El que, con violencia o grave amenaza, obliga a una persona a tener acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal o realiza otros actos análogos introduciendo objetos o partes del cuerpo por alguna de las dos primeras vías, será reprimido con pena privativa de libertad no menor de seis ni mayor de ocho años.

La pena será no menor de doce ni mayor de dieciocho años e inhabilitación conforme corresponda:

- Si la violación se realiza a mano armada o por dos o más sujetos.
- Si para la ejecución del delito se haya prevalecido de cualquier posición o cargo que le dé particular autoridad sobre la víctima, o de una relación de parentesco por ser ascendente, cónyuge, conviviente de este, descendiente o hermano, por naturaleza o adopción o afines de la víctima, de una relación proveniente de un contrato de locación de servicios, de una relación laboral o si la víctima le presta servicios como trabajador del hogar.

- Si fuere cometido por personal perteneciente a las Fuerzas Armadas, Policía Nacional del Perú, serenazgo, Policía Municipal o vigilancia privada, en ejercicio de su función pública.
- Si el autor tuviere conocimiento de ser portador de una enfermedad de transmisión sexual grave.
- Si el autor es docente o auxiliar de educación del centro educativo donde estudia la víctima.
- Si la víctima tiene entre catorce y menos de dieciocho años de edad.

Artículo 173°.- Violación sexual de menor de edad.

El que tiene acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal o realiza otros actos análogos introduciendo objetos o partes del cuerpo por alguna de las dos primeras vías, con un menor de edad, será reprimido con las siguientes penas privativas de libertad:

- Si la víctima tiene menos de diez años de edad la pena será de cadena perpetua.
- Si la víctima tiene entre diez años de edad, y menos de catorce, la pena será no menor de treinta, ni mayor de treinta y cinco años.

En el caso del numeral 2, la pena será de cadena perpetua si el agente tiene cualquier posición, cargo o vínculo familiar que le dé particular autoridad sobre la víctima o le impulse a depositar en él su confianza.

Artículo 173°-A.- Violación sexual de menor de edad seguida de muerte o lesión grave

Si los actos previstos en los incisos 2 y 3 del artículo anterior causan la muerte de la víctima o le producen lesión grave, y el agente pudo prever este resultado o si procedió con crueldad, la pena será de cadena perpetua.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

1. Enfoque y Tipo de investigación

La presente investigación es cuantitativa ya que usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías. Así mismo es de tipo Correlacional, porque pretende estudiar el grado de relación o asociación que existe entre dos o más variables, en un contexto particular (Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. 2014).

2. Diseño

Se utilizó el diseño no experimental-transversal porque la recolección de datos se realizó en un solo momento y en un tiempo único en un contexto natural tal como se dan para posteriormente describir y analizar los datos. (Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014)

3. Muestra

A. Población

La población de la presente investigación está compuesta 150 agresores sexuales recluidos por el delito contra la Libertad Sexual contemplada en el artículo N° 173 del Código Penal del Perú: Violación de una persona menor de edad hasta los 14 años. Los cuales se encuentran internados en el centro Penitenciario Socabaya, comprendiendo así los pabellones A, B, C y D.

B. Muestra

El diseño de muestreo utilizado fue no probabilístico–intencional, ya que la muestra se eligió según un criterio específico que responde a ciertas características buscadas, siendo específicamente de carácter intencional con el fin de obtener una muestra significativa. Esta muestra está conformada por 60 adultos varones sentenciados por el delito contra la libertad sexual del artículo N° 173 del código penal, con edades comprendidas de 18 a 60 años.

a) Criterios de inclusión

- Internos sentenciados por agresión sexual de menores 14 años.
- Único delito en el artículo N° 173 del código penal “violación sexual de menor de edad”.
- Internos que posean la capacidad de comprensión lectura y escritura.
- Internos que acepten haber cometido el delito.
- Participación voluntaria de internos.

b) Criterios de exclusión

- Internos con más de un ingreso al centro penitenciario por agresión sexual.
- Internos procesados con investigación en curso.
- Internos que se encuentren en áreas de psiquiatría, enfermería o aislamiento.
- Internos cuya edad de la víctima sea mayor de 14 años.
- Internos con alguna discapacidad o deterioro cognitivo.
- Internos mayores de 60 años.
- Analfabetos.

4. Materiales e instrumentos

A. Inventario clínico Multiaxial Theodore Millon III

a. Ficha técnica

Nombre	: MCMI III. Inventario Clínico Multiaxial Theodore Millon-III
Nombre original	: MCMI-III. Millon Clinical Multiaxial Inventory-III
Autores	: Th. Millon, con la colaboración de R. Davis y C. Millon.
Adaptación española	: V. Cardenal y M.P. Sánchez -2007
Aplicación	: Individual y colectiva
Población	: 18 hasta 65 años
Ítems	: 175
Ámbito de Aplicación	: Adultos
Tiempo de administración	: 20 a 30 minutos
Material	: Manual, cuadernillo, hojas de respuesta y PIN de corrección.
Finalidad	: Evaluación de cuatro escalas de control, 11 escalas básicas, 3 rasgos patológicos, 7 síndromes de gravedad moderada, 3 síndromes de gravedad severa.

b. Descripción

El Inventario Clínico Multiaxial Theodore Millon III, es una escala clínica de auto informe para la evaluación de los patrones clínicos de la personalidad. Los ítems tienen dos opciones de respuesta “verdadero” y “falso”, consta de 175 preguntas las cuales se encuentran distribuidas en veinticuatro escalas clínicas estas a su vez se encuentran agrupadas en cuatro áreas: Patrones Clínicos De Personalidad, Patología graves de las Personalidad, Síndromes Clínicos y Síndromes Clínicos Graves.

c. Composición de las escalas

PATRONES CLÍNICOS DE LA PERSONALIDAD		
DENOMINACIÓN	ESCALA	ÍTEMES
1	Esquizoide	4,10,27,32,38,46,48,57,92,101,105,142,148,156,165,167
2 A	Evitativa	18,40,47,48,57,69,80,84,99,127,141,146,148,151,158,174
2 B	Depresiva	20,24,25,43,47,83,86,112,123,133,142,145,148,151,154
3	Dependiente	16,35,45,47,56,73,82,84,94,108,120,133,135,141,151,169
4	Histrionica	10,12,21,24,27,32,48,51,57,69,80,88,92,99,123,127,174
5	Narcisista	5,21,26,31,35,38,40,47,57,67,69,80,84,85,86,88,93,94,99,116,141,144,159,169,
6 A	Antisocial	7,13,14,17,21,38,40,41,52,53,93,101,113,122,136,139,116,166
6 B	Agresiva	7,9,13,14,17,28,36,39,41,49,53,74,89,93,95,96,116,166
7	Compulsiva	2,7,14,22,36,42,50,60,79,83,98,115,122,126,133,166,172
8 A	Negativista	6,7,15,22,36,42,50,60,79,83,98,115,122,126,133,166
8 B	Autodestructiva	18,19,24,25,35,40,43,70,90,98,104,122,148,161,169

PATOLOGÍA GRAVE DE LA PERSONALIDAD		
DENOMINACIÓN	ESCALA	ÍTEMES
S	Esquizotípica	8,48,69,71,76,99,102,117,134,138,141,148,151,156,158,162
C	Límite	7,22,30,41,72,83,98,120,122,134,135,142,154,161,166,171
P	Paranoide	6,8,33,42,48,49,60,63,89,106,115,138,146,158,159,167,175

SÍNDROMES CLÍNICOS	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de ansiedad • Trastorno somatomorfo • Trastorno bipolar • Trastorno distímico • Dependencia del alcohol • Dependencia de sustancias • Trastorno estrés postraumático
SÍNDROMES CLÍNICOS GRAVES	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno del pensamiento • Depresión mayor • Trastorno delirante

d. Validez y confiabilidad

Validez

El inventario Clínico Multiaxial de Millon III en su versión en español cuenta con triple modelo de validación, en un primer estadio de validación está el teórico-sustantivo que examina hasta qué punto los ítems que forman el instrumento derivan su contenido de un marco teórico explícito, el objetivo es evaluar si los ítems representan adecuadamente un universo o dominio de desempeño. El segundo estadio de validación es la interna-estructural que es el grado en que la prueba evalúa una característica psicológica, demostrando las construcciones teóricas que explican en cierta medida el resultado encontrado; y el tercer estadio de validación es la externa-criterio su objetivo principal es evaluar si los puntajes en una prueba pueden ser usados para predecir otra variable (criterio) que, usualmente, no ha sido medida con una prueba.

Confiabilidad

En la muestra original los coeficientes alfa de cronbach de las escalas clínicas oscilan desde 0,66 en la escala 7 (compulsivo) hasta 0,90 para la escala CC (depresión mayor). Los valores de los coeficientes alfa superan 0,80 en 20 de las escalas. Los coeficientes alfa de cronbach en la muestra de tipificación española ($N=964$) oscilan desde 0,65 en la escala 7 (compulsivo) hasta 0,88 en la escala CC (depresión mayor). En general los coeficientes alfa cronbach obtenidos en población española son muy similares a los obtenidos en población estadounidense. Únicamente hay una mayor diferencia en los valores obtenidos en la escala B (dependencia al alcohol) en la escala 1 (esquizoide) y en la escala 3 (dependiente).

B. ABEL AND BECKER COGNITION SCALE

a. Ficha técnica

Nombre	: Abel and Becker Cognition Scale -ABCS
Nombre original	: Abel and Becker Cognition Scale
Autores	: G. Abel y J. Becker
Adaptación al castellano	: Z. Cepeda -2012
Aplicación	: Individual y colectiva
Población	: 18 hasta 59 años
Ítems	: 29
Ámbito de Aplicación	: Adultos
Tiempo de administración	: 15 a 20 minutos
Material	: Hoja de respuesta y PIN de corrección
Finalidad	: La escala describe una serie de distorsiones cognitivas. Algunas de las distorsiones planteadas en la escala son del tipo “Tener relaciones sexuales con un niño es una buena manera para que un adulto le enseñe al niño lo relacionado con el sexo”, “Un niño que no resiste los coqueteos o intentos sexuales de un adulto realmente quiere tener relaciones sexuales con el adulto”.

b. Descripción

La Escala de Cogniciones de Abel y Becker es un cuestionario de 29 ítems diseñado para evaluar las distorsiones cognitivas de adultos que abusan sexualmente de los niños (Abel et al., 1989). Los ítems se puntúan en una escala tipo Likert de 1 a 5 puntos, donde 1 es totalmente de acuerdo y 5 es totalmente en desacuerdo. Este cuestionario se calificará sumando las puntuaciones que el sujeto otorga a cada ítem, es decir que el puntaje máximo de la escala será 145 y el mínimo 29. Las puntuaciones más bajas indican una mayor presencia de las distorsiones cognitivas, mientras que las puntuaciones altas indican una menor presencia de distorsiones cognitivas.

Las distorsiones medidas por la escala son

- El sexo entre adultos y niños ayuda a los menores.
- Los niños inician las relaciones sexuales del tipo niño-adulto.
- Los adultos inician las relaciones sexuales con los niños por razones específicas,
- El comportamiento del niño demuestra su deseo por las relaciones sexuales de tipo niño-adulto.
- los adultos pueden predecir cuándo las relaciones sexuales niño-adulto puede dañar al niño en el futuro,
- Las relaciones sexuales de los niños y los adultos son aceptables en la sociedad.

Es importante tomar en cuenta que esta escala, evalúa a las distorsiones cognitivas de forma general, es decir no la divide según el tipo de distorsiones.

c. Confiabilidad y validez

Tanto la confiabilidad como la validez de esta escala fue realizada específicamente para la población de esta investigación, así mismo se estableció baremos de medición con una muestra adicional de internos del centro penitenciario Socabaya.

Confiabilidad

Teniendo en cuenta que la confiabilidad de un instrumento de medición se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo individuo u objeto produce resultados iguales (Hernández et al., 2013; Kellstedt y Whitten, 2013; y Ward y Street, 2009, Hernández, Fernández, y Baptista, 2016). Es decir, la confiabilidad es el grado en que un instrumento produce resultados consistentes y coherentes.

En la presente investigación se ha verificado la confiabilidad del instrumento de medida (para medir la Distorsión Cognitiva), para ello se recurrió a la medida de consistencia interna, específicamente al coeficiente del alpha de Cronbach. El procedimiento se realizó en el Paquete estadístico SPSS, versión 25. Previamente se ha evaluado con el instrumento a 15 sujetos de la población, con similares características (Internos recluidos por violación); hay que mencionar que dichos sujetos no son parte de la muestra. Se debe tener en cuenta que existen autores que consideran que el coeficiente calculado debe ser mayor a 0.70 (Tavakol y Dennick, 2011; DeVellis, 2003; Streiner, 2003; Nunnally y Bernstein, 1994; Petterson, 1994, citados por Hernández et al., 2014); por tanto, el coeficiente aceptable será aquella que está por encima del valor de 0.70.

Validez

Escobar y Cuervo (2008) definieron la validez de contenido por juicio de expertos como “una opinión informada de personas con trayectoria en el tema, que son reconocidas por otros como expertos cualificados en éste, y que pueden dar información, evidencia, juicios y valoraciones” (p. 29).

Se utilizó el método de V de Aiken que se centra en la relevancia ítem-constructo, tomando en cuenta el número de expertos participantes para la estimación de la validez de contenido; por lo cual el presente instrumento fue evaluado por 4 jueces expertos, dando una puntuación de 1 a 4, donde 1 corresponde a “no cumple con el criterio” y 4 presenta un “nivel alto” correspondiente para cada ítem, según los indicadores de Claridad “se comprende el ítem fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas, Coherencia “el ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo” y finalmente Relevancia “el ítem es esencial o importante, es decir, debe ser incluido”.

Los resultados permiten concluir que según el coeficiente V de Aiken los ítems son válidos, dado que los límites inferiores de los coeficientes V de Aiken son mayores de 0.5, dejando como evidencia de la validez de contenido de la prueba.

Tabla 2 Fiabilidad del Instrumento de medición

Estadísticos		
	Alfa de Cronbach	N de elementos
Distorsiones Cognitivas	$\alpha = 0.965$	29

Interpretación:

De la tabla se desprende que, el instrumento para medir la Distorsión Cognitiva es confiable, ya que el valor calculado para el Alpha de Cronbach ($\alpha = 0.965$) es mayor al coeficiente aceptado del 0.70; por tanto, el instrumento reflejará resultados confiables (consistentes y coherentes).

Tabla 3 Baremos creados para establecer los niveles de Distorsión Cognitiva

Puntaje Directo	
Distorsiones Cognitivas	
Alta	≤ 82
Media	83 – 112
Baja	$113 \geq$

En este caso, para efectos de saber los niveles de Distorsiones Cognitivas de los internos por agresión sexual, las puntuaciones directas se han categorizado en tres niveles (alto, medio y bajo), por ello, se ha baremado por medio o a través de los cuartiles, ello en el paquete estadístico para la Ciencias Sociales SPSS, Versión 25.

5. Procedimiento

Para acceder al Centro Penitenciario de Socabaya INPE, se presentó una solicitud en el mes de marzo del 2019, con el fin de obtener el permiso de acceso a las instalaciones, la cual fue discutida y revisada por los especialistas del área. Posteriormente se coordinó, con la Jefa de Psicólogos del centro penitenciario, los días de evaluación, los criterios y el total de internos requeridos para la investigación; se procedido a recolectar y filtrar los datos por cada pabellón siendo el primer donde se aplicaron las pruebas el pabellón A “Mínima Seguridad”, culminando con el Pabellón D “Máxima Seguridad”, así mismo se entregó un consentimiento informado a todos los internos voluntarios el cual fue firmado por ellos. Se aplicó los instrumentos de forma individual en un promedio de 45 minutos para el Millon III y 20 minutos para la escala de Distorsiones Cognitivas; este proceso de evaluación se dio en el transcurso de los meses de mayo y junio en un horario comprendido de 9 am a 1 pm. Una vez recolectados los datos se procedió a calificar los instrumentos utilizados.

Para el procesamiento de los datos se creó una base de datos en el programa Excel, seguido a esto se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 25, y se importaron los datos del programa Excel para un mejor manejo de los resultados.

CAPÍTULO IV RESULTADOS

Análisis e interpretación de los resultados

Para presentar los resultados, éstos se darán a conocer a través de tablas de frecuencias, según los objetivos planteados en la investigación, ello con la finalidad de su mejor comprensión. Para la prueba de hipótesis, se recurrirá a pruebas paramétricas o no paramétricas, ello dependerá del tipo de distribución de sus puntuaciones directas; por lo que, se aplicará una prueba paramétrica si la distribución es normal (r de Pearson). pero si no se cumple con este criterio, se recurrirá a una prueba no paramétrica, específicamente ala Rho de Spearman; para las pruebas de normalidad se utilizará la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, pues la muestra es mayor a 50 sujetos

1. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

Tabla 4 Distribución según grado de peligrosidad

Grado	Frecuencia	Porcentaje
Baja peligrosidad	45	73.8
Alta Peligrosidad	16	26.2
Total	61	100.0

Fuente: Base de datos

Interpretación

La presente tabla señala cómo está distribuida de la muestra según el grado de peligrosidad; se debe tener presente que todos son del género masculino, pues se está analizando las variables en internos de un establecimiento penitenciario de varones. Es necesario también tomar en cuenta que, todos están por el delito de agresión sexual, establecido en el artículo N° 173, del Código Penal peruano. Como se puede apreciar la tabla, el 73.8% de internos son de baja peligrosidad, es decir, pertenecen a los sectores A y B dentro del centro penitenciario; de otro lado, el 26.2% son alta peligrosidad, los cuales pertenecen a los pabellones o sectores C y D.

2. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Tabla 5 Escalas Clínicas de los Patrones de Personalidad (*Primer Grupo*)

Niveles	f	Porcentaje
Esquizoide		
Nulo	4	6.6
Bajo	2	3.3
Sugestivo	19	31.1
Moderado	28	45.9
Elevado	8	13.1
Evitativo		
Nulo	5	8.2
Bajo	8	13.1
Sugestivo	3	4.9
Moderado	33	54.1
Elevado	12	19.7
Depresivo		
Nulo	9	14.8
Bajo	4	6.6
Sugestivo	12	19.7
Moderado	17	27.9
Elevado	19	31.1
Dependiente		
Nulo	7	11.5
Bajo	12	19.7
Sugestivo	19	31.1
Moderado	11	18.0
Elevado	12	19.7
Histriónico		
Nulo	6	9.8
Bajo	53	86.9
Sugestivo	1	1.6
Moderado	1	1.6
Elevado	0	0.0
Total	61	100.0

Fuente: Base de datos, resultados de la investigación.

Interpretación:

La tabla 5 refleja los resultados de los trastornos de la personalidad de los internos analizados; como se observa, para la personalidad esquizoide 45.9% de internos poseen un nivel moderado de este trastorno, dicho porcentaje es el más resaltante, sumado a ello, el 13.1% de internos por agresión sexual posee el nivel elevado de dicho trastorno. Como se puede ver, un gran porcentaje de internos (45.9%) posee el nivel moderado, esto quiere decir que, estos internos de alguna forma no experimentan placer o dolor intenso, son más o menos apáticos, distantes y asociales; asimismo, son de algún modo observadores pasivos, indiferentes a las recompensas y afectos.

Con respecto al patrón de personalidad tipo Evitativo, se puede apreciar que 54.1% de internos por agresión sexual posee el nivel moderado; por último, el 19.7% de internos posee el nivel elevado. Estos resultados concluyen que, la mayoría de los sujetos analizados (54.1%) poseen nivel moderado; esto quiere decir, estos internos tienen la característica de estar alertas y en guardia, preparados para distanciarse de la anticipación ansiosa de las experiencias dolorosas o negativamente reforzantes de la vida; además sus estrategias adaptativas reflejan su miedo y desconfianza hacia los demás, tienen la característica de mantener un control constante de sus impulsos y sus anhelo de afecto, para prevenir la repetición del dolor y la angustia que han experimentado con otras personas.

En el patrón de personalidad tipo Depresivo, el 27.9% poseen el nivel moderado; y un 31.1% de internos posee el nivel elevado. Por tanto, se puede inferir que existe un gran porcentaje de internos (31.1%) tienen la característica de estar con un estado de tristeza, pesimismo, falta de energía, incapacidad para experimentar placer y un aparente retardo motor, tienen una sensación de rendición y una pérdida de esperanza en la recuperación de la alegría.

En el patrón de personalidad dependiente, se puede observar que el 31.1% de internos poseen el nivel sugestivo; mientras que el 18% se ubica en un nivel moderado; por último, el 19.7% de internos poseen el nivel elevado. Como se puede observar, existe un porcentaje considerable de internos (19.7%), en quienes resalta el nivel elevado; esto quiere decir que estos internos se perciben a sí mismos como débiles, indefensos y frágil hasta el punto en que temen estar solos para cuidar de sí mismos y tienen impresiones

infantiles de los demás y competencias limitadas en la gestión y la resolución de las situaciones de estrés. Esto ligado también a que se pueden presentar distorsiones tipo “si un niño corre desnudo, es porque quiere tener relaciones sexuales”, los delincuentes con rasgos dependientes respaldan la creencia de que el mundo es un lugar donde los adultos amenazan y no son confiables, mientras que los niños son más confiables, es decir pueden manipular al menor de edad tras una violación amenazarlo para que no cuente nada, sin embargo un 31.1% de los internos evaluados posee un nivel sugestivo por lo que no cumple en su totalidad las características anteriormente señaladas.

Para el patrón de personalidad tipo Histriónico, los resultados reflejan que 1.6% posee el nivel sugestivo y el moderado; por último, ningún interno posee el nivel elevado de este trastorno. Entonces, se asume que la mayoría de internos posee el nivel bajo (86.9%), por tanto, se dice que estos internos no buscan de manera exagerada la atención de los demás, no tienen la tendencia a la representación de su papel, teatralidad y expresión exagerada de las emociones.

Tabla 6 Escalas Clínicas de los Patrones de Personalidad (Segundo Grupo)

Niveles	f	%
Narcisismo		
Nulo	2	3.3
Bajo	26	42.6
Sugestivo	22	36.1
Moderado	7	11.5
Elevado	4	6.6
Antisocial		
Nulo	9	14.8
Bajo	14	23.0
Sugestivo	24	39.3
Moderado	11	18.0
Elevado	3	4.9
Sadismo		
Nulo	8	13.1
Bajo	6	9.8
Sugestivo	37	60.7
Moderado	7	11.5
Elevado	3	4.9
Obsesivo Compulsivo		
Nulo	0	0.0
Bajo	52	85.2
Sugestivo	9	14.8
Moderado	0	0.0
Elevado	0	0.0
Negativista		
Nulo	10	16.4
Bajo	7	11.5
Sugestivo	7	11.5
Moderado	26	42.6
Elevado	11	18.0
Masoquismo		
Nulo	6	9.8
Bajo	8	13.1
Sugestivo	11	18.0
Moderado	23	37.7
Elevado	13	21.3
Total	61	100.0

Fuente: Base de datos, resultados de la investigación.

Interpretación

La tabla 6 refleja los resultados obtenidos en relación a los trastornos de personalidad de los internos por agresión sexual; en cuanto patrón de personalidad tipo narcisista, 42.6% poseen el nivel bajo; mientras que 36.1% de internos poseen el nivel sugestivo; un 11.5% poseen el nivel moderado; por último, el 6.6% poseen el nivel elevado. Como se puede observar, existe un porcentaje considerable de internos con un nivel bajo (42.6%), lo cual significa que estos internos no se centran exageradamente a sí mismos, no poseen arrogancia de seguridad en sí mismos, no tienen la capacidad de explotar a los demás en beneficio propio.

En cuanto al patrón de personalidad Antisocial un 39.3% se encuentra en un nivel sugestivo, un 18% en nivel moderado y un 4.9% en nivel elevado, se puede observar que la mayor parte de evaluados no cumplen con las características propias de este trastorno las cuales son personas irresponsables e impulsivos, ya que consideran poco confiables a los demás que utilizan su insensibilidad para el abuso de los demás.

El patrón de personalidad Sádico arroja que el 60.07 % de la población posee un nivel sugestivo, un 11.5% se encuentra en nivel moderado y un 4.9% elevado, al encontrar un 60.07 % en nivel sugestivo se observa que las personas de la muestra son generalmente hostiles y globalmente combativos y se muestran complacidos por sus actos destructivos y brutales, en algunas ocasiones ocultan esta tendencia por la necesidad de encajar ante la opinión pública.

El patrón de personalidad Obsesivo compulsivo muestra un 85% de población en nivel bajo y un 14.8% por lo que se concluye que esta población no posee las características típicas de este trastorno como lo son sentimientos intensos poco controlados, así como sentimientos de ira que se desbordan constantemente.

El patrón de personalidad Negativista mostro que un 42.3% de población mostro un nivel moderado y un 18% un nivel alto, por lo que la población posee características como patrones erráticos de comportamiento, experimentan continuas discusiones y desengaños, vacilan entre defensa y desafío. Por último, el patrón de personalidad Masoquismo 37.7% de la población, posee un nivel moderado y un 21.3% de nivel elevado, las personas que poseen altos puntaje en masoquismo se relacionan con otros de forma servil y auto sacrificada, así mismo rememoran sus desgracias pasadas activa y reiteradamente.

Tabla 7 Patología de Personalidad Severa

Niveles	f	%
Esquizotípico		
Nulo	6	9.8
Bajo	5	8.2
Sugestivo	24	39.3
Moderado	14	23.0
Elevado	12	19.7
Límite		
Nulo	13	21.3
Bajo	12	19.7
Sugestivo	21	34.4
Moderado	12	19.7
Elevado	3	4.9
Paranoide		
Nulo	5	8.2
Bajo	3	4.9
Sugestivo	27	44.3
Moderado	13	21.3
Elevado	13	21.3
Total	61	100.0

Fuente: Base de datos, resultados de la investigación

Interpretación

La tabla anterior nos muestra la patología de personalidad donde encontramos que la patología Esquizotípico muestra un 39.3% de población en nivel sugestivo, un 23% en nivel moderado y un 19.7% en nivel bajo.

En cuanto a la escala de patología Límite, arrojo como resultado que el 34.4% de la población se encuentra en un nivel sugestivo, el 19.7% en un nivel moderado y un 4.9% se encuentra en un nivel elevado.

Por último, la escala paranoide nos arrojó que el 44.3% de los evaluados poseen un nivel sugestivo, un 21.3% en un nivel moderado y también un 21.3% un nivel elevado.

Tabla 8 Niveles de Distorsión Cognitiva

Nivel	f	%
Alta	21	34.4
Medio	20	32.8
Baja	20	32.8
Total	61	100.0

Fuente: Base de datos, resultados de la investigación.

Interpretación

En relación a los niveles de distorsión cognitiva, en la tabla 8 se observa que, el 34.4% de reclusos por agresión sexual, tienen el nivel Alto de distorsión; por otro lado, el 32.8% de internos poseen un nivel de distorsión medio; mientras que 32.8% posee un nivel bajo de distorsión cognitiva; como se puede apreciar, existe un gran porcentaje de internos por agresión sexual, quienes poseen niveles altos de distorsión cognitiva, es decir los internos evaluados tienen creencias irrationales sobre su comportamiento sexual las que justifican la relación sexual con el menor de edad.

3. RELACIÓN DE LAS VARIABLES

Tabla 9 Prueba de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	G1	Sig.
PD Distorsión Cognitiva	,119	61	,031
PD Esquizoide	,294	61	,000
PD Evitativo	,290	61	,000
PD Depresivo	,179	61	,000
PD Dependiente	,144	61	,003
PD Histriónico	,103	61	,168
PD Narcisismo	,114	61	,048
PD Antisocial	,216	61	,000
PD Sadismo	,273	61	,000
PD Obsesivo Compulsivo	,105	61	,090
PD Negativista	,255	61	,000
PD Masoquismo	,283	61	,000
PD Esquizotípico	,255	61	,000
PD Límite	,209	61	,000
PD Paranoide	,198	61	,000

Fuente: Base de datos, resultados de la investigación.

Interpretación

Previo a recurrir a una prueba paramétrica, es necesario que exista distribución normal en las puntuaciones directas; por lo que, se verificó con la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, esto porque la muestra está constituida por más de 50 sujetos. Como se observa, en la mayoría de los casos, los niveles de significancia son menores a nivel crítico ($p < 0,05$); por tanto, no existe distribución normal en las puntuaciones directas; además, la Teoría o Teorema Central del Límite, considera que existe distribución normal cuando las poblaciones son grandes (Bologna, 2011); además Kish (1995), citado por Hernández et al. (2014), señala que se considera una población grande cuando los sujetos son mayores a 100 sujetos; por todo ello, se corrobora que no existe distribución normal; por tanto, para establecer relación entre las variables se recurrirá a una prueba no paramétrica, en este caso, al coeficiente de correlación de Rho de Spearman

Tabla 10 Relación entre Escalas Clínicas de los Patrones de Personalidad (Primera parte) y Distorsión Cognitiva

		Distorsión Cognitiva	Esquizoid e	Evitativo	Depresivo	Dependent e	Histríonic o	Narcisism o
Distorsión Cognitiva	Coeficiente de correlación	1,000	,116	,129	.312*	,180	,107	,007
	Sig. (bilateral)	.	,374	,322	,014	,164	,411	,954
	N	61	61	61	61	61	61	61
Esquizoide	Coeficiente de correlación		1,000	,693**	,592**	,548**	,466**	,048
	Sig. (bilateral)		.	,000	,000	,000	,000	,712
	N		61	61	61	61	61	61
Evitativo	Coeficiente de correlación			1,000	,753**	,796**	,461**	,132
	Sig. (bilateral)			.	,000	,000	,000	,312
	N			61	61	61	61	61
Depresivo	Coeficiente de correlación				1,000	,747**	,332**	,084
	Sig. (bilateral)				.	,000	,009	,518
	N				61	61	61	61
Dependiente	Coeficiente de correlación					1,000	-,213	,135
	Sig. (bilateral)					.	,099	,298
	N					61	61	61
Histríónico	Coeficiente de correlación						1,000	,223
	Sig. (bilateral)						.	,084
	N						61	61
Narcisismo	Coeficiente de correlación							1,000
	Sig. (bilateral)							.
	N							61

Nota: Nivel significancia *p < 0.05 aceptado, relación significativa

Interpretación

En la tabla anterior se refleja los resultados obtenidos al aplicar la prueba Rho de Spearman, se recurre a dicha prueba estadística, con la finalidad de establecer relación entre las variables analizadas; previamente, es necesario indicar que se tomará en cuenta el nivel crítico o error aceptado del 5% ($p = 0.05$) para establecer las relaciones respectivas.

Se puede apreciar que los trastornos de personalidad Esquizoide, Evitativo, Dependiente, Histriónico y Narcicismo no se relacionan con la Distorsión cognitiva esto por los valores calculados para Rho ($r = 0.116$ con $p = 0.374$; $r = 0.129$ con $p = 0.322$; $r = 0.180$ con $p = 0.164$; $r = 0.107$ con $p = 0.441$ y $r = 0.007$ con $p = 0.954$ respectivamente) y los niveles de significancia están por encima del nivel crítico aceptado ($p > 0.05$).

Con respecto al trastorno Depresivo y la Distorsión cognitiva, se ha establecido que existe una relación **Directa o Positiva** entre estas variables, esto porque el valor calculado para Rho ($r = 0.312$ con $p = 0.014$) y el nivel de significancia es menor al nivel crítico aceptado ($p < 0.05$). Hay que tener presente que tal relación es baja; por tanto, aparte de la depresión, también existen otros factores que repercuten en la Distorsión Cognitiva de los internos. Empero, se puede establecer que cuando los resultados de internos por agresión sexual posean niveles elevados en depresión tendrán Niveles altos de Distorsión Cognitiva, o viceversa, cuando tengan niveles bajos de depresión sus niveles en Distorsiones cognitivas serán bajas es decir tendrán niveles bajos de distorsión cognitiva.

Tabla 11 Relación entre Escalas Clínicas de los Patrones de Personalidad (Segunda parte) y Distorsión Cognitiva

		Distorsión Cognitiva	Antisocial	Sadismo	Obsesivo Compulsivo	Negativista	Masoquismo
Distorsión Cognitiva	Coeficiente de correlación	1,000	,164	,339**	,243	,276*	,197
	Sig. (bilateral)	.	,207	,008	,059	,031	,129
	N	61	61	61	61	61	61
Antisocial	Coeficiente de correlación		1,000	,683**	,768**	,584**	,528**
	Sig. (bilateral)		.	,000	,000	,000	,000
	N		61	61	61	61	61
Sadismo	Coeficiente de correlación			1,000	,493**	,772**	,581**
	Sig. (bilateral)			.	,000	,000	,000
	N			61	61	61	61
Obsesivo Compulsivo	Coeficiente de correlación				1,000	,463**	,397**
	Sig. (bilateral)				.	,000	,002
	N				61	61	61
Negativista	Coeficiente de correlación					1,000	,702**
	Sig. (bilateral)					.	,000
	N					61	61
Masoquismo	Coeficiente de correlación						1,000
	Sig. (bilateral)						.
	N						61

Nota: Nivel significancia *p < 0.05 aceptado, relación significativa

Interpretación

Por los resultados arribados, que se muestran en la tabla 11, se observa que no existe relación alguna (Directa o inversa) entre los trastornos de personalidad Antisocial, Obsesivo compulsivo y Masoquismo y la Distorsión cognitiva, esto por los valores calculados para Rho ($r = 0.164$ con $p = 0.207$; $r = 0.243$ con $p = 0,059$; y $r = 0.197$ con $p = 0.129$ respectivamente) y los niveles de significancia están por encima del nivel crítico aceptado ($p > 0,05$); por tanto, se asevera que estas variables no se relacionan.

Sin embargo; se ha podido establecer que existe relación **Directa o Positiva** entre el trastorno de personalidad Sádica y la Distorsión cognitiva, esto porque los valores calculados para Rho ($r = 0.339$ y $p = 0.008$) y el nivel de significancia calculado es menor al nivel crítico aceptado, ($p < 0.05$). dicha relación es baja, lo cual quiere decir que existen otros factores que repercuten, a parte del Sadismo, en las Distorsiones cognitivas de los Internos. No obstante, se establece que, cuando los internos logren niveles elevados en la personalidad sádica, sus niveles en Distorsiones cognitivas serán altos o viceversa.

De la misma forma, se ha podido encontrar una relación **Directa o Positiva** entre el trastorno de personalidad Negativista y la Distorsión Cognitiva, ya que los valores calculados lo indican así, ($r = 0.276$ con $p = 0.031$), se aprecia que el nivel de significancia está por debajo del nivel crítico aceptado ($p < 0,05$). Es necesario señalar que la relación es baja; no obstante; se puede establecer que cuando los internos por agresión sexual tengan niveles altos en personalidad Negativista, sus niveles en Distorsiones cognitivas serán altos o viceversa, es decir que cuando los internos logren niveles bajos en la personalidad Negativista, sus niveles en Distorsiones cognitivas serán bajas.

Tabla 12 Relación entre Patología de Personalidad Severa y Distorsión cognitiva

		Distorsión Cognitiva	Esquizotípico	Límite	Paranoide
Distorsión Cognitiva	Coeficiente de correlación	1,000	,174	,266*	,203
	Sig. (bilateral)	.	,179	,038	,117
	N	61	61	61	61
Esquizotípico	Coeficiente de correlación		1,000	,810**	,779**
	Sig. (bilateral)		.	,000	,000
	N		61	61	61
Límite	Coeficiente de correlación			1,000	,635**
	Sig. (bilateral)			.	,000
	N			61	61
Paranoide	Coeficiente de correlación				1,000
	Sig. (bilateral)				.
	N				61

Nota: Nivel significancia *p < 0.05 aceptado, relación significativa

Interpretación

La tabla 12, refleja los resultados para relacionar la Patología de Personalidad Severa con la Distorsión Cognitiva. Los resultados señalan que no existe relación entre el Trastorno Esquizotípico y Paranoide con la Distorsión Cognitiva, esto porque los valores ($r = -0.174$ con $p = 0.179$ y $r = 0.203$ con $p = 0.117$ respectivamente) y el nivel de significancia calculados están por encima del nivel crítico aceptado ($p > 0,05$); por tanto, se determina que no existe relación entre estas variables.

Por otro lado, se ha podido establecer que sí existe relación **Directa o Positiva** entre el Trastorno Límite y la Distorsión Cognitiva, porque $r = -0.266$ y $p = 0.038$, éste último valor es menor al nivel crítico aceptado ($p < 0.05$). Tal relación es baja, pero se puede establecer que, cuando los internos por violación sexual tengan niveles altos en la personalidad límite, sus niveles en Distorsiones Cognitivas serán altas es decir tendrán o viceversa.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

La presente investigación buscó determinar la relación de los trastornos de personalidad y las distorsiones cognitivas en agresores sexuales sentenciados de menores de edad, a continuación, se presentarán la explicación de los resultados contrastándola con investigaciones y con la teoría descrita al respecto.

En la investigación se obtuvo que, en los patrones clínicos de la personalidad, el patrón de personalidad con mayor incidencia es el patrón evitativo con un nivel moderado, seguido de los patrones negativista, esquizoide y depresivo con menor incidencia, esto en contraste al patrón de personalidad obsesivo compulsivo el cual es nulo en los internos evaluados. Respecto a la patología grave de la personalidad, se encontró que la mayoría de evaluados presentan un nivel sugestivo en trastornos esquizotípico, límite y paranoide.

La investigación de Joyce que en su estudio Child sex offenders cognitive distortion related personality traits (2008), tras la aplicación del MCMI-III a un total de 28 internos encontró que en los agresores sexuales de menores de edad destacan los rasgos dependientes, depresivos y esquizoides. Castro, Lopez y Sueiro (2009) buscaron establecer un patrón básico en la personalidad de los agresores sexuales de menores de

edad, a través de la aplicación MCMI II en 20 internos, obteniendo puntuaciones superiores en las escalas límite, antisocial, agresivo, sádico, abuso de alcohol y drogas, del mismo modo Larrotta(2003) cito a Coolidge, White, Segal, Cahill y Estey (2010), quien encontró en su investigación realizada a una muestra de tres grupos de internos, agresores de adultos, abusadores de menores y no delincuentes sexuales, que los violadores de menores puntuaron más alto en los rasgos de personalidad por evitación.

El resultado obtenido de los agresores sexuales de menores que presentan con mayor incidencia el patrón de personalidad evitativo, es reforzado con el estudio de Coolidge, White, Segal, Cahill y Estey (2010) denominado Personality disorder profiles in incarcerated male rapists and child molesters, que a través de la aplicación del MCMI III a una muestra comparativa de tres grupos de internos, agresores sexuales de adultos, agresores sexuales de menores y no delincuentes sexuales, determinaron que a diferencia de los otros grupos, los agresores sexuales de menores puntuaron más alto en los rasgos de personalidad por evitación. Cáceres (2001), menciona que una característica en común del patrón evitativo, es que las personas que lo padecen serían personas con poca o nula capacidad para empatizar e incapacidad para conseguir intimidad. Tendrían más dificultad a la hora de establecer vínculos emocionales junto con una sensación de indefensión y de vulnerabilidad en sus relaciones con los adultos, lo que les llevaría a la relación sexual desviada.

Ahlmeyer S, Kleinsasser D, Stoner J, Retzlaff P, (2003) en su estudio Psychopathologyof Incarcerated Sex Offenders tras la aplicación del Millon III encontraron resultados significativos sobre los agresores sexuales de menores, donde estos presentan los tipos de personalidad esquizoides, evitativo, depresivos, a esto se suma la investigación de Francia Ch. Coolidge F., White L,Segal D., Estey A., que en su investigación Personality Disorder Profiles In Incarceratedmale Rapists And Child Molesters sobre agresores sexuales hallaron que el trastorno de personalidad esquizoide era el más significativo a diferencia de otros patrones, este resultado es apoyado al resultado de la presente investigación donde también se halla la presencia del patrón de personalidad esquizoide. Polleti (2002) comenta que las personas que poseen este trastorno, suelen emplear el tiempo en sí mismos, más que estar con otras personas, es decir suelen estar socialmente aislados o ser solitarios, esta es una característica importante de los agresores sexuales de menores.

El trastorno de personalidad depresivo está presente en un porcentaje considerable en la investigación, la presencia de este trastorno en este tipo de población también fue encontrada por Kalichman Szymanowski, mckee, Taylor y Craig (1989), quien tras la evaluación de 120 agresores sexuales encontró elevaciones significativas en la personalidad depresiva. Theodore Millon afirma que las personas depresivas tienen pérdida de esperanza en la recuperación de la alegría, temen al abandono y a la deserción respecto a esto los resultados pueden estar vinculados a la situación de encierro, la perdida de esperanza y miedo al abandono que sufren los internos por agresión sexual, ya que la condena por el delito de violación Sexual de menor de edad art. nº 173 del código penal establece una condena que oscila entre 15 y 25 años.

Respecto al trastorno de personalidad negativista (pasivo agresivo), los resultados muestran que los agresores evaluados poseen este trastorno en un nivel moderado, resultados comparables a los de Chantry y Craig (1994), quienes administraron el MCMI a una muestra de 201 abusadores de niños y encontraron como resultado la presencia de trastorno pasivo-agresivo, trastorno dependiente y trastorno evasivo. Un estudio similar aplicado por Hurtado (2007), da como resultado que los agresores sexuales de menores manifiestan una elevada conducta pasiva-agresiva, ausencia de empatía y un bajo autoconcepto; así mismo McKibben (1994) evaluó los trastornos de la personalidad de 31 agresores sexuales donde se mostraron altos puntajes en escalas esquizoides, dependientes, pasivo-agresivas y esquizoides.

En cuanto a la patología grave de la personalidad, las personas que presentan el trastorno límite, demuestran impulsividad en áreas potencialmente peligrosas para ellos mismos, por ejemplo, pueden relacionarse en prácticas sexuales no seguras o conducir temerariamente, así mismo presentan comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes o comportamiento de automutilación. Estos actos autodestructivos suelen estar precipitados por los temores a la separación o al rechazo, o por la expectativa de tener que asumir una mayor responsabilidad, es decir se trata de personas altamente impulsivas y con pobre control de impulsos (Millon,2007), por lo que podrían estar predisuestos a agreder sexualmente a un menor de edad.

Como podemos observar, la personalidad de un agresor sexual no va estar definida en solo un patrón o trastorno de la personalidad sino poseerá características de diferentes tipos de trastornos.

En relación a distorsiones cognitivas encontramos que los agresores sexuales de menores de edad presentan un nivel moderado y alto de distorsiones cognitivas. Estos resultados son similares a la investigación realizada por Castro, M. Lopez, A. y Sueiro, E.(2007) donde aplicaron la escala de Abel y Becker a un total de 20 internos sentenciados por el delito de agresión sexual de menores de edad, donde los internos presentaron altas distorsiones cognitivas acerca de la relación sexual entre adultos y menores. Así mismo McGrath, Cann, y Konopasky (1998) aplicaron la escala aun total de 60 internos por el delito de violación donde confirmaron la existencia de distorsiones cognitivas en los agresores sexuales de menores.

Sin embargo, los resultados obtenidos son diferentes a la investigación realizada por Cepeda, Z. y Ruiz, J.(2016) tras la aplicación de la escala de Abel y Becker a 52 internos recluidos por agresión sexual donde no encontraron la existencia distorsiones cognitivas significativas en los agresores sexuales, pero si en determinados ítems, los que consisten en pensar que “si un menor de edad no se opone a las insinuaciones sexuales de un adulto, quiere decir que desea tener relaciones sexuales con él”; “usualmente los niños son coquetos porque desean tener relaciones sexuales con los adultos”; “la mayoría de los niños y las niñas les gustaría tener relaciones sexuales con un adulto, sin que esta experiencia les resultara perjudicial para el futuro”, y que “los niños saben que los adultos los seguirán queriendo, pese a que se nieguen a tener relaciones sexuales con ellos”; en contraste en la investigación realizada se pudo encontrar que los evaluados tuvieron mayor incidencia en los ítems “si un adulto acaricia el cuerpo de un menor sin tocar sus genitales, no es realmente una relación sexual con el menor”; “es preferible tener relaciones sexuales con un niño(a) que tener una aventura” y “si un niño o niña mira hacia el medio de las piernas de un adulto, eso significa que conoce y le gusta lo que está mirando”.

Según Abel y Becker (1989) la existencia de distorsiones en los agresores sexuales, ponen de manifiesto aquellos pensamientos, percepciones que avalan y justifican el contacto

sexual entre un menor de edad y un adulto, donde los agresores sexuales no reconocen el hecho, por lo contrario, racionalizan y justifican su comportamiento.

Buschman y Van Beek (2003) refieren que las distorsiones cognitivas son una representación de los delincuentes, es decir las distorsiones cognitivas relacionadas con delitos pueden ser parte de una estructura de personalidad subyacente global que comparte un estilo cognitivo temáticamente similar. En referencia a la personalidad y distorsiones cognitivas Buschman, argumentó que, en los agresores sexuales, las distorsiones cognitivas se generan a partir de una red cognitiva basada en la personalidad, esto quiere decir que las distorsiones cognitivas se desarrollan a través de los años y los agresores sexuales moldearan sus distorsiones cognitivas sobre sí mismos, los demás y el mundo en general, y dado el momento algunas de ellas harán que busquen justificar algún hecho, que para la sociedad es totalmente negativo como es el caso de la agresión sexual a un menor de edad.

Finalmente, con respecto al objetivo general los resultados evidencian que ciertos patrones de personalidad están relacionados de forma directa o positiva con las distorsiones cognitivas; encontramos esta relación entre los patrones de personalidad depresivo, negativista y sádico, sin embargo esta relación es baja, por lo cual podríamos considerar que existe la presencia de otros factores que repercuten en la relación de personalidad y distorsiones cognitivas, como la dinámica familiar, abusos sexuales en la infancia, maltrato infantil, abandono y otros; en cuanto a la patología grave de personalidad, el trastorno límite, forma posee una relación directa con las distorsiones cognitivas, sin embargo también esta relación es baja, considerando la presencia de otros factores influyentes en ambas variables.

Se considera que para futuras investigaciones que continúen con el mismo objeto de estudio, tengan en cuenta de utilizar un muestreo probabilístico esto con el fin de que todos los internos tengan la misma posibilidad de participar, ya que también servirá para generalizar los datos, siempre y cuando se apliquen en varios penales.

CONCLUSIONES

PRIMERA: En los trastornos de personalidad, los resultados mostraron que la mayoría de los agresores sexuales evaluados presentan un patrón de personalidad evitativo a nivel moderado, así también con menor incidencia están presentes los patrones de personalidad esquizoide, negativista y depresivo. Por otro lado, respecto a la patología grave de la personalidad se encontró que la mayoría de los evaluados presentan un nivel sugestivo en esquizotípico, límite y paranoide.

SEGUNDO: En relación a las distorsiones cognitivas, en la muestra evaluada existe un gran porcentaje de internos por agresión sexual, quienes poseen niveles altos de distorsión cognitiva, es decir los internos evaluados tienen creencias irracionales sobre su comportamiento sexual con lo cual buscan justificar una relación sexual con un menor de edad.

TERCERO: En cuanto a la relación de la personalidad y distorsiones cognitivas, se encontró que los patrones de personalidad depresivo, negativista y sádico están relacionados de manera directa o positiva con las distorsiones cognitivas, lo que significa que a mayor nivel de patrones de personalidad será mayor el nivel de las distorsiones cognitivas, sin embargo, esta relación es baja, por lo que pueden existir otros factores que repercuten en dicha relación. Por otro lado, en la patología grave de personalidad, el trastorno límite tiene una relación directa o positiva con las distorsiones cognitivas, se puede establecer que cuando los agresores sexuales tengan niveles altos en la personalidad límite tendrán también niveles altos en distorsiones cognitivas sobre su comportamiento sexual con el menor de edad.

SUGERENCIAS

- PRIMERA:** Para mejorar las investigaciones futuras con el mismo objeto de estudio, se deberá tomar una muestra significativa de diferentes centros penitenciarios con el fin de obtener datos más precisos y resultados generalizables, tomando en cuenta factores como abuso sexual en la infancia, violencia familiar, consumo de alcohol y drogas, perfil sociodemográfico, etc.
- SEGUNDA:** Actualizar los instrumentos que evalúan las distorsiones cognitivas, así mismo validarlos y estandarizarlos en el contexto peruano, teniendo en cuenta que la escala de Abel y Becker arroja puntajes genéricos sobre distorsiones cognitivas, esto con el fin de obtener resultados más específicos sobre las distorsiones presentes en los agresores sexuales.
- TERCERA:** Incluir la evaluación de distorsiones cognitivas y de trastornos de personalidad en el proceso de investigación del delito de los agresores sexuales de menores de edad, lo cual permitirá a las autoridades correspondientes comprender la mecánica del delito, así como identificar un perfil que ayude en su futuro tratamiento dentro del centro penitenciario correspondiente.
- CUARTA:** Adaptación y validación de programas como el TAS, enfocados en el tratamiento de agresores sexuales, así como incorporación de programas en centros penitenciarios, dedicados a la reducción y eliminación de distorsiones cognitivas arraigadas al delito de agresión sexual, considerando la personalidad individual de cada agresor.
- QUINTA:** Incorporación de profesionales de psicológica a establecimientos penitenciarios de la región, ya que el centro penitenciario “Socabaya” solo posee un psicólogo por pabellón, teniendo en cuenta que cada pabellón tiene cerca de 600 internos, lo cual hace los psicólogos no se dan abasto para tal población.

BIBLIOGRAFÍA

- Abel, G. G., Becker, J. V., & Cunningham-Rathner, J. (1984). *Complications, consent, and cognitions in sex between children and adults*. International Journal of Law and Psychiatry, 7(1), 89-103.
- Abel, G. G., Gore, D. K., Holland, C. L., Camp, N., Becker, J. V., & Rathner, J. (1989). *The measurement of the cognitive distortions of child molesters*. Annals of Sex Research, 2, 135 – 153.
- Ahlmeyer, S., Kleinsasser, D., Stoner, J., & Retzlaff, P. (2003). Psychopathology of incarcerated sex offenders. *Journal of Personality Disorders*, 17(4), 306.
- American Psychiatric Association.(2014). Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos mentales, DSM-V-TR. Barcelona: Masson.
- Asociación Psiquiátrica de América Latina. (2012).Guía latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico, GLADP VR. Peru .Ares.
- Andreu C. (2004). *Patrones de abuso sexual infantil y su relación con características de la personalidad*. [Tesis doctoral]. Departamento de personalidad evaluación y tratamiento psicológico. Universidad de Valencia. España.
- Aparicio P. y Sánchez P. (1999). *Los estilos de personalidad: su medida a través del inventario Millon de estilos de personalidad*. *Anales de psicología*, 15, 2, 191 - 211.
- Arosquipa Y. & Gutiérrez R. (2016). *Trastornos y rasgos de personalidad según el delito cometido por internos varones de mínima seguridad del establecimiento penitenciario de Arequipa*. [Tesis de licenciatura]. Facultad de Psicología, Relaciones Industriales y Ciencias de la Comunicación. Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa-Perú.
- Beccera J. (2012). *Avance en el estudio de la personalidad de abusadores sexuales infantiles españoles: una aproximación desde el modelo de los cinco factores*. [Tesis doctoral]. Facultad Humanidades y ciencias de la educación. Universidad de Jaén. España.
- Becker,J.,Skinner,L.,Abel,U.,and Tracey,E.(1982).*Incidence and types of sexual dysfunctions in rape and incest victims*.Journal of Sex and Marital Therapy, 8, 65-74.

- Beck, A. T., Freeman, A., & Davis, D. D. (2004). *Cognitive therapy of personality disorders* (2nd ed.). NY: Guilford Publications, Inc.
- Beck, A. (2003). *Prisioneros del Odio. Las Bases de la Ira, la Hostilidad y la Violencia*. Barcelona: Paidós
- Bonifacio S. (2018). *Características de personalidad y asertividad sexual en agresores sexuales de cuatro centros penitenciarios del país*. [Tesis de maestría]. Facultad de ciencias de la comunicación, turismo y psicología. Lima –Perú.
- Blake, E., & Gannon, TA (2008). *déficit de la percepción social, distorsiones cognitivas, y el déficit de empatía en los delincuentes sexuales. Trauma, abuso y descuido*.
- Cardenal V. y Sánchez P. (2007). *Los trastornos de personalidad según el modelo de Millon: una propuesta integradora*. Clínica y Salud, 18, 305- 324.
- Carpio, J. & Valencia, R. (2014). Personalidad y psicopatía en internos recluidos por el delito de abuso sexual en menores de 14 años [Tesis de licenciatura]. Facultad de Psicología, Relaciones Industriales y Ciencias de la Comunicación. Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa-Perú.
- Castro M., López A., Sueiro E. (2009). *Perfil sociodemográfico-penal y distorsiones cognitivas en delincuentes sexuales. Revista Galego-Portuguesa De Psicología y Educación, departamento de psicología evolutiva y de la comunicación*, Universidad de Vigo. (2009),17,2, 1138-1663.
- Collazos, M. (2009). Escalas básicas de personalidad en el MCMI II. Recuperado el 16 de julio del 2019 de <http://www.marisolcollazos.es/psi-crimi-II/Escalas-basicas-personalidad-MCMI.html>.
- Constantine, L. L. (1981a) *The effects of early sexual experience*. In L. Constantine and F. Martinson (Eds.), Children and Sex. Boston: Little, Brown and Company.
- Constantine, L. L. (1981b) *The sexual rights of children: Implications of a radical perspective*. In L. Constantine and F. Martinson (Eds.), Children and Sex. Boston: Little, Brown and Company
- Chantry, K. y Craig, RJ (1994). Tipologías de MCMI de delincuentes sexuales criminales. Adicción sexual y compulsividad, 1 (3), 215-226.
- Díaz L.,Piñella P. (2016).*Personalidad y pensamientos automáticos en abusadores sexuales en un centro penitenciario – Chiclayo*. [Tesis de licenciatura]. Facultad

- de Humanidad, Escuela Académica Profesional De Psicología. Universidad Señor de Sipan. Chiclayo – Perú.
- Esbec,E. & Fernández, S (2010). *Aspectos psicopatológicos de la agresión sexual: antecedentes y una revisión sobre las nuevas líneas de investigación.* Psicopatología clínica legal y forense, vol. 1, número 0, 37-59.
- Francia Ch. Coolidge F., White L,Segal D., Estey A.. (2010). *Personality Disorder Profiles In Incarceratedmale Rapists And Child Molesters .* American journal of forensic psychology, 28, 12.
- Garnacho D. (2014). *El agresor sexual ¿nace o se hace?* Recuperado el 15 de julio del 2019 de https://www.upf.edu/documents/3223424/3249234/TFG_Garnacho.pdf/894d66 f1-18ca-4412-b5e8-a222bb4586cd.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación: Roberto Hernández Sampieri, Carlos Fernández Collado y Pilar Baptista Lucio* (6a. ed. --.). México D.F.: McGraw-Hill.
- Hurtado, M. (2017). *Rasgos de personalidad y características descriptivas de los ofensores sexuales en base a la evidencia científica.* Recuperado el 10 de setiembre 2019, de <https://psicosomaticaypsiatria.com/rasgos-personalidad-caracteristicas-descriptivas-los-ofensores-sexuales-base-la-evidencia-cientifica>.
- Joyce, J. (2008). *Child sex offender´s cognitive distortions and related personality traits.* Victoria University of Wellington, Wellington, Nueva Zelanda.
- Kalichman, SC, Szymanowski, D., McKee, G., Taylor, J. y Craig. YO (1989). Racimo subgrupos de perfil MMPI derivados analíticamente de violadores adultos encarcelados. Diario de Psicología clínica, 45 (1), 149-155
- Larrotta R. y Rangel K. (2013). *Agresor sexual aproximación teórica a su caracterización.* Informes psicológicos,13,2,103-120.
- López, N. (2011). “Un patrón complejo de características psicológicas profundamente arraigadas que son en su mayor parte inconscientes y difíciles de cambiar y se expresan automáticamente”. [Tesis de licenciatura]. Universidad abierta Interamericana. Sede regional Rosario. México.
- Marshall, W. L. (2001). *Agresores Sexuales.* Barcelona: Ariel S.A.
- Mejía, U.,Bolaños, J.& Mejia, A. (2015). *Delitos contra la Libertad Sexual.* Acta Medica Peruana, 32, pp.169-172.

- MIMP (2012). Abuso sexual estadísticas para la reflexión y pautas para su prevención. Perú. Corporación Nuevo Milenio.
- Millon, Th. (2007). MCMI-III. Inventario Clínico Multiaxial de Millon. Manual. España. Madrid: TEA.
- Moreno F.(2014). *Perfil de Los Agresores Sexuales*. Recuperado el 19 de julio 2019, de <http://psicologajuridica.org/psj115.html>
- Organización Mundial de la Salud(1992).Trastornos mentales y del comportamiento.España.Madrir.Meditor.
- Ortiz M.,Sanchez L.Cardenal V. (2002).*Perfil psicológico de delincuentes sexuales .Un estudio clínico con el MCMI II de Th. Millon.* Revista de Psiquiatría, Facultad de Medicina de Barcelona, (2002), 29, 3, 144-153.
- Pastrana J.(2007).*La personalidad y sus trastornos.* España. Fundación Arpegio.
- Tuesta M. (2017). *La relación interpersonal en el delito de violación sexual en agravio de menores de edad en el distrito de villa el salvador.* [Tesis de licenciatura]. Facultad de humanidades. Universidad Autónoma del Perú. Lima-Perú.
- Ward, T. (2000). *Sexual offenders' cognitive distortions as implicit theories.* Aggression and Violent Behavior, 5, 491-507.
- Ward, T., Hudson, S. M., & Marshall, W. L. (1995). *Cognitive distortions and affective deficits in sex offenders: A cognitive deconstructionist interpretation.* Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment, 7(1), 67-83.
- Yesuron M. (2015). *Perfil psicopatológico de delincuentes sexuales.* Anuario de investigaciones de la facultad de psicología. Facultad de psicología Universidad Nacional de Córdova. (2015),2,1,192-203.

CASO I

ANAMNESIS

I. DATOS DE FILIACIÓN

- | | |
|-------------------------------|---------------------------------------|
| • Nombres y Apellidos | : S.B. D |
| • Edad | :39 Años |
| • Sexo | : Masculino |
| • Fecha y Lugar de nacimiento | : 07/05/1978 Buenos Aires - Argentina |
| • Grado de instrucción | : 2do de secundaria |
| • Estado civil | : Conviviente |
| • Procedencia | : Argentina |
| • Ocupación | : Artesanía en Centro Penitenciario |
| • Religión | : cristiano |
| • Informantes | : Paciente |
| • Lugar de evaluación | : Servicio Psicológico |
| • Fecha de evaluación | :08/05/2018 |
| • Examinador | : Loayza Llerena Bettsy Grimley |

II. MOTIVO DE CONSULTA

Interno acude al servicio de Psicología del centro penitenciario, refiriendo “sentirse preocupado por su consumo de marihuana ” que es una condición que tiene desde “ya hace varios años y en algunas ocasiones le ha traído consecuencias en su vida y malas relaciones con su familia”.

III. HISTORIA DEL PROBLEMA ACTUAL

Tiempo de la enfermedad: 26 años aproximadamente

Historia de la Enfermedad: La enfermedad del paciente se inicia hace aproximadamente 26 años atrás, cuando el paciente tenía 13 años refiriendo el consumo de marihuana y licor en compañía de amigos “barristas” que frecuentaba siempre ya que “le gustaba mucho apoyar a su equipo favorito”.

El incremento del consumo de marihuana se da a partir de los 24 años de edad donde se dedica al comercio de contrabando. Refiere también que consumía “8 latas de cerveza al día” y era cotidiano en él. A los 27 años tras juntarse con sus amigos y luego de “beber, estos empezaron a robar establecimientos de manera rápida y seguida” en ese momento no participa de la acción, pero al ver que era fácil decide hacerlo “consigue un carro y

realiza la misma acción ese mismo día”. Unos días después es detenido y posteriormente sentenciado por robo agravado a 5 años de prisión.

A los 32 años junto con su actual pareja tenían destino Colombia, pero al presentarse una oportunidad de trabajo en Perú deciden quedarse en Camana. El 28 de abril del 2012 “tras llevar 3 días consumiendo alcohol con su pareja y 3 ancianos de 70,76 y 90 años” en un hotel y bajo el efecto del alcohol y drogas “se percata que uno de los ancianos estaba manoseando a su pareja” es por ello que “reacciona cogiendo un fierro “cincel”, empieza a atacar a los ancianos, posterior aparece el tercer anciano, lo coge del cuello dejándole casi “inmóvil” es allí donde su pareja de 19 años “golpea con una comba la cabeza de este, y dejándolo muerto al instante”.

IV. ANTECEDENTES PERSONALES

1. Período del desarrollo

A. Etapa pre-natal: Embarazo o gestación

Paciente desconoce datos con respecto a su etapa Pre-Natal; no se sabe si la madre acudió a controles prenatales, o haber presentado dificultades durante el embarazo.

B. Etapa Natal: Parto

Nacido de parto eutóxico, se desconoce el tipo de atención que recibió, se desconoce el peso al nacer. Recibió lactancia materna hasta los 9 meses donde paciente refiere haber sido abandonado y adoptado a esa misma edad.

C. Etapa Post-Natal

Consideraciones Generales

Paciente refiere que recibió leche materna solo hasta los 9 meses, fecha en el cual es abandonado por sus padres bilógicos quedando al cuidado de sus “abuelos adoptivos”, desconoce la calidad de interacción del paciente con sus padres en el aprendizaje de comer y controlar esfínteres.

Desarrollo psicomotor

Madre adoptiva refirió al paciente que su “desarrollo psicomotor fue adecuado”. Camino y hablo aproximadamente al cumplir el año de edad. No hay presencia de enuresis ni encopresis.

Rasgos neuropáticos

Paciente refiere haber tenido pesadillas y somniloquios en su infancia, refiere que hubo presencia de pataletas, pero estas “eran cuando no le daban lo que deseaba” y

eran en menor intensidad pues el paciente no se consideraba una “niño problemático” pero si se consideraba “inquieto”. Vivía con “padres adoptivos” era obediente y responsable, hacia todo lo que se le encargaba, recibía castigos físicos esporádicamente “cuando se portaba mal”.

D. Etapa escolar

Paciente refiere haber ingresado a los 6 años de edad a la escuela donde se considera haber sido un niño “inquieto”, tenía muchos amigos “ya que le gustaba integrarse a grupos que le llamaban la atención”. Durante su etapa escolar tuvo un rendimiento regular, cumplía con las normas de la escuela, no recibió quejas por parte de los docentes y no repite de año. Ingresa a la secundaria a los 12 años, el primer año se involucra con amigos “barristas”, le gustaba mucho el “futbol” en ese mismo año empieza la “ingesta de alcohol y marihuana” influenciado por sus amigos, empezó a faltar al colegio, donde refiere “irse de pera con amigos, amigas” motivo por el cual “abandona el primer año de secundaria a los 13 años”, dedicándose posterior a trabajar con su padre. A los 16 años decide culminar su primer año de secundaria en un colegio nocturno, llegando así al segundo año, mas no “culmina su etapa secundaria”.

E. Desarrollo y la función sexual

El paciente empieza a percibir la diferencia de sexo a la edad de los 4 años aproximadamente. Empieza a tener cambios corporales a la edad de 11 años, existió la presencia de conducta masturbatoria a la edad de 12 no se especifica la frecuencia y duración de esta, siendo en la misma edad la presencia de pornografía. Durante la infancia el paciente niega haber sufrido tocamientos indebidos o abuso sexual.

2. Aspectos fisiológicos

Paciente refiere que durante su adolescencia tuvo “amigas con derecho”, no recuerda cuantas fueron; se inicia sexualmente a los 13 años “se dio en el momento no fue algo planeado”, tuvo “muchas parejas sexuales ocasionales” y relaciones cortas. Considera haber tenido dos parejas de relación estable siendo la primera los 20 años donde convivía con su pareja por dos años, y la segunda relación empezó a los 27 años quien ya tiene una relación de 11 años.

3. Aspecto psicosexual y matrimonio

Paciente manifiesta que siempre tuvo “amigas con derecho”, con las cuales mantuvo relaciones sexuales, en ocasiones sin algún método anticonceptivo. A los 17 años toma la decisión de convivir con una “mujer de 16 años” durando la relación un mes separándose por causas de infidelidad. Frecuentaba “discotecas” donde conocía “damas de compañía” y al no utilizar preservativos, siempre se sentía “angustiado” por contraer alguna enfermedad es por ello que acudía a “campañas de despistaje”. Inicia una relación a los 20 años con la cual convive por 2 años separándose por motivos de trabajo, y posterior a los 27 hasta la actualidad convive con su pareja actual que se encuentra recluida en el penal de mujeres con la cual tiene una hija de 11 años.

A. Historia de la recreación y de la vida

En la infancia fue un niño obediente, responsable, inquieto, ayudaba en los quehaceres de la casa, le gustaba jugar con los animales pues vivía en el campo “sus padres se dedicaban a la crianza de bovinos”, hacia berrinches cuando no le otorgaban las cosas deseadas y esporádicamente recibía castigos por su mala conducta. Refiere que le gustaba “andar a caballo” y en una ocasión, tomo el caballopreciado por su padre “lo monto y en el transcurso de la caminata el caballo metió la pata a un hueco” “quebrándose la pata”; su padre se “molesto mucho” con él, posterior tuvo que sacrificar al caballo. A los 13 años sale a “cazar con una escopeta” no dándose cuenta que al disparar estaba su “su perro” dándole un tiro en las costillas y “este muriendo instantáneamente” estos dos hechos los recuerda vivamente ya que ambos animales eran muy queridos por su padre generando en este malestar. Le gustaba frecuentar con amigos “barristas” para alentar a su equipo de “futbol”.

B. Actividad laboral

Al dejar la secundaria a los 13 años se dedica a ayudar a su padre en la “colocación de mayólicas” hasta los 16 años, a los 17 se va a vivir solo afianzándose esta actividad para su ingreso salarial. Se dedicó a la construcción, venta de artefactos en la calle, tenía contratos eventuales de duración de 3 meses y 6 meses. A los 24 años viaja a Paraguay y Bolivia para la compra de contrabando generándole buenos ingresos salariales. Considera que su oficio de siempre fue la colocación de mayólicas incluso antes de su internamiento en el penal. Dentro del penal se dedica a elaborar artesanías para posterior venderlas.

C. Servicio militar

No realizo servicio Militar

D. Religión

De religión Cristiana, precisa tener prácticas religiosas esporádicamente.

E. Hábitos e influencias nocivas o tóxicas

- **Alimenticios:** Manifiesta cumplir con sus horarios de alimento, no hace dietas, pero tiene un bajo peso producto del consumo de sustancias así mismo se da “atracones de comida”.
- **Sueño:** El horario de descanso no es reglamentado, pues ocasiones lo hace a partir de las 9 a 11 horas pm.
- **Aseo:** No se precisa, pero en la primera sesión se ve un poco descuidado; no obstante en las siguientes entrevistas este viene aliñado y bien vestido.
- **Alcohol:** Inicio del consumo de licor es a la edad de 13 años, el cual fue incrementado progresivamente, refiere que a los 17 años “tenía una refrigeradora pequeña” pero llena de latas de cerveza el cual consumía por lo menos 8 latas diarias.
- **Cigarro:** hay consumo
- **Otras sustancias tóxicas:** Marihuana inicio de consumo a los 13 años, hasta la actualidad, refiere que por las mañanas lo hace para poder trabajar. En el penal se dio también su consumo de “cocaína”.

4. Antecedentes Mórbidos Personales

A. Enfermedades y accidentes

No se precisa si durante los primeros años de vida sufrió alguna enfermedad grave o algún accidente significativo más si refiere el paciente sufrir de “gastritis” y que un tiempo estuvo recibiendo medicamentos.

B. Personalidad Premórbida

En la infancia fue un niño inquieto, no tenía un grupo estable de interacción, a los 13 años se inicia en el consumo de alcohol y marihuana mismo año donde deja el “colegio” a los 16 años se va a vivir solo donde empieza a consumir “cerveza” a los 24 años se incrementa el consumo de marihuana hasta la actualidad.

V. ANTECEDENTES FAMILIARES

1. Composición familiar

- Es hijo adoptivo de “abuelos adoptivos” desde que él tenía 9 meses, así mismo desconoce a sus padres biológicos y refiere no tener hermanos.
- El padre adoptivo estudio hasta la primaria se dedicaba a la crianza y comercio de bovinos, el cual era muy “estricto y directo” pues desde que tiene uso de razón el paciente refiere “saber que era un hijo adoptado”.
- La madre tiene 82 años se encuentra en Argentina, bajos el cuidado de sus sobrinos de la misma.
- Pareja actual de 26 años se encuentra en el penal de mujeres, recluida por el mismo delito.
- Hija de 10 años se encuentra en Argentina bajo el cuidado de sus abuelos maternos, desconoce su la situación penitenciaria de sus padres.

2. Dinámica familiar

Sus padres “son de campo” “apegados a las reglas” en algunas circunstancias, su “padre utilizaba palabras que lo hacían sentir mal” aun así paciente refiere haber sido más cercano a el que a su madre”. Se conoce con su pareja actual a los 27 años donde ella tenía 16 años concibiendo a su primogénita que actualmente tiene 10 años.

3. Condición socioeconómica

Paciente se encuentra recluido en el penal de Socabaya –Arequipa con una sentencia de 35 años, no ahorra el dinero que le genera la venta de sus artesanías pues lo usa “para comprar marihuana” su ingreso es inferior a la mitad del sueldo mínimo, no recibe apoyo por parte de su familia, y durante estos años en su estadía en el penal “no tiene visita familiar”. Su hija se encuentra bajo el cuidado de sus abuelos maternos quienes se encargan de cubrir sus necesidades básicas de esta.

4. Antecedentes patológicos

No refiere datos pues desconoce a sus padres biológicos.

VI. RESUMEN

Paciente de 39 años natural de Buenos Aires Zarate- Argentina, hijo adoptivo desde los 9 meses por los padres adoptivos de su “padre biológico”. Actualmente recluido en el centro penitenciario por una sentencia de 35 años a causa del asesinato de 3 ancianos bajo el delito de homicidio calificado. Paciente refiere haber ingresado a los 6 años de edad a la escuela donde se considera haber sido un niño “inquieto”, tenía muchos amigos “ya que le gustaba integrarse a grupos que le llamaban la atención”. A los 12 años ingresa al colegio donde se involucra con amigos “barristas” fanáticos de un equipo de futbol, en ese mismo año empieza la “ingesta de alcohol y marihuana” influenciado por sus amigos, empezó a faltar al colegio, motivo por el cual “abandona el primer año de secundaria a los 13 años”. A la edad de 13 años se inicia su vida sexual y teniendo relaciones cortas. Parte de su juventud y adulterz frecuentaba “discotecas” donde conocía “damas de compañía” y al no utilizar preservativos, siempre se sentía “angustiado” por contraer alguna enfermedad infecto contagiosa es por ello que acudía a “campañas de despistaje”.

El incremento del consumo de marihuana se da a partir de los 24 años de edad donde se dedica al comercio de contrabando. Refiere también que consumía “8 latas de cerveza al día” y era cotidiano en él. A los 27 años es detenido y posteriormente sentenciado por robo agravado a 5 años de prisión. Existe el consumo de marihuana y alcohol desde los 13 años hasta la actualidad. A los 32 años junto a su actual pareja cometan homicidio en la ciudad de Camana, sentenciados posteriormente, no recibe apoyo por parte de su familia, no tiene buenos ingresos económicos, su hija “no sabe que se encuentran en un penal” piensa que se encuentran trabajando en Perú.

10 de agosto del 2018

Bettsy Grimley Loayza Llerena
Bachiller en Psicología

EXAMEN MENTAL

I. DATOS DE FILIACION

• Nombres y Apellidos	: S.B. D
• Edad	:39 Años
• Sexo	: Masculino
• Fecha y Lugar de nacimiento	: 07/05/1978 Buenos Aires - Argentina
• Grado de instrucción	: 2do de secundaria
• Estado civil	: Conviviente
• Procedencia	: Argentina
• Ocupación	: Artesanía en Centro Penitenciario
• Religión	: cristiano
• Informantes	: Paciente
• Lugar de evaluación	: Servicio Psicológico
• Fecha de evaluación	:08/05/2018
• Examinador	: Loayza Llerena Bettsy Grimley

II. PORTE , COMPORTAMIENTO Y ACTITUD

Paciente de 39 años de edad, aparenta la edad que refiere, es de contextura delgada, estatura alta aproximadamente 1.80 m. Posee tez blanca; sus ojos son de color verde, su cabello es ligeramente corto y rizado de color negro; su postura es encorvada y de marcha rápida. Vestimenta acorde al lugar en el que se encontraba, aliñado, aseado. Se observa en su expresión facial tristeza, preocupación y apatía, en algunos breves momentos mostró expresiones faciales de alegría.

Al inicio de la entrevista se mostró un apático e indiferente ya que refiere que un día anterior había sido su cumpleaños y esto le recordaba un año más en la cárcel, aun así se expresaba de manera espontánea. Presento movimientos constantes de las manos, mantiene contacto ocular; hace gestos de negación con las manos y cabeza, su tono de voz se tornó baja, lacónica cuando se tocó temas relacionados a la dinámica familiar. Al finalizar se despidió cordial y amablemente.

III. CONCIENCIA, ATENCIÓN Y ORIENTACIÓN

1. Conciencia o estado de alerta

Paciente en estado de alerta, no presenta fluctuaciones en su estado de atención, hay comprensión ante las preguntas realizadas; conectado adecuadamente con su entorno y realidad, así también paciente se encuentra consciente de su situación actual.

2. Atención

Paciente presenta una adecuada atención y concentración a los procedimientos e interrogantes que se le hizo. Asimismo, durante la entrevista su atención sostenida se mantuvo constante, ya que tuvo la capacidad de mantener una respuesta de forma consciente durante un periodo de tiempo prolongado a la entrevista y a la resolución de las pruebas. Su atención selectiva fue adecuada ya que mantuvo la capacidad para seleccionar, de entre varios posibles estímulos, como ruidos, la información relevante como las interrogantes planteadas así como los trabajos en cada prueba, inhibiendo la atención a unos estímulos mientras se atiende al entrevistador.

3. Orientación

Orientado en tiempo, espacio, lugar y orientado con respecto a su persona refiriendo nombre, edad, ocupación lo cual se corrobora con interrogantes acerca de la fecha, el lugar de evaluación, la hora etc.; así mismo posee orientación respecto a otras personas con el reconocimiento de familiares y personal profesional.

IV. LENGUAJE

Presenta una fluidez verbal con un ritmo fluido, ligero, modulado y animado condicionante de una buena comunicación. El volumen de la voz apropiado al tipo de conversación que mantiene con el profesional, existe comprensión del lenguaje semántico; hace uso de un lenguaje coherente, coloquial y espontáneo. Su discurso es normal, en cuanto al lenguaje receptivo, entiende correctamente lo que escucha y lee ya que se le pide al paciente que ejecute órdenes verbales o escritas lo que demuestra que entiende correctamente. En lenguaje expresivo, paciente se hace entender correctamente, utilizando diferentes palabras y expresiones.

V. PENSAMIENTO

Curso de pensamiento es coherente y organizado pues mantiene una conversación adecuada con el entrevistador, no existe fuga de ideas, en cuanto al contenido del pensamiento no presenta ideas obsesivas ni delirantes así mismo existe preocupación referido ámbito familiar en especial relacionado a su hija de 11 años que se encuentra en argentina y “no sabe que se encuentra en un penal pues piensa que está trabajando en el Perú”.

VI. PERCEPCIÓN

Presenta una percepción selectiva, pues percibe aquellos mensajes a que está expuesto según sus intereses, valores y necesidades elaborando juicios de valor. El paciente se percibe así mismo como alguien que no demuestra sus sentimientos y problemas a los demás, “además considera que su consumo de drogas a afectado su relación con su familia”.

VII. MEMORIA

Memoria remota conservada pues recuerda aspectos de su identidad personal, nombres de sus padres, y escolaridad, memoria reciente conservada, recuerda hechos ocurridos hace algunas horas la evaluación de esta capacidad se realiza mediante ejercicios respondiendo en cada uno de ellos de manera adecuada en la memoria episódica, recuerda y evoca adecuadamente circunstancias que le sucedieron en el pasado, no obstante en su memoria de corto plazo existe una ligera alteración.

VIII. FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL

Se tomará el grado de instrucción del interno ya que de ello dependerá su comprensión de la palabras y significados, en base a esto, el interno evaluado, comprende ciertas palabras, desconoce algunos significados y realiza preguntas respecto a los mismos, retiene información que es de su interés, la manifestación del lenguaje es sencillo y carece de términos abstractos.

IX. ESTADO DE ÁNIMO Y AFECTOS

De estado de ánimo apático, preocupado, no existe fluctuación entre el júbilo y tristeza, se puede observar un rostro apático con voz monótona, ausencia de gestos faciales, manifiesta estar tranquilo.

X. COMPRENSIÓN Y GRADO DE INCAPACIDAD DEL PROBLEMA.

Es consciente del problema y si situación actual, pues manifiesta conocer los efectos que puede acarrear a futuro el consumo de drogas considerando el lugar donde se encuentra.

XI. RESUMEN

Paciente de 39 años de edad, aparenta la edad que refiere, es de contextura delgada, estatura alta aproximadamente 1.80 m. Posee tez blanca; sus ojos son de color verde, su cabello es ligeramente corto y rizado de color negro; su postura es encorvada y de marcha rápida. Paciente en estado de alerta, no presenta fluctuaciones en su estado de atención, hay comprensión ante las preguntas realizadas; conectado adecuadamente con su entorno y realidad. Orientado en tiempo, espacio, lugar y orientado con respecto a su persona y posee orientación respecto a otras personas con el reconocimiento de familiares y personal profesional.

Presenta una fluidez verbal con un ritmo fluido, ligero, modulado y animado condicionante de una buena comunicación, entiende correctamente lo que escucha y lee ya que se le pide al paciente que ejecute órdenes verbales o escritas lo que demuestra que entiende correctamente. Curso de pensamiento es coherente y organizado pues mantiene una conversación adecuada con el entrevistador, no existe fuga de ideas, en cuanto al contenido del pensamiento no presenta ideas obsesivas ni delirantes así mismo existe preocupación referido ámbito familiar. Presenta una percepción selectiva, pues percibe aquellos mensajes a que está expuesto según sus intereses, valores y necesidades elaborando juicios de valor. Memoria remota conservada pues recuerda aspectos de su identidad personal, nombres de sus padres, y escolaridad, memoria reciente conservada, recuerda hechos ocurridos hace algunas horas recuerda y evoca adecuadamente circunstancias que le sucedieron en el pasado, no obstante en su memoria de corto plazo existe una ligera alteración. De acuerdo a su grado de instrucción el interno evaluado, comprende ciertas palabras, desconoce algunos significados y realiza preguntas respecto a los mismos, retiene información que es de su interés, la manifestación del lenguaje es sencillo y carece de términos abstractos. De estado de ánimo apático, preocupado, es consciente del problema y si situación actual, pues manifiesta conocer los efectos que puede acarrear a futuro el consumo de drogas considerando el lugar donde se encuentra.

10 de agosto del 2018

Bettsy Grimley Loayza Llerena

Bachiller en Psicología

INFORME PSICOMETRICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

- Nombres y Apellidos : S.B. D
- Edad : 39 Años
- Sexo : Masculino
- Fecha y Lugar de nacimiento : 07/05/1978 Buenos Aires - Argentina
- Grado de instrucción : 2do de secundaria
- Estado civil : Conviviente
- Procedencia : Argentina
- Ocupación : Artesanía en Centro Penitenciario
- Religión : cristiano
- Informantes : Paciente
- Lugar de evaluación : Servicio Psicológico
- Fecha de evaluación : 08/05/2018
- Examinador : Loayza Llerena Bettsy Grimley

II. MOTIVO DE EVALUACION

Exploración de áreas como personalidad, inteligencia, organicidad, con el fin obtener resultados en base a ellos para realizar acciones que puedan ayudar a la recuperación de la problemática.

III. OBSERVACION DE LA CONDUCTA

Durante las sesiones de evaluación paciente se mostró con un ánimo cooperador, participativo, no obstante en las primeras sesiones se le observaba ansioso y dudoso. No hubo ningún percance durante las evaluaciones, puestas se realizaban en el consultorio psicológico sin ninguna interrupción de elementos exteriores.

IV. TECNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

1. Observación
2. Entrevista
3. Pruebas psicológicas:
 - A. Test de inteligencia no verbal RAVEN- Escala General
 - B. Inventario Clínico Multiaxial de Millon -III
 - C. Test gestáltico de Bender KOPPITZ- 2

V. ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

A. Test De Inteligencia No Verbal RAVEN

De acuerdo con la aplicación de la prueba Raven, la capacidad para la resolución de problemas del sujeto corresponde a un rango intelectual de término medio, observando que en las matrices A y B puede integrar o cerrar una figura inconclusa es decir es capaz de percibir las semejanzas, diferencias, simetría y continuidad de las partes en relación en la estructura o forma del todo, no obstante en las matrices C, D y E se observa una disminución en la capacidad de resolución de problemas ya estas exigen razonamiento y operaciones analíticas de educación, de pensar y discernimiento, posiblemente inferior al término medio porque existe el factor de consumo de sustancias desde los 13 años y su secundaria incompleta.

SUB TEST	PTJE BRUTO	% PARCIAL	CATEGORIA
A	10	83	Término medio
B	10	83	
C	7	58	
D	9	75	
E	2	17	
TOTAL CI	38	50	

B. Inventario Clínico Multiaxial De Millón – III

Patrones Clínicos de Personalidad	PD	T	INDICADOR
6ª Antisocial	15	77	Moderado
Síndromes Clínicos			
Dependencia de Alcohol	9	80	Moderado
Dependencia de Sustancias	14	80	Moderado

Con respecto a la personalidad antisocial, se considera que el evaluado solo al tener secundaria incompleta, la presencia de consumo de marihuana y alcohol desde adolescente, así mismo el tiempo de su conducta criminal como el abandono en su niñez, la incapacidad de cumplir con sus obligaciones laborales, educacionales debido a su constante consumo de sustancias, hacen que comparten características propias de este tipo de personalidad.

C. Test Gestáltico De BENDER KOPPITZ- 2

Puntaje Bruto	Índice Viso Motor	Puntuación descriptiva
36	109	Promedio

Tiene una capacidad Viso Perceptual promedio adecuado para su edad, pues tiene la habilidad de relacionar estímulos visuales con respuestas motoras de una manera precisa y apropiada, así mismo un nivel adecuado para la coordinación motora fina.

Indicadores Emocionales

Tamaño Pequeño: asociado a conductas de restricción y ansiedad.

VI. RESUMEN

De acuerdo con la aplicación de la prueba Raven, la capacidad para la resolución de problemas del sujeto corresponde a un rango intelectual de término medio, ya que es capaz de percibir las semejanzas, diferencias, simetría y continuidad de las partes en relación en la estructura o forma del todo, pero se observa una disminución en la capacidad de razonamiento y operaciones analíticas de educación, de pensar y discernimiento, posee la habilidad de relacionar estímulos visuales con respuestas motoras de una manera apropiada; se considera que el evaluado solo al tener secundaria incompleta, la presencia de consumo de marihuana y alcohol desde adolescente, así mismo el tiempo de su conducta criminal como el abandono en su niñez, la incapacidad de cumplir con sus obligaciones laborales, educacionales debido a su constante consumo de sustancias , hacen que compartan características propias de la personalidad antisocial.

10 de Agosto del 2018

Bettsy Grimley Loayza Llerena

Bachiller en Psicología

INFORME PSICOLÓGICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

- Nombres y Apellidos : S.B. D
- Edad : 39 Años
- Sexo : Masculino
- Fecha y Lugar de nacimiento : 07/05/1978 Buenos Aires - Argentina
- Grado de instrucción : 2do de secundaria
- Estado civil : Conviviente
- Procedencia : Argentina
- Ocupación : Artesanía en Centro Penitenciario
- Religión : cristiano
- Informantes : Paciente
- Lugar de evaluación : Servicio Psicológico
- Fecha de evaluación : 08/05/2018
- Examinador : Loayza Llerena Bettsy Grimley

II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente acude al servicio de Psicología del INPE refiriendo “sentirse preocupado por su consumo de marihuana” que es una condición que tiene desde “ya hace varios años y en algunas ocasiones le ha traído consecuencias en su vida y malas relaciones con su familia”

III. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

Paciente de 39 años natural de Buenos Aires Zárate- Argentina, hijo adoptivo desde los 9 meses por los padres adoptivos de su “padre biológico”. Actualmente recluido en el centro penitenciario por una sentencia de 35 años a causa del asesinato de 3 ancianos bajo el delito de homicidio calificado. Paciente refiere haber ingresado a los 6 años de edad a la escuela donde se considera haber sido un niño “inquieto”, tenía muchos amigos “ya que le gustaba integrarse a grupos que le llamaban la atención”. A los 12 años ingresa al colegio donde se involucra con amigos “barristas” fanáticos de un equipo de fútbol, en ese mismo año empieza la “ingesta de alcohol y marihuana” influenciado por sus amigos, empezó a faltar al colegio, motivo por el cual “abandona el primer año de secundaria a los 13 años”. A la edad de 13 años se inicia su vida sexual y teniendo relaciones cortas. Parte de su juventud y adulterez frecuentaba “discotecas” donde conocía “damas de

compañía” y al no utilizar preservativos, siempre se sentía “angustiado” por contraer alguna enfermedad infecto contagiosa es por ello que acudía a “campañas de despistaje”.

El incremento del consumo de marihuana se da a partir de los 24 años de edad donde se dedica al comercio de contrabando. Refiere también que consumía “8 latas de cerveza al día” y era cotidiano en él. A los 27 años es detenido y posteriormente sentenciado por robo agravado a 5 años de prisión. Existe el consumo de marihuana y alcohol desde los 13 años hasta la actualidad. A los 32 años junto con su actual pareja cometieron homicidio en la ciudad de Camana, sentenciados posteriormente, no recibe apoyo por parte de su familia, no tiene buenos ingresos económicos, su hija “no sabe que se encuentran en un penal” piensa que se encuentran trabajando en Perú.

IV. OBSERVACIONES CONDUCTUALES

Daniel de 39 años de edad, aparenta la edad que refiere, es de contextura delgada, estatura alta aproximadamente 1.80 m. Posee tez blanca; sus ojos son de color verde, su cabello es ligeramente corto y rizado de color negro; su postura es encorvada y de marcha rápida. Paciente en estado de alerta, no presenta fluctuaciones en su estado de atención, hay comprensión ante las preguntas realizadas; conectado adecuadamente con su entorno y realidad. Orientado en tiempo, espacio, lugar y orientado con respecto a su persona y posee orientación respecto a otras personas con el reconocimiento de familiares y personal profesional.

Presenta una fluidez verbal con un ritmo fluido, ligero, modulado y animado condicionante de una buena comunicación, entiende correctamente lo que escucha y lee ya que se le pide al paciente que ejecute órdenes verbales o escritas lo que demuestra que entiende correctamente. Curso de pensamiento es coherente y organizado pues mantiene una conversación adecuada con el entrevistador, no existe fuga de ideas, en cuanto al contenido del pensamiento no presenta ideas obsesivas ni delirantes así mismo existe preocupación referido ámbito familiar. Presenta una percepción selectiva, pues percibe aquellos mensajes a que está expuesto según sus intereses, valores y necesidades elaborando juicios de valor. Memoria remota conservada pues recuerda aspectos de su identidad personal, nombres de sus padres, y escolaridad, memoria reciente conservada, recuerda hechos ocurridos hace algunas horas recuerda y evoca adecuadamente circunstancias que le sucedieron en el pasado, no obstante en su memoria de corto plazo existe una ligera alteración. De acuerdo a su grado de instrucción el interno evaluado,

comprende ciertas palabras, desconoce algunos significados y realiza preguntas respecto a los mismos, retiene información que es de su interés, la manifestación del lenguaje es sencillo y carece de términos abstractos. De estado de ánimo apático, preocupado, es consciente del problema y si situación actual, pues manifiesta conocer los efectos que puede acarrear a futuro el consumo de drogas considerando el lugar donde se encuentra.

V. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

1. Observación
2. Entrevista
3. Pruebas psicológicas:
 - A. Test de inteligencia no verbal RAVEN- Escala General
 - B. Inventario Clínico Multiaxial de Millon -III
 - C. Test gestáltico de Bender KOPPITZ- 2

VI. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Paciente de 39 años de edad, orientado en persona espacio y tiempo, de altura aproximada 1.80 m, de ojos verdes claro, pelo rizado posee la capacidad para la resolución de problemas , teniendo así un rango intelectual de término medio, no posee alteración a nivel orgánico, la presencia de consumo de marihuana y alcohol desde adolescente, el tiempo de su conducta criminal como el abandono en su niñez, la incapacidad de cumplir con sus obligaciones laborales, educacionales debido a su constante consumo de sustancias, hacen que comparten características propias de la personalidad antisocial.

VII. CONCLUSIÓN DIAGNOSTICA

- Trastorno de la personalidad antisocial 301.7 DSM-V (F60,2 CIE 10)
- 304.30 DSM-V (CIE 10 F12.20) Trastorno por consumo de Cannabis Moderado.

El evaluado presenta vulneración a los derechos de los demás, incumplimiento de normas sociales, así mismo una marcada impulsividad con conducta agresiva, presenta irresponsabilidad en el ámbito laboral y económico, ausencia de remordimiento es indiferente al sufrimiento de los demás careciendo de empatía hacia la víctima.

VIII. PRONOSTICO

RESERVADO.

IX. RECOMENDACIONES

- Intervención cognitivo conductual de manera interdisciplinaria para disminuir conductas de aislamiento, así como la participación del interno para colaborar en la mejora de sus comportamientos dentro de su entorno.
- Asistir a un programa multidisciplinario para el contrarrestar el consumo de sustancias.
- Participar en programas PIN de su respectivo pabellón.
- Continuar con su seguimiento psicológico.

10 de agosto del 2018

Bettsy Grimley Loayza Llerena
Bachiller en Psicología

PLAN PSICOTERAPÉUTICO

I. DATOS GENERALES

- Nombres y Apellidos : S.B. D
- Edad : 39 Años
- Sexo : Masculino
- Fecha y Lugar de nacimiento : 07/05/1978 Buenos Aires - Argentina
- Grado de instrucción : 2do de secundaria
- Estado civil : Conviviente
- Procedencia : Argentina
- Ocupación : Artesanía en Centro Penitenciario
- Religión : cristiano
- Informantes : Paciente
- Lugar de evaluación : Servicio Psicológico
- Fecha de evaluación : 08/05/2018
- Examinador : Loayza Llerena Bettsy Grimley

I. DIAGNOSTICO

- Trastorno de la personalidad antisocial 301.7 DSM-V (F60,2 CIE 10)
- 304.30 DSM-V (CIE 10 F12.20) Trastorno por consumo de Cannabis Moderado.

II. OBJETIVO GENERAL

Lograr que el Interno mediante terapia Cognitivo Conductual, internalice la disminución de sustancias psicoactivas con el fin de dejar de ser dependiente de esta, así como lograr que identifique conductas adecuadas y ponga en práctica en su entorno respecto al cumplimiento de las normas de la sociedad.

1. Reconocer la minimización de la agresión, mejorar la empatía con la víctima, cambiar las creencias y actitudes distorsionadas.
2. Mejorar habilidades de relación, solución de problemas, control de la ira.

III. DESCRIPCIÓN DEL PLAN TERAPÉUTICO

SESIONES	TECNICA	DURACIÓN	OBJETIVOS
I SESIÓN	Establecer la relación terapéutica	45 minutos	Lograr que el paciente se sienta cómodo en la primera sesión, dependerá como el interno se involucra con esta, para poder identificar aspectos importantes para las futuras sesiones.
II SESIÓN	Empatía	45 minutos	Mejorar la empatía con la víctima. Mediante dilemas morales. Entender qué es la empatía. Identificar quiénes son las víctimas. Conocer los daños causados a las víctimas. Conectar emocionalmente con víctimas, desde la propia experiencia o por personas próximas al interno. Tácticas para aumentar la empatía hacia los demás.
III SESIÓN	Entrenamiento en habilidades sociales	45 minutos	Aquí se plantean los objetivos sociales que el interno quiere alcanzar respecto a su familia y amistades, relaciones íntimas; el interno debe realizar una lista de las cosas que quiere cambiar y se deberá poner tareas graduales para conseguir dichas acciones.
IV SESIÓN	Alcoholismo y drogas (I).	45 minutos	Dar información básica sobre las consecuencias del alcohol y las drogas en la conducción. Explicación de los conceptos: abstinencia, uso, trastorno por abuso y trastorno por dependencia del alcohol y las drogas. Encaminar al interno hacia la toma de conciencia de su situación particular con las drogas y el alcohol.

	Alcoholismo y drogas (II).	45 minutos	Entender los procesos de cambio habituales en problemáticas con drogas y alcohol. Ayudar al interno a situarse en qué fase o proceso de cambio se encuentran en relación con su problemática en drogas Informarles sobre los recursos intra y extra penitenciarios en la problemática con drogas.
V SESIÓN	Autoregistro y Modificación cognitiva	45 minutos	<p>El autoregistro se utiliza para que el paciente identifique las acciones correctas e incorrectas con respecto al consumo de sustancias y la interacción con personas de su entorno como el involucramiento con actividades participativas del centro penitenciario.</p> <p>Seguido de esto el interno evaluara su autorregistro y con respecto a las acciones correctas irá tomando pensamientos que refuerzen estas acciones, con el fin de disminuir aquellos pensamientos que refuerzen su conducta de asilamiento y consumo de sustancias.</p>

IV. TÉCNICA TERAPÉUTICA A UTILIZAR

- TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL- Individual.

V. TIEMPO DE EJECUCION

El plan psicoterapéutico constara de 6 sesiones, las sesiones a posterior dependerán del avance y logros alcanzados por el interno, poniendo de manifiesto que las personas con trastorno antisocial, no se adaptan a un plan de intervención fácilmente. Se realizará una por semana, oscila de una duración de 45- 60 minutos aproximadamente, la cual se desarrollará en con consultorio psicológico con las adecuadas medidas para su aplicación.

VI. LOGROS OBTENIDOS

- Se ha podido establecer una buena comunicación con el interno, no presenta dificultades para expresarme, cuenta a detalle el delito cometido.
- Manifiesta positivismo para su futura intervención, aceptando la participación en plan psicoterapéutico.

10 de Agosto del 2018

Bettsy Grimley Loayza Llerena

Bachiller en Psicología

ANEXOS



MCMII - III

Inventario Clínico Multiaxial de Millón (II)

Datos socio-demográficos y clínicos

NOMBRE

DANIEL S.B.

Nº DE IDENTIFICACIÓN

--	--	--	--	--	--	--

FECHA DE NACIMIENTO

07 - 05 - 75

SEXO

M	F
X	

1. ESTADO CIVIL,

- No ha estado casado Casado en 1er Matrimonio
 Separado Divorciado
 Viudo Otros (especificar) _____

Casado (segundas nupcias o más)

Vive en pareja

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

- Primarios (hasta 6º grado de Educación Primaria)
 Secundaria completa
 Secundaria incompleta
 Instituto Completo

Instituto Incompleto

Superior Universitario Completo

Superior Universitario incompleto

Otros niveles (indicar) _____

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

- Centro docente (Escuela, Universidad, etc.)
 Ingresado en un centro hospitalario o clínica
 Centros de detención
- Centro de salud
 Orientación o selección profesional
 Otros niveles (indicar) _____

4. LUGAR DE-ORIGEN Y RESIDENCIA

Lugar de Origen

ARGENTINA . Bs. As

Lugar de residencia

--

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

- Matrimonial o familiar Confianza en si mismo Trabajo, estudios, empleo
 Cansancio o enfermedad Soledad Alcohol
 Drogas Problemas mentales Conducta antisocial
 Otros (especificar) _____

OBSERVACIONES:

HOJA DE RESPUESTAS

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

	V	F
1		X
2	X	
3	X	
4		X
5		

	V	F
26		X
27	X	
28	X	
29	X	
30		X

	V	F
51	X	
52	X	
53		X
54		X
55		X

	V	F
76		X
77		X
78		X
79		X
80	X	

	V	F
101	X	
102		X
103		X
104		X
105		X

	V	F
126		X
127		X
128		X
129		X
130	X	

	V	F
151		X
152		X
153		X
154		X
155		X

6	X
7	X
8	X
9	X
10	

31	x
32	X
33	X
34	X
35	X

56	X
57	X
58	X
59	X
60	X

81	X
82	X
83	X
84	X
85	X

106	X
107	X
108	X
109	X
110	X

131	X
132	X
133	X
134	X
135	X

156	X
157	
158	X
159	X
160	X

11	X
12	X
13	
14	X
15	X

36	X
37	X
38	X
39	X
40	X

61	X
62	X
63	X
64	X
65	X

86	X
87	X
88	X
89	X
90	X

111	X
112	X
113	X
114	X
115	X

136	X
137	X
138	X
139	X
140	X

161	X
162	
163	X
164	X
165	X

16	X
17	X
18	X
19	X
20	X

41	X

<tbl_r cells="2" ix="5" maxcspan="



**INSTITUTO NACIONAL PENITENCIARIO
OFICINA REGIONAL SUR AREQUIPA
SUB DIRECCIÓN DE TRATAMIENTO**

Banco N°

Orden N° _____

PROTOCOLO DE PRUEBA DE RAVEN

ESCALA GENERAL

ESCALA GENERAL
Instituto Penitenciario Saraboga.

Instituto Escuela o Clínica

Nombre Davies S.B.

Exp. N° _____

Forma de aplicación:

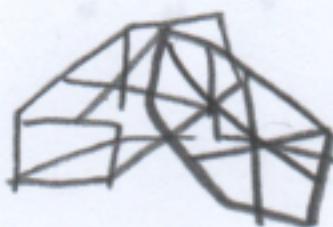
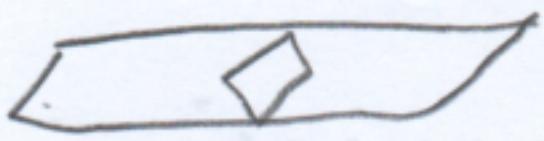
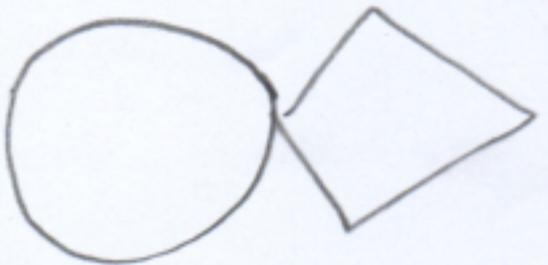
Prueba N° ____

Fecha de Nac.: <u>07-05-78</u>	Motivo de la Apl.: _____
Edad: <u>39</u> años: <u>0</u> meses. Grado: <u>7</u>	Fecha de hoy: <u>9/05/2014</u>
Distrito: <u>✓</u> Escuela: <u>✓</u>	Hora de inic.: _____
Maestra: <u>✓</u>	Duración: _____
	Hora de fin: _____

A		B		C		D		E	
1	4	1	2	1	8	1	3	1	7
2	5	2	6	2	2	2	4	2	3
3	1	3	1	3	3	3	3	3	8
4	2	4	2	4	8	4	7	4	8
5	6	5	1	5	7	5	8	5	7
6	3	6	3	6	4	6	6	6	8
7	6	7	6	7	6	7	5	7	3
8	2	8	6	8	1	8	4	8	6
9	1	9	4	9	8	9	1	9	4
10	3	10	3	10	4	10	8	10	7
11	4	11	1	11	5	11	6	11	1
12	5	12	5	12	3	12	4	12	1
Punt. parc.:	12	Punt. parc.:	10	Punt. parc.:	7	Punt. parc.:	9	Punt. parc.:	3

ACTITUD DEL SUJETO		DIAGNOSTICO	
Forma de trabajo		Edad cron.	Puntaje
		T/minut.	Percent.
Reflexiva	Intuitiva		
Rápida	Lenta		
Inteligente	Torpe		
Concentrada	Distraída		
Disposición			
Dispuesta	Fatigada		
Interesada	Desinteresada		
Tranquila	Intranquila		
Segura	Vacilante		
Perseverancia			
Uniforme	Irregular		
		Diagnóstico	
		Examinador	

DANIEL S.B



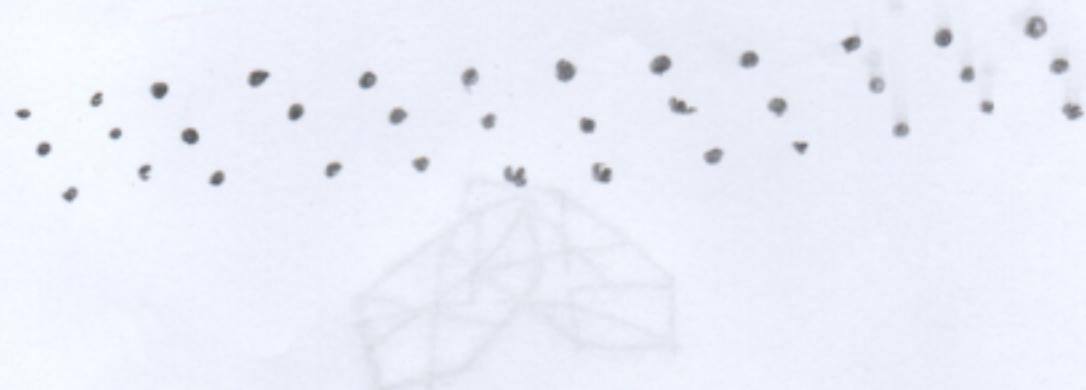
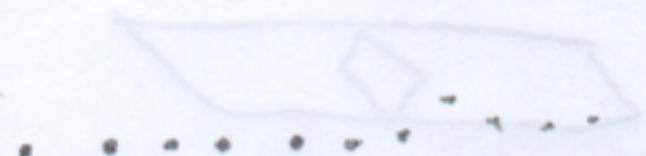
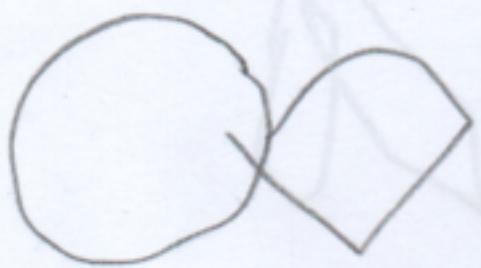
H

G D

B E



DANIEL S.B.



Q D

Q D

CASO II

ANAMNESIS

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos	: Juan C.C.
Edad actual	: 36 años
Sexo	: Masculino
Fecha de nacimiento	: 02 de diciembre de 1983
Lugar de Nacimiento	: Arequipa
Lugar de procedencia	: Arequipa
Grado de instrucción	: 3º de secundaria
Estado civil	: Soltero
Ocupación	: Obrero - artesano en papel
Religión	: católica
Informante	: Paciente y madre
Fecha de la entrevista	: 10 de agosto
Lugar de la entrevista	: Consultorio psicológico de C.P.
Evaluadora	: Bachiller Daniela Zegarra Acosta

II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente llega al consultorio psicológico para realizar seguimiento mensual rutinario, en el trascurso de la conversación expresó sentirse “decaído y triste”, también presenta pensamientos suicidas, refirió “tengo miedo a quedarme solo” “siento que nadie me escucha”.

III. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD Y DEL PROBLEMA ACTUAL

Juan refiere que desde aproximadamente cuatro meses empezó a sentirse triste y a pensar en la muerte, en el sentido de quedarse solo hasta morir, según el paciente todos su problemas iniciaron cuando el 16 de octubre del año 2009 “había tomado y quería seguir tomando invite a un amigo pero me dejó solo, así que fui a un chongo y empecé a tomar solo, como tome mucho comencé a causar alboroto y me sacaron a la fuerza, pero ese día quería estar con una prostituta y como me sacaron me quede con las ganas”, entonces él va en dirección a su casa, según lo que le contaron al día siguiente ,llego a

casa de su madre dejo sus llaves y su celular para salir nuevamente de la casa, refiere no recordar nada de eso, recuerda que se dirigió a casa de su cuñada (hermana de su pareja) quien estaba cuidando a sus hijos ,ya que su esposa se encontraba trabajando, refiere que encontró a su cuñada tomando con unos amigos fuera de la casa ,así que ingreso al cuarto donde estaban sus hijos ,relata “ como estaba con ganas de estar con una mujer vi a mi hija, les hable a mis otros hijos para que salieran ,es ahí cuando aprovechándose de que yo siempre los cambiaba empecé a desvestir a mi hija y para que no gritara le apretaba el cuello”, el interno refiere no recordar si es que logro abusar de su hija , pero es por esta situación que es encarcelado dándole una sentencia de 30 años por la cual ha perdido esperanza en el futuro y piensa constantemente en la idea de “quedarse solo para siempre”.

IV. ANTECEDENTES PERSONALES

a) Etapa Pre-natal

No se pudo recabar información importante del desarrollo prenatal ya que interno fue abandonado en hospital Honorio Delgado al nacer, sin embargo, el medico conto que la madre biológica llego sola al hospital ya con contracciones avanzadas por lo que la atendieron de emergencia ,no hay más información de ella más que su nombre, la mujer aparentaba una edad de 20 a 25 años, era de contextura delgada y se notaba nerviosa y asustada, luego del nacimiento del bebe la mujer desapareció del hospital no dejando ninguna información de cómo hallarla.

b) Etapa Natal

Médico que atendió el parto del niño afirmo a la madre adoptiva que nació mediante parto natural, la madre al parecer era primeriza porque no sabía cómo respirar ni pujar para ayudar al médico a recibir al bebe y solo se limitaba a llorar pese a esto no hubo complicaciones de gravedad en el parto, él bebe nació pesando 3.5 kg, considerado un peso adecuado para un recién nacido, no se tiene información sobre detalles del parto.

c) Etapa Pos-natal

La mujer quien lo adopta estaba acompañando a su novena hija en su labor de parto, cuando es solicitada por uno de los doctores de turno, el cual la conocía por sus constantes visitas al hospital ya que ella padecía de cáncer desde hace unos años y realizaba el tratamiento en ese hospital, este doctor le cuenta la situación del niño que

había sido abandonado y la mujer decide adoptarlo, y firma los papeles necesarios en el hospital para reconocerlo como su hijo.

Es por ello que el paciente reconoce a las personas que lo criaron como su familia, empezando por su madre Marcelina E.C.V. actualmente con ochenta años de edad, quien se hizo cargo de él desde que nació. Paciente recuerda que durante su infancia recibió castigos por parte su madre los cuales fueron muy severos, madre golpeaba a interno con látigo de alambre, y el siente que fue porque madre cargaba mucho estrés y se desquitaba con él. Siempre sintió que sus hermanos adoptivos, los cuales eran once, no lo aceptaban y en ocasiones sentía que madre tenía preferencias hacia uno de ellos el menor.

a) Desarrollo psicomotor

Recuerda que se orinaba en la cama hasta aproximadamente los 8 años, en muchas ocasiones su madre lo castigaba por esta razón, en cuanto a esfínteres anales refiere que tenía control absoluto desde los 4 años.

Interno no recuerda haber tenido de niño ningún problema psicomotor, es más considera que de pequeño se desarrolló más rápido de lo normal y tenía buenas habilidades motoras como saltar de árboles, jugar a las saltar la cuerda etc.

d) Etapa Pre-Escolar y escolar

Empezó a ir a la escuela a la edad de 6 años, refiere no haber tenido dificultades en cuanto a la socialización con sus compañeros, recuerda que la relación con ellos fue buena, y se consideraba un líder entre ellos, refiere también que en ocasiones se encontró con algunos de ellos después de años y sintió aun el afecto hacia ellos sobre todo con excompañeras.

La relación con los profesores era buena según relata, sin embargo, había ocasiones en las cuales él se sentía ansioso y presionado por ellos, generalmente en el cumplimiento de sus deberes. Además, recuerda que le gustaba asistir a la escuela, ya que podía jugar con sus compañeros, terminó satisfactoriamente su primaria en un colegio mixto y fue trasladado a una institución de puros varones para terminar secundaria, sintiéndose mal, y no se adaptó a la nueva situación lo que se reflejó en sus notas descendientes y posteriormente en la pedida del año escolar, es así que él no culmina sus estudios secundarios, alcanzando un nivel de escolaridad tercero de secundaria. En cuanto a los

cursos se sentía más capaz cuando se trataba de un curso de letras sin embargo en cursos como física y matemáticas no rendía adecuadamente.

e) Desarrollo cognoscitivo y psicomotor

Aprendió a leer a los 7 años , no recuerda haber tenido dificultades para esto , en cuanto a la escritura refiere que cometía constantes faltas ortográficas pero si sabía cómo se escribían las palabras , además su letra era muy grande y desordenada por lo que la profesora lo regañaba contantemente , adicional a esto relata que sus cuadernos siempre estaba doblados porque no sabía escribir en la posición correcta por lo que aplastaba las puntas de sus hojas con los codos, motivo por el cual también era castigado por la madre, otro curso que él consideraba difícil y tenía problemas para comprenderlo era matemáticas , ya que se considera “malo es números”

f) Problemas físicos y emocionales

Tuvo enuresis nocturna, hasta los ocho años, solucionándose solo a medida que pasaron las noches, así mismo recuerda escaparse de su casa hasta en tres ocasiones cuando era niño por discusiones castigos de madre, ahora el refiere que lo hacía solo para llamar la atención, cuando se escapaba era encontrado por su madre y castigado más severamente por esa cuestión.

g) Desarrollo y función sexual

En cuanto a su sexualidad refiere que la actitud de su madre hacia el tema siempre fue reservada, ya que madre nunca hablaba de esos temas y los consideraba como tabú , así que recuerda obtener sus primeros conocimientos acerca del sexo y sexualidad a los siete u ocho años cuando unas niñas que vivían alquiladas en su casa le mostraron fotos pornográficas ,además recuerda que en aquella ocasión, las niñas que tenían 10 y 12 años, lo desvistieron, y se empezaron a tocar entre ellas, sin embargo el refiere que en ese momento no significó nada para él ya que no tenía conciencia de lo que estaban haciendo ,viéndolo solo como otro juego. Posteriormente en el colegio a los 12 o 13 años sus compañeros llevaron videos pornográficos lo que ya empezó a despertar su deseo sexual , tuvo su primera enamorada a los 13 años ,a los 15 años empieza a tener relaciones sexuales, siendo su primera vez con una mujer 10 años mayor que él, posteriormente conoce a la madre de sus hijos quien era tres años mayor que él , con la cual mantienen una relación fugaz solo de un mes y queda embarazada , dándole la

noticia de este embarazo cuatro meses después de haber realizado el coito y de haber perdido comunicación con él.

h) Aspecto psicosexual y vida matrimonial

Juan se convierte en padre a los 16 años ,por lo cual refiere que sintió mucha presión por la responsabilidad que asumiría, posteriormente empieza a convivir con la madre de su hija, la relación con su pareja en un primer momento fue buena, pero por el tiempo invertido en su trabajo así como las “malas compañías de este” se fueron alejando de ella, sin embargo, no estaba en sus planes separarse a pesar de que Juan engañaba frecuénteme a su pareja con prostitutas y parejas ocasionales, Juan refiere que al principio de la relación no era violento con su pareja pero a medida pasaban los años y el empezó a tomar, sintió que no tenía paciencia con ella, por ello empezaron a discutir constantemente por cualquier motivo, refiere que no la quería golpearla , pero cuando estaba ebrio no podía evitarlo así mismo refiere que la culpable de esto era ella por meterse a pelear con un hombre borracho, relata que incluso en una ocasión el llegó ebrio a casa empezó fuerte discusión con ella, y aprovechándose de su frágil contextura la obligó a mantener relaciones sexuales a pesar de su negativa, ella nunca lo denunció y él siguió realizando estos actos.

Posteriormente tuvo dos hijos más con su pareja, la relación continuaba pesar de todos los problemas existentes en ella.

i) Actividad Laboral

Empezó a trabajar oficialmente recibiendo remuneración completa desde los 18-19 años, sin embargo anteriormente ayudaba a su madre en ventas, empezó a trabajar como obrero en empresa que procesaba pasta , posteriormente a ello trabajo en empresas agroexportadoras también como obrero, presentando currículos como el refiere “arreglados” en cuanto al grado de instrucción ya que al no haber concluido sus estudios básicos secundarios ,no lo recibían en trabajos formales, a su vez trabajaba ocasionalmente como constructor también refiere que el renunciaba a los trabajos porque siempre tenía la esperanza de “encontrar algo mejor”.

j) Historia militar

De adolescente pensó en convertirse en militar, pero al no terminar sus estudios y necesitar dinero para solventar gastos de su hija desechó la idea. No sacó su libreta militar por lo que tenía la etiqueta de omiso.

k) Religión

Es de religión católica, su madre lo formó en esta religión desde pequeño, llevándolo a misas y haciéndole rezar, a su vez refiere que toca en el coro de la iglesia, sin embargo, no se ha confesado hace más de 10 años, ya que siente que debe estar libre para realizar actividades religiosas así mismo refiere que este aspecto espiritual lo ayuda a estar más calmado y bien consigo mismo.

l) Hábitos e influencia nocivas o toxicas

Interno refirió que hace unos años empezó trabajar en construcción y según refiere, por ello empieza a aumentar su consumo de alcohol excesivamente, luego de terminadas sus jornadas laborales iba a jugar villar con su compañeros de trabajo, posteriormente él y su grupo de amigos empiezan a frecuentar “chongos”, los cuales son establecimientos donde se toma y se puede acceder a servicios sexuales, Juan empezó a visitar constantemente estos lugares, sin importar que sus amigos lo acompañasen o no, tomaba hasta altas horas de la noche y solicitaba servicios sexuales de prostitutas, gastándose según recuerda mucho dinero en ello.

m) Antecedentes mórbidos

Así relata que una noche 16 de octubre del año 2009 “había tomado y quería seguir tomando invite a un amigo pero me dejó solo, así que fui a un chongo empecé a tomar solo, como tome mucho empecé a causar alboroto y me sacaron a la fuerza, pero ese día quería estar con una prostituta y como me sacaron me quede con las ganas”, es así que él se dirige a su casa, según lo que le contaron al día siguiente, llegó a casa de su madre, dejó sus llaves y su celular y salió nuevamente de la casa, refiere no recodar nada de eso, pero si recuerda que se dirigió a casa de su cuñada quien estaba cuidando a sus hijos, ya que la madre de los niños se encontraba trabajando, refiere que encontró a su cuñada libando alcohol fuera de la casa, así que ingreso al cuarto donde estaban sus hijos relata, “como estaba con ganas de estar con una mujer vi a mi hija, y les hable a mis otros hijos para que salieran, es ahí cuando aprovechándome de que yo siempre los cambiaba empecé a desvestir a mi hija y para que no gritara le apretaba el cuello”

En el aquel momento Juan tenía tres hijos la mayor de 9 años fue la agraviada, Juan refiere que entro a la habitación y ya que tenía deseos de mantener relaciones sexuales pensó tenerlas con su hija, luego de sacar a sus hijos de la habitación, que en aquel momento tenían 5 y 1 año de edad, empezó a desvestir a su hija aprovechando que la

niña tenía confianza hacia él ,sin embargo cuando empezó a tocarla bruscamente ella empezó a gritar, por lo que él la sujetó del cuello fuertemente, recuerda que él introdujo el dedo en la vagina de la niña mas no reconoce haberla penetrado, es en ese momento en que entra a la habitación la cuñada y lo encuentra sin polo y la niña desnuda ,empezó a gritar y lo alejó de la niña según interno no recuerda nada más después de eso, despertó al día siguiente en su cama y pareja le aviso que tenía una denuncia por violación, él se rehusó a ir a la comisaría pero su hermano mayor le aconsejó que fuera a arreglar el problema, es así que al acercarse a la comisaría es intervenido y trasladado a la carceleta, posteriormente es internado en el penal de Socabaya, los primeros meses de su pena era visitado constantemente por su entonces aun pareja ,la madre de sus hijos, sin embargo estas se fueron alargando y posteriormente dejando totalmente de visitarlo, interno refiere que en más de una ocasión ha tenido contacto con su hija ,quien él siente no le guarda ningún rencor sin embargo en la actualidad tampoco recibe visitas de ella.

Juan fue sentenciado 30 años, la única persona que lo visita constantemente es su madre, refiere sentir miedo a quedarse solo ya que madre es anciana y no cuenta con apoyo de otros familiares. Actualmente pasa su tiempo haciendo manualidades para vender, así como participa en talleres, aprendió a tocar guitarra dentro del penal por lo que participa activamente en celebraciones religiosas.

V. ANTECEDENTES FAMILIARES

Interno no conoció a padres biológicos, por lo que no podemos saber si hay algún antecedente patológico dentro de la familia.

Creció en familia disfuncional fue criado por la señora Marcelina E.C.L. quien era viuda y tenía diez hijos al momento de adoptarlo, madre era ama de casa, ya que recibía pensión de esposo quien había sufrido accidente en trabajo como controlador de trenes, madre padecía de cáncer, por lo que visitaba constantemente el hospital, consumía alcohol en exceso, sin embargo, fue dejando de beber con el pasar de los años.

A pesar de recibir pensión del difunto esposo, su madre trabajaba vendiendo en Avelino, por lo que Juan siempre la acompañaba a trabajar, refiere que hermana mayor tiene 27 años más que él, sin embargo, siempre se mostó como una mujer celosa, ya que siempre lo tildaba como recogido y arrimado, la figura paterna la obtuvo de su hermano mayor quien tenía 17 años más que él, pero él no se mostró siempre indiferente a él, no lo rechaza pero tampoco lo aceptaba.

Tiene un hermano diez años menor, a quien refiere, madre le dio todo, lo ayudo en estudios, mientras que a él lo hizo trabajar, es por ello que el siempre sintió una preferencia hacia su hermano.

VI. RESUMEN

No se pudo recabar información importante sobre los primeros años de vida, sin embargo recuerda que no tuvo mayores dificultades en el aspecto motor, interno fue abandonado al nacer en hospital Honorio Delgado, y adoptado un una mujer que tenía ya 10 hijos, pasa una infancia difícil en la cual destaca la agresividad de su madre para corregirlo mediante golpes así como observando el consumo excesivo de ella hacia el alcohol Empezó a ir a la escuela a la edad de 6 años , sin tenido dificultades en cuanto a la socialización le gustaba asistir a la escuela, ya que podía jugar con sus compañeros , termino u primaria en un colegio mixto y que trasladado a una institución de puros varones para la secundaria , no adaptándose y siguiendo con la pedida del año escolar, es así que él no culmina sus estudios secundarios ,alcanzando un nivel de escolaridad tercero de secundaria. En cuanto a los cursos se sentía más capaz cuando se trataba de un curso de letras sin embargo en cursos como física y matemáticas no rendía adecuadamente, la relación con los profesores era buena según, había ocasiones sentía presionado por ellos, generalmente en el cumplimiento de sus deberes.

De religión católica, su madre lo formo en esta religión desde pequeño, llevándolo a misas y haciéndole rezar

Empezó a trabajar 18-19 años, ayudaba a su madre en ventas desde temprana edad a esto le atribuye haber dejado de estudiar empezó a trabajar como obrero en empresa que procesaba pollo, trabajo en empresas agroexportadoras también como obrero, presentando currículos como el refiere ‘arreglados’ en cuanto al grado de instrucción, trabajaba ocasionalmente como constructor.

que la actitud de sus padres hacia sexualidad siempre fue reservada , ya que madre nunca hablaba de esos temas, sus primeros conocimientos acerca del sexo y sexualidad a los siete u ocho años cuando unas niñas le mostraron fotos pornográficas ,además recuerda que en lo desvistieron y tocaron, sin embargo el refiere que en ese momento no significo nada para él ya que no tenía conciencia de lo que estaba haciendo ,viéndolo solo como otro juego , a los 12 o 13 años sus compañeros llevaron videos pornográficos , empezó a despertar su deseo sexual , 15 años empieza a tener relaciones sexuales, 16 años conoce a la madre de sus hijos quien tenía 19 años, era

tres años mayor que él ,se convierte en padre a los 16 años , empieza a convivir con la madre de sus hijos, y empezó trabajar en construcción , empieza a aumentar su consumo de alcohol excesivamente luego de jugar villar ,ya que compañeros de trabajo tomaban constantemente y ellos acompañaba para no desencajar, posteriormente él y su grupo de amigos empiezan a frecuentar ‘chongos’ .

La relación con su pareja en un primer momento fue buena, luego decayó, relata que incluso en una ocasión el llegó ebrio a casa la obligó a mantener relaciones sexuales a pesar de su negativa.

16 de octubre del año 2009 ‘quería seguir tomando invite a un amigo pero me dejó solo, así que fui a un chongo empecé a tomar solo, como tome mucho empecé a causar alboroto y me sacaron a la fuerza, pero ese día quería estar con una prostituta y como me sacaron me quede con las ganas’ es así que él se dirige a su casa, según lo que le contaron al día siguiente , recuerda que se dirigió a casa de su cuñada quien estaba cuidando a los hijos de Juan ,ya que la madre de los niños se encontraba trabajando, refiere que encontró a su cuñada tomando fuera de la casa ,así que ingreso al cuarto donde estaban sus hijos relata ‘aprovechándome de que yo siempre los cambiaba empecé a desvestir a mi hija y para que no gritara le apretaba el cuello’

Juan fue sentenciado 30 años, la única persona que lo visita constantemente es su madre, refiere sentir miedo a quedarse solo ya que madre es anciana y no cuenta con apoyo de otros familiares. Interno relata que hace menos de un año tuvo la visita de una ex enamorada, por la cual empezó a tener sentimiento amoroso, ya que ella motivo en él o través la necesidad de una vida familiar

Actualmente pasa su tiempo haciendo manualidades para vender y se, así como participa en talleres, aprendió a tocar guitarra dentro del penal polo que participa activamente en celebraciones.

Arequipa, 15 de agosto del 2019

Daniela Alexandra Zegarra Acosta

Bachiller en Psicología

EXAMEN MENTAL

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos	: Juan C.C.
Fecha de nacimiento	: 02 de diciembre de 1983
Edad actual	: 36 años
Sexo	: Masculino
Religión	: Católica
Lugar de Nacimiento	: Arequipa
Lugar de procedencia	: Arequipa
Nivel de instrucción	: 3º de secundaria
Informante	: Paciente
Lugar de la entrevista	: Consultorio psicológico de C.P.
Fecha de la entrevista	: 11 de agosto
Evaluadora	: Daniela Zegarra Acosta

II. PORTE Y COMPORTAMIENTO y ACTITUD

Interno aparenta ser más joven de lo que es, es de piel morena, cabello negro lacio, ojos negros, de contextura delgada ,mide aprox. 1.64, pesa alrededor de 60 kg su vestimenta es adecuada tomando en cuenta las condiciones en la que se le entrevistó, su expresión facial denota alegría, aunque por momentos inexpresivo, constantemente sonríe durante la entrevista, llegando en ocasiones a parecer sarcástico utiliza un tono de voz adecuado, presenta una postura levemente encorvada, desde el principio se mostró colaborador y asequible.

III. CONCIENCIA, ATENCIÓN Y ORIENTACIÓN

Paciente ligeramente somnoliento Interno se presenta atento a la mayor parte de la entrevista, aunque en ocasiones trae a la conversación preguntas que no tiene que ver con el tema tratado, se encuentra orientado tanto en tiempo espacio y persona.

IV. LENGUAJE

En cuanto al lenguaje verbal se presenta acelerado y efusivo, presentando verborrea, sin embargo, expresa lo que quiere, y por momento cambio la dirección de la conversación.

V. PENSAMIENTO

Pensamiento con curso normal, coherente respecto a las respuestas, revela pensamientos depresivos, así como rumiantes en relación a ideas de soledad, minimiza importancia a acontecimientos de su vida, utiliza un locus de control externo, atribuyendo todo lo malo que le paso a circunstancias externas a él.

VI. PERCEPCIÓN

Adeuada percepción de estímulos del entorno y de sí mismo, así como sensaciones conservadas: frio calor, dulce; no presenta alucinaciones, se percibe como una persona buena, quien solo fue víctima de las circunstancias.

VII. MEMORIA

Memoria remota conservada, pudiendo recordar sucesos dela vida personal, episodios de su infancia y fechas importantes, memoria reciente levemente deteriorada por consumo de alcohol, bloqueando recuerdos importantes del suceso problemático, memoria conceptual conservada y memoria mediata conservada ya que le es posible recordar preguntas y ejercicios planteados.

VIII. FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL

Posee conocimientos generales y cultura general de actual, tiene capacidad de pensamiento abstracto, en cuanto a la resolución de problemas se toma demasiado tiempo en buscar una solución, realiza operación de cálculo básicos, como sumas y restas, tomando en cuenta su nivel de instrucción, el cual fue tercero de secundaria.

IX. ESTADO DE ÁNIMO Y AFECTOS

En cuanto a su semblante denota tranquilidad, en ocasiones gestos de tristeza y añoranza, respecto a su tono de voz también revela efusividad, el refiere sentirse alegre y adatado ya a su ambiente sin embargo hay momentos durante el día que siente tristeza y miedo de quedarse solo. Refiere sentirse frustrado Por lo general se muestra amable sin embargo refiere no entablar relaciones afectivas con sus compañeros de cuadra ya que no confía en ellos.

X. COMPRENSIÓN Y GRADO DE INCAPACIDAD DEL PROBLEMA O ENFERMEDAD

Interno reconoce su delito, pero utiliza mecanismos de defensa diminutivos, no tiene conciencia de su alto consumo de alcohol, refiriéndose a él como moderado.

XI. RESUMEN

Aparenta ser más joven de lo que es, es de piel morena, cabello negro lacio, ojos negros, de contextura delgada, mide aprox. 1.64, pesa alrededor de 60 kg su vestimenta es adecuada tomando en cuenta las condiciones en la que se le entrevistó, su expresión facial denota alegría, aunque por momentos inexpresivo, sonríe durante la entrevista, l un tono de voz adecuado, postura levemente encorvada, desde el principio se mostró colaborador y asequible. Ligeramente somnoliento, atento a la mayor parte de la entrevista, se encuentra orientado tanto en tiempo espacio y persona.

Lenguaje hablado acelerado y efusivo, aumentado presentando verborrea, sin embargo, expresa lo que quiere, y por momento cambio la dirección de la conversación. Adecuada percepción de estímulos del entorno y de sí mismo. Memoria remota conservada, memoria reciente levemente deteriorada. Posee conocimientos generales, capacidad de pensamiento abstracto, en cuanto a la resolución de problemas, denota tranquilidad, en ocasiones gestos de tristeza y Refiere sentirse frustrado Por lo general se muestra amable sin embargo refiere no entablar relaciones afectivas con sus compañeros de cuadra ya que no confía en ellos.

Arequipa, 15 de agosto del 2019

Daniela Alexandra Zegarra Acosta

Bachiller en Psicología

INFORME PSICOMÉTRICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos	: Juan C.C.
Fecha de nacimiento	: 02 de diciembre de 1983
Edad actual	: 36 años
Sexo	: Masculino
Religión	: católica
Lugar de Nacimiento	: Arequipa
Lugar de procedencia	: Arequipa
Nivel de instrucción	: 3º de secundaria
Informante	: Paciente
Lugar de la entrevista	: Consultorio psicológico de C.P.
Fecha de la entrevista	: 12 de agosto
Evaluadora	: Daniela Zegarra Acosta

II. OBSERVACIONES GENERALES

Durante la entrevista interno miraba directamente a los ojos, y su mirada era desafiante, su expresión facial fue natural aunque por momentos parecía estar tenso , sonreía constantemente algunas de ellas por nerviosismo, su latencia de respuesta era rápida mas no inmediata, por momentos sus gestos no concordaban con lo narrado ,es decir contaba una situación problemática pero mantenía una sonrisa en el rostro, su postura corporal era levemente encorvada quizás por las sillas utilizadas, su orientación corporal era frente a la entrevistadora ,su volumen de voz fue adecuado así como la entonación que utilizaba para resaltar hechos importantes , sin embargo presentaba verborrea ,es decir hablaba demasiado durante la entrevista , así como en la resolución de test a pesar de decirle y recalcarle que se concentrara en las pruebas, utilizo en gran medida verbalizaciones positivas hacia él , refiriéndose de sí mismo como una persona “buena”, posee buenas habilidades sociales, se portó colaborador en cuanto a la realización de test, sin embargo demoro excesivamente en la

realización de estos. La realización de las evaluaciones se dieron en el comedor del pabellón “A”, el primer día de evaluación se dieron condiciones óptimas en cuanto a ausencia de ruidos podía concentrarse en los test, sin embargo, el segundo día de evaluación se presentaron distractores como ruidos y personas que pasaban.

III. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Observación
- Entrevistas
- Pruebas psicológicas
 - Inventario Clínico Multiaxial Millón-Tehodor Millon
 - Inventario De Personalidad Eysenck Y Eysenck
 - Test Gestáltico Visomotor Bender
 - Test De Matrices Progresivas De Raven

IV. INTERPRETACION DE LOS INSTRUMENTOS

Test De Matrices Progresivas De Raven

Los resultados del test de Raven, el cual mide C.I es:

SUB TEST	PTJE BRUTO	% PARCIAL	CATEGORIA
A	10	83	Superior al Término medio
B	12	100	
C	11	92	
D	10	83	
E	5	42	
TOTAL CI	48	85	

Juan obtuvo un puntaje bruto de 48 dentro de un percentil 85, lo que lo ubica en una categoría *superior al término medio*, esto indica que Juan tiene la capacidad de toma de decisiones, resolución de problemas, así como puede hacerse responsable de los actos que comente.

Inventario Clínico Multiaxial Millón-Tehodor Millon

En cuanto este test Juan obtuvo mayor puntaje en los siguientes indicadores:

	P.D.	B.R.	INDICADOR
Trastorno negativista	12	82	Moderado
Dependencia al alcohol	9	79	Moderado
Trastorno narcisista	19	75	Moderado
Trastorno sadista	15	75	Moderado

Estos resultados arrojan indicadores moderados, siendo el más alto de ellos el trastorno negativista obteniendo un puntaje bruto de 82, indica que Juan siente una discrepancia entre seguir las recompensas ofrecida por otros con las que ellos mismos desean, su comportamiento se caracteriza por un patrón errático de ira explosiva o tozudez entremezclados con periodos de culpa y vergüenza

También se revela dependencia al alcohol, lo que indica una historia con el alcohol, tratando de superarla en repetidas veces sin éxito y como consecuencia experimente considerables consecuencias en el ámbito familiar y en trabajo. Esta escala se confirma con la escala de dependencia de sustancias que también es una de las que puntuaron más alto, sin embargo, el interno no está dispuesto a admitir tener un problema con el alcohol es por ello que quizás no salieron más alto los resultados, a su vez Juan podría estar teniendo una conducta repetitiva en cuanto a la conducta de su madre, ya que ella también abusaba del alcohol.

Otro indicador sugestivo es la escala sádica, en la cual obtuvo un puntaje 75, lo que significaría que generalmente es hostil y globalmente combativo, suele implicarse en conductas engañosas o ilegales con el fin de conseguir el beneficio propio, lo que se relaciona con el delito cometido en el cual trataba de satisfacer un impulso sexual.

Inventario De Personalidad Eysenck Y Eysenck

ESCALA	
L	2
DIMENSION	
N	14
E	19

Juan es una persona con una tipología tendiente a la inestabilidad, altamente extrovertido y corresponde al tipo colérico, presenta procesos dinámicos fuertes y desequilibrados.

Le gusta participar, tiene amigos, necesita tener gente hablándole, es despreocupado bromista y optimista, le gusta reír y ser divertido, prefiere más actuar que pensar, tiende a ser agresivo y pierde rápidamente el temple, sus sentimientos no son mantenidos bajo ajustado control, es una persona sensible, intranquila, agresiva, excitable, inconstante, impulsiva, optimista y activa, tienen dificultad para dormir, pero mucha facilidad para despertarse. Una alta tasa de extroversión y neurotismo, define a la persona histeropática (inmadurez sin control emocional) los coléricos son de respuestas enérgicas y rápidas.

Test Gestáltico Visomotor Bender

En cuanto el test gestáltico viso-motor Juan alcanzo un promedio alto, sin embargo, para su edad debió haber realizado la evaluación en aproximadamente 13 minutos, pero fueron más de 30 min utilizados.

El rendimiento alto presume niveles adecuados de viso percepción como la coordinación motora fina, también presupone una correcta organicidad cerebral.

En cuanto a características específicas del dibujo revela que suele ser impulsivo y agresivo, en ocasiones retraído por propia iniciativa.

V. RESUMEN

Gracias a las evaluaciones realizadas se puede decir que siente una discrepancia entre seguir las recompensas ofrecida por otros con las que ellos mismos desean, su comportamiento se caracteriza por un patrón errático de ira explosiva o tozudez entremezclada con periodos de culpa y vergüenza ,posee una personalidad sugestionada hacia dependencia del alcohol, sin embargo el interno no está dispuesto a admitir tener un es por ello que quizás no salieron más alto los resultado, a su vez suele implicarse en conductas engañosas o ilegales con el fin de conseguir el beneficio propio, presume niveles adecuados de viso percepción como la coordinación motora fina, también presupone una correcta organicidad cerebral, posee un CI superior al término medio.

Le gusta participar, tiene amigos, necesita tener gente hablándole, es despreocupado bromista y optimista, es una persona sensible, tranquila, agresiva, excitante, inconstante, impulsiva, optimista y activa, tienen dificultad para dormir, pero mucha facilidad para despertarse.

Arequipa, 15 de agosto del 2019

Daniela Alexandra Zegarra Acosta

Bachiller en Psicología

INFORME PSICOLÓGICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos	: Juan
Fecha de nacimiento	: 02 de diciembre de 1983
Edad actual	: 36 años
Sexo	: Masculino
Religión	: Católica
Lugar de Nacimiento	: Arequipa
Lugar de procedencia	: Arequipa
Nivel de instrucción	: 3º de secundaria
Informante	: Paciente
Lugar de la entrevista	: Consultorio psicológico de C.P.
Fecha de la entrevista	: 13 de agosto
Evaluadora	: Daniela Zegarra Acosta

II. MOTIVO DE CONSULTA

El paciente llega al consultorio psicológico para realizar seguimiento mensual rutinario, en el trascurso de la conversación expresó sentirse “decaído y triste”, así mismo presenta pensamientos suicidas, como “estaría mejor muerto” y “prefiero matarme a quedarme solo”, el paciente también refirió “siento que nadie me escucha”.

III. ANTECEDENTES PERSONALES O FAMILIARES

No se pudo recabar información sobre los primeros años de vida, ya que el paciente fue abandonado al nacer en hospital Honorio Delgado, posteriormente fue adoptado por una mujer mayor, que tenía 10 hijos, desde la infancia creció en un ambiente donde destaco la agresividad y el consumo excesivo de alcohol de la madre.

Empezó a asistir a la escuela a la edad de 6 años, no tuvo problemas al socializar con sus compañeros, le gustaba asistir a la clases, ya que podía jugar con otros niños, su desempeño académico fue regular, concluyo la primaria en un colegio mixto pero fue trasladado a un colegio secundario solo de varones, el paciente refiere que no se adaptó a este colegio, lo que originó la pérdida del año escolar por sus bajas calificaciones y sus faltas constantes, donde iba beber con sus amigos, no culmina sus estudios secundarios alcanzando un nivel de escolaridad de tercero de secundaria. A los 15 años empieza a tener relaciones sexuales, un año después conoce María quien resulto

embarazada, Juan se convierte en padre a los 16 y empieza a convivir en pareja, de esta relación nacieron dos hijos más, por lo que Juan trabajaba como albañil, lo que refiere aumento considerablemente su consumo de alcohol, siendo que tomaba grandes cantidades de alcohol al menos 5 veces por semana, esto le causaba problemas tanto económicos, familiares y laborales.

El paciente atribuye sus problemas actuales a los hechos ocurrido el 16 de octubre del 2009, fecha en la cual agredió sexualmente a su hija de nueve años, todo bajo la influencia del alcohol, ya que había bebido de manera excesiva aquel día, lo que causo que hasta la actualidad refiera tener lagunas acerca de lo sucedido, al día siguiente fue capturado y empezó su proceso, Juan fue sentenciado a 30 años de prisión efectiva, la única persona que lo visita constantemente es su madre, refiere sentir miedo a quedarse solo ya que madre es anciana y no cuenta con apoyo de otros familiares, actualmente pasa el tiempo haciendo manualidades para vender y también participa en talleres, aprendió a tocar guitarra dentro del centro penitenciario por lo que participa activamente en celebraciones tocando este instrumento.

IV. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Observación
- Entrevistas
- Pruebas psicológicas
 - Test De Matrices Progresivas De Raven
 - Test Gestáltico Visomotor Bender
 - Inventario Clínico Multiaxial Millón-Tehodor Millon
 - Inventario de personalidad Eysenck y Eysenck

V. OBSERVACIÓN GENERAL DE LA CONDUCTA

Juan aparenta la edad referida, es de contextura regular y estatura media, presenta una postura encorvada y marcha acelerada, su arreglo y aseo personal es adecuado tomando en consideración el contexto, durante la evaluación se mostró colaborador, aunque por momentos inquieto, se interesa en comprender el significado de las preguntas. Paciente se encuentra lucido, con adecuada atención al iniciar la evaluación, orientado en tiempo y espacio, lenguaje expresivo y comprensivo conservado, su mirada era desafiante pero su expresión facial fue natural, aunque por momentos parecía estar tenso y sonreía constantemente, su latencia de respuesta fue rápida mas no inmediata, por momentos

sus gestos no concordaban con lo narrado, es decir contaba una situación problemática pero mantenía una sonrisa en el rostro, su postura corporal era levemente encorvada quizás por las sillas utilizadas, su orientación corporal era frente a la entrevistadora, su volumen de voz fue adecuado así como la entonación que utilizaba para resaltar hechos importantes, sin embargo presentaba verborrea ,es decir hablaba demasiado durante la sesión, así como en la resolución de test a pesar de decirle y recalcarle que se concentrara en las pruebas, utilizo en gran medida verbalizaciones positivas hacia él, refiriéndose a sí mismo como una persona “buena”, posee habilidades sociales, monstro el correcto interés por la evaluación.

VI. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Juan posee una capacidad intelectual superior al término medio lo que significa que es capaz de tomar decisiones conscientes, resolver problemas y asumir la responsabilidad de los actos que comente.

Juan tiene rasgos de personalidad tendientes a discrepar con las normas sociales, su comportamiento se caracteriza por un patrón errático de ira explosiva con periodos de culpa y vergüenza, esto se pudo observar también en peleas que mantuvo con otros internos. Generalmente es hostil y globalmente combativo, suele implicarse en conductas engañosas o ilegales con el fin de conseguir el beneficio propio, suele ser impulsivo y agresivo, en ocasiones retraído por propia iniciativa.

También se reveló problemas con el alcohol, lo que indica una historia el consumo de este, tratando de superarla en repetidas veces sin éxito y como resultado experimenta considerables consecuencias en el ámbito familiar y laboral, sin embargo, el interno no está dispuesto a admitir tener un problema con el alcohol incluso después de que el consumo de este influyo en la acción de ultrajar a su hija.

Juan actualmente no cuenta con un soporte familiar adecuado, siendo la madre su único contacto.

VII. DIAGNOSTICO

Juan demuestra una disparidad entre las normas sociales y su comportamiento, el cual tiene como característica una despreocupación marcada por los sentimientos de los demás, así como también irresponsabilidad y despreocupación por las normas y obligaciones, estos rasgos ubican al paciente en un trastorno disocial de la personalidad identificado en el CIE 10 como F60.2; también se pudieron observar características

típicas de un trastorno F10.20 -Trastorno moderado de consumo de alcohol en un entorno controlado, siendo sus principales características el consumo continuado de alcohol que lleva al incumplimiento de varias actividades dentro de las esferas de la vida, que afecta tanto de forma personal como laboral.

VIII. PRONOSTICO

Reservado

IX. RECOMENDACIONES

- Se recomienda llevar programa cognitivo conductual para poder reconocer ideas erróneas y modificar pensamientos, logrando así un cambio en el comportamiento.
- Aprendizaje de técnicas que lo ayuden a controlar impulsos.
- Intervención psicológica respecto a reconocimiento de emociones y sentimientos de soledad que lo llevan a la depresión.
- Asistir permanentemente seguimiento psicológico ya que a través de este se podrá dar cuenta de su avance o retroceso.

Arequipa, 15 de agosto del 2019

Daniela Alexandra Zegarra Acosta

Bachiller en Psicología

PLAN DE INTERVENCIÓN

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos	: Juan C.C.
Fecha de nacimiento	: 02 de diciembre de 1983
Edad actual	: 33 años
Sexo	: Masculino
Religión	: católica
Lugar de Nacimiento	: Arequipa
Lugar de procedencia	: Arequipa
Nivel de instrucción	: 3º de secundaria
Informante	: Paciente
Lugar de la entrevista	: Consultorio psicológico de C.P.
Fecha de la entrevista	: 14 de agosto
Evaluadora	: Daniela Zegarra Acosta

II. DIAGNOSTICO

Juan demuestra una disparidad entre las normas sociales y su comportamiento, el cual tiene como característica una despreocupación marcada por los sentimientos de los demás, así como también irresponsabilidad y despreocupación por las normas y obligaciones, estos rasgos ubican al paciente en un trastorno disocial de la personalidad identificado en el CIE 10 como F60.2; también se pudieron observar características típicas de un trastorno F10.20 -Trastorno moderado de consumo de alcohol en un entorno controlado, siendo sus principales características el consumo continuado de alcohol que lleva al incumplimiento de varias actividades dentro de las esferas de la vida, que afecta tanto de forma personal como laboral.

III. OBJETIVOS GENERALES

- Desarrollar estrategias saludables y responsables para reducir y eliminar conductas delictivas.
- Disminuir episodios ansiosos a través de aprendizaje de relajación.
- Identificar pensamientos negativos que desencadenan en el interno conductas aisladas.
- Reconocer característica personal de modo que alcance un autoconocimiento, respeto y estima propia.

- Favorecer el desarrollo personal a través del planteamiento de metas a corto y mediano plazo.
- Aprender y aplicar habilidades sociales.

IV. TECNICAS TERAPEUTICAS

- Utilización de terapia cognitiva conductual
- Utilización de terapia racional emotiva
- Ejercicios de habilidades sociales
- Técnicas de relajación

V. ACTIVIDADES PSICOTERAPÉUTICAS

El presente plan psicoterapéutico se realizará a lo largo de 18 sesiones, las cuales dependerán del tiempo y disposición del psicólogo del área.

Primera etapa

Número de sesiones	TÉCNICA PSICOTERAPÉUTICA	OBJETIVO	META
1	Rapport	Entablar confianza de manera que el paciente se sienta a gusto y libre de contar su problemática	Lograr un clima de confianza entre entrevistador y paciente
2	Entrevista	Recopilación de información del interno sobre su niñez y su familia	Llenado de anamnesis
3	Entrevista	Recopilación de información del interno sobre su adolescencia, juventud y adulteza	Llenado de anamnesis

4	Observación y entrevista	Indagación sobre la dinámica del delito , observación del comportamiento en el establecimiento penitenciario.	Evaluar el grado de conciencia del delito.
5	Evaluación	Determinar tipo y trastorno de personalidad.	Aplicación de Eysenck y MCMI- III
6	Evaluación	Determinar nivel de inteligencia y la madurez de la percepción visomotora y posible lesión neurológica.	Aplicación del test Gestáltico Visomotor Bender y el test De Matrices Progresivas De Raven

Segunda etapa

Número de sesiones	TÉCNICA PSICOTERAPÉUTICA	OBJETIVO	META
Sesión 1	Relajación	Lograr que el paciente conozca y utilice distintas técnicas de relajación, tanto físicas como psíquicas adaptándolas a las características de su contexto actual.	Se entrena al paciente a tener una adecuada respiración que mitigue emociones compulsivas y estabilice su ritmo cardiaco , creándose para ello una rutina de

			ejercicios para cada día de la semana.
Sesión 2	Terapia racional emotiva	Modificar las ideas irracionales de él interno.	Cambiar ideas irracionales del interno por ideas lógicas y racionales.
Sesión 3	Entrenamiento de habilidades sociales	Adquirir competencias y actitudes que le permitan mejorar sus relaciones sociales	Mejorar las relaciones sociales y personales con sus compañeros de centro penitenciario y de su trabajo.
Sesión 4	Desensibilización sistemática	Lograr que el interno identifique pensamientos negativos recurrentes que lo llevan a mantener una conducta aislada y le genera gran ansiedad.	Terminar con respuestas de ansiedad y conductas de evitación.
Sesión 5	Control de ira e impulsos	Aprender a regular sus conductas, controlando impulsos de ira	Controlar las conductas impulsivas
Sesión 6	Entrenamiento de valores morales	Reconocer la importancia de los valores y normas morales.	Poner en práctica los valores y normas morales.

VI. TIEMPO DE EJECUCIÓN

El tiempo de ejecución de la terapia estuvo programada para que sea realizada una vez por semana durante 45 minutos por sesión, durando en total aproximadamente un año, teniendo en cuenta la disponibilidad del psicólogo y la disposición del interno.

VII. AVANCES TERAPEUTICOS

Se pudo realizar las seis primeras sesiones culminando con la primera etapa, donde exploramos los rasgos de personalidad característicos del interno , en cuanto a la segunda etapa se realizó una sesión , sin embargo no se pudieron realizar las siguientes sesiones por la dificultad en conseguir el permiso para ingresar al penal , así mismo el permiso que nos otorgaron para la investigación fue muy corto para realizar más sesiones y poder observar cambios en el interno , teniendo en cuenta esto se le entregó una copia del plan psicoterapéutico al psicólogo encargado para que pueda aplicarlo , teniendo en cuenta su programación laboral.

Arequipa, 15 de agosto del 2019

Daniela Alexandra Zegarra Acosta

Bachiller en Psicología

ANEXOS



**INSTITUTO NACIONAL PENITENCIARIO
OFICINA REGIONAL SUR AREQUIPA
SUB DIRECCIÓN DE TRATAMIENTO**

Banco N° _____

Orden N° _____

PROTOCOLO DE PRUEBA DE RAVEN

ESCALA GENERAL

Instituto, Escuela o Clínica

Nombre Juan _____ Exp. N° _____

Exp. N° _____

Forma de aplicación: Individual Prueba N° _____

Fecha de Nac.: 03/13/1983 Motivo de la Apl.: Evolución

Motivo de la Apl.: Evaluación

Fecha de hoy:

Edad: 34 Años 03 Meses Grado: _____ Hora de inic.: _____

— 2 —

Distrito: _____ Escuela: _____ Duración: _____

Duración: _____

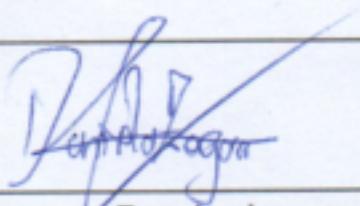
Maestra: _____ Hora de fin: _____

Hora de fin: _____

A B C D E

R **E**

A			B			C			D			E		
1	4		1	2		1	6		1	3		1	7	
2	5		2	6		2	2		2	4		2	6	
3	1		3	1		3	3		3	3		3	8	
4	2		4	2		4	8		4	7		4	2	
5	6		5	1		5	7		5	8		5	7	
6	3		6	3		6	4		6	6		6	1	
7	6		7	5		7	5		7	5		7	4	
8	2		8	6		8	1		8	4		8	1	
9	1		9	4		9	7		9	1		9	3	
10	3		10	3		10	6		10	2		10	6	
11	4		11	4		11	1		11	7		11	1	
12	1		12	5		12	5		12	7		12	3	
Punt. parc.:			Punt. parc.:			Punt. parc.:			Punt. parc.:			Punt. parc.:		

DIAGNÓSTICO			
dad cron.		Puntaje	
minut.		Percent.	
screp.		Rango	
Diagnóstico			
			
Examinador			



MCMI - III

Inventario Clínico Multiaxial de Millón (II)

Datos socio-demográficos y clínicos

NOMBRE

Juan C.

Nº DE IDENTIFICACIÓN

--	--	--	--	--	--	--

FECHA DE NACIMIENTO

02 - 12 - 83

SEXO

X	
---	--

1. ESTADO CIVIL,

- | | |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> No ha estado casado | <input type="checkbox"/> Casado en 1er Matrimonio |
| <input type="checkbox"/> Separado | <input type="checkbox"/> Divorciado |
| <input type="checkbox"/> Viudo | <input type="checkbox"/> Otros (especificar) _____ |

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Casado (segundas nupcias o más) |
| <input type="checkbox"/> Vive en pareja |

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

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

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

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

4. LUGAR DE-ORIGEN Y RESIDENCIA

Lugar de Origen

Arequipa

Lugar de residencia

Arequipa

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

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

OBSERVACIONES:

HOJA DE RESPUESTAS

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

	V	F
1	X	
2	X	
3	X	
4	X	
5	X	

	V	F
26	X	
27	X	
28	X	
29	X	
30	X	

	V	F
51	X	
52	X	
53	X	
54	X	
55	X	

	V	F
76	X	
77	X	
78	X	
79	X	
80	X	

	V	F
101	X	
102	X	
103	X	
104	X	
105	X	

	V	F
126	X	
127	X	
128	X	
129	X	
130	X	

	V	F
151	X	
152	X	
153	X	
154	X	
155	X	

6	X
7	X
8	X
9	X
10	X

31	X
32	X
33	X
34	X
35	X

56	X
57	X
58	X
59	X
60	X

81	X
82	X
83	X
84	X
85	X

106	X
107	X
108	X
109	X
110	X

131	X
132	X
133	X
134	X
135	X

156	X
157	X
158	X
159	X
160	X

11	X
12	X
13	X
14	X
15	X

36	X
37	X
38	X
39	X
40	X

61	X
62	X
63	X
64	X
65	X

86	X
87	X
88	X
89	X
90	X

111	X
112	X
113	X
114	X
115	X

136	X
137	X
138	X
139	X
140	X

161	X
162	X
163	X
164	X
165	X

16	X
17	X
18	X
19	X
20	X

41



INSTITUTO NACIONAL PENITENCIARIO
OFICINA REGIONAL SUR AREQUIPA
SUB DIRECCIÓN DE TRATAMIENTO
ÁREA DE PSICOLOGÍA

INVENTARIO EYSENCK & EYSENCK

Nombres: Juan Condor Edad: 32

Lugar de Nacimiento: Arequipa

Distrito

N = Bustamante y Rivero

E =

Provincia

Arequipa

Departamento

Arequipa

INSTRUCCIONES

Aquí tiene algunas preguntas sobre el modo cómo Ud. se comporta, siente y actúa después de cada pregunta, hay un espacio para contestar "SI" ó "NO". Trate de decidir si "SI" ó "NO" representa su modo usual de actuar ó sentir. Entonces, ponga una cruz en la Línea, debajo de la columna "SI" ó "NO". Trabaje rápidamente y no emplee mucho tiempo en cada pregunta; queremos su primera reacción, no un proceso de pensamiento prolongado. El cuestionario total no debe tomar mas que unos minutos .Asegúrese de no omitir alguna pregunta. Este no es un test de inteligencia o habilidad, sino simplemente una medida de la forma como Ud. se comporta

CUESTIONARIO

1. ¿Le gusta abundancia de excitación y bullicio a su alrededor? SI NO
2. ¿Tiene a menudo un sentimiento de intranquilidad como si quisiera algo, pero no sabe qué? SI NO
3. ¿Tiene casi siempre una "contestación" a la mano, cuando la gente le habla? SI NO
4. ¿Se siente algunas veces feliz, algunas veces triste, sin una razón real? SI NO
5. ¿Permanece usualmente retraído(a) en fiestas y reuniones? SI NO
6. ¿Cuando niño(a), hacia siempre inmediatamente lo que le decían? SI NO
7. ¿Se enfada a veces? SI NO
8. ¿Cuando lo meten en una pelea, prefiere sacar los trapos al aire de una vez por todas, o se queda callado esperando que las cosas se disipen solas? SI NO
9. ¿Es usted irritable? SI NO
10. ¿Le gusta mezclarse con la gente? SI NO
11. ¿Ha perdido a menudo el sueño por sus preocupaciones? SI NO
12. ¿Se pone a veces malhumorado? SI NO
13. ¿Se catalogaría a si mismo(a) como descuidado(a) o confiado(a) a su buena ventura? SI NO
14. ¿Se decide a menudo, demasiado tarde? SI NO
15. ¿Le gusta trabajar solo(a)? SI NO
16. ¿Se ha sentido a menudo indiferente y sin razón? SI NO
17. ¿Es por el contrario vivaz? SI NO
18. ¿Se ríe a veces de chistes groseros? SI NO
19. ¿Se siente a menudo hastiado? SI NO
20. ¿Se siente incomodo con vestidos que no sean del diario? SI NO
21. ¿Se distrae (vaga su mente) a menudo cuando trata de prestar atención a algo? SI NO
22. ¿Puede expresar fácilmente en palabras lo que piensa? SI NO
23. ¿Se abstrae (se pierde en sus pensamientos) a menudo? SI NO
24. ¿Esta completamente libre de prejuicios de cualquier tipo? SI NO
25. ¿Le gustan las bromas? SI NO
26. ¿Piensa a menudo en su pasado? SI NO
27. ¿Le gusta mucho la buena comida? SI NO
28. ¿Cuando se fastidia, necesita de algún amigo para hablar con él? SI NO
29. ¿Le molesta vender cosas o pedir dinero a la gente por alguna buena causa? SI NO
30. ¿Alardea (se jacta) un poco a veces? SI NO
31. ¿Es Ud. muy susceptible por algunas cosas? SI NO



32. ¿Le gusta mas quedarse en casa que ir a una fiesta molesta?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
33. ¿Se pone a menudo tan inquieto, que no puede permanecer sentado durante mucho rato en la silla?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
34. ¿Le gusta planear las cosas cuidadosamente con mucha anticipación?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
35. ¿Tiene a menudo mareo (vértigo)?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
36. ¿Contesta siempre una carta personal, tan pronto como pueda, después de haberla leído?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
37. ¿Hace Ud. usualmente las cosas mejor, resolviéndolas?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
38. ¿Le falta frecuentemente aire, sin haber hecho un trabajo pesado?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
39. ¿Es Ud. una persona tolerante, que no se molesta generalmente si las cosas no están perfectas?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
40. ¿Sufre de los nervios?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
41. ¿Le gustaría mas planear cosas que hacer cosas?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
42. ¿Deja algunas veces para mañana, lo que debería hacer hoy?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
43. ¿Se pone nervioso(a) en lugares tales como ascensores, trenes o túneles?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
44. ¿Cuando hace nuevos amigos es usualmente Ud. quien inicia la relación o invita a que se produzca?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
45. ¿Sufre fuertes dolores de cabeza?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
46. ¿Siente generalmente que las cosas se arreglan por si solas y que terminaran Bien de algún modo?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
47. ¿Le cuesta trabajo coger el sueño al acostarse en la noche?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
48. ¿Ha dicho alguna vez mentiras en su vida?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
49. ¿Dice algunas veces lo primero que se le viene a la cabeza?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
50. ¿Se preocupa durante algún tiempo largo, después de una experiencia embarazosa	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
51. ¿Se mantiene usualmente hermético(a) o encerrado(a) en si mismo(a) excepto con sus amigos muy íntimos?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
52. ¿Se crea a menudo problemas por hacer cosas sin pensar?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
53. ¿Le gusta contar chistes y referir historias graciosas a sus amigos?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
54. ¿Le gusta más ganar que perder un juego?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
55. ¿Se siente a menudo demasiado consciente de si mismo cuando esta con superiores?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
56. ¿Cuando todas las probabilidades están contra Ud., piensa aún usualmente que vale la pena probar?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
57. ¿Siente sensaciones raras en el abdomen, antes de algún hecho importante?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
POR FAVOR ASEGURARSE DE QUE HA CONTESTADO TODAS LAS PREGUNTAS.	

RESULTADOS INVENTARIO EYSENCK DE PERSONALIDAD

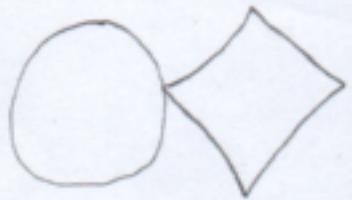
Puntaje (E): _____ Puntaje (N): _____ Puntaje (L): _____

Interpretación:

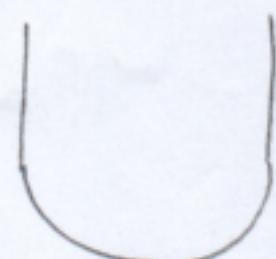
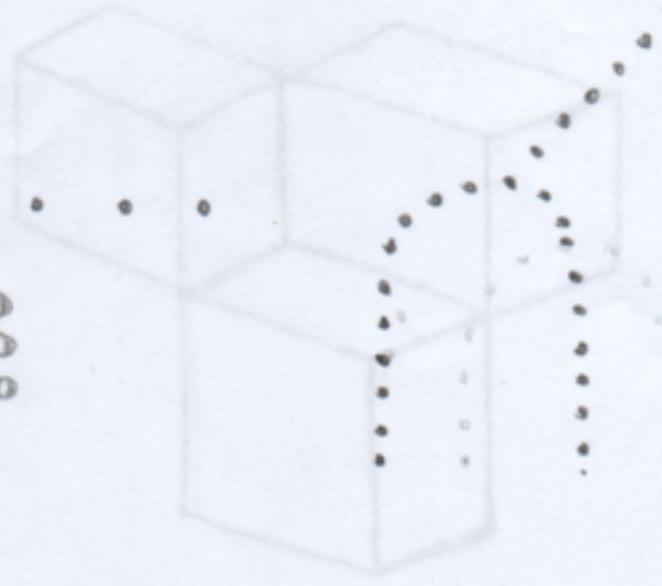
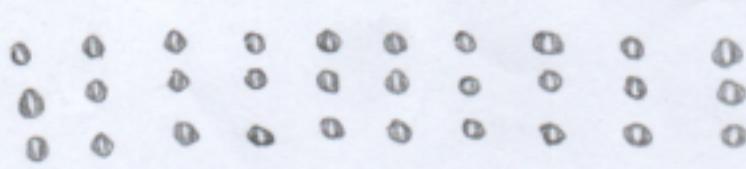
Diagnóstico de Temperamento:

Procesos Neurodinámicos (Actividad Nerviosa Superior)

PSICÓLOGO: _____

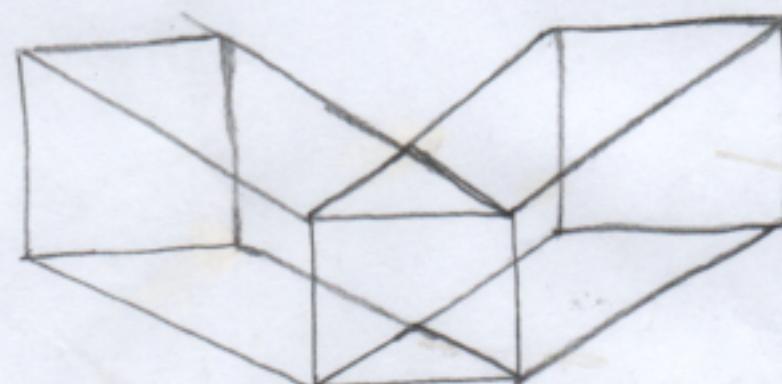
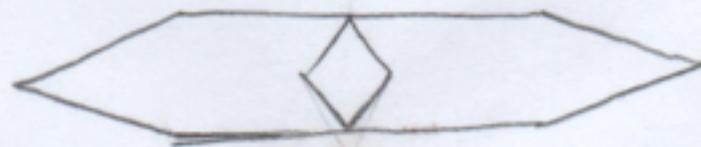
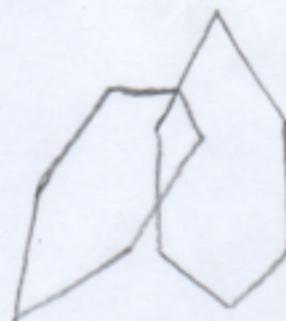
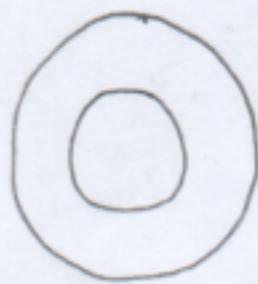


Terrario pequeño
= ansiedad, rehaimiento, restricción
Timidez.

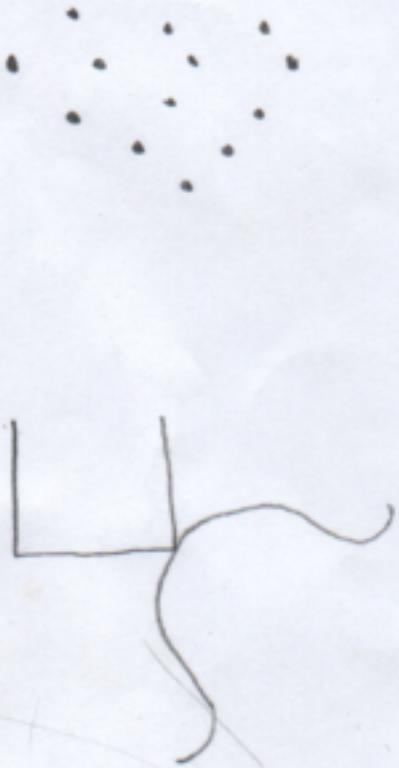


Indicadores Emocionales

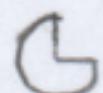
Timidez
Rehaimiento.



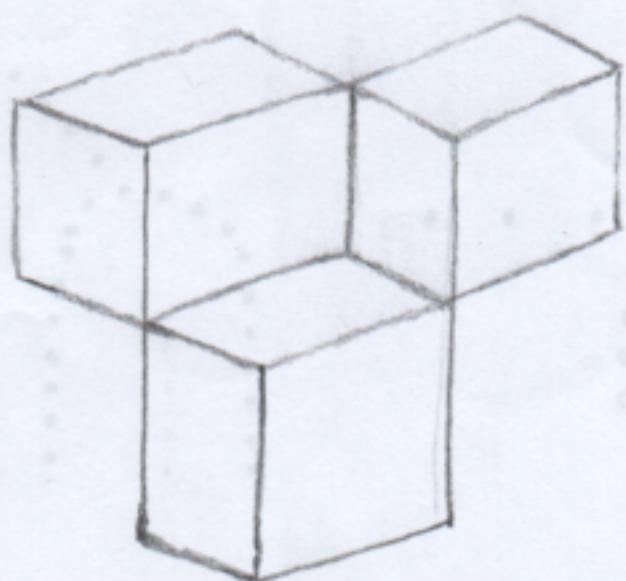
Reposo



Reposo = impulsividad, Agresividad



Reposo



Rupalo

